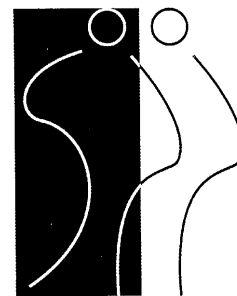


BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

HEFT 19

1. Juli 2009



**Bayerische
Akademie für
Suchtfragen**

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089-530 730-0
Fax: 089-530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Liebe Leserinnen und Leser,

nun gibt es schon seit rund fünf Jahren das Suchtforschungstelegramm der BAS e.V. Dabei ist uns aufgefallen, dass die Mehrzahl der Literaturreferate über die Zeit immer länger geworden ist. Entspricht das auch Ihren Wünschen? Oder hätten Sie es lieber kurz und knapp?

Diesmal haben wir uns bei der Artikelauswahl auch von der bevorstehenden Ferienzeit leiten lassen, indem wir einen Blick auf das Konsumverhalten von Urlaubern werfen. Verglichen werden dabei Engländer, Spanier und Deutsche. Lesen Sie selbst ...

Wie immer werden Sie außerdem mit weiteren Neuigkeiten rund um die Landesstelle Glücksspielsucht und das Projekt HaLT sowie dem aktuellen Veranstaltungskalender der BAS e.V. versorgt.

Wir wünschen Ihnen auch im Namen unserer Kolleginnen und Kollegen interessante Erkenntnisse und hoffen auf einen schönen, trockenen Sommer.

Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Dr. med. Beate Erbas

Literaturreferate

Wie beeinflussen Ferienort und Nationalität Veränderungen im Konsum von Party- und Freizeitdrogen?	5
Kann kontrolliertes Spielen ein mögliches Ziel in der Behandlung pathologischer Glücksspieler sein?	7
Rauchstopperfahrungen bei Jugendlichen	10

Hinweis

Sind Sie auf der Suche nach einer bereits in der Vergangenheit erschienenen Ausgabe des BAS-Suchtforschungstelegramms?

Sämtliche BAS-Suchtforschungstelegramme finden Sie zum Herunterladen auf unserer Website www.bas-muenchen.de unter der Rubrik „Publikationen/ Suchtforschungstelegramm“.

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr. 8890100
BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:
PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:
Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:
Bertram Wehner
Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:
Christiane Fahrmbacher-Lutz
Apothekerin
Dr. rer.soc. Christoph Kröger
Dipl.-Psychologe

Ehrevorsitzender:
Prof. Dr. med. Jobst Böning

Verschiedenes

1. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Rückblick

In der ersten Jahreshälfte 2009 wurden verschiedene neue Projekte angestoßen bzw. bestehende Projekte weitergeführt. So arbeitet beispielsweise die AG Materialien an einem „**Praxishandbuch Glücksspiel**“, das als Nachschlagewerk für alle dienen soll, die beruflich mit pathologischen Spielern zu tun haben. Weiterhin wurde im März zum zweiten Mal der **LSG-Newsletter** versandt, der neben aktuellen Informationen zu den Veranstaltungen der Landesstelle Literaturreferate zu den Themen „*Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet*“ und „*Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel*“ enthielt. Der LSG-Newsletter kann auf der Website der Landesstelle unter www.lsgbayern.de abonniert werden. In einem **Treffen des Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht** wurden MitarbeiterInnen der Fach- und Beratungsstellen über aktuelle Entwicklungen und Angebote informiert und deren Vernetzung vorangetrieben.

Neben einer **Wiederholungsveranstaltung der Basisschulung** zum Pathologischen Glücksspielen, die MitarbeiterInnen aus Beratungseinrichtungen, Schuldnerberatungen sowie aus Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen grundlegende Informationen zur Phänomenologie des Pathologischen Glücksspielens vermittelt, wurde im Frühjahr bzw. Frühsommer 2009 bereits die **erste Aufbauschulung** in München und Nürnberg angeboten. Sie beschäftigte sich mit Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel und umfasste neben zwei Fachvorträgen auch praktische Fallarbeit in Form von Workshops.

Weiterhin startete im März 2009 die erste 4-teilige **Vortragsreihe** mit dem Titel „**Von Börsenhelden, Pokerstars und Lottoträumern – Glücksspiele im gesellschaftlichen Kontext**“, die für die interessierte Öffentlichkeit kostenfrei zugänglich ist.

Zur fortwährenden Unterstützung ihrer fachlichen Arbeit steht den Mitgliedern des Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht seit 1. April 2009 ein **Supervisionsangebot** durch Telefon- und E-Mail-Support bzw. regionale Treffen einzelner Supervisionsgruppen in München und Nürnberg zur Verfügung.

Zudem hat die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern zusammen mit Betroffenen den „**Betroffenenbeirat Pathologisches Glücksspielen**“ gegründet. Er soll helfen, die Anliegen Betroffener dem professionellen System näherzubringen und ihr Wissen und ihre Erfahrungen in die Arbeit der Landesstelle zu integrieren. Interessierte Betroffene können sich unter Betroffenenbeirat@lsgbayern.de informieren.

Nicht zuletzt startete im April die **erste deutsche Studie zur Beratung und Behandlung von KlientInnen, die Probleme mit Glücksspielen haben** und sich deshalb an eine ambulante Einrichtung der Suchthilfe gewandt haben. Sie wird bis Dezember 2010 laufen und soll dazu beitragen, die Angebote für pathologische Spieler zu verbessern.

Ausblick

Ende Juli wird zur Förderung des interdisziplinären Austauschs zum Thema Pathologisches Glücksspielen und um eine erste Bilanz zu ziehen, ein **Symposium** mit dem Titel „*Ein Jahr Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern*“ veranstaltet.

Zudem wird im Herbst 2009 eine weitere **Wiederholungsveranstaltung der Basisschulung** für spezifische Berufsgruppen, die direkt oder indirekt mit pathologischen Glücksspielern arbeiten, stattfinden.

Ende des Jahres wird eine **zweite Aufbauschulung** in München und Nürnberg über das Thema „*Glücksspieler in Beratung und Behandlung – wie zocken Spieler mit ihren Beratern?*“ informieren.

Die genauen Termine und Veranstaltungsorte für die einzelnen Veranstaltungen können Sie unserer Homepage entnehmen. Zusätzlich werden wir Sie natürlich per E-Mail darüber informieren. Weitere Informationen zum Thema Glücksspielsucht und den Aufgaben und Aktivitäten der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern finden Sie auf der Website www.lsgbayern.de.

2. STAP (Ständiger Ausschuss Praxis)

Die im STAP geplante Broschüre „**Prävention von Drogentodesfällen – Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis**“ ist in Kürze über die Website der BAS abrufbar oder gegen Übersendung eines adressierten und frankierten Umschlags (DIN A5, 1,45 €) in der Geschäftsstelle erhältlich. Ferner wird noch in diesem Jahr eine Übersicht bzw. Fachinformation zu GBL bzw. GHB erstellt werden. Gleichzeitig wird weiterhin an der Planung zu einem Fachtag zum Thema ‚Überblick über mehr als 25 Jahre § 35 BtMG‘ (Zurückstellung der Strafvollstreckung) gearbeitet.

Wenn Sie Interesse an einer Mitarbeit im STAP haben, können Sie sich gerne in der BAS-Geschäftsstelle (089-530 730-0) über die aktuellen Termine informieren.

3. Aktueller Stand zur Umsetzung von HaLT in Bayern

Das Phänomen jugendlichen Rauschtrinkens bleibt weiterhin ein riskanter Trend. Die aktuelle Datenlage bestätigt die Notwendigkeit Alkohol-spezifischer Interventionen in der Zielgruppe Kinder und Jugendliche.

Zwischenergebnisse des 2. Monitorings

Die BAS e.V. begleitet das HaLT-Projekt unter anderem wissenschaftlich und führt in regelmäßigen Abständen Projektmonitorings durch: Die dargestellten Ergebnisse basieren auf einer Auswertung (Stand 25.06.09) des 2. Monitorings und zeigen den erfolgreichen Projektverlauf in den mittlerweile 21 Standorten: Demnach haben seit Projektstart in Bayern 585 Jugendliche an einem sogenannten „Brückengespräch“ nach Einlieferung in ein Krankenhaus teilgenommen. 16,1% (94) der Jugendlichen, die ein Brückengespräch absolvierten, nahmen auch an einem Risikocheck (eineinhalbtägiges Gruppenangebot) teil. 14% (82) absolvierten alle vier HaLT-Bausteine des reaktiven Teils (Brückengespräch, Elterngespräch, Risikocheck, Abschlussgespräch). Bei 17,8% (104) erfolgte eine Empfehlung zur Weiterberatung bzw. Weiterbehandlung.

Die proaktiven HaLT-Interventionen zielen auf eine Sensibilisierung für die Thematik Alkohol-spezifische Suchtprävention in den durchführenden Städten und Landkreisen. Im Ergebnis wurden bestehende Präventionsnetzwerke erweitert, zahlreiche neue Kooperationen geschlossen, spezifische Präventionsmaterialien (weiter-) entwickelt und an die regionalen Besonderheiten angepasst. Strukturelle Präventionsmaßnahmen im Rahmen des Jugendschutzes konnten bei zahlreichen Veranstaltungen etabliert werden.

Projektperspektiven

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit verlängerte die Projektlaufzeit über den 31.07.09 hinaus bis zum Jahresende 2009, erweiterte die finanzielle Förderung für die bestehenden Standorte entsprechend und ermöglicht zudem auch weiterhin eine Anschubfinanzierung für neue HaLT-Standorte in Bayern.

Eine Entscheidung der kooperierenden Krankenkassen über mögliche Veränderungen der Abrechnungsmodalitäten der reaktiven HaLT-Intervention steht aus.

Veranstaltungen

- 07.07.2009** Vortrag der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG)
Dipl.-Psych. Tobias Hayer, Uni Bremen, Institut f. Psychologie u. Kognitionsforschung
18:00 Uhr **„Die Faszination Poker: Spielanreize und Suchtgefahren“**
Veranstaltungsort: Würzburg, Matthias-Ehrenfried-Haus
- 08.07.2009** Vortrag von Prof. Götz Mundle, Oberbergklinik Schwarzwald, Hornberg
18:00 Uhr **„Neurodoping – legitime Leistungssteigerung oder süchtige Leistungserwartung“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Villa Leon
- 28.07.2009** Symposium der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG)
12:00 Uhr **„Ein Jahr Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern“**
Veranstaltungsort: München, Bayerische Landesärztekammer
- 23.09.2009** 8. Suchtforum
14:00 Uhr **„Jugend und Sucht“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Philosophische Fakultät der Uni Erlangen-Nürnberg
- 07.10.2009** Vortrag von Dr. Eva Hoch, TU Dresden u. Sven Frisch, Caritas FA für junge Suchtkranke
18:00 Uhr **„Praxiserprobung der modularen, kognitiv-behavioralen Therapie CANDIS“**
Veranstaltungsort: München, Referat für Gesundheit und Umwelt
- 13.10.2009** Tagung für Hebammen und Mitarbeiterinnen aus Schwangerenberatungsstellen
09:30 Uhr **„Rauchen in der Schwangerschaft – motivierende Beratung zum Rauchverzicht“**
Veranstaltungsort: München, Hansa-Haus
- 13.10.2009** Vortrag der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG)
Dipl.-Soz. Wiss. Mark Lutter, Max-Planck-Institut für Geschichtsforschung, Köln
18:00 Uhr **„Gleiches Pech für alle – warum spielen wir eigentlich Lotto?“**
Veranstaltungsort: München, Referat für Gesundheit und Umwelt

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089-530 730-0) oder unter „BAS-Veranstaltungen“ unter www.bas-muenchen.de.

Wie beeinflussen Ferienort und Nationalität Veränderungen im Konsum von Party- und Freizeitdrogen? – Ein natürliches Experiment auf den Balearen

Hintergrund

In vielen Ländern lassen sich in den letzten 12 bis 14 Jahren deutliche Zuwächse beim Konsum von Cannabis (hier besonders Spanien), Ecstasy (Australien) und auch Kokain (England und Wales) bei den unter 30-Jährigen verzeichnen. Zudem ist der Zusammenhang zwischen nächtlichem Ausgehen, Clubbesuchen und dem Konsum von Partydrogen über Ländergrenzen hinweg ein konsistenter Faktor.

Flugreisen sind in der Vergangenheit günstiger geworden, so dass auch junge Leute einen immer größeren Teil ihrer Freizeit im Ausland verbringen. Nicht selten ist der Ruf, den das Nachtleben einer Stadt oder einer Gegend genießt, entscheidend für die Auswahl des Ziels. Ein paar Studien haben bereits untersucht, inwieweit ein Ferienaufenthalt zur Rekrutierung neuer Konsumenten beitragen kann – allerdings ohne verschiedene Nationalitäten oder Ferienorte zu vergleichen.

In der hier vorgestellten Untersuchung wurden im Jahr 2007 junge Urlauber in Mallorca und Ibiza zu ihrem Urlaubsaufenthalt und zum Umfang ihres Drogenkonsums befragt. Von den neun Millionen Touristen, die jedes Jahr nach Mallorca bzw. Ibiza reisen, kommen über ein Drittel bzw. knapp 15% aus Deutschland, ein knappes Viertel bzw. ein Drittel aus Großbritannien und etwa 20% bzw. 30% aus anderen Teilen Spaniens.

Methodik

In den Abflugbereichen der Flughäfen von Mallorca und Ibiza wurden junge Leute (ohne Kinder, ohne ältere Verwandte) zwischen 16 und 35 Jahren von geschulten, muttersprachlichen Interviewern angesprochen und über das Ziel der Untersuchung informiert. So konnten insgesamt 3003 Urlauber aus Großbritannien, Spanien und Deutschland mittels Fragebogen in der jeweiligen Landessprache befragt werden. Dabei wurden neben demografischen Parametern auch die Aufenthaltsdauer, Gründe für die Wahl des Urlaubsorts und die Häufigkeit des Gebrauchs verschiedener Substanzen abgefragt. Für die weitere Auswertung wurden die Befragten in folgende Gruppen eingeteilt:

- *Niemals konsumiert*: weder zu Hause noch im Urlaub Drogen konsumiert;
- *Rekrutiert*: noch nie zu Hause, aber während des Aufenthalts erstmals konsumiert;
- *Rückfällig*: in den letzten 12 Monaten nicht konsumiert, aber während des Urlaubs;
- *Verzichtet*: in den letzten 12 Monaten konsumiert, aber nicht während des Urlaubs;
- *Kontinuierlich*: in den letzten 12 Monaten und während des Urlaubs konsumiert.

Ergebnisse

Substanzunabhängige Unterschiede:

Hinsichtlich der demografischen Merkmale ergaben sich zwischen den Nationen darin Unterschiede, dass die Spanier eher älter (Altersgruppe von 26-35) waren und bei den befragten deutschen Touristen die Männer in der Überzahl (60,7%) waren. Die Aufenthaltsdauer betrug bei allen (61,0%) am häufigsten eine Woche oder weniger, ein Drittel blieb zwischen acht und 14 Tagen (43,8% der Briten, 15,8% der Spanier) im Urlaub. Spanier verbrachten – im Vergleich zu Briten und Deutschen – am häufigsten (12,9%) zwei Wochen oder länger auf den Balearen.

Substanzabhängige Unterschiede zwischen Ibiza- und Mallorca-Besuchern:

Bezüglich des Drogenkonsums ergab sich für die Ibiza-Besucher eine höhere Wahrscheinlichkeit illegale Substanzen „kontinuierlich“ konsumiert zu haben. Für Cannabis, Ecstasy und Kokain wurden in einem multivariaten Modell signifikant höhere Raten für Ibiza-Touristen in den Kategorien „Rekrutiert“, „Rückfällig“ und „Kontinuierlich“ ermittelt. Cannabis war die Droge, die von allen Nationalitäten auf Mallorca am häufigsten sowohl zu Hause als auch im Urlaub konsumiert wurde. Auf Ibiza traf dies für Ecstasy zu.

Substanzabhängige Unterschiede zwischen Spaniern, Briten und Deutschen

Für alle befragten Touristen – unabhängig von ihrem Herkunftsland – galt, dass der Drogenkonsum im Urlaub höher war als in der Heimat. Diejenigen, die mehr als fünfmal pro Woche betrunken waren, hat-

ten eine höhere Wahrscheinlichkeit, kontinuierliche Konsumenten von Cannabis (Odds Ratio = 3,2), Ecstasy (OR = 2,9) und Kokain (OR = 5,7) zu sein.

Spanier: Sie benutzten am häufigsten Cannabis (10,3% auf Mallorca, 17% auf Ibiza) sowohl zu Hause als auch im Urlaub. Im Vergleich zu deutschen Urlaubern war die Wahrscheinlichkeit für kontinuierlichen Konsum 4,4-fach erhöht. Während sie zu Hause einmal pro Woche Cannabis konsumierten, gaben knapp 42% einen Konsum an fünf oder mehr Tagen pro Woche im Urlaub an.

Briten: Sie waren am häufigsten kontinuierliche Konsumenten von Ecstasy und Kokain, wobei sie 13,2-fach häufigeren Ecstasy- und 2,7-fach häufigeren Kokainkonsum als die Deutschen angaben. Für sie war das Risiko, im Urlaub mit Ecstasy rückfällig zu werden, mit rund 5% am höchsten. Auch der Alkoholkonsum erhöhte sich beträchtlich. Von denen, die zu Hause einmal pro Woche tranken, gaben dies rund 90% Alkoholkonsum an fünf oder mehr Tagen pro Woche während des Urlaubs an.

Deutsche: Sie ließen sich mit 1,8% auf Ibiza signifikant seltener für den Ecstasykonsum rekrutieren. Die Rückfallrate für irgendeine Partydroge lag mit 1,3% deutlich unter der der Briten (6,8%). Mit über 52% stellten die Deutschen auf Mallorca den größten Anteil der Raucher dar; bei allen anderen Substanzen lagen sie mit dem Konsumverhalten im Urlaub unter dem der Briten und Spanier.

Diskussion und Bedeutung für die Praxis

Sicherlich hat diese Untersuchung einige Schwächen, da sich die Befragung zum einen retrospektiv auf einen Zeitraum von 12 Monaten erstreckte und damit für Erinnerungsfehler anfällig war und zum anderen nur Personen befragt wurden, die per Flugzeug angereist waren. Dennoch ähnelten die gefundenen Ergebnisse denen nationaler Studien zum Drogenkonsum.

Die Tatsache, dass sich und warum sich Bevölkerungsgruppen mit hohem Freizeitdrogenkonsum in bestimmten Ferienorten häufen, ist vielen Nationen unbekannt, obwohl sich gerade hier die Möglichkeit zielgerichteter Prävention und Schadensminimierung anbieten würde. Gerade im Ausland bei fehlendem Kontakt zur Familie oder anderen unterstützenden Personen, fehlender Kenntnis des medizinischen Versorgungssystems und der meist geringen Kenntnis über (Wechsel-)Wirkungen unbekannter Substanzen ist das Risiko einer gesundheitlichen Schädigung besonders hoch.

Wichtig wäre es jetzt herauszufinden, wie sich das Konsumverhalten nach dem Urlaub verhält, besonders in der Gruppe derjenigen, die rückfällig geworden sind oder zum ersten Mal konsumiert haben. Zudem sollten länderübergreifende koordinierende Aktivitäten in der Nachtclubszene beliebter Ferienorte gestartet werden, um erfolgreich Maßnahmen zu Prävention und Schadensminimierung zu implementieren.

Bellis M., Hughes K., Calafat A., Juan M. (2009): Relative contributions of Holiday Location and Nationality to Changes in Recreational Drug Taking Behaviour: A Natural Experiment in the Balearic Islands. Eur Addict Res, 15: 78-86

Kann kontrolliertes Spielen ein mögliches Ziel in der Behandlung pathologischer Glücksspieler sein?

Einleitung

Obwohl Studien zeigen, dass eine psychologische Intervention bei pathologischem Glücksspiel kurz- und langfristig positive Folgen hat, bleibt die Erkrankung häufig unbehandelt. So nehmen beispielsweise in den USA nur 3% der pathologischen Spieler professionelle Hilfe in Anspruch. Von diesen bricht etwa die Hälfte die Behandlung vorzeitig ab (Ladouceur, Gosselin, Laberge & Blaszczynski, 2001). In einer Studie in Australien (Dowling & Smith, 2007) wurde kontrolliertes Spielen als alternatives Behandlungsziel angeboten und von einem Drittel der Betroffenen gewählt. Gründe dafür waren Spaß am Spielen, der Glaube, dass Abstinenz ein unrealistisches Ziel sei sowie der Wunsch, das exzessive Spielen zu meistern.

Daher stellt sich die Frage, ob kontrolliertes Spielen ein mögliches Ziel in der Behandlung pathologischer Glücksspieler ist. Daran schließt sich die Frage an, anhand welcher Charakteristika der Spieler sich ein erfolgreicher Therapieabschluss voraussagen lässt.

Methodik

Die Auswahl der Teilnehmer fand nach einem telefonischen Screening statt. Die Befragungszeitpunkte waren vor und nach der Behandlung sowie nach sechs bzw. zwölf Monaten.

„Kontrolliertes Spielen“ wurde als eine individuelle Reduktion der Spielaktivitäten bezüglich Häufigkeit, Zeit und Geld definiert, so dass das Spielen keine schädigenden Konsequenzen mehr für die Spieler und ihr Umfeld hat. Während der gesamten Untersuchung hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, ihr Behandlungsziel in Abstinenz zu ändern. Die Behandlung fand als kognitive Verhaltenstherapie über 12 Wochen statt. Bei Bedarf wurden zusätzliche Sitzungen vereinbart. Grundlage der Therapie stellt ein Therapiemanual mit sieben Komponenten dar:

- (1) Steigerung der Motivation (1 Sitzung): angelehnt an das Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991)
- (2) Festlegung persönlicher Ziele (2 Sitzungen): Festlegung von Spielfrequenz, Höhe des vorgesehenen Geldes, Dauer der Spiele sowie Strategie zur Reduktion (schrittweise versus sofortige Reduktion)
- (3) Identifikation von Risikosituationen und Auswahl möglicher Verhaltensweisen (1 Sitzung)
- (4) Analyse der kognitiven Verzerrungen (1 Sitzung)
- (5) Aufmerksamkeit auf und Korrektur von kognitiven Verzerrungen, die mit dem Glücksspiel zusammenhängen (3 Sitzungen)
- (6) Exposition einer simulierten Spielsitzung (2 Sitzungen)
Spieler mit Behandlungsziel Abstinenz nahmen nicht an diesen Sitzungen teil.
- (7) Rückfallprophylaxe (2 Sitzungen) adaptiert nach einem Modell von Marlatt (1985)

Variablen und Instrumente

Als Hauptindikatoren für Glücksspielen wurden folgende Bereiche untersucht:

- (1) DSM-IV-Kriterien für pathologisches Spielen,
- (2) Häufigkeit des Glücksspielens mit Anzahl der Glücksspiel-Sitzungen, Anzahl der mit Glücksspielen verbrachten Stunden und Höhe des beim Glücksspiel eingesetzten Geldes in der vergangenen Woche,
- (3) Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit,
- (4) subjektive Beeinträchtigung und Wunsch nach Behandlung sowie
- (5) Einfluss der Glücksspielproblematik auf verschiedene Bereiche des Lebens (soziales Umfeld, Partnerschaft, Familie, Arbeit, Stimmung, Schlaf, physische Gesundheit und finanzielle Aspekte)

Als sekundäre Indikatoren für Glücksspielen wurden verzerrte Vorstellungen in Bezug auf das Glücksspielen, Lebensqualität, Vorhandensein und Schweregrad von Depression und Angststörungen, Wille zur Veränderung („Readiness to Change Questionnaire“, Rollnick et al., 1992) sowie das Vorhandensein von psychischen Erkrankungen untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 89 Teilnehmer die Behandlung auf, davon 48% Männer und 52% Frauen. Insgesamt hatten 97% der Teilnehmer Probleme mit Spielautomaten, im Schnitt war das Spielen seit 7,8 Jahren problematisch. 77% spielten mindestens einmal pro Woche; im Schnitt betrug die Spieldauer 8 Stunden, der verspielte Betrag \$ 520. 64% haben Schulden aufgrund des Glücksspiels. Im Schnitt wurden bislang \$ 75.000 verspielt. Von den Teilnehmern berichteten 63%, ihre eigenen Limits in Bezug auf Geld nicht einzuhalten. Ähnliches gilt für die Limits bezüglich Spielhäufigkeit und Zeit. 74% hatten wegen ihrer Glücksspielproblematik früher schon Kontakt mit dem Hilfesystem.

Teilnehmer, die die Behandlung abschlossen, nahmen im Schnitt an 14 Sitzungen teil. Acht Teilnehmer nahmen zusätzliche Sitzungen zwischen Behandlungsende und Nachuntersuchungen in Anspruch.

Insgesamt schlossen 69% der Teilnehmer das Programm ab. Diese Teilnehmer gaben im Unterschied zu denen, die die Behandlung abbrachen, signifikant häufiger an, das Therapieziel Kontrolle gewählt zu haben, weil sie gerne weiterhin spielen möchten. Bezüglich der DSM-IV-Kriterien vor der Behandlung sowie der soziodemographischen Variablen gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Teilnehmergruppen.

Hauptindikatoren für Glücksspielen:

Bezüglich der von 0-10 skalierten DSM-IV-Kriterien wiesen vor der Behandlung alle Teilnehmer einen Wert von fünf oder höher auf. Nach der Behandlung zeigten dagegen 63% der Teilnehmer einen Wert unter fünf. Dies zeigte sich auch bei der 6- und 12-Monats-Nachuntersuchung (56% bzw. 51%). Bei einer Betrachtung der Teilnehmer, die die Behandlung abschlossen, ergaben sich 92% bei Behandlungsende und 80% bzw. 71% bei der 6- und 12-Monats-Nachuntersuchung. Der Unterschied zwischen vor und nach der Behandlung sowie zwischen vor der Behandlung und der 12-Monats-Nachuntersuchung ist signifikant.

Auch bei der Anzahl der Glücksspielsitzungen, der mit Glücksspielen verbrachten Zeit sowie bei der Höhe des für Glücksspiel eingesetzten Geldes zeigten sich signifikante Unterschiede – jeweils auch hinsichtlich der wahrgenommenen Kontrolle über diesen Bereich – zwischen vor bzw. nach der Behandlung sowie zwischen vor der Behandlung und der 12-Monats-Nachuntersuchung. Bei der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit ist ebenfalls ein signifikanter Anstieg zwischen vor und nach der Behandlung sowie zwischen „vor der Behandlung“ und der 12-Monats-Nachuntersuchung sichtbar. Dasselbe Bild findet sich bei der subjektiven Beeinträchtigung und dem Wunsch nach Behandlung sowie dem Einfluss der Glücksspielproblematik auf die acht untersuchten Bereiche des Lebens.

Sekundäre Indikatoren für Glücksspielen:

Bei den untersuchten sekundären Indikatoren für Glücksspielen gab es ebenfalls signifikante Änderungen:

- Hinsichtlich der verzerrten Annahmen wurde ein signifikanter Anstieg an richtigen Antworten zwischen vor und nach der Behandlung sowie zwischen „vor der Behandlung“ und der 12-Monats-Nachuntersuchung beobachtet.
- Bei der Lebensqualität gab es einen signifikanten Anstieg in den Bereichen soziale Aktivitäten, finanzielle Aspekte, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert und Lebenszufriedenheit.
- Das Vorhandensein und die Schwere von Depression sowie von Angststörungen verringerte sich signifikant zwischen vor und nach der Behandlung sowie zwischen vor der Behandlung und der 12-Monats-Nachuntersuchung.

Unterschiede zwischen Teilnehmern mit Behandlungserfolg bzw. -misserfolg:

Spieler, die nach der Behandlung nicht mehr die DSM-IV-Kriterien aufwiesen, zeigten folgende Charakteristika: Die Werte in Bezug auf Depression und Angststörungen waren niedriger, in der Vergangenheit zeigten sich weniger Suizidabsichten, sie verloren weniger Geld beim Spielen und hatten geringere negative Auswirkungen des Glücksspielens auf ihr Familienleben. Zudem war ihr Interesse weiterhin zu spielen größer. Auf dem Fragebogen zum Veränderungswillen befanden sich außerdem mehr von ihnen in der Handlungsphase, d.h. sie sind in der Phase angelangt, in der sie konkrete Handlungsschritte zur Veränderung ihrer Lebenssituation einleiten.

Unterschiede zwischen Teilnehmern mit Therapieziel „kontrolliertes Spielen“ versus Abstinenz:

Nur etwa ein Drittel der Teilnehmer, die die Behandlung abschlossen, blieb bei dem Behandlungsziel „kontrolliertes Spielen“. Die Änderung in das Ziel Abstinenz erfolgte im Schnitt nach sechs Therapiesit-

zungen. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen betrifft die Häufigkeit des Glücksspielens nach der Behandlung: Mehr Teilnehmer mit Behandlungsziel kontrolliertes Spielen spielten weiterhin. Zudem berichteten mehr Teilnehmer mit Behandlungsziel Abstinenz, dass sie ihre selbstgesetzten Limits einhalten; der Mittelwert bei der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit war bei diesen Teilnehmern höher.

Unterschiede zwischen Teilnehmern, die ihr Behandlungsziel änderten bzw. nicht änderten:

Von den Teilnehmern, die ihr Behandlungsziel änderten, hatten mehr im Hilfesystem von dem Programm erfahren und in der Vergangenheit Hilfe wegen ihrer Glücksspielproblematik in Anspruch genommen.

Diskussion

Die vorliegenden Daten bekräftigen die Vermutung, dass das Behandlungsziel Abstinenz nicht für alle pathologischen Spieler passend ist und manche Personen möglicherweise von einer Behandlungsaufnahme abhält (González-Ibáñez et al., 2005; Ladouceur, 2005). Durch das Angebot des kontrollierten Spielens könnte die Anzahl an Hilfesuchenden vergrößert werden. Zu Beginn der Behandlung hofften alle Teilnehmer, in einer angemessenen Weise weiterhin spielen zu können. Das Therapieziel wurde im Schnitt in der sechsten Therapiestunde geändert. Zu diesem Zeitpunkt wird im Therapieprogramm an den kognitiven Verzerrungen bezüglich des Glücksspielens gearbeitet. Scheinbar führt dies dazu, dass die Teilnehmer ihr Behandlungsziel überdenken.

Die Abbruchrate in dieser Studie (31%) unterschied sich nicht von den Raten, die in anderen Studien berichtet werden. Dies widerlegt die Hypothese von Andrewartha & Dowling (2006), dass das Behandlungsziel kontrolliertes Spielen die Abbruchrate verringern würde. Wichtig ist, dass viele Spieler kurz vor ihrem Therapieabbruch ihr Behandlungsziel in Abstinenz änderten. Dies deutet darauf hin, dass kontrolliertes Spielen nicht für alle Betroffenen geeignet ist.

63% aller Teilnehmer erfüllten nach dem Ende der Behandlung nicht mehr die DSM-IV-Kriterien für pathologisches Glücksspielen. dieses Therapieziel konnte in der 6- bzw. 12-Monats-Nachuntersuchung aufrecht erhalten werden kann. Bei einer Betrachtung der Wirksamkeit des Programms anhand der Teilnehmer, die die Behandlung abschlossen, zeigt sich, dass 92% nicht mehr als Pathologische Spieler nach dem DSM-IV diagnostiziert werden. Dies konnte über den 6- bzw. 12-Monats-Zeitraum aufrecht erhalten werden.

Bezüglich des Behandlungsziels blieb ein Drittel aller Teilnehmer bei dem Behandlungsziel kontrolliertes Spielen, die übrigen zwei Drittel änderten zumindest einmal im Behandlungszeitraum ihr Ziel in Abstinenz. Am Behandlungsende, wie auch bei der 6- bzw. 12-Monats-Nachuntersuchung entschieden sich fast zwei von drei Spielern für das Ziel kontrolliertes Spielen. Dies bestätigt die Beobachtung von Dowling & Smith (2007).

Das zweite Ziel dieser Studie war, Charakteristika der Spieler zu identifizieren, die kontrolliertes Spielen erreichen und aufrecht erhalten können. Den Ergebnissen der Studie zufolge können keine spezifischen Charakteristika identifiziert werden, die den Erfolg der Therapie mit Behandlungsziel kontrolliertes Spielen voraussagen.

Es wurde allerdings festgestellt, dass Spieler, die das kontrollierte Spielen erfolgreich umsetzen konnten, niedrigere Werte auf der Angst- und Depressionsskala sowie einen höheren Wert bei der Lebensqualität hatten. Zudem gab es weniger Suizidversuche in ihrer Vergangenheit, sie gaben weniger Geld für Glücksspiele aus und hatten weniger negative Konsequenzen in ihrer Familie aufgrund des Glücksspielens. Diese Ergebnisse könnten auf eine vermehrte soziale Unterstützung hindeuten. Zudem waren diese Teilnehmer älter.

Bedeutung für die Praxis

Diese Studie zeigt, wie wichtig es ist, Behandlungsstrategien zu entwickeln, die berücksichtigen, dass es sich bei den pathologischen Spielern nicht um eine homogene Gruppe handelt und dass die Therapieziele dementsprechend angepasst werden müssen. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass das Behandlungsziel kontrolliertes Spielen umsetzbar ist.

Ladouceur R, Lachance S, Fournier P-M (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? Behaviour Research and Therapy 47: 189-197.

Rauchstopperfahrungen bei Jugendlichen

Einleitung

Obwohl Jugendliche häufig rauchen, gibt es bislang nur begrenzte Beweise für die Effektivität von verhaltenstherapeutischen oder medikamentösen Therapien zum Rauchstopp bei Jugendlichen. Viele junge Raucher möchten zwar mit dem Rauchen aufhören, scheitern aber. Ein 52 Studien umfassender Review berichtet dazu, dass im Schnitt 58% der Jugendlichen nach sechs Monaten von Rauchstopp-Versuchen berichten, nach einem Jahr sind es bereits 68%. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen hatte bereits mehrere Aufhörversuche hinter sich. Der Rückfall nach dem Rauchstopp-Versuch erfolgte bei 34% innerhalb einer Woche, bei 56% innerhalb eines Monats, bei 89% innerhalb von sechs Monaten und bei 92% innerhalb von einem Jahr. Es ist daher anzunehmen, dass Jugendliche schon bald nach Beginn des Rauchens Hilfe beim Rauchstopp benötigen.

Bislang gibt es nur wenige Studien, die die Abfolge und den Zeitpunkt bestimmter Ereignisse oder Meilensteine, die im Prozess des Aufhörens wichtig sein könnten, beschreiben. Ein Verständnis dieser Meilensteine kann dabei helfen, die Entwicklung geeigneter und effektiver theoretisch fundierter Interventionen voranzutreiben.

Methodik

Für die vorliegende Studie wurden Daten aus der „Nicotine Dependence in Teens study“ ausgewertet. Dabei handelt es sich um eine prospektive Untersuchung mit insgesamt 1.293 Schülern in 10 Schulen (7. Klasse) im Gebiet von Montreal (Quebec). Die Schüler wurden quartalsweise über fünf Jahre schriftlich befragt. In diese Analyse wurden nur Daten von den Schülern einbezogen, die bei der Baseline-Erhebung noch nie geraucht hatten und während der Erhebung mit dem Rauchen begannen. Von den insgesamt 814 Schülern, die noch nie geraucht hatten, traf dies auf 360 (44%) zu. Davon wurden 41 Schüler aus der Studie ausgeschlossen, da der Zeitpunkt, zu dem mit dem Rauchen begonnen wurde, nicht ermittelt werden konnte. Somit wurden 319 Schüler untersucht.

Zu jedem Befragungszeitpunkt wurden Meilensteine (Details unter *Ergebnisse*) in Bezug auf Rauchstopp, Zigarettenkonsum und Nikotinabhängigkeit erhoben.

Ergebnisse

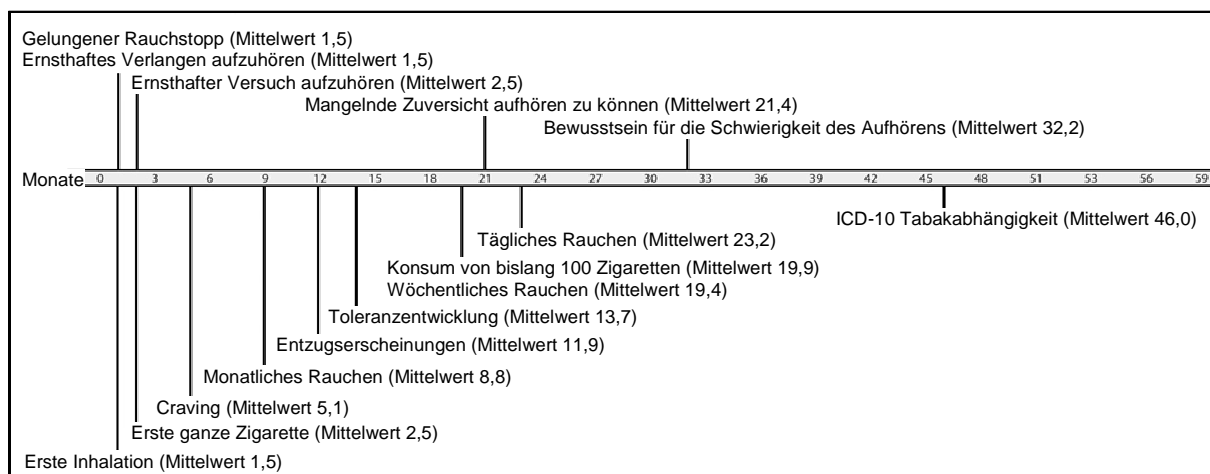
Im Schnitt wurden die Schüler über einen Zeitraum von 54 Monaten (5-56 Monate) untersucht. Dabei betrug die Dauer der Nachuntersuchung nach dem ersten Zug im Schnitt 32 Monate (0-54 Monate). 48 Monate nach der Baseline-Erhebung haben 54 Schüler (17%) in den letzten 12 oder mehr Monaten nicht mehr geraucht und wurden daher der Gruppe mit erfolgreichem Rauchstopp zugeordnet.

Als Meilenstein beim Aufhören wurde der permanente Rauchstopp am häufigsten berichtet (82 pro 1000 Personen-Monate¹), gefolgt vom ernsthaften Verlangen aufzuhören (70 pro 1000 Personen-Monate). Deutlich geringer waren die Inzidenzraten pro 1000 Personen-Monate für ernsthafte Versuche aufzuhören (28), mangelnde Zuversicht aufhören zu können (13) sowie das Bewusstsein für die Schwierigkeit des Aufhörens (10).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl der Monate nach dem ersten Zug, bei denen die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der jeweiligen Meilensteine bei 25 % lag:

¹ Personen-Monate: Anzahl der insgesamt eingeflossenen Monate, d.h. Anzahl der Monate pro Person x Anzahl der befragten Personen

Abbildung: Schätzung der Anzahl der Monate nach dem ersten Zug, bei denen die Wahrscheinlichkeiten für das Erreichen der Meilensteine bei 25% liegen (Der Mittelwert bezieht sich auf die Anzahl der Monate.)



Diskussion

Die Daten deuten darauf hin, dass für neu beginnende Raucher der Rauchstopp als eine Abfolge von Phasen betrachtet werden kann. Ein bis zwei Monate nach dem ersten Zug nehmen jugendliche Raucher durch Inhalation und die erste ganze Zigarette verstärkt Nikotin auf. Diese Phase wird charakterisiert durch eine naive Zuversicht über die Sicherheit, wieder aufhören zu können. In der Folge tritt der Willen aufzuhören auf sowie die wachsende Erkenntnis, dass das Aufhören ernsthafte Bemühungen erfordert. Über die nächsten zwei Jahre, während Craving, Entzugserscheinungen und Toleranz auftreten und sich der Tabakkonsum hin zu monatlichem Zigarettengebrauch steigert, verlieren jugendliche Raucher zunehmend die Gewissheit, mit dem Rauchen aufhören zu können. Etwa ein Jahr später gelangen jugendliche Raucher zu der Erkenntnis, dass sie deswegen rauchen, weil es ihnen sehr schwer fällt, damit aufzuhören.

Daher sollten verschiedene Aspekte des Rauchstopp-Prozesses bei der Entwicklung von Interventionen zum Tabakkonsum bei Jugendlichen mit einbezogen werden:

- Verschiedene Meilensteine beim Rauchstopp – inklusive dem Wunsch aufzuhören sowie dem ernsthaften Versuch aufzuhören – treten relativ früh nach dem ersten Zug auf. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Jugendliche kurz nach dem ersten Zug empfänglich sein könnten für Rauchstopp-Interventionen.
- Obwohl 230 von 319 Rauchern den Wunsch aufzuhören äußerten, nahm nur etwa ein Fünftel vom Rauchen für 12 oder mehr Monate Abstand. Dies unterstreicht, dass auch bei jugendlichen neuen Konsumenten eine große Differenz zwischen dem Wunsch aufzuhören und der Fähigkeit, aufhören zu können, besteht.

Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass Interventionen notwendig sind, um jugendlichen Raucher zu vermitteln, dass bereits der erste Zug den Beginn eines Prozesses darstellt, der schnell zu ausuferndem Tabakkonsum, Auftreten von Nikotinabhängigkeitssymptomen sowie einem Kontrollverlust über das Rauchen werden kann.

Bedeutung für die Praxis:

Man muss sich bewusst sein, dass ein Rauchstopp selbst zu Beginn auch für Jugendliche, die gerade erst mit dem Rauchen beginnen, schwierig ist. Trotz der frühen Versuche und der steigenden Schwierigkeiten beim Aufhören benötigen Jugendliche fast drei Jahre vom ersten Zug bis zur Feststellung, dass sie nicht mehr aus eigenem Willen mit dem Rauchen aufhören können. Interventionen zur Kontrolle des Tabakkonsums sowie zum Rauchstopp werden also bald nach dem ersten Zug benötigt.

O'Loughlin J, Gervais A., Dugas E, Meshefedjian G (2009). Milestones in the Process of Cessation Among Novice Adolescent Smokers. American Journal of Public Health 99 (3): 499-504.