

Aus dem Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Medizinische Psychologie
Interdisziplinäre Suchtforschungsgruppe Berlin - ISFB
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Pathologisches Glücksspiel

–

Vorkommen und psychosoziale Einflussfaktoren

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Ulrike Hesselbarth
aus Frankfurt (Oder)

Gutachter: 1. Priv.-Doz. Dr. phil. N. Knoll

2. Prof. Dr. med. habil. PhD B. A. Sabel

3. Prof. Dr. M. E. Beutel

Datum der Promotion: 30.01.2009

**„Wir spielen
in der Hoffnung zu gewinnen,
doch was uns erregt,
ist der Gedanke an das,
was wir verlieren können.“**

Jeanette Winterson, Verlangen (1993)

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG.....	1
2	PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL.....	5
2.1	Definition und nosologische Zuordnung.....	5
2.1.1	Pathologisches Glücksspiel als Impulskontrollstörung.....	7
2.1.1	Pathologisches Glücksspiel als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung...	8
2.1.3	Verlangen und Entzug.....	9
2.2	Epidemiologie.....	10
2.3	Glücksspielen als Bewältigungsstrategie.....	12
2.3.1	Das Stressverarbeitungsmodell.....	12
2.3.2	Einflussfaktoren auf das Glücksspielverhalten.....	14
3	FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN.....	19
3.1	Fragestellung.....	19
3.2	Hypothesen.....	20
4	METHODIK.....	25
4.1	Design und Durchführung der Studie.....	25
4.2	Psychometrische Instrumente.....	28
4.3	Stichprobe.....	34
4.4	Statistische Auswertung.....	36
5	ERGEBNISSE.....	37
5.1	Glücksspielassoziierte Daten und Häufigkeit subklinischen sowie pathologischen Glücksspiels.....	37
5.1.1	Allgemeine Daten zum Glücksspiel.....	37
5.1.2	Häufigkeit subklinischen und pathologischen Glücksspiels.....	41
5.2	Klassifizierung der Probanden.....	42
5.3	Soziodemographische Daten im Gruppenvergleich.....	43
5.4	Glücksspielassoziierte Variablen im Gruppenvergleich.....	46
5.4.1	Allgemeine Glücksspieldaten.....	46
5.4.2	Einzelne Items des BIG.....	48
5.4.3	Die Kriterien des BIG zum pathologischen Glücksspiel.....	50

5.5 Zusammenhang zwischen Verlangen und Entzug und dem Ausmaß des Glücksspielverhaltens.....	52
5.6 Die psychischen Variablen und körperlichen Beschwerden im Gruppenvergleich...	54
5.7 Zusammenhänge zwischen den psychischen Variablen und dem Ausmaß des Glücksspielverhaltens.....	61
6 DISKUSSION.....	63
6.1 Die Teilstichproben im Vergleich: glücksspielassoziierte Daten und Häufigkeit subklinischen und pathologischen Glücksspiels.....	63
6.2 Nichtsüchtige, subklinische und pathologische Glücksspieler im Vergleich.....	67
6.2.1 Soziodemographischer Vergleich.....	67
6.2.2 Ein Vergleich hinsichtlich glücksspielassoziiertes Variablen.....	69
6.2.3 Subklinische und pathologische Glücksspieler unter der Lupe des BIG.....	70
6.3 Diskussion der hypothesengeleiteten Ergebnisse.....	74
6.3.1 Verlangen und Entzug.....	74
6.3.2 Psychische Variablen und körperliche Beschwerden.....	75
6.4 Glücksspiel-„Sucht“ und das Stressverarbeitungsmodell.....	81
6.5 Methodenkritik.....	82
6.6 Ausblick.....	84
7 ZUSAMMENFASSUNG.....	87
8 LITERATURVERZEICHNIS.....	89
9 ANHANG: Tabelle 1: Glücksspieldaten im Gruppenvergleich.....	102
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	103
LEBENS LAUF.....	104

Aufgrund einer besseren Lesbarkeit wurde im Folgenden hauptsächlich die männliche Form verwendet.

1 Einleitung

Glücksspiele versteht man als Spiele, bei denen ein Vermögenswert gesetzt wird und der Ausgang des Spiels vom Zufall und nicht vom Geschick des Spielers abhängt. Dabei sind die Regeln und Gewinnausschüttungen derart konzipiert, dass ein Glücksspieler auf lange Sicht unweigerlich Verluste erleidet (Meyer & Bachmann, 2000).

Derzeit gebräuchliche Varianten des Glücksspiels sind Automatenspiele, Glücksspiele in den staatlich konzessionierten Spielbanken (vor allem Roulette, Black Jack, Baccara), Lotterien (wie Lotto/Toto, Rubbellose), Sport- und Pferdewetten, Börsenspekulationen, Glücksspiele im Internet sowie Karten- und Würfelspiele (häufig in illegaler Form) (Grüsser & Albrecht, 2007).

Glücksspiele gab es zu allen Zeiten und in allen Kulturen. Erste Zeugnisse über Glücksspiele sind bereits aus der ägyptischen Kultur, circa 3000 Jahre v. Chr., überliefert. Ein wissenschaftliches Interesse an dieser Störung entwickelte sich im 17. Jahrhundert als Blaise Pascal, ein Mathematiker und Theologe, von einem Spieler namens Le Chevalier mit der Bitte, ihm zu helfen, aufgesucht wurde (Fuller, 1977). Seit dem Aufkommen von Glücksspielen gab es schon immer zwei entgegengesetzte Auffassungen darüber, ob man Glücksspiele als angenehme Freizeitbeschäftigung zulassen oder aufgrund der zum Teil verheerenden psychischen, sozialen und ökonomischen Folgen verbieten sollte. Diese Kontroverse zeigte sich in wiederkehrenden Glücksspielverboten und Zulassungen (Meyer & Bachmann, 2000; Kellermann, 2004). Dass Glücksspiele für den Staat eine äußerst lukrative Einnahmequelle darstellen und deutlich über den Erträgen aus alkoholbezogenen Steuern liegen, sei hier nur am Rande erwähnt (Meyer, 2007).

Glücksspiele dienen ursprünglich dem Zeitvertreib und dem Vergnügen. Seit ihrem Aufkommen gab es jedoch schon immer einen gewissen Anteil an Spielern, bei denen das Spielverhalten außer Kontrolle geriet und in ein süchtiges Verhalten mündete. Die anfängliche Intention, Gewinne zu erzielen, tritt dabei in den Hintergrund und das Glücksspielen entartet im Laufe einer pathologischen Entwicklung zum Selbstzweck. Es wird dann vor allem zur Emotionsregulation im Sinne einer Sedierung oder auch Erregung aufgesucht (Sharpe, 2002).

Pathologisches Glücksspiel ist durch ein exzessives Spielverhalten gekennzeichnet, welches langfristig negative Konsequenzen in verschiedenen Bereichen des Lebens nach sich zieht (Grüsser, Plöntzke & Albrecht, 2005).

Trotz der klaren Übereinstimmung bezüglich der Existenz des Störungsbildes herrscht große Uneinigkeit über dessen Einordnung und Klassifikation. Derzeit dominieren zwei Konzepte des

pathologischen Glücksspiels. Einige Autoren beschreiben dieses Krankheitsbild gemäß den internationalen Klassifikationsschemata als Impulskontrollstörung (z.B. Hand, 2003; Saß & Wiegand, 1990; siehe Kapitel 2.1), während andere eine Zuordnung als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung favorisieren (z.B. Grüsser & Albrecht, 2007; Grüsser et al., 2005; Holden, 2001, Potenza, 2006; siehe Kapitel 2.1).

Holden (2001) beispielsweise, ein Befürworter des pathologischen Glücksspiels als Abhängigkeitserkrankung, postuliert, dass das Gehirn nicht zwischen einer belohnenden Erfahrung durch extern zugeführte psychotrope Substanzen und einer intern körpereigen vermittelten Belohnung, wie z.B. durch Glücksspiele, unterscheidet. Menschen werden demnach nicht von der Droge abhängig, sondern vom veränderten Bewusstseinszustand, der durch exzessives Glücksspielen hervorgerufen werden kann.

Der Mehrheit der Bevölkerung, die Glücksspiele als Freizeitbeschäftigung nutzt, steht eine Minderheit, die ein pathologisches Spielverhalten entwickelt, gegenüber. Bisher existieren allerdings keine verlässlichen Angaben zur Prävalenz pathologischen Glücksspiels in Deutschland. Derzeit wird die Zahl pathologischer Glücksspieler auf 265.000 geschätzt. Das entspricht einer Auftretenshäufigkeit von 0,5% (Meyer, 2007). Den bislang vorliegenden Befunden zufolge sind deutlich mehr Männer als Frauen von der Störung betroffen; das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt 3:1. Es wird allerdings vermutet, dass der Anteil pathologischer Glücksspielerinnen steigen wird (z.B. Martins, Lobo, Tavares & Gentil, 2002).

Insgesamt zeigte sich in den letzten 20 Jahren eine Zunahme von Glücksspielangeboten und in deren Folge eine verstärkte Nutzung (Bühringer, Augustin & Welsch, 2003; Potenza, Fielin, Heninger, Rounsaville & Mazure, 2002). So hat die Mehrheit der Bevölkerung Erfahrungen durch mindestens einmaliges Glücksspielen gesammelt (Ladouceur, Jacques, Chevalier, Sévigny & Hamel, 2005). Bislang ist die Frage von brennendem Interesse, warum ein Teil der Glücksspieler ein pathologisches Glücksspielverhalten entwickelt, der andere Teil jedoch nicht.

Einige Autoren nehmen an, dass Angststörungen und Depressivität bei der Entstehung pathologischen Glücksspiels eine bedeutsame Rolle spielen (Blaszczynski & McConaghy, 1989). In diesem Sinne dient das Glücksspielen sowohl der Reduktion von Stress und negativen Gefühlszuständen, als auch der Entspannung und Induktion positiver Gefühle. Das Glücksspielen hat hier die Funktion einer effektiven, jedoch fehlangepassten Verarbeitungsstrategie. Glücksspiele werden im Sinne einer „Selbstmedikation“ aufgesucht, um negative Gefühlszustände zu lindern oder Problemen zu entkommen (Grüsser et al., 2005; Grüsser & Thalemann, 2006; Sharpe, 2002; siehe Kapitel 2.3). Treten im Zuge gehäuften

Glücksspiels jedoch negative Folgen vor allem in Form unausweichlicher finanzieller Verluste auf, motivieren die damit verbundenen dysphorischen Stimmungszustände zu weiterem Glücksspiel. Der einzige Ausweg, der aus dieser misslichen Lage gesehen wird, ist fortgesetztes Glücksspielen. Damit schließt sich ein Teufelskreis. Das Glücksspielverhalten, das die Probleme verursacht hat, wird immer stärker als die Lösung aller Probleme angesehen (McCormick, Russo, Ramirez & Taber, 1984).

Im Verlaufe einer pathologischen Entwicklung dreht sich das Leben der Betroffenen immer mehr um die Droge „Glücksspiel“, das Spielverhalten wird zunehmend exzessiv. Als Folge treten beispielsweise Verschuldung, Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung, soziale Isolation sowie Scham- und Schuldgefühle auf. Trotz sämtlicher negativer Konsequenzen wird das Verhalten beibehalten und alle Versuche, es zu kontrollieren, scheitern. Der Druck zur Geldbeschaffung steigt, wenn die finanziellen Ressourcen ausgeschöpft sind. Hemmschwellen sinken sukzessive, so dass die Betroffenen erhebliche Gefahren wie strafrechtliche Verfolgung wegen Eigentumsdelikten in Kauf nehmen, um weiter spielen zu können. Delinquentes Verhalten ist unter Glücksspielern kein selten auftretendes Phänomen. Die Mehrheit der klinischen Studien zum pathologischen Glücksspiel zeigt, dass ein hoher Anteil (21 bis 85%) der pathologischen Glücksspieler illegale, größtenteils gewaltarme Handlungen begeht, um Glücksspiele zu finanzieren (Blaszczynski & Silove, 1996; Kellermann, 2004; Meyer & Stadler, 1999; Potenza, Steinberg, McLaughlin, Wu, Rounsaville & O'Malley, 2000; Raylu & Oei, 2002). Ebenso können die Folgen dieser Sucht für den Betroffenen so schwer wiegen, dass er den Freitod als letzten Ausweg sieht (Kausch, 2003; Ledgerwood & Petry, 2004; McCormick et al. 1984; Potenza et al., 2002).

Potenza et al. (2002) kamen in einer Studie zu dem Ergebnis, dass bei Ärzten und vor allem Allgemeinmedizinern ein Mangel an Bewusstheit über die Glücksspielsucht und ein fehlendes Wissen im Umgang damit eine frühzeitigere Intervention verhindern. Dabei hätten gerade Hausärzte als erste durch einen oftmals langjährigen und regelmäßigen Kontakt zum Patienten die Chance, eine potentielle Glücksspielproblematik zu erkennen und eine entsprechende Behandlung einzuleiten. Ein Anliegen der Autorin ist es daher unter anderem, ein Problembewusstsein für diese Erkrankung zu schaffen, die es Allgemeinärzten ermöglicht, Glücksspielprobleme zu erkennen und entsprechende Behandlungen einzuleiten.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist zum einen die Ermittlung der Häufigkeit pathologischen Glücksspiels in spezifischen Personengruppen (Haftinsassen, Kunden von Spielstätten, Beamten und Studenten) für den deutschen Sprachraum und zum anderen die Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Entwicklung pathologischen Glücksspiels.

Im ersten Teil der Studie werden zunächst Daten zur Inanspruchnahme von Glücksspielen innerhalb der genannten Personengruppen analysiert und die Häufigkeit für subklinisches respektive pathologisches Glücksspiel erhoben. Im zweiten Teil ist der Fokus auf die Untersuchung des Beziehungsgefüges von Depressivität, Ängstlichkeit, Stressverarbeitung, Sensation Seeking und körperlichen Beschwerden auf das Ausmaß der Glücksspielproblematik anhand von psychometrischen Instrumenten gerichtet. Im Anschluss an die Analysen werden die Ergebnisse im Hinblick auf präventive und therapeutische Implikationen diskutiert.

2 Pathologisches Glücksspiel

2.1 Definition und nosologische Zuordnung

Pathologisches Glücksspiel ist gekennzeichnet durch ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten. Dieses drückt sich gemäß dem „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ (DSM-IV [F 63.0]; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) in den folgenden Kriterien aus, wobei mindestens fünf der zehn Kriterien für das Vorliegen „pathologischen Spielens“ bejaht werden müssen.

- 1 Starkes (kognitives) Eingenommensein vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen)
- 2 Einsatzsteigerung zur Erlangung der gewünschten Erregung
- 3 Erfolgreiche Versuche zur Kontrolle, Einschränkung oder zum Einstellen des Glücksspielens
- 4 Unruhe und Gereiztheit bei Versuchen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben
- 5 Spielen zur Vermeidung von Problemen oder zur Erleichterung einer dysphorischen Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression)
- 6 Hinterherjagen von Verlusten durch erneutes Glücksspielen
- 7 Belügen von Familienmitgliedern oder des Therapeuten, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen
- 8 Illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung zur Finanzierung des Spielens
- 9 Gefährdung oder Verlust von wichtigen Beziehungen oder Berufschancen aufgrund des Spielens
- 10 Verlassen auf die Bereitstellung von Geld durch andere, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden

Langfristige negative Konsequenzen zeigen sich, neben einer möglichen Verschuldung, eines Verlustes des Arbeitsplatzes und Scheidung, in Form von sozialer Isolation sowie Scham- und

Schuldgefühlen (Grüsser et al., 2005). Das Vollbild des pathologischen Glücksspiels wird durch starke Persönlichkeitsveränderungen (Stimmungs labilität, Selbstverachtung, Antriebsverlust) und sozialen Abstieg ergänzt (Meyer & Bachmann, 2000).

Obwohl die Glücksspielsucht bekanntermaßen kein neues Phänomen darstellt, erfolgte die nosologische Einordnung des pathologischen Glücksspiels in das DSM erstmals 1980 auf Initiative der American Psychiatric Association (APA) unter „Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert“. Weniger differenziert als im DSM wird das pathologische Glücksspiel in der von der WHO herausgegebenen „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) im Kapitel V „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ ebenso unter den Impulskontrollstörungen zusammen mit Pyromanie (pathologische Brandstiftung), Trichotillomanie (zwanghaftes Haarausreißen) und Kleptomanie (pathologisches Stehlen) aufgeführt.

Die Glücksspielforschung befindet sich derzeit noch in den Anfängen, was sich zum Teil in kontroversen Meinungen und Erklärungsansätzen ausdrückt (Petry, J., 2003). Diese Uneinheitlichkeit zeigt sich besonders deutlich bei dem Versuch einer verbindlichen Klassifikation des pathologischen Glücksspiels. Während einige Autoren von einer Impulskontrollstörung ausgehen (Hand, 2003; Hollander, Buchalter & DeCaria, 2000; Hollander & Wong, 1995; Saß & Wiegand, 1990), plädieren andere für eine Zuordnung als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung (Blanco, Moreyra, Nunes, Sáiz-Ruiz & Ibáñez, 2001; Grüsser et al., 2005; Grüsser & Thalemann, 2006; Holden, 2001; Kellermann, 2004; Meyer & Bachmann, 2000; Potenza, 2006; Potenza et al., 2002).

Operationalisiert wird pathologisches Glücksspielen als Abhängigkeitserkrankung, ist nosologisch jedoch den Impulskontrollstörungen zugeordnet. Eine derart uneinheitliche Einordnung erweist sich als ungünstig, da eine klare Konzeption wesentlich für die Entwicklung geeigneter Forschungsstrategien und die Ableitung eines adäquaten Behandlungskonzeptes ist (Blanco et al., 2001; Grüsser & Thalemann, 2006). Zur Behandlung pathologischer Glücksspieler in Deutschland lässt sich festhalten, dass es aufgrund von Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation seit 2001 möglich ist, behandlungsbedürftige Klienten an Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen zu verweisen.

2.1.1 Pathologisches Glücksspiel als Impulskontrollstörung

Impulskontrollstörungen werden nach DSM-IV durch die folgenden Kriterien definiert:

1. das Versagen, einem Impuls, Trieb oder einer Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist
2. ein zunehmendes Gefühl von Spannung oder Erregung vor Durchführung der Handlung
3. Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung während der Durchführung
4. direkt nach der Handlung können Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle auftreten

Die Handlung geschieht wiederholt und ohne eine vernünftige Motivation.

Diese Kriterien treffen auch auf das pathologische Glücksspiel zu, charakterisieren die Störung jedoch nur unzureichend. So ist beim pathologischen Glücksspielen eine Toleranzentwicklung zu beobachten und eine Zentrierung des Lebensinhalts um das Suchtmittel (Grüsser & Thalemann, 2006). Es wird zum Teil viel Zeit für Geldbeschaffung investiert, das Spielen häufig längerfristig vorbereitet. Zudem unterscheidet sich das Glücksspielverhalten von den anderen Impulskontrollstörungen. Glücksspielen tritt regelmäßig, zum Teil täglich über einen längeren Zeitraum auf und wird häufig nur deshalb unterbrochen, weil kein Geld zum Weiterspielen vorhanden ist. Die anderen Impulskontrollstörungen, wie beispielsweise Pyromanie, sind durch ein unregelmäßiges Auftreten mit langen Intervallen zwischen den einzelnen kurzen Akten gekennzeichnet. Häufig tritt Glücksspielen bewusst und nicht-impulsiv auf (Allcock & Grace, 1988).

Ein weiterer Kritikpunkt an der Einordnung des pathologischen Glücksspiels unter die Impulskontrollstörungen ist die Tatsache, dass Glücksspiel im Gegensatz zu den anderen Impulskontrollstörungen (z.B. Kleptomanie, Pyromanie) auch in „normalem“ Maße auftritt (Bühringer, 2004). Nicht bei allen Glücksspielenden gerät das Verhalten außer Kontrolle. Ein Großteil der Bevölkerung nutzt Glücksspiele zum Freizeitvergnügen, ohne dass sich daraus ein pathologisches Verhalten entwickelt.

Obleich Impulsivität bei einer Reihe psychiatrischer Krankheitsbilder, wie z.B. Substanzabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung, nachweisbar ist, werden diese nicht als Impulskontrollstörung klassifiziert (Potenza, 2006). Ebenso stellt Impulsivität ein wesentliches Charakteristikum pathologischer Glücksspieler dar (Blaszczynski, Steel & McConaghy, 1997; Castellani & Rugle, 1995; Chambers & Potenza, 2003; Daniel & Zuckerman, 2003; Steel & Blaszczynski, 1998), rechtfertigt damit jedoch nicht notwendigerweise die

Zuordnung zu den Impulskontrollstörungen. Die bisherigen Studienergebnisse legen dar, dass pathologisches Glücksspielen eine stärkere Übereinstimmung mit einer Abhängigkeitserkrankung als einer Impulskontrollstörung aufweist (Potenza, 2006).

2.1.2 Pathologisches Glücksspiel als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung

Aktuelle Forschungsergebnisse legen nahe, dass es sich beim pathologischen Glücksspiel um eine Abhängigkeitserkrankung handelt, und es zeigt sich ein Trend, pathologisches Glücksspiel derartig zu operationalisieren (Blanco et al., 2001; Grüsser et al., 2005; Grüsser & Thalemann, 2006; Holden, 2001; Kellermann, 2004; Potenza, 2006; Potenza et al., 2002).

Die folgende Aufstellung zeigt die Analogie des pathologischen Glücksspiels zur stoffgebundenen Abhängigkeit nach ICD-10:

1. starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren respektive Glücksspiele zu spielen (Verlangen)
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums beziehungsweise des Einsatzes bei Glücksspielen (Kontrollverlust)
3. körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums des Suchtmittels beziehungsweise der Glücksspiele
4. Toleranz (Dosissteigerung beziehungsweise häufigeres Spielen, höhere Einsätze oder Spielen an mehreren Automaten gleichzeitig)
5. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums respektive des Glücksspiels
6. anhaltender Substanzkonsum respektive anhaltendes Glücksspiel trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen

Diese Indikatoren beschreiben die klassische Symptomatik einer stoffgebundenen Abhängigkeit und sind die verbindenden Elemente aller Arten von Süchten (Blanco et al., 2001). Sie lassen sich auch beim pathologischen Glücksspiel finden. Mehrere Studien gelangten zu dem Ergebnis, dass das unwiderstehliche Verlangen (Craving) des Glücksspielers dem Verlangen eines Substanzabhängigen entspricht (Blanco et al., 2001; Castellani & Rugle, 1995; Grüsser et al., 2005; Holden, 2001; Potenza, 2006). Ebenso treten auch bei pathologischen Glücksspielern

Entzugserscheinungen auf (Blanco et al., 2001; Holden, 2001; Meyer & Bachmann, 2000; Saß et al., 2003).

Zusätzlich besteht eine hohe Komorbidität pathologischen Glücksspiels mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wie vor allem Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Crockford & El-Guebaly, 1998; Cunningham-Williams & Cottler, 2001; Lejoyeux, Mc Loughlin & Adès, 2000; Petry, N.M., 2006; Potenza, 2006).

Einige Autoren gehen davon aus, dass das Gehirn nicht zwischen belohnenden Erfahrungen durch Verhaltensweisen wie dem Glücksspiel oder durch den Konsum psychotroper Substanzen unterscheidet (z.B. Böning, 1990; Holden, 2001; Marks, 1990). Es wird dabei angenommen, dass dem Glücksspiel vergleichbare neurobiologische Strukturen und biochemische Botenstoffe wie bei der Substanzabhängigkeit zugrunde liegen (Potenza, 2006).

2.1.3 Verlangen und Entzug

Verlangen und Entzug sind Kennzeichen einer stoffgebundenen Abhängigkeit (Saß et al., 2003; Dilling et al, 1993). Unter Verlangen oder auch „Craving“ versteht man ein überwältigendes Bedürfnis nach dem Konsum eines Suchtmittels (Drummond, 2001). Ihm wird eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung zugeschrieben (Grüsser & Thalemann, 2006). So führt unkontrolliertes Verlangen häufig zu Therapieabbruch und – selbst nach langen Abstinenzperioden – zum Rückfall.

Im Prozess der Abhängigkeitsentwicklung kommt es zu neuroadaptiven Vorgängen (Koob, 2006). Dabei sind Gehirnstrukturen involviert, die für Motivation und Belohnung zuständig sind. Das mesolimbische dopaminerge Belohnungssystem erfährt hierbei eine Hypersensibilisierung in Bezug auf Drogen und drogenassoziierte Stimuli. Daraufhin kommt es zu einer Aufmerksamkeitszuwendung gegenüber suchtmittelbezogenen Reizen. Diese rufen einen spezifischen erlernten Motivationszustand hervor, der Verlangen auslösen und zu erneutem Suchtmittelkonsum führen kann (Robinson & Berridge, 2001).

Unterschieden wird zwischen einem Verlangen nach dem Suchtmittel aufgrund der angenehmen Wirkung (positive Verstärkung) und einem Verlangen, um Entzugserscheinungen zu lindern (negative Verstärkung) (Grüsser & Thalemann, 2006).

Verlangen ist ein motivationaler Zustand. In Situationen, die als Stress bzw. emotional erregend erlebt werden, führt Verlangen als Zwischenstufe mit der Antizipation von Stimmungsverbesserung und Stressreduktion zu erneuter Drogeneinnahme. Studien haben

gezeigt, dass Stress zu einem stärkeren Verlangen führt (Grüsser, Mörsen & Flor, 2006; Grüsser, Mörsen, Wölfling & Flor, 2007). Dabei kam die Idee auf, dass das Verlangen selbst auch als Stress empfunden werden kann und sich beide Variablen gegenseitig bedingen (Grüsser et al., 2007).

Ebenso zeigen sich die abhängigkeitsstypischen Symptome des Entzugs und Verlangens beim pathologischen Glücksspiel. So berichten Spieler von einem unwiderstehlichen Verlangen nach Glücksspielen (Castellani & Rugle, 1995; De Castro, Fong, Rosenthal & Tavares, 2006; Duvarci & Varan, 2000; Grüsser et al., 2005; Tavares, Zilberman, Hodgins & el-Guebaly, 2005), welches vermutlich dem Craving bei Substanzabhängigen entspricht (Blanco et al., 2001). Des Weiteren treten bei pathologischen Glücksspielern auf körperlicher Ebene Unruhe, Zittern und Schwitzen, auf psychischer Ebene beispielsweise eine erhöhte Aggressionsbereitschaft auf, wenn sie am Spielen gehindert werden. Dieses Abhängigkeitsmerkmal des Entzugs ist bereits in den DSM-IV-Kriterien für pathologisches Glücksspiel enthalten. Als weitere Entzugssymptome werden sowohl Konzentrations- und Schlafstörungen als auch Übelkeit und Kopfschmerzen genannt (Blanco et al., 2001; Holden, 2001; Meyer & Bachmann, 2000). Unbekannt ist bisher jedoch, inwieweit in der Stärke des Verlangens und des Entzugs Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes einer Glücksspielproblematik bestehen.

2.2 Epidemiologie

Glücksspielsucht ist ein altes, bis in die Achtziger Jahre hinein jedoch selten beschriebenes Problem (Kellermann, 2004). Durch ein sprunghaft gewachsenes Angebot an Glücksspielen mit einer niedrighwelligeren Verfügbarkeit in den letzten 20 Jahren und in Folge vermehrten Nutzung der vielfältigen Glücksspielformen stieg auch die Zahl derer, die ein pathologisches Glücksspielverhalten entwickelten (Bühringer et al., 2003; Potenza et al., 2002; Raylu & Oei, 2002; Volberg & Abbott, 1994).

Zwischen 70 und 90% der Erwachsenen haben Erfahrungen durch mindestens einmaliges Glücksspielen gesammelt (Hollander et al., 2000; Ladouceur et al., 2005; Potenza et al., 2002; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell & Parker, 2002). Im Jahr 2006 nahmen 40% der deutschen Bevölkerung an Glücksspielen teil; 2005 waren in den Spielbanken 7,85 Mio. Kunden registriert (Meyer, 2007). Bühringer und Türk (2000) gehen aufgrund von Bevölkerungsumfragen von derzeit insgesamt 4,63 Mio. aktiven Automaten Spielern in Deutschland aus.

Bisher fehlen für den deutschen Sprachraum umfangreiche epidemiologische Studien zum Glücksspiel und zur Glücksspielsucht (Grüsser & Thalemann, 2006; Meyer & Bachmann, 2000). So existieren bis dato keine verlässlichen Angaben zur Prävalenz pathologischen Glücksspiels in Deutschland. Die Schätzungen diesbezüglich sind widersprüchlich. Hinweise auf das Ausmaß der Problematik liefern die Sperrlisten der Spielbanken. Im Jahre 1997 waren beispielsweise bundesweit circa 30.000 Spieler wegen „Hasardierens“ oder auf Eigeninitiative eingetragen (Meyer, 2007). Vergleicht man Zahlen aus Bevölkerungsbefragungen mit der Behandlungsnachfrage, so zeigen sich Diskrepanzen. Auf Basis der Therapienachfrage, wobei zu bedenken ist, dass lediglich ein geringer Teil der betroffenen Glücksspielsüchtigen das Hilfesystem frequentiert, wird der Anteil beratungs- und behandlungsbedürftiger Spieler in Deutschland von Meyer (2007) auf 110.000 bis 170.000 geschätzt, während aufgrund einer repräsentativen Befragung in der Bevölkerung von 265.000 Personen mit einer vorliegenden Spielsucht ausgegangen wird. Das entspräche einer Prävalenzrate von 0,5% (Meyer, 2007). Sie rangiert damit im mittleren Bereich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, in denen Auftretenshäufigkeiten von 0,15 bis 1,7% angegeben werden (Meyer, 2007). Weltweit wurden Prävalenzraten zwischen 0,2 – 3,5% ermittelt (Stucki & Rihs-Middel, 2007). Cunningham-Williams, Cottler und Womack (2004) gehen von einer weltweit durchschnittlichen Prävalenzrate von 1,0% für pathologisches Glücksspiel aus. Die Prävalenz ähnelt damit der Auftrittswahrscheinlichkeit von anderen psychischen Störungen und demzufolge sollte das pathologische Glücksspielen die gleiche Aufmerksamkeit erfahren (Welte et al., 2002).

Bevorzugte Glücksspielformen unter pathologischen Glücksspielern sind Automatenspiele (39%), gefolgt von Kartenspielen (24%), Lotto (15%) und Sportwetten (9%) (Petry, N.M., 2003).

Glücksspiele waren bisher deutliche Domäne der Männer. Schätzungen zufolge beträgt der Anteil pathologischer Glücksspielerinnen derzeit ein Drittel und es wird vermutet, dass die Zahl steigen wird (Hollander et al., 2000; Cunningham-Williams & Cottler, 2001; Martins et al., 2002; Ohtsuka, Bruton, DeLuca, & Borg 1997; Volberg & Abbott, 1994).

In den vergangenen Jahren konnte festgestellt werden, dass immer mehr Kinder und Jugendliche Glücksspiele nutzen. Circa 80% der Jugendlichen zwischen 13 und 20 Jahren nehmen Glücksspiele in irgendeiner Form in Anspruch (Shaffer & Hall, 1996). Bei 4% bis 8% der Jugendlichen konnte ein pathologisches Glücksspielverhalten nachgewiesen werden (Hardoon & Derevensky, 2002). Diese Ergebnisse wurden auch in anderen Studien bestätigt (z.B. Hollander et al., 2000). Desgleichen zeigen sich erhöhte Prävalenzraten unter Haftinsassen (Abbott & McKenna, 2005; Abbott, McKenna & Giles, 2005; Templer, Kaiser & Siscoe, 1993; Shaffer,

Hall & Vander Bilt, 1999; Stucki & Rihs-Middel, 2007; Walters, 1997). Templer et al. (1993) ermittelten in einer Studie an Haftinsassen in Nevada eine Auftretenshäufigkeit von 26% für pathologisches Glücksspiel, während für Deutschland bislang nur Schätzungen möglich sind.

Pathologisches Glücksspiel ist in Deutschland nach Nikotin-, Alkohol- und Opioidabhängigkeit die vierthäufigste Abhängigkeitserkrankung (Kellermann, 2004), jedoch die bis dato am wenigsten untersuchte.

Es besteht weiterer Untersuchungsbedarf zur Prävalenz pathologischen Glücksspiels im deutschen Sprachraum und auch in Bezug auf spezifische Gruppen und die verschiedenen Glücksspielformen.

2.3 Glücksspielen als Bewältigungsstrategie

„Ein süchtiger Mensch strebt nicht den Konsum eines Suchtmittels beziehungsweise einer Droge um ihrer selbst willen an, sondern den durch den Stoff erzeugten psychischen Zustand – vor allem Entspannung, Rausch und Betäubung“ (Meyer & Bachmann, 2000; S.45). Im Vordergrund des pathologischen Glücksspielverhaltens steht somit nicht der finanzielle Gewinn, sondern die durch das Glücksspiel erzeugte unmittelbare emotionale Regulation, das Herbeiführen von z.B. Entspannung und Erregung oder Reduktion von Dysphorie. Derartige Wirkungen, wie sie bei stoffgebundener Abhängigkeit durch Drogen erreicht werden, kann bei der stoffungebundenen Abhängigkeit die „Droge Glücksspiel“ haben (Grüsser & Thalemann, 2006; Kellermann, 2004; Meyer & Bachmann, 2000).

Nicht jeder, der Glücksspiele spielt, wird zwangsläufig süchtig. Aber „jeder Mensch, der ein ‚Suchtmittel‘ konsumiert, geht damit das Risiko ein, von ihm abhängig zu werden“ (Kellermann, 1998). Warum werden nun einige Menschen abhängig, andere wiederum nicht?

2.3.1 Das Stressverarbeitungsmodell

Viele Theorien und Modelle ranken sich um das Thema „Glücksspielsucht“. Zentrale Inhalte dieser verschiedenen Modelle sind Stress und Stressverarbeitung. Angeführt sei an dieser Stelle das „*Stressverarbeitungsmodell*“ unter dem Gesichtspunkt der Spannungs-Reduktions-Hypothese, welches bisher vor allem zur Erklärung der substanzgebundenen Abhängigkeit Verwendung gefunden hat (Sinha, 2001). Bezogen auf die Glücksspielsucht hat das

Glücksspielen nach dieser Hypothese eine spannungs- und angstreduzierende Wirkung und trägt damit zu einer sofortigen, jedoch lediglich kurzfristigen Bewältigung aversiver emotionaler Zustände bei (Raylu & Oei, 2002; Wood & Griffiths, 2007). Der Betroffene lernt via negativer Verstärkung, mit Glücksspielen schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustrationen, Stress und Ängsten regulieren respektive verdrängen zu können. Diese negativen Gefühle sind beim Spielen vergessen und müssen folglich nicht erlebt werden. Im Sinne einer „Selbstmedikation“ (Khantzian, 1985) kann dieses Verhalten ähnlich der Wirkung beim Gebrauch von psychotropen Substanzen die Funktion erhalten, spezifische Alltagsbelastungen oder auch Ängste, Einsamkeit, Traurigkeit etc. inadäquat zu bewältigen. Eine aktive lösungsorientierte Auseinandersetzung mit den Problemen findet dabei allerdings nicht statt und wird an Stelle derer „verlernt“. Der Verhaltensspielraum engt sich zunehmend ein und das Glücksspielverhalten wird im Laufe einer pathologischen Entwicklung oftmals zur noch einzig vorhandenen Bewältigungsstrategie (Grüsser & Thalemann, 2006). Langfristig zeigt sich, dass diese Strategie jedoch schädliche Auswirkungen nach sich zieht. Unangenehme Gedanken (an Schulden, Arbeitsplatzverlust, Trennung) und Gefühle (Scham-, Schuldgefühle), die nach dem Glücksspielen auftreten können, werden am schnellsten und effektivsten durch ein erneutes Spielen behoben (Meyer & Bachmann, 2000). Eine Lösung aller Probleme scheint nur das Glücksspiel selbst bieten zu können. Entsprechend Watzlawicks (1983) „mehr desselben“ führt das fortgesetzte Bemühen, mit Glücksspielen Probleme zu lösen sowie dysphorische Stimmungen zu beseitigen, zu mehr Leid und der fatalen Konsequenz, weiterzuspielen. „Man wendet also ‚mehr derselben‘ Lösung an und erreicht damit genau mehr desselben Elends“ (Watzlawick, 1983, S. 27).

Es bilden sich in diesem Prozess selbst perpetuierende Wirkungsschleifen, die die Bindung an das Suchtmittel „Glücksspiel“ aufrechterhalten (McCormick et al., 1984; Meyer & Bachmann, 2000) (siehe Abb. 2.1).

Unter einem mehr integrativen Gesichtswinkel hat Sharpe (2002) den Prozess der Entstehung und Aufrechterhaltung pathologischen Glücksspiels im Zusammenhang mit Stresserleben betrachtet. Ausgehend von einer sozialen, psychischen als auch biologisch bedingten individuellen Prädisposition entwickelte er ein entsprechendes biopsychosoziales bzw. das Diathese-Stress-Modell. Eine zentrale These dieses Modells besagt, dass Glücksspiel eine Flucht vor Lebensproblemen bietet. Der im Zusammenhang mit Problemen auftretende Stress wird im Prozess des Spielens als zum Glücksspiel gehörende angenehme Aufregung erlebt. Die

ursprünglich unangenehme stressinduzierte Erregung wird damit reinterpretiert und erfährt eine positive Bewertung, was wiederum das Spielverhalten verstärkt.

Wood und Griffiths (2007) untersuchten Glücksspieler und stellten fest, dass der Hauptgrund zu spielen tatsächlich in einem Fliehen vor negativen Stimmungszuständen und Problemen bestand. Es wird in diesem Zusammenhang vermutet, dass Glücksspieler über unzureichende oder wenig erfolgversprechende Bewältigungsstrategien verfügen. Mit dem Glücksspielen schaffen sie sich eine Welt, in der alltägliche Probleme für eine kurze Zeit völlig vergessen werden. In diesem Sinne fungiert das Glücksspielen als effektive, jedoch fehlangepasste Copingstrategie.

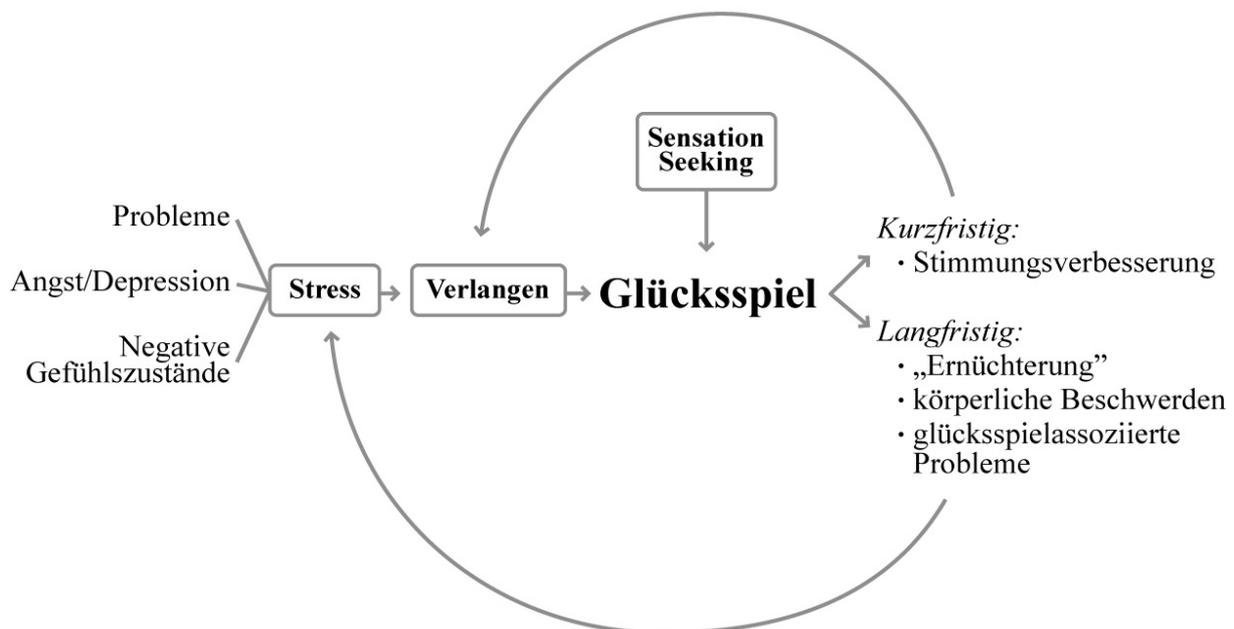


Abb. 2.1: Modell zu den Einflussfaktoren auf das Glücksspielverhalten

Circulus vitiosus bei der Glücksspielsucht: Durch Glücksspielen kann kurzfristig eine als unbefriedigend empfundene Situation scheinbar gebessert werden. Die anschließende „Ernüchterung“ durch die Konfrontation mit der realen Welt führt zu erneutem Glücksspiel. Ein Kreis schließt sich.

2.3.2 Einflussfaktoren auf das Glücksspielverhalten

Die Entschlüsselung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Glücksspielern und Eruiierung von Einflussfaktoren auf das Glücksspielverhalten stecken derzeit noch in den Kinderschuhen (Petry, J., 2003). Neben vielen weiteren Faktoren (z.B. soziale, biologische, genetische) werden Depression, Ängstlichkeit und Stress als Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen für

ein pathologisches Glücksspielverhalten angesehen (z.B. Blaszczynski & McConaghy, 1989; Raylu & Oei, 2002; Sharpe, 2002).

Stressverarbeitung

Aus Studien zur stoffgebundenen Abhängigkeit ist allgemein bekannt, dass Stresserleben einen vermehrten Drogenkonsum zur Folge haben kann (Grüsser, Mörsen & Flor, 2006; Grüsser et al., 2007; Sinha, 2001). So führt Stress über eine Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und die Ausschüttung von Glukokortikoiden zu einer erhöhten und ausschlaggebenden Vulnerabilität für eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung (Le Moal & Koob, 2007). Personen mit ungenügenden oder insuffizienten Stressverarbeitungsstrategien tragen hierbei ein erhöhtes Risiko, abhängig zu werden (Sinha, 2001). Es wird angenommen, dass Stress analog zum Stressverarbeitungsmodell bei stoffgebundener Abhängigkeit auch bei der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Glücksspielverhaltens eine bedeutsame Komponente spielt und Glücksspiele, ähnlich wie Drogen, zur Stressbewältigung bzw. Stressreduktion eingesetzt werden (Bergevin, Gupta, Derevensky & Kaufman, 2006; Raylu & Oei, 2002).

Die Forschung zur stoffungebundenen Abhängigkeit befindet sich in Bezug auf Stresserleben und Stressverarbeitungsstrategien noch in den Anfängen. In einer Untersuchung von jugendlichen potentiellen Glücksspielsüchtigen konnte gezeigt werden, dass diese eher maladaptive „Copingmechanismen“ zur Stressbewältigung im Vergleich zu jugendlichen Nichtspielern einsetzten (Bergevin et al., 2006). Positive „Copingstile“, wie beispielsweise problemlösungsorientierte Handlungen, Suche nach sozialer Unterstützung oder Selbstbestärkung könnten als protektiver Faktor in Bezug auf eine Abhängigkeitsentwicklung betrachtet werden. Sie ermöglichen einen kompetenten Umgang mit Alltagsproblemen und Stress, während sich negative Bewältigungsstrategien langfristig weniger erfolgreich erweisen. Bergevin et al. (2006) stellten die Hypothese auf, dass das „Copingverhalten“ als Unterscheidungsmerkmal zwischen kontrolliertem und pathologischem Glücksspiel fungieren könnte. Dieser Zusammenhang wurde bisher allerdings nicht hinreichend untersucht.

Depression und Ängstlichkeit

Angst- und affektive Störungen sind unter pathologischen Glücksspielern nicht ungewöhnlich und werden in einen Zusammenhang mit der Schwere der Glücksspielproblematik gebracht. Eine große Zahl an Studien konnte aufzeigen, dass unter pathologischen Glücksspielern erhöhte Raten an Depressionen sowie Angststörungen vorliegen (Black, Moyer & Schlosser, 2003;

Blaszczynski, Wilson & McConaghy, 1986; Kennedy, Cook, Poole, Brunson & Jones, 2005; Kim, Grant, Eckert, Faris & Hartman, 2006; Maccullum & Blaszczynski, 2003; Pietrzak, Morasco, Blanco, Grant, & Petry, 2007; Raylu & Oei, 2002).

Ungeklärt blieb bisher allerdings die Frage, ob Angststörungen und Depression zum Glücksspielen motivieren oder ob die unausweichlichen Verluste und anderen negativen Folgen der Glücksspielsucht zu Depression und Angststörungen führen. Während einige Autoren (z.B. Blaszczynski & McConaghy, 1989) davon ausgehen, dass beide Faktoren bei der Entstehung pathologischen Glücksspiels eine bedeutsame Rolle spielen, fanden andere heraus, dass das Glücksspielen einer depressiven Erkrankung vorausgegangen war (Hollander et al., 2000; McCormick et al., 1984).

Einig sind sich die Autoren dahingehend, dass Depressionen und Angststörungen - entweder schon längerfristig bestehend oder erst im Prozess der Suchtentwicklung aufgetreten - durch fortgesetztes Glücksspielen verstärkt werden (z.B. McCormick et al., 1984; Raylu & Oei, 2002). Im Sinne eines „Circulus vitiosus“ hat das exzessive Glücksspielen die Funktion einer Stimmungsverbesserung, führt letzten Endes jedoch zu einer Verstärkung negativer Stimmungszustände (Grüsser & Thalemann, 2006).

Im Zusammenhang mit exzessivem Glücksspielverhalten werden ebenso erhöhte Raten an Suizidversuchen gesehen (Hollander et al., 2000; Lesieur & Blume, 1993; Maccallum & Blaszczynski, 2003; McCormick et al., 1984; Petry & Kiluk, 2002; Raylu & Oei, 2002).

Sensation Seeking

Sensation Seeking bezeichnet ein Persönlichkeitsmerkmal, welches durch die Suche nach dem „Kick“, nach Gefahr, nach neuartigen Erlebnissen bei gleichzeitiger Bereitschaft, physische, soziale, rechtliche und finanzielle Risiken in Kauf zu nehmen, gekennzeichnet ist (Zuckerman, 1994).

Schon in den späten achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde das Thema des Sensation Seekings im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Glücksspielen diskutiert (z.B. Blaszczynski et al., 1986; Kuley & Jacobs, 1988).

Zuckerman ist dabei der Ansicht, dass pathologische Glücksspieler quasi den Prototyp des Sensation Seekers darstellen. Er beschreibt sie als Personen, die intensive Stimulationen, Aufregung und Veränderungen benötigen und das Risiko sowie die Herausforderung lieben (Roth & Hammelstein, 2003).

Glücksspieler, so wird angenommen, suchen beim Spielen die ‚Action‘, den Nervenkitzel und die Spannung (Anderson & Brown, 1984; Spunt, Dupont, Lesieur, Liberty & Hunt, 1998).

Spielsituationen bieten eine Flut an Stimulationen (Einsätze tätigen, Ansagen der Croupiers, Licht- und Tonsignale etc.), die erregend wirken.

Diverse Studien, die sich mit diesem Thema auseinandersetzten, kamen jedoch zu kontroversen Ergebnissen. Unter Verwendung der Sensation Seeking Scale (SSS; Zuckerman, 1979) konnten keine Unterschiede zwischen pathologischen Glücksspielern und Vergleichsgruppen festgestellt werden (Allcock & Grace, 1988; Anderson & Brown, 1984; Bonnaire, Lejoyeux & Dardennes, 2004; Parke, Griffiths & Irwing, 2004) beziehungsweise wiesen die pathologischen Glücksspieler sogar geringere Werte hinsichtlich des Sensation Seekings auf (Blaszczynski et al., 1986; Coventry & Brown, 1993) oder die Ergebnisse unterstützten die Hypothese des Glücksspielsüchtigen als Sensation Seeker (Brown, 1986; Kuley & Jacobs, 1988; Lejoyeux et al., 2000; Zuckerman, 1994). Langewisch und Frisch (1998) fanden heraus, dass die pathologischen Spieler keine erhöhten Sensation Seeking Werte aufwiesen, dagegen jedoch die Gruppe der nichtpathologischen Spieler.

Untersuchungen, in denen andere Instrumente Verwendung fanden, kamen zu dem Ergebnis, dass ebenso entweder keine Unterschiede festzustellen waren (Castellani & Rugle, 1995) oder höhere Werte bei pathologischen Glücksspielern auftraten (Daniel & Zuckerman, 2003; Powell, Hardoon, Derevensky & Gupta, 1999). Die bislang vermutlich einzige Studie unter Verwendung des Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS; Arnett, 1994) ergab bei pathologischen Glücksspielern eine stärkere Ausprägung im Persönlichkeitsmerkmal des Sensation Seekings als bei nichtpathologischen Glücksspielern (Powell et al., 1999).

Die derzeitige Befundlage lässt mehrere Schlussfolgerungen zu: Pathologische Glücksspieler sind Low Sensation Seeker oder der Fragebogen „Sensation Seeking Scale“ erfasst nicht, was er erfassen soll. Das Bild des pathologischen Glücksspielers als Low Sensation Seeker würde sowohl dem klinischen Eindruck als auch biopsychologischen Untersuchungen widersprechen (Blanco, Orensanz-Muñoz, Blanco-Jerez & Saiz-Ruiz, 1996). Inkonsistente Ergebnisse könnten durch eine Heterogenität der pathologischen Glücksspieler hinsichtlich des Sensation Seekings bedingt (Meyer & Bachmann, 2000) oder auch von der gewählten Glücksspielform abhängig sein (Coventry & Brown, 1993). Zudem wurden insbesondere pathologische Glücksspieler untersucht, die sich in Therapie begeben haben und sich von pathologischen Glücksspielern ohne Therapie in Bezug auf Sensation Seeking unterscheiden könnten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die derzeitigen Untersuchungen nicht ausreichen, um die Frage abschließend zu beantworten, ob pathologische Glücksspieler Sensation Seeker sind oder nicht.

Körperliche Beschwerden

Bei der Glücksspielsucht handelt es sich um eine chronische Krankheit, die mittelbare und unmittelbare Auswirkungen auf den physischen Gesundheitszustand hat. Gegenwärtig liegen nur wenige Studien vor, die sich dieses Themas angenommen haben; ein breites Forschungsfeld liegt diesbezüglich noch zur Entdeckung bereit.

Untersucht wurde der physiologische Erregungszustand bei Glücksspielern (Anderson & Brown, 1984; Meyer, Hauffa, Schedlowski, Pawlak, Stadler & Exton, 2000; Meyer et al., 2004). Beispielsweise Meyer et al. (2000) wiesen nach, dass Glücksspielen im Kasino zu einer Erhöhung der Stresshormonausschüttung (Cortisolsekretion) führte. Im Zuge dessen stieg die Herzfrequenz signifikant an, bei pathologischen Glücksspielern stärker als bei Gelegenheitsspielern. Es handelte sich dabei um die erste Studie, die die Annahme unterstützte, dass Glücksspielen die neuroendokrine Funktion verändert und damit das Potential in sich birgt, eine akute endokrine Stressreaktion auszulösen. Kurzfristig erhöhte Werte des Stresshormons Cortisol können positive Gefühle (z.B. Euphoriegefühle beim Gewinn) verstärken, während eine lang anhaltende Erhöhung depressive Stimmungszustände fördert.

Potenza et al. (2002) argumentieren, dass ein anhaltender Stress bei Glücksspielern mit konsekutiv erhöhtem Blutdruck und erhöhter Herzfrequenz dem Gesundheitszustand abträglich sein kann. Diese Zusammenhänge wurden jedoch bisher nicht hinreichend untersucht. Potenza et al. (2002) und Potenza und Griffiths (2004) weisen darauf hin, dass die deutlich erhöhte Nikotinexposition in Spielstätten zusätzlich ein allgemeines Gesundheitsrisiko darstellt.

Einige Autoren (Black et al., 2003; Morasco, Pietrzak, Blanco, Grant, Hasin & Petry, 2006; Pasternak & Fleming, 2007) erfassten in ihren Arbeiten den Einfluss pathologischen Glücksspiels auf die gesundheitliche Lebensqualität. Sie fanden heraus, dass pathologische Glücksspieler über einen schlechteren physischen Gesundheitszustand (mehr Schmerzen, schlechterer Allgemeinzustand) berichteten als die gesunde Kontrollgruppe. Das Ergebnis überraschte und führte letztlich zu der Frage nach Ursache und Wirkung. Befragt nach gesundheitlichen Problemen, die direkt auf das Glücksspielen bezogen waren, nannten Glücksspieler häufig Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Migräne, muskuloskeletale Probleme und sexuelle Dysfunktion (Lesieur & Blume, 1993; Pietrzak & Petry, 2005; Potenza & Griffiths, 2004). Häufig spürten Glücksspieler beim Spielen als Zeichen eines erhöhten Sympathikotonus weder ein Hungergefühl, noch Harn- und Stuhldrang (Kellermann, 2004). Es liegt die Vermutung nahe, dass ein exzessives Glücksspielen zu einem inaktiven, stressreichen Lebensstil mit entsprechenden Folgeerscheinungen führt.

3 Fragestellung und Hypothesen

3.1 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Gegenstand des ersten Teils ist die Erfassung der Inanspruchnahme von Glücksspielen und der Häufigkeit pathologischen Glücksspiels innerhalb spezifischer Personengruppen. Es werden Personen aus Haftanstalten und Spielstätten, Beamte und Studenten miteinander verglichen. Hierbei soll untersucht werden, ob zwischen den genannten Gruppen Unterschiede hinsichtlich der Glücksspielnutzung einerseits und der Häufigkeit des Auftretens pathologischen Glücksspiels andererseits deutlich werden. Wir gehen davon aus, dass Beamte und Studenten sozial etablierte Personengruppen darstellen und vermuten, dass in diesen beiden Gruppen sowohl weniger häufig Glücksspiele in Anspruch genommen werden, als auch der Anteil pathologischer Glücksspieler geringer ist. Von den Haftinsassen dagegen nehmen wir an, dass sie eine Hochrisikopopulation für das Auftreten einer Glücksspielsucht darstellen (Stucki & Rihs-Middel, 2007). So wurden erhöhte Prävalenzraten unter Haftinsassen in USA, Kanada und Neuseeland gefunden (Abbott & McKenna, 2005; Abbott, McKenna & Giles, 2005; Templer, Kaiser & Siscoe, 1993; Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1999; Walters, 1997). Für Deutschland sind bislang nur Schätzungen möglich.

Zusätzlich wurden Spielkunden hinsichtlich ihrer Glücksspielnutzung und der Auftretenshäufigkeit pathologischen Glücksspiels untersucht.

Zur Erhebung der Häufigkeit pathologischen Glücksspiels und des Nutzungsmusters von Glücksspielen kommt ein neu entwickelter Fragebogen, das Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG; Grüsser, Hesselbarth, Albrecht & Mörsen, 2006), zum Einsatz.

Im zweiten Teil der Studie wurden zunächst die Probanden je nach Ausmaß der Glücksspielproblematik anhand erfüllter Kriterien des BIG als pathologische Glücksspieler, subklinische Glücksspieler oder Nichtsüchtige klassifiziert (siehe Kapitel 4.1) und hinsichtlich soziodemographischer Daten, des Glücksspielverhaltens und einzelner Items des Berliner Inventars zum Glücksspielverhalten miteinander verglichen.

Der Schwerpunkt der Analysen liegt in diesem Studienteil auf der hypothesengeleiteten Untersuchung des Beziehungsgefüges zwischen Depressivität, Ängstlichkeit, positiver und negativer Stressverarbeitung, „Sensation Seeking“ sowie körperlichen Beschwerden und dem Ausmaß der Glücksspielproblematik. Zudem wird die Stärke des Entzugs und Verlangens als

typische Symptome einer Abhängigkeitserkrankung im Zusammenhang zum Glücksspiel untersucht. In einem weiteren Schritt werden Gruppenunterschiede im Hinblick auf eine mögliche Übertragung des Stressverarbeitungsmodells aus der stoffgebundenen Suchtforschung auf das pathologische Glücksspielen diskutiert. Es stellt sich insbesondere die Frage, welche Faktoren einen Einfluss auf das Glücksspielverhalten haben und inwieweit das Glücksspiel im Sinne einer inadäquaten Stressverarbeitungsstrategie funktionalisiert wird.

3.2 Hypothesen

3.2.1 Verlangen und Entzug

Verlangen und Entzug als abhängigkeitstypische Merkmale sind auch bei pathologischen Glücksspielern anzutreffen (Blanco et al., 2001; Castellani & Rugle, 1995; De Castro et al., 2006; Duvarci & Varan, 2000; Grüsser et al. 2005; Tavares et al., 2005). Die wenigen vorliegenden Studien zum Verlangen wurden vornehmlich bei klinischen Stichproben und im Vergleich mit Substanzabhängigen durchgeführt. Mit Ausnahme einer Studie, die pathologische und nichtpathologische Glücksspieler hinsichtlich des Verlangens untersucht (Duvarci & Varan, 2000) und einer Studie zum reizinduzierten Verlangen bei abstinenten pathologischen Glücksspielern und gesunden Kontrollen (Grüsser et al., 2005), wurde bislang nicht die Stärke des Verlangens und des Entzugs innerhalb von Gruppen von Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern erhoben.

I) Allgemeines Verlangen

Pathologische Glücksspieler zeigen ein stärkeres Verlangen nach Glücksspielen im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen; subklinische Glücksspieler zeigen ein stärkeres Verlangen im Vergleich zu Nichtsüchtigen.

II) Stärke von Entzugserscheinungen und Erleichterung von Entzugserscheinungen durch Glücksspielen

a) Pathologische Glücksspieler berichten von stärkeren „unangenehmen Erscheinungen“ (Entzugserscheinungen), wenn sie nicht spielen können, im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen; subklinische Glücksspieler berichten von stärkeren Entzugserscheinungen als Nichtsüchtige.

b) Pathologische Glücksspieler berichten von einer stärkeren Erleichterung dieser „unangenehmen Erscheinungen“ (Entzugerscheinungen) durch Glücksspielen im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen; subklinische Glücksspieler berichten von einer stärkeren Erleichterung von Entzugerscheinungen im Vergleich zu Nichtsüchtigen.

3.2.2 Psychische Variablen

Es wird angenommen, dass Glücksspielen eine effektive, jedoch inadäquate Verarbeitungsstrategie zur Problemlösung respektive bei negativen Gefühlszuständen darstellt (Grüsser & Thalemann, 2006; Sharpe, 2002; Wood & Griffiths, 2007). Um diesen Zusammenhang zu beleuchten, werden verschiedene Einflussfaktoren auf das Ausmaß der Glücksspielproblematik untersucht.

Stressverarbeitungsstrategien

Entsprechend der Befundlage zur stoffgebundenen Abhängigkeit ist bekannt, dass insuffiziente Stressverarbeitungsstrategien ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung darstellen (Sharpe, 2002; Sinha, 2001). Ähnliches wird für die Glücksspielsucht postuliert. Man geht davon aus, dass positive Stressverarbeitungsstrategien, wie beispielsweise lösungsorientierte Handlungen, einen protektiven Einfluss auf eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung ausüben. Negative Bewältigungsstrategien, wie z.B. Flucht, Selbstbeschuldigung und Selbstbemitleidung, erweisen sich langfristig als wenig erfolgreich im Umgang mit Alltagsproblemen und Stress und leisten einem süchtigem Verhalten Vorschub.

III) Positive und Negative Stressverarbeitungsstrategien

a) positive Stressverarbeitung

Pathologische Glücksspieler setzen in belastenden Situationen weniger positive Stressverarbeitungsstrategien im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen ein; subklinische Glücksspieler setzen weniger positive Stressverarbeitungsstrategien im Vergleich zu Nichtsüchtigen ein.

b) negative Stressverarbeitung

Pathologische Glücksspieler setzen in belastenden Situationen stärker negative Verarbeitungsstrategien im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen ein; subklinische Glücksspieler setzen stärker negative Stressverarbeitungsstrategien im Vergleich zu Nichtsüchtigen ein.

Depressivität und Ängstlichkeit

Bekanntermaßen besteht eine hohe Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen mit Angst- und affektiven Störungen (z.B. Depressivität). Auch für stoffungebundene Suchtformen wie das pathologische Glücksspiel wurde eine Komorbidität mit Angsterkrankungen und Depressionen gezeigt (z.B. Kennedy et al. 2005; Kim et al., 2006; Pietrzak et al., 2007; Raylu & Oei, 2002). Bislang wurden pathologische Glücksspieler mit nichtpathologischen Glücksspielern oder anderen Vergleichsgruppen hinsichtlich Ängstlichkeit und Depressivität untersucht, jedoch nicht im Zusammenhang mit unterschiedlichen Ausprägungen einer bestehenden Glücksspielproblematik.

Unter der Annahme, dass Depressivität und Ängstlichkeit als Indikatoren des Stresserlebens einen Einfluss auf das Glücksspielverhalten haben, werden folgende Hypothesen aufgestellt.

IV) Depressivität

Pathologische Glücksspieler zeigen in der Variable Depressivität, erfasst über die Allgemeine Depressionsskala (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993), eine stärkere Ausprägung im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen; subklinische Glücksspieler zeigen eine stärkere Ausprägung als Nichtsüchtige.

V) Ängstlichkeit

Pathologische Glücksspieler zeigen in der Variable Ängstlichkeit, erfasst über das State-Trait-Angstinventar (STAI-G Form X2; Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981), eine stärkere Ausprägung im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen; subklinische Glücksspieler zeigen eine stärkere Ausprägung als Nichtsüchtige.

Sensation Seeking

Studien haben gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal des Sensation Seekings und Glücksspiel besteht. Die bisherige Befundlage dazu ist jedoch widersprüchlich und abhängig vom verwendeten Messinstrument sowie den untersuchten Gruppen (Glücksspieler allgemein, Problemspieler oder pathologische Glücksspieler). Zudem wurden in vorangegangenen Studien vornehmlich Männer untersucht. Teilweise wurden erhöhte Werte bei pathologischen Glücksspielern (Daniel & Zuckerman, 2003; Powell et al., 1999), zum Teil jedoch auch erniedrigte Werte (Blaszczynski et al., 1986; Coventry & Brown, 1993) festgestellt. Andere Studien wiederum kamen zu dem Ergebnis, dass sich pathologische Glücksspieler hinsichtlich des Sensation Seekings nicht von der Vergleichsgruppe unterscheiden (Allcock & Grace, 1988; Anderson & Brown, 1984; Parke et al., 2004). So ist bisher unklar, ob zwischen pathologischem Glücksspiel und Sensation Seeking ein Zusammenhang besteht. In dieser Studie wird vermutet, dass pathologische Glücksspieler nach intensiver Sinnesstimulation streben, die ihnen das Glücksspiel geben kann. Durch die Bindung an ihr süchtiges Verhalten werden andere Interessen verdrängt und sie sind nicht motiviert, neu- oder andersartige Erfahrungen zu machen. Somit wird postuliert, dass pathologische Glücksspieler in Bezug auf Sensation Seeking nur auf der Skala Intensität, nicht jedoch auf der Skala Neuigkeit eine höhere Ausprägung zeigen.

VI) Sensation Seeking: Skala Intensität und Skala Neuigkeit

a) Sensation Seeking: Skala Intensität

Es wird vermutet, dass pathologische Glücksspieler ein stärkeres Bedürfnis nach intensiver Sinnesstimulation haben. Sie weisen auf der Skala Intensität höhere Werte im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen auf; subklinische Glücksspieler weisen höhere Werte als Nichtsüchtige auf.

b) Sensation Seeking: Skala Neuigkeit

Für die Skala Neuigkeit, die Offenheit und Aufgeschlossenheit für neuartige Stimulationen und Erfahrungen erfasst, wird erwartet, dass sich pathologische Glücksspieler nicht von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen unterscheiden.

3.2.3 Körperliche Beschwerden

Bisher ist wenig über das Ausmaß pathologischen Glücksspiels auf den Gesundheitszustand der Betroffenen bekannt. Studien, die sich dieses Themas annahmen, wiesen nach, dass pathologische Glücksspieler über einen schlechteren Gesundheitszustand berichteten als gesunde Kontrollgruppen (Black et al., 2003; Lesieur & Blume, 1993; Pietrzak & Petry, 2005; Potenza & Griffiths, 2004). Es wurde darauf hingewiesen, dass ein Stresserleben beim Glücksspielen mit einem konsekutiv erhöhten Blutdruck sowie einer erhöhten Herzfrequenz zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen kann (Potenza et al., 2002). Hinzu kommt, dass Glücksspielen mit wenig körperlicher Aktivität und einer vermehrten Nikotinexposition einhergeht (Potenza et al., 2002; Potenza & Griffiths, 2004).

Aufgrund der überraschenden Ergebnisse stellte sich die Frage nach Ursache und Wirkung. Motiviert ein schlechter Allgemeinzustand zum Glücksspiel oder hat das Glücksspiel selbst negative Auswirkungen auf die physische Gesundheit? In dieser Studie wird angenommen, dass Gruppenunterschiede im Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung bestehen und dass der gesundheitliche Zustand um so schlechter ist, je stärker die Glücksspielproblematik ausgeprägt ist.

VII) Körperliche Beschwerden

Pathologische Glücksspieler berichten von einer stärkeren Beeinträchtigung des subjektiven Befindens durch körperliche und allgemeine Beschwerden im Vergleich zu subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen; subklinische Glücksspieler berichten von einer stärkeren Beeinträchtigung als Nichtsüchtige.

4 Methodik

4.1 Design und Durchführung der Studie

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung, für die 500 Teilnehmer gewonnen werden konnten. Dafür wurden sechs Fragebögen, die zum Einsatz kamen, zusammengefasst und als Papierversion an die Probanden verteilt. Die Untersuchungen fanden im Zeitraum von August 2006 bis Januar 2007 statt.

Je nach Gruppe differierte die Rekrutierung der einzelnen Teilnehmer.

Für die Gruppe der Haftinsassen wurde zunächst eine Genehmigung zur Durchführung der Untersuchung bei der zuständigen Senatsverwaltung Berlin eingeholt. Nach Bewilligung von der jeweiligen Anstaltsleitung wurden Aushänge in den betreffenden Justizvollzugsanstalten gemacht. Freiwillige konnten sich daraufhin für die Studie anmelden. Die Untersuchungen fanden in Gruppenräumen der entsprechenden Anstalt mit jeweils circa 15 Haftinsassen statt. Nach einer Aufklärung der Teilnehmer über die Studie wurden die Fragebögen in der angegebenen Reihenfolge von den Probanden in Anwesenheit einer Aufsichtsperson ausgefüllt. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Haftinsassen je nach Regelung in den Anstalten zehn Euro auf das entsprechende Gefangenenkonto, eine Telefonkarte im Wert von zehn Euro oder Kaffee und Tabak.

Die Gruppe der Beamten setzt sich überwiegend aus Polizisten, die über teilnehmende Polizeidienststellen rekrutiert wurden, bzw. aus verbeamteten Mitarbeitern der Justizvollzugsanstalten zusammen. Die Fragebögen wurden mit einem Begleitschreiben und frankiertem und rückadressiertem Umschlag in den einzelnen Abteilungen verteilt.

Die Gruppe der Spielkunden stellen Gäste aus dem Albers Wettbüro Karlshorst und der Spielbank Berlin am Potsdamer Platz und der Dependance Hasenheide dar, die dort persönlich angesprochen wurden. Freiwillige Teilnehmer füllten den Fragebogen jeweils vor Ort aus und erhielten im Anschluss eine Aufwandsentschädigung von zehn Euro.

Studenten der Charité Berlin konnten im Rahmen von Seminaren und Vorlesungen für die Studie gewonnen werden. Hierzu wurden die Fragebögen an Medizinstudenten bei Veranstaltungen in

der Medizinpsychologie des Wintersemesters 2006/2007 verteilt und konnten in einer darauffolgenden Veranstaltung wieder abgegeben werden.

Das Verfahren und die Fragebögen wurden vor Beginn der Untersuchung datenschutzrechtlich vom Beauftragten der Charité geprüft. Für die Studie liegt eine Bewilligung von der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin vor.

Alle Versuchsteilnehmer wurden über den Zweck und Inhalt der Studie, über die Freiwilligkeit zur Teilnahme und die Wahrung der Anonymität sowohl persönlich als auch schriftlich per Begleitschreiben, aufgeklärt.

Das Ausfüllen der einzelnen Fragebögen erfolgte in vorgegebener Reihenfolge und nahm eine durchschnittliche Bearbeitungszeit von 40 Minuten in Anspruch. Voraussetzung für die Teilnahme war ein Verständnis der deutschen Sprache. Es wurde bewusst darauf geachtet, keine Vorselektion in Bezug auf Teilnahme oder Nichtteilnahme an Glücksspielen zu treffen, um im Verlaufe der Datenauswertung die Häufigkeit für subklinisches und pathologisches Glücksspielen ermitteln zu können.

Die jeweiligen Angaben sind freiwillig und nicht überprüfbar. Damit bergen sie die Möglichkeit, fehlerhaft zu sein und können zu falsch positiven, wie falsch negativen „Diagnosen“ bezüglich einer Glücksspielsucht führen. Möglichkeiten einer Antwortverzerrung werden im Diskussionsteil thematisiert.

Von insgesamt 700 verteilten Fragebögen kamen 519 ausgefüllt zurück. Das entspricht einer Rücklaufquote von 0,7. Aufgrund mangelnder Angaben wurden 19 dieser Fragebögen nicht in die Datentabelle eingegeben.

Die folgende Übersicht (siehe Tabelle 4.1) gibt eine Aufstellung über die Anzahl der verteilten und zurückerhaltenen Fragebögen.

Tabelle 4.1: Übersicht über die Anzahl der ausgegebenen und zurückerhaltenen Fragebögen

	ausgegeben	zurückerhalten
Haftinsassen		
JVA-Moabit	100	82
JVA für Frauen Berlin	50	37
JVA Neuruppin-Wulkow	38	38
JVA Luckau-Duben	45	45
Gesamt	231	202
Beamte		
Polizeidienststellen Berlin	79	52
Polizeidienststelle Potsdam Eiche	100	65
Polizeidienststelle Beelitz	30	19
Mitarbeiter der JVA-Moabit	30	19
Gesamt	239	155
Gäste in Spielstätten		
Albers Wettbüro Karlshorst	100	83
Spielbank Potsdamer Platz	20	18
Spielbank Hasenheide	10	7
Gesamt	130	108
Studenten der Humanmedizin der Charité Berlin	100	54
Gesamt	700	519

Die Haftinsassen, Beamten, Gäste von Spielstätten und Studenten wurden bezüglich allgemeiner glücksspielassoziierter Daten und des Vorkommens pathologischen Glücksspiels miteinander verglichen.

Anschließend wurden die 500 Probanden je nach Anzahl der erfüllten Kriterien für pathologisches Glücksspiel gemäß DSM-IV einer der drei folgenden Gruppen zugeordnet. Die erste Gruppe stellt die *Nichtsuchtigen* (Personen mit und ohne Spielerfahrung) dar, die kein Kriterium für pathologisches Glücksspiel erfüllen. In der Gruppe der *subklinischen Glücksspieler* finden sich die Probanden wieder, die ein bis vier Kriterien bejahen (zum Vergleich Cox, Enns & Michaud, 2004). Die dritte Gruppe, die *pathologischen Glücksspieler*, beinhaltet alle Spieler, bei denen fünf und mehr von maximal zehn Kriterien zutreffen.

4.2 Psychometrische Instrumente

4.2.1 Übersicht über die eingesetzten Instrumente

Die Daten für die Studie wurden mit Hilfe folgender Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben:

- a) Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG)
- b) Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120)
- c) Allgemeine Depressionsskala (ADS-K)
- d) State-Trait-Angstinventar (STAI-G Form X2)
- e) Deutsches Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS-d)
- f) Beschwerdenliste (BL)

a) **Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG; Grüsser, Hesselbarth, Albrecht & Mörsen, 2006)**

Der Fragebogen zum Glücksspielverhalten ist ein neu entwickeltes Instrument zur Erfassung soziodemographischer Faktoren (wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Einkommen), allgemeiner Daten zum Glücksspiel (z.B. bevorzugte Glücksspielart, Ort der Inanspruchnahme, Höhe der Einsätze, Spieldauer, Schuldenhöhe) und der zehn diagnostischen Kriterien für pathologisches Glücksspielen gemäß des DSM-IV sowie - entsprechend dem neuesten Stand der Forschung - der typischen Abhängigkeitskriterien des Entzugs und Verlangens.

Bei diesem Selbstbeurteilungsinstrument können die Fragen zum Verlangen und Entzug auf einer Skala von „0“ („gar nicht“) bis „10“ („sehr stark“) angekreuzt werden, für die anderen Items stehen vierstufige Likert-Skalen bzw. ein Ja/Nein-Antwortformat zur Verfügung.

Gemäß DSM-IV werden Personen, die mindestens fünf der zehn Kriterien für pathologisches Glücksspielen erfüllen, als glücksspielsüchtig eingestuft. Treffen ein bis vier Kriterien zu, geht man von einem *subklinischen* (subthreshold pathological gambling) Glücksspiel aus (Cox et al., 2004).

Der Fragebogen zum Glücksspielverhalten stellt ein valides und reliables (Cronbachs Alpha = .91) Messinstrument zur Erfassung pathologischen Glücksspiels dar (siehe auch Kapitel 4.2.2).

b) Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120; Janke, Erdmann, Kallus & Boucsein, 1997)

Dieser Fragebogen erfasst die individuelle Tendenz, unter Belastung positive oder negative Stressverarbeitungsstrategien einzusetzen. In der Originalversion besteht der Test aus 20 Subskalen mit jeweils sechs Items (= 120 Fragen). Daneben existiert auch eine Kurzversion. Der Fragebogen erfasst „Positiv-Strategien“ wie z.B. Selbstbestätigung, Entspannung und Reaktionskontrolle und „Negativ-Strategien“ wie soziale Abkapselung, Resignation, Selbstbeschuldigung. „Positiv-Strategien“ zielen auf eine Stressreduktion ab, wohingegen „Negativ-Strategien“ im Allgemeinen stressverstärkend wirken und als inadäquate Lösungsversuche zu werten sind.

Beim Ausfüllen dieses Instrumentes muss der Proband jeweils entscheiden, ob die vorgeschlagene Strategie für ihn „gar nicht“ (= 0 Punkte), „kaum“ (= 1 Punkt), „möglicherweise“ (= 2 Punkte), „wahrscheinlich“ (= 3 Punkte) oder „sehr wahrscheinlich“ (= 4 Punkte) in Frage kommt. Pro Item ergibt sich somit ein Wert von null bis maximal vier Punkten. Aus diesen Werten wird für jede Subskala der Summenwert gebildet. Aus den Summenwerten der positiven beziehungsweise negativen Strategien wird dann jeweils der Mittelwert gebildet. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subtests dieses Stressverarbeitungsfragebogens liegen zwischen .66 und = .92, die Wiederholungszuverlässigkeiten (nach circa 4 Wochen) zwischen $r_{tt} = .69$ und $r_{tt} = .86$ und die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subtests des SVF 120 und des SVF 78 zwischen .62 und .96.

c) Allgemeine Depressionsskala – Kurzform (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993)

Die Allgemeine Depressionsskala ist ein verbreitetes Screeninginstrument zur Selbstbeurteilung depressiver Symptome wie Traurigkeit, Lustlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen, welches speziell für den Einsatz an nichtklinischen Stichproben, für epidemiologische Untersuchungen entwickelt wurde. Erfragt wird das Befinden der letzten Woche auf einer vierstufigen Antwortskala von „0“ = „selten oder überhaupt nicht“ bis „3“ = „meistens“. Der Test beinhaltet ein Lügenkriterium, das eine Identifikation von Personen, die unehrlich oder unaufmerksam geantwortet haben, erlaubt.

Es existiert eine Lang- und eine Kurzversion. Für die vorliegende Untersuchung wurde die Kurzversion, bestehend aus 15 Items, verwendet. Es kann ein maximaler Summenwert von 45

Punkten erreicht werden. Wird der kritische Wert von 17 Punkten überschritten, gibt das einen Hinweis auf das wahrscheinliche Vorliegen einer klinischen Depression.

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS-K) erwies sich als zuverlässiges (Cronbachs Alpha = .89) Messinstrument. Die Testhalbierungs-Reliabilitätswerte liegen um $r = .81$. Zur Gültigkeit dieses Instrumentes lässt sich sagen, dass in Korrelation mit anderen Verfahren wie der Befindlichkeitsskala (Bf-S), der Hamilton Depressionsskala (HAMD) und dem Beck Depressioninventar (BDI) Werte bis $r = .90$ erreicht wurden.

d) State-Trait-Angstinventar (STAI-G Form X2; Laux et al., 1981)

Das State-Trait-Angstinventar (STAI) ist die deutsche Adaptation des von Spielberger, Gorsuch und Lushene (1970) entwickelten State-Trait Anxiety Inventory.

Spielberger (1972) unterscheidet zwischen einer Zustandsangst (State-Angst) und einer Angst als Eigenschaft respektive Ängstlichkeit (Trait-Angst). Zustandsangst wird situationsabhängig erlebt und ist durch Anspannung, Nervosität, innere Unruhe und Furcht gekennzeichnet. Sie variiert in ihrer Intensität über Zeit und Situationen. Angst als Eigenschaft dagegen beschreibt, wie man sich im Allgemeinen fühlt; die Neigung, Situationen als bedrohlich zu bewerten und als Folge darauf mit einer Zunahme der Zustandsangst zu reagieren.

Die folgende Untersuchung verwendet das State-Trait-Angstinventar in der Form X2, welches „Angst“ als Eigenschaft (Ängstlichkeit) in den Fokus rückt. Der Test umfasst 20 Feststellungen, anhand derer sich die Versuchspersonen innerhalb einer kurzen Bearbeitungszeit selbst beschreiben. Pro Item stehen vier Antwortmöglichkeiten im Sinne einer Häufigkeitsdimension zur Verfügung: „1“ = „fast nie“, „2“ = „manchmal“, „3“ = „oft“, „4“ = „fast immer“. Daraus ergibt sich ein möglicher Summenwert von 20 bis maximal 80, der das Ausmaß der Angst repräsentiert. Zur Kontrolle eines möglichen Einflusses der Zustimmungstendenz sind einige Feststellungen in Richtung Angst, andere in Richtung Angstfreiheit formuliert.

Der Test erfasst Hoch- und Niedrigängstliche; er zeigt individuelle Unterschiede im Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit auf. Hochängstliche stufen mehr Situationen als bedrohlich ein und reagieren mit höherer Zustandsangst als Niedrigängstliche.

Die interne Konsistenz für beide Skalen (State-Angst und Trait-Angst) erreicht Werte bis (Cronbachs Alpha) .90. Retestreliabilitäten bei der Trait-Angstskala (nach 63 Tagen) liegen bei $r = .77$ bis $r = .90$. Die Korrelationen der Trait-Angstskala mit der Skala zur Messung Manifeste Angst (MAS) von Lück und Timaeus ergaben Werte zwischen $r = .73$ und $r = .90$.

e) **Deutsches Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS-d; Arnett, 1994)**

„*Sensation Seeking*“ wurde von Zuckerman (1979) als Tendenz definiert, vielfältige, neue, komplexe und intensive Erfahrungen zu suchen, und als Bereitschaft, für diese Erfahrungen physische, soziale, rechtliche und finanzielle Risiken einzugehen. Zuckerman erstellte zur Messung dieser Persönlichkeitseigenschaft die Sensation Seeking Scale (SSS-V; Zuckerman, Eysenck & Eysenck, 1978).

Ausgehend von einer Kritik an diesem Messinstrument entwickelte Arnett (1994) das Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS, deutsche Version: AISS-d). Er verzichtete auf bisherige Fragen, die riskante, illegale oder Norm brechende Verhaltensweisen berühren und nahm stattdessen Items auf, die das Bedürfnis nach sensorischen Erfahrungen auf einer neutraleren Ebene und nicht so sehr konkrete Situationen erfassen. Arnett (1994) versteht unter Sensation Seeking eher ein grundlegendes Bedürfnis nach Stimulation auf einer sensorischen Ebene, das eine erhöhte Risikobereitschaft und aktive Suche nach stimulierenden Reizen nicht per se einschließt.

Der AISS besteht aus zwei Subskalen: „Intensität“ und „Neuigkeit“. Die Skala „Intensität“ misst das Bedürfnis nach intensiver Sinnesstimulation (z.B. „Wenn ich Musik höre, sollte sie laut sein.“); die Skala „Neuigkeit“ dagegen erfasst die Offenheit und Aufgeschlossenheit für neuartige Erfahrungen (z.B. „Ich fände es interessant, jemanden aus dem Ausland zu heiraten.“). Der Fragebogen besteht aus 20 Aussagen, die anhand von vierstufigen Likert-Skalen beurteilt werden. Für beide Skalen des AISS-d wird jeweils ein Summenwert gebildet.

Der AISS (Arnett, 1994) hat sich als valides Forschungsinstrument erwiesen, zeigt allerdings nur eine niedrige interne Konsistenz (Cronbachs Alpha = .67 - .70). Trotz dieser Schwäche findet das Verfahren zunehmend Anwendung.

f) **Die Beschwerdenliste (B-L¹; Zerssen, 1976)**

Die Beschwerdenliste (Zerssen, 1976) ist ein Selbstbeurteilungstest zur quantitativen Einschätzung einer Beeinträchtigung des subjektiven Befindens durch körperliche und allgemeine Beschwerden.

Das Instrument enthält 24 Items. Vier Antwortmöglichkeiten von „0“ = „gar nicht“, über „1“ = „kaum“, „2“ = „mäßig“ bis zu „3“ = „stark“ stehen jeweils zu Fragen nach Allgemeinbeschwerden (z.B. Müdigkeit, Konzentrationsschwäche), lokalisierbaren körperlichen (z.B. Kopfschmerzen, Gelenk-, Magenschmerzen) und psychischen (z.B. Angstgefühl, trübe

Gedanken) Beschwerden zur Verfügung. Für die Auswertung wird aus den einzelnen Punktwerten ein Summenscore, der den Testwert darstellt, gebildet. Für diesen Testwert liegen Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung und diverser klinischer Gruppen vor. Er macht Aussagen über den momentanen Zustand der ausfüllenden Person, erlaubt jedoch keine Schlüsse auf die möglichen Ursachen der Beeinträchtigung.

Der Test verfügt über eine zufrieden stellende Reliabilität (Paralleltest-Reliabilität $r = .85 - .95$) und Validität (Kriteriumsvalidität: die Korrelation mit dem Kriterium der Zugehörigkeit zu einer klinischen beziehungsweise einer Kontrollgruppe liegt bei $r = .62$).

4.2.2 Über das Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG)

In Anlehnung an den Fragebogen zur Differenzierten Drogenanamnese (FDDA; Grüsser, Wölfling, Düffert, Mörsen, Albrecht & Flor, in Druck) wurde das Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG; Grüsser, Hesselbarth, Albrecht & Mörsen 2006) entwickelt, das sämtliche Kriterien pathologischen Glücksspiels gemäß des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) und die Abhängigkeitskriterien entsprechend der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) erfasst. Bisher existierte kein derartiger Fragebogen, der u.a. die Abhängigkeitskriterien des Entzugs und Verlangens als auch das Eingenommensein vom Glücksspiel als zentrales Kriterium für pathologisches Glücksspiel und primäres Merkmal aller Abhängigkeitserkrankungen in den Fokus rückt. Zudem kann erstmalig im deutschen Sprachraum pathologisches Glücksspielverhalten differenziert für die einzelnen Formen des Glücksspiels erhoben werden.

Aus einem allgemeinen Teil erhält man Informationen zum Alter, Geschlecht, Familienstand, Ausbildungsabschluss, dem monatlichen Nettoeinkommen und zum Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Drogen). Daran schließen sich Fragen zum Glücksspielverhalten an: Welche Glücksspielformen werden seit wann und wie oft pro Monat in Anspruch genommen, welche Formen werden bevorzugt, wo werden sie in Anspruch genommen; zu welcher Tageszeit wird gespielt und wie hoch sind die Einsätze. Kerninhalt des Fragebogens bilden die Kriterien für pathologisches Glücksspiel nach DSM-IV sowie die Abhängigkeitskriterien Verlangen und Entzugserscheinungen, Vernachlässigung anderer Interessen und Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Erholung.

Das BIG ermöglicht die Erfassung subklinischen und pathologischen Glücksspiels. Es beinhaltet zwei diagnostische Skalen; die *Skala pathologisches Glücksspiel* (BIG-PGS) und die *Skala Glücksspielsucht* (BIG-GSS). Die Skala pathologisches Glücksspiel (BIG-PGS) beinhaltet die

diagnostischen Kriterien für pathologisches Glücksspiel nach DSM-IV. Durch Aufsummieren bejahter Items ergibt sich ein Rohwert von null bis zehn. Bei einem Wert von fünf oder höher spricht man von pathologischem, einem Wert von eins bis vier von subklinischem Glücksspiel (subthreshold pathological gambling) (Cox et al., 2004). Andere Autoren nehmen alternative Einteilungen vor und sprechen beim Vorliegen eines oder zweier Kriterien von riskantem (at risk gambler) (Neighbors, Lostutter, Whiteside, Fossos, Walker & Larimer, 2007), bei drei oder vier Kriterien von problematischem Glücksspielverhalten (Stucki & Rihs-Middel, 2007).

Die Skala Glücksspielsucht (BIG-GSS) orientiert sich an den diagnostischen Kriterien der stoffgebundenen Abhängigkeit gemäß der ICD-10. Problematisches Glücksspiel wird hier im Sinne einer Verhaltenssucht aufgefasst. Der sich ebenfalls durch Aufsummieren positiv beantworteter Fragen ergebende Rohwert rangiert zwischen null und sechs. Süchtiges Glücksspiel wird durch einen Wert von drei oder darüberliegend definiert, missbräuchliches Glücksspiel durch einen Wert von eins oder zwei.

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann jeweils eine der beiden Skalen bevorzugt herangezogen werden. In der folgenden Untersuchung findet die Skala BIG-PGS Verwendung.

In einer Vorstudie konnte gezeigt werden, dass beide Skalen eine hohe Übereinstimmungsgenauigkeit ($r = .95$) miteinander aufweisen und reliable (Cronbachs Alpha = $.91$ beziehungsweise $.88$) und valide Messinstrumente zur Erfassung pathologischen Glücksspiels darstellen, wobei die Skala BIG-PGS die strengere der beiden Methoden ist (Grüsser et al. 2006).

Das BIG weist zu weiteren Glücksspielinstrumenten wie dem South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987) und dem Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG; Petry, 1996) eine hohe Korrelation ($r = .80 - .95$) auf und ist ähnlich sensitiv in der Erfassung pathologischen Glücksspielverhaltens. Größere Unterschiede wurden in der Klassifikation problematischen Glücksspielverhaltens sichtbar. Im Vergleich zu einem anderen Messverfahren, dem SOGS, zeigte sich, dass die Skala BIG-PGS einen geringeren Anteil an Problemspielern hervorbringt. Diese Differenz lässt sich auf den in der aktuellen Literatur gebräuchlichen hohen Cut-Off-Wert von drei bis vier zurückführen. Wird die Subgruppe der riskanten Spieler (ein bis zwei erfüllte Kriterien) mit den laut BIG-PGS eingestuften Problemspielern (Wert von drei beziehungsweise vier) zusammengelegt, erhält man einen ähnlich hohen Anteil an Problemspielern wie im SOGS. In der vorliegenden Arbeit werden daher die Problem- und riskanten Glücksspieler zur Gruppe „subklinischer Glücksspieler“ zusammengefasst.

4.3 Stichprobe

Für die Untersuchung konnten genau 500 Personen rekrutiert werden, die den Fragebogensatz ausfüllten. Die freiwilligen Teilnehmer verteilen sich wie folgt:

- 198 Haftinsassen aus den Justizvollzugsanstalten (JVA) Moabit, Luckau-Duben, Neuruppin-Wulkow und JVA für Frauen Berlin,
- 144 Beamte, die sich aus Mitarbeitern der JVA Moabit und Polizisten unterschiedlichster Dienstgrade aus Polizeidienststellen von Berlin, Potsdam und Beelitz zusammensetzen,
- 105 Gäste, die zum einen im Albers Wettbüro Karlshorst (Sport- und Pferdewetten), zum anderen in der Spielbank Berlin (Automatenspiele) am Potsdamer Platz und Hasenheide rekrutiert wurden (Spielkunden) und
- 53 Studenten der Humanmedizin der Charité Berlin.

Eine deskriptive Beschreibung der Stichprobe ist in Tabelle 4.2 dargestellt.

Tabelle 4.2: Soziodemographische Daten der Haftinsassen, Beamten, Spielkunden und Studenten

Variablen	Haftinsassen N=198	Beamte N=144	Spielkunden N=105	Studenten N=53
Alter in Jahren <i>M (SD)</i>	32,44 (9,42)	36,10 (10,83)	44,80 (15,79)	21,74 (3,32)
	<i>N (%)</i>			
Geschlecht				
männlich	152 (76,8)	84 (58,7)	80 (76,9)	20 (37,7)
weiblich	46 (23,2)	59 (41,3)	24 (23,1)	33 (62,3)
ohne Angabe	-	1	1	-
Familienstand				
ledig, ohne feste Partnerschaft	96 (48,5)	24 (16,7)	45 (43,7)	29 (54,7)
in fester Partnerschaft; zusammenlebend	64 (32,3)	101 (70,1)	40 (38,8)	14 (26,4)
in fester Partnerschaft; getrennt lebend	13 (6,6)	10 (6,9)	4 (3,9)	10 (18,9)
geschieden	23 (11,6)	9 (6,3)	12 (11,7)	-
verwitwet	2 (1,0)	-	2 (1,9)	-
Bildungsabschluss				
kein Abschluss	24 (12,2)	-	1 (1,0)	-
Sonderschulabschluss	10 (5,1)	-	3 (2,9)	-
Volks- oder Hauptschulabschluss	54 (27,4)	1 (0,7)	19 (18,1)	-
Realschulabschluss	84 (42,6)	74 (51,4)	49 (46,7)	-
allgemeine Hochschulreife	19 (9,6)	26 (18,1)	19 (18,1)	48 (90,6)
akademischer Abschluss	6 (3,0)	43 (29,9)	14 (13,3)	5 (9,4)
derzeitige überwiegende Tätigkeit				
arbeitslos	109 (55,9)	-	17 (16,3)	-
in Ausbildung	13 (6,7)	-	10 (9,6)	52 (98,1)
Arbeiter(in), Angestellte(r)	56 (28,7)	-	28 (26,9)	1 (1,9)
Beamte(r)	-	142 (98,6)	5 (4,8)	-
Selbständige(r)	9 (4,6)	-	18 (17,3)	-
Rentner(in), Schwerbeschädigte(r)	3 (1,5)	2 (1,4)	25 (24,0)	-
Hausfrau/ Hausmann	5 (2,6)	-	1 (1,0)	-
monatliches Nettoeinkommen				
bis 1.000 Euro	179 (90,9)	1 (0,7)	54 (51,4)	47 (92,2)
1.000 bis 2.000 Euro	10 (5,1)	84 (58,3)	31 (29,5)	3 (5,9)
2.000 bis 3.000 Euro	7 (3,6)	52 (36,1)	12 (11,4)	1 (2,0)
mehr als 3.000 Euro	1 (0,5)	7 (4,9)	8 (7,6)	-

4.4 Statistische Auswertung

Die gesamten statistischen Analysen der vorliegenden Arbeit wurden mittels des Programms Statistical Package for the Social Science (SPSS für Windows, Version 14.0) durchgeführt.

Die gewählten statistischen Verfahren richteten sich nach dem Skalenniveau der Daten.

Im Rahmen des Vergleichs der untersuchten Stichproben beziehungsweise klinischen Gruppen wurden bei nominalem Skalenniveau χ^2 -Tests zur Überprüfung der Häufigkeitsunterschiede zwischen den Gruppen herangezogen. Bei metrischem Skalenniveau wurden die Gruppenunterschiede mittels einfaktorieller, univariater Varianzanalysen überprüft. Nach Bortz (1999) kann bei metrischem Skalenniveau von einer Normalverteilung ausgegangen werden, wenn der Stichprobenumfang mehr als 30 Personen umfasst. Daher wird für die in der vorliegenden Arbeit untersuchten metrischen Daten eine Normalverteilung angenommen. Die Homogenität der Varianzen wurde anhand des Levené-Tests überprüft. In Abhängigkeit von der Varianzhomogenität wurde der Tamhane-T2 oder der Bonferroni Post-Hoc-Test für die Einzelvergleiche herangezogen. Korrelative Zusammenhänge zwischen den metrischen Daten wurden mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Allen statistischen Analysen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% zugrunde gelegt und die Hypothesen auf einem Signifikanzniveau $p < .05$ (= 5%) zweiseitig geprüft.

5. Ergebnisse

Es werden zunächst allgemeine Daten zum Glücksspiel der Gesamtstichprobe sowie der Teilstichproben dargestellt und die Häufigkeit für subklinisches und pathologisches Glücksspiel bei Haftinsassen, Beamten, Spielkunden sowie Studenten ermittelt.

Im Anschluss daran erfolgt die Klassifikation der Gesamtstichprobe in Abhängigkeit von der Anzahl der erfüllten Kriterien für pathologisches Glücksspielen nach DSM-IV in Nichtsüchtige, subklinische Glücksspieler beziehungsweise pathologische Glücksspieler (zur Einteilung siehe Kapitel 4.1). Die weitere Arbeit widmet sich dem Vergleich der Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspieler hinsichtlich soziodemographischer und allgemeiner Glücksspieldaten sowie der Überprüfung der Hypothesen. Hierzu werden die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Variablen und pathologischem Glücksspiel untersucht und dargestellt.

5.1 Glücksspielassoziierte Daten und Häufigkeit subklinischen sowie pathologischen Glücksspiels

Im vorliegenden Kapitel werden deskriptive Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Glücksspielen innerhalb der Gesamtstichprobe und für die Gruppen der Haftinsassen, Beamten, Spielkunden und Studenten dargestellt und die Häufigkeit für subklinisches und pathologisches Glücksspiel in den einzelnen Gruppen ermittelt.

5.1.1 Allgemeine Daten zum Glücksspiel

Es zeigte sich, dass 90% aller Teilnehmer mindestens einmal im Leben Glücksspiele in Anspruch genommen haben. Darin unterschieden sich die Haftinsassen (91%) nicht von den Beamten (91%). Bei den Studenten haben 72% schon einmal Glücksspiele ausprobiert. In der Teilstichprobe der Spielkunden war der Anteil erwartungsgemäß hoch (97%). Aus einmaligem Ausprobieren oder gelegentlichem Glücksspiel wurde in unterschiedlichem Ausmaß eine regelmäßige Tätigkeit. Hierbei unterschieden sich die Haftinsassen (59%) und Spielkunden (73%) von den Gruppen der Beamten (34%) und Studenten (8%).

Im Durchschnitt waren die männlichen und weiblichen Probanden 19 Jahre alt (Wertebereich 4-63 Jahre), als sie zum ersten Mal Glücksspiele ausprobierten.

Die Haftinsassen begannen durchschnittlich mit 20 Jahren und Beamte mit 28 Jahren, regelmäßig zu spielen.

Ein Heranführen an Glücksspiele erfolgte in der Gesamtstichprobe überwiegend durch Freunde (55%) beziehungsweise durch die Familie (29%). Durch Werbung wurden 13% der Gesamtstichprobe zum Spielen motiviert (Mehrfachnennungen möglich) (siehe Tabelle 5.1).

Lotto ist in der Gesamtstichprobe die am häufigsten gespielte Glücksspielart (34%). Am zweithäufigsten wurden Automaten (16%), gefolgt von Karten- und Würfelspielen (11%) genannt (siehe Abb. 5.1). In der Gruppe der Beamten spielten 58% Lotto, unter den Haftinsassen 24%. In der letztgenannten Gruppe waren Automaten mit 26% die favorisierte Glücksspielart (siehe Tabelle 5.1).

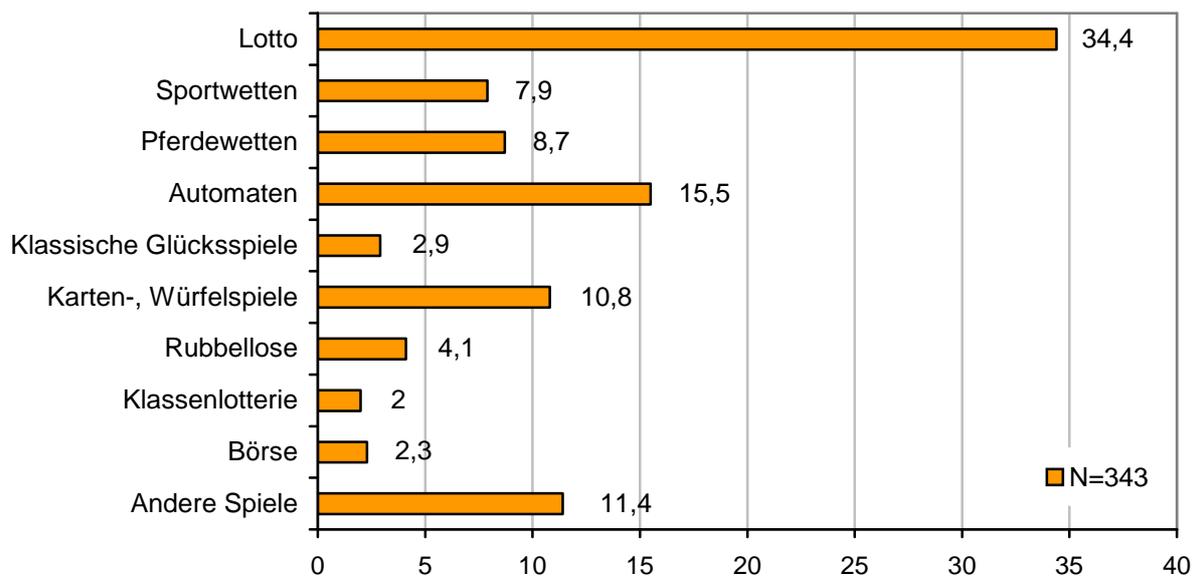


Abb. 5.1: Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Glücksspielarten in %

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gaben 40% der Gesamtstichprobe, 21% der Haftinsassen, 49% der Beamten und 17% der Studenten an, Glücksspiele zu spielen. Regelmäßig, das heißt über mindestens drei Monate, spielten 59% der Haftinsassen, 34% der Beamten, 69% der Spielkunden und 17% der Studenten.

Glücksspielerfahrungen wurden vor allem in Lottoverkaufsstellen, in Spielhallen und Imbissstuben sowie im privaten Rahmen, hier in illegaler Form, gesammelt (siehe Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1: Glücksspielassoziierte Daten für die Gesamt- und Teilstichproben

Variablen	Gesamt N=500	Haftinsassen N=198	Beamte N=144	Spielkunden N=105	Studenten N=53
	<i>N (%)</i>				
mindestens 1 Mal gespielt	N*=500 451 (90,2)	N=198 180 (90,9)	N=144 131 (91,0)	N=105 102 (97,1)	N=53 38 (71,7)
regelmäßiges Glücksspiel (über mind. 3 Monate)	N=497 244 (49,1)	N=198 117 (59,1)	N=143 48 (33,6)	N=103 75 (72,8)	N=53 4 (7,5)
Glücksspiel zur Zeit	N=308 124 (40,3)	N=144 31 (21,5)	N=66 32 (48,5)	N=86 59 (68,6)	N=12 2 (16,7)
	<i>M (SD)</i>				
Alter beim ersten Spielen	N=424 19,06 (8,81)	N=168 17,12 (5,53)	N=125 20,11 (8,29)	N=94 23,36 (12,46)	N=37 13,38 (5,38)
Alter beim Beginn des regelmäßigen Spielens	N=250 23,25 (9,44)	N=122 20,20 (5,92)	N=47 27,28 (10,39)	N=77 25,86 (11,72)	N=4 19,00 (3,16)
Glücksspieldauer in Jahren	N=375 10,71 (12,11)	N=146 10,56 (9,40)	N=114 6,62 (8,94)	N=82 19,99 (16,22)	N=33 2,46 (3,66)
	<i>N (%)</i>				
wodurch wurden Glücksspiele in Anspruch genommen	N=497	N=197	N=144	N=103	N=53
Werbung	62 (12,5)	31 (15,7)	22 (15,3)	6 (5,8)	3 (5,7)
Familie	145 (29,2)	39 (19,8)	66 (45,8)	21 (20,4)	19 (35,8)
Freunde	271 (54,5)	141 (71,6)	55 (38,2)	61 (59,2)	14 (26,4)
andere	71 (14,3)	31 (15,7)	17 (11,8)	19 (18,4)	4 (7,5)
wo wurde gespielt	N=500	N=198	N=144	N=105	N=53
Internet	80 (16)	23 (11,6)	28 (19,4)	23 (21,9)	6 (11,3)
Laden	258 (51,6)	108 (54,5)	88 (61,1)	48 (45,7)	14 (26,4)
Spielhalle/ Kneipe	154 (30,8)	112 (56,6)	25 (17,4)	14 (13,3)	3 (5,7)
Spielbank	103 (20,6)	47 (23,7)	22 (15,3)	29 (27,6)	5 (9,4)
Wettbüro	100 (20)	32 (16,2)	4 (2,8)	63 (60,0)	1 (1,9)
Private Anbieter	66 (13,2)	31 (15,7)	19 (13,2)	13 (12,4)	3 (5,7)
Privat	126 (25,2)	67 (33,8)	31 (21,5)	18 (17,1)	10 (18,9)
häufigste Glücksspielform	N=343	N=140	N=102	N=79	N=22
Lotto	118 (34,4)	34 (24,3)	59 (57,8)	20 (25,3)	5 (9,4)
Sportwetten	27 (7,9)	8 (5,7)	2 (2,0)	15 (19,0)	2 (3,8)
Pferdewetten	30 (8,7)	1 (0,7)	-	29 (36,7)	-
Automatenspiele	53 (15,5)	36 (25,7)	4 (3,9)	11 (13,9)	2 (3,8)
Klassische GS	10 (2,9)	4 (2,9)	3 (2,9)	3 (3,8)	-
Karten-, Würfelspiele	37 (10,8)	22 (15,7)	10 (9,8)	-	5 (9,4)
Rubbellose	14 (4,1)	7 (5,0)	5 (4,9)	-	2 (3,8)
Klassenlotterie	7 (2,0)	2 (1,4)	4 (3,9)	-	1 (1,9)
Börsenspekulationen	8 (2,3)	3 (2,1)	3 (2,9)	-	2 (3,8)
Andere Spiele	39 (11,4)	23 (16,4)	12 (11,8)	1 (1,3)	3 (5,7)

* = vom Stichprobenumfang abweichende Werte gehen auf fehlende Angaben zurück

An einem normalen „Spieltag“ wurden durchschnittlich drei Stunden gespielt und 192 Euro (Wertebereich: 0,75 - 10.000 Euro; SD 784 Euro) eingesetzt. Die maximale Einsatzhöhe an einem Spieltag betrug im Durchschnitt 3.382 Euro in der Gesamtstichprobe, unter den Haftinsassen 6.128 Euro und bei den Beamten 218 Euro. Während Haftinsassen und Gäste von Spielstätten an circa acht Tagen im Monat gespielt haben, waren es bei den Beamten drei Tage und zwei Tage in der Gruppe der Studenten (siehe Tabelle 5.2).

In der Gruppe der Haftinsassen befand sich der größte Anteil von Spielern mit spielbedingten Schulden (16%), gefolgt von Spielstättenkunden (14%). Bei den Beamten waren es drei Prozent mit Schulden in Bezug auf Glücksspielen. Unter den Studenten gab niemand an, Schulden durch Glücksspielen zu haben (siehe Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2: Glücksspielassoziierte Daten für die Gesamt- und Teilstichproben

Variablen	Gesamt N=500	Haftinsassen N=198	Beamte N=144	Spielkunden N=105	Studenten N=53
	<i>M (SD)</i>				
an einem normalen „Spieltag“					
Spieldauer (in Stunden)	N*=258 3,41 (2,50)	N=125 3,97 (2,64)	N=42 1,56 (1,93)	N=85 3,71 (2,04)	N=6 0,66 (0,72)
durchschnittlicher Einsatz (in Euro)	N=258 191,84 (805,18)	N=127 280,81 (1049,16)	N=46 154,32 (745,79)	N=85 88,13 (200,07)	N=4 2,44 (1,81)
maximale Einsatzhöhe (in Euro)	3.382,09 (23.015,78)	6.226,40 (33.300,27)	235,44 (774,73)	1.464,16 (7.035,33)	1.433,00 (3.777,69)
Häufigkeit von Glücksspielen (Tage/ Monat)	N=401 6,20 (7,83)	N=159 8,34 (8,62)	N=121 3,34 (6,01)	N=87 7,79 (7,45)	N=34 2,24 (6,10)
	<i>N (%)</i>				
Anteil von Spielern mit Schulden	N=319 39 (12,2)	N=145 24 (15,9)	N=70 2 (2,9)	N=90 13 (14,4)	N=15 -
Schuldenhöhe (in Euro)	N=38	N=24	(N=1)	N=13	-
M (SD)	204.535,92 (657.121,23)	146.587,71 (444.058,82)	(15.000,00) (0)	326.096,92 (963.196,07)	-
Min	125	125	(15.000)	1.000	-
Max	3.500.000	2.000.000	(15.000)	3.500.000	-

* = vom Stichprobenumfang abweichende Werte gehen auf fehlende Angaben zurück

5.1.2 Häufigkeit für subklinisches und pathologisches Glücksspiel

Unter den Haftinsassen befand sich mit circa 30% der größte Anteil pathologischer Spieler, gefolgt von Gästen aus Spielstätten mit 20%. Die Häufigkeit in der Stichprobe der Beamten beträgt 1,4%. Unter den Studenten befand sich keine Person, die den Cut-off-Wert von fünf Kriterien für pathologisches Glücksspielen erreichte. Für subklinisches Glücksspielverhalten betrug die Auftretenshäufigkeit unter den Haftinsassen circa 30%, den Spielkunden fast 50%, den Beamten annähernd 20% und den Studenten unter 10% (siehe Abb. 5.2 sowie Tabelle 5.3).

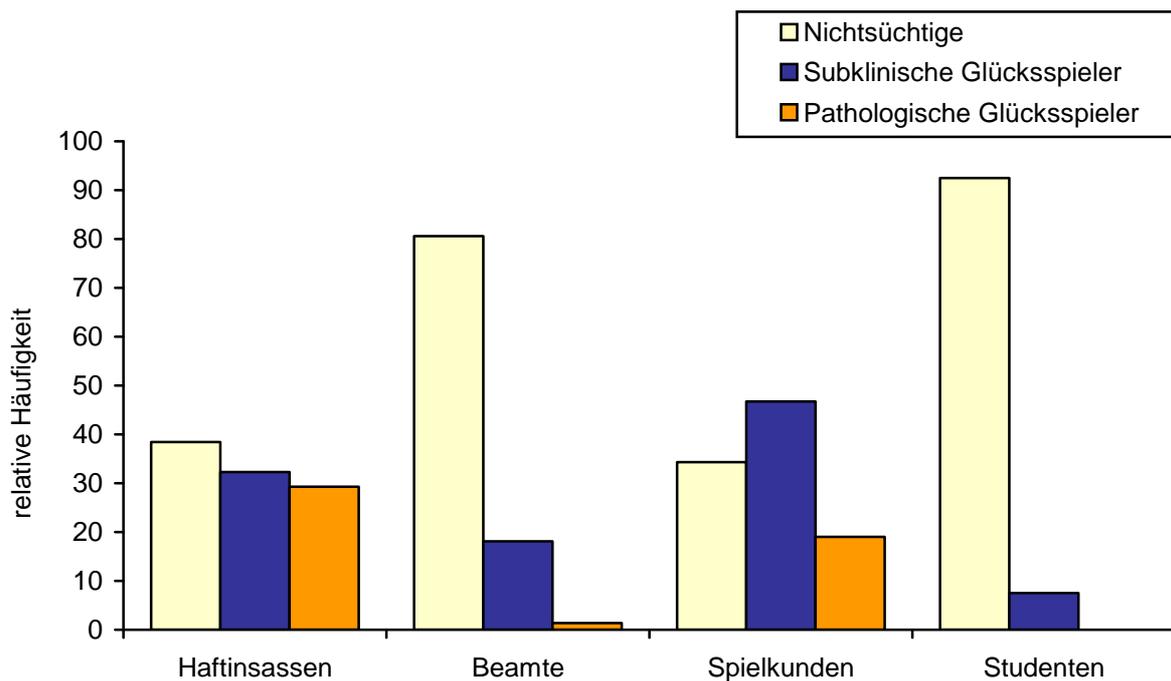


Abb. 5.2: Anteil der Nichtsüchtigen, der subklinischen und pathologischen Glücksspieler im Gruppenvergleich in %

Tabelle 5.3: Übersicht über die Häufigkeit für subklinisches und pathologisches Glücksspielen für die Gesamt- und Teilstichproben (N und in %)

	Haftinsassen	Beamte	Spielkunden	Studenten
	<i>N (%)</i>			
Nichtsüchtige	76 (38,4)	116 (80,6)	36 (34,3)	49 (92,5)
Subklinische Glücksspieler	64 (32,3)	26 (18,1)	49 (46,7)	4 (7,5)
Pathologische Glücksspieler	58 (29,3)	2 (1,4)	20 (19,0)	-

5.2 Klassifizierung der Probanden

Für die weiteren Analysen wurden die Teilnehmer der Studie je nach Anzahl der erfüllten Kriterien einer der drei Gruppen zugeordnet. Die Gruppe der „Nichtsüchtigen“ beinhaltet alle Probanden, die kein Kriterium für pathologisches Glücksspielen nach DSM-IV erfüllen. Die zweite Gruppe stellt die „subklinischen Glücksspieler“ dar, die ein bis vier der zehn möglichen Kriterien bejahen. In der dritten Gruppe, den „pathologischen Glücksspielern“, finden sich alle Spieler wieder, bei denen fünf und mehr der Kriterien zutreffen.

Von den 500 Personen, die in die Berechnung eingingen, wurden 277 als nicht süchtig, 143 als subklinische Glücksspieler und 80 als pathologische Glücksspieler klassifiziert (siehe Abb. 5.3).

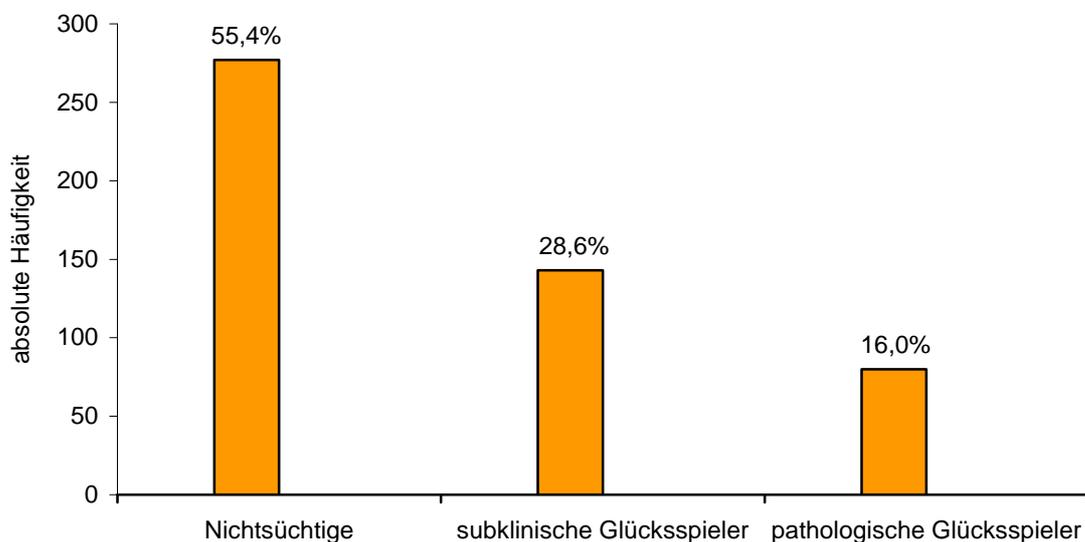


Abb. 5.3: absolute Häufigkeit von Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (die Werte entsprechen ergänzend dem Anteil der Probanden in %)

5.3 Soziodemographische Daten im Gruppenvergleich

Es wurde explorativ untersucht, ob sich Nichtsüchtige, subklinische und pathologische Glücksspieler hinsichtlich soziodemographischer Variablen unterscheiden.

Nichtsüchtige Probanden waren im Durchschnitt 33 Jahre, subklinische Glücksspieler 39 Jahre und pathologische Glücksspieler 35 Jahre alt (siehe Tabelle 5.4). Zwischen Nichtsüchtigen und subklinischen Glücksspielern und zwischen subklinischen und pathologischen Glücksspielern waren diese Altersunterschiede signifikant ($F(2; 493) = 13,31; p < .001$).

Der Anteil der Frauen ist im Vergleich zu den Männern in allen drei Gruppen geringer (siehe Abb. 5.4). In der Gruppe der subklinischen Glücksspieler befinden sich 35 Frauen und 107 Männer (siehe Tabelle 5.4). Das entspricht in etwa einem Verhältnis von Männern zu Frauen von 3:1. Unter den pathologischen Glücksspielern sind 13 Frauen und 67 Männer (siehe Tabelle 5.4). Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt hier 5:1.

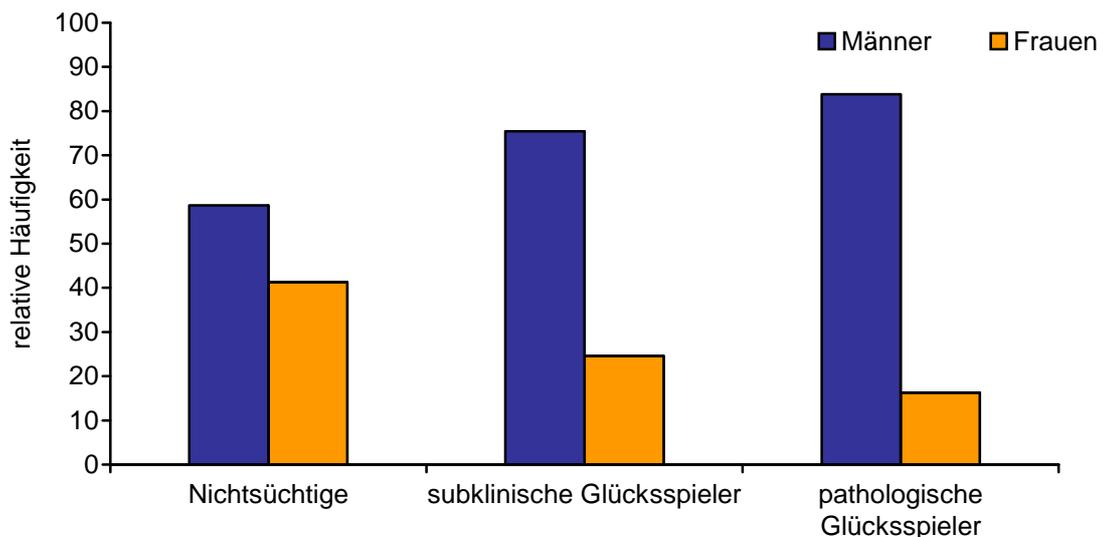


Abb. 5.4: Anteil der Frauen und Männer in den Gruppen der Nichtsüchtigen, der subklinischen und pathologischen Glücksspieler in %

Ein Vergleich der Nichtsüchtigen mit subklinischen und pathologischen Glücksspielern hinsichtlich einer Partnerschaft zeigt, dass die Mehrheit der Nichtsüchtigen (57%) in einer festen Partnerschaft lebt. In der Gruppe der pathologischen Glücksspieler waren es 36%. Eine Mittelstellung nehmen die subklinischen Glücksspieler ein (48% in fester Partnerschaft). In der Gruppe mit der stärksten Glücksspielproblematik, den pathologischen Glücksspielern, war der Anteil der Partnerlosen am höchsten (siehe Tabelle 5.4).

In der Gruppe der pathologischen Glücksspieler befanden sich mehr Personen ohne Schulabschluss oder lediglich mit Sonderschulabschluss als in der Gruppe der Nichtsüchtigen und subklinischen Glücksspieler. Dagegen waren es weniger Personen unter den pathologischen Glücksspielern im Vergleich zu den Nichtsüchtigen und subklinischen Glücksspielern, die angaben, einen „höheren“ Bildungsabschluss zu haben. Die Mehrheit aller Probanden hat die Schule mit einem mittleren Bildungsabschluss (Haupt- oder Realschulabschluss) verlassen (siehe Tabelle 5.4).

Unter den Nichtsüchtigen fanden sich 19% Arbeitslose. Der Anteil der Arbeitslosen unter den subklinischen Glücksspielern betrug fast 30%, in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler annähernd 40% (siehe Tabelle 5.4).

Fast 80% der pathologischen Glücksspieler erzielten ein monatliches Nettoeinkommen bis 1.000 Euro. Unter den Nichtsüchtigen erhielt circa 50% ein Einkommen bis 1.000 Euro, unter den subklinischen Glücksspielern waren es 60% (siehe Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4: Soziodemographische Daten im Gruppenvergleich

Variablen	Nichtsüchtige N=277	Subklinische Glücksspieler N=143	Pathologische Glücksspieler N=80
Alter in Jahren <i>M (SD)</i>	32,76 (11,94)	39,42 (14,48)	34,70 (10,39)
	<i>N (%)</i>		
Geschlecht			
männlich	162 (58,7)	107 (75,4)	67 (83,8)
weiblich	114 (41,3)	35 (24,6)	13 (16,3)
ohne Angabe	1	1	-
Familienstand			
ledig, ohne feste Partnerschaft	97 (35,0)	55 (39,0)	42 (52,5)
in fester Partnerschaft; zusammenlebend	132 (47,7)	61 (43,3)	26 (32,5)
in fester Partnerschaft; getrennt lebend	27 (9,7)	7 (5,0)	3 (3,8)
geschieden	18 (6,5)	17 (12,1)	9 (11,3)
verwitwet	3 (1,1)	1 (0,7)	-
ohne Angabe	-	2	-
Bildungsabschluss			
kein Abschluss	15 (5,4)	3 (2,1)	7 (8,8)
Sonderschulabschluss	1 (0,4)	8 (5,6)	4 (5,0)
Volks- oder Hauptschulabschluss	24 (8,7)	30 (21,0)	20 (25,0)
Realschulabschluss	112 (40,6)	57 (39,9)	38 (41,5)
allgemeine Hochschulreife	84 (30,4)	22 (15,4)	6 (7,5)
akademischer Abschluss	40 (14,5)	23 (16,1)	5 (6,3)
ohne Angabe	1	-	-
derzeitige überwiegende Tätigkeit			
arbeitslos	51 (18,7)	42 (29,4)	33 (41,3)
in Ausbildung	57 (20,9)	13 (9,1)	5 (6,3)
Arbeiter(in), Angestellte(r)	33 (12,1)	26 (18,2)	26 (32,5)
Beamte(r)	115 (42,1)	30 (21,0)	2 (2,5)
Selbständige(r)	5 (1,8)	13 (9,1)	9 (11,3)
Rentner(in), Schwerbeschädigte(r)	9 (3,3)	17 (11,9)	4 (5,0)
Hausfrau/ Hausmann	3 (1,1)	2 (1,4)	1 (1,3)
ohne Angabe	4	-	-
monatliches Nettoeinkommen			
bis 1.000 Euro	134 (48,9)	84 (58,7)	63 (78,8)
1.000 bis 2.000 Euro	86 (31,4)	31 (21,7)	11 (13,8)
2.000 bis 3.000 Euro	47 (17,2)	22 (15,4)	3 (3,8)
mehr als 3.000 Euro	7 (2,6)	6 (4,2)	3 (3,8)
ohne Angabe	3	-	-

5.4 Glücksspiellozierte Variablen im Gruppenvergleich

5.4.1 Allgemeine Glücksspieldaten

80% der Nichtsüchtigen haben mindestens einmal im Leben Glücksspiele gespielt. Beim ersten Ausprobieren von Glücksspielen waren sie im Durchschnitt 20 Jahre alt und begannen im Alter von 29 Jahren regelmäßig zu spielen. Nichtsüchtige gaben eine durchschnittliche Dauer des regelmäßigen Glücksspiels von sechs Jahren an (vor allem Lotto). Subklinische Glücksspieler waren beim ersten Glücksspielversuch ebenfalls 20 Jahre alt. Mit circa 23 Jahren spielten sie regelmäßig und über einen Zeitraum von 16 Jahren. Die pathologischen Glücksspieler waren zum Zeitpunkt des ersten Glücksspiels tendenziell jünger (durchschnittlich 17 Jahre alt) als Nichtsüchtige und subklinische Glücksspieler. Jedoch erreichte der Mittelwertsunterschied nicht die Signifikanzschwelle ($F(2;421) = 2,84; p < .07$). Pathologische Glücksspieler begannen in einem signifikant früheren Alter ($F(2;247) = 17,55; p < .001$) - mit 20 Jahren - regelmäßig zu spielen und haben zum Zeitpunkt der Datenerhebung circa 13 Jahre lang Glücksspiele in Anspruch genommen (siehe Tabelle 5.5).

Überwiegend waren es die Freunde (38% in der Gruppe der Nichtsüchtigen, 67% bei den subklinischen Glücksspielern und 88% bei den pathologischen Glücksspielern), die zu Glücksspielen motivierten, gefolgt von der Familie (31% bei den Nichtsüchtigen, 28% bei den subklinischen Glücksspielern beziehungsweise 24% bei den pathologischen Glücksspielern) (siehe Anhang: Tabelle 1).

Rund 7% der Nichtsüchtigen, 18% der subklinischen und 28% der pathologischen Glücksspieler nahmen privat Glücksspiele, als eine Form illegalen Glücksspielens, in Anspruch (siehe Anhang: Tabelle 1).

Unter den Nichtsüchtigen und subklinischen Glücksspielern war Lotto mit 44% bzw. 35% die am häufigsten ausgeführte Glücksspielform, gefolgt von Automatenspielen (11% bzw. 15%). Daran schlossen sich bei den subklinischen Glücksspielern Pferdewetten (13%) und Sportwetten (11%) an. Von den pathologischen Glücksspielern wurden am häufigsten Automatenspiele (28%), am zweithäufigsten Karten- und Würfelspielen (20%) in Anspruch genommen, (siehe Anhang: Tabelle 1).

An einem „normalen Spieltag“ verbrachte ein Nichtsüchtiger im Mittel zwei Stunden mit Glücksspielen und tätigte einen durchschnittlichen Einsatz von ungefähr 120 Euro. In der Gruppe der pathologischen Glücksspieler betrug dagegen die Spieldauer fünf Stunden und der durchschnittliche Einsatz fast 400 Euro. Die Angaben der subklinischen Glücksspieler (drei

Stunden Spieldauer, 100 Euro Spieleinsatz) bewegten sich zwischen denen der Nichtsüchtigen und der pathologischen Glücksspieler (siehe Tabelle 5.5). Zusammenfassend lässt sich beschreiben, dass pathologische Glücksspieler an einem Spieltag höhere Einsätze tätigten und signifikant länger spielten als Nichtsüchtige und subklinische Glücksspieler ($F(2;255) = 30,77; p < .001$). Signifikante Unterschiede bestanden ebenso in der Häufigkeit von Glücksspielen ($F(2;398) = 63,60; p < .001$). Nichtsüchtige spielten an circa drei Tagen im Monat, subklinische Glücksspieler an acht Tagen und pathologische Glücksspieler an 13 Tagen im Monat. Alle drei Gruppen unterschieden sich diesbezüglich signifikant voneinander.

Während 1% der Nichtsüchtigen angaben, Schulden aufgrund von Glücksspielen zu haben, waren es 4% der subklinischen und mehr als 40% der pathologischen Glücksspieler (siehe Anhang: Tabelle 1).

Tabelle 5.5: Glücksspielloassozierte Daten im Gruppenvergleich

Variablen	Nichtsüchtige N=277	Subklinische Glücksspieler N=143	Pathologische Glücksspieler N=80
	<i>M (SD)</i>		
Alter beim ersten Spielen	19,55 (9,17)	19,50 (9,44)	16,89 (5,95)
Alter beim Beginn des regelmäßigen Spielens	29,38 (11,34)	22,58 (8,87)	20,07 (6,59)
Glücksspieldauer (in Jahren)	6,36 (8,78)	15,83 (15,48)	13,32 (8,83)
an einem normalen „Spieltag“			
Spieldauer (in Stunden)	1,80 (1,80)	3,07 (2,32)	4,92 (2,35)
durchschnittlicher Einsatz (in Euro)	121,73 (698,67)	98,82 (363,30)	392,53 (1252,51)
maximale Einsatzhöhe (in Euro)	178,57 (766,06)	2.503,11 (17.899,80)	7.406,79 (35.898,46)
Häufigkeit von Glücksspielen (Tage/ Monat)	2,72 (4,78)	7,72 (7,64)	12,69 (9,48)

5.4.2 Einzelne Items des BIG

In die folgenden Berechnungen gingen lediglich die Gruppen der subklinischen und pathologischen Glücksspieler ein. Die Nichtsüchtigen wurden nicht eingeschlossen, da sie aufgrund der Definition kein Kriterium für pathologisches Glücksspiel erfüllen und folgende Items übereinstimmend verneinten.

I) Das Gefühl, abhängig zu sein

Schätzen sich Glücksspielsüchtige auch selbst süchtig ein? 14% der subklinischen Glücksspieler, die per definitionem noch nicht als süchtig klassifiziert werden, gaben an, das Gefühl zu haben, abhängig zu sein. 60% der pathologischen Glücksspieler - und damit signifikant mehr als die subklinischen Glücksspieler - schätzten sich glücksspielsüchtig ein ($\chi^2 (1) = 49,55; p < .001$) (siehe Abb. 5.5).

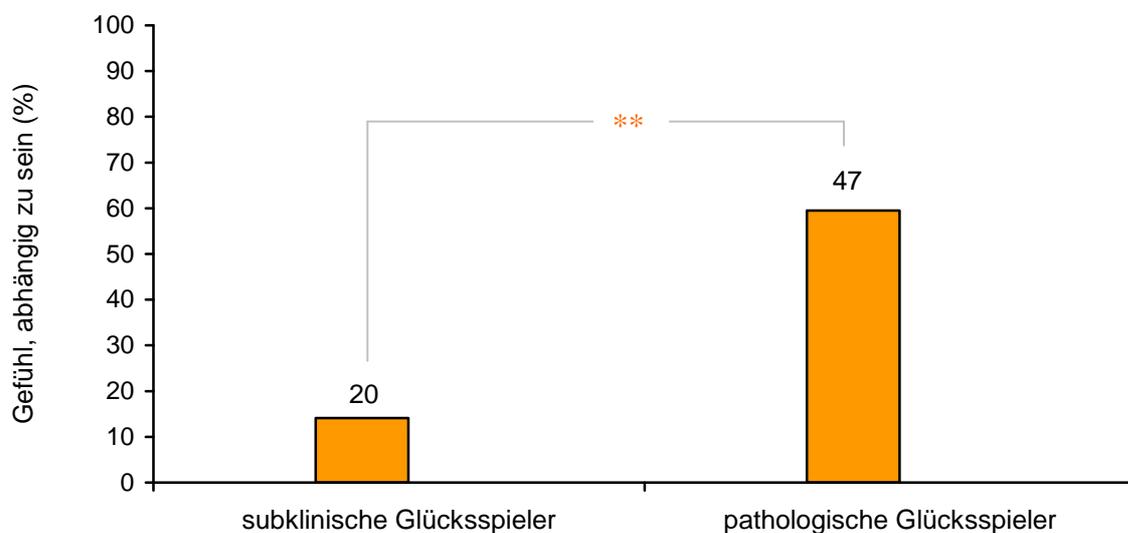


Abb. 5.5: Häufigkeit des erfüllten Kriteriums „Gefühl, abhängig zu sein“ bei subklinischen und pathologischen Glücksspielern in % (* $p < .05$; ** $p < .01$) (die Werte entsprechen ergänzend der absoluten Häufigkeit)

II) Selbstmordgedanken

13% der pathologischen Glücksspieler haben schon mindestens einmal darüber nachgedacht, sich aufgrund ihres Spielverhaltens und damit verbundener Probleme das Leben zu nehmen. Der Anteil liegt signifikant ($\chi^2 (1) = 12,42; p < .001$) über dem von subklinischen Glücksspielern, von denen 1,4% angaben, Selbstmordgedanken gehabt zu haben (siehe Abb. 5.6).

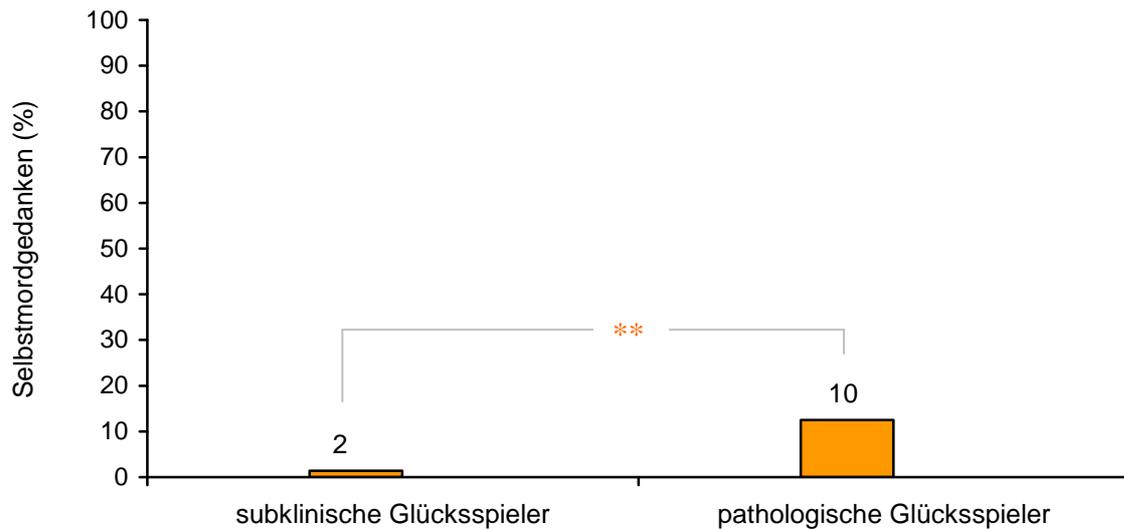


Abb.5.6: Anzahl der subklinischen und pathologischen Glücksspieler mit Selbstmordgedanken in % (* $p < .05$; ** $p < .01$) (die Werte entsprechen ergänzend der absoluten Häufigkeit)

III) Behandlungsnachfrage aufgrund des Glücksspielverhaltens

Insgesamt haben wenige Personen einen Arzt oder Therapeuten aufgrund ihres Glücksspielverhaltens aufgesucht. Es waren dennoch signifikant mehr pathologische (16,3%) als subklinische Glücksspieler (1,4%), die einen derartigen Schritt unternommen haben ($\chi^2 (1) = 17,89; p < .001$) (siehe Abb. 5.7).

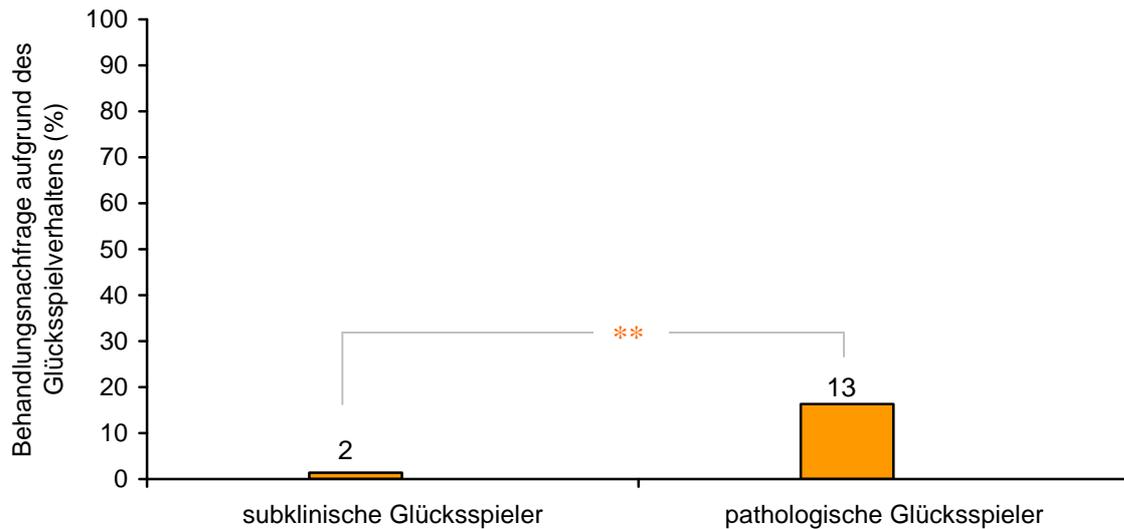


Abb. 5.7: Anzahl der subklinischen und pathologischen Glücksspieler mit Behandlungsnachfrage in % (* $p < .05$; ** $p < .01$) (die Werte entsprechen ergänzend der absoluten Häufigkeit)

5.4.3 Die Kriterien des BIG zum pathologischen Glücksspiel

In der pathologischen Glücksspielskala des Berliner Inventars zum Glücksspielverhalten (BIG-PGS) wurde von fast allen pathologischen Spielern (99%) das Item nach dem Hinterherjagen von Geldverlusten (Chasing) positiv beantwortet. Weiterhin wurden die Fragen nach erfolglosen Versuchen, das Spielen einzuschränken (Kontrollverlust; 89%), Lügen gegenüber Bezugspersonen über das Ausmaß des Spielens (86%) sowie einer Einsatzsteigerung im Sinne einer Toleranzentwicklung in Bezug auf Häufigkeit, Dauer und Geldeinsatz, um die gewünschte Wirkung zu erreichen (82%), häufig bejaht. Subklinische Glücksspieler nannten ebenso verstärkt das Phänomen des Chasing (80%). Einer Einsatzsteigerung stimmten 41% und Lügen gegenüber Bezugspersonen 39% zu. Deutliche Unterschiede zwischen subklinischen und pathologischen Glücksspielern hinsichtlich der Häufigkeit zutreffender Kriterien bestanden in erfolglosen Versuchen, das Spielen einzuschränken, in Gefährdungen des Arbeitsplatzes oder der Ausbildung durch das Spielen, in illegalen Handlungen, um das Spielen finanzieren zu können und im Eingommensein vom Glücksspiel (siehe Tabelle 5.6). Pathologische Glücksspieler stimmten diesen Kriterien stärker als subklinische Glücksspieler zu. Die Unterschiede der gesamten zehn Kriterien zwischen beiden Gruppen waren auf dem Niveau von .01 signifikant.

Tabelle 5.6: Anteil positiv bewerteter Items der diagnostischen Skala pathologisches Glücksspiel des Berliner Inventars zum Glücksspielverhalten (BIG-PGS) für subklinische (1-4 Kriterien) und pathologische Spieler (> 4 Kriterien) im Vergleich

Items des BIG-PGS		Subklinische Glücksspieler	Pathologische Glücksspieler	χ^2	df
1	Starkes Eingenommensein vom Glücksspiel	9,1%	67,5%	83,27	1
2	Einsatzsteigerung, um gewünschte Wirkung zu erreichen	41,1%	82,3%	34,77	1
3	Erfolglose Versuche, Spielen einzuschränken	18,9%	88,8%	101,66	1
4	Unruhe/ Gereiztheit bei Einschränkung/ Aufgabe des Spielens	0,7%	35,0%	53,35	1
5	Spielen, um Problemen zu entkommen/ dysphorische Stimmung zu erleichtern	3,5%	37,5%	44,83	1
6	Chasing	79,7%	98,8%	15,96	1
7	Lügen gegenüber Bezugspersonen über Ausmaß des Spielens	38,5%	86,3%	47,46	1
8	Illegale Handlungen, um Spielen zu finanzieren	11,2%	72,5%	86,98	1
9	Gefährdung des Arbeitsplatzes/ Ausbildung aufgrund des Spielens	7,0%	76,3%	113,39	1
10	Verlassen auf Geldbereitstellung durch andere	0,7%	32,5%	48,75	1

5.5. Zusammenhang zwischen Verlangen und Entzug und dem Ausmaß des Glücksspielverhaltens

5.5.1 Allgemeines Verlangen zu spielen

Die Gruppe der pathologischen Glücksspieler ($M = 6,58$; $SD = 2,30$) berichtet von einem signifikant stärkeren allgemeinen Verlangen nach Glücksspielen als Nichtsüchtige ($M = 0,29$; $SD = 0,71$) und subklinische Glücksspieler ($M = 3,04$; $SD = 2,73$). Ebenso sind die Mittelwertsunterschiede zwischen den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen signifikant ($F(2;202) = 109,25$; $p < .01$) (siehe Abb. 5.8).

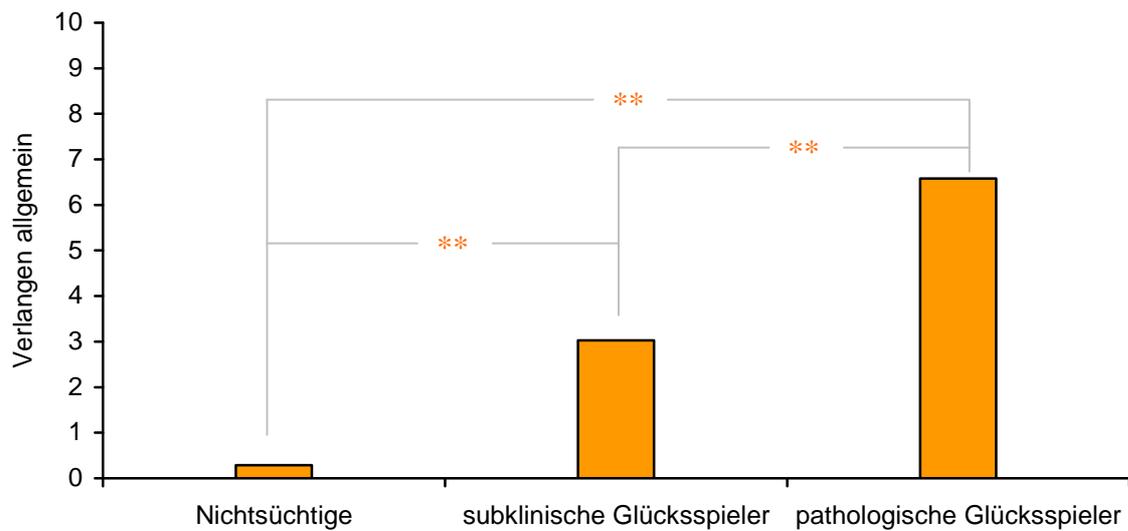


Abb. 5.8: Mittelwerte der Skala allgemeines Verlangen bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Die Hypothese, dass pathologische Glücksspieler allgemein ein stärkeres Verlangen aufweisen und sich diesbezüglich von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen unterscheiden, kann *angenommen* werden.

Zusammenhänge zwischen Verlangen und der Glücksspielhäufigkeit, der Spieldauer und der Einsatzhöhe

Es zeigt sich, dass das Verlangen zu spielen moderat mit der Häufigkeit des Glücksspielens ($r = .40$; $p < .01$) und der Spieldauer ($r = .42$; $p < .01$) korreliert ist. Dagegen besteht kein Zusammenhang zur durchschnittlichen Höhe des Spieleinsatzes ($r = .14$; *ns*).

5.5.2 Entzugserscheinungen

a) Stärke der Entzugserscheinungen

Die Stärke von Entzugserscheinungen nahm von den subklinischen ($M = 2,23$; $SD = 2,48$) zu den pathologischen Glücksspielern ($M = 5,62$; $SD = 2,15$) zu, während Nichtsüchtige ($M = 0,39$; $SD = 1,27$) von wenigen bis keinen Entzugserscheinungen berichteten. Die

Mittelwertsunterschiede waren zwischen allen drei Gruppen signifikant ($F(2;205) = 88,51$; $p < .01$) (siehe Abb. 5.9).

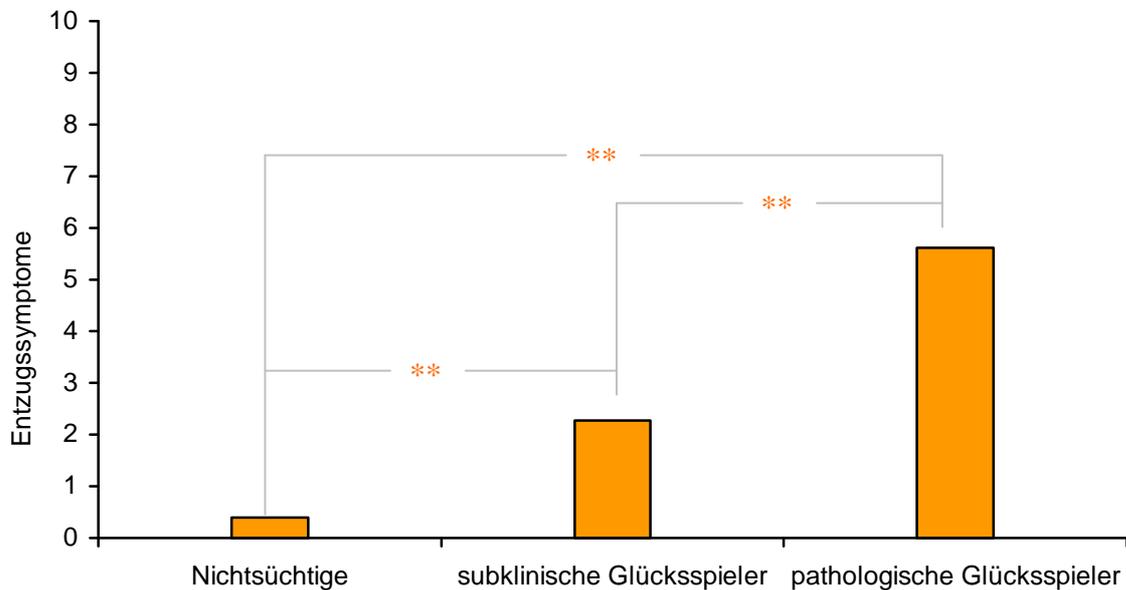


Abb. 5.9: Mittelwerte der Skala der Stärke von Entzugssymptomen bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Somit kann die Hypothese, dass bei pathologischen Glücksspielern stärkere Entzugerscheinungen als bei Nichtsüchtigen und subklinischen Glücksspielern auftreten, *angenommen* werden.

b) Erleichterung von Entzugerscheinungen durch Glücksspielen

Der Mittelwert für die Erwartung einer Erleichterung von Entzugerscheinungen durch Glücksspielen im Sinne eines negativ verstärkenden Effektes ist in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler am höchsten. Daran schließt sich die Gruppe der subklinischen Glücksspieler an. Die Unterschiede in den Mittelwerten zwischen den pathologischen ($M = 6,53$; $SD = 2,98$) und subklinischen Glücksspielern ($M = 2,66$; $SD = 3,09$) und den Nichtsüchtigen ($M = 0,17$; $SD = 0,67$) sind jeweils signifikant ($F(2;202) = 80,41$; $p < .01$) (siehe Abb. 5.10).

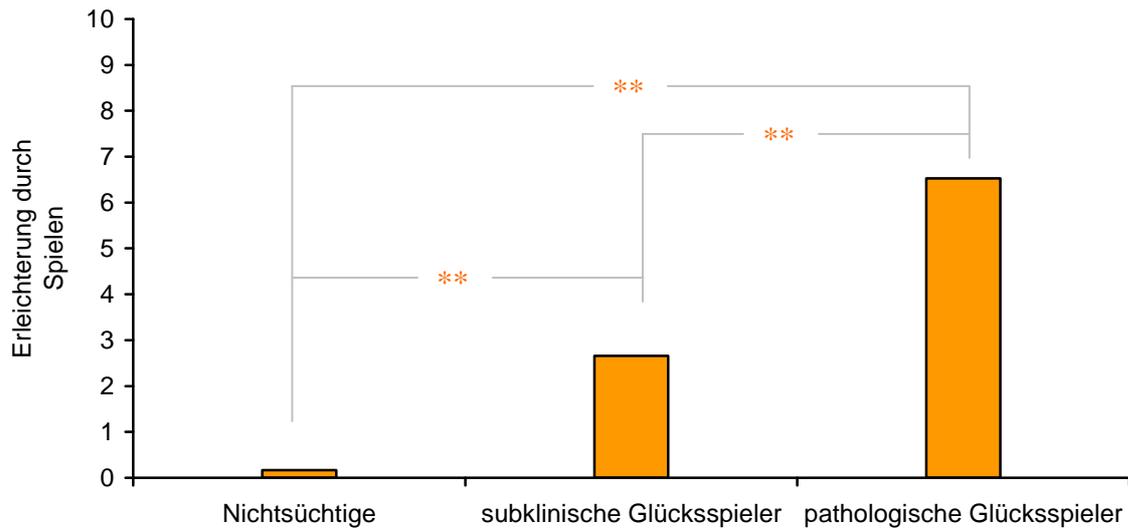


Abb. 5.10: Mittelwerte der Skala Erleichterung von Entzugserscheinungen durch Spielen bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Die Hypothese, dass pathologische Glücksspieler von einer stärkeren Erleichterung von Entzugserscheinungen durch Glücksspielen im Vergleich zu Nichtsüchtigen berichten, kann somit *angenommen* werden.

5.6 Die psychischen Variablen und körperlichen Beschwerden im Gruppenvergleich

In diesem Kapitel werden die Zusammenhänge zwischen den Variablen Depressivität, Ängstlichkeit, negativer und positiver Stressverarbeitung, Sensation Seeking sowie körperlichen Beschwerden und pathologischem Glücksspiel dargestellt.

5.6.1 Stressverarbeitung

Diese Hypothese widmet sich dem Einsatz positiver und negativer Stressverarbeitungsstrategien unter Belastung im Zusammenhang mit dem Ausmaß der Glücksspielproblematik. Die Erfassung erfolgte mittels des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF 120; Janke et al., 1997), der sich aus den zwei Subskalen „Positiv-“ und „Negativ-Strategien“ zusammensetzt.

a) positive Stressverarbeitungsstrategien

Pathologische Glücksspieler ($M = 13,63$; $SD = 3,88$) setzen mehr positive Stressverarbeitungsstrategien als subklinische Glücksspieler ($M = 11,94$; $SD = 5,06$) und Nichtsüchtige ($M = 11,93$; $SD = 3,56$) ein. Hierbei unterscheiden sich die pathologischen Glücksspieler signifikant von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen ($F(2;482) = 4,37$; $p < .05$). Demgegenüber ist der Mittelwertsunterschied zwischen den subklinischen Glücksspielern und den Nichtspielern marginal und nicht signifikant (siehe Abb. 5.11).

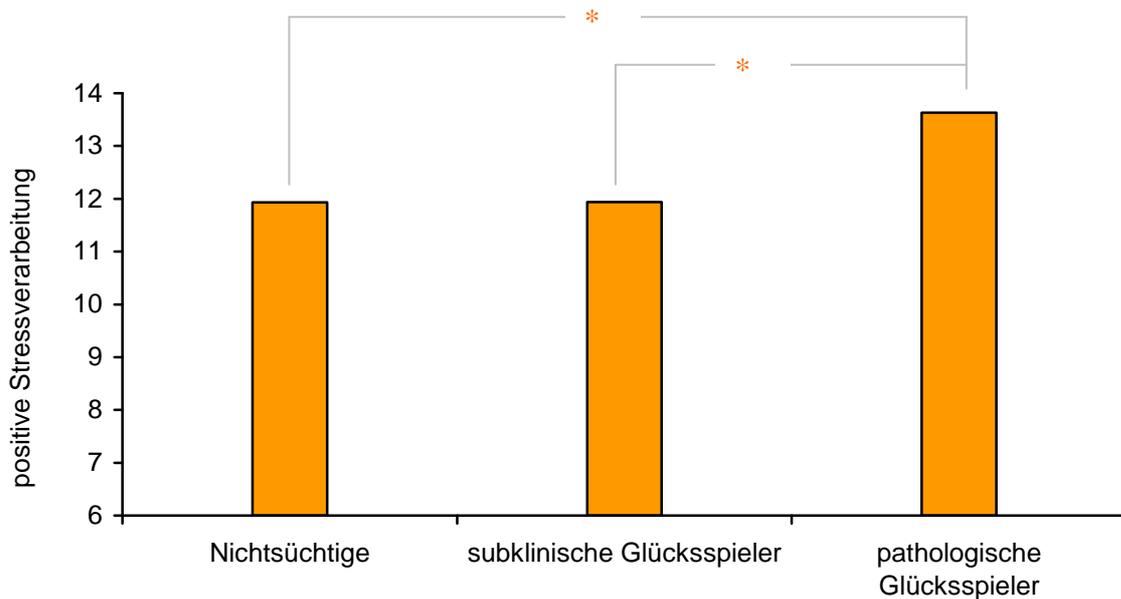


Abb. 5.11: Mittelwerte der positiven Stressverarbeitung aus der Skala SVF-120 bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Die Hypothese, dass pathologische Glücksspieler weniger positive Stressverarbeitungsstrategien einsetzen, muss hiermit *abgelehnt* werden.

b) negative Stressverarbeitungsstrategien

Wie erwartet, setzen pathologische Glücksspieler ($M = 11,65$; $SD = 4,65$) im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen vermehrt negative Stressverarbeitungsstrategien in belastenden Situationen ein. Sie unterscheiden sich im Mittelwert der Skala negative Stressverarbeitungsstrategien signifikant von den subklinischen Glücksspielern ($M = 7,83$; $SD = 4,44$) und den Nichtsüchtigen ($M = 7,41$; $SD = 4,47$; $F(2;485) = 27,47$;

$p < .01$). Zwischen den Nichtsüchtigen und den subklinischen Glücksspielern liegen keine signifikanten Unterschiede vor (siehe Abb. 5.12).

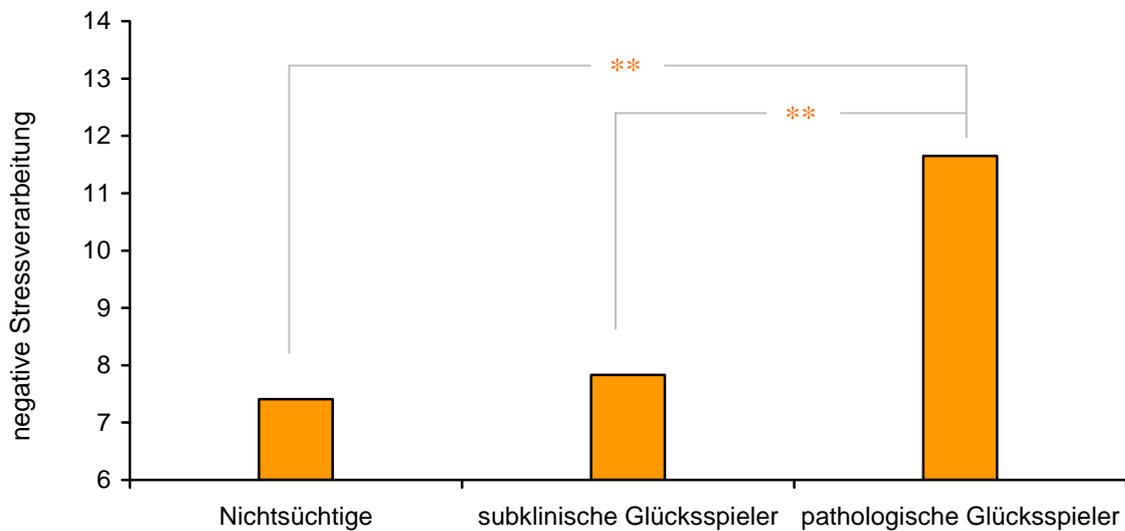


Abb. 5.12: Mittelwerte der negativen Stressverarbeitung aus der Skala SVF-120 bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Die Hypothese, dass pathologische Glücksspieler mehr negative Stressverarbeitungsstrategien einsetzen, kann somit *angenommen* werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass pathologische Glücksspieler sowohl mehr negative als auch mehr positive Stressverarbeitungsstrategien in Anspruch nehmen als subklinische Glücksspieler und Nichtsüchtige.

5.6.2 Depressivität

Das Ausmaß depressiver Symptome wurde mittels der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993) erhoben. Die Mittelwerte der ADS-K der Nichtsüchtigen ($M = 10,25$; $SD = 8,81$), der subklinischen ($M = 14,39$; $SD = 10,23$) und der pathologischen Glücksspieler ($M = 20,73$; $SD = 9,12$) unterscheiden sich jeweils signifikant voneinander ($F(2;452) = 38,25$; $p < .01$). Dabei entspricht ein größerer Wert auf der Allgemeinen Depressionsskala einem stärkeren Ausmaß depressiver Symptome.

Die Gruppe der pathologischen Glücksspieler weist die höchsten ADS-Werte auf, gefolgt von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen (siehe Abb. 5.13).

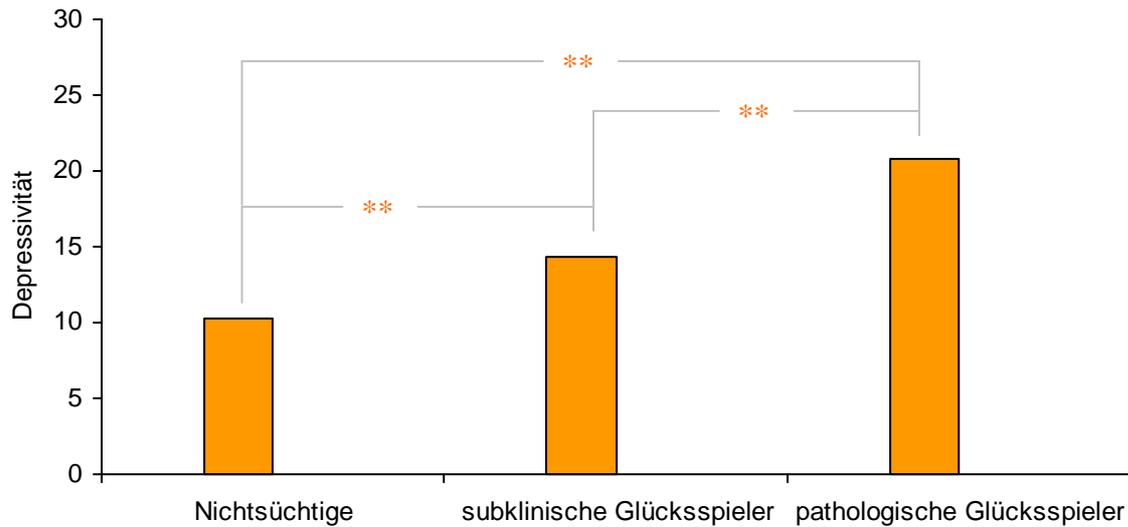


Abb. 5.13: Mittelwerte der Skala ADS-K bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Auf Grundlage dieser Ergebnisse kann die Hypothese, dass pathologische Glücksspieler eine signifikant stärkere Ausprägung depressiver Symptome als subklinische Glücksspieler und Nichtsüchtige aufweisen, *angenommen* werden.

5.6.3 Ängstlichkeit

Die Überprüfung der Hypothese, dass sich pathologische Glücksspieler von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen hinsichtlich der Ausprägung der Variable Ängstlichkeit unterscheiden, erfolgt, wie auch schon bei den vorgenannten Hypothesen, mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse. Der Vergleich der Mittelwerte des State-Trait-Angstinventars (STAI-G Form X2; Laux et al., 1981) der drei Gruppen zeigt signifikante Unterschiede. Ein höherer Wert im STAI-G deutet auf ein größeres Ausmaß an Ängstlichkeit hin.

Pathologische ($M = 51,39$; $SD = 10,85$) und subklinische Spieler ($M = 43,32$; $SD = 12,65$) sind signifikant ängstlicher als Nichtsüchtige ($M = 38,65$; $SD = 11,02$; $F(2;487) = 38,03$; $p < .01$). Eine Signifikanz hinsichtlich des Ausmaßes der Ängstlichkeit besteht ebenso zwischen pathologischen und subklinischen Glücksspielern (siehe Abb. 5.14).

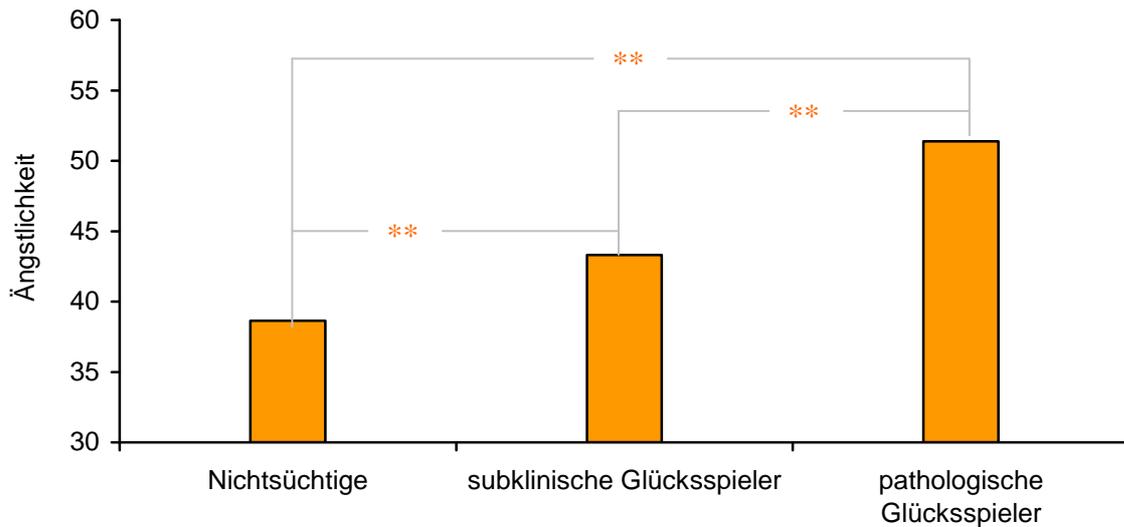


Abb. 5.14: Mittelwerte der Skala STAI bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Somit kann die Hypothese, die postuliert, dass pathologische Glücksspieler ängstlicher als Nichtsüchtige und subklinische Glücksspieler sind, *angenommen* werden.

5.6.4 Sensation Seeking

Sensation Seeking, das Bedürfnis nach neuartigen und intensiven Reizen, wurde mittels des Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS-d; Arnett, 1994) erfasst. Hierbei werden zwei Subskalen – Intensität und Neuigkeit - unterschieden.

a) Intensität

Die Ergebnisse zeigen, dass pathologische Glücksspieler ($M = 2,63$; $SD = 0,68$) signifikant höhere Werte auf der Skala *Intensität* als subklinische Glücksspieler ($M = 2,22$; $SD = 0,61$) und Nichtsüchtige ($M = 2,27$; $SD = 0,60$) erreichen ($F(2;486) = 12,28$; $p < .01$). Die Gruppe der subklinischen Glücksspieler unterscheidet sich von den Nichtsüchtigen nicht signifikant (siehe Abb. 5.15).

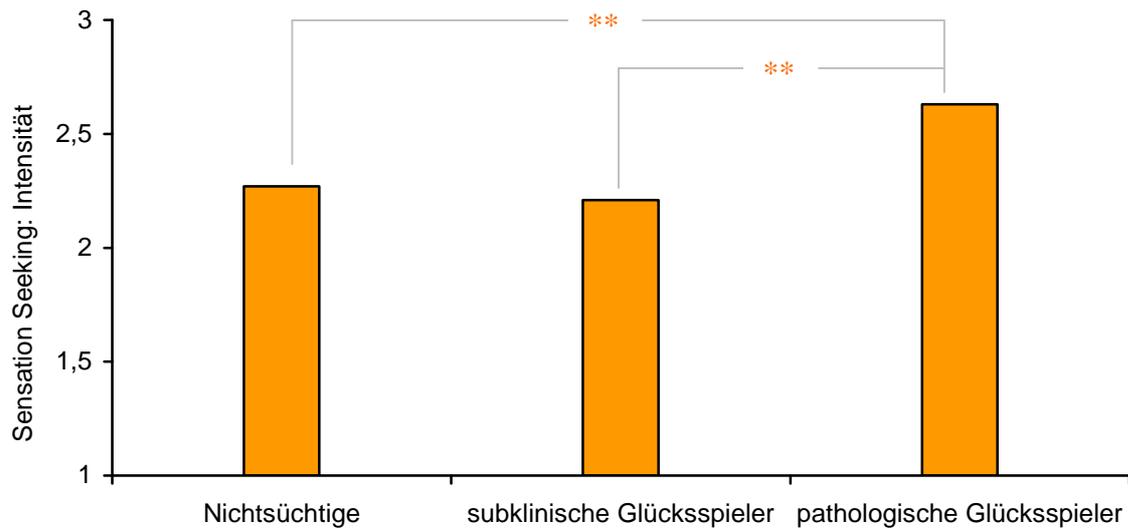


Abb. 5.15: Mittelwerte für Sensation Seeking der Skala Intensität des AISS-d bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

b) Neuigkeit

Die Skala *Neuigkeit* betreffend, liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Nichtsüchtigen ($M = 2,48$; $SD = 0,61$), subklinischen Glücksspielern ($M = 2,46$; $SD = 0,57$) und pathologischen Glücksspielern ($M = 2,65$; $SD = 0,61$) vor.

Aufgrund der α -Fehlerwahrscheinlichkeit $< .07$ kann von einer Tendenz ausgegangen werden. Der höchste Wert auf der Skala Neuigkeit wurde bei den pathologischen Glücksspielern erfasst. Nichtsüchtige und subklinische Glücksspieler zeigen ein geringeres Ausmaß. Beide letztgenannten Gruppen unterscheiden sich hierbei nicht voneinander (siehe Abb. 5.16).

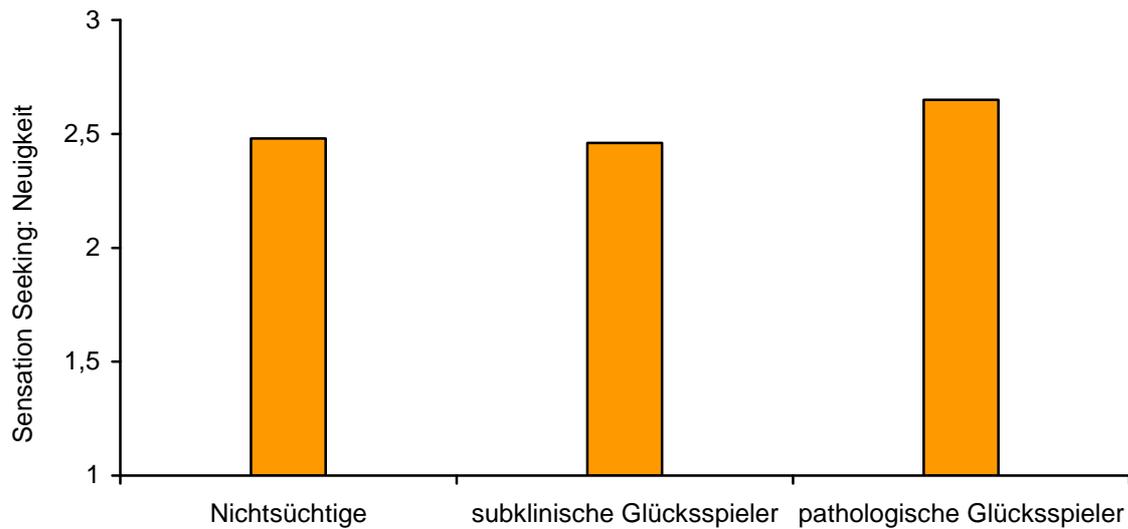


Abb. 5.16: Mittelwerte für Sensation Seeking der Skala Neuigkeit des AISS-d bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Die Ergebnisse zum Sensation Seeking hinsichtlich Intensität und Neuigkeit zeigen sich somit *hypothesenkonform*.

5.6.5 Körperliche Beschwerden

Der Vergleich der Mittelwerte aller drei Gruppen zeigt Unterschiede bezüglich des Faktors körperliche Beschwerden, der mit Hilfe der Beschwerdenliste (B-L¹; D. v. Zerssen, 1976) erhoben wurde. Signifikante Unterschiede bestehen jeweils zwischen den Nichtsüchtigen ($M = 15,00$; $SD = 10,48$), den subklinischen ($M = 20,26$; $SD = 14,15$) und den pathologischen Glücksspielern ($M = 24,80$; $SD = 12,87$; $F(2;488) = 23,11$; $p < .01$) (siehe Abb. 5.17).

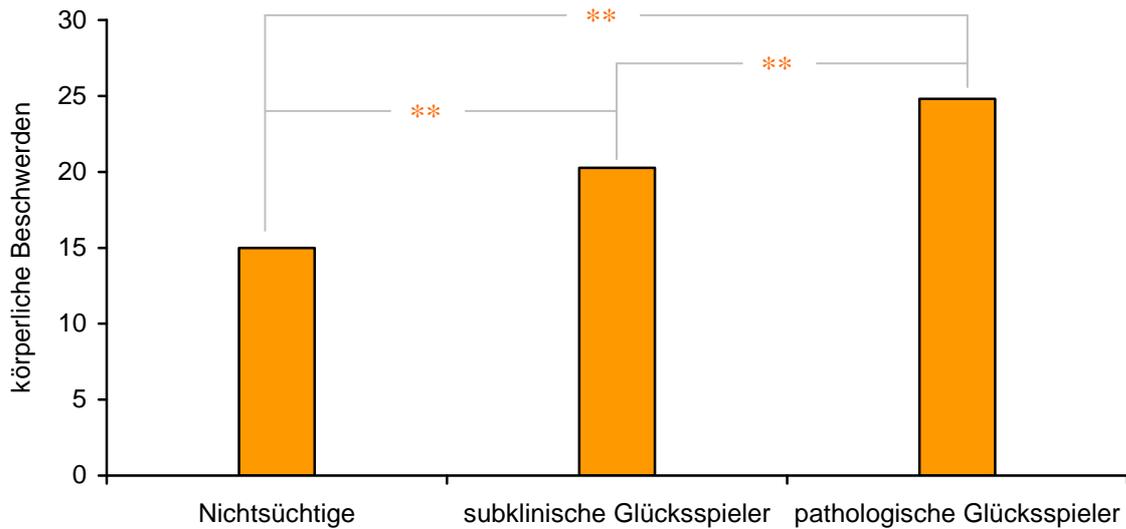


Abb. 5.17: Mittelwerte der Skala Beschwerdenliste bei Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern (* $p < .05$; ** $p < .01$)

Pathologische Glücksspieler berichteten über eine stärkere Beeinträchtigung des subjektiven Befindens durch körperliche und allgemeine Beschwerden als subklinische Glücksspieler und Nichtsüchtige. Damit kann die Hypothese *angenommen* werden.

5.7 Zusammenhänge zwischen den psychischen Variablen und dem Ausmaß des Glücksspielverhaltens

Es wurden die Zusammenhänge zwischen der Anzahl der erfüllten Kriterien für pathologisches Glücksspiel (ein bis vier bzw. mehr als fünf Kriterien) und dem Ausmaß depressiver Symptome, Ängstlichkeit, positiver und negativer Stressverarbeitungsstrategien, Sensation Seeking sowie körperlicher Beschwerden untersucht. Dabei kann festgestellt werden, dass zwischen dem Ausmaß der Glücksspielproblematik und den erhobenen psychischen Variablen signifikante Korrelationen bestehen (siehe Tabelle 5.7). In der Gesamtgruppe der problematischen Spieler (subklinische und pathologische Glücksspieler) sind Depressivität, Ängstlichkeit, positive und negative Stressverarbeitungsstrategien, Intensität der Sensation Seeking Skala sowie körperliche Beschwerden positiv mit dem Ausmaß der Glücksspielproblematik korreliert.

Betrachtet man die subklinischen und pathologischen Glücksspieler separat, so ist der Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und Ängstlichkeit, Depressivität sowie körperlichen Beschwerden stärker als bei subklinischem Glücksspiel. Die Korrelationen bei den pathologischen Glücksspielern sind hierbei moderat, während bei den subklinischen

Glücksspielern niedrige positive Zusammenhänge zu Depressivität, Ängstlichkeit, körperlichen Beschwerden und zusätzlich negativer Stressverarbeitung vorliegen. Zudem besteht eine negative Korrelation zwischen pathologischem Glücksspiel und der Skala Neuigkeit des Sensation Seekings (siehe Tabelle 5.7).

Tab. 5.7: Korrelationen der psychischen Variablen mit dem Ausmaß der Glücksspielproblematik bei subklinischen und pathologischen Glücksspielern gemeinsam sowie für beide Gruppen getrennt

Variablen	Subklinische und pathologische Glücksspieler	Subklinische Glücksspieler	Pathologische Glücksspieler
Depressivität	.40**	.29**	.34**
Ängstlichkeit	.42**	.26**	.47**
Negative Stressverarbeitung	.44**	.23**	.28*
Positive Stressverarbeitung	.15*	-.01	.02
Sensation Seeking: Intensität	.26**	-.01	.02
Sensation Seeking: Neuigkeit	.09	-.060	-.15
Körperliche Beschwerden	.30**	.28**	.44**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Aus den Korrelationsanalysen kann gefolgert werden, dass mit einer zunehmenden Entwicklung in ein abhängiges Glücksspielverhalten ebenso depressive Symptome, Ängstlichkeit, positive und negative Stressverarbeitungsstrategien, Intensität der Sensation Seeking Skala sowie körperliche Beschwerden zunehmen. Die Ergebnisse erlauben jedoch keine Aussagen über Ursache und Wirkung, also darüber, ob beispielsweise eine zunehmende Ängstlichkeit zu verstärktem Glücksspiel motiviert oder ob die Folgen exzessiven Glücksspiels zu einer vermehrten Ängstlichkeit führen.

6. Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war zum einen die Erfassung der Inanspruchnahme von Glücksspielen und die Ermittlung der Häufigkeit für pathologisches Glücksspiel innerhalb spezifischer Personengruppen (Haftinsassen, Gäste von Spielstätten, Beamte und Medizinstudenten), zum anderen die Eruiierung von psychosozialen Einflussfaktoren auf die Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens. Im Mittelpunkt stand hierbei die Untersuchung des Beziehungsgefüges zwischen Depressivität, Ängstlichkeit, Stressverarbeitung, „Sensation Seeking“ sowie körperlichen Beschwerden und dem Ausmaß des Glücksspielverhaltens.

Im Folgenden werden die Ergebnisse interpretiert, im Kontext vorhergehender Studien erörtert und hinsichtlich einer möglichen Übertragung des Stressverarbeitungsmodells aus der stoffgebundenen Suchtforschung auf das pathologische Glücksspielen diskutiert. Anschließend erfolgt ein Ausblick auf offene Fragen, mögliche weitere Untersuchungen und Implikationen für die ärztliche Tätigkeit.

6.1. Die Teilstichproben im Vergleich: glücksspielassoziierte Daten und Häufigkeit subklinischen und pathologischen Glücksspiels

In Übereinstimmung mit Studien aus anderen Ländern (Hollander et al., 2000; Ladouceur et al., 2005; Potenza et al., 2002; Welte et al., 2002) konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, dass Glücksspiele weit verbreitet sind. 90% der Gesamtstichprobe haben mindestens einmal Glücksspiele in Anspruch genommen. Hierbei unterscheiden sich die Teilstichproben kaum voneinander, ebenso wenig hinsichtlich des Alters, in dem zum ersten Mal Glücksspiele ausprobiert wurden, wobei vornehmlich bereits in der Adoleszenz die ersten Spielerfahrungen gesammelt wurden. Betrachtet man die weiteren erhobenen glücksspielassoziierten Daten, so werden Unterschiede zwischen den Beamten und Studenten einerseits und den Haftinsassen und Gästen von Spielstätten andererseits deutlich. Erwartungsgemäß spielte die überwiegende Mehrheit der Spielkunden und ebenso der Haftinsassen regelmäßig, dagegen ein bedeutend geringerer Anteil der Beamten und Studenten. Es wird vermutet, dass Beamte und Studenten eine Gruppe beruflich involvierter und sozial integrierter Personen darstellen, während dies bei den Haftinsassen weniger der Fall ist. Eingebundensein in ein gut funktionierendes soziales

System könnte ein Schutzfaktor gegen eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung darstellen, andererseits ist auch denkbar, dass Personen, die süchtig geworden sind, vorher durchaus sozial integriert waren und sich im Laufe der Suchtentwicklung aus diesem Bezugssystem gelöst haben.

Die Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Glücksspielen zeigen, dass die Gruppen der Haftinsassen und Spielkunden im Gegensatz zu den Beamten und Studenten bedeutend häufiger spielen. An einem „Spieltag“ verbringen sie mehr Zeit mit Glücksspielen und tätigen höhere Einsätze. Häufiges und langes Spielen sowie hohe Einsätze bedingen größere finanzielle Verluste. So befanden sich unter den Haftinsassen und Spielkunden auch mehr Personen mit glücksspielbedingten Schulden und einem weitaus höheren Gesamtbetrag an Schulden.

Analog zur Spielfrequenz, Einsatzhöhe sowie Häufigkeit und Höhe von Schulden sind die Zahlen zur Häufigkeit pathologischen Glücksspiels zu werten. So fanden sich unter den Medizinstudenten keine pathologischen Glücksspieler. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu der Studie von Lesieur et al. (1991), bei der Prävalenzen für Studenten ermittelt wurden, die dreimal höher lagen als in der Allgemeinbevölkerung. Anzumerken ist, dass diese Erhebung in den USA stattfand, in denen eine andere Glücksspielkultur herrscht und andere Glücksspielgesetze gelten. Daher sind die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Es wäre denkbar, dass in den USA wie auch in Kanada für Jugendliche ein leichter Zugang zu Glücksspielen besteht, der sukzessiv zu erhöhten Prävalenzzahlen geführt haben könnte. So ermittelten Hardoon, Gupta und Derevensky (2004) in Kanada erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeiten für pathologisches Glücksspiel bereits bei Jugendlichen der Klassenstufen 7 bis 13. Bislang fehlt es in Deutschland an Studien zur Prävalenz pathologischen Glücksspiels bei jüngeren Erwachsenen und insbesondere Studenten. Möglicherweise sind Studenten anderer Fachrichtungen stärker von der Problematik betroffen. Ebenso ist denkbar, dass ein festes Eingebundensein in den Universitätsalltag bei Medizinstudenten mit wenig freier Zeit zum Spielen einen protektiven Einfluss auf die Entwicklung süchtigen Glücksspielverhaltens ausüben könnte. Zum anderen könnte eventuell auch allgemein ein höheres Bildungsniveau mit einem damit verbundenen Verständnis von dem durch Wahrscheinlichkeitsgesetze bestimmten Glücksspiel dafür verantwortlich sein, weniger Interesse an Glücksspielen zu entwickeln. Eine weitere mögliche Erklärung ist, dass Studenten zu jung sind, um bereits ein pathologisches Glücksspielverhalten entwickelt zu haben. Bei einer Suchtentwicklung handelt es sich bekanntermaßen um einen Prozess, der mehrere Jahre in Anspruch nimmt (Grüsser & Thalemann, 2006) und Studenten, als eine junge Stichprobe, könnten sich erst am Anfang einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung befinden.

Die Auftretenshäufigkeit pathologischen Glücksspiels bei Beamten liegt mit 1,4% über der geschätzten Prävalenz für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland, entspricht jedoch den Prävalenzraten in den anderen europäischen Ländern (Meyer, 2007). Es wird angenommen, dass Beamte eine repräsentative, nicht-klinische Stichprobe darstellen, die hinsichtlich soziodemographischer Variablen und des Nutzungsverhaltens von Glücksspielen weitgehend der Normalbevölkerung entsprechen. Somit wäre die Prävalenz von 0,5% für Deutschland unterschätzt worden. Zudem wurde vermutet, dass Beamte und dabei vor allem die Polizisten, daran interessiert waren, derartige Informationen nicht nach „außen“ dringen zu lassen und daher im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet haben. Unter Berücksichtigung dieser Möglichkeit bei der Ermittlung der Häufigkeit kann von einer noch höheren Rate pathologischer Glücksspieler innerhalb der Gruppe der Beamten ausgegangen werden.

Im Gegensatz zu den Beamten und Studenten zeigten sich bei den Spielkunden deutlich höhere Raten sowohl subklinischer als auch pathologischer Glücksspieler. Es überrascht nicht, dass an Orten, an denen Glücksspiele angeboten werden, überproportional viele regelmäßige Glücksspieler anzutreffen sind. Entsprechend erhöht ist auch die Wahrscheinlichkeit für pathologisches Glücksspielen. Die Häufigkeit betrug hier 20%. Eine derartig hohe Auftretenshäufigkeit ließe sich durch die Art der Stichprobenrekrutierung erklären. Insbesondere Personen mit einer ausgeprägteren Glücksspielproblematik könnten eher bereit gewesen sein, die Fragebögen auszufüllen, um die Aufwandsentschädigung zu erhalten. Andererseits konnte beobachtet werden, dass einige Personen, die besonders häufig und lange z.B. in einem Sportwettbüro anzutreffen waren, sich nicht bereit erklärten, teilzunehmen und es damit begründeten „keine Zeit“ zu haben bzw. „zu beschäftigt“ zu sein.

Das hohe Vorkommen von Glücksspielsüchtigen in Spielbanken und Wettbüros macht deutlich, dass großer Schulungsbedarf bei Spielstättenbetreibern und dessen Personal zur Identifizierung von problematischen respektive pathologischen Spielverhaltens und zur Einleitung entsprechender Gegenmaßnahmen beispielsweise in Form von Beratungsangeboten besteht oder andererseits das pekuniäre Interesse größer ist. Sind es doch gerade die Spielsüchtigen, die häufiger, länger und mit höheren Einsätzen spielen und der Spielstätte somit zu größeren Einnahmen verhelfen.

Erhebungen zur Prävalenz unter Haftinsassen existieren in Deutschland bislang nicht. Es liegt hiermit die erste Studie vor, die die Auftretenshäufigkeit pathologischen Glücksspiels unter Gefängnisinsassen und hierbei insbesondere auch unter weiblichen Haftinsassen in Deutschland untersucht. Aus vorangegangenen Studien in den USA (Templer et al., 1993; Walters, 1997) und Neuseeland (Abbott & McKenna, 2005; Abbott et al., 2005) ist bekannt, dass sich in Gefängnispopulationen erhöhte Raten für pathologisches Glücksspiel zeigen. Während Walters (1997) eine Auftretenshäufigkeit von 5,2% ermittelte, betrug die Prävalenz in der Studie von Templer et al. (1993) 26%, bei Abbott et al. (2005) 16% unter männlichen Haftinsassen und bei Abbott & McKenna (2005) 25% unter weiblichen Haftinsassen. Diese Ergebnisse konnten mit der vorliegenden Studie repliziert werden. Das Vorkommen Glücksspielsüchtiger in Haftanstalten in Berlin und im Land Brandenburg war überraschend hoch und betrug 30% (31% bei den männlichen und 24% bei den weiblichen Haftinsassen). Haftinsassen stellen somit eine Risikogruppe für die Entwicklung süchtigen Glücksspielverhaltens dar. Kriminelles Verhalten geht oft mit risikofreudigem „Zocken“ sowie erhöhtem Alkohol- und Drogenkonsum einher.

Eine weitere Möglichkeit zur Erklärung des gehäuften Vorkommens pathologischer Glücksspieler in dieser Population besteht in der Annahme, dass exzessives Spielverhalten einen kriminogenen Faktor darstellt (Meyer & Stadler, 1999) und zu erhöhten Raten an Inhaftierungen führen kann. Beim pathologischen Glücksspiel handelt es sich um eine teure Suchtform (Kellermann, 2004) und delinquentes Verhalten ist in diesem Zusammenhang nicht ungewöhnlich (DSM-IV-Kriterium; Saß et al., 2003). Einige Spielsüchtige schaffen den Absprung und nehmen eine Behandlung in Anspruch. Demgegenüber könnten die pathologischen Glücksspieler in Justizvollzugsanstalten diejenigen sein, die diesen Schritt nicht unternommen, weiter gespielt und in der Folge eine schwerere Problematik entwickelt haben. Die negativen Auswirkungen der Sucht, wie illegale Geldbeschaffung aus Verzweiflung über finanzielle Verluste und der Druck, weiterspielen zu wollen, zeigen sich hier eventuell besonders deutlich. Diese Überlegungen werden unterstützt durch die Studie von Rosenthal und Lorenz (1992), die feststellten, dass Straftaten besonders in späten Stadien der pathologischen Glücksspielentwicklung begangen werden.

Es bleibt anzumerken, dass Haftinsassen möglicherweise erst in der Vollzugsanstalt angefangen haben, Glücksspiele auszuprobieren. Dem steht gegenüber, dass in den Anstalten selbst wenige Möglichkeiten zum Spielen (z.B. Kartenspiele, Sportwettscheine) existieren und Studien in Neuseeland gezeigt haben, dass nur ein geringer Anteil der Glücksspieler in der Anstalt spielt (Abbott & McKenna, 2005; Abbott et al., 2005). So ist eher denkbar, dass eine Inhaftierung für die Zeit des Einsitzens eine erzwungene Abstinenz bewirkt, die Sucht jedoch möglicherweise

nicht beseitigt. Weitere Studien, vor allem Längsschnittstudien, könnten zeigen, inwieweit eine unfreiwillige Abstinenz auch nach Entlassung aufrechterhalten werden kann oder ob das Glücksspielen unverändert fortgesetzt wird. Diese Ergebnisse könnten und sollten weitreichende Konsequenzen für den Strafvollzug hinsichtlich erforderlicher Screeningmaßnahmen und therapeutischer Interventionen mit sich bringen.

Bei dieser Studie handelt es sich um eine selektive Stichprobenauswahl. Somit erlauben die jeweiligen Daten zur Häufigkeit pathologischen Glücksspiels, mit Ausnahme der Gruppe der Beamten, keine universellen Aussagen für die Allgemeinbevölkerung und besitzen nur für die entsprechende Stichprobe Gültigkeit. Die Unterschiede zur Auftretenshäufigkeit zwischen den Teilstichproben erhärten die Vermutung, dass in bestimmten Populationen pathologisches Glücksspiel seltener, in anderen häufiger vorkommt. Diese Ergebnisse sollten in die Präventionsarbeit einfließen und ebenso dazu führen, in Risikopopulationen wie Haftinsassen und Gästen von Spielstätten auf mögliche Glücksspielprobleme zu achten, sie zu erkennen und Gegenmaßnahmen einzuleiten.

6.2 Nichtsüchtige, subklinische und pathologische Glücksspieler im Vergleich

Der zweite Teil der Studie hatte neben dem Vergleich von Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Glücksspielern hinsichtlich soziodemographischer und allgemeiner Glücksspieldaten die Analyse psychischer Variablen und spezifischer Abhängigkeitskriterien wie des Entzugs und Verlangens in Abhängigkeit vom Ausmaß der Glücksspielproblematik zum Untersuchungsgegenstand.

6.2.1 Soziodemographischer Vergleich

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob sich Nichtsüchtige, subklinische und pathologische Glücksspieler hinsichtlich soziodemographischer Variablen unterscheiden.

Glücksspiel galt bisher als Männerdomäne. Jedoch zeichnet sich derzeit ein Trend ab, wonach auch Frauen einen zunehmenden Anteil unter den Spielenden und Spielsüchtigen ausmachen (Martins et al., 2002; Ohtsuka et al., 1997). Bei der vorliegenden Untersuchung sind im Einklang mit vorausgehenden Studien (Cunningham-Williams & Cottler, 2001; Martins et al., 2002;

Volberg & Abbott, 1994) die Männer unter den subklinischen und pathologischen Glücksspielern insgesamt überrepräsentiert. So beträgt das Verhältnis der Männer zu den Frauen bei den subklinischen Glücksspielern 3:1, bzw. 5:1 in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler. Hierbei sollte Erwähnung finden, dass ein höherer Anteil an Männern in die Stichprobe eingeflossen ist. Unter Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Stichprobengröße ergibt sich dennoch eine 2,5fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Männer im Vergleich zu Frauen, glücksspielsüchtig zu sein.

Hinsichtlich weiterer soziodemographischer Faktoren lässt sich, in Übereinstimmung mit vorhergehenden Studien (Raylu & Oei, 2002), festhalten, dass glücksspielsüchtige Menschen weniger in festen Partnerschaften leben. Sie haben eher niedrigere oder keine Bildungsabschlüsse, sind eher arbeitslos und müssen eher mit einem geringen Einkommen von weniger als 1000 Euro zurechtkommen.

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den Kriterien für pathologisches Glücksspiel des DSM-IV. Darin heißt es, dass eine wichtige Beziehung, der Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren wurden.

Letztlich beantwortet diese Untersuchung jedoch nicht die Frage, ob es sich dabei tatsächlich um die Folgen der Glücksspielsucht handelt oder bereits im Vorfeld z.B. gestörte Beziehungen und Arbeitslosigkeit vorlagen. Unbestritten ist jedoch die Tatsache, dass exzessives Glücksspielen eventuell bestehende Probleme verstärkt und zu weiteren Schwierigkeiten in diversen Lebensbereichen führt (Meyer & Bachmann, 2000; Potenza et al., 2002). Um die Folgen exzessiven Glücksspielens und hierbei insbesondere die finanziellen Verluste, die oft mit starken Schamgefühlen einhergehen, zu verbergen, wird ein Lügengerüst konstruiert, welches auf Dauer den innerfamiliären Zusammenhalt erschüttert und nicht selten in Scheidungen bzw. Trennungen gipfelt (Meyer & Bachmann, 2000). Da die Glücksspielsucht eine „teure Suchtform“ darstellt (Kellermann, 2004) und mit dem verfügbaren Einkommen langfristig nicht zu finanzieren ist, bleiben Schulden nicht aus. Glücksspielsüchtige erweisen sich zwar hinsichtlich der Geldbeschaffung als äußerst kreativ und beharrlich, jedoch wächst der Schuldenberg kontinuierlich und kann bei Erschöpfung der eigenen finanziellen Ressourcen bei bestehendem Spieldruck zu illegaler Geldbeschaffung führen (Meyer & Bachmann, 2000; Saß et al., 2003).

6.2.2 Ein Vergleich hinsichtlich glücksspiellozozierter Variablen

Die Gruppen der Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Spieler unterscheiden sich ebenso hinsichtlich des Nutzungsverhaltens von Glücksspielen. Pathologische Glücksspieler sind im Vergleich zu den Nichtsüchtigen und den subklinischen Glücksspielern tendenziell jünger, wenn sie die ersten Spielerfahrungen sammeln und regelmäßig zu spielen beginnen. Ein Ausprobieren in jungen Jahren gilt, ebenso wie bei stoffgebundenen Süchten, allgemein als Risikofaktor für die Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens beziehungsweise von Drogenabhängigkeit (Burge, Pietrzak & Petry, 2006; Kähnert, 2006).

Mit der Zunahme der Glücksspielproblematik ändert sich erwartungsgemäß in gleicher Weise das Nutzungsmuster von Glücksspielen. Von den Nichtsüchtigen über die subklinischen zu den pathologischen Glücksspielern erhöht sich die Frequenz, in der Glücksspiele aufgesucht werden, die Spieldauer (in Stunden) als auch die durchschnittliche Einsatzhöhe. Aus der Spielfrequenz und der Einsatzhöhe ergibt sich die Häufigkeit von glücksspielbedingten Schulden. Wie bereits angedeutet, spielen Glücksspielsüchtige häufiger, länger und mit höheren Einsätzen. Daraus folgen stärkere finanzielle Verluste und im weiteren Verlauf nimmt damit die Wahrscheinlichkeit einer Verschuldung zu. Die Häufigkeit des Glücksspielens als auch die Frage nach Schulden aufgrund exzessiven Glücksspielens scheinen hierbei als diskriminierende Merkmale zwischen Nichtsüchtigen und Süchtigen zu fungieren. So spielen über 70% der pathologischen Glücksspieler mehr als vier Tage im Monat und länger als drei Stunden an einem Spieltag, aber nur 40% der subklinischen Glücksspieler und 20% der Nichtsüchtigen.

Die am häufigsten gespielte Glücksspielform in der Gruppe der Nichtsüchtigen ist Lotto. Es entsteht der Eindruck, dass Lottospielen als eine Gesellschaftsspielform mit einem geringen Suchtpotential verbunden ist, da es zwar von vielen Personen, insbesondere den Nichtsüchtigen, in Anspruch genommen, allerdings bedeutend weniger von den pathologischen Glücksspielern genannt wird. Anders verhält es sich dagegen mit Automatenspielen. Unter den pathologischen Glücksspielern rangieren Automatenspiele an erster Stelle, gefolgt von Karten- und Würfelspielen. Bei den subklinischen Glücksspielern werden die Automatenspiele an zweiter Stelle nach Lottospielen genannt. Zu diesen Ergebnissen ist anzumerken, dass der Ort der Rekrutierung bei der Stichprobe der Spielkunden einen Einfluss hierauf ausgeübt haben könnte. So wurden die Fragebögen in Sportwettbüros und im Automatenbereich der Spielbanken verteilt. Entsprechend häufig wurden dann auch diese Spielformen genannt. Während jedoch die Häufigkeit für Sport- und Pferdewetten zwischen den Gruppen ähnlich verteilt ist, werden Unterschiede in der Nutzung von Automatenspielen zwischen süchtigen und nichtsüchtigen

Spielern deutlich. So wird dieser Spielform auch ein hohes, Lotto dagegen ein geringes Suchtpotential zugeschrieben (Meyer, 2007).

Glücksspiele sind gemäß §284 StGB von staatlicher Seite verboten und es bedarf einer Genehmigung zur Durchführung von Glücksspielen. Die erhobenen Daten zeigen, dass häufig Karten- und Würfelspiele in privatem Rahmen in Anspruch genommen werden. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um Glücksspiele in illegaler Form handelt.

6.2.3 Subklinische und pathologische Glücksspieler unter der Lupe des BIG

Einzelne Items des BIG-Fragebogens und sämtliche Kriterien des DSM-IV für pathologisches Glücksspiel, die ebenso im genannten Instrument enthalten sind, wurden hinsichtlich ihres diagnostischen Wertes geprüft.

Übereinstimmend nannten subklinische und pathologische Glücksspieler das Phänomen des „Chasing“, also das Hinterherjagen von Verlusten, am häufigsten. Das Kriterium galt als erfüllt, wenn „manchmal“, „häufig“ oder „ständig“ angekreuzt wurde. Nach Gewinnen mag ein Verlust als besonderer Reiz wirken, sich das Geld durch weiteres Glücksspielen zurückzuholen. Während subklinische Glücksspieler weniger häufig hinterherjagen als die pathologischen Glücksspieler und sich bei mehrenden Verlusten vermutlich besser vom Spielen distanzieren können, mag das bei pathologischen Glücksspielern jedoch nicht mehr der Fall sein, was dann im Sinne eines Teufelskreises zu weiteren Verlusten führt. Diese Vermutung geht konform mit Beschreibungen des Verlaufs von „Spielerkarrieren“, nach denen zunehmend die Fähigkeit, das Glücksspiel zu unterbrechen oder zu beenden verloren geht (Meyer & Bachmann, 2000). Hinsichtlich des Festhaltens am „Chasing“ erscheint es sinnvoll, subklinische und pathologische Glücksspieler genauer zu untersuchen, um herauszufinden, ob Unterschiede diesbezüglich bestehen. Ebenso ist denkbar, dass „Chasing“ nicht bei allen glücksspielenden Personen anzutreffen ist. So wird angenommen, dass Glücksspielen bei Süchtigen vielfach nicht extrinsisch, wie z.B. über das Erzielen von Gewinnen motiviert ist, sondern automatisiert abläuft und Geld hierbei bedeutungslos erscheint. Dagegen könnte es einen Anteil unter den exzessiven Spielern oder bestimmte Zeitphasen geben, in denen Existenzängste durchaus zu einem Hinterherjagen von Verlusten führen, oder das Ziel, verlorenes Geld zurückzugewinnen, als Rechtfertigung für erneutes Glücksspielen verwendet wird. Die Frage ist auch, ob tatsächlich materiellen Dingen, wie dem Geld, eine derartige Bedeutung zukommt und ob es nicht vielmehr um das Hinterherjagen des angenehmen Gefühls beim Gewinnen geht und Verluste schnell

durch Gewinne vergessen gemacht werden sollen. Unter diesem Druck ist vorstellbar, dass das Spielverhalten aus der Hand gleiten kann.

Erfolgreiche Versuche, das Spielen zu kontrollieren, wurden von den pathologischen Glücksspielern am zweithäufigsten genannt. *Kontrollverlust* ist ein typisches Symptom einer Abhängigkeitserkrankung (DSM-IV, ICD-10) und fand sich wie erwartet besonders häufig unter Glücksspielsüchtigen und seltener unter den subklinischen Glücksspielern, von denen jedoch immerhin fast 20% dieses Item bejahten.

Hinsichtlich der Häufigkeit zutreffender Kriterien folgen dem „Chasing“ und Kontrollverlust Lügen gegenüber Bezugspersonen über das Ausmaß des Spielens sowie eine Toleranzentwicklung. Die vier genannten Merkmale sind diejenigen, welche am häufigsten sowohl von pathologischen als auch subklinischen Glücksspielern genannt wurden. Sie könnten einen Hinweis auf eine beginnende oder bereits bestehende Glücksspielproblematik liefern, erlauben jedoch, mit Ausnahme des Kontrollverlustphänomens, schwerlich eine Differenzierung zwischen süchtigem oder nicht süchtigem Spielverhalten.

Dafür scheinen folgende sechs Kriterien wie *Entzugerscheinungen*, Spielen, um *Problemen* zu *entkommen*, gedankliches *Eingenommensein* vom Glücksspiel, *Gefährdung des Arbeitsplatzes oder wichtiger Beziehungen*, *illegale Handlungen* zur Finanzierung des Spielens als auch der bereits erwähnte *Kontrollverlust* besser geeignet zu sein, wobei die genannten Kriterien von den pathologischen Spielern sehr häufig, von den subklinischen Spielern jedoch nur selten positiv beantwortet wurden. Es zeigte sich, dass diese Kriterien eine hohe Differenzierungsfähigkeit zwischen subklinischen und pathologischen Glücksspielern aufweisen und sich daher zur Diagnostik besonders anbieten.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Eingenommensein vom Glücksspiel als einem zentralen Kriterium pathologischen Glücksspiels im DSM-IV zu. Das Leben der süchtigen Personen scheint sich stärker um das Spielen zu drehen, als dies bei subklinischen Spielern der Fall ist. Sie sind häufiger am Tage mit dem Thema Glücksspiel beschäftigt. Dabei kreisen die Gedanken zum einen um das Spielen und Ausklügeln von Spielsystemen an sich, zum anderen um Geldbeschaffungsstrategien sowie Geheimhalten von Spielproblemen. Ein starkes Eingenommensein von einem Verhalten ist ein primäres gemeinsames Merkmal aller Abhängigkeitserkrankungen (DSM-IV). Inwieweit es hierbei Überschneidungen mit dem Konzept des Verlangens (oder Craving) der stoffgebundenen Abhängigkeiten gibt, bleibt in weiteren Studien noch zu klären.

Weiterhin werden im DSM-IV unter anderem Entzugssymptome bei Aufgabe und Einschränkung des Glücksspielverhaltens sowie Kontrollverlust als zentrale Merkmale

pathologischen Glücksspiels genannt. Diese Merkmale sind ebenso bei einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung anzutreffen und deuten auf eine weitere Parallelität beider Störungsbilder hin.

Das Glücksspiel scheint den Vorrang vor anderen wichtigen Verpflichtungen oder Interessen im Leben zu bekommen und so werden selbst der Arbeitsplatz oder die Beziehungen zum Partner und zu Freunden sprichwörtlich „aufs Spiel gesetzt“. Wird der Druck zu spielen übermäßig, obwohl die finanziellen Ressourcen ausgeschöpft sind, werden häufig illegale Handlungen mit der Intention, Geld für das Spielen zu erhalten, ausgeführt.

Unabhängig von den DSM-IV Kriterien wurden weitere Merkmale auf ihre Unterscheidungskraft zwischen süchtigem und nicht-süchtigem Spielverhalten untersucht.

Die Mehrheit der süchtigen Spieler gab an, das Gefühl zu haben, abhängig zu sein. Dieses Ergebnis überraschte, weist jedoch auf eine hohe Übereinstimmung zwischen dem diagnostischen Instrument und der direkten Frage hin. Erstaunlich ist hierbei, dass pathologische Glücksspieler ihre Erkrankung durchaus als eine Sucht wahrnehmen und einordnen. Dennoch bleibt anzumerken, dass es sich bei dieser Fragebogenerhebung um ein Selbstbeurteilungsverfahren handelt und keine zusätzliche Fremdeinschätzung erfolgte.

In Übereinstimmung mit Studien (Hollander et al., 2000; Maccallum & Blaszczynski, 2003; Raylu & Oei, 2002), die eine erhöhte Suizidalität bei Spielsüchtigen belegen, ergab auch diese Untersuchung, dass Selbstmordgedanken, die in Verbindung mit Glücksspielproblemen auftreten, unter pathologischen Glücksspielern mit 13% häufig sind. Die Rate unter den subklinischen Glücksspielern dagegen ist mit 1,4% vergleichsweise gering. Das Ergebnis fordert auf, im Rahmen von diagnostischen Verfahren und Beratungsangeboten, in jedem Falle eine mögliche Suizidalität zu erfragen. Der relativ hohe Anteil an Glücksspielsüchtigen mit Selbstmordgedanken aufgrund assoziierter Probleme und die hohe Rate an Suizidversuchen mit 17% (Petry & Kiluk, 2002), die ähnlich hoch ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen wie z.B. Depression (Maris, Berman, Maltzberger & Yufit, 1992), belegen, dass es sich hierbei um eine ernstzunehmende Störung handelt, die Aufmerksamkeit erfahren sollte. Es ist denkbar, dass die Probleme, die durch exzessives Glücksspielen entstanden sind, übermäßig quälend empfunden werden und in Folge zu dem Gedanken an Suizid als möglichen Ausweg führen.

Im Vergleich zum Anteil der Glücksspielsüchtigen, die das Gefühl hatten, „abhängig zu sein“, war die Rate derer, die bisher eine Behandlung aufgrund der Spielproblematik aufgesucht haben, gering. Vernachlässigbar niedrig war hierbei der Anteil der subklinischen Glücksspieler. Es

bleibt die Frage zu klären, warum sich nur wenige Betroffene zu einem Arzt oder Therapeuten begeben und vor allem, welche Gründe davon abhalten, diesen Schritt zu unternehmen. In der Literatur (Hollander et al., 2000; Meyer & Bachmann, 2000) oder in Gesprächen mit Glücksspielsüchtigen kann man erfahren, dass Spieler ihre Probleme lange verdrängen und nicht wahrhaben wollen. Sie sind der Meinung, alles unter Kontrolle zu haben und mit dem „big win“ alle Schulden sowie Probleme beseitigen zu können. Jegliche Hilfe wird abgelehnt. Erst wenn die Folgen zu einer tiefen Krise geführt haben, sieht sich ein Teil der Süchtigen bereit, erste Behandlungsschritte einzuleiten. Eine mögliche Erklärung wäre auch, dass eine Glücksspielsucht mit enormen Scham- und Schuldgefühlen verbunden ist. Es konnte vielfach beobachtet werden, dass Spieler ein Lügengeflecht weben, um ihre „Leidenschaft“ vor Angehörigen geheim zu halten. Selbst vor Gericht wird oftmals noch versucht, eine Glücksspielsucht als Grund für delinquentes Verhalten zu verbergen (Fechner, 2001). Die in dieser Studie gefundenen niedrigen Raten von Spielsüchtigen, die eine Therapie aufsuchen, stehen möglicherweise im Zusammenhang mit dem Ort der Rekrutierung. Könnten es doch gerade die Personen ohne Behandlung sein, bei denen die Sucht zur Inhaftierung geführt hat. Es ist denkbar, dass ein rechtzeitiger Absprung Spieler vor derartigen Folgen bewahren hilft.

Aufgrund der schweren negativen Folgen, die die Spielsucht für die Betroffenen haben kann, sollten Bemühungen in Richtung eines rechtzeitigen Erkennens unternommen werden. Ebenso wie Angaben zum Nikotin- und Alkoholkonsum von ärztlicher Seite eingefordert werden, sollte die Frage nach den Spielgewohnheiten nicht fehlen. Es erscheint erstrebenswert, gezielte Items auf Aufnahmebögen in Allgemeinarztpraxen zu integrieren. Zum Beispiel sind hierzu die Fragen, ob Glücksspiele in Anspruch genommen werden und wenn ja, wie häufig und wie lange, sinnvoll und ermöglichen einen ersten Eindruck über eine eventuell vorliegende Problematik. Wer mehr als einmal pro Woche und mehr als drei Stunden an einem Tag spielt, sollte dann genauer untersucht werden. Zusätzlich scheinen Angaben nach einem möglichen Kontrollverlust über das Glücksspielverhalten, eine Steigerung von Spieldauer und Einsatzhöhe sowie existierende Schulden diagnostisch relevant.

6.3 Diskussion der hypothesengeleiteten Ergebnisse

6.3.1 Verlangen und Entzug

Verlangen und Entzug sind typische Merkmale einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung (DSM-IV, ICD-10) und wurden hinsichtlich ihres Auftretens beim pathologischen Glücksspiel als einer stoffungebundenen Suchtform untersucht. Das Antwortverhalten der Probanden im BIG zeigt konform zu den Hypothesen, dass subklinische und pathologische Glücksspieler ein stärkeres Verlangen im Sinne eines Wunsches oder Bedürfnisses, Glücksspiele zu spielen, sowie stärkere Entzugserscheinungen, wenn sie am Spielen gehindert werden, angeben als Nichtsüchtige. Mit dem Anwachsen der Spielproblematik verstärken sich das Verlangen sowie Entzugserscheinungen, so dass auch Unterschiede zwischen den pathologischen und subklinischen Glücksspielern hinsichtlich der Ausprägung deutlich wurden. Während subklinische Glücksspieler durchaus noch in der Lage sind, sich bei mehrfachen Verlusten vom Spielen zu distanzieren, erscheint das für Glücksspielsüchtige deutlich schwieriger zu sein. Massives Verlangen nach Glücksspielen sowie unangenehme Erscheinungen wie z.B. Nervosität und Gereiztheit lassen nur durch erneutes Glücksspielen nach und erhöhen somit die Wahrscheinlichkeit für die Aufrechterhaltung dieses Verhaltens.

Die Kriterien des DSM-IV zum pathologischen Glücksspiel erfassen bislang nicht das Verlangen. Das Konstrukt des Verlangens, das zur Fortsetzung des Suchtverhaltens bzw. zu Rückfällen auch nach bereits längerer Abstinenzzeit führen kann, stellt ein wesentliches Kriterium für das Abhängigkeitsgeschehen dar. Die Tatsache, dass Glücksspielsüchtige in Analogie zu stoffgebundener Abhängigkeit von einem subjektiven Verlangen berichten, wirft die Frage auf, inwieweit die Beurteilung pathologischen Glücksspiels noch stärker an den stoffgebundenen Abhängigkeitskriterien orientiert werden sollte. Das Vorkommen von Verlangen und Entzug bei pathologischen Glücksspielern erhärtet die Forderung, diese Störung als Abhängigkeitserkrankung aufzufassen und entsprechend zu operationalisieren.

6.3.2 Psychische Variablen und körperliche Beschwerden

Pathologische Glücksspieler zeigen im Vergleich zu den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen erhöhte Ängstlichkeits- und Depressionswerte als auch ein höheres Ausmaß körperlicher Beschwerden. In belastenden Situationen nehmen sie sowohl mehr negative als auch mehr positive Stressverarbeitungsstrategien in Anspruch. Hinsichtlich des Persönlichkeitsmerkmals des Sensation Seekings unterscheiden sich pathologische Glücksspieler von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen in Bezug auf das Bedürfnis nach intensiver Sinnesstimulation, jedoch nicht in Bezug auf Offenheit und Aufgeschlossenheit für neuartige Stimulationen und Erfahrungen.

Korrelationsanalysen zwischen Depressivität, Ängstlichkeit, Stressverarbeitungsstrategien, Intensität der Sensation Seeking Skala sowie körperlicher Beschwerden und der Schwere der Glücksspielproblematik zeigen positive Zusammenhänge. Je stärker die Ausprägungen der erhobenen Variablen, umso schwerer die Glücksspielproblematik und vice versa. Die Richtung von Ursache und Folge lässt sich hierbei jedoch nicht ableiten. Hierzu wären Längsschnittstudien vonnöten.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf erhebliche Defizite im lösungsorientierten Umgang mit Stress und negativen Emotionen bei exzessiven Glücksspielern hin und sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

Depressivität und Ängstlichkeit

Dass abhängige Glücksspieler depressiver und ängstlicher als gesunde Kontrollprobanden sind, wurde bereits mehrfach in der Literatur beschrieben (Kennedy et al., 2005; Kim et al., 2006; Pietrzak et al., 2007). Mit der Untersuchung konnten diese Ergebnisse zum einen repliziert werden. Zum anderen konnte gezeigt werden, dass von den Nichtsüchtigen über die subklinischen zu den pathologischen Glücksspielern, also mit der Verschärfung der Glücksspielproblematik, der Grad an Depressivität und Ängstlichkeit in einem signifikanten Maße steigt. Das heißt, dass pathologische Glücksspieler häufiger depressive Symptome zeigten und ängstlicher waren als Nichtsüchtige sowie subklinische Glücksspieler und dass bereits Spieler mit glücksspielbedingten Problemen, die nicht die nötigen fünf Kriterien einer Glücksspielsucht erfüllen, sowohl depressiver als auch ängstlicher waren als nichtsüchtige Personen.

Bei den Glücksspielsüchtigen konnte festgestellt werden, dass im Mittel die Summenwerte des psychometrischen Instrumentes zur Erfassung einer depressiven Symptomatik deutlich über dem

kritischen Wert lagen und damit einen Hinweis auf das wahrscheinliche Vorliegen einer klinischen Depression geben. Diese Diagnose kann zwar erst nach eingehender Untersuchung gestellt werden, ist jedoch bei einem derartig hohen Wert mit großer Wahrscheinlichkeit anzutreffen.

Die Resultate dieser Untersuchung lassen einen Zusammenhang zwischen Depression und Ängstlichkeit sowie pathologischem Glücksspiel vermuten. Allerdings bleibt auch im Rahmen dieser Studie ungeklärt, ob die erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit der subklinischen und pathologischen Glücksspieler im Sinne einer entsprechenden Prädisposition bereits vor der Suchtentwicklung vorhanden waren und eine Motivation geschaffen haben, durch Glücksspiel diesen Gefühlen zu entkommen, oder auf aufgetretene negative Folgen exzessiven Glücksspiels (z.B. Schulden, Arbeitsplatzverlust, Trennung vom Partner, Scham- und Schuldgefühle) zurückzuführen sind. Beide Erklärungen sind denkbar und schließen einander nicht notwendigerweise aus. Zum einen kann die Erfahrung, mit Glücksspielen negative Stimmungszustände zumindest kurzfristig beseitigen zu können, zu weiterem Spielen motivieren und andererseits können die negativen Folgen exzessiven Spielens auch zu einer Verstärkung oder zu einem Neuaufreten von Depressionen oder Angststörungen führen.

Körperliche Beschwerden

Nichtsüchtige, subklinische und pathologische Glücksspieler wurden hinsichtlich einer Beeinträchtigung des subjektiven Befindens durch körperliche (z.B. Gelenkschmerzen, Verstopfung, Kopfschmerzen) und allgemeine Beschwerden (z.B. Müdigkeit, innere Gespanntheit) befragt. Alle drei Gruppen unterschieden sich diesbezüglich signifikant voneinander, wobei die Häufigkeit und Stärke der Beschwerden mit Anwachsen der Glücksspielproblematik zunahm. So berichteten pathologische Glücksspieler am stärksten von einer Beeinträchtigung ihres physischen Zustandes. Dieses Ergebnis deckt sich einerseits mit vorhergehenden Studien (Morasco et al., 2006; Pasternak & Fleming, 2007). Andererseits könnte man bei dieser Gruppe auch vermuten, dass derartige Symptome verleugnet oder gar nicht wahrgenommen werden und eigentlich erst eine klinische Untersuchung Störungen aufdecken würde. Offensichtlich werden jedoch Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes bemerkt. Inwieweit diese in einem ursächlichen Zusammenhang zum Glücksspiel stehen, bleibt noch genauer zu klären.

Unter den pathologischen Glücksspielern befindet sich ein hoher Anteil von Haftinsassen, die möglicherweise generell stärker körperliche Beschwerden wahrnehmen sowie häufiger zu Somatisierungen neigen als dies außerhalb von Vollzugsanstalten der Fall wäre. Enge Räume,

viel Zeit, um sich mit sich selbst zu beschäftigen, können dafür sorgen, dass kleine Abweichungen vom gewohnten körperlichen Zustand als solche festgestellt werden und diesen eine stärkere Bedeutung beigemessen wird. Dennoch ist die Frage interessant, inwieweit ein exzessives Glücksspielen schädliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben kann. Bei der Antwortfindung helfen ein paar Besuche in Spielstätten. Hier zeigt sich, dass die Nikotinbelastung deutlich erhöht ist und somit ein gesundheitliches Risiko darstellt (Morasco et al., 2006; Potenza & Griffiths, 2004). Spielbanken und Sportwettbüros sind durch künstliches Licht, flackernde Bildschirme sowie unzählige Licht- und Tonsignale gekennzeichnet. Hinzu kommt der Stress durch das Spielen selbst, der mit messbaren Blutdruck- und Herzfrequenzerhöhungen als Zeichen einer autonomen Erregung einhergeht (Meyer et al., 2000; Potenza et al. 2002, Morasco et al., 2006). Zudem wird zum Teil tagelang gespielt, ohne zu schlafen und zu essen (Rosenthal & Lorenz, 1992) und sich ausreichend zu bewegen. Beim Glücksspielen handelt es sich überwiegend um eine inaktive Beschäftigungsform, die zu einem inaktiven Lebensstil führen kann (Morasco et al., 2006). Dass das Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben kann, ist verständlich, umso mehr, je häufiger und länger gespielt wird. So kommen beispielsweise Frauen mit Harnwegsinfektionen in die ärztliche Sprechstunde, die stundenlang gespielt haben, ohne die Toilette zu besuchen (Pasternak & Fleming, 2007). Besonders häufig werden unter anderem Verstopfung, Herzklopfen, Appetitlosigkeit sowie Gleichgewichtsstörungen als auch Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit angegeben; also Symptome, die in Verbindung mit Stress durch das Glücksspielen selbst als auch seiner Folgen, wie finanzielle Verluste, stehen können. Ein schlechter Gesundheitszustand bedeutet natürlich auch eine stärkere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit erhöhter Kosten für das Gesundheitssystem (Griffiths, 2001; Morasco et al., 2006). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Spielgesetzgebung kritisch zu hinterfragen und weitere Änderungen zum Schutze der Spieler zu unternehmen.

Stressverarbeitung

Bei Auswertung der Daten zum Einsatz von Stressverarbeitungsstrategien in Abhängigkeit vom Ausmaß der Glücksspielproblematik zeigten sich überraschende Ergebnisse. Ausgehend von der Annahme, dass Glücksspielen im Sinne einer wirksamen, jedoch inadäquaten Stressbewältigungsstrategie fungiert, wurde postuliert, dass mit Zunahme der Spielproblematik verstärkt negative (wie soziale Abkapselung, Resignation und Selbstbeschuldigung) und dagegen vermindert positive Strategien (wie Selbstbestätigung, Entspannung und Reaktionskontrolle) zur Problemlösung in Anspruch genommen werden. Entsprechend der formulierten Hypothese

setzten pathologische Glücksspieler im Vergleich zu Nichtsüchtigen und subklinischen Glücksspielern tatsächlich signifikant häufiger Negativstrategien ein, ebenso jedoch auch Positivstrategien. Nichtsüchtige und subklinische Spieler unterschieden sich diesbezüglich nicht wesentlich voneinander. Das lässt den Gedanken aufkommen, die Konzeption des Glücksspielens als Copingstrategie zu hinterfragen. Zum derzeitigen Forschungsstandpunkt erscheint jedoch die wahrscheinlichere Variante, dass das psychometrische Instrument für diese Art der Fragestellung ungeeignet ist. Der Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120, Janke et al., 1997) ermittelt, wie häufig unter Belastung bestimmte Strategien eingesetzt werden. Aussagen wie z.B. „Wenn ich innerlich erregt bin, sage ich mir, lass dich nicht gehen“, „denke ich an Gelegenheiten, in denen ich erfolgreich war“ oder „versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen“ erfassen den Einsatz von Positivstrategien, deren Ziel eine Stressreduktion ist. Man kann sich leicht vorstellen, dass diese Strategien genauso von Glücksspielsüchtigen angewendet werden und das umso mehr, je stärker sie in unangenehme, problembehaftete Situationen geraten. Wie, wenn nicht durch Glücksspielen, bekämpfen pathologische Spieler ihr Aufgebrachtsein und bringen sich in einen Zustand der inneren Ausgeglichenheit. Das gerade ist ja der kurzfristig zwar erfolgreiche, langfristig jedoch mit stärkeren Problemen behaftete vermeintliche Lösungsweg Süchtiger. So erfragt ein Subtest der Skala zu den Positivstrategien die Tendenz, sich bei Belastung zu entspannen. Wenn das Glücksspielen für Abhängige zur Entspannung dient, werden sie selbstverständlich dieses Item deutlich bejahen und erreichen in der Konsequenz höhere Werte. Dies liegt möglicherweise darin begründet, dass nicht nach konkreten oder alternativen Verhaltensweisen gefragt wird und somit die Items auf das Glücksspielen bezogen werden können. Hilfreicher bzw. zielführender wären sicherlich Items wie z.B.: „Wenn ich in eine Auseinandersetzung mit meinem Partner geraten bin, suche ich das Gespräch und bemühe ich mich um eine gemeinsame Lösung.“, „Bei finanziellen Schwierigkeiten vermeide ich zusätzliche Geldverluste und versuche sparsamer zu sein.“ oder „Bei Beziehungsproblemen gehe ich glücksspielen.“.

Auffällig ist noch, dass sich die pathologischen Spieler hinsichtlich der Stressverarbeitung deutlich sowohl von den Nichtsüchtigen als auch subklinischen Glücksspielern unterscheiden. Die erhöhten Werte bei beiden Skalen des SVF können ein Zeichen einer besonderen Stressbelastung darstellen, die dazu führt, dass pathologische Glücksspieler zu mehr Strategien greifen oder dies in einem extremen Maße tun, was für die beiden Gruppen der nichtpathologischen Spieler so nicht zutrifft. Die stärkere Ängstlichkeit und Depressivität sowie vermehrte körperliche Beschwerden Glücksspielsüchtiger mögen in einer größeren Stresswahrnehmung ihren Ausdruck finden.

Korrelationsanalysen konnten zeigen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen positiven und negativen Bewältigungstechniken besteht. Das heißt, dass der Einsatz vieler positiver Strategien ebenso einen Einsatz vieler negativer Strategien bedeutet. Hierbei soll nicht unerwähnt bleiben, dass unklar ist, inwieweit die in Anspruch genommenen Bewältigungsmechanismen auch tatsächlich wirksam werden oder ob sie eben doch nur insuffiziente Versuche zur Lösung darstellen.

Es lässt sich zusammenfassen, dass Glücksspielsüchtige veränderte Stressverarbeitungsstrategien aufweisen. Dieses Ergebnis unterstützt die Annahme, dass es sich beim exzessiven Glücksspiel um einen dysfunktionalen Bewältigungsmechanismus handelt, bei dem die Probleme einfach „weggespielt“, anstatt gelöst zu werden.

Sensation Seeking

Die Ergebnisse dieser Studie liefern neue Einblicke in die bisher inkonsistente Befundlage zum Persönlichkeitsmerkmal des Sensation Seekings (s. Kapitel 2.3.2). In vorherigen Untersuchungen wurden teilweise erhöhte, teilweise erniedrigte Werte bezüglich Sensation Seeking für Glücksspielsüchtige gefunden (z.B. Blaszczynski et al., 1986; Kuley & Jacobs, 1988; Lejoyeux et al., 2000; Daniel & Zuckerman, 2003). Die bis dato vermutlich einzige Studie unter Verwendung des Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS; Arnett, 1994) von Powell et al. (1999) ergab für die pathologischen, im Gegensatz zu den nichtpathologischen Spielern eine stärkere Ausprägung hinsichtlich des Sensation Seekings.

Der AISS besteht aus zwei Subskalen: „Intensität“ und „Neuigkeit“, die getrennt betrachtet wurden. Die Skala Intensität erfasst das Bedürfnis nach intensiver Sinnesstimulation und die Skala Neuigkeit verdeutlicht Offenheit und Aufgeschlossenheit für neuartige Situationen. Mit den Daten dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich pathologische Glücksspieler von den Nichtsüchtigen und subklinischen Spielern hinsichtlich der Skala Intensität, nicht jedoch hinsichtlich Neuigkeit unterscheiden.

Es wird postuliert, dass exzessive Glücksspieler beim Spielen die Spannung und „Action“ suchen (Anderson & Brown, 1984) und dass in Spielsituationen viele Stimuli, wie das Tätigen der Einsätze, Ansagen der Croupiers etc. erregend wirken (Anderson & Brown, 1984; Spunt, et al., 1998). Diese Überlegungen unterstützen die erhöhten Werte für Intensität.

Bleibt die Frage, warum jedoch hinsichtlich Neuigkeit keine Unterschiede zwischen süchtigen und nichtsüchtigen Spielern auszumachen waren. Es ist denkbar, dass exzessive Glücksspieler nicht auf der Suche nach neuen Erfahrungen sind. Ein Merkmal pathologischen Spielens ist das zunehmende Eingenommensein vom Glücksspiel: Alles dreht sich um die Sucht; sie wird zum

zentralen Lebensinhalt und höchsten Daseinswert (Kellermann, 2004). Das Interesse an anderen Dingen geht dabei immer stärker verloren.

Zum Merkmal des „Reizsuchens“ allgemein existieren weitere Überlegungen, die an dieser Stelle Erwähnung finden sollen. So ist zum einen möglich, dass Spieler bereits vor dem Ausprobieren von Aktivitäten mit Glücksspielcharakter erhöhte Werte bezüglich Sensation Seeking aufweisen und sich deshalb dazu hingezogen fühlen. Nun ist möglich, dass „wahre“ Sensation Seeker auch bald wieder auf der Suche nach neuen Reizen sind und daher wenig Gefahr laufen, einem exzessiven Spielverhalten zu verfallen. Eine weitere Erklärung wäre, dass eine Depression, als eine mögliche Konsequenz pathologischen Glücksspiels, durch einen damit verbundenen Antriebsmangel zu einem verminderten Sensation Seeking führen kann (Langewisch & Frisch, 1998). Zu bedenken ist, dass es sich bei Spielsüchtigen möglicherweise nicht um eine homogene Gruppe handelt, die somit Sensation Seeker und Low Sensation Seeker beinhalten könnte. Zudem wurden bislang vor allem Männer untersucht. Mögliche Geschlechtsunterschiede sind jedoch denkbar und sollten in Folgestudien näher betrachtet werden.

Wenn im Laufe einer pathologischen Suchtentwicklung das Glücksspielen zum einzigen Anreiz wird, würde es nicht verwundern, wenn bei den Messungen, bei denen verschiedenste Verhaltensbereiche abgefragt werden, erniedrigte Werte bei den pathologischen Glücksspielern das Resultat wären. Sind sie damit nun tatsächlich keine Sensation Seeker oder doch? Bezieht man sich auf Teilaspekte der Definition, wonach die Suche nach dem „Kick“ und die gleichzeitige Bereitschaft, dafür physische, soziale, rechtliche und finanzielle Risiken in Kauf zu nehmen, beschrieben werden, würde die Frage mit ja zu beantworten sein, entsprechend der Werte aus der Fragebogenmessung jedoch nicht. Wer also sein intensives Bedürfnis nach Stimulation nur über eine Verhaltensweise befriedigt, wird laut Fragebogen nur geringe Werte erreichen und somit nicht als Sensation Seeker eingestuft. Für Fragestellungen zum Glücksspielverhalten würde sich eventuell ein modifizierter Fragebogen zum Sensation Seeking anbieten.

6.4 Glücksspiel - "Sucht" und das Stressverarbeitungsmodell

Neuere Studien aus der Suchtforschung zeigen, dass exzessives Glücksspielen mit stoffgebundenen Süchten, neben neurobiologischen Grundlagen (Potenza, 2006), wesentliche Merkmale gemeinsam hat. So zeigen sich bei pathologischen Glücksspielern die zentralen Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung wie Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und Vernachlässigung anderer Interessen sowie die typische Verlangens- und Entzugssymptomatik. Die Entsprechung der hier dargestellten Befunde mit denen bei stoffgebundener Abhängigkeit legt eine Einordnung des pathologischen Glücksspiels als nichtstoffgebundene Abhängigkeit bzw. Verhaltenssucht nahe (Grüsser & Thalemann, 2006). Die gewonnenen Erkenntnisse implizieren die Forderung, eine Glücksspielsucht entsprechend zu klassifizieren und sich bei der Diagnostik näher an den Suchtkriterien des DSM-IV bzw. ICD-10 zu orientieren. Sie sind auch psychotherapeutisch wesentlich, damit die in der Suchttherapie bewährten, vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden, in die Behandlung pathologischer Glücksspieler integriert werden können (Grüsser & Thalemann, 2006).

Zusätzlich sind die Ergebnisse zum Ausmaß von Depressivität und Ängstlichkeit mit denen stoffgebundener Abhängiger vergleichbar. In der Literatur zeigen sich Drogen- und Alkoholabhängige depressiver und ängstlicher als gesunde Kontrollen (Dittrich, Haller & Hinterhuber, 2006; Pavarin, 2006; Ross, Glaser, Germanson, 1988). Betroffene mit komorbiden Störungen (Depression, Angststörung) zeigen hierbei eine schwerere Symptomatik einschließlich höherer Intensität des Verlangens und des damit zusammenhängenden Stresses (Sinha, 2001).

Pathologisches Glücksspiel als Stressverarbeitungsstrategie

In der stoffgebundenen Abhängigkeitsforschung hat unter anderem das Stressverarbeitungsmodell (Sinha, 2001) zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens Verwendung gefunden. Es wird davon ausgegangen, dass betroffene Personen über insuffiziente Problemlösungsstrategien verfügen und sich in belastenden Situationen dem Substanzkonsum zuwenden anstatt Probleme direkt zu lösen. Ein Ziel dieser Untersuchung war es zu überprüfen, inwieweit auch Glücksspielen als eine inadäquate Stressverarbeitungsstrategie funktionalisiert wird. Überträgt man das Stressverarbeitungsmodell auf die Glücksspielsucht, hätte das Spielen die Funktion, sowohl Stress und negative Gefühlszustände zu reduzieren als auch Entspannung herbeizuführen und positive Gefühle zu induzieren. In diesem Sinne wirke das Glücksspielen als eine Art „Selbstmedikation“ (Khantzian, 1985), um spezifische Alltagsbelastungen oder auch Ängste, Einsamkeit, Traurigkeit etc. zu bewältigen. Die Crux dabei ist, dass die Probleme mit

dieser Strategie nur scheinbar und kurzfristig verschwinden. Da keine aktive Auseinandersetzung und Lösung erfolgt, bleiben die Probleme bestehen und werden durch neu hinzutretende Schwierigkeiten (u.a. negative Folgen der Sucht) verstärkt. Der Versuch, negative Gefühlszustände mit Glücksspielen zu regulieren, führt in einen Teufelskreis aus Abhängigkeit und einer Verstärkung negativer Gefühle. Glücksspiel wird in diesem Prozess zur einzig noch vorhandenen Strategie, um Probleme (inadäquat) zu bewältigen. Andere Lösungsmöglichkeiten treten dabei in den Hintergrund und werden verlernt (Grüsser & Thalemann, 2006).

Depression, Ängstlichkeit, maladaptive Stressverarbeitungsstrategien und Sensation Seeking werden neben weiteren Faktoren als Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen für ein pathologisches Glücksspielverhalten angesehen. Mit dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass pathologische Glücksspieler depressiver und ängstlicher sind als Nichtsüchtige und veränderte Stressverarbeitungsstrategien aufweisen. Die Ergebnisse verweisen auf die eventuell vorhandene psychische Vulnerabilität pathologischer Glücksspieler, die sich konkret in fehlenden adäquaten Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten äußert (Sharpe, 2002). Zusammenfassend indizieren die Befunde der psychometrischen Erhebung, dass erhebliche Defizite im lösungsorientierten Umgang mit Stress und negativen Emotionen bei exzessiven Glücksspielern bestehen und erhärten die Vermutung, dass Glücksspielen zur Stimmungsverbesserung eingesetzt wird. Diese Erkenntnisse sollten ihre Anwendung bei präventiven Zwecken und in der therapeutischen Arbeit finden.

6.5 Methodenkritik

Einige methodische Fehlerquellen wurden bereits angemerkt. An dieser Stelle werden sie noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Es sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig war. Damit ist davon auszugehen, dass eine Selektion antwortwilliger Personen erfolgte. Hierbei bleibt zu spekulieren, ob Menschen mit bestimmten Persönlichkeitseigenschaften, wie beispielsweise erhöhtem Sensation Seeking, oder lediglich an der Aufwandsentschädigung Interessierte an derartigen Untersuchungen teilnehmen.

Die Daten basieren auf Selbstaussagen. Die jeweiligen Angaben sind freiwillig und nicht überprüfbar. Damit bergen sie die Möglichkeit, fehlerhaft zu sein und können zu falsch positiven wie auch falsch negativen „Diagnosen“ bezüglich einer Glücksspielsucht führen. Eine mögliche Ursache hierfür stellt ein Antwortverhalten in Richtung sozialer Erwünschtheit dar. Es wurde

versucht, dieser Tendenz mittels Anonymität zu begegnen. Die Probanden wurden angehalten, ehrlich zu antworten. Jedoch wurden keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt, um die Aussagen zu verifizieren.

Des Weiteren wird in Erwähnung gezogen, dass nicht nach dem Glücksspielverhalten in einem bestimmten Zeitraum gefragt wurde. Der eingesetzte Fragebogen erfasst unter anderem ein regelmäßiges Spielverhalten über mindestens drei Monate, die Kriterien für pathologisches Glücksspielen unabhängig von der Zeit und ob zum Untersuchungszeitpunkt Glücksspiele in Anspruch genommen wurden. Aus diesen Angaben kann jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass als spielsüchtig klassifizierte Probanden tatsächlich zum Zeitpunkt der Datenerhebung abhängig waren. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass, z.B. im Rahmen von Spontanremissionen, die Diagnose „pathologisches Glücksspielen“ nicht bei sämtlichen als süchtig eingruppierten Teilnehmern zum Untersuchungszeitpunkt gegeben war. Verzerrte Ergebnisse insbesondere hinsichtlich der Häufigkeit im Sinne einer Überschätzung als auch Unterschätzung könnten die Folge sein. Jedoch wird davon ausgegangen, dass Suchtstrukturen, insbesondere wenn keine Behandlung erfolgt, über die Zeit relativ konstant bleiben (Grüsser & Thalemann, 2006) und zu ähnlichen Antwortmustern in den Persönlichkeitsfragebögen führen. In folgenden Untersuchungen könnte, um diese Schwierigkeiten zu umgehen, ein klarer Zeitraum erfasst werden, würde aber zu neuerlichen methodischen Problemen führen. So würden dann beispielsweise Haftinsassen aufgrund einer erzwungenen Spielabstinenz als nichtsüchtig klassifiziert werden, obwohl sie eigentlich die Kriterien für pathologisches Glücksspielen erfüllen, was wiederum eine Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz zur Folge hätte.

Grundsätzlich sind prospektive Längsschnittuntersuchungen gut geeignet, um zu ermitteln, welche Personen eine Glücksspielproblematik entwickeln und welche Faktoren begünstigend wirken. Jedoch bergen derartige Studien den Nachteil, dass die zu untersuchenden Personen über mehrere Messzeitpunkte hinweg wiederholt zu Angaben bereit sein müssten. Dies bedingt eine hohe Ausfallrate an Probanden. Zudem liegen die Ergebnisse jeweils erst nach längeren Zeiträumen vor. Querschnittuntersuchungen hingegen liefern schnellere Ergebnisse, haben jedoch den Hauptnachteil der Gefahr der Vertauschung von Ursache und Wirkung.

Abschließend bleibt zu betonen, dass die in dieser Querschnittstudie untersuchten Probanden keine repräsentative Stichprobe der Allgemeinbevölkerung darstellen. Daher gelten die Daten zur Häufigkeit subklinischen respektive pathologischen Glücksspiels in erster Linie für die jeweiligen spezifischen Gruppen und können nur bedingt auf die Allgemeinbevölkerung übertragen werden.

6.6 Ausblick

Die hier dargestellten Befunde haben gezeigt, dass es sich bei der Glücksspielsucht um eine häufig auftretende Störung handelt; um eine Störung mit Krankheitswert, die einer Behandlung bedarf.

Glücksspielsüchtige scheinen über insuffiziente Bewältigungsstrategien zu verfügen, die einen aktiven, lösungsorientierten Umgang mit Alltagsbelastungen und aversiven Emotionen erschweren oder gar verhindern. Zudem unterscheiden sich pathologische Glücksspieler von Nichtsüchtigen hinsichtlich psychosozialer Faktoren. Sie sind ängstlicher und depressiver, zeigen eine stärkere Beeinträchtigung ihres physischen Zustandes und geben ein stärkeres Bedürfnis nach intensiver Sinnesstimulation an. Hinsichtlich sozialer Merkmale lässt sich festhalten, dass pathologische Glücksspieler gesellschaftlich eher weniger gut eingebunden sind. Als weitere soziale Risikofaktoren lassen sich ein junges Alter, männliches Geschlecht, Partnerlosigkeit, niedrigeres Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit und ein geringes Einkommen eruieren. Exzessive Glücksspieler spielen häufiger, länger sowie mit höheren Einsätzen und haben häufiger Schulden, die im Zusammenhang zum Spielen stehen. Diese Erkenntnisse sollten ihren Ausdruck in der Präventionsarbeit und in spezifischen Kontexten finden. So bietet es sich an, gezielte Informationsflyer in Spielstätten auszulegen, das Personal entsprechend zu schulen und in Vollzugsanstalten eine mögliche Spielsucht beim Aufnahmeassessment, insbesondere bei Eigentumsdelinquenten, zu erfragen.

Die Bestimmung verursachender und aufrechterhaltender Bedingungen kann eine wertvolle Bereicherung für den therapeutischen Prozess sein. Bei der Glücksspielsucht handelt es sich um ein multidimensionales Geschehen und komorbid auftretende Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen sowie stoffgebundene Abhängigkeiten unterliegen ebenfalls einer Behandlungsbedürftigkeit. Im therapeutischen Rahmen sollten diese individuellen Faktoren ebenfalls Gegenstand von Interventionen werden. Eine zentrale Bedeutung wird hierbei der Problemverdrängung und –bewältigung zugeschrieben. Im Behandlungsprozess kommt es darauf an, wirksame, alternativ belohnende Aktivitäten zum Glücksspielverhalten auf- und auszubauen und Erfolg versprechende Problemlösestrategien zu entwickeln.

Neben dem Spielstättenpersonal sollten ebenso Ärzte in Allgemeinarztpraxen als auch Vollzugsanstalten über dieses Störungsbild informiert sein, um potentielle Glücksspielsüchtige zu erkennen und gegebenenfalls den Weg zu einer Behandlung zu ebnen. Aber auch Süchtigen selbst sollte bekannt sein, dass es sich bei ihrem exzessiven Spielverhalten um eine Krankheit handelt, die wie andere Erkrankungen behandelt werden kann.

Es erscheint geboten, ein Augenmerk auf Glücksspielsüchtige in Justizvollzugsanstalten als besondere Risikogruppe zu legen. Die Auftretenshäufigkeit pathologischen Glücksspiels ist dort besonders hoch. Die Exploration und Behandlung einer tatsächlichen Spielsucht sollte bereits während des Verbüßens der Straftat erfolgen, um auch Rückfälle für die Zeit nach der Entlassung zu reduzieren. Zudem wäre es sinnvoll, in Haftanstalten Aufklärungsarbeit zu Süchten und Glücksspielsucht im Besonderen sowie seiner Funktion als Problembewältigungsstrategie zu leisten.

Es ist zu erwarten, dass die Glücksspielindustrie weiter expandieren und der Zugang zu Glücksspielen immer niedrigschwelliger wird. Damit wächst die berechtigte Sorge um eine Zunahme pathologischer Glücksspieler. Bei der Glücksspielsuchtforschung handelt es sich um eine recht junge Disziplin (Petry, J., 2003) und ein großes Forschungsfeld liegt noch zur Entdeckung bereit. Da eine Glücksspielsucht leichter zu verheimlichen ist als dies bei stoffgebundenen Süchten der Fall ist, war diese Suchtform bislang weniger bekannt. Man geht davon aus, dass das eigentliche Wesen der Sucht – nämlich die psychische Abhängigkeit und das Kontrollverlustphänomen – bei der Spielsucht klarer hervortritt, weil keine toxischen Überlagerungen oder substanzspezifischen körperlichen Folgestörungen das Erscheinungsbild prägen (Kellermann, 2004). Unter diesem Gesichtspunkt scheinen Spielsüchtige besondere Untersuchungsobjekte für die Suchtforschung im Allgemeinen zu sein. Aber auch bei der Spielsucht im Speziellen sind noch unzählige Fragen unbeantwortet. Ging man anfänglich von dem typischen Glücksspieler aus, so kamen Untersuchungen zu dem Resultat, dass es sich bei pathologischen Spielern nicht um eine homogene Gruppe handelt (Sharpe, 2002). Gemeinsam scheint ihnen allerdings die Tendenz zu sein, Problemen auszuweichen. Ein kurzzeitiges Distanzieren von einem Problem kann manchmal sinnvoll sein, um einen anderen Blickwinkel zu erhalten und dann eine Lösung vorzunehmen. Hier ist insbesondere die Frage von Interesse, worin die Schwierigkeit pathologischer Glücksspieler besteht, sich Problemen zu widmen, und warum sie ihnen stattdessen aus dem Weg gehen. Mittels des psychometrischen Instrumentes, der Sense of Coherence Scale (Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000), ließe sich beispielsweise eruieren, ob pathologische Glücksspieler ein vermindertes Kohärenzgefühl aufweisen. Unter Kohärenzgefühl wird der Glaube an personale Bewältigungsressourcen verstanden; das Vertrauen darin, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist (Antonovsky, 1979). Zudem könnte die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität erfasst werden. Eine bestehende Glücksspielsucht belastet die Betroffenen jedoch auch die Angehörigen stark. Nehmen die Angehörigen von Anfang an wahr, dass der Partner auf dem Weg in ein süchtiges Verhalten ist, oder wird die Sucht erst in späteren Stadien bemerkt? Wie gehen Angehörige mit

dieser Problematik um? Welches Verhalten ist hilfreich, welches erweist sich als destruktiv? Und welche Strategien wenden Familienmitglieder selbst bei Konflikten an? Welche Werte würden sie auf der Sense of Coherence Scale erreichen?

Abschließend bleibt zu sagen, dass zahlreiche weitere Untersuchungen vonnöten sind, um bisherige Ergebnisse zu verifizieren bzw. zu differenzieren und auf den heutigen Stand der stoffgebundenen Suchtforschung zu erheben.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zum Thema „Pathologisches Glücksspiel – Vorkommen und psychosoziale Einflussfaktoren“ gliedert sich in zwei Teile. Gegenstand des ersten Teils war die Erfassung der Inanspruchnahme von Glücksspielen und der Häufigkeit pathologischen Glücksspiels innerhalb spezifischer Personengruppen (Haftinsassen, Gäste von Spielstätten, Beamte und Medizinstudenten). Zur Erhebung der Auftretenshäufigkeit kam ein neu entwickeltes psychometrisches Instrument, das Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG; Grüsser, Hesselbarth, Albrecht & Mörsen, 2006), zum Einsatz.

Im zweiten Teil der Studie lag der Schwerpunkt auf der hypothesengeleiteten Untersuchung des Beziehungsgefüges zwischen Depressivität, Ängstlichkeit, Stressverarbeitung, Sensation Seeking sowie körperlichen Beschwerden und dem Ausmaß der Glücksspielproblematik. Zudem wurde die Stärke des Entzugs und Verlangens als typische Symptome einer Abhängigkeitserkrankung im Zusammenhang zum Glücksspiel untersucht.

Es wurden Gruppenunterschiede zwischen Nichtsüchtigen, subklinischen und pathologischen Spielern (Einteilung je nach Anzahl erfüllter Kriterien für pathologisches Glücksspiel) anhand der erhobenen Variablen ermittelt und die Ergebnisse im Hinblick auf eine mögliche Übertragung des Stressverarbeitungsmodells aus der stoffgebundenen Suchtforschung auf das pathologische Glücksspielen diskutiert. Es stellte sich insbesondere die Frage inwieweit das Glücksspiel im Sinne einer inadäquaten Stressverarbeitungsstrategie funktionalisiert wird.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung an 500 Teilnehmern (198 Haftinsassen, 144 Beamte, 105 Gäste aus Sportwettbüros und der Spielbank Berlin sowie 53 Medizinstudenten der Charité Berlin), die im Zeitraum von August 2006 bis Januar 2007 stattfand. Die Daten wurden mittels der folgenden Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben: Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten (BIG), Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120), Allgemeine Depressionsskala (ADS-K), State-Trait-Angstinventar (STAI-G Form X2), Deutsches Arnett Inventory of Sensation Seeking (AISS-d), Beschwerdenliste (BL).

Mit dieser Untersuchung wird gezeigt, dass Glücksspiele in den befragten Stichproben weit verbreitet sind. Hinsichtlich des Nutzungsverhaltens wurden Unterschiede zwischen den beruflich fest eingebundenen Beamten und Studenten einerseits und den Haftinsassen und Gästen von Spielstätten andererseits deutlich. Während bei den Beamten und Studenten lediglich ein geringer Anteil regelmäßig spielt, nimmt die überwiegende Mehrheit der Haftinsassen und Spielkunden regelmäßig Glücksspiele in Anspruch. Sie verbringen im Gegensatz zu den

Beamten und Studenten mehr Zeit mit Spielen, tätigen höhere Einsätze und haben häufiger Glücksspielbedingte Schulden. Analog zur Inanspruchnahme von Glücksspielen zeigen sich die Zahlen zum Vorkommen Spielsüchtiger. Unter den Medizinstudenten befinden sich keine pathologischen Glücksspieler. Bei den Beamten liegt die Auftretenshäufigkeit mit 1,4% über der geschätzten Prävalenz in Deutschland. Ein deutlich erhöhtes Vorkommen zeigt sich bei den Spielkunden (20%) und Haftinsassen (30%).

Depression, Ängstlichkeit, maladaptive Stressverarbeitungsstrategien und Sensation Seeking werden neben weiteren Faktoren als Entstehungs- und aufrechterhaltende Bedingungen für ein pathologisches Spielverhalten angesehen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass pathologische Glücksspieler im Vergleich zu den subklinischen Glücksspielern und Nichtsüchtigen eine signifikant stärkere Ausprägung in den Variablen Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen und in belastenden Situationen signifikant stärker negative Verarbeitungsstrategien einsetzen. Sie berichten am stärksten von einer Beeinträchtigung des subjektiven Befindens durch körperliche und allgemeine Beschwerden. Im Persönlichkeitsmerkmal des Sensation Seekings unterscheiden sie sich von den subklinischen Glücksspielern und den Nichtsüchtigen hinsichtlich des Bedürfnisses nach intensiver Sinnesstimulation, jedoch nicht in Bezug auf Offenheit und Aufgeschlossenheit für neuartige Erfahrungen. Korrelationsanalysen zwischen den erhobenen Variablen und der Schwere der Glücksspielproblematik ergaben positive Zusammenhänge. Je stärker die Ausprägungen depressiver Symptome, von Ängstlichkeit, Stressverarbeitungsstrategien, Intensität der Sensation Seeking Skala sowie von körperlichen Beschwerden, umso schwerer ist die Glücksspielproblematik zu erwarten und vice versa.

Des Weiteren berichten pathologische Glücksspieler über ein signifikant stärkeres Verlangen und signifikant stärkere Entzugserscheinungen als subklinische Glücksspieler und Nichtsüchtige. Die stärkeren Ausprägungen depressiver Symptome, von Ängstlichkeit und Verlangen sowie der häufigere Einsatz negativer Stressverarbeitungsstrategien pathologischer Spieler unterstützen die Hypothese, dass Glücksspielen als Selbstmedikation zur Bewältigung von Problemen eingesetzt wird. In diesem Sinne hat das Glücksspielen eine spannungs- und angstreduzierende Wirkung und fungiert als effektive, jedoch fehlangepasste Bewältigungsstrategie. Somit könnte das „Stressverarbeitungsmodell“ aus der stoffgebundenen Suchtforschung ebenso im Bereich des pathologischen Glücksspiels seine Anwendung finden und hätte damit weitreichende Konsequenzen für Forschung, Prävention und Therapie. Die Ergebnisse bestärken die Ansicht, pathologisches Glücksspiel als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung mit den typischen Symptomen des Entzugs und Verlangens aufzufassen.

8 Literaturverzeichnis

Abbott, M.W. & McKenna, B.G. (2005). Gambling and problem gambling among recently sentenced woman in New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies*, 21, 559-581.

Abbott, M.W., McKenna, B.G. & Giles, L.C. (2005). Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies*, 21, 537-558.

Allcock, C.C. & Grace, D.M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 307-311.

Anderson, G. & Brown, R.I.F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Arnett, J. (1994). Sensation seeking: a new conceptualization and a new scale. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.

Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J. & Kaufman, F. (2006). Adolescent gambling: understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22, 195-208.

Black, D.W., Moyer, T. & Schlosser, S. (2003). Quality of life and family history in pathological gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 124-126.

Blanco, C., Moreyra, P., Nunes, E.V., Sáiz-Ruiz, J. & Ibáñez, A. (2001). Pathological gambling: addiction or compulsion? *Seminars in Clinicial Neuropsychiatry*, 6, 167-176.

Blanco, C., Orensanz-Muñoz, L., Blanco-Jerez, C. & Saiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 119-121.

Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/ or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of the Addictions*, 24, 337-350.

Blaszczynski, A. & Silove, D. (1996). Pathological gambling: forensic issues. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 358-369.

Blaszczynski, A., Steel, Z. & McConaghy, N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 92, 75-87.

Blaszczynski, A.P., Wilson, A.C. & McConaghy, N. (1986). Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addiction*, 81, 113-117.

Böning, J. (1990). Glücksspielen als Krankheit? Kritische Bemerkungen zur Inflation der Süchte. *Nervenarzt*, 61, 435-437.

Bonnaire, C., Lejoyeux, M. & Dardennes, R. (2004). Sensation seeking in a French population of pathological gamblers: comparison with regular and nongamblers. *Psychological Reports*, 94, 1361-1371.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Brown, R.I.F. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *The International Journal of the Addictions*, 21, 1001-1016.

Bühringer, G. (2004). Wenn Arbeiten, Einkaufen oder Glücksspielen pathologisch eskalieren: Impulskontrollstörung, Sucht oder Zwangshandlung? *Verhaltenstherapie*, 14, 86-88.

Bühringer, G., Augustin, R. & Welsch, K. (2003). Slot machine gambling behaviour in East Germany 1990-2000. *Gesundheitswesen*, 65, 55-63.

Bühringer, G. & Türk, D. (2000). *Geldspielautomaten – Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher?* Göttingen: Hogrefe.

Burge, A.N., Pietrzak, R.H. & Petry, N.M. (2006). Pre/early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 22, 263-274.

Castellani, B. & Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of the Addictions*, 30, 275-289.

Chambers, R.A. & Potenza, M.N. (2003). Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19, 53-77.

Coventry, K.R. & Brown, R.I.F. (1993). Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 88, 541-554.

Cox, B.J., Enns, M.W. & Michaud, V. (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-based interview in a community survey of problem gambling. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 258-264.

Crockford, D.N. & El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.

Cunningham-Williams, R.M. & Cottler, L.B. (2001). The epidemiology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6, 155-166.

Cunningham-Williams, R.M., Cottler, L.B. & Womack, S.B. (2004). Epidemiology. In: Grant, J.E. & Potenza, M.N. (Hrsg.). *Pathological Gambling. A Clinical Guide to Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, 25-36.

Daniel, S.R. & Zuckerman, M. (2003). The relationship of impulsive sensation seeking and gender to interest and participation in gambling activities. *Personality And Individual Differences*, 35, 1385-1400.

De Castro, V., Fong, T., Rosenthal, R.J. & Tavares, H. (2006). A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. *Addictive Behaviors*, 32, 1555-1564.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Drummond, D.C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96, 33-46.

Dittrich, I., Haller, R. & Hinterhuber, H. (2006). Alkoholismus und Depression. *Neuropsychiatrie*, 20, 232-239.

Duvarci, I. & Varan, A. (2000). Descriptive features of Turkish pathological gamblers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 253-260.

Fechner, D. (2001). Der Richter und sein Spieler. In: Füchtenschnieder, I. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Glücksspiel in Europa. Vom Nutzen und Schaden des Glücksspiels im europäischen Vergleich*. Geesthacht: Neuland, 53-67.

Fuller, P. (1977). General introduction. In: Halliday, J & Fuller, P. (Hrsg.). *The Psychology of Gambling*. Middlesex: Penguin Books.

Griffiths, M. (2001). Gambling: an emerging area of concern for health psychologists. *Journal of Health Psychology*, 6, 477-479.

Grüsser, S.M. & Albrecht, U. (2007). *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. Bern: Huber.

Grüsser, S.M., Hesselbarth, U., Albrecht, U. & Mörsen, C.P. (2006). *Berliner Inventar zum Glücksspielverhalten*. unveröffentlichtes Manuskript.

Grüsser, S.M., Mörsen, C.P. & Flor, H. (2006). Alcohol craving in problem and occasional alcohol drinkers. *Alcohol & Alcoholism*, 24, 421-425.

Grüsser, S.M., Mörsen, C.P., Wölfling, K. & Flor, H. (2007). The relationship of stress, coping, effect expectancies and craving. *European Addiction Research*, 13, 31-38.

Grüsser, S.M., Plöntzke, B. & Albrecht, U. (2005). Pathologisches Glücksspiel. Eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem stoffungebundenen Suchtmittel. *Nervenarzt*, 76, 592-596.

Grüsser, S.M. & Thalemann, C.N. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber.

Grüsser, S.M., Wölfling, K., Düffert, S., Mörsen, C.P., Albrecht, U. & Flor, H. (in Druck). *Fragebogen zur Differenzierten Drogenanamnese (FDDA)*. Göttingen: Hogrefe.

Hand, I. (2003). Störungen der Impulskontrolle: Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten (Süchte), Zwangsspektrum-Störungen ... oder? *Suchttherapie*, 4, 51-53.

Hardoon, K.K. & Derevensky, J.L. (2002). Child and adolescent gambling behavior: current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 263-281.

Hardoon, K.K., Gupta, R. & Derevensky, J.L. (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 170-179.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions-Skala ADS-K*. Weinheim: Beltz.

Holden, C. (2001). "Behavioral" addictions: do they exist? *Science*, 294, 980-982.

Hollander, E., Buchalter, A.J. & DeCaria, C.M. (2000). Pathological gambling. *The psychiatric Clinics of North America*, 23, 629-642.

Hollander, E. & Wong, C.M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56, (Suppl 4), 3-6.

Janke, W., Erdmann, G., Kallus, K.W. & Boucsein, W. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Kähnert, H. (2006). Das Glücksspielverhalten Jugendlicher – Ergebnisse der NRW-Pilotstudie. In: Füchtenschnieder, I., Petry, J. & Horstmann, M. (Hrsg.). *Glücksspielsucht heute. Therapeutische, sozialpolitische und rechtliche Aspekte*. Geesthacht: Neuland, 91-100.

Kausch, O. (2003). Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1031-1038.

Kellermann, B. (1998). Glücksspielsucht. In: Zerdick, J. (Hrsg.). *Entwicklungen in der Suchtmedizin*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 257-271.

Kellermann, B. (2004). Glücksspielsucht – ein überflüssiges Suchtproblem. *Hamburger Ärzteblatt*, 10, 462-466.

Kennedy, C.H., Cook, J.H., Poole, D.R., Brunson, C.L. & Jones, D.E. (2005). Review of the first year of an overseas military gambling treatment program. *Military Medicine*, 170, 683-687.

Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Kim, S.W., Grant, J.E., Eckert, E.D., Faris, P.L. & Hartman, B.K. (2006). Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 92, 109-116.

Koob, G.F. (2006). The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 101, (Suppl 1), 23-30.

Kuley, N.B. & Jacobs, D.F. (1988). The relationship between dissociative-like experiences and sensation seeking among social and problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 197-207.

Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S. & Hamel, D. (2005). Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 451-456.

Langewisch, M.W. & Frisch, G.R. (1998). Gambling behavior and pathology in relation to impulsivity, sensation seeking and risky behavior in male college students. *Journal of Gambling Studies, 14*, 245-262.

Laux, P., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *State- Trait- Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.

Ledgerwood, D.M. & Petry, N.M. (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 711-714.

Lejoyeux, M., Mc Loughlin, M. & Adès, J. (2000). Epidemiology of behavioral dependence : literature review and results of original studies. *European Psychiatry, 15*, 129-134.

Le Moal, M. & Koob, G.F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology, 17*, 377-393.

Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1184-1188.

Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1993). Pathological gambling, eating disorders and the psychoactive substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases, 12*, 89-102.

Lesieur, H.R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C.M., Rubenstein, G., Moseley, K. & Mark, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors, 16*, 517-527.

Maccullum, F. & Blaszczyński, A. (2003). Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 88-98.

Maris, R.W., Berman, A.I., Maltzberger, J.T. & Yufit, R.I. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.

- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394.
- Martins, S.S., Lobo, D.S.S., Tavares, H. & Gentil, V. (2002). Pathological gambling in women: a review. *Revista do Hospital das Clínicas*, 57, 235-242.
- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramirez, L.F. & Taber, J.I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Meyer, G. (2007). Glücksspiel - Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.). *Jahrbuch Sucht 2007*. Geesthacht: Neuland.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2000). *Spielsucht. Ursachen und Therapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Meyer, G., Hauffa, B.P., Schedlowski, M., Pawlak, C., Stadler, M.A. & Exton, M.S. (2000). Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biological Psychiatry*, 48, 948-953.
- Meyer, G., Schwertfeger, J., Exton, M.S., Janssen, O.E., Knapp, W., Stadler, M.A., Schedlowski, M. & Krüger, T.H.C. (2004). Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1272-1280.
- Meyer, G. & Stadler, M.A. (1999). Criminal behavior associated with pathological gambling, *Journal of Gambling Studies*, 15, 29-43.
- Morasco, B.J., Pietrzak, R.H., Blanco, C., Grant, B.F., Hasin, D. & Petry, N.M. (2006). Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the National Epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 68, 976-984.
- Neighbors, C., Lostutter, T.W., Whiteside, U., Fossos, N., Walker, D.D. & Larimer, M.E. (2007). Injunctives norms and problem gambling among college students. *Journal of Gambling Studies*, 23, 259-273.

- Ohtsuka, K., Bruton, E., DeLuca, L. & Borg, V. (1997). Sex differences in pathological gambling using gaming machines. *Psychological reports*, 80, 1051-1057.
- Parke, A., Griffiths, M. & Irwing, P. (2004). Personality traits in pathological gambling: sensation seeking, deferment of gratification and competitiveness as risk factors. *Addiction Research and Theory*, 12, 201-212.
- Pasternak, A.V. & Fleming, M.F. (2007). Prevalence of gambling disorders in a primary care setting. *Archives of Family Medicine*, 8, 515-520.
- Pavarin, R.M. (2006). Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 42, 477-484.
- Petry, J. (1996). Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten. In J. Petry, *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (2003). *Pathologisches Glücksspielverhalten. Ätiologische, psychopathologische und psychotherapeutische Aspekte*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft, 10.
- Petry, N.M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, 645–655.
- Petry, N.M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101, (Suppl 1), 152-160.
- Petry, N.M. & Kiluk, B.D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 462-469.
- Pietrzak, R.H., Morasco, B.J., Blanco, C., Grant, B.F. & Petry, N.M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 301-313.

Pietrzak, R.H. & Petry, N.M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction, 100*, 1183-1193.

Potenza, M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction, 101*, (Suppl 1), 142-151.

Potenza, M.N., Fielin, D.A., Heninger, G.R., Rounsaville, B.J. & Mazure, C. (2002). Gambling. An addictive behavior with health and primary care implications. *Journal of General Internal Medicine, 17*, 721-732.

Potenza, M.N. & Griffiths, M.D. (2004). Prevention efforts and the role of the clinician. In: Grant, J.E. & Potenza, M.N. (Hrsg.). *Pathological Gambling. A Clinical Guide to Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, 145-157.

Potenza, M.N., Steinberg, M.A., McLaughlin, S.D., Wu, R., Rounsaville, B.J. & O'Malley, S.S. (2000). Illegal behaviors in problem gambling: analysis of data from a gambling helpline. *The Journal of the American Academy Of Psychiatry And The Law, 28*, 389-403.

Powell, J., Hardoon, K., Derevensky, J.L., Gupta, R. (1999). Gambling and risk-taking behavior among university students. *Substance Use and Misuse, 34*, 1167-1184.

Raylu, N. & Oei, T.P.S. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review, 22*, 1009-1061.

Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction, 96*, 103-114.

Rosenthal, R.J. & Lorenz, V.C. (1992). The pathological gambler as criminal offender. Comments on evaluation and treatment. *The Psychiatric clinics of North America, 15*, 647-660.

Ross, H.E., Glaser, F.B. & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1023-1031.

Roth, M. & Hammelstein, P. (Hrsg.) (2003). *Sensation Seeking. Konzeption, Diagnostik und Anwendung*. Göttingen: Hogrefe, 255.

Saß, H. & Wiegand, C. (1990). Exzessives Glücksspielen als Krankheit? Kritische Bemerkungen zur Inflation der Süchte. *Nervenarzt*, 61, 435-437.

Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe, 250-251.

Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzsкала. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 472-482.

Shaffer, H.J. & Hall, M.N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12, 193-214.

Shaffer, H.J., Hall, M.N. & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1376.

Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.

Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.

Spunt, B., Dupont, I., Lesieur, H., Liberty, H.J. & Hunt, D. (1998). Pathological gambling and substance misuse: a review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 33, 2535-2560.

Steel, Z. & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, 895-905.

Stucki, S. & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 und 2005: an update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245-257.

Tavares, H., Zilberman, M.L., Hodgins, D.C. & El-Guebaly, N. (2005). Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research*, 29, 1427-1431.

Templer, D.I., Kaiser, G. & Siscoe, K. (1993). Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 347-351.

Volberg, R.A. & Abbott, M.W. (1994). Lifetime prevalence estimates of pathological gambling in New Zealand. *International Journal of Epidemiology*, 23, 976-983.

Walters, G.D. (1997). Problem gambling in a federal prison population: results from the South Oaks Gambling Screen. *Journal of Gambling Studies*, 13, 7-24.

Watzlawick, P. (1983). *Anleitung zum Unglücklichsein*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Welte, J.W., Barnes, G.M., Wieczorek, W.F., Tidwell, M.C. & Parker, J.C. (2002). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29, 323-335.

Wood, R.T.A. & Griffiths, M.D. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 107-125.

Zerssen, v. D. (1976). *Die Beschwerdenliste (B-L')*. Weinheim: Beltz Testgesellschaft.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.

Zuckerman, M., Eysenck, S. & Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and in America: cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.

9 Anhang

Tabelle 1: Glücksspieldaten im Gruppenvergleich

Variablen	Nichtsüchtige N=277	Subklinische Glücksspieler N=143	Pathologische Glücksspieler N=80
	<i>N (%)</i>		
mindestens 1 Mal gespielt	227 (81,9)	143 (100)	80 (100)
regelmäßiges Glücksspiel (über mind. 3 Monate)	49 (17,8)	118 (83,1)	77 (96,3)
Glücksspiel zur Zeit	35 (37,2)	57 (41,9)	32 (41,0)
	<i>M (SD)</i>		
Dauer regelmäßiges Glücksspiel in Jahren	8,74 (8,80)	15,83 (15,48)	13,32 (8,83)
	<i>N (%)</i>		
wodurch wurden Glücksspiele in Anspruch genommen			
Werbung	26 (9,4)	24 (16,9)	12 (15,0)
Familie	86 (31,2)	40 (28,2)	19 (23,8)
Freunde	106 (38,4)	95 (66,9)	70 (87,5)
andere	30 (10,9)	25 (17,6)	16 (20,0)
wo wurde gespielt			
Internet	27 (9,7)	35 (24,5)	18 (22,5)
Laden	120 (43,3)	85 (59,4)	53 (66,3)
Spielhalle/ Kneipe	51 (18,4)	55 (38,5)	48 (60,0)
Spielbank	33 (11,9)	43 (30,1)	27 (33,8)
Wettbüro	24 (8,7)	46 (32,2)	30 (37,5)
Private Anbieter	18 (6,5)	26 (18,2)	22 (27,5)
Privat	49 (17,7)	39 (27,3)	38 (47,5)
häufigste GS-Form			
Lotto	68 (44,4)	42 (34,7)	8 (11,6)
Sportwetten	8 (5,2)	13 (10,7)	6 (8,7)
Pferdewetten	10 (6,5)	16 (13,2)	4 (5,8)
Automatenspiele	16 (10,5)	18 (14,9)	19 (27,5)
Klassische GS	3 (2,0)	4 (3,3)	3 (4,3)
Karten-, Würfelspiele	15 (9,8)	8 (6,6)	14 (20,3)
Rubbellose	10 (6,5)	4 (3,3)	-
Klassenlotterie	3 (2,0)	3 (2,5)	1 (1,4)
Börsenspekulationen	3 (2,0)	4 (3,3)	1 (1,4)
andere Spiele	17 (11,1)	9 (7,4)	13 (18,8)
	<i>M (SD)</i>		
Anteil von Spielern mit Schulden	1 (1,0)	6 (4,2)	33 (41,8)

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Ulrike Hesselbarth, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema: „Pathologisches Glücksspiel – Vorkommen und psychosoziale Einflussfaktoren“ selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst und keine andere als die angegebene Literatur benutzt habe. Die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen wurden als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ulrike Hesselbarth

Berlin, den 23.02.2008

Lebenslauf

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all denen meinen Dank aussprechen, die mich während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit mit Rat und Tat unterstützt haben.

Mein erster und besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Sabine Miriam Grüsser-Sinopoli, die mir die Möglichkeit zu dieser faszinierenden Arbeit in einem grandiosen Team gegeben hat. Ich danke ihr für ihre Großzügigkeit und dafür, eigenverantwortlich und selbständig an dem Thema Glücksspielsucht gearbeitet haben zu können. Beeindruckt hat mich ihre Fähigkeit, andere mitzureißen und zu begeistern.

Mein nächster Dank gilt Frau Dr. habil. Nina Knoll, die in der letzten Phase der Promotion sofort helfend einsprang und dafür Sorge trug, die Arbeit zu einem Abschluss zu bringen.

Weiterhin möchte ich mich bei den Mitarbeitern der Interdisziplinären Suchtforschungsgruppe Berlin (ISFB) bedanken. Mein spezieller Dank gebührt hierbei Frau Dr. Anja Lehmann und Dipl.-Psych. Chantal Mörsen („GfG“), deren wohlwollende Hilfe und Unterstützung mir unersetzlich sind. Danke für die fachliche Betreuung, die konstruktiven Ratschläge, das Näherbringen der Liebe zur Statistik und für das Entwirren bei emotionalen Verwirrungen.

Ein Dank an Oliver Frey für die Hilfe bei der Fragebogeneingabe und an Dipl.-Psych. Gerit Löffler.

Nicht zuletzt danke ich all jenen, die mir halfen, den zum Teil schwierigen Eintritt in die Justizvollzugsanstalten und zu Polizeidienststellen zu erhalten, um die Daten für diese Arbeit zusammentragen zu können. Danke an Rolf Hagen aus der JVA Moabit und an Frau Schlieben-Troschke aus der Senatsverwaltung Berlin.

Mein herzlicher Dank gilt meinen lieben Freunden.

Die Arbeit widme ich meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Sabine Miriam Grüsser-Sinopoli (verst. 03.01.2008).