

- HARRIS, H. I.: Gambling addiction in an adolescent male; in: *Psychoanalytical Quarterly*, 1964, 33, 513–524.
- HARTMANN, H.: Bemerkungen des Ichs; in: *Psyche*, Bd. XVIII, 1964, 330–353.
- HATTINGBERG, H. von: Analerotik, Angstlust und Eigensinn; in: *Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, 1914, 2, 244–258.
- HENSELER, H.: Narzißtische Krisen – zur Psychodynamik des Selbstmords. Hamburg, 1974.
- KERNBERG, O. F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt a. M., 1983.
- KERNBERG, O. F.: Normaler und pathologischer Narzißmus im Wandel; in: KUTTER, P. (Hrsg.): *Psychoanalyse im Wandel*, Frankfurt a. M., 1977, 42–66.
- KÖNIG, R.; OPP, K. D.; SACK, F.: Das Spielen an Geldautomaten. Köln, Forschungsinstitut für Soziologie der Universität Köln, 1969.
- KOHUT, H.: Die Heilung des Selbst, Frankfurt a. M., 1979.
- KOHUT, H.: Die Zukunft der Psychoanalyse. Frankfurt a. M., 1975.
- KOHUT, H.: Narzißmus, Frankfurt a. M., 1973.
- KUJAWA, G.: von Ursprung und Sinn des Spiels. Köln, 1949.
- KUSYSZYN, I.: How gambling saved me from a misspent sabbatical; in: EADINGTON, W. (Ed.): *Gambling and society*. Springfield, Thomas Books, 1976, 255–264.
- LINDNER, R. M.: The psychodynamics of gambling; in *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1950, 269, 93–107.
- LIVINGSTON, J.: Compulsive gamblers, a culture of loser; in: *Psychology Today*, 1974 (a), 7, 51–55.
- LÜRSEN, E.: Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen; in *Suchtgefahren*, 1/1974, 145–151.
- MATUSSEK, P.: Zur Psychodynamik des Glücksspielers; in: *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie*, 1953, 2, 232–252.
- MATUSSEK, P.: Zwang und Sucht; in: *Nervenarzt*, 29. Jhrg., 1958, 16, 452 f.
- MATUSSEK, P.: Süchtige Fehlhaltungen; in: *Grundzüge der Neurosenlehre*, Bd. I, München, 1972.
- MEYER, G.: Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit – Objekte pathologischen Glücksspiels. Bochum 1983.
- NAEGELER, G.: Todesangst und Narzißmus – Versuch einer soziologischen Analyse (Diss.). Aachen, 1977.
- NEUFELD, J.: Dostojewski – Eine Skizze zu seiner Psychoanalyse. Wien, 1923.
- RÖHLING, G.: Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens; in: *Dynamische Psychiatrie*, 1, 1977.
- RÖHLING, G.: Das Suchtproblem innerhalb der Dynamischen Psychiatrie, 5/6, 1978.
- SIMMEL, E.: Zur Psychoanalyse des Spielers; in: *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1920, 6, 397.
- SCHÜTTE, F.: Glücksspiel und Narzißmus – der pathologische Spieler aus soziologischer und tiefenpsychologischer Sicht, Bochum, 1985.
- SZONDI, L.: *Triebpsychologie* Bd. 1, Bern, 1952.
- WIEDERKEHR-BENZ, K.: Das Narzißmuskonzept von KOHUT; in: *Psyche*, 1982, 1, 1 ff.
- WILLENBERG, H.: Das große Spiel: Kriminologische und psychologische Aspekte der Spielbanken in der BRD, Hamburg, 1977.
- ZOLA, I. U.: Observations on gambling in a lower class setting; in: CLINARD, M. B.; QUINNEY, R. (Eds.): *Criminal behavior systems*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1967, 301–309.

Anschrift des Verfassers:

Franz Schütte
Diplom-Soziologe
Marthastr. 1
2300 Kiel 1

Psychiatrische und Nervenlinik
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf

Rüdiger Klepsch, Iver Hand, Zygmunt Wlazlo, Eila Kaunisto und Brigitte Friedrich

Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen, I.: Retrospektive Katamnese der Hamburger Pilot-Studie.

Long-term effects of multimodal behavior therapy for pathological gambling I: a retrospective follow-up of the Hamburg pilot study

Zusammenfassung

Zwischen 1977 und 1984 wurden in der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg 28 Personen mit krankhaftem Glücksspielen nach einem neurosen-orientierten, verhaltenstherapeutischen Motivations- und Behandlungsmodell (HAND u. KAUNISTO, 1984; HAND, 1986a) versorgt. 23 (82 %) nahmen 6–60 Monate nach Therapie-Ende an einer Nachuntersuchung mit einem halbstandardisierten Interview teil. Von diesen 23 spielten 20 ausschließlich oder überwiegend an „Unterhaltungs-Automaten mit Gewinnmöglichkeit“, 3 weitere ausschließlich im Casino.

Die Schuldenhöhe korrelierte im allgemeinen nicht mit dem Leidensdruck.

11 Patienten nahmen lediglich an dem sehr ausführlichen Erstgespräch teil und weitere 11 erhielten bis zu 10 Therapie-Sitzungen. Nur bei einem Patienten erfolgte eine etwas intensivere Behandlung.

30 % der Spieler reduzierten ihr Spielverhalten auf ein für sie unproblematisches Niveau; 35 % (!) gaben völlige Spiel-Abstinenz an. Die Patienten beider Gruppen (65 %) veränderten ebenfalls die hypothetisch als kausal für das Spielverhalten angesehenen Problemsituationen.

Bei 35 % der Patienten blieb die Therapie erfolglos.

Die Erfolgskriterien dieser Studie sind anfechtbar, da sie ausschließlich auf den Angaben der Patienten beruhen. Dies Problem gilt jedoch für alle bisher publizierten Katamnesen von Spielern. In Selbsthilfegruppen wird häufig die Ansicht vertreten, daß Spieler hinsichtlich ihres Spielverhaltens zur Verheimlichung bzw. zum „Lügen“ neigen. Nach unserem Eindruck gilt dies nicht oder nur in eingeschränktem Maße für (therapeutische) Kontakte, bei denen kein Druck in Richtung Abstinenz ausgeübt wird.

Summary

23 patients (82 %) of a total sample of 28 who had participated in our pilot study with gamblers between 1977 and 1984 took part in a semi-structured two hour interview, 6 to 60 months after short-term treatment for their gambling. In our treatment model, pathological gambling is interpreted as a symptomatic response, either resulting from ambivalence in problem situations of vital personal importance or accompanying primary psychiatric

disorders. Regarding the first group, intake interviews are to detect these frequently „pre-conscious“ problem situations. They are followed by motivational analyses and modification of motivation for change. Only then direct interventions are made, including the teaching of new behavioral, social and problem-solving skills. Treatment outcome thus is seen as the experimental test for the hypotheses from which the interventions were derived. Abstinence is not a primary therapeutic issue, but successful treatment in the hypothetical causal problem situations is expected to change the excessive gambling behavior.

20 patients had only gambled at the German kind of slotmachines; 3 patients were casino-gamblers. The burden of debt did not correlate with the degree of distress. Treatment was entirely on an outpatient basis. 11 patients participated only in the intake interview; another 11 patients received less than 10 treatment sessions; only one patient was exceeding this number.

30 % of the patients have reduced their gambling behavior to a non-distressing-level; 35 % (!) show complete abstinence from gambling; all these patients (65 %) also have changed their hypothetical causal problem situations. None of them developed any new symptom- or problem-behavior.

35 % did not improve, 18 % of the original sample of 28 could not be reached for follow-up. The outcome criteria in this pilot-study may be regarded as weak as they are like those in all previous studies – rely entirely on the self-reports of the gamblers. In the selfhelp-groups a central assumption is that gamblers lie with regard to their gambling behavior. In our experience this is not so, at least, when there is no pressure towards abstinence.

1. Einleitung

In diesem Beitrag werden die Langzeitverläufe und -Therapieergebnisse jener Spieler dargestellt, aus deren Untersuchung und Behandlung HAND und KAUNISTO (1984 a) das in dieser Zeitschrift bereits zur Diskussion gestellte Verständnis- und Therapiemodell für krankhaftes Glücksspielen abgeleitet haben.

Operationalisierung, psychopathologische Zuordnung und Behandlung von krankhaftem Glücksspielen (pathological gambling) sind trotz weiterer, intensiver Diskussion des Themas gegenwärtig im deutschen wie im anglo-amerikanischen Sprachraum offener als je.

Die Diskussion in der Bundesrepublik ist nach wie vor stärker von ideologischen Grundpositionen zum Thema „Sucht“ als durch Faktenwissen zum krankhaften Spielen geprägt. Unter den weniger als 10 Therapie-Zentren für Spieler in den USA, die inzwischen mehrjährige Erfahrung gesammelt haben, scheinen sich nur noch wenige konsequent in ihren Therapie-Zielsetzungen am Suchtmodell zu orientieren – z. B. die Klinik South Oaks in Amityville (südlich von New York City). Dort ist dies auch gut nachvollziehbar, da 80 % der in dieser Klinik behandelten „Spieler“ sich ursprünglich ausschließlich zur Therapie ihrer Alkohol- bzw. Kokainsucht hatten aufnehmen lassen. Die Kokainsüchtigen hatten sekundär mit den Glücksspielen begonnen in der Annahme, die hohen Kosten für die Stoffbeschaffung problemloser durch die Gewinne beim Glücksspiel als durch delinquente Akte decken zu können. Solche „Spieler“ sind selbstverständlich überhaupt nicht vergleichbar mit Glücksspielern im eigentlichen Sinne (ausführliche Darstellung in HAND, [1987] in Vorb.).

Über die Langzeiteffekte von Therapien für Spieler lagen bis vor kurzem nur wenige und untereinander, aufgrund unterschiedlicher Bewertungskriterien, kaum vergleichbare Veröffentlichungen vor (Übersicht in HAND und KAUNISTO, 1984a; sehr ausführliche Lit. in BRENGELMANN u. WAADT, 1985). Gegenwärtig arbeiten mehrere Behandlungszentren für Spieler in den USA und Australien, sowie unsere eigene Arbeitsgruppe an Langzeitka-

atmen von Spielern nach professioneller Therapie (mit unterschiedlichen Therapie-Zielsetzungen). Die einzelnen Arbeitsgruppen werden in ein bis zwei Jahren über etwa 100 bis 200 Spieler berichten können.

Soweit bei den bisher publizierten Behandlungsverfahren für Spieler überhaupt versucht wurde, sie hinsichtlich ihrer Ergebnisse, insbesondere der Langzeit-Ergebnisse, zu objektivieren, lagen die beschriebenen Erfolge der zumeist abstinenzorientierten Therapien bei etwa 25 % erreichter Spielabstinenz.

Die tatsächliche Effizienz von Selbsthilfe-Gruppen für Spieler ist weitgehend unbekannt. Die einzige uns bisher bekannte Untersuchung von BROWN in Schottland beschreibt eine nach zwei Jahren erreichte Abstinenzquote von etwa 7 % (BROWN, 1984; kurzer Überblick in HAND, 1986 b).

Auf diesem Hintergrund sei vorweggeschickt, daß die von uns hier vorgestellte erste Katamnese-Untersuchung aus vielerlei Gründen ebenfalls nicht direkt auf der Ebene der Prozentsätze von Erfolg mit den anderen Studien verglichen werden kann.

2. Störungs- und Interventionsmodell bei krankhaftem Glücksspielen

Die Grundzüge unseres aus allgemeinen verhaltenstherapeutischen psychopathologischen Überlegungen abgeleiteten Störungsmodells sind bereits wiederholt publiziert worden (HAND und KAUNISTO, 1984a; detaillierte Modelldarstellung in HAND, 1986 b). Wir haben auch begründet, weshalb aus unserer Sicht die klar erkennbare Untergruppe der Spieler, die erst unter bestimmten sozialen und ökonomischen Bedingungen in exzessives Spielverhalten ausweicht, bei einem pauschalen Suchtmodell in ihrer hoffnungslosen Situation fixiert wird: das mythisch-biologische Suchtmodell bei „nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten“ verhindert hier geradezu eine nüchterne Analyse der zu verändernden Umweltbedingungen und der zu verändernden Adaptionsprozesse des Individuums (HAND und KAUNISTO, 1984b).

Hier seien deshalb nur kurz die wesentlichen Hypothesen aus den vorangegangenen Darstellungen wiederholt:

1. Bedingungen, die krank machen können und zu exzessivem Spielen, als einer (von mehreren) Ausdrucksformen (Symptomen) unterschiedlicher Grundstörungen, führen können, wie: Langeweile, innere Leere und „Frust“ bis hin zur „noogenen Neurose“ nach FRANKL (1975); depressive Reaktion auf persönliche oder berufliche Verlust- oder Versagenserlebnisse; hochgradig gefühlsbesetzte, unlösbar erscheinende Konfliktsituationen in der persönlichen (Partnerschaft, Familie) oder beruflichen Entscheidungssituation.
2. Psychiatrische Grunderkrankungen – wie Depressionen, Manie oder Schizophrenie – bei denen entweder parallel oder intermittierend zur akuten Krankheitsepisode auch exzessives Glücksspielverhalten zu beobachten ist.
3. Wir akzeptieren die Möglichkeit des Bestehens der „Spielkrankheit“ als eigenständige psychiatrische Erkrankung (s. DSM III), obwohl wir sie unter den zu uns gekommenen und in keiner Weise ausgewählten Spielern bisher nicht gefunden haben.
4. Das „Spielen um Geld zu gewinnen“ – laut Umfrage der Stiftung Warentest für 70 % der deutschen „normalen“ Glücksspielteilnehmer scheint bei den krankhaften Formen des Glücksspiels keine entscheidende Ursache (mehr) zu sein. (Einzelheiten in HAND, 1986b).

Unser Therapiemodell beinhaltet:

Konfrontation des Spielers und ggfls. der Angehörigen mit den herausgearbeiteten, hypothetischen intraindividuellen wie interaktionellen Funktionalitäten des Spielverhaltens; Be-

tonung der Eigenverantwortlichkeit für das Spielverhalten mit der entsprechenden Ablehnung „schützender“ Maßnahmen durch die Therapeuten; ständiges Bemühen um die Bewußtmachung und Konfrontation mit „nicht-gewußten Intentionen“ (HAND, 1986a), d. h., „nicht-gewußt beabsichtigten“ Effekten des Spielens in der persönlichen wie in der beruflichen Lebensführung; je nach individueller Ausgangssituation Schwerpunktsetzungen auf der Überwindung individueller Defizite oder partnerschaftlicher, familiärer oder übergeordneter systemischer Funktionen des Spielverhaltens. Das Symptomverhalten wird in einem solchen Kontext als Signal für Fehler in der Lebensführung interpretiert. Kann der Spieler diese Sichtweise akzeptieren, so ist neuerliches Auftreten der Symptomatik kein entmutigender und das Selbstwertgefühl weiter reduzierender „Rückfall“, sondern Anlaß zur (in der Therapie erlernten) eigenständigen Fehleranalyse und zur Einleitung entsprechender Veränderungen (HAND, 1986a; s. ähnliches „Rückfall“-Modell von MARLATT 1985).

Abstinenz ist kein primäres Therapieziel der Therapeuten, sondern kann aus dieser Sicht lediglich das Resultat grundsätzlich veränderter Umgangsweisen des Spielers mit sich selbst und daraus resultierender eigenständiger Einsichten sein – zumindest, wenn Abstinenzverhalten ein stabiles und eigenmotiviertes Verhalten in der Lebensführung werden soll. Ein solches Konzept ist natürlich nur anwendbar bei solchen Spielern, die aufgrund der vor Therapiebeginn eingetretenen Verschuldung noch keinen „sozio-ökonomischen Suizid“ begangen haben, (s. Diskuss. CUSTER u. HAND, 1985). Die Dramatik und das subjektive Leiden, die mit exzessivem Spielen in Partnerschaften und Familien einhergehen, korrelieren überraschenderweise nicht mit der Höhe der Spielschulden – zumindest wenn zu diesem das potentiell verfügbare Einkommen in Relation gestellt wird.

3. Ergebnisse aus dem Verlauf der Pilot-Studie

3.1. Akzeptanz des Therapieangebotes

Im Sommer 1985 begannen wir eine Nachuntersuchung jener 28 Spieler, die zwischen Anfang 1977 und Frühjahr 1984 in der Verhaltenstherapie-Ambulanz an einer Therapie oder zumindest an einem Erstinterview teilgenommen hatten. Die follow-up-Zeiträume lagen somit zwischen 6 Monaten und 7 Jahren (durchschnittlich etwa 2 Jahre). Eine detaillierte Zusammenfassung der follow-up-Zeiträume zeigt Tabelle 1.

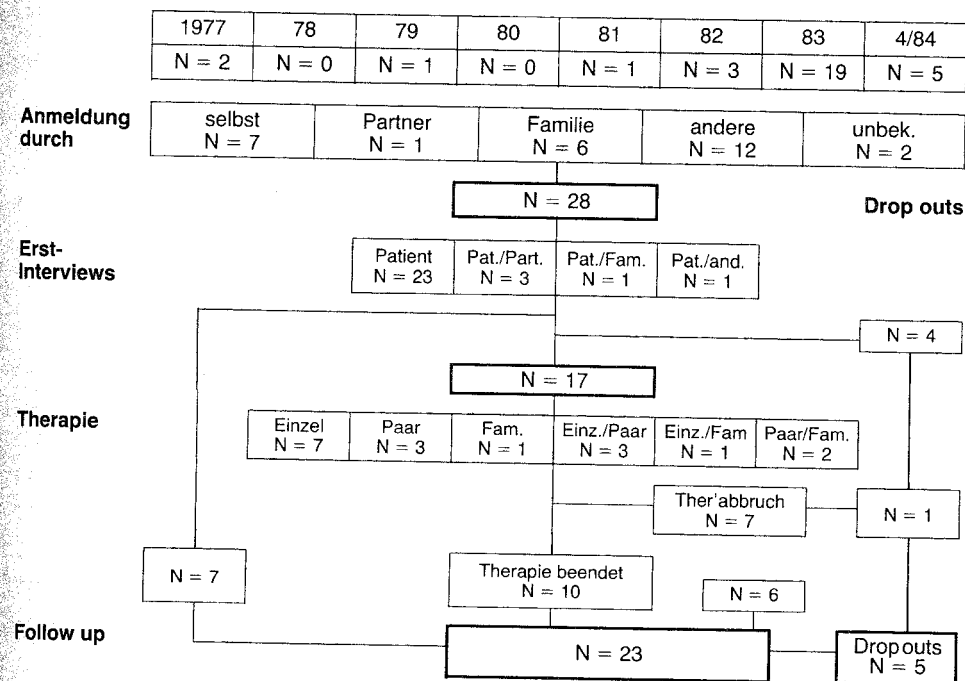
Tabelle 1: Dauer der Follow-up-Phase der nachbefragten Patienten

Dauer in Jahren	Anzahl der Patienten
0,5	N = 3
1	N = 2
1,5	N = 6
2	N = 8
2,5	N = 1
3	N = 2
7	N = 1
$\bar{X} = 1.9$	N = 23

An dieser retrospektiven Katamnese beteiligten sich schließlich 23 (82%!) der insgesamt 28 Spieler. Sie wurden mit Hilfe eines ca. 1½ stündigen halbstrukturierten Interviews über die Auswirkungen der bei uns aufgenommenen Therapie – vor allem auf jene Problemfelder in der Lebensführung, die hypothetische Ursachen des exzessiven Spielens darstellten – befragt. Die Nachbefragung wurde bei 11 Patienten in deren Wohnungen und bei 12 in der Klinik durchgeführt.

Abb. 1 gibt einen Gesamtüberblick über: Anmodungsmodus des Patienten, Art des Erstinterviews, Art der Therapie und Beteiligung an der Nachuntersuchung.

Abbildung 1: Pilot Studie



Von den 28 Patienten, die nach dem Erstinterview ein Therapieangebot bekommen hatten, meldeten sich 7 eigenständig an, ein Patient wurde über den Partner, 6 über Familienmitglieder, 12 über sonstige Bezugspersonen (Vorgesetzte, Ärzte und andere) angemeldet. Die Selbstanmeldungen machten 25% aus, sie sind seither erheblich angestiegen.

23 Patienten erhielten ein Einzel-Erstgespräch, bei 3 waren die Partner anwesend und 1 Erstinterview fand mit der gesamten Familie statt. Sowohl bei den Anmeldungen wie dem Erstinterview selbst wurde keinerlei Vorselektion getroffen, alle Patienten sind im Rahmen der üblichen Versorgungspraxis der Ambulanz angenommen worden. Niemand, der nach dem Erstinterview eine Therapie machen wollte, wurde zurückgewiesen. 11 Patienten nahmen die ihnen angebotene Therapie nicht in Anspruch, von diesen beteiligten sich 7 (64%), die das Erstinterview im Nachhinein als völlig ausreichende Therapie angesehen hatten, an der Nachbefragung; die restlichen 4 waren nicht mehr auffindbar. 17 Patienten nahmen an einer Therapie teil. Abhängig von der Hypothesenbildung wurden bei 7 Patienten Interventionen auf Einzel-, bei 3 auf Paar- und bei einem auf Familienebene durchgeführt. Die übrigen erhielten die angegebenen Kombinationen dieser Interventionsformen. Insgesamt konnten 16 (94%) der Therapieteilnehmer nachbefragt werden. 7 Patienten haben die Therapie vorzeitig abgebrochen, von denen sich allerdings nur einer nicht an der Nachuntersuchung beteiligte. Insgesamt betrug die Beteiligung an der Nachuntersuchung 82% – ein im Vergleich zu anderen Studien außergewöhnlich hoher Prozentsatz.

3.2. Merkmale der Patienten

Tabelle 2 zeigt Geschlechtsverteilung, Alter und Art der Beschäftigung der Pilot-Studien-Patienten.

Tabelle 2: Soziographische Daten

	N = 28			
Geschlecht	M: 28		W: 0	
Alter:	18–35		36–65	
	18–25	26–35	36–50	51–65
N	8	8	9	3
Beschäftigung	36 <		35 >	
	Arbeitslos	7	Arbeiter	2
	Lehrling	3	Seemann	1
	Student	4	Handwerker	5
	Ohne Einkommen	N = 14	„Blue collar“	N = 8
			„White collar“	N = 6

Alle 28 Patienten waren Männer. 16 (57 %) waren in der Altersgruppe zwischen 18 und 35 Jahren. Es besteht eine auffällige Gleichverteilung über die Altersgruppen 18–25, 26–35 und 36–50.

Die Hälfte aller Spieler war ohne eigenes Einkommen.

Tabelle 3 gibt die bevorzugten Spielsituationen und die Verschuldungen durch das Spielen wieder.

	N = 28			
Spielart	„Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“		20	Casino „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“
	Casino		3	Karten/Würfel
Schulden (in tausend DM)	keine	n = 3	< 100	n = 3
	< 10	n = 7	> 100	n = 1
	< 50	n = 10	Unbekannt	n = 4

20 Patienten (71 %) spielten ausschließlich an den „Unterhaltungs-Automaten mit Gewinnmöglichkeit“, nur 3 waren reine Casino-Spieler. Die Schuldenbelastung lag für 20 Patienten bei bis zu 50000 DM, bei nur einem über 100000 DM. Da nur die Relation zwischen der Summe des verspielten Geldes und dem realen Einkommen Aussagen über das wirkliche

Ausmaß der finanziellen Belastung erlaubt, wurde aus beiden der Co-Effizient gebildet, der diese Belastung besser verdeutlichen kann.

In der Tabelle 4 sind diese Werte für jeden der nachbefragten 23 Patienten zum Zeitpunkt des Therapiebeginns aufgeführt. Der relative Wert ergibt sich aus der Division der Spielverluste durch das monatliche Netto-Einkommen: Danach verspielten zum Therapiezeitpunkt 8 Patienten bis zu 50 %, 6 Patienten zwischen 50 und 100 %, 8 Patienten zwischen 100 und 280 %, sowie ein Patient etwa 300 % des eigentlichen verfügbaren Netto-Einkommens.

Tabelle 4: Relation Spielverluste/Einkommen

Nr.	Durchschnittliches monatliches Einkommen (in DM)	Durchschnittliche monatliche Spielverluste (in DM)	Verluste/Einkommen-Relation
1	1500,-	1500,-	1,00
2	1800,-	2000,-	1,10
3	700,-	2000,-	2,80
4	3000,-	3200,-	1,06
5	1800,-	2000,-	1,10
6	1800,-	1800,-	1,10
7	980,-	980,-	1,10
8	1000,-	3000,-	3,00
9	400,-	100,-	0,25
10	1600,-	400,-	0,25
11	2500,-	1000,-	0,40
12	1600,-	500,-	0,31
13	3500,-	4000,-	1,14
14	5000,-	3000,-	0,60
15	2000,-	120,-	0,06
16	1100,-	400,-	0,36
17	500,-	1100,-	2,20
18	1200,-	400,-	0,33
19	1800,-	1800,-	1,00
20	3000,-	3000,-	1,00
21	2400,-	600,-	0,25
22	1450,-	1400,-	0,96
23	360,-	360,-	1,00

Der zeitliche Aufwand der Therapien ist in Tabelle 5 dargestellt.

11 Patienten haben nur an dem Erstinterview teilgenommen. Von den restlichen 17 Patienten haben 10 nur bis zu max. 5 Sitzungen, 6 bis max. 10 Sitzungen und nur ein Patient 12 Sitzungen erhalten.

Tabelle 5: Intensität der Therapie

	N = 28			
Anzahl der Sitzungen	Nur das Erstinterview	≤ 5	≤ 10	> 10
Anzahl der Patienten	N = 11	N = 10	N = 6	N = 1
Dauer der Therapie (in Monaten)		0,5–2	3–6	5

4. Ergebnisse aus der Nachuntersuchung

4.1. Erfolgskriterien

In der von BRENGELMANN und WAADT (1985) publizierten umfangreichen Therapie-Studien-Liste pathologischen Glücksspiels zeigt sich, daß die eingeschlagenen therapeutischen Wege in der Regel von einem Suchtmodell krankhaften Spielens ausgehen. Dementsprechend ist das entscheidende Erfolgskriterium die Abstinenz. Eine Ausnahme bildet die Katamnese-Studie von RUSSO et al. (in press). Hier ist anhand von Selbstrating-Skalen neben der Einhaltung der Abstinenz auch die Reduktion des Spielwunsches sowie die soziale Adaption (soziale Kontakte, Freizeitaktivitäten) erfaßt. Wie in der Einleitung und von HAND und KAUNISTO (1984a) hervorgehoben, geht es in unserem Behandlungsangebot nicht primär um die Einhaltung der Abstinenz. Vielmehr ergibt sich aus unserem Modell heraus:

1. die Notwendigkeit einer Quantifizierung von Veränderungen in den hypothetisch kausalen anderen Problembereichen in der Lebensführung,
2. die Notwendigkeit der qualitativen (nicht allein quantitativen) Erfassung des Spielverhaltens; dieses kann sich von einem exzessiven, krankhaften Verhalten durchaus zu einem nichtbehindernden Normalverhalten verändern;
3. die adäquate Bewertung von 1. und 2. ist nur möglich, wenn gleichzeitig sorgfältig evtl. neu entstandene Problemverhaltensweisen erfaßt werden („Symptomverschiebungen“).

Entsprechend dieser Angaben wurden die drei Variablen-Komplexe im Rahmen des oben angedeuteten Nachbefragungsinterviews mit Hilfe eines halbstandardisierten Katamnese-Fragebogens (modifizierte Form des von ANGENENDT und FISCHER 1985 entwickelten Katamnese-Fragebogens für Agoraphobiker) operationalisiert.

Erfolgs-Variablen-Komplex 1:

Anhand von Visual-Analog-Skalen (1 = keine Behinderung, 8 = extreme Behinderung) soll jeweils in den Bereichen Partnerschaft, Familie, Berufstätigkeit, wirtschaftliche Lage, Freizeitmöglichkeiten, soziale Kontakte, psychisches Wohlbefinden und Selbstvertrauen die Behinderung vor der Therapie und zum Katamnese-Zeitpunkt eingeschätzt werden. Eine Veränderung von $\geq 25\%$ in bezug auf den Mittelwert auf alle Bereiche vom Meßzeitpunkt: „Vor – der – Therapie“ zum Meßzeitpunkt: „Katamnese“ wird als Erfolg gewertet. Zusätzlich wird eine Global-Einschätzung: gebessert, verschlechtert, unverändert, von dem Patienten vorgenommen.

Erfolgs-Variablen-Komplex 2:

Dieser bezieht sich auf das Spielverhalten selbst und basiert auf der Selbsteinschätzung der Spielintensität auf einer von 0 (kein Spielen) bis 8 (exzessives Spielen) reichenden Visual-Analog-Skala. Bei einer Reduktion von $\geq 25\%$ (Zeitraum vor Therapie bis zur Katamnese) wird von einem Erfolg gesprochen. Zusätzlich wird das Verhältnis des verspielten Geldes zum monatlichen Netto-Einkommen zum Katamnese-Zeitpunkt mit einem Normindex verglichen. Der Normindex ergibt sich aus den Wirtschaftsrechnungen des Statistischen Bundesamtes 1984 3er verschiedener Musterhaushalte in bezug auf die Freizeitaufwendungen dieser Haushalte. Für jeden der 3 Musterhaushalte wird der entsprechende Index gebildet, indem Freizeitausgaben durch das Netto-Einkommen dividiert werden. Die 3 Indizes werden gemittelt, da es sich um spezifische Haushalte handelt, die sich in der vorausgesetzten Form nicht unbedingt in unserer Klientel wiederfinden lassen. Es ergibt sich ein Index von 0,19. In dem Fall, da der Patient nicht spielt, ist er gleich 0, wenn der Patient normal spielt, muß der Index im Bereich kleiner als 0,19 liegen. Seine Freizeitaufwendungen lägen damit in der Nähe des „Normverbrauches“.

Erfolgs-Variablen-Komplex 3:

Durch eine intensive verhaltensanalytische Befragung im Rahmen des Katamnese-Interviews wird versucht, eine Verlagerung des Problemverhaltens in andere Symptom- oder Lebensbereiche zu erheben.

Nur wenn in allen drei Erfolgs-Variablen-Bereichen die Patienten als erfolgreich einschätzbar waren, wird von einem Therapie-Erfolg gesprochen.

Diese Erfolgskriterien sind in mancher Hinsicht „weich“. Da wir hier über eine Pilot-Studie berichten, konnte eine systematische Beforschung der Therapie-Effekte erst nach Abschluß der Therapien (retrospektiv) erfolgen. Bewertungsgrundlage ist dabei nur ein Meßzeitpunkt (Katamnese). Es werden Prae-zu-Katamnesezeitpunkt Vergleiche aus den Angaben des Patienten angestellt. Hierdurch können sowohl Erinnerungsfehler der Patienten, wie Wunschdenken der Patienten oder Therapeuten die Ergebnisse in erheblicher Weise verzerren. Ebenso bleibt unklar, ob die Belastung der Angehörigen durch das Spielen abgenommen hat.

Tabelle 6: Zusammenfassung Erfolg/Mißerfolg (N = 28)

Erfolgskriterium I		Erfolgskriterium II				Erfolgskriterium III	
Verbesserung in Problembereichen (mind. 25 % Prä/Kata)		Globales Erfolgs-rating		Abnahme der Spielintensität (mind. 25 %)		Index Spielverluste · Nettoeinkommen (Normalindex: 0.19)	Symptomverschiebungen (Verhaltens-exzesse, Süchte, Neurosen)
25 %	+	besser	+	66 %	+	0.02	keine
70 %	+	besser	+	75 %	+	0.14	keine
64 %	+	besser	+	75 %	+	0.16	keine
71 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
25 %	+	besser	+	50 %	+	0.19	keine
30 %	+	besser	+	25 %	+	0.11	keine
50 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
82 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
80 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
87 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
62 %	+	besser	+	50 %	+	0.19	keine
74 %	+	besser	+	75 %	+	0.11	keine
25 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
100 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
100 %	+	besser	+	100 %	+	0.00	keine
–	–	unverändert	–	–	–	1.1	keine
–	–	schlechter	–	50 %	+	0.14	Alkoholproblematik
–	–	schlechter	–	50 %	+	0.14	Drogenprobleme
–	–	unverändert	–	–	–	1.0	keine
–	–	unverändert	–	–	–	0.3	keine
–	–	unverändert	–	–	–	0.18	keine
–	–	unverändert	–	–	–	0.2	keine
–	–	unverändert	–	–	–	0.02	keine
N = 5 Patienten konnten nicht nachbefragt werden							17,8 %

Die Festlegung von 25 % Veränderungen auf einer Visual-Analog-Skala wurde vor der Durchführung der Katamnese durchgeführt. Sie orientiert sich an Vorgehensweisen in anderen Neurose-Therapieforschungs-Studien (MARKS, HODGSON und RACHMAN, 1975); EMMELKAMP und Van de HOUT (1983); FOA et al., (1983). Hier werden Verände-

rungen um 2-3 Punkte auf einer 9-Punkte-Visual-Analog-Skala (Agoraphobie-Symptome) oder Veränderungen von 30 % (Zwangssymptome) als Erfolgskriterium vorausgesetzt. Wir haben uns auf ein 25 %-Kriterium festgelegt, u. a. deshalb, da uns formal der 25 %-Wert am sinnvollsten erschien, da so das Ausgangswertproblem am ehesten ausgemittelt wird: Eine 50 %-Reduktion bei einem niedrigen Ausgangswert hat eine andere psychologische Bedeutung als bei einem von vornherein hohen Ausgangswert.

Der berechnete Normwert ist ebenfalls ein Näherungskriterium. Er ließe sich unter Mitbeachtung der jeweiligen individuell unterschiedlichen Schuldenlast im Einzelfall kritisieren: Bei einem "Schuldenberg" von 50000 DM machen sich verspielte 200 DM anders bemerkbar, als bei einem schuldenfreien Patienten. Andererseits sind in die Berechnungen des Statistischen Bundesamtes ebenfalls Familien mit Schulden eingegangen.

Die seit Mai 1984 laufende Projekt-Studie hat einen wesentlichen Teil dieser Probleme von vornherein ausklammern können.

4.2. Ergebnisse:

Anhand der dargestellten Kriterien kommen wir zur folgenden Erfolgsbeurteilung:

5 Patienten (18 %) waren nicht erreichbar. Von den verbleibenden 23 Patienten haben 8 (35 %) nicht von der Therapie im Sinne unserer Therapie-Erfolgskriterien profitieren können. 2 dieser Mißerfolgspatienten haben während und nach der Therapie das Spielen unterlassen, statt dessen dann jedoch wieder exzessiven Alkohol- bzw. Drogenabusus betrieben. Ein weiterer Mißerfolgspatient litt an einer manisch-depressiven Erkrankung, deren Beginn vor der Entwicklung des Spielverhaltens lag. Bezogen auf die Gesamtgruppe von 28 Spielern ergibt sich eine Erfolgsquote von 54 %. Bezogen auf die in dieser Pilot-Studie nachbefragten Patienten (N = 23), ergibt sich eine Erfolgsquote von 65 %. Die Berechnung der letztgenannten Quote erscheint inhaltlich berechtigt: Zum einen hatten bei den nicht-erreichten Patienten allein formale Gründe (keine Adresse auffindbar) eine Nachbefragung verhindert, zum anderen wird in den meisten Katamnese-Studien die Effizienz von den erreichten Patienten her beurteilt.

Die Erfolgsgruppe unterteilt sich in eine Gruppe von 8 Patienten (35 % bezogen auf N = 23), die spiel-abstinentes Verhalten angaben. Die verbleibenden 30 % spielten in einem für sie "normalen" Maßstab. Diese Erfolgs- aber auch die Abstinenzrate liegt über der in den bisher veröffentlichten abstinenz-orientierten Therapie-Studien bzw. Selbsthilfegruppen. Dabei muß offenbleiben, wie weit die Spieler in den verschiedenen Institutionen überhaupt vergleichbar sind.

Literatur

- ANGENENDT, J. & FISCHER, M. (1985): Langzeiteffekte von Kurzzeitverhaltenstherapien bei Agoraphobikern, Diplomarbeit Universität Hamburg
- BRENGELMANN, J. C. & WAADT, S. (1985): Verhalten in Glücksspielsituationen. Gerhard Röttger-Verlag, München
- BROWN, R. (1984): The effectiveness of Gamblers Anonymous. Vortrag zur 6. Nationalen Konferenz über Glücksspielen, Atlantic City, USA, 9.-12. 12. 1984
- CUSTER, R. & HAND, I. (1985): Podiumsdiskussion E.A.B.Z.-Kongreß 1984 München
- Diagnostisches u. statistisches Manual psychischer Störungen. DSM III. Dt. Bearbeitung und Einführung K. KOEHLER und H. SASS, Beltz, Weinheim (1984).
- EMMELKAMP & VAN DE HOUT, (1983): Failure in Treating Agoraphobia. In: Failures in Behaviour Therapy; E. B. FOA & P. M. G. EMMELKAMP (Hrsg.); Wiley: New York
- FOA, E.B.; STEKETEE, G.; GRAYSON, J. B.; DOPPELT, H.G. (1983): Treatment of Obsessions-Compulsives. When do we fail? In: Failures in Behavior Therapy; E. B. FOA G.P.M.G. EMMELKAMP (Hrsg.); Wiley: New York

- FRANKL, V. E. (1975): Theorie und Therapie der Neurosen. UTB: München
- HAND, I. (1986a): 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. (1986b): Spielen – Glücksspielen – Krankhaftes Spielen ("Spielsucht"), Fischer: Frankfurt in: Die betäubte Gesellschaft, D. KORCZAK (Hrsg.)
- HAND, I. & KAUNISTO, E. (1984a): Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen ("Spielsucht"), Suchtgefahren, 1-11
- HAND, I. (1987): Therapien für Spieler – Spieler in Therapie. Springer Verlag, Heidelberg (in Vorbereitung)
- 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
- MARKS, I. M. & HODGSON, R. J. & RACHMAN, S. (1975): Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo-exposure. Brit. J. Psychiat. 127, 349-64
- MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. (1985): Relapse Prevention. Guilford: New York
- MORAN, E. (1970): Varieties of pathological gambling, 116, 593-97
- RUSSO, A. M.; TABER, J.J.; McCORMICK, R.A. RAMIREZ, L.F.: An established treatment program for pathological gamblers: Initial outcome study results (in press)
- STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN (1985): Einnahmen und Ausgaben ausgewählter Haushalte 1984. Kohlhammer: Stuttgart

Anschrift für alle Verfasser:

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