



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Spezifische Strategien der Emotionsregulation bei
pathologischer Glücksspielsucht“

Verfasserin

Anna Jaklin, BSc

Angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Psychologie

Betreuer:

ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei den Personen bedanken, die mich während des Studiums und bei der Entstehung meiner Masterarbeit unterstützt haben.

Für die kompetente fachliche Betreuung möchte ich mich zuerst bei Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber bedanken.

Ein ganz besonderes Dankeschön gilt auch Herrn Dr. Beiglböck und Herrn Mag. Peter vom Anton Proksch-Institut. Sie ermöglichten mir ein selbstständiges Arbeiten und standen mir jederzeit unterstützend zur Seite. Außerdem habe ich die Möglichkeit erhalten mich nicht nur mit der Theorie der Glücksspielsucht, sondern auch mit der Praxis auseinanderzusetzen. Ich danke natürlich auch den Patienten, die oft unter großer Anstrengung an der Studie teilgenommen haben.

Ein herzliches Dankeschön richte ich auch an meine Eltern Thomas und Dagmar sowie an meine beiden Großmütter Elfi und Gerli, die mir durch ihre emotionale und finanzielle Unterstützung das Studium überhaupt erst ermöglicht haben. Des Weiteren gilt meine Dankbarkeit auch Andi und all meinen Freunden, die in stressigen Zeiten immer ein offenes Ohr für mich hatten. An dieser Stelle bedanke ich mich speziell bei Eva, mit der ich alle Höhen und Tiefen des Studiums überstanden habe. Gegenseitig haben wir uns immer wieder zum Weitermachen motiviert, wodurch sie zu einem großen Teil dafür verantwortlich ist, dass ich mein Studium in nächster Zeit beenden kann.

Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die Sprachform des generischen Maskulinums verwendet. Es wird darauf hingewiesen, dass die ausschließlich männlichen Bezeichnungen als geschlechtsunabhängig, sowohl für das männliche als auch das weibliche Geschlecht, zu verstehen sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
I. THEORIE	
2. Das Glücksspiel	3
2.1. Definition des Glücksspiels	3
2.2. Varianten des Glücksspiels (<i>verfasst mit Birgit Sumper</i>)	5
2.2.1 Großes Glücksspiel (<i>verfasst mit Birgit Sumper</i>)	5
2.2.2 Kleines Glücksspiel (<i>verfasst mit Birgit Sumper</i>)	7
3. Pathologische Glücksspielsucht	8
3.1. Definition der pathologischen Glücksspielsucht	9
3.2. Erscheinungsbild	10
3.3. Phasen des Glücksspielverhaltens	11
3.4. Entstehung und Aufrechterhaltung der pathologischen Glücksspielsucht	13
3.5. Behandlung	16
3.6. Definition nach DSM-V und ICD-10	18
3.7. Komorbiditäten	19
3.7.1 Depressionen	20
3.7.2 Angststörungen	21
4. Emotionen	22
5. Emotionsregulation	24
5.1. Prozessmodell von Gross (1998b)	25
5.1.1. Fünf Emotionsregulationsstrategien nach dem Prozessmodell (Gross, 1998b)	26
5.2. Emotionsregulation und Psychopathologie	29
5.2.1. Emotionsregulation und pathologische Glücksspielsucht	32

II. EMPIRIE

6. Methodik	34
6.1. Erhebungsinstrumente	34
6.1.1 Patientenfragebogen	34
6.1.2 Emotionsregulations-Inventar (ERI)	34
6.1.3 State-Trait-Angstinventar (STAI)	35
6.1.4 Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)	36
6.1.5 Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)	36
6.2. Stichprobe	37
6.3. Untersuchungsdesign und Durchführung	39
7. Fragestellungen und Hypothesen	40
8. Ergebnisse	41
8.1. Soziodemographische Daten der Stichprobe	41
8.1.1 Glücksspielverhalten der Stichprobe	42
8.1.2 Behandlungsspezifische Angaben	43
8.1.3 Differentialdiagnosen	44
8.2. Ergebnisse der Fragestellung 1	45
8.3. Ergebnisse der Fragestellung 2	47
9. Diskussion der Ergebnisse	51
9.1. Kritik und Ausblick	55
Zusammenfassung	57
Abstract	58
Literaturverzeichnis	59
Tabellenverzeichnis	66
Abbildungsverzeichnis	67
III. ANHANG	68

Lebenslauf.....	69
Originalitätserklärung.....	71

I. Theorie

1. Einleitung

Das wachsende Interesse am Glücksspiel kann auf die technischen, wirtschaftlichen und auch sozialpolitischen Entwicklungen in diesem Bereich zurückgeführt werden. Darunter fällt z. B. die steigende Verfügbarkeit von Casinos oder auch die Entwicklung des Internetzugangs, wodurch weltweit die Teilnahme an Onlineglücksspielen ermöglicht wurde (N. M. Petry & Hodgins, 2012). Aufgrund der zahlreichen Möglichkeiten an Glücksspielen teilzunehmen, steigt jedoch auch die Zahl an Personen, die ihr Glücksspielverhalten nicht mehr kontrollieren können und das Störungsbild der pathologischen Glücksspielsucht entwickeln (Meyer, 2000). Es wird von unterschiedlichen prädisponierenden Faktoren und Einflüssen ausgegangen, welche eine pathologische Entwicklung und den weiteren Verlauf des Glücksspielverhaltens beeinflussen und begünstigen können (z. B. Meyer & Bachmann, 2011). Bei pathologischen Glücksspielern zeigt sich oftmals eine mangelnde Fähigkeit zur Stressbewältigung und zum Umgang mit den eigenen Emotionen (Blaszczynski & Nower, 2002). Da Schwierigkeiten in der Emotionsregulation bei verschiedenen psychischen Störungen zu finden sind, besteht das Risiko, Defizite in diesem Bereich mit schädlichen und impulsiven Verhaltensweisen auszugleichen (Tice, Bratslavsky & Baumeister, 2001). So können gerade durch die Teilnahme am Glücksspiel Spannungszustände oder Emotionen unterdrückt und gelindert werden. Zudem sind Schwierigkeiten der Emotionsregulation oder generell der Umgang mit Emotionen ein wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung der Abstinenz (Daughters et al., 2005). Bislang wurden die Defizite in der Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern kaum untersucht. Eine zu diesem Thema relevante Studie wurde von Williams, Grisham, Erskine und Cassidy (2012) durchgeführt.

Das Ziel der hier vorliegenden Arbeit war es deshalb die Wahl spezifischer Emotionsregulationsstrategien, welche sich als ungünstig (maladaptiv) oder günstig (adaptiv) erweisen, bei pathologischen Glücksspielern zu überprüfen. Da maladaptive

Strategien der Emotionsregulation auch für Depressionen und Angststörungen charakteristisch sind (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010), wurde die Depressivität und Ängstlichkeit zur Kontrolle mit erhoben, zumal Depressionen und Angststörungen häufige komorbide Störungen der pathologischen Glücksspielsucht sind. Daraus ergab sich die zweite Fragestellung nach einem Einfluss der Ängstlichkeit und Depressivität auf die Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern. Da keine vergleichbaren Studien zum Einfluss von Depressivität und Ängstlichkeit auf die Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern vorliegen, wurden die Hypothesen ungerichtet formuliert.

Die Arbeit gliedert sich in zwei große Teile: dem theoretischen und dem empirischen Teil. Beginnend mit der Theorie wird in den ersten drei Kapiteln ein Einblick in die historische Entwicklung und in verschiedene Varianten des Glücksspiels gegeben. Es wird zudem die pathologische Glücksspielsucht hinsichtlich der Phasen einer Spielerkarriere, der Entstehung, des Erscheinungsbildes, der prädisponierenden Faktoren und der Einordnung ins DSM-V und ICD-10 definiert. Es werden auch die wichtigsten Schwerpunkte in der Spielerbehandlung und Untersuchungsergebnisse zum Zusammenhang mit Depressionen und Angststörungen angeführt. Das nächste theoretische Kapitel widmet sich der Emotionsregulation. Beginnend mit dem Kapitel zur Einführung in das Thema Emotionen folgt die Begriffsdefinition der Emotionsregulation. Da viele Forschungen zum Thema der Emotionsregulation auf dem Prozessmodell nach Gross (1998b) basieren, wird auf dieses näher eingegangen. Anschließend folgt eine Darstellung und Beschreibung der einzelnen Emotionsregulationsstrategien des Prozessmodells. Zudem wird der Zusammenhang zwischen den Strategien und verschiedenen Formen der Psychopathologie, vor allem Depressionen, Angststörungen und der pathologischen Glücksspielsucht, angeführt.

In der Empirie wird vorab die Methodik mit den Erhebungsinstrumenten, der Untersuchungsdurchführung und der Stichprobe erklärt. Es folgt die Aufzählung der aus der Theorie abgeleiteten Fragestellungen und die Ergebnisdarstellung. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert sowie die Kritik an der Untersuchung gegeben. Die letzten zwei Kapitel beinhalten die deutsche und englische Kurzzusammenfassung.

2. Das Glücksspiel

Bereits aus der ägyptischen Hochkultur um 3000 v. Chr. sind Hinweise auf Glücksspiele überliefert (Meyer & Bachmann, 2005). Die älteste und bis ins späte Mittelalter vorherrschende Art des Glücksspiels war das Würfelspiel (Griesser, 1991).

Ab der zweiten Hälfte des 14. Jahrhunderts wurde das Kartenspiel nach Europa gebracht und verbreitete sich rasch in allen Bevölkerungsschichten (Meyer & Bachmann, 2005). Zum ersten Mal zeigten sich die negativen Auswirkungen des Glücksspiels in Form von Spielschulden oder dem Falschspielen, wodurch es sowohl von staatlicher als auch von kirchlicher Seite zu Glücksspielverböten und moralischen Verurteilungen kam. Zusätzlich wurden in Europa konzessionierte Spielhäuser errichtet (Griesser, 1991). Zu dieser Zeit begann auch das wissenschaftliche Interesse an der „Spilleidenschaft“ als Krankheit und es wurden erstmalig Symptome einer pathologischen Entwicklung und das Suchtpotential verschiedener Glücksspielformen beschrieben (Güsser, Plöntzke & Albrecht, 2005; Meyer & Bachmann, 2005).

Trotz der sichtbaren negativen Auswirkungen des Glücksspiels wurden ab dem 16. Jahrhundert zwei weitere Glücksspielarten in Europa eingeföhrt: das Lotteriespiel und das Roulette. Das Lotteriespiel erlangte in Europa große Popularität und war zudem eine zusätzliche Steuereinnahme, da es dem staatlichen Monopol unterlag (Griesser, 1991). Auch das Roulette galt aufgrund der Einfachheit der Spielregeln und dem zufallsbedingten Wechsel von Gewinn und Verlust als besonders reizvoll (Meyer & Bachmann, 2011).

Ende des 19. Jahrhunderts wurden die ersten Glücksspielautomaten aufgestellt. Die Beliebtheit der Glücksspiele und insbesondere der Glücksspielautomaten steigt seither stetig an (Meyer & Bachmann, 2011).

2.1. Definition des Glücksspiels

Bis ins 19. Jahrhundert fand das aus dem Arabischen stammende Wort „Hazardspiel“ auch im deutschsprachigen Raum Verwendung, womit auf die Gefahren

des Zufalls beim Spielausgang hingewiesen wurde (Petry, 2003). Das „Hazardieren“ hatte die Bedeutung, alles aufs Spiel zu setzen, ohne Rücksicht auf sich selbst oder andere (Petry, 1996). Aktuellere Bezeichnungen wie der englischsprachige Begriff „gambling“ sollen vor allem verdeutlichen, dass um Geld gespielt wird (Meyer & Bachmann, 2011). Denn erst durch das Geld erlangt das Glücksspiel seine eigentliche Bedeutung (Meyer & Bachmann, 1993). Zudem entscheidet der Zufall über den Spielausgang und es sind äußere Anreize durch einen Einsatz, der mit einer Gewinnerwartung und einem Verlustrisiko verbunden ist, notwendig (Meyer & Bachmann, 1993).

Im Gegensatz zum „Glücksspiel“ wird dem „Spiel“ ein entwicklungsfördernder Aspekt zugeschrieben und es bekommt auch noch im Erwachsenenalter eine positive Bewertung (Petry, 1996). Heckhausen (1974) definiert das Spiel als eine zweckfreie Tätigkeit, die aufgrund ihres eigenen Anregungspotentials aufgesucht und durchgeführt wird. Dahingegen ist das risikoreiche Glücksspiel hauptsächlich auf den Gewinn ausgerichtet und stellt vor allem anfangs für den Spieler keine zweckfreie Tätigkeit dar (Grüsser, Plöntzke & Albrecht, 2005). Wie bei Zollinger (1997) bereits angeführt, vertrat man in der Geschichte des Glücksspiels lange die Meinung, dass Glücksspieler allein die Absicht eines Geldgewinns verfolgen, womit das Spiel um einen monetären Gewinn im Widerspruch zu der erwähnten zweckfreien Tätigkeit steht. Auch Oerter (1993) schreibt dem Spiel den Selbstzweck als ein Merkmal zu und sieht zudem nicht nur eine Hilfe für die Entwicklung eines Kindes, sondern auch die Möglichkeit, Probleme aus der realen Welt zu bewältigen.

Zusammenfassend stellen sowohl der alles entscheidende Zufall als auch der Geldeinsatz die Spielanreize und Eigenschaften des Glücksspiels dar. Obwohl das Spiel eine bedeutende Rolle in der sozialen und individuellen Entwicklung eines Menschen hat, besteht beim Glücksspiel durch den Einsatz von Geld ein besonderes Risiko eines erheblichen Verlustes (Meyer & Bachmann, 1993). Zudem kann das Spielverhalten zunehmend eskalieren und sich zu einem pathologischen Störungsbild entwickeln (Müller-Spahn & Margraf, 2003). Diese pathologische Form ist der Gegenstand der vorliegenden Arbeit und wird folgend als „pathologische Glücksspielsucht“ bezeichnet.

Anschließend wird ein kurzer Überblick über das Angebot und die Einteilung der verschiedenen Varianten des Glücksspiels gegeben.

2.2. Varianten des Glücksspiels *(verfasst mit Birgit Sumper)*

Das gestellte Angebot an Glücksspielarten kann in das „große Glücksspiel“ und das „kleine Glücksspiel“ unterteilt werden. Während das Roulette, Poker und Black Jack zum „großen Glücksspiel“ gezählt werden, umfasst das „kleine Glücksspiel“ den Automatenbereich mit den Glücksspielautomaten (Meyer & Bachmann, 2011).

Die im Folgenden angeführten Spielformen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer gesetzlichen Regelung¹, sondern auch bezüglich ihrer Charakteristika, welche im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Spielmotiven stehen (Köberl & Prettenhaler, 2009). Zudem wird vermutet, dass die unterschiedlichen strukturellen Merkmale der Glücksspielarten zu verschiedenen kognitiven Prozessen führen, durch die der Kontrollverlust und die Kontrollillusion unterschiedlich wahrgenommen werden (Dickerson, 1993).

Im Folgenden werden die Merkmale des „kleinen“ und „großen Glücksspiels“ angeführt.

2.2.1 Großes Glücksspiel *(verfasst mit Birgit Sumper)*

Das *Roulette* gehört zum „großen Glücksspiel“ und stellt eine der traditionellsten Angebote in diesem Bereich dar (Meyer & Bachmann, 2011). Zudem ist das *Roulette* unter den Casinospielen eine der am häufigsten ausgeübten Varianten bei Glücksspielern in Beratung oder Behandlung (J. Petry, 2003). Trotz der Tatsache, dass es sich hierbei um ein Zufallsspiel handelt, unterliegen die Spieler der kognitiven Verzerrung („gamblers’ fallacy“), dass die Wahrscheinlichkeit eines Spielausganges aus den zuvor erfolgten Spielergebnissen vorhergesagt werden kann, was durch die gezielten Anzeigen der

¹ In Österreich hat nur der Bund die Erlaubnis Glücksspiele durchzuführen (Glücksspielmonopol), kann diese jedoch an Konzessionäre weitergegeben (Glücksspielgesetz-Novelle, 2010). Wie im Bundesministerium für Finanzen dokumentiert (2014) unterliegen die Ausspielungen zwei großen Konzessionären: der Österreichischen Lotterien GmbH (Lotteriaeusspielungen) und der Casinos Austria AG (Spielbanken). Landesausspielungen für das Automatenglücksspiel unterliegen nicht dem Glücksspielmonopol, jedoch sind Maßnahmen zum Spielsucht einzuhalten (Glücksspielgesetz-Novelle, 2010). Auch Sportwetten unterliegen nicht dem Glücksspielmonopol, wodurch keine glücksspielrechtlichen Konzessionen erforderlich sind, sondern lediglich landesgesetzliche Bewilligungen (Köberl & Prettenhaler, 2009).

Spielergebnisse noch begünstigt wird (J. Petry, 2003). Meist verfolgen Spieler ein System, welches durch Gewinne bestätigt wird, während Verluste auf ungünstige externe Umstände zurückgeführt werden. Dieses Gefühl der Kontrolle über das Spiel führt zu einer Selbstwertsteigerung und ermöglicht eine Emotionsregulation (J. Petry, 2003). Zusätzlich spielt die ausgeprägte Tendenz zur Aufholjagd („chasing“) eine wesentliche Rolle für den Verlust großer Geldsummen (Petry, 1996).

Auch *Poker* und *Black Jack* zählen zum großen Glücksspiel. Beim Black Jack handelte es sich lange Zeit um die zweithäufigste Variante des großen Glücksspiels (Meyer & Bachmann, 2011).

Das Pokerspiel wird in Cash- und Turnierform angeboten und im Gegensatz zum Roulette oder Black Jack wird gegen andere Teilnehmer und nicht gegen die Bank gespielt (Meyer & Bachmann, 2011). Charakteristisch für das Pokerspiel sind die unmittelbare soziale Wettbewerbssituation und die Kompetenz der beteiligten Spielpartner (Petry, 1996). Bezugnehmend auf die Spielerkompetenz handelt es sich beim Poker laut Meyer und Bachmann (2011) um eine Mischform aus Geschicklichkeits- und Glücksspiel. Unter den verschiedenen Varianten des Poker gehört das „Texas Hold´em“ zu der populärsten Form (Meyer & Bachmann, 2011).

Es ist anzumerken, dass besonders im Bereich des Kartenspiels ein großer Kompetenzanteil erforderlich ist, um eine Überlegenheit gegenüber den Spielpartnern zu haben und somit einen finanziellen Nutzen zu erzielen. Daher gibt es in diesem Spielbereich erfolgreiche Berufsspieler, welche durch das Kartenspiel ihren Lebensunterhalt bestreiten können (Petry, 1996).

2.2.2 *Kleines Glücksspiel* (verfasst mit Birgit Sumper)

Zum „kleinen Glücksspiel“ wird das *Automatenglücksspiel* gezählt. Im Gegensatz zum großen Glücksspiel kommt es zu keiner Auseinandersetzung und keinem Kontakt mit Gegenspielern oder einem Croupier (Meyer & Bachmann, 1993). Es erfolgt ein Geldeinwurf und die Betätigung einer Starttaste oder eines Hebels, woraufhin in kürzester Zeit die Ausspielung mittels Gewinnsymbolen erfolgt (Meyer & Bachmann, 2011). Es wird also eine Münze eingeworfen und ein Zufallsmechanismus entscheidet, ob eine direkte Auszahlung stattfindet (Petry, 1996). Durch diesen Zufallsmechanismus kommt es zu besonders starken Kontrollillusionen, wie sie bei Glücksspielen mit einem hohen Kompetenzanteil oder ohne Geldeinsatz nicht vorkommen (Walker, 1992; zitiert nach J. Petry, 2003).

Nach Petry (2003) weisen Glücksspielautomaten eine strukturelle Besonderheit auf, da sie auf die spezifischen Bedürfnisse der Glücksspieler eingehen. Hierzu zählt unter anderem das kurze Auszahlungsintervall, die hohe Ereignisfrequenz, die aktive Einbeziehung des Spielers durch das Drücken der Tasten sowie das Auftreten von beinahe Gewinnen und diversen optischen und akustischen Signalen (Petry, 2003; Hayer, 2010). Ergänzend nennt Hayer (2010) die relativ kurze Zeitspanne zwischen Spielausgang und Gewinnauszahlung als besonders stimulierend, im Gegensatz zu Spielabläufen mit zeitverzögerter Gewinnausschüttung (z. B. „6aus45“ oder Lotto). Auch tragen sogenannte „Fast-Gewinne“ dazu bei, dass die Erwartungserhaltung gegenüber einem tatsächlichen Gewinn steigt. Außerdem kann die rasche Spielabfolge dazu führen, dass kein Überblick mehr über den monetären und zeitlichen Aufwand beim Spielen gegeben ist (Hayer, 2010).

In einer Expertenbefragung in Österreich zeigte sich, dass die Einschätzung des Abhängigkeitspotentials beim kleinen Glücksspiel als am höchsten eingestuft wurde (Kalke, 2011).

3. Pathologische Glücksspielsucht

Die Teilnahme an Glücksspielen kann harmlos verlaufen oder sich zu einer problematischen und pathologischen Form entwickeln. Es wird davon ausgegangen, dass die Formen des Spielverhaltens in einem Kontinuum existieren und sich durch den Ausprägungsgrad der Probleme unterscheiden (Meyer & Bachmann, 2011). Anhand der unterschiedlichen Schweregrade des Problems wurden von Shaffer, Hall und Vander Bilt (1997) drei Gruppen von Glücksspielern klassifiziert: Spieler ohne Spielproblematik, Problemspieler und pathologische Spieler.

Zu der ersten Gruppe gehören sowohl „Gelegenheits- oder soziale Spieler“, welche die größte Gruppe unter den Glücksspielern bilden, als auch „professionelle Spieler“ (Meyer & Bachmann, 2011). Die „Problemspieler“ sind schon einem erhöhten Gefährdungspotential ausgesetzt (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1997) und werden unter anderem dadurch klassifiziert, dass sie mittlere Werte in Screeningverfahren erreichen (z. B. einen Wert zwischen 3 und 4 im South Oaks Gambling Screen (SOGS); Volberg, Abbott, Ronnberg & Munck, 2001). Dahingegen erfüllen die „pathologischen Spieler“ alle notwendigen Kriterien für eine Diagnose der pathologischen Glücksspielsucht (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1997).

Untersuchungen zeigten, dass die Anzahl an Problemspielern oder generell die Teilnahme an Glücksspielen aufgrund der stetigen Entwicklung neuer Glücksspielmedien und der geographischen Nähe zu Spielstätten steigt (Campbell & Lester, 1999; Jacques, Ladouceur, & Ferland, 2000). Die genannten Faktoren führten auch zu einer Steigerung der Prävalenzrate bei pathologischen Spielern (Raylu & Oei, 2002). Bischof et al. (2012) gehen anhand einer Analyse internationaler epidemiologischer Untersuchungen von einer 12-Monats Prävalenzrate von 0,2% - 1,8% bei pathologischem Glücksspielverhalten und einer Rate von 0,3% – 2,4% bei Problemspielern aus, wobei sich die Spannbreite durch Unterschiede in der methodischen Durchführung erklären lässt. Die Lebenszeitprävalenz kann bis zu 5.1% geschätzt werden (N. M. Petry & Armentano, 1999).

Da die vorliegende Untersuchung in Österreich durchgeführt wurde, kann anhand einer Repräsentativbefragung von Kalke et al. (2011) gezeigt werden, dass bei 0.66% der Befragten ein pathologisches Glücksspielverhalten zutraf (N=6.324). Das Alter der

Befragten lag zwischen 14 und 65 Jahren und sowohl für ein problematisches als auch pathologisches Glücksspielverhalten waren die Zahlen für männliche Teilnehmer höher (0.7% - 0.9%) als bei Frauen (0.1% - 0.4%) (Kalke et al., 2011).

3.1. Definition der pathologischen Glücksspielsucht

Ausgehend vom jeweiligen theoretischen Standpunkt liegen unterschiedliche Definitionen und Kriterien der Glücksspielsucht vor (siehe Meyer & Bachmann, 2011, S. 34). In dieser Arbeit wird angelehnt an J. Petry (2003) die Bezeichnung „pathologische Glücksspielsucht“ verwendet. Nach J. Petry (1996) beinhaltet der Begriff „Glücksspielsucht“ die wesentlichen Merkmale (Glück, Spiel und Sucht), welche das Störungsbild ausmachen. Dieser Begriff verdeutlicht im Gegensatz zu dem im allgemeinen Sprachgebrauch verwendeten Begriff „Spielsucht“, dass sich die pathologische Entwicklung des Spielverhaltens nur auf das Glücksspiel bezieht (Meyer & Bachmann, 2011).

Die pathologische Glücksspielsucht stellt eine Suchterkrankung dar, welche sich nicht an eine extern zugeführte psychotrope Substanz oder Alkohol, sondern an das „Medium Glücksspiel“ richtet (J. Petry, 1996), wodurch das pathologische Glücksspiel als eine Art der „Verhaltenssucht“ gilt. Eine Verhaltenssucht ist stoffungebunden, denn die psychotrope Wirkung entsteht durch die Aktivierung im Belohnungssystem und durch körpereigene biochemische Veränderungen aufgrund eines bestimmten exzessiv belohnenden Verhaltens (Holden, 2001; Thalemann, 2009). Zudem zeigen sich dieselben zugrundeliegenden Mechanismen und Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung wie bei einer substanzabhängigen Suchterkrankung (Böning & Grüsser-Sinopoli, 2009).

Gemeinsame Merkmale sind die biologischen, psychologischen und sozialen Folgen, welche für Suchterkrankungen im Allgemeinen charakteristisch sind (Shaffer & Kidman, 2003). Zusätzlich ist die psychische Abhängigkeit gegenüber dem Suchtmittel als Symptom zu nennen, welche für alle Suchtformen charakteristisch ist und den Suchtcharakter der pathologischen Glücksspielsucht belegen sollen (Meyer & Bachmann, 1993). Als weitere suchtanaloge, aber nicht suchtspezifische Merkmale werden der Kontrollverlust nach Spielbeginn, erfolglose Abstinenzversuche und negative psychische

und teilweise physische Auswirkungen eines freiwilligen oder unfreiwilligen Aussetzens des Spielens genannt (Meyer & Bachmann, 1993). Blaszczynski, Walker, Sharpe und Nower (2008) stützen durch ihre Studienergebnisse die Annahme, dass Glücksspieler vergleichbare Symptome (am häufigsten Irritierbarkeit, Unruhe oder auch Ängstlichkeit) eines Entzugs zeigen können wie Personen mit einer Substanzabhängigkeit.

Allgemein können die Gemeinsamkeiten mit stoffgebunden Süchten durch häufig auftretende Mehrfachabhängigkeiten erklärt werden (Meyer & Bachmann, 1993; Griffiths, 1994). Diese oft diskutierte Vergleichbarkeit zwischen einer stoffgebunden Suchterkrankung und der pathologischen Glücksspielsucht lässt sich auch in einer Studie von Reuter et al. (2005) anhand bildgebender Verfahren (fMRT) veranschaulichen.

3.2. Erscheinungsbild

Bei einem pathologischen Glücksspielverhalten kann ein immer wiederkehrendes Erscheinungsbild beobachtet werden (Meyer & Bachmann, 2011). Darunter fällt, dass das Glücksspiel zum zentralen Lebensmittelpunkt wird, ein Kontrollverlust auftritt, erfolglose Abstinenzversuche vorliegen, eine Toleranzentwicklung entsteht, entzugsähnliche Erscheinungen auftreten können und es sowohl zu finanziellen, als auch zu psychosozialen Folgeschäden kommt (Meyer & Bachmann, 2011).

Wenn das Glücksspiel bereits den zentralen Lebensinhalt von Personen darstellt und der Spieler die Kontrolle über seinen Umgang mit dem Glücksspiel verloren hat, kommt es zum „Chasing“. Beim Chasing handelt es sich um ein spezifisches Konstrukt bei dem versucht wird, einen Verlust durch oftmals höhere Einsätze auszugleichen – Verlusten wird hinterher gejagt (Dickerson, 1993). Es entwickelt sich zudem eine Toleranz gegenüber dem Medium Glücksspiel und der gewünschte emotionale Effekt kann nur durch gesteigertes Risiko und höhere Einsätze erreicht werden (Meyer & Bachmann, 2011). Auch erfolglose Abstinenzversuche sind bezeichnend für pathologische Glücksspieler und führen häufig zu einem exzessiveren Spielverhalten (Meyer & Bachmann, 2011). Müssen Spieler das Glücksspiel einstellen oder reduzieren, zeigen sich psychische oder auch physische entzugsähnliche Symptome (Meyer & Bachmann, 2011). Diese negativen Auswirkungen werden mit den Entzugserscheinungen einer

stoffgebunden Abhängigkeitserkrankung gleichgesetzt und durch das „Craving“, den intensiven Wunsch zu spielen, erweitert (Kröber, 2009). Fortschreitende Entwicklungen in Richtung eines unkontrollierbaren und pathologischen Glücksspielverhaltens führen zwangsläufig zu finanziellen Problemen und später auch zu psychosozialen Folgeschäden. Durch die auftretenden Probleme und entstandenen Schuldgefühle und Depressionen wird das Weiterspielen noch motiviert (Meyer & Bachmann, 2011).

3.3. Phasen des Glücksspielverhaltens

Die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens wird in drei Phasen beschrieben: das positive Anfangsstadium, das kritische Gewöhnungsstadium und das Suchtstadium. Anzumerken ist, dass die identifizierten Symptome der jeweiligen Phasen meist fließend ineinander übergehen und nicht klar voneinander abzugrenzen sind (Meyer & Bachmann, 2011).

Positives Anfangsstadium

Nach dem ersten Kontakt mit dem Glücksspiel stehen anfänglich die kleinen Geldgewinne im Vordergrund und diese werden eher auf die eigenen Fähigkeiten als auf den Zufall attribuiert (Grüsser & Thalemann, 2006).

Nach der Beschreibung von Meyer und Bachmann (2011) stellt die Teilnahme am Glücksspiel eine positive Erfahrung dar. Vor allem ein Gewinn führt zu einer Selbstwertsteigerung und euphorischen Gefühlen. Schon kleine Gewinne oder das Eingehen eines Risikos können im weiteren Verlauf zu der gewünschten Entspannung und Entlastung bei psychischen Problemen führen, wodurch die pathologische Entwicklung noch beschleunigt werden kann.

In dieser Phase stellt das Glücksspiel noch eine Freizeitbeschäftigung dar, jedoch wächst die Risikobereitschaft immer weiter an (Meyer & Bachmann, 2011).

Kritisches Gewöhnungsstadium

Es zeigen sich erstmals die bereits erwähnten Merkmale, welche das Erscheinungsbild einer problematischen bzw. pathologischen Form des Glücksspielverhaltens ausmachen (vgl. Kapitel 3.2.). So kommt es zum „Chasing“ und zu

einer zunehmenden Spielintensität, da durch die Toleranzentwicklung die positive Wirkung des Glücksspiels abnimmt (Grüsser & Thalemann, 2006).

Das Spielverhalten entwickelt zudem eine Eigendynamik. Es werden risikoreichere Varianten des Glücksspiels gewählt und es wird an mehreren Automaten gleichzeitig gespielt. Die dadurch entstandenen Verluste können nicht mehr selbst oder nebenbei finanziert werden. Das Geld erfüllt nunmehr die Funktion des Startkapitals und jeglicher Bezug zum realen Geldwert geht verloren (Meyer & Bachmann, 2011).

Aufgrund der sedierenden bzw. erregenden Wirkung des Glücksspiels wird dieses immer wieder aufgesucht (Grüsser, Plöntzke, Albrecht, 2005). Auch spielt das Verlangen depressive Stimmungen zu überwinden eine große Rolle (Zanki & Fischer, 2009). Das Spielverhalten ist jedoch noch kontrollierbar und Abstinenzphasen sind möglich (Grüsser & Thalemann, 2006).

Suchtstadium

Sobald der Spieler die Kontrolle über sein Glücksspielverhalten verloren hat, eine Abstinenznotwendigkeit nicht erkennt und sich ein eigenständiges Störungsbild entwickelt hat, spricht man vom Suchtstadium. Es kommt zu kognitiven Verzerrungen durch die Annahme, die Spielergebnisse beeinflussen zu können, und Betroffene gelangen zu der Überzeugung, dass sie auf das Glücksspiel nicht mehr verzichten können (Grüsser & Thalemann, 2006). Neben den Schuldgefühlen und dem beginnenden sozialen Abstieg zeigt der Spieler Persönlichkeitsveränderungen, die das Ausmaß einer Depression annehmen können (Grüsser & Thalemann, 2006).

Nachdem ein problematisches Glücksspielverhalten erkannt wurde, dauert es meist Jahre, bis Hilfe aufgesucht wird (Meyer & Bachmann, 2011). Nach N. Petry (2005; zitiert nach Meyer & Bachmann, 2011) nimmt ein Spieler die Probleme erst nach einem Zeitraum von 4 bis 10 Jahren wahr.

3.4. Entstehung und Aufrechterhaltung der pathologischen Glücksspielsucht

Im Hinblick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der pathologischen Glücksspielsucht sind unterschiedliche Erklärungstheorien und Modelle bekannt.

Erklärungstheorien

Bei der Entstehung einer pathologischen Glücksspielsucht weist der *psychoanalytische Erklärungsansatz* auf frühkindliche Störfaktoren in der Entwicklung und auf die damit entstandenen unbewussten Motive des pathologischen Glücksspielverhaltens hin (Meyer & Bachmann, 2011). Meist wird von dem Phasenmodell von Freud (zitiert nach Meyer & Bachmann, 2011) ausgegangen und das pathologische Glücksspielverhalten auf eine gestörte Libidoentwicklung zurückgeführt.

Lerntheoretische Ansätze berücksichtigen neben der klassischen und operanten Konditionierung auch soziale, kognitive und affektive Aspekte der individuellen Lerngeschichte (Meyer & Bachmann, 1993). Hierbei wird exzessives Glücksspiel als ein vom Individuum erlerntes Verhalten erfasst, welches durch Lernprozesse aufrechterhalten und modifiziert wird (Meyer & Bachmann, 1993). Das Glücksspiel wird also zu einem gewohnten Verhaltensmuster. Schon die Glücksspielumgebung kann nach einiger Zeit zu den erwünschten und erlernten Erregungszuständen führen (Blaszczynski & Nower, 2002). Zu einer negativen Verstärkung kommt es, wenn die erregende Wirkung des Glücksspiels dazu führt, dass Depressionen und Ängstlichkeit verringert werden. Dies kann dazu beitragen, dass sich das Glücksspielverhalten noch schneller zu einer Gewohnheit entwickelt (Blaszczynski & Nower, 2002).

Von den Lerntheorien lässt sich auch der *kognitive Ansatz* ableiten. Es handelt sich hierbei um die kognitiven Mechanismen und Verzerrungen, welche für die Aufrechterhaltung und Intensivierung des Glücksspielverhaltens bis hin zu einer pathologischen Erscheinungsform verantwortlich sind (Meyer & Bachmann, 2011). Zu diesen kognitiven Verzerrungen zählen: Kontrollillusionen, fälschlich eingeschätzte Gewinnwahrscheinlichkeiten aufgrund vorangegangener Spielausgänge („gamblers fallacy“), sowie die externe Attribuierung von Verlusten und die interne Ursachenzuschreibung eines Gewinnes. Außerdem wird an dem Glücksspiel als Handlungsalternative festgehalten (Griffiths, 1994; Petry, 2003).

Unter der Berücksichtigung, dass sowohl biologische, soziale und psychologische Faktoren mit individuellen Ausprägungsanteilen für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens verantwortlich sind, hat sich das *Vulnerabilitäts-Stressmodell* entwickelt (Kräplin & Bühringer, 2011). Nach diesem Modell entsteht eine pathologische Glücksspielsucht durch angeborene und früh erworbene Anfälligkeiten („Vulnerabilitäten“) einer Person in Verbindung mit äußeren Faktoren und Belastungen („Stressoren“). Die im Folgenden aufgezählten Risikofaktoren stellen meist die Vulnerabilitäten dar. Bei den akuten Stressoren kann es sich z. B. um psychische Störungen, berufliche oder private Misserfolge handeln (Kräplin & Bühringer, 2011).

Das *Suchtmodell* basiert auf der Annahme, dass eine genetische Prädisposition und mehrmaliger Kontakt mit dem Glücksspiel zu einer lebenslangen Glücksspielsucht führen (Sonntag, 2006). In der Einstiegsphase werden zusätzlich weitere Ursachen für eine pathologische Entwicklung des Glücksspielverhaltens berücksichtigt, wie z. B. der Geldgewinn, das häufige Spiel am Automaten oder abergläubische Ideen (Bachmann & El-Akhras, 2010). Hat das Glücksspielverhalten bereits eine Eigendynamik entwickelt, wird von der Abhängigkeitsphase gesprochen (Bachmann & El-Akhras, 2010).

Im Gegensatz dazu steht das *Neurosenmodell*. Hierbei wird angenommen, dass sich die pathologische Glücksspielsucht durch bereits bestehende „Neurosen“ oder Probleme entwickelt (Sonntag, 2006). Das Glücksspiel dient zur Ablenkung, um negative Emotionen nicht mehr wahrzunehmen, wodurch das Glücksspiel immer wieder aufgenommen wird (Sonntag, 2006).

Risikofaktoren

Neben den genannten Modellannahmen und Theorien werden prädisponierende Faktoren genannt, welche zu einem besseren Verständnis der Ätiologie, Funktionalität, dem Verlauf sowie der Genese der Glücksspielsucht beitragen sollen (Zanki & Fischer, 2009).

Häufig zeigen sich soziodemographische und personenbezogene Risikofaktoren. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem ein niedriger sozioökonomischer Status (Kräplin & Bühringer, 2011) oder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie Sensation Seeking oder Impulsivität (Raylu & Oei, 2002). Des Weiteren sind erhöhte Prävalenzen der

pathologischen Glücksspielsucht bei Männern (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1999; Sonntag, 2006; Volberg, Abbott, Rönnerberg & Munck, 2001) und bei jungen Erwachsenen zu beobachten (Kim, Grant, Eckert, Faris, & Hartman, 2006).

Blaszczynski und Nower (2002) nennen zudem, dass vor allem die Gruppe der Problemspieler aufgrund ihrer emotionalen Vulnerabilität das Glücksspiel primär als eine Möglichkeit zur Unterdrückung oder einer Erregung ihrer affektiven Zustände sehen. Dieser dysfunktionale Umgang mit Emotionen ist meist durch biologische oder psychosoziale Faktoren bedingt und sollte in der Spielerbehandlung berücksichtigt werden (Blaszczynski & Nower, 2002). Ein solcher Zusammenhang von Defiziten oder ungünstigen (maladaptiven) Strategien der Emotionsregulation wird auch bei substanzgebundenen Suchterkrankungen berichtet (z. B. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Jedoch zeigten Ergebnisse einer kürzlich durchgeführten Diplomarbeitstudie (Furian, 2014) bei opiodabhängigen Patienten in stationärer Behandlung, dass diese generell positiv mit negativen Emotionen umgehen. Der Umgang mit positiven Emotionen wurde allerdings durch eine komorbide Depression verschlechtert (Furian, 2014). Auch besonders in einer stressvollen Abstinenzsituation wurden von Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper und Sinhal (2007) Schwierigkeiten in der Emotionsregulation bei Patienten mit einer Kokainabhängigkeit festgestellt. Für die Gruppe der pathologischen Glücksspieler liegen in diesem Zusammenhang erst wenig Untersuchungen vor. Eine Untersuchung von Williams, Grisham, Erskine und Cassidy (2012) lässt jedoch anhand der Ergebnisse auch bei pathologischer Glücksspielsucht die Anwendung von maladaptiven Strategien der Emotionsregulation vermuten.

Neben den genannten Faktoren kann das Risiko auch vom Glücksspiel selbst ausgehen. Wie schon erwähnt können sich sowohl die geographische Nähe (Jacques, Ladouceur, & Ferland, 2000) als auch die besonderen Gegebenheiten der einzelnen Glücksspielarten positiv auf eine pathologische Entwicklung des Glücksspielverhaltens auswirken (Sonntag, 2006).

3.5. Behandlung

Eine Spielerbehandlung kann sowohl ambulant als auch stationär oder in Selbsthilfegruppen stattfinden. Bei ambulanten und stationären Behandlungen folgt man meist einem integrativen Therapieansatz (Meyer & Bachmann, 2011). Der integrative Psychotherapieansatz soll sich an die komplexen Bedingungen zur Aufrechterhaltung und Entstehung der pathologischen Glücksspielsucht anpassen, weshalb nach Meyer und Bachmann (2011) kognitive, verhaltens- und gesprächstherapeutische sowie psychodynamische Ansätze miteinander zu verbinden sind. Zusätzlich ist die Gruppentherapie ein großer Bestandteil einer Behandlung, da durch interpersonales Lernen und das Aussprechen von Erfahrungen und Emotionen gegenüber anderen therapeutische Zielsetzungen umgesetzt werden können (Meyer & Bachmann, 2011).

Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern erfolgt in einer bestimmten Reihenfolge, in der die Therapieziele umgesetzt werden: Herstellung der Motivation und Entzug des Suchtmittels, Krankheitseinsicht, Rückfallprophylaxe und Abstinenz und Therapie der Ursachen (Zanki & Fischer, 2009; Meyer & Bachmann, 2011). Da überwiegend finanzielle Beweggründe für eine Therapie vorliegen, muss ein entsprechendes Geldmanagement zur Verbesserung der finanziellen Situation Gegenstand einer laufenden Behandlung sein (Zanki & Fischer, 2009).

Die Therapie verläuft weitgehend symptomorientiert und setzt den Fokus auf das Suchtverhalten selbst und dessen Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung (Meyer & Bachmann, 2011). Ein Faktor, welcher zur Entstehung eines pathologischen Glücksspielverhaltens beitragen kann, ist z. B. die bereits erwähnte Aktivierung des Belohnungssystems. Es ist demnach wichtig, alternative Verhaltensweisen auszuarbeiten, welche dieselbe positive belohnende Wirkung wie das Suchtverhalten hervorrufen können (Meyer & Bachmann, 2011). Zu den aufrechterhaltenden Faktoren zählen z. B. kognitive Verzerrungen, eine falsche Einschätzung zu Gewinn- und Verlustchancen sowie eine falsche Einstellung zum Geld (Zanki & Fischer, 2009). Neben diesen Faktoren wird in der Behandlung auf die individuellen Kompetenzen, die Beweggründe für ein pathologisches Glücksspielverhalten und die Funktionalität des Glücksspiels eingegangen (Zank & Fischer, 2009). Bei der Funktionalität kann es sich oftmals um eine Art Selbstmedikation handeln. Dies gilt vor allem für ängstliche und depressive Glücksspieler (Raylu & Oei,

2002), weshalb komorbide Störungen wie Depressionen und Angststörungen in der Behandlung berücksichtigt werden sollten (J. Petry, 2003).

Neben den therapeutischen Behandlungen können auch pharmakologische Interventionen gesetzt werden. Welche Art von Psychopharmaka eingesetzt werden, richtet sich danach, ob ein Dopamin oder Serotoninmangel, ein Überschuss an Endorphinen oder eine Beeinträchtigung in der Impulskontrolle vorliegt (siehe J. Petry, 2003, S. 77).

Eine der am häufigsten angewandten Therapieformen ist jedoch die kognitive Verhaltenstherapie, deren Effektivität in einigen Studien bestätigt werden konnte (Raylu & Oei, 2002; Sylvian, Ladouceur, & Boisvert, 1997; N. M. Petry et al., 2006). Ein entsprechendes Therapieprogramm mit kognitiv-behavioralen Ansätzen beinhaltet das Training von Strategien zur Problemlösung und von sozialen Fertigkeiten sowie den Aufbau alternativer Verhaltensweisen, welche dieselben belohnenden Wirkungen erzielen (Sylvian, Ladouceur, & Boisvert, 1997; Grüsser & Thalemann, 2006). Einfach zusammengefasst, zielt die kognitive Verhaltenstherapie auf die Stärkung und Modifizierung von Copingstrategien gegen das Glücksspiel, wodurch z. B. der Umgang mit dem starken Verlangen zu Spielen erlernt werden soll (Williams et al., 2012).

Als weiterer Schwerpunkt der kognitiven Verhaltenstherapie gilt die „Rückfallprophylaxe“, da die Abstinenz oder die Kontrolle des Glücksspielverhaltens das Therapieziel darstellen (Raylu & Oei, 2002). Die Rückfallgefährdung wird durch eine Auseinandersetzung und Ausarbeitung von Risikosituationen und Faktoren in die Behandlung miteinbezogen, wobei besonders pathologische Glücksspieler Situationen als risikoreich empfinden, die mit negativen Gefühlen behaftet sind (J. Petry, 2003). Eine besonders risikoreiche und stressbehaftete Situation für Suchtpatienten stellt, wie bereits erwähnt, die abstinente Phase dar (z. B. Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinhal, 2007). Daughters et al. (2005) gingen bei ihrer Untersuchung mit pathologischen Glücksspielern von der Hypothese aus, dass eine emotionale Vulnerabilität (z. B. ein negativer Affekt oder eine Intoleranz gegenüber Stress) zu einem früheren Rückfall führt. Es zeigte sich, dass besonders jene pathologischen Glücksspieler, die noch nie länger als zwei Wochen spielfrei waren, eine erhöhte Stressreaktion zeigten und eine stressinduzierende Aufgabe früher abbrachen als jene Spieler, die für mindestens drei Monate abstinent waren. Eine

Unterscheidung dieser beiden Gruppen ist für eine Individualisierung der Behandlung bei pathologischer Glücksspielsucht von Bedeutung (Daughters et al., 2005). Auch die Behandlung von eventuellen komorbiden Störungen ist eine wesentliche Maßnahme zur Prävention von Rückfällen und Erhaltung von Abstinenz (Hodgins, Peden, & Cassidy, 2005).

Je nach theoretischen Annahmen bezüglich der Entstehung der Glücksspielsucht variieren die Ziele zwischen den und innerhalb der einzelnen Therapieformen (Raylu & Oei, 2002). Orientiert man sich demzufolge an dem Neurosenmodell von Hand (2004; zitiert nach Zanki & Fischer, 2006) ist die Abstinenz weder eine Voraussetzung noch eine bedingte Zielsetzung der Therapie. Beim Suchtmodell hingegen stellt die Abstinenz das Therapieziel dar und wird als einzige Lösung der Glücksspielsucht angesehen (Sonntag, 2006).

3.6. Definition nach DSM-V und ICD-10

Die pathologische Glücksspielsucht wurde im Jahr 1980 durch die Aufnahme in das Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III) offiziell als eigenständige psychische Störung anerkannt, woraufhin im Jahr 1991 die Aufnahme in die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) folgte (Zanki & Fischer, 2012). In beiden Klassifikationssystemen wurde die pathologische Glücksspielsucht bislang den „Impulskontrollstörungen“ zugeordnet.

Im DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) wird die pathologische Glücksspielsucht nun unter „Sucht und zugehörige Störungen“ eingeordnet und als „Glücksspiel-Störung“ bezeichnet. Das pathologische Glücksspiel ist somit die erste substanzungebundene Suchterkrankung, die unter diese Kategorie fällt (Rumpf & Kiefer, 2011). Nach DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) charakterisiert sich die pathologische Glücksspielsucht durch die in Tabelle 1 dargestellten Kriterien. Für eine Diagnose müssen sich mindestens vier dieser Kriterien in den letzten 12 Monaten gezeigt haben.

Im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die pathologische Glücksspielsucht im Abschnitt der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F63) unter „abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle“ (F63.0) gelistet. Das Hauptmerkmal für die pathologische Glücksspielsucht nach ICD-10 ist das andauernde, wiederholte und oft noch gesteigerte Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2014).

Tabelle 1

DSM -V (312.31): Diagnosekriterien der Glücksspiel-Störung (nach DSM-V, American Psychiatric Association, 2013, S. 585)

A. Andauerndes und wiederkehrendes problematisches Glücksspielverhalten, welches zu klinisch signifikanten Beeinträchtigungen oder Distress führt und sich in mindesten vier dieser Merkmale in den letzten 12 Monaten ausdrückt.

1. Steigerung der Einsätze, um das gewünschte Erregungsniveau zu erreichen.
2. Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken oder aufzugeben.
3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben
4. Starke Eingenommenheit vom Glücksspiel (z. B.: gedankliche Beschäftigung mit Geldbeschaffung)
5. Glücksspielen bei Missstimmung
6. Erneutes Glücksspiel um Geldverluste auszugleichen
7. Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu verbergen
8. Gefährdung von wichtigen Beziehungen, von Arbeitsplatz und Karrieremöglichkeiten
9. Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte

B. Das Spielverhalten kann nicht besser aufgrund einer manischen Episode erklärt werden.

3.7. Komorbiditäten

Unter Komorbiditäten versteht man das gleichzeitige Auftreten und Vorhandensein von mehr als einer psychischen Störung. Die Erfassung und Diagnose von komorbiden Störungen ist besonders für die Behandlung wichtig, da sich die Wechselwirkung

mehrerer gleichzeitig auftretender Störungen negativ auf die Behandlungsergebnisse und den Krankheitsverlauf auswirken kann (Zanki & Fischer, 2009).

Aufgrund der Relevanz für diese Arbeit werden in den nachfolgenden Kapiteln Untersuchungsergebnisse zu dem gleichzeitigen Auftreten von Depressionen oder Angststörungen und der pathologischen Glücksspielsucht angeführt.

Vorab ist anzumerken, dass aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob es sich bei den komorbiden Störungen um die Ursache oder Folge der pathologischen Glücksspielsucht handelt (Raylu & Oei, 2002). Es wird jedoch angenommen, dass eine gemeinsame Ätiologie der einzelnen Störungen vorliegt, wobei Modelle zu genetischen, umweltbedingten oder persönlichkeitsbezogenen Gemeinsamkeiten noch nicht ausreichend untersucht oder formuliert wurden (Hodgins, Peden & Cassidy, 2005).

Premper und Schulz (2008) postulieren anhand ihrer Untersuchungsergebnisse, dass von depressiven Krisen im Laufe der pathologischen Glücksspielsucht auszugehen sei, wobei Angststörungen als eindeutige Risikofaktoren für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens gesehen werden sollten.

3.7.1 *Depressionen*

Depressionen oder depressive Symptome sind als komorbide Störungen bei pathologischer Glücksspielsucht häufig zu beobachten. Anhand verschiedener Untersuchungen lassen sich Prävalenzraten zwischen 28% und 76% ableiten (Kim, Grant, Eckert, Faris, & Hartman, 2006). Auch gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe wiesen pathologische Glücksspieler eine erhöhte Lebenszeitprävalenz von Depressionen auf (Specker, Carlson, Edmonson, Johnson & Marcotte, 1996). Ähnliche Ergebnisse zeigten McCormick, Russo, Ramirez und Taber (1984; zitiert nach Levy & Feinberg, 1991) in ihrer klinischen Untersuchung mit männlichen Patienten bezüglich des Auftretens von hypomanischen Phasen (Lebenszeitprävalenz von 38%). Im Gegensatz dazu liegen auch Untersuchungen vor, die keine erhöhten Lebenszeitprävalenzen depressiver Störungen zeigen konnten (Ibáñez et al., 2001).

Das gemeinsame Auftreten von affektiven Störungen und der pathologischen Glücksspielsucht wurde auch im Rahmen von Bevölkerungsstudien untersucht. Ergebnisse von Cunningham-Williams, Cottler, Compton und Spitznagel (1998) zeigten, dass Depressionen im Laufe des Lebens häufiger bei Personen auftreten, die generell an Glücksspielen teilnehmen, als bei Nicht-Spielern. Die in Amerika durchgeführte Befragung von Kessler et al. (2008) ergab neben Angststörungen und substanzgebundenen Abhängigkeiten auch eine erhöhte Prävalenz für affektive Störungen (Major Depression, 38.6%; Bipolare Störung, 17.0%). Bei einer weiteren Befragung von 30 Problemspielern wurde zum Testzeitpunkt der Hälfte der Teilnehmer eine Depression nachgewiesen (Black & Moyer, 1998). Black und Moyer (1998) gingen aufgrund dieses Ergebnisses davon aus, dass Depressionen schon vor der pathologischen Glücksspielsucht vorliegen.

Liegt bereits eine Depression vor, kann das Glücksspiel als eine Art Selbstmedikation oder Bewältigungsstrategie angesehen werden (Blaszczynski & Nower, 2002; Cunningham-Williams, Cottler, Compton & Spitznagel, 1998). Alternativ kann eine Depression auch erst durch die finanziellen oder sozialen Probleme des pathologischen Glücksspielverhaltens entstehen (Hodgins, Peden & Cassidy, 2005).

3.7.2. *Angststörungen*

Premper und Schulz (2008) zeigten in ihrer Untersuchung, dass Angststörungen überwiegend (76.9%) vor dem pathologischen Glücksspielverhalten auftraten.

Crockford und el-Guebaly (1998) berücksichtigten in ihrer Meta-Analyse drei Studien mit erhöhten Prävalenzen von Angststörungen. Die Autoren berichteten allerdings von etlichen methodischen Limitationen und schließen darauf, dass Angststörungen nicht als generalisierte Komorbiditäten bei pathologischer Glücksspielsucht betrachtet werden können. Weitere Autoren konnten vor allem bei aktuelleren Studien trotzdem erhöhte Prävalenzen von Angststörungen nachweisen (Cunningham-Williams, Cottler, Compton, & Spitznagel, 1998; Premper & Schulz, 2008). Auch eine Untersuchung von Specker et al. (1996) zeigte eine erhöhte Lebenszeitprävalenz (37.5%) von Angststörungen bei pathologischen Glücksspielern.

4. Emotionen

Abhängig von der Forschungsrichtung unterliegen Emotionen unterschiedlichen Begriffsdefinitionen. Zahlreiche Definitionen wurden von Kleinginna und Kleinginna (1981) zusammengefasst und analysiert. Die daraus abgeleitete Definition stellt die signifikantesten Aspekte von Emotionen dar. Emotionen können demnach affektive Erfahrungen und kognitive Prozesse auslösen, sowie zu einem zielgerichteten und adaptiven Verhalten und einer physiologischen Anpassung an gewisse erregende Bedingungen führen (Kleinginna & Kleinginna, 1981).

Gross (2014) charakterisiert Emotionen durch zwei Hauptmerkmale. Zuerst geht es um den Zeitpunkt, an dem Emotionen auftreten. Üblicherweise geschieht dies nach der Evaluierung und Bewertung einer Situation. Durch diese Bewertungen können sich Situationen in ihrer persönlichen Bedeutung ändern, womit sich auch die betreffenden Emotionen verändern. Zweitens setzen Emotionen Impulse, die zu aktiven und flexiblen Handlungen führen, um eine Situation zu verändern (Ellsworth & Scherer, 2003; Gross, 2014).

Auch Ellsworth und Scherer (2003) definieren Emotionen dadurch, dass sie sowohl eine Handlung auslösen können als auch eine Neubewertung (appraisal) einer Situation oder eines Stimulus ermöglichen.

Durch diese Merkmale unterscheidet sich die Emotion von einem *Gefühl*, denn das Gefühl bezeichnet den subjektiven Aspekt im Erleben von Emotionen (Gross, 2014). Bei einem Gefühl entsteht eine bewusst wahrgenommene körperliche Regung, die zu einer persönlichen Stellungnahme gegenüber der eigenen Befindlichkeit führt (Galliker, 2009). Trotzdem werden beide Begriffe häufig als sinngleich angesehen (Gross, 2014).

Obwohl eine klare Abgrenzung von Emotionen und anderen Konstrukten durch die unterschiedlichen Definitionen erschwert wird, ordnet Gross (2014) *Emotion* neben *Stress* und *Stimmungen* dem Überbegriff *Affekt* unter und unterscheidet diese voneinander. Die Bezeichnung des Affektes bezieht sich jedoch nicht nur auf einen Überbegriff, sondern steht auch für eine heftige und unkontrollierbare Emotion (Schwab, 2004).

Nach Gross (2014) unterscheidet sich die Emotion vom *Stress* dahingehend, dass auf Stress normalerweise negativ reagiert wird, wohingegen Emotionen auch positive affektive Zustände (z. B. Freude) mit einbeziehen (Lazarus, 1993; zitiert nach Gross, 2014).

Bei *Stimmungen* kommt es im Gegensatz zu Emotionen zu längerfristigen Veränderungen. Zudem handelt es sich bei Stimmungen nicht um Reaktionen auf spezifische Reize, wie z. B. die überraschende Anwesenheit eines Freundes bei der Abschlussprüfung (Gross, 2014; Schwab, 2004). Dadurch dass Emotionen an bestimmte Reize bzw. Objekte gekoppelt sind, kommt es zu Verhaltensreaktionen, wobei Stimmungen mehr auf der kognitiven Ebene zu Veränderungen führen (Gross, 2014).

Bezüglich der Entstehung von Emotionen beschreibt Gross (2014) das „Modal Model of Emotion“, welches auch die Basis für das in der vorliegenden Arbeit relevante Prozessmodell darstellt. Dieses Modell beinhaltet Bestandteile, welche für die Entstehung von emotionalen Reaktionen und Emotionen verantwortlich sind. Vereinfacht beschrieben entsteht demnach eine Emotion durch die Abfolge von Situation, Aufmerksamkeit, Bewertung und Reaktion (Abbildung 1). Die Generierung einer Emotion beginnt mit einer Situation, die durch internale oder externale Gegebenheiten als psychologisch relevant eingestuft wird. Auch Lazarus (1991) geht davon aus, dass Emotionen entstehen, wenn eine Situation für die Erreichung eines Ziels als wichtig eingestuft wird.

Anschließend wird die Aufmerksamkeit auf die Situation gerichtet. Durch die Aufmerksamkeitszuwendung kommt es zu einer Bewertung, die wiederum zu einer emotionalen Reaktion führt (Gross, 2014). Durch die emotionale Reaktion werden direkt Veränderung des Verhaltens, des Erlebens und der physiologischen Prozesse ausgelöst. Die Emotionsgenerierung erfolgt demnach in einem dynamischen Prozess (König, 2011). Es ist möglich, dass die entstandenen emotionalen Reaktionen die Situation verändern, die ursprünglich für den Generierungsprozess der Emotion verantwortlich war (Gross, 2014). Auch die emotionale Reaktion kann sich wieder verändern. Durch diese Veränderungen wird die Regulation von Emotionen erst ermöglicht (Gross & Thompson, 2007; zitiert nach König, 2011).

5. Emotionsregulation

Emotionen können in ihrer Funktion die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis oder auch soziale Interaktionen verändern, unterliegen jedoch selbst einem Regulations- und Modifikationsprozess (siehe Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008). Dieser Prozess wird als Emotionsregulation bezeichnet. Somit wird als Emotionsregulation nicht die Art und Weise verstanden, wie Emotionen verschiedene Prozesse verändern, sondern wie Emotionen selbst reguliert werden (Gross, 2014). Nach Gross (1998b) stellt die Emotionsregulation jenen Prozess dar, der einen Einfluss auf das Erleben und den Ausdruck von Emotionen hat. Die Emotionsregulation kann nach Gross (1998b) bewusst oder unbewusst und automatisch oder kontrolliert ablaufen und zeigt ihren Effekt an jeweils unterschiedlichen Punkten in der Emotionsgenerierung. Zusätzlich wird zwischen der Regulation von Emotionen in einem selbst (intrinsisch) und der Regulation von Emotionen anderer Personen (extrinsisch) unterschieden. Bei Untersuchungen mit Erwachsenen ist hauptsächlich die intrinsische Emotionsregulation von Interesse (Gross, 2014).

Eine ähnliche Definition haben Eisenberg und Spinrad (2004) für die emotionsbezogene Selbstregulation erstellt, denn auch hierbei werden Emotionen selbst verändert und initiiert, um persönliche Ziele zu erreichen.

Auch Thompson (1994) definiert die Emotionsregulation als einen intrinsischen oder extrinsischen Prozess, der emotionale Reaktionen kontrolliert, evaluiert und verändert.

Die Emotionsregulation wird dem Konstrukt der Affektregulation untergestellt und vom zugehörigen *Coping* und der *Stimmungsregulation* hinsichtlich ihres zu verändernden Affektes unterschieden (Gross, 2014).

Bei der *Stimmungsregulation* sind die Reaktionen auf der Verhaltensebene weniger gut definiert, denn im Gegensatz zur Emotionsregulation soll das Erleben von Emotionen und nicht die Emotionen selbst reguliert werden (Gross, 2014).

Beim *Coping* sollen vorwiegend negative Affekte über einen längeren Zeitraum vermindert werden (Gross, 2014). Zusätzlich wird zwischen dem Ziel, ein Problem zu lösen („*problem-fokussiertes Coping*“), und dem Ziel, ein negatives Emotionserlebnis zu

reduzieren („*emotions-fokussiertes Coping*“), unterschieden (Gross, 1998b). Der zu regulierende Affekt beim Coping ist der Stress. Die aktuelle Forschung der Emotionsregulation hat sich maßgeblich auf der Basis des emotions-fokussierten Copings und der Stress-Coping-Tradition entwickelt. Abwandlungen finden sich in der Emotionsregulation dadurch, dass neben negativen auch positive Emotionen reguliert werden sollen, mit dem Ziel, sowohl den Ausdruck als auch das Erleben von Emotionen zu verändern (Gross, 1998b).

Unter den Modellen zur Konzeptualisierung der Emotionsregulation ist das „Prozessmodell“ von Gross (1998b) eines der am häufigsten verwendeten. Da sich die vorliegende Arbeit und die Auswahl der verwendeten Erhebungsinstrumente (ERQ und ERI) auf die theoretischen Überlegungen dieses Modells stützen, wird dieses folgend erklärt.

5.1. Prozessmodell von Gross (1998b)

Im „Prozessmodell der Emotionsregulation“ von Gross (1998b) wird unterschieden, wann die Strategien zur Emotionsregulation eingesetzt werden. Basierend auf dem „modalen Modell von Emotionen“ (siehe Kapitel 4) werden fünf Strategien für jeden Zeitpunkt im Generierungsprozess von Emotionen unterschieden (Gross, 1998b) (siehe Abbildung 1).

Nachdem eine Situation als relevant wahrgenommen und bewertet wurde, folgt eine emotionale Reaktion auf Verhaltens-, Gefühls- und körperlicher Ebene (König, 2011). Das Prozessmodell basiert zudem auf dem „modalen Modell der Emotion“

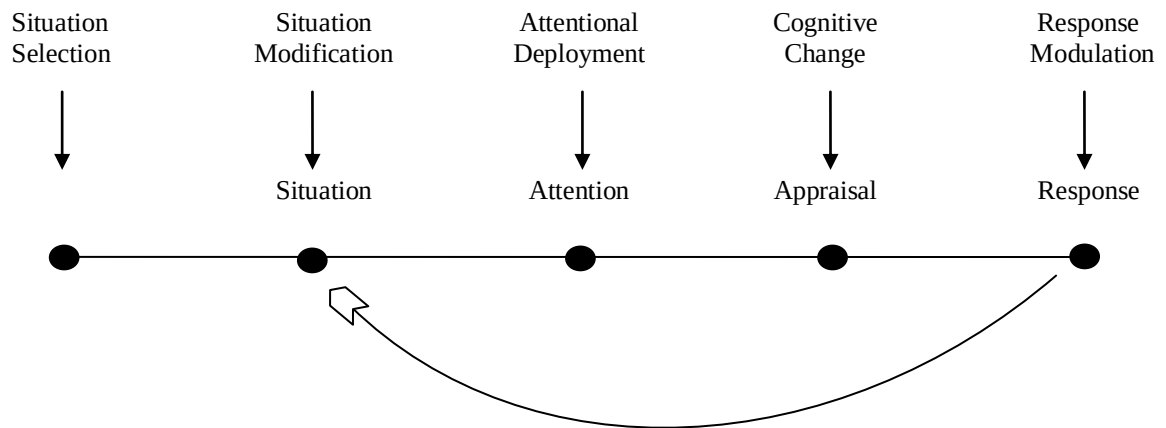


Abbildung 1. Das „Process Model of Emotion Regulation“ (nach Gross, 2014, S. 7)

Zusätzlich wird zwischen vorausgehenden (antecedent-focused) und nachfolgenden (response-focused) Strategien unterschieden (Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008). Die vorausgehenden Strategien greifen vor einer emotionalen Antworttendenz, während mithilfe der nachfolgenden Strategie der Reaktionsmodulation bereits entstandene Emotionen reguliert und moduliert werden (Gross, 1998b; Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008). Zu den vorausgehenden Strategien zählen die Situationsselektion, die Situationsmodifikation, die Aufmerksamkeitszuwendung und die kognitive Veränderung. Die fünf Strategien werden folgend angeführt und hinsichtlich ihres maladaptiven (ungünstigen) und adaptiven (günstigen) Charakters beschrieben.

5.1.1. Fünf Emotionsregulationsstrategien nach dem Prozessmodell (Gross, 1998a,b)

Situationsselektion (Situation Selection)

Bei der Situationsselektion handelt es sich um das frühestmögliche Einsetzen der Emotionsregulation durch das Suchen oder Vermeiden von Orten, Personen oder Objekten (Gross, 2014). Beispiele hierfür können sein, dass ein anderer Weg zum Supermarkt gewählt wird, um den unfreundlichen Nachbarn nicht zu begegnen. Die Situationsselektion setzt ein Wissen über die Eigenschaften einer entfernten Situation und

die diesbezüglich zu erwartenden emotionalen Reaktionen voraus (Gross, 1998b). Auch ein Maß an Selbstkenntnis ist hilfreich für die Entscheidung, welche Situationen gemieden oder gesucht werden sollen. So kann die Vermeidung von angstauslösenden Situationen langfristig zu einer sozialen Isolation führen (Gross, 1998b).

Situationsmodifikation (Situation Modification)

Die direkte Modifikation einer bestehenden Situation soll die emotionalen Auswirkungen verändern (Gross, 2014). Diese Situation wird sowohl intern als auch extern hervorgerufen, wobei sich die hier beschriebene Strategie auf die Modifikation der externen Umwelt bezieht (Gross, 2014). Als Beispiel für die Situationsmodifikation nennen Werner und Gross (2010), dass eine Person mit einer narzisstischen Neigung wohl eher das Haus mit einer teuren Hose verlassen wird, um die Bewunderung anderer zu bekommen.

Generell ist die Situationsmodifikation als eine adaptive Strategie anzusehen (z. B. den Partner zu Rede stellen, wenn dieser eine andere Frau küsst). Sie kann jedoch speziell bei Angstpatienten maladaptiv sein und auf längere Sicht zu einer Verschlechterung der Symptome führen (Werner & Gross, 2010).

Aufmerksamkeitszuwendung (Attentional Deployment)

Im Gegensatz zur Situationsselektion und –modifikation wird bei dieser Emotionsregulationsstrategie nicht die Umwelt verändert, sondern internale Veränderungen (z. B. Gedanken) vorgenommen (Gross, 2014). Kann eine Situation nicht mehr verändert werden, kommt es zu einer Verschiebung der Aufmerksamkeit auf die entsprechende „internale Situation“ (Werner & Gross, 2010). So kann die Strategie der Aufmerksamkeitszuwendung erfolgreich dazu beitragen, verspätete Belohnungen abzuwarten.

Zu den zwei besten und am meisten erforschten Formen der Aufmerksamkeitszuwendung gehören die *Rumination* und die *Ablenkung* (Werner & Gross, 2010).

Bei der *Rumination* richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Evaluation von bereits erlebten Emotionen und Gedanken (Werner & Gross, 2010). Meist beschäftigt man sich

mit den Konsequenzen, die durch bestimmte Gefühle aufgetreten sind (Gross, 1998b). Bezieht sich die Rumination ausschließlich auf negative Emotionen, steht im diesem Fall der maladaptive Charakter dieser Strategie im Vordergrund. So verstärkt die Rumination meist depressive Symptome (z. B. Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & Van den Kommer, 2004), da immer wieder über die bereits bestehenden negativen Emotionen nachgedacht wird (Gross, 1998b).

Die *Ablenkung* ist eine der häufigsten Formen unter der Strategie der Aufmerksamkeitszuwendung. Die Aufmerksamkeit wird auf die nicht emotionalen Aspekte einer Situation oder von der Situation weg gerichtet (Gross, 1998b). Meist verschiebt sich der Fokus auf Gedanken, die aufgerufen werden, wenn sie nicht konsistent mit der momentanen Situation sind (Werner & Gross, 2010). Wenn die Wahl der Ablenkung als Emotionsregulationsstrategie jedoch chronisch und automatisch wird, ist dies maladaptiv, denn die Gewöhnung und Neutralisierung von gefürchteten Stimuli wird damit verhindert. Auch in einer sozialen Situation kann es dazu kommen, dass sich der Gesprächspartner weniger verbunden oder verstanden fühlt (Werner & Gross, 2010).

Bezogen auf Probleme der Aufmerksamkeitszuwendung werden immer mehr Techniken in der therapeutischen Intervention entwickelt (Aldao, Nolen-Hoeksama, & Schweizer, 2010; Werner & Gross, 2010). Durch die Intervention soll das Bewusstsein auf das momentane Geschehen gerückt und die Aufmerksamkeit von der Vergangenheit oder unwesentlichen Details umgelenkt werden (Werner & Gross, 2010).

Kognitive Veränderung (Cognitive Change)

Bevor es zu einer Emotion kommt, muss die entsprechende Situation bewertet werden. Kommt es jedoch zu einer Neubewertung, um die emotionale Bedeutung der Situation zu ändern, wird dies als die kognitive Veränderung bezeichnet (Werner & Gross, 2010). Als Beispiel nennen Gross und John (2003), dass man einen Zulassungstest auch als Möglichkeit ansehen kann, mehr über seine Stärken und Schwächen zu erfahren und nicht nur als eine Messung des eigenen Wertes.

Der regelmäßige Gebrauch der Neubewertung führt zu einer Verbesserung der Selbstkontrolle und zu körperlichem bzw. psychischem Wohlbefinden (Gross & John,

2003). Aus diesem Grund kann man bei kognitiven Veränderungen von adaptiven Strategien zur Emotionsregulation sprechen.

Reaktionsmodulation (Response Modulation)

Diese Form der Emotionsregulationsstrategie wird als die nachfolgende (response-focused) Strategie bezeichnet und findet relativ spät im Prozess der Emotionsregulation statt (Gross, 2014).

Eine viel untersuchte Strategie zur Reaktionsmodulation ist die *Unterdrückung*. In seinem Prozessmodell bezieht sich Gross (1998b) auf die Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks. Demnach ist die Unterdrückung dahingehend zu verstehen, dass der Ausdruck von Emotionen wie Wut gegenüber dem Partner oder Nervosität in einem Bewerbungsgespräch unterdrückt werden.

Obwohl bei der Unterdrückung das Erleben von Emotionen verringert werden soll, zeigte sich, dass negative Emotionen stärker und dafür positive Emotionen weniger stark erlebt werden (Gross & John, 2003). Durch die eigentlich verstärkende Wirkung der Unterdrückung auf das emotionale Erleben wird dieser Strategie ein maladaptiver Charakter zugeschrieben (Armstadt, 2008; Werner & Gross, 2010). So kann auch die häufige Wahl der *Unterdrückung* zu einer schwereren depressiven Symptomatik und Verringerung der Selbstkontrolle führen (Gross & John, 2003).

Neben der Verstärkung des Erlebens negativer Emotionen löst die Unterdrückung physiologische Erregungen aus und hat eine hemmende Wirkung auf das Verhalten (Goldin, Mc Rae, Ramel, & Gross, 2008; Werner & Gross, 2010). Trotz der physiologischen Erregung wird das emotionale Ausdrucksverhalten beeinträchtigt, wodurch eigene Bedürfnisse oder auch die Wünsche von Anderen nicht mehr richtig kommuniziert werden können (Gross & Levensen, 1997; Werner & Gross, 2010).

5.2. Emotionsregulation und Psychopathologie

In der Emotionsregulation kann es zu Problemen in der Anwendung spezifischer Strategien kommen. So ist eine Vielzahl an psychischen Störungen mit der Anwendung von maladaptiven Emotionsregulationsstrategien verbunden (Barnow, 2012). Nach

Werner und Gross (2010) sind mehr als 75% der psychischen Störungen im DSM-IV durch Defizite in der Emotionsregulation charakterisiert.

Ausgehend vom Prozessmodell nach Gross (1998b) deuten einige Kennzeichen von psychischen Störungen auf Probleme bei jeder der bereits angeführten fünf Emotionsregulationsstrategien hin. Trotzdem kann in gewissen Situationen zwischen günstigen (adaptiven) und ungünstigen (maladaptiven) Emotionsregulationsstrategien unterschieden werden, wobei Personen mit einer psychischen Störung eine Rigidität in der Anwendung von maladaptiven Strategien zeigen (Werner & Gross, 2010).

Für internalisierende Störungen wie Depressionen und Angststörungen ist eine Überregulierung von positiven und eine Unterregulierung von negativen Emotionen kennzeichnend (Barnow, 2012). Dies führt zu einem verminderten Erleben von positiven Aktivitäten und Emotionen und einem Verlust von positiv verstärkenden Bedingungen (Barnow, 2012).

Es wird angenommen, dass maladaptive Strategien vor allem bei Angststörungen und Depressionen gewählt werden (z. B. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Trotzdem fehlen genauere Informationen darüber, wie sich die Wahl der Strategien auf die einzelnen psychischen Störungen auswirkt und ob sich Dysregulationen im Laufe einer Therapie erfolgreich verändern lässt (Gross & Levenson, 1997; Barnow, 2012). Maßnahmen zur Verbesserung der Emotionsregulation oder auch zu der Toleranz gegenüber Emotionen sind jedoch mittlerweile vor allem in der kognitiven Verhaltenstherapie ein fester Bestandteil der Behandlung (Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008).

Folgend wird auf die Wahl günstiger (adaptiv) und ungünstiger (maladaptiv) Strategien der Emotionsregulation bei depressiven und ängstlichen Personen eingegangen. Dies ist vor allem deshalb relevant, weil Depressionen und Angststörungen häufig als komorbide Störungen bei der pathologischen Glücksspielsucht auftreten. Bezüglich der Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern liegt nach aktuellem Wissensstand eine Untersuchung vor, welche im nächsten Kapitel beschrieben wird.

Depressionen/Depressivität und Emotionsregulation

In Bezug auf affektive Störungen und die Emotionsregulation geht man davon aus, dass depressive Personen mit weniger positiven, dafür mit mehr negativen Emotionen auf eine Situation reagieren (Gross, 2014).

In einer Untersuchung von Rottenberg, Kasch, Gross und Gotlib (2002) zeigte sich aber auch, dass Personen mit depressiven Störungen sowohl bei fröhlichen als auch bei traurigen Stimuli weniger emotionale Reaktion zeigten als nicht depressive oder minder depressive Teilnehmer. Diese Ergebnisse sind konsistent mit der Annahme, dass durch die eingeschränkte Abkoppelung von der Umwelt bei depressiven Personen sowohl positive als auch negativ emotionale Reaktionen verringert sind (Gross, 2014).

Bezüglich der Anwendung spezifischer Emotionsregulationsstrategien zeigten Gross und John (2003) in ihrer Untersuchung zum Wohlbefinden, dass eine häufigere Unterdrückung auch bei einer gesunden Stichprobe zu schwereren depressiven Symptomen führen kann. Zudem bestand ein signifikanter Zusammenhang der Unterdrückung mit den Scores des verwendeten Testverfahrens Beck Depression Inventar (BDI).

Im Gegensatz dazu wurden in einer Studie von Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & Van den Kommer (2004) bei der Anwendung der positiven Neubewertung signifikant weniger depressive Symptome in einer nicht klinischen Stichprobe festgestellt. Zusätzlich zeigte sich, dass die Rumination als Emotionsregulationsstrategie mit höheren Werten der Depressivität verbunden war, wobei Frauen auf diese Strategie öfter zurückgriffen als Männer.

Angststörungen/Ängstlichkeit und Emotionsregulation

Spezifische Strategien der Emotionsregulation lassen sich auch bei Angstpatienten nachweisen. Besonders durch das Vermeiden von angstausslösenden Situationen versuchen Angstpatienten negativen Emotionen von Beginn an aus dem Weg zu gehen (Barnow, 2012). Aus diesem Grund werden die Vermeidung und die Unterdrückung als aufrechterhaltende Faktoren einer Angststörung angesehen (Amstadter, 2008).

Neben der Vermeidung und Unterdrückung gilt auch die Rumination als maladaptive Strategie, die sowohl positiv mit der Schwere der Symptomatik als auch mit dem Vorhandensein von Angststörungen zusammenhängt (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Barnow, 2012). Im Gegensatz dazu zeigte sich bei der Strategie der Neubewertung ein geringer negativer Zusammenhang (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Die über fünf Jahre durchgeführte Längsschnittstudie von Wirtz, Hofmann, Riper und Berking (2014) zeigte, dass Defizite in der Emotionsregulation Angstsymptome intensivierten, weshalb die Autoren davon ausgehen, dass Schwierigkeiten in der Emotionsregulation zur Entstehung von Angststörungen beitragen können.

Es kann jedoch noch nicht auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Defiziten in der Emotionsregulation und Angststörungen geschlossen werden. Auch liegen generell noch zu wenige Untersuchungen mit klinischen Stichproben vor (Armstadter, 2008).

5.2.1. *Emotionsregulation und pathologische Glücksspielsucht*

Nach dem momentanen Wissensstand liegt eine Untersuchung zur Wahl von spezifischen Strategien der Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern vor. Diese Studie soll folgend kurz dargestellt werden. Bei der folgenden Untersuchung von Williams et al. (2012) wurden mit dem ERQ die maladaptive Strategie *Unterdrückung* und die adaptive Strategie der *Neubewertung* in ihrer Präferenz gemessen.

Ausgehend von der Annahme, dass die mangelnde Kontrolle über das Glücksspielverhalten auf individuelle Bewältigungsstrategien zurückzuführen ist, untersuchten Williams et al. (2012) pathologische Glücksspieler in ihrer Wahl spezifischer Emotionsregulationsstrategien. Williams et al. (2012) fassten zusammen, dass die Vermeidung oder Flucht von Emotionen vorhandene Defizite in der Selbstkontrolle noch verstärken können. Die Flucht vor negativen Gefühlen, depressiven Stimmungen oder problembehafteten Gedanken nennt auch Meyer (2000) als charakteristisch für ein pathologisches Glücksspielverhalten.

In der Untersuchung wurden pathologische Glücksspieler mit einer klinischen und nicht klinischen Stichprobe verglichen. Im Vergleich zu der nicht klinischen Kontrollgruppe wählten die pathologischen Glücksspieler die Strategie der Neubewertung signifikant seltener. Entgegen der Vermutungen zeigte die Gruppe der pathologischen Glücksspieler jedoch keinen signifikanten Unterschied in der Wahl der Strategie der Unterdrückung gegenüber den Kontrollgruppen. Williams et al. (2012) führen dies auf die mangelnde emotionale Achtsamkeit in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler zurück. Durch die fehlende Einsicht gegenüber den eigenen emotionalen Zuständen könnte die Notwendigkeit zur Unterdrückung abnehmen (Williams et al., 2012).

II. Empirie

6. Methodik

6.1. Erhebungsinstrumente

Die Daten wurden mittels folgender vier Testverfahren erhoben: Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II), State-Trait-Angstinventar (STAI), Emotionsregulations-Inventar (ERI) und Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Die soziodemographische Daten und Angaben zum Glücksspielverhalten wurden anhand eines Patientenfragebogens erfasst.

6.1.1 *Patientenfragebogen*

Anhand des Patientenfragebogens wurden soziodemographische (Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, berufliche Situation, Familienstand und Migrationshintergrund) und glücksspielbezogene Variablen (Spieldauer, Häufigkeit und Art des Glücksspiels) erhoben. Des Weiteren wurde nach der Behandlung und eventuellen Differentialdiagnosen gefragt.

Die Fragen wurden teilweise von dem am Anton Proksch Institut verwendeten Anamnesebogen adaptiert.

6.1.2 *Emotionsregulations-Inventar (ERI)*

Dieser Fragebogen basiert auf der theoretischen Grundlage des Prozessmodells der Emotionsregulation von Gross (1998b) und dient der Erfassung und Differenzierung von Emotionsregulationsstrategien von sowohl negativen als auch positiven Emotionen (König, 2011). Der ERI (König, 2011) besteht aus 38 Items, welche anhand eines fünfstufigen Antwortformates (0 = *trifft nie zu* bis 4 = *trifft immer zu*) zu beantworten sind.

Zur Erfassung der Regulationsstrategien von positiven Emotionen (ERI-PE) gibt es 16 Items zu je vier Skalen (*unkontrollierter Ausdruck*, *kontrollierter Ausdruck*, *empathische Unterdrückung* und *Ablenkung*). Die fünf Strategien (*unkontrollierter Ausdruck*, *kontrollierter Ausdruck*, *empathische Unterdrückung*, *Ablenkung* und *Umbewertung*) zur Regulation von negativen Emotionen werden anhand von 22 Items abgefragt. Der Wertebereich jeder Skala liegt zwischen 0 und 100, wobei hohe Werte eine häufigere Wahl in der Anwendung der jeweiligen Strategie bedeuten.

Die interne Konsistenz gilt als sehr zufriedenstellend mit Chronbachs α zwischen .82 und .96 für den ERI-NE und Chronbachs α zwischen .77 und .91 für den ERI-PE.

6.1.3 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Beim State-Trait-Angstinventar (STAI; deutsche Fassung, Laux, Glanzmann, Schaffner, & Spielberger, 1970) handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, welcher durch zwei voneinander unabhängige Skalen mit je 20 Items die Zustandsangst (State-Angst) und die Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) erfassen soll. Da die Trait-Angst zur Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung ist, wurde auf die Vorgabe der State-Skala verzichtet.

Bei der Trait-Angstskala werden die Testpersonen aufgefordert, auf einer Häufigkeitsdimension (1 = *fast nie*; 2 = *oft*; 3 = *oft*; 4 = *fast immer*) anzugeben, wie sie sich im Allgemeinen fühlen (Laux, Glanzmann, Schaffner, & Spielberger, 1970). Die Aussagen sind entweder in die Richtung der Frage nach Angst (z. B.: „Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann“; „Mir ist zum Weinen zumute“) und andere wiederum in Richtung der Angstfreiheit gestellt (z. B.: „Ich fühle mich geborgen“; „Ich bin vergnügt“).

6.1.4 Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)

Das Beck Depressions-Inventar (revidierte Fassung; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Depressionsschwere (in den letzten sieben Tagen). Der Fragebogen besteht aus 21 Items, welche sich auf klinisch relevante Symptome von Depressionen wie z. B. Schuldgefühle, Reizbarkeit, Weinen, physiologische Veränderungen aber auch Suizidvorstellungen beziehen. Jedes Item enthält vier Aussagen (4-Punkt Skala von 0 bis 3), von denen jene ausgewählt werden soll, welche in den letzten zwei Wochen zutreffend war. Die Summenwerte können zwischen 0 und 63 liegen, wobei hohe Werte für eine stärkere Beeinträchtigung stehen (unauffällig, milde bis mäßige Ausprägung und klinisch relevante depressive Symptome).

Im Manual sind angelehnt an Beck, Steer, & Brown (1996; zitiert nach Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) Schwellenwerte zur Einteilung der Depressionsschwere vorgeschlagen, wobei sich diese an Patienten mit einer diagnostizierten Depression orientieren (0-3 „keine Depression“; 9-13 „minimale Depression“; 14-19 „leichte Depression“, 20-28 „mittelschwere Depression“; 29-63 „schwere Depression“).

Die interne Konsistenz (Cronbach's α) liegt für eine klinische Stichprobe zwischen $\alpha = .89$ und $\alpha = .94$. Für eine nicht-klinische Stichprobe werden α zwischen .84 und .91 berichtet.

6.1.5 Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

Der ERQ von Gross und John (2003; deutsche Übersetzung von Abler & Kessler, 2009) dient zur Erfassung der Strategien *Unterdrückung* und *Neubewertung* von Emotionen.

Der Fragebogen besteht aus zehn Aussagen, welche auf einer Skala von 1 (*"stimmt überhaupt nicht"*) bis 7 (*"stimmt vollkommen"*) bewertet werden. Von diesen zehn Aussagen sind sechs Items zur *Neubewertung* und vier Items zur *Unterdrückung* formuliert, wobei bei jedem dieser Items jeweils einmal die Regulation von positiven bzw. negativen Emotionen vorkommt. Aussagen bezüglich positiven und negativen Emotionen

sind in Richtung Heiterkeit und Freude bzw. Traurigkeit und Ärger formuliert und nicht auf etwaige Konsequenzen bezogen (Abler & Kessler, 2009). Zur Auswertung wird für beide Skalen jeweils der Mittelwert errechnet.

Bei der Übersetzung des Fragebogens vom Englischen ins Deutsche wurden die annähernd gleichen Alpha-Werte (innere Konsistenz) als Reliabilitätsmaß wie in dem amerikanischen Original erreicht (Abler & Kessler, 2009). Die innere Konsistenz liegt für die Skala *Neubewertung* bei $\alpha = .74$ und für die Skala *Unterdrückung* bei $\alpha = .76$.

6.2. Stichprobe

Die Stichprobe umfasst insgesamt 34 männliche Patienten im Alter von 21 bis 75 Jahren ($M = 42.25$, $SD = 12.73$), welche sich zu den Testzeitpunkten in stationärer Behandlung im Anton Proksch-Institut befanden. Die Teilnahme an der Testung war freiwillig. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Untersuchung waren ein Mindestalter der Testpersonen von 18 Jahren, das Vorliegen der Diagnose „pathologisches Spielen“ (F 63.0) nach ICD-10 (Dilling et al., 2008) sowie ausreichend verbale Fähigkeiten und Sprachkenntnisse, welche vorab vom Testleiter und der Testperson selbst eingeschätzt wurden. Weibliche Patienten wurden bei der Testung nicht berücksichtigt, da deren Anzahl zu gering war, um statistisch relevante Daten für die Analyse eines möglichen geschlechtsspezifischen Unterschiedes gewinnen zu können.

Gruppeneinteilung der Stichprobe

Für die Prüfung der Hypothesen wurden jeweils für die Ängstlichkeit (STAI-T) und die Depressivität (BDI-II) zwei Gruppen gebildet. Die Testpersonen wurden anhand der einzeln errechneten Mittelwerte des STAI-T und der Summenscores des BDI-II in jeweils zwei Gruppen eingeteilt:

- *kaum bis wenig ängstlich* und *ängstlich*; STAI-T
- *keine bis minimale depressive Symptomatik* und *depressive Symptomatik*; BDI-II

Beim STAI-T wurde zur Einteilung der Testpersonen in eine der beiden Gruppen *kaum bis wenig ängstlich* und *ängstlich* der Mittelwert von 44 als Cut-off bestimmt.

Dieser Wert orientiert sich an einer klinisch heterogenen Referenzpopulation mit dem Mittelwert von 44.49 ($SD = 12.46$) (Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberg, 1970). Alle Testpersonen mit einem Mittelwert ≤ 44 wurden demnach der Gruppe *kaum bis wenig ängstlich* (29.4%) und alle mit einem darüber liegenden Mittelwert der Gruppe *ängstlich* (70.6%) zugeteilt. Der erreichte Durchschnittswert, die Standardabweichung sowie der Minimum- und Maximal-Wert der untersuchten Stichprobe sind in Tabelle 1 angeführt.

Beim BDI-II wurde die Gruppeneinteilung der Stichprobe durch den Summenwert 13 bestimmt. Testpersonen mit einem Summenscore ≤ 13 zeigen nach dieser Einteilung *keine bis eine minimale depressive Symptomatik* ($n=12$; 35.3%). Bei einem Summenscore > 13 wurden die Teilnehmer in die Gruppe eingeteilt, die das Vorliegen einer *depressiven Symptomatik* vermuten lassen ($n=22$; 64.7%).

Wäre die Gruppeneinteilung nach der angeführten Bezeichnung und Einteilung des BDI-II (siehe Kapitel 6.1.4) durchgeführt worden, wäre die Gruppe der Personen ohne Depression zu klein ($n = 7$; 2.9%) für einen statistischen Vergleich gewesen, weshalb der Schwellenwert auf 13 erhöht wurde. Die errechnete deskriptive Statistik findet sich auch hier in Tabelle 2.

Tabelle 2

Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Minimum und Maximum der Testverfahren Beck Depression Inventar und State-Trait-Angstinventar

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
BDI-II	18.91	11.21	0	41
STAI-T	50.24	10.78	28	70

Anmerkung: BDI-II (Beck Depression Inventar revidierte Version); STAI-T (State Trait Angstinventar). Angabe von Minimum (Min) und Maximum (Max).

Die Werte des BDI-II und des STAI-T korrelierten signifikant positiv miteinander ($r = .71$; $p < .001$).

6.3. Untersuchungsdesign und Durchführung

Die Daten wurden im Zeitraum von Mai bis November 2014 am Anton Proksch Institut mittels Fragebögen erhoben. Jeder Teilnehmer wurde einmalig befragt, weshalb es sich um eine Querschnittstudie handelt. Eine Kontrollgruppe war im Rahmen dieser Untersuchung nicht vorgesehen.

Die Testungen erfolgten einmal wöchentlich im Anton-Proksch Institut, im Anschluss an die offene Spielergruppe. Neben diesen Spielergruppen besteht die stationäre Behandlung von pathologischen Glücksspielern aus der psychologischen Diagnostik, Einzelpsychotherapien, medizinischen Behandlungen, Beschäftigungs- und Kreativtherapien, psychosozialen Beratungen und Betreuungen sowie Sport und Bewegungstherapien und einem Angebot an Entspannungstechniken wie der Progressiven Muskelentspannung und dem Biofeedback. Auch ambulante Behandlungen werden an anderen Standorten des Anton Proksch Institutes angeboten (Anton Proksch Institut, 2015).

Zu Beginn der Testung wurde allen Teilnehmern eine Einverständniserklärung ausgehändigt, in der über die Vertraulichkeit und Anonymität der gesammelten Daten und Ergebnisse, über den Hintergrund der Untersuchung und über die Möglichkeit einer Ergebnismeldung informiert wurde. Alle Testpersonen nahmen freiwillig an der Untersuchung teil. Die Testungen fanden in den jeweiligen Seminarräumen und in einer ruhigen Atmosphäre statt. Die Instruktion erfolgte schriftlich auf den jeweiligen Fragebögen, wobei die Testpersonen darauf hingewiesen wurden, sich bei Unklarheiten jederzeit an den Testleiter zu wenden und die Fragen spontan und ehrlich zu beantworten. Die Untersuchungsdauer variierte zwischen 30 und 45 Minuten.

Es wurde darauf geachtet, die Bedingungen so standardisiert wie möglich zu halten, indem die Erhebungsinstrumente innerhalb der Gruppen immer in derselben Reihenfolge vorgegeben wurden.

7. Fragestellungen und Hypothesen

Da sich aus der Theorie ableiten lässt, dass spezifische Strategien zur Emotionsregulation bei verschiedenen psychischen Störungen angewandt werden, wurde untersucht, ob sich die untersuchte Stichprobe der pathologischen Glücksspieler von der Normpopulation des ERI und des ERQ in der Wahl der Strategien zur Emotionsregulation unterscheidet.

Für die zweite Fragestellung wurde die Stichprobe in jeweils vier Gruppen hinsichtlich ihrer Depressivität und Ängstlichkeit eingeteilt. Überprüft wurde, ob sich diese vier Gruppen voneinander unterscheiden bzw. ob die Ängstlichkeit und/oder die Depressivität einen zusätzlich Einfluss auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien haben.

Die angeführten Hypothesen beider Fragestellungen sind allgemein auf einen Unterschied in der Wahl spezifischer Emotionsregulationsstrategien formuliert, sind aber analog für alle Skalen des ERQ (*kognitive Umstrukturierung* und *Unterdrückung*) und des ERI (NE Skalen: *kontrollierter und unkontrollierter Ausdruck*, *Ablenkung*, *empathische Unterdrückung*, *Umbewertung*; PE Skalen: *Ablenkung*, *kontrollierter und unkontrollierter Ausdruck* und *empathische Unterdrückung*) zu übernehmen.

Fragestellung 1: Gibt es Unterschiede in der Wahl spezifischer Emotionsregulationsstrategien zwischen der untersuchten Stichprobe und der Normpopulation?

H0: Die untersuchte Stichprobe unterscheidet sich nicht in der Wahl spezifischer Strategien der Emotionsregulation von der Normpopulation.

H1: Die Stichprobe unterscheidet sich in der Anwendung von spezifischen Strategien der Emotionsregulation von der Normpopulation.

Fragestellung 2: Gibt es einen Haupteffekt von Depressivität und/oder Ängstlichkeit auf die Anwendung spezifischer Emotionsregulationsstrategien bzw. eine Wechselwirkung zwischen den beiden?

H0: Depressivität und/oder Ängstlichkeit haben keinen Effekt auf die Anwendung spezifischer Strategien der Emotionsregulation.

H1: Depressivität und/oder Ängstlichkeit haben einen Effekt auf die Anwendung spezifischer Strategien der Emotionsregulation.

8. Ergebnisse

8.1. Soziodemographische Daten der Stichprobe

Wie schon erwähnt, bestand die Stichprobe aus 34 männlichen Patienten. Sieben Patienten mit Migrationshintergrund (N=32).

Die Patienten waren Angaben zufolge zum Testzeitpunkt überwiegend alleinstehend (n=14; 42.4%). Insgesamt gaben acht Personen an, sich in einer Partnerschaft zu befinden, sowohl getrennt (5.9%) als auch zusammenlebend (17.6%). Geschieden waren sieben Patienten (18.20%) und fünf waren verheiratet (15.20%).

Mehr als die Hälfte der Patienten befand sich nicht in einem gesicherten Arbeitsverhältnis (n=22; 64.7%). Sieben Personen gaben an, berufstätig zu sein (20.6%) und drei Personen befanden sich bereits in Pension (8.8%). Zwei Personen (5.9%) wählten die Antwortmöglichkeit *Sonstige*.

In der Stichprobe war die häufigste höchste abgeschlossene Ausbildung der Lehrabschluss (n=14) mit einem Anteil von 41.2%, wobei drei Patienten (8.8%) eine Meisterprüfung haben. Jeweils fünf Patienten (14.7%) gaben an, einen Haupt- oder

Handelsschulabschluss oder die Matura zu haben. Ein Patient (2.9%) gab an, eine Fachhochschule absolviert zu haben.

8.1.1 Glücksspielverhalten der Stichprobe

Im Patientenfragebogen wurde unter anderem erfragt, wie oft gewisse Varianten des Glücksspiels in den letzten 12 Monaten gespielt wurden. Anhand der drei Antwortmöglichkeiten *nie*, *selten* und *häufig* zu der Häufigkeit für jede Glücksspielart ergaben sich die in der Tabelle 3 dargestellten Werte.

Die Angaben zeigen, dass 82.4% der befragten Personen häufig am Automaten spielen und 14.7% dieser Art des Glücksspiels nie nachgegangen sind. Lotto, Euromillionen, Brieflos und Roulette wurden relativ selten bis gar nicht gespielt. Bei den Kartenspielen zeigte sich, dass Poker häufiger gespielt wird als Black Jack. Mehr als die Hälfte der Stichprobe gab jedoch an, weder Poker noch Black Jack im letzten Jahr gespielt zu haben. Auch von der Teilnahme an Sportwetten wurde selten berichtet. Bei der Börsenspekulation wurde am meisten die Antwort *nie* angegeben (91.2%). Eine geringe Anzahl der Stichprobe (8.8%) spekulierte selten an der Börse und Angaben zu häufigen Börsenspekulationen kamen gar nicht vor.

Tabelle 3

Häufigkeiten und Anteilswerte der gespielten Glücksspielarten in den letzten 12 Monaten

	nie	selten	häufig
	<u>n / %</u>	<u>n / %</u>	<u>n / %</u>
Automatenspiel	5 / 14.7%	1 / 2.9%	28 / 82.4%
Sportwetten	12 / 35.3%	14 / 41.2%	8 / 23.5%
Lotto und Euromillionen	15 / 44.1%	16 / 47.1%	3 / 8.8%
Black Jack	24 / 70.6%	6 / 17.6%	6 / 11.8%
Poker	22 / 64.7%	4 / 11.8%	8 / 23.5%
Roulette	25 / 73.5%	6 / 17.6%	3 / 8.8%
Brieflos	21 / 61.8%	12 / 35.3%	1 / 2.9%
Börsenspekulationen	31 / 91.2%	3 / 8.8%	

Zudem musste die Dauer der Glücksspielproblematik eingeschätzt werden („bis zu 1 Jahr“; „> 1 Jahr bis zu 5 Jahre“; „>5 Jahre bis zu 10 Jahre“; „über 10 Jahre“). Die Frage wurde von 33 Personen beantwortet. Bei der Mehrheit der Patienten (n=18; 52.9%) besteht ein Problem mit dem Glücksspiel seit über 10 Jahren. Vier Patienten (11.8%) meinten, dass das Problem seit ca. einem Jahre besteht und nur drei (8.8%) gaben an, ein problematisches Glücksspielverhalten mehr als fünf aber nicht länger als 10 Jahre zu haben. Acht Personen (23.5%) schätzten, dass sie von der Problematik nicht länger als fünf Jahre betroffen waren.

8.1.2 Behandlungsspezifische Angaben

Angaben bezüglich vorangegangener Behandlungen zeigten, dass der stationäre Aufenthalt am Anton Proksch-Institut für 26 Patienten (76.5%) die Erstbehandlung aufgrund der Glücksspielproblematik darstellte. Bei sechs Patienten (17.6%) handelte es sich um einen wiederholten stationären Aufenthalt und zwei (5.9%) beanspruchten schon einmal eine ambulante Therapie. Als Motivation für die aktuelle Behandlung wurden am

häufigsten finanzielle (n=26; 76.5%) und psychische (n=21; 61.8%) Gründe genannt. Familiäre Gründe wurden 16 Mal (47.1%) angegeben. Mitunter waren für sieben Personen (20.6%) berufliche und für zwei Patienten (5.9%) rechtliche Beweggründe für eine Behandlung ausschlaggebend.

8.1.3 Differentialdiagnosen

Die Patienten wurden zusätzlich gefragt, ob andere Diagnosen für weitere psychische Störung und/oder Suchterkrankungen vorliegen und ob diese bereits *vor*, *gleichzeitig* oder erst *nach* dem Auftreten des pathologischen Glücksspielverhaltens gestellt wurden. Besonders Depressionen und Angststörungen waren für diese Untersuchung relevant.

Insgesamt 14 Patienten (41.2%) gaben an, dass die Diagnose einer Depression *nicht bekannt* war. Die restlichen 20 Patienten (58.8%) gaben an, schon eine entsprechende Diagnose bekommen zu haben. Die Aufteilung der Zeitpunkte des Auftretens von diesen 20 Patienten ist in Abbildung 2 dargestellt.

Die Diagnose einer Angststörung war bei 20 Patienten (58.8%) nicht bekannt. Für die restlichen Personen (n=14; 41.2%) finden sich auch hier die Angaben zum Auftreten graphisch in Abbildung 3 dargestellt.

30 Patienten bezeichneten sich als Raucher (88.3%) und drei Patienten gaben an, von Drogen abhängig gewesen zu sein (8.7%). Eine Alkoholabhängigkeit war bei 23 Patienten (67.6%) nicht bekannt, wobei vier Patienten (11.8%) bereits vorher, fünf Patienten (14.7%) gleichzeitig und zwei Patienten (5.9%) nach dem Beginn des Glücksspiels eine Alkoholabhängigkeit entwickelten.

Zudem gaben drei Patienten (8.8%) an, dass sich im Laufe des pathologischen Glücksspielverhaltens eine Arbeitssucht zeigte.

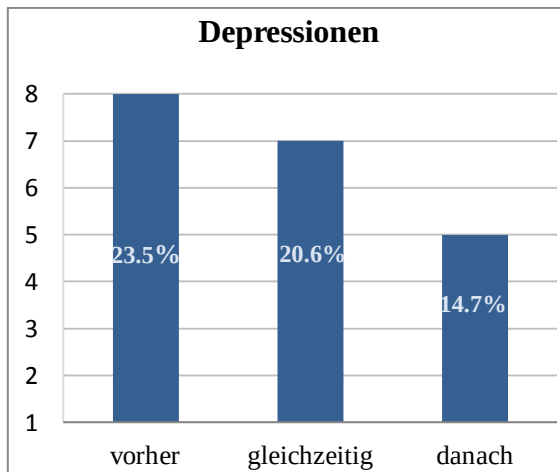


Abbildung 2. Häufigkeiten der Zeitpunkte, wann eine Diagnose der Depression gestellt wurde im Bezug auf den Beginn des pathologischen Glücksspielverhaltens (vorher, gleichzeitig oder danach) (n=20)

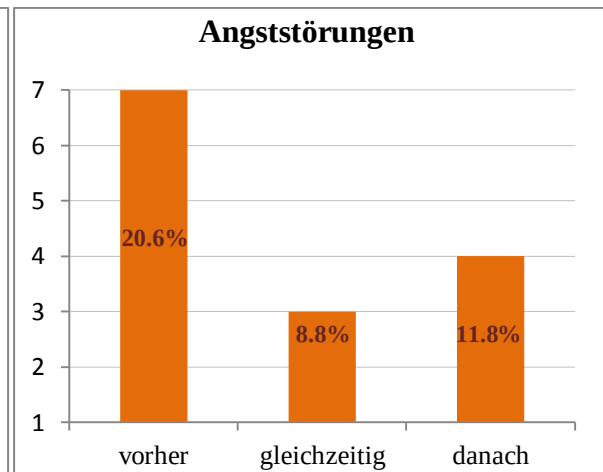


Abbildung 3. Häufigkeiten der Zeitpunkte, wann eine Diagnose der Angststörung gestellt wurde im Bezug auf den Beginn des pathologischen Glücksspielverhaltens (vorher, gleichzeitig oder danach) (n=14)

8.2. Ergebnisse der Fragestellung 1

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurde ein Einstichproben t-Test berechnet. Die Mittelwerte der untersuchten Stichprobe wurden mit den Mittelwerten der geschlechtsspezifischen Referenzgruppe des ERI verglichen (König, 2011). Beim ERQ (Abler & Kessler, 2009) wurden ebenfalls die Mittelwerte der geschlechtsspezifischen Normpopulation herangezogen.

Da es sich bei den verwendeten Testverfahren um standardisierte Fragebögen handelt, kann von einer Normalverteilung als Voraussetzung für parametrische Tests ausgegangen werden.

Skalen des Emotionsregulationsinventar (ERI)

Anhand der in Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse ist ersichtlich, dass es zwischen der untersuchten Stichprobe und der Normpopulation einen signifikanten Unterschied in den Skalen *NE Kontrollierter Ausdruck* und *NE Empathische Unterdrückung* gibt. Auf der Skala *NE Kontrollierter Ausdruck* weist die Stichprobe eine geringere und auf der Skala *NE Empathische Unterdrückung* eine stärkere Ausprägung gegenüber der Normpopulation

(NE Kontrollierter Ausdruck: $M = 46.07$, $SD = 23.48$; NE Empathische Unterdrückung: $M = 51.85$, $SD = 20.71$) auf. Für die Skalen zur Regulation von positiven Emotionen (ERI-PE) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Normpopulation festgestellt werden.

Skalen des Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

Bei den beiden Skalen des ERQ ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Stichprobe und der Normpopulation auf der Skala *Unterdrückung* ($t(33) = 3.87$, $p < .001$) mit einer stärkeren Ausprägung der Stichprobe ($M = 4.29$, $SD = 1.26$) gegenüber der Normpopulation ($M = 3.45$; $SD = 1.12$). Für die Skala *Neubewertung* wurde ein Durchschnittswert von 4.11 ($SD = 1.20$) ermittelt. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied auf der Skala *Neubewertung* ($t(33) = 1.83$, $p = .856$) zu der Normpopulation.

Tabelle 4

Mittelwerte (Standardabweichungen) über die gesamte Stichprobe und Ergebnisse des Einstichproben t-Tests für alle Skalen des Emotionsregulationsinventars (Wertebereich: 0 bis 100)

	<i>M(SD)</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ERI-NE				
NE Kontrollierter Ausdruck	34.56 (23.04)	33	-2.91	.006*
NE Unkontrollierter Ausdruck	26.62 (18.62)	33	-1.46	.154
NE Empathische Unterdrückung	65.63 (22.99)	33	3.50	.001*
NE Ablenkung	51.29 (15.30)	33	-.932	.358
NE Umbewertung	52.76 (18.20)	33	.720	.476
ERI-PE				
PE Kontrollierter Ausdruck	51.41 (26.27)	33	-.947	.350
PE Unkontrollierter Ausdruck	53.68 (23.40)	33	-.465	.645
PE Empathische Unterdrückung	41.18 (23.40)	33	1.74	.091
PE Ablenkung	24.27 (21.36)	33	1.46	.154
<i>Anmerkung:</i> ERI-NE (Emotionsregulationsinventar, negative Emotionen); ERI-PE (Emotionsregulationsinventar, positive Emotionen); * <i>p</i> < .05				

8.3. Ergebnisse der Fragestellung 2

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt mit jeder Skala des ERQ und ERI als abhängige Variable und Depressivität (BDI-II) und Ängstlichkeit (STAI-T) als die unabhängigen Variablen. Die beiden Faktoren wurden jeweils in zwei Faktorstufen (*kaum bis wenig ängstlich* und *ängstlich*; *keine bis minimale depressive Symptomatik* und *depressive Symptomatik*) unterteilt.

Die Homogenität der Varianzen konnte für jede Skala des ERI und ERQ angenommen werden (siehe Anhang A1).

Für die Ergebnisse wurde das partielle Eta-Quadrat (ηp^2) als Effektstärke berechnet. Von einem kleinen Effekt wird ab .01, von einem mittleren Effekt ab .06 und von einem großen Effekt ab .14 ausgegangen (Cohen, 1988).

Emotionsregulationsinventar (ERI)

Bei den Skalen des ERI zeigte sich weder ein signifikanter Haupteffekt von Depressivität noch von Ängstlichkeit (Tabelle 5). Zudem konnten keine signifikanten Interaktionen zwischen Ängstlichkeit und Depressivität festgestellt werden (Tabelle 6).

Tabelle 5

Ergebnisse der 2-faktoriellen Varianzanalyse mit den Auswirkungen von Depressivität und Ängstlichkeit auf die Skalen des Emotionsregulationsinventars

	Depressivität					Ängstlichkeit				
	F	df1	df2	p	ηp^2	F	df1	df2	p	ηp^2
ERI-NE										
NE Kontrollierter Ausdruck	2.43	1	33	.130	.075	1.65	1	33	.208	.052
NE Unkontrollierter Ausdruck	0.54	1	33	.469	.018	0.03	1	33	.872	.001
NE Empathische Unterdrückung	0.18	1	33	.678	.006	0.05	1	33	.818	.002
NE Ablenkung	0.01	1	33	.921	.000	0.03	1	33	.873	.00
NE Umbewertung	2.17	1	33	.151	.07	1.2	1	33	.278	.04
ERI-PE										
PE Kontrollierter Ausdruck	3.17	1	33	.085	.09	3.94	1	33	.060	.12
PE Unkontrollierter Ausdruck	0.37	1	33	.546	.01	1.85	1	33	.184	.06
PE Empathische Unterdrückung	2.17	1	33	.151	.07	3.74	1	33	.063	.11
PE Ablenkung	0.01	1	33	.920	.00	1.33	1	33	.258	.04
Anmerkung: ERI-NE (Emotionsregulationsinventar negative Emotionen); ERI-PE (Emotionsregulationsinventar positive Emotionen); Wertebereich: 0 bis 100										

Tabelle 6

Interaktionen der 2-faktoriellen ANOVA von Depressivität und Ängstlichkeit

Depressivität x Ängstlichkeit					
	F	df1	df2	p	η^2
ERI-NE					
NE-Kontrollierter Ausdruck	.478	1	33	.495	.016
NE-Unkontrollierter Ausdruck	.032	1	33	.858	.001
NE-Empathische Unterdrückung	.075	1	33	.786	.003
NE-Ablenkung	.203	1	33	.656	.007
NE-Umbewertung	1.22	1	33	.278	.039
ERI-PE					
PE-Kontrollierter Ausdruck	.067	1	33	.798	.002
PE-Unkontrollierter Ausdruck	2.06	1	33	.161	.064
PE-Empathische Unterdrückung	1.75	1	33	.197	.055
PE-Ablenkung	.063	1	33	.804	.002
Anmerkung. ERI-NE (Emotionsregulationsinventar negative Emotionen); ERI-PE (Emotionsregulationsinventar positive Emotionen); Wertebereich 0 bis 100					

Skalen des Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

Es konnte ein signifikanter Haupteffekt von Ängstlichkeit auf die Skala *Unterdrückung* ($F(1,33) = 6.17, p = .019, \eta^2 = .171$) festgestellt werden. Die Effektstärke deutet innerhalb der Stichprobe auf einen großen Effekt von Ängstlichkeit. So werden 17% der Varianz auf der Skala *Unterdrückung* durch die Ängstlichkeit erklärt.

Der deskriptiven Statistik zufolge wählte die nicht ängstliche Gruppe die Strategie der *Unterdrückung* häufiger ($M=5.03; SD=1.28$) als die ängstliche Gruppe ($M=3.98; SD=1.14$). Die Depressivität hatte keinen signifikanten Einfluss auf die *Unterdrückung* ($F(1,33) = .016, p = .899, \eta^2 = .001$). Die fehlende signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren ($F(1,33)=.311, p = .581, \eta^2 = .010$) gibt an, dass der Effekt der Ängstlichkeit nicht vom Wert der Depressivität (BDI-II) abhängt.

Für die Skala *Neubewertung* des ERQ zeigte sich weder ein signifikanter Haupteffekt von Ängstlichkeit ($F(1,33) = .01$, $p = .915$, $\eta_p^2 = .00$) noch von Depressivität ($F(1,33) = .02$, $p = .899$, $\eta_p^2 = .00$). Auch konnte zwischen den beiden Faktoren keine signifikante Wechselwirkung festgestellt werden ($F(1,33) = .028$, $p = .868$, $\eta_p^2 = .001$).

9. Diskussion der Ergebnisse

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Wahl von adaptiven und maladaptiven Strategien zur Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern, auch unter der Berücksichtigung von Depressivität und Ängstlichkeit, zu untersuchen. In einer Studie von Williams et al. (2012) konnte bereits gezeigt werden, dass Defizite der Emotionsregulation auch bei pathologischen Glücksspielern angenommen werden können.

Im Gegensatz zu der Untersuchung von Williams et al. (2012) wurden in der vorliegenden Arbeit die Emotionsregulationsstrategien zusätzlich durch das Emotionsregulations-Inventar (ERI; König, 2011) gemessen. Studien bezüglich der Vorgabe des ERI bei pathologischen Glücksspielern konnten in der Fachliteratur nicht gefunden werden. Es war dadurch kein direkter Vergleich mit anderen Untersuchungsergebnissen möglich, wodurch die folgenden Interpretationen der Ergebnisse überwiegend auf theoretischen Annahmen basieren. Zudem werden die Ergebnisse hinsichtlich der Behandlung für pathologische Glücksspieler diskutiert.

Da eine Kontrollgruppe nicht vorgesehen war, bezog sich die erste Fragestellung auf einen Unterschied der Patientengruppe von der Normpopulation in der Wahl spezifischer Emotionsregulationsstrategien. Wie vermutet, zeigte sich ein Unterschied in der Strategie der *Unterdrückung* des ERQ. Die Patientengruppe wählte diese Art der Emotionsregulation häufiger als die Normpopulation. Es konnten auch die Hypothesen bestätigt werden, dass es einen Unterschied auf den ERI Skalen *kontrollierter Ausdruck* und *empathische Unterdrückung* bei negativen Emotionen gibt. Beim *kontrollierten Ausdruck* zeigte sich, dass die Patienten seltener über ihre negativen Emotionen sprechen bzw. diese seltener zum Ausdruck bringen als die Normpopulation. Außerdem wurden negative Emotionen signifikant häufiger unterdrückt, wobei hier nach König (2011) das Verbergen von eigenen negativen Emotionen aus empathischen Gründen gemeint ist. Somit werden Emotionen unterdrückt, um in sozialen Situationen die Mitmenschen nicht zu verletzen oder zu belasten (König, 2011).

Obwohl die Strategie der *Unterdrückung* durch den ERQ und die Strategie *kontrollierter Ausdruck* durch den ERI gemessen wurden, kann nach der Theorie von

Gross (1998b) davon ausgegangen werden, dass sich beide Strategien auf die Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks beziehen. Nachdem die Unterdrückung eine hemmende Wirkung auf den Ausdruck emotionaler Reaktionen hat (Gross & Levenson, 2007), erscheint es schlüssig, dass die Patientengruppe ihre Emotionen sowohl häufiger unterdrückt als auch seltener zum Ausdruck bringt.

Zudem zeigten sich bei den Strategien der *Neubewertung* bzw. *Umbewertung* keine signifikanten Unterschiede zwischen der Normpopulation und der untersuchten Stichprobe. Bei Williams et al. (2012) ergab sich jedoch, dass pathologische Glücksspieler seltener die Strategie Neubewertung anwenden als eine gesunde Kontrollgruppe. Diese Diskrepanz kann eventuell auf die unterschiedlichen Referenzgruppen zurückgeführt werden.

Es konnte auch kein signifikanter Unterschied bei der Regulation von positiven Emotionen (ERI) zwischen der Patientengruppe und der männlichen Referenzpopulation festgestellt werden. Bezüglich der Wahrnehmung von positiven Emotionen wird angenommen, dass diese durch eine häufige Unterdrückung vermindert wird (Werner & Gross, 2010). Da die Patientengruppe zur Unterdrückung neigt, könnte davon ausgegangen werden, dass positive Emotionen generell weniger wahrgenommen werden, wodurch kein Bedarf besteht, diese signifikant mehr zu unterdrücken oder auch in ihrem Ausdruck zu kontrollieren. Diesbezüglich fehlt jedoch ein gemessenes Konstrukt, welches als Referenz für die Wahrnehmung von Emotionen herangezogen werden kann.

Bezugnehmend auf den Punkt, dass die Teilnahme am Glücksspiel eine sedierende Wirkung haben kann (Grüsser, Plöntzke, Albrecht, 2005) und eine Art Selbstmedikation bei depressiven und ängstlichen Glücksspielern darstellen kann (J. Petry, 2003), wurde daraus die zweite Fragestellung und zugehörige Hypothesen formuliert. Für diese Fragestellung wurde der Einfluss von Ängstlichkeit und Depressivität auf die Emotionsregulation gemessen. Die Patienten wurden hierfür in jeweils vier Gruppen hinsichtlich ihrer Depressivität (ja/nein) und Ängstlichkeit (ja/nein) eingeteilt. Die Hypothesen wurden nicht in eine Richtung sondern allgemein auf einen Effekt von Ängstlichkeit und/oder Depressivität formuliert. Zudem wurde auf einen wechselseitigen Einfluss der beiden Faktoren geachtet.

Entgegensetzt der Hypothese zeigten sich, gemessen durch den ERI, keine Unterschiede in der Wahl der Emotionsregulationsstrategien zwischen den einzelnen Patientengruppen. Beim ERQ ergab sich dasselbe Ergebnis, jedoch mit einem Effekt der Ängstlichkeit auf die Strategie der *Unterdrückung*.

Der fehlende Einfluss von Depressivität auf die Emotionsregulation steht im Gegensatz zu bereits vorliegenden Forschungsergebnissen. Besonders bei internalisierenden Störungen werden Defizite in der Emotionsregulation beobachtet, wobei negative Emotionen unterreguliert und positive Emotionen überreguliert werden (Barnow, 2012; Williams et al., 2012). So zeigten beispielsweise Gross und John (2003), dass die Werte der Depressivität durch die häufige Wahl der Unterdrückung erhöht werden. Da sowohl von depressiven Personen als auch von pathologischen Glücksspielern generell weniger Emotionen wahrgenommen werden (Rottenberg, Kasch, Gross, & Gotlib, 2002; Gross, 2014; Williams et al., 2012) könnte dies dazu führen, dass oftmals gar nicht zwischen positiven und negativen Emotionen unterschieden werden kann bzw. diese auch gar nicht wahrgenommen werden.

In der Studie von Williams et al. (2012) zeigte sich zudem, dass pathologische Glücksspieler seltener die Strategie der Neubewertung wählten, was auch bei Ängstlichkeit zutrifft (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). In der vorliegenden Arbeit ergab sich jedoch weder beim ERI noch ERQ ein Effekt der Ängstlichkeit auf die Neubewertung.

Methodisch kann zu diesen Ergebnissen angemerkt werden, dass die Gruppeneinteilung artifiziell vorgenommen wurde und dass auch in der Gruppe „ohne Depressivität“ Personen mit einer minimalen depressiven Symptomatik eingeschlossen wurden. Allerdings erklärt dies nur gering, warum es keine Unterschiede innerhalb der Gruppen gegeben hat. Auch bei einer vorgenommenen Bildung von Extremgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den ängstlichen und nicht ängstlichen bzw. depressiven und nicht depressiven Patienten. In die Extremgruppen wurden in diesem Fall nur Personen ohne und mit einer depressiven Symptomatik, angelehnt an das Testverfahren BDI-II, mit einbezogen. Auch bei der Ängstlichkeit wurden nur Patienten des unteren und des oberen Wertebereiches miteinander verglichen. Dies könnte eine eventuelle Begründung für die fehlenden Effekte der Ängstlichkeit bzw. Depressivität auf die genannten Emotionsregulationsstrategien sein.

Wie schon erwähnt, konnte ein Effekt von Ängstlichkeit auf die Strategie der *Unterdrückung*, gemessen durch den ERQ, festgestellt werden. Ein wechselseitiger Einfluss von Depressivität und Ängstlichkeit war nicht gegeben.

Bei der Betrachtung der deskriptiven Statistik zeigte sich, dass kaum bis wenig ängstliche Patienten die Strategie der *Unterdrückung* häufiger wählten als die ängstlichen Patienten. Dass die nicht ängstlichen Patienten häufiger ihre Emotionen bzw. ihren emotionalen Ausdruck unterdrücken, steht im Gegensatz zur genannten Fachliteratur. Der Grund für eine mögliche Abweichung der Ergebnisse wäre, dass ängstliche Personen generell negative Emotionen und angstbesetzte Situationen vermeiden, wodurch weniger Emotionen vorhanden sind, die es zu unterdrücken gibt. Im Zusammenhang mit dem Glücksspiel kann angenommen werden, dass es aufgrund von Problemen in der Bewältigung von Emotionen und maladaptiven Strategien zu einem Verlust der Selbstkontrolle kommt, wodurch das Glücksspielverhalten gefördert wird (Williams et al., 2012). Da Premper und Schulz (2008) in ihrer Untersuchung zeigten, dass Angststörungen meist vor der pathologischen Glücksspielsucht auftreten, kann in Bezug auf die vorliegenden Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass bereits ängstliche Patienten durch das Glücksspiel ihre Emotionen regulierten.

Für die Behandlung lässt sich daraus schließen, dass bei dieser Stichprobe die Defizite in der Emotionsregulation nicht durch erhöhte Ängstlichkeit oder Depressivität beeinflusst werden. Zudem zeigte sich, dass bei der Stichprobe hohe Werte in der Depressivität mit hohen Werten in der Ängstlichkeit einhergehen und umgekehrt, wodurch eine Differenzierung diesbezüglich in der Behandlung hinsichtlich der Emotionsregulation nicht im Vordergrund stehen muss. Eventuell sollte neben den Copingstrategien und der Emotionsregulation auch die Wahrnehmung von Emotionen gestärkt werden (Werner & Gross, 2010).

Aus den Ergebnissen lassen sich zudem eine gewisse emotionale Vulnerabilität und der häufige Gebrauch der maladaptiven Strategie der Unterdrückung bei pathologischen Glücksspielern erkennen. Diese Faktoren können zu einem problematischen und später zu einem konditionierten Glücksspielverhalten führen

(Blaszczynski & Nower, 2002). Aus diesem Grund hat diese Untersuchung eine Bedeutung für die Spielerbehandlung und die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Vor allem bei der kognitiven Verhaltenstherapie, welche zur Behandlung von pathologischen Glücksspielern oft angewandt wird, stellt die Rückfallprävention einen wichtigen Faktor dar (N. M. Petry et al., 2006; Sylvian, Ladouceur, & Boisvert, 1997). Ein Wissen bezüglich möglicher Defizite in der Emotionsregulation ist ausschlaggebend, um durch die Stärkung von adaptiven Emotionsregulationsstrategien und einen besseren Umgang mit negativen Emotionen die abstinenten Phasen für den Klienten zu erleichtern (Daughters et al., 2005). Da vor allem abstinente Phasen mit negativen Emotionen verbunden sind (Daughters et al., 2005), kann eine Reduktion der Anwendung von Unterdrückung und kontrolliertem Ausdruck dazu führen, dass nach einer stationärer Behandlung mehr über eigene Emotionen gesprochen wird. Infolge werden vielleicht mehr Selbsthilfegruppen besucht oder ambulante Therapieangebote genutzt und das soziale Umfeld mehr miteinbezogen.

9.1. Kritik und Ausblick

Kritisch anzumerken ist der geringe Stichprobenumfang (N=34). Eine größere Patientenanzahl konnte über den Testzeitraum nicht rekrutiert werden, da die Teilnahme freiwillig war und oftmals keine neuen Patienten zur Verfügung standen. Dadurch ergaben sich kleine Gruppengrößen bei der Einteilung der Patienten hinsichtlich ihrer Ängstlichkeit und Depressivität. Besonders die Gruppengröße der Patienten ohne depressive Symptomatik war gering, wodurch die Schwellenwerte des Beck-Depression-Inventars (BDI-II) erhöht wurden. Auch beim Testverfahren zur Ängstlichkeit (STAI-T) ist keine Einteilung vorgesehen, wodurch auch hier die Gruppeneinteilung artifiziell erfolgte und nicht von einer eindeutigen Differenzierung zwischen den Gruppen ausgegangen werden kann. Bei einem größeren Stichprobenumfang hätte eine Gleichverteilung der Gruppen erreicht werden können und kleinere Effekte wären signifikant geworden. Anzumerken ist, dass auch bei den nicht signifikanten Ergebnissen dieser Untersuchungen keine Tendenzen zu einem signifikanten Ergebnis vorlagen.

Des Weiteren wurden in dieser Untersuchung keine weiblichen Patienten berücksichtigt. Ein eventueller Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Emotionsregulation kann in zukünftigen Studien näher untersucht werden.

Es ist zudem anzumerken, dass sich die untersuchte Stichprobe bereits in Behandlung befand. Ob und wie sich die Fähigkeit zur Emotionsregulation dadurch verändert hat, konnte aufgrund des Querschnittsdesigns in diesem Rahmen nicht untersucht. Die Frage nach eventuellen Behandlungseffekten ist aber durchaus von Interesse für die Weiterentwicklung verschiedener Interventionsmöglichkeiten.

Da bis jetzt kaum Untersuchungen zu der Wahl spezifischer Strategien der Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern vorgenommen wurden, hat diese Untersuchung zu einem weiteren Einblick in die Thematik geführt. Trotz der Kritikpunkte bezüglich der Methodik zeigten die Ergebnisse, dass maladaptive Strategien zur Emotionsregulation von pathologischen Glücksspielern genutzt werden, was in der Therapie und bei einer weiteren thematischen und wissenschaftlichen Behandlung berücksichtigt werden sollte. Auch die Homogenität der Stichprobe hinsichtlich der Ängstlichkeit und Depressivität lässt darauf schließen, dass hohe Komorbiditäten von Depressionen und Angststörungen in dieser Gruppe vorhanden sind, was wiederum die Emotionsregulation und das Glücksspielverhalten beeinflussen kann. Zur Erfassung von komorbiden Störungen (z. B. einer Angststörung) sollten jedoch andere Erhebungsmethoden angewandt werden.

Zusammenfassung

Defizite und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation können bei verschiedenen psychischen Störungen nachgewiesen werden und stellen oftmals einen Risikofaktor für die Entwicklung pathologischer Verhaltensweisen dar. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, spezifische Strategien und Defizite der Emotionsregulation bei pathologischen Glücksspielern zu untersuchen. Die Stichprobe bestand aus 34 männlichen Patienten des Anton Proksch-Institutes. Mittels Emotionsregulations-Inventar (ERI) und Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) wurden die spezifischen Strategien zur Emotionsregulation erfasst. Des Weiteren wurde die Ängstlichkeit mit dem State-Trait-Angstinventar (STAI-T) und die Depressivität mit dem Beck Depression Inventar (BDI-II) zur Kontrolle miterhoben.

Da in dieser Untersuchung keine Kontrollgruppe vorlag, wurde die Stichprobe mit der Normpopulation des ERQ und des ERI verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten öfter die Strategie der Unterdrückung (ERQ) anwenden als die Normpopulation. Bei der Regulation von negativen Emotionen wählten die Patienten im Vergleich zur Normpopulation signifikant seltener die Strategie des kontrollierten Ausdrucks und signifikant häufiger die Strategie der empathischen Unterdrückung. Bei der Regulation von positiven Emotionen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Nicht ängstliche Patienten wählten häufiger die Strategie der Unterdrückung, gemessen durch den ERQ, als ängstliche Patienten. Die Depressivität hatte jedoch keinen Einfluss auf die Wahl der Emotionsregulationsstrategien. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass pathologische Glücksspieler eher zur Unterdrückung von Emotionen neigen, wobei besonders negative Emotionen weniger zum Ausdruck gebracht werden. Diese Defizite in der Emotionsregulation sollten zusätzlich bei der Spielerbehandlung berücksichtigt werden.

Abstract

Deficits or difficulties with emotion regulation are found in various types of mental disorders and often represent a risk factor for the development of pathological behaviors. The purpose of the present study was to examine specific strategies and deficits of emotion regulation in pathological gamblers. The sample consisted of male patients (N=34) from the Anton Proksch-Institut. Specific strategies of emotion regulation were measured with the Emotion Regulation-Inventory (ERI) and the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). For further control purposes, the study also investigated participants' anxiety level using the State-Trait-Anxiety Inventory (STAI-T) as well as their depression level using the Beck Depression Inventory (BDI-II).

As a control group for this research was not scheduled, participants were compared with the norm population of the ERI and ERQ. The participants showed a significantly higher use of the strategy suppression (ERQ) compared to the norm population. Furthermore, participants made less use of the strategy controlled expression (ERI), but significantly more often used empathic suppression as a strategy to regulate their negative emotions. The study showed that non anxious patients differ from anxious patients by suppressing their emotions more often, based on ERQ results. The present level of depression of the participants did not influence the use of emotion regulation strategies. Concluding the results, the participants generally tend to suppress their emotions. Moreover, they particularly hide the expression of their negative emotions. Therefore these deficits should also be targeted in the treatment of pathological gamblers.

Literaturverzeichnis

- Abler, B., & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144–152.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-5* (5. Aufl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211–221. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.004
- Anton Proksch Institut (2015). Therapieangebot für Glücksspielsüchtige. Abgerufen am 26.03.2015. Verfügbar unter <http://www.api.or.at/typo3/index.php?id=187>
- Bachmann, M., & El-Akhras, A. (2010). *Glücksspielfrei: Ein Therapiemanual bei Spielsucht*. Berlin: Springer.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M.-C. O., & Hoffman, J. H. (2013). Effects of Neighborhood Disadvantage on Problem Gambling and Alcohol Abuse. *Journal of behavioral addictions*, 2(2), 82–89. doi:10.1556/JBA.2.2013.004
- Barnow, S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie: Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 63(2), 111–124. doi: 10.1026/0033-3042/a000119
- Becona, E., Lorenzo, M. D. C., & Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78(2), 635–640. doi:10.2466/pr0.1996.78.2.635
- Bischof, A., Westram, A., Jeske, C., Bischof, G., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H.-J. (2012). Problematisches und pathologisches Glücksspielen in der Allgemeinbevölkerung. In F. M. Wurst, N. Thon, & K. Mann (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Ursachen-Prävention-Therapie* (S. 10-26). Bern: Hans Huber.
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical Features and Psychiatric Comorbidity of Subjects with Pathological Gambling Behavior. *Psychiatric Services*, 49(11), 1434–1439. doi:10.1176/ps.49.11.1434
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x
- Blaszczynski, A., Walker, M., Sharpe, L., & Nower, L. (2008). Withdrawal and Tolerance Phenomenon in Problem Gambling. *International Gambling Studies*, 8(2), 179–192. doi:10.1080/14459790802140007
- Böning, J., & Grüsser-Sinopoli, S. (2009). Neurobiologie der Glücksspielsucht. In D. Batthyány, & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen* (S.45-67). Wien: Springer.

- Bundesministerium für Finanzen (2015). Glücksspiel in Österreich. Abgerufen am 02.03.2015. Verfügbar unter <https://www.bmf.gv.at/steuern/gluecksspiel-spielerschutz/in-oesterreich/glsp-gluecksspiel-oesterreich.html>
- Campbell, F., & Lester, D. (1999). The impact of gambling opportunities on compulsive gambling. *Journal of Social Psychology*, 139(1), 126–127.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale: Erlbaum.
- Crockford, D. N., & el-Guebaly, N. (1984). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gambling: A Critical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders - Results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1093–1096.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Strong, D. R., Brown, R. A., Breen, R. B., & Lesieur, H. R. (2005). The Relationship among Negative Affect, Distress Tolerance, and Length of Gambling Abstinence Attempt. *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 363–378. doi:10.1007/s10899-005-5554-6
- Dickerson, M. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 225–245. doi:10.1007/BF01015920
- Dilling, H., (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
- Ellsworth, P. C., & Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R. J. Davidson, K. R., Scherer, & H. H. Goldsmith (Hrsg.), *Handbook of affective science* (S. 572-595). New York: Oxford University Press.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2–3), 298–301. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Furian, C. (2014). *Emotionsregulation Bei Substituierten Opioidabhängigen in Stationärer Behandlung* (Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- Galliker, M. (2009). *Psychologie der Gefühle und Bedürfnisse : Theorien, Erfahrungen, Kompetenzen* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267–276. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00083-7
- Glücksspielgesetz (2015). Gesamte Rechtsvorschrift für Glücksspielgesetz. Abgerufen am 20.03.2015. Verfügbar unter

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10004611>

- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The Neural Bases of Emotion Regulation: Reappraisal and Suppression of Negative Emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577–586. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.05.031
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 203–207. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00162.x
- Griesser, B. (1991). *Der pathologische Spieler. Eine Studie zur Glücksspielsucht unter der Berücksichtigung phänomenologischer, sozialpsychologischer, psychoanalytischer und hermeneutischer Aspekte* (Diplomarbeit). Universität Salzburg, Salzburg.
- Griffiths, D. M. (1994). An exploratory study of gambling cross addictions. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 371–384. doi:10.1007/BF02104903
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. doi:10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551–573. doi: 10.1080/026999399379186
- Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 3–20). (2. Aufl.). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95
- Grüsser, D. S. M., Plöntzke, B., & Albrecht, U. (2005). Pathologisches Glücksspiel. *Der Nervenarzt*, 76(5), 592–596. doi:10.1007/s00115-004-1764-x
- Grüsserer, S. M., & Thalemann, C. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar: BDI-II*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Hayer, T. (2010). Geldspielautomaten und Suchtgefahren-Wissenschaftliche Erkenntnisse und suchtpolitischer Handlungsbedarf. *Sucht aktuell*, 17(1), 47–52.
- Heckhausen, H. (1974). *Motivationsanalysen*. Berlin: Springer.
- Hodgins, D. C., Peden, N., & Cassidy, E. (2005). The Association Between Comorbidity and Outcome in Pathological Gambling: A Prospective Follow-up of Recent

- Quitters. *Journal of Gambling Studies*, 21(3), 255–271. doi:10.1007/s10899-005-3099-3
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378, 1874–1884. doi:10.1016/S0140-6736(10)62185-X
- Holden, C. (2001). „Behavioral“ Addictions: Do They Exist? *Science*, 294(5544), 980–982. doi: 10.1126/science.294.5544.980
- Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H. R., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J., & Sáiz-Ruiz, J. (2001). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1733–1735. doi:10.1176/ajp.158.10.1733
- Jacques, C., Ladouceur, R., & Ferland, F. (2000). Impact of availability on gambling: a longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 45(9), 810–815.
- Kalke, J. (2011). *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kessler, R. C., Hwang I., LaBrie R., Petukhova M., Sampson N. A., Winters K. C., & Shaffer H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-1360. doi: 10.1017/S003329170800290
- 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 Affect Disorders*, 92(1), 109-116. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.040
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5(4), 345-379.
- Köberl, J., & Prettenthaler, F. (2009). *Kleines Glücksspiel – Großes Leid? Empirische Untersuchungen zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark*. Graz: Leykam.
- König, D. (2011). *Die Regulation von negativen und positiven Emotionen. Entwicklung des Emotionsregulations-Inventars und Vergleich von Migränikerinnen mit Kontrollpersonen* (unveröffentlichte Dissertation). Universität Wien, Wien.
- Kräplin, A., & Bühner, G. (2011). Pathologisches Glücksspielen und vergleichbare Störungen. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 784-795). Berlin: Springer.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1970). *State-Trait-Angstinventar (STAI). Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation* (1. ed.). New York: Oxford University Press.
- Levy, M., & Feinberg, M. (1991). Psychopathology and pathological gambling among males: Theoretical and clinical concerns. *Journal of Gambling Studies*, 7(1), 41–53. doi:10.1007/BF01019764

- 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(2), 215–218.
- Meyer, G. (2000). Spielsucht – Theorie und Empirie. In S. Poppelreuter & W. Gross (Hrsg.), *Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten* (S. 1 – 15). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (1993). *Glücksspiel: Wenn der Traum vom Glück zum Alptraum wird*. Berlin: Springer.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (2011). *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Müller-Spahn, F., & Margraf, J. (2003). *Wenn Spielen pathologisch wird*. Freiburg: Karger.
- Oerter, R. (1993). *Psychologie des Spiels: Ein handlungstheoretischer Ansatz*. München: Quintessenz.
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (2003). *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, N. M., & Armentano, C. (1999). Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, 50(8), 1021–1027. doi:10.1176/ps.50.8.1021
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., . . . Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 555–567. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.555
- Petry, N. M., & Hodgins, D. C. (2012). An introduction to Addiction's new series on gambling. *Addiction*, 107(6), 1034–1035. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03710.x
- Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei pathologischem Glücksspiel. *SUCHT-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 54(3), 131-140. doi: 10.1024/2008.03.03
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1009–1061. doi:10.1016/S0272-7358(02)00101-0
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Gläscher, J., & Büchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8(2), 147–148. doi: 10.1038/nn1378
- Rottenberg, J., Kasch, K. L., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2002). Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emotion*, 2(2), 135–146. doi: 10.1037/1528-3542.2.2.135
- Rumpf, H. J., & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte. *Sucht*, 57(1), 45-48.

- Schwab, F. (2004). *Evolution und Emotion: Evolutionäre Perspektiven in der Emotionsforschung und der angewandten Psychologie* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Shaffer, H. J., & Kidman, R. (2003). Shifting Perspectives on Gambling and Addiction. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 1–6. doi:10.1023/A:1021267028254
- 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(9), 1369–1376.
- Sonntag, D. (2006). Risikofaktoren des problematischen Glücksspielverhaltens. *ZEitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 314–321.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Edmonson, K. M., Johnson, P. E., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 67–81. doi: 10.1007/BF01533190
- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J.-M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 727–732. doi: 10.1037/0022-006X.65.5.727
- Thalemann, C. N. (2009). Verhaltenssucht. In D. Batthyány & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen* (S.1-19). Wien: Springer.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52 doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11(3), 149–159.
- Volberg, R. A., Abbott, M. W., Rönnerberg, S., & Munck, I. M. E. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 250–256. doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00336.x
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. In A. M. Kring, & D. M. Sloan (Hrsg.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (S. 13-38). New York: Guilford Press.
- Whelan, J. P., Steenbergh, T. A., & Meyers, A. W. (2007). *Problem and Pathological Gambling*. Massachusetts, Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Cassidy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223–238. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x
- Wirtz, C. M., Hofmann, S. G., Riper, H., & Berking, M. (2014). Emotion Regulation Predicts Anxiety Over a Five-Year Interval: A Cross-Lagged Panel Analysis. *Depression and Anxiety*, 31(1), 87–95. doi: 10.1002/da.22198
- Zanki, M., & Fischer, G. (2009). Pathologisches Glücksspielverhalten: Diagnose – Komorbidität – Behandlung. In D. Batthyány, & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte* (S. 67 – 83). Wien: Springer.

Zollinger, M. (1997). *Geschichte des Glücksspiels vom 17. Jahrhundert bis zum zweiten Weltkrieg*. Wien: Böhlau.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>DSM -V (312.31): Diagnosekriterien der Glücksspiel-Störung (nach DSM-V, American Psychiatric Association, 2013, S. 585).....</i>	19
Tabelle 2. <i>Häufigkeiten und Anteilswerte der gespielten Glücksspielarten in den letzten 12 Monaten</i>	38
Tabelle 3. <i>Mittelwerte (Standardabweichungen) über die gesamte Stichprobe und Ergebnisse des Einstichproben t-Tests für alle Skalen des Emotionsregulationsinventars (Wertebereich: 0 bis 100)</i>	43
Tabelle 4. <i>Ergebnisse der 2-faktoriellen Varianzanalyse mit den Auswirkungen von Depressivität und Ängstlichkeit auf die Skalen des Emotionsregulationsinventars</i>	48
Tabelle 5. <i>Ergebnisse der 2-faktoriellen Varianzanalyse mit den Auswirkungen von Depressivität und Ängstlichkeit auf die Skalen des Emotionsregulationsinventars</i>	48
Tabelle 6. <i>Interaktionen der 2-faktoriellen ANOVA von Depressivität und Ängstlichkeit auf die Skalen des Emotionsregulationsinventars.....</i>	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. <i>Das „Process Model of Emotion Regulation“ (nach Gross, 2014, S. 7)</i>	<i>26</i>
Abbildung 2. <i>Häufigkeiten der Zeitpunkte, wann eine Diagnose der Depression gestellt wurde im Bezug auf den Beginn des pathologischen Glücksspielverhaltens (vorher, gleichzeitig oder danach)(n=20).....</i>	<i>45</i>
Abbildung 3. <i>Häufigkeiten der Zeitpunkte, wann eine Diagnose der Angststörung gestellt wurde im Bezug auf den Beginn des pathologischen Glücksspielverhaltens (vorher, gleichzeitig oder danach)(n=14).....</i>	<i>45</i>

III. ANHANG

Anhang A1

Ergebnisse des Levene-Test für die 2-faktorielle ANOVA

	<i>F</i>	df1	df2	<i>p</i>
ERI-NE				
Kontrollierter Ausdruck	.747	3	30	.533
Unkontrollierter Ausdruck	.224	3	30	.879
Empathische Unterdrückung	.183	3	30	.907
Ablenkung	1.11	3	30	.362
Umbewertung	.465	3	30	.709
ERI-PE				
Kontrollierter Ausdruck	.722	3	30	.546
Unkontrollierter Ausdruck	.546	3	30	.655
Empathische Unterdrückung	1.10	3	30	.373
Ablenkung	.247	3	30	.863
ERQ				
Unterdrückung	.253	3	30	.859
Neubewertung	.463	3	30	.710

Anmerkung: ERI-NE (Emotionsregulationsinventar negative Emotionen);

ERI-PE (Emotionsregulationsinventar positive Emotionen); ERQ (Emotion Regulation Questionnaire)

LEBENS LAUF

Anna Jaklin, BSc

AUSBILDUNG:

Seit 2012	Masterstudium Psychologie Universität Wien Individueller Studienzweig, Schwerpunkt: Gesundheit, Entwicklung und Förderung
bis 06/2012	Bachelorstudium Psychologie Universität Wien Titel der Bachelorarbeit: Die Unterbringung und Behandlung von geistig abnormen Rechtsbrechern im österreichischen Maßnahmenvollzug
10/2008 – 02/2011	Diplomstudium Psychologie Universität Wien

FACHSPEZIFISCHE BERUFSERFAHRUNG:

10/2014 – aktuell	Oma/Opa Projekt, Verein NL40 <u>Tätigkeiten:</u> Lerngruppenbetreuung und Koordination, Ansprechpartner für die Lerngruppen
08/2013 – 10/2013	Krankenhaus Oberwart / PSD Südburgenland – Pflichtpraktikum <u>Tätigkeiten:</u> Teilnahme an klinisch-psychologischen und fachärztlichen Gesprächen, ausführliche Falldokumentationen, Durchführung von psychologischen Screeningverfahren
11/2012 – 03/2013	ISG Personalmanagement, Wien – Vollzeit <u>Tätigkeiten:</u> Ansprechpartner für Bewerber und Kunden, Teilnahme an strukturierten Interviews, Verfassen ausführlicher Berichte, Datenbanksuche und telefonische Screenings
08/2011	Wiener Jugenderholung – Vollzeit <u>Tätigkeiten:</u> Zweiwöchige Urlaubsbetreuung von sozial schwachen Familien, Organisation von Freizeitangeboten, Konfliktmanagement Verwaltungstätigkeiten
09/2010 – 03/2011	Kinderschutzzentrum „die Möwe“, Mödling – Praktikum Teilzeit <u>Tätigkeiten:</u> Einblick in die therapeutischen Prozesse, sowie Prozessbegleitung, Teilnahme an der wöchentlichen Teambesprechung

BESONDERE KENNTNISSE:

Sprachkenntnisse	Deutsch – Muttersprache
	Englisch - fließend in Wort und Schrift
	Cambridge Certificate (FCE)
IT – Kenntnisse	MS Office
	Open Office
	SPSS
	Adobe Photoshop 7.0

Originalitätserklärung

Ich, Anna Jaklin, versichere, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfestellungen verfasst habe. Ich habe ausschließlich die Quellen benutzt, die in der Arbeit angeführt sind und entnommene Stellen von anderen Autoren auch als diese gekennzeichnet. Zudem wurde die Textstelle, die durch Zusammenarbeit mit meiner Kollegin Birgit Sumper entstanden ist, ebenfalls dementsprechend gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich diese Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsstelle vorgelegt habe.