



universität
wien

Diplomarbeit

Glücksspielsucht im Alter - ein Vergleich zwischen jungen und alten Spielern anhand einer salutogenetischen Betrachtungsweise

Verfasserin

Antonia Nitsch

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen Assistenten für die kompetente Diplomarbeitsbetreuung bedanken. Herr Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber gestaltete das Diplomandenseminar respekt- und humorvoll, immer mit dem Blick auf das Wesentliche. In dieser Endphase des Studiums wurde es mir mit viel Geduld, seitens Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber ermöglicht, eine wissenschaftliche Arbeit zu verfassen. Die persönliche Zusammenarbeit mit Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber war für mich eine neue, aber sehr lehrreiche Erfahrung.

Mein Dank gilt natürlich auch dem Anton Proksch Institut speziell Herrn Dr. Beiglböck und Herrn Mag. Peter für die Unterstützung in allen Bereichen, die für solch eine wissenschaftliche Arbeit notwendig ist. Dr. Beiglböck und Mag. Peter standen mir jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung ohne meine Selbstständigkeit in der Durchführung dieser Studie einzuschränken. Für das entgegengebrachte Vertrauen möchte ich mich herzlich bedanken. Ein großes Dankeschön richtet sich auch an die Patienten, welche stets motiviert und interessiert an meiner Studie teilnahmen. Ohne sie wäre die praktische Umsetzung meiner Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein aufrichtigster Dank gilt ebenfalls meinen Eltern, meiner Großmutter und meinem Freund, welche mich während meiner gesamten Studienzeit emotional und nicht zuletzt auch finanziell unterstützten. Auch in schwierigen Phasen dieses Studiums haben sie mich stets angespornt und an meine Fähigkeiten geglaubt. Ein besonderes Dankeschön gebührt meiner Mutter. Sie wurde niemals müde meine Arbeit zu korrigieren und spendete mir in dieser Zeit viel Trost und Unterstützung.

Anmerkung

Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, werden im gesamten Text dieser Arbeit alle Personenbezeichnungen geschlechtsneutral angewandt. So steht der Begriff Spieler als Abkürzung für Spieler und Spielerinnen etc.

Inhaltsverzeichnis

THEORETISCHER TEIL

1	EINLEITUNG	10
2	DEMOGRAPHISCHER WANDEL	13
3	ZUM BEGRIFF SUCHT	14
3.1	VERHALTENSSUCHT	15
3.2	ENTWICKLUNG EINER SUCHT IM ALTER.....	16
3.3	ZUSAMMENFASSUNG	17
4	DAS GLÜCKSSPIEL	18
4.1	DEFINITION DES GLÜCKSSPIELS.....	18
4.2	KLASSIFIKATION DER GLÜCKSSPIELSUCHT	20
4.3	ERSCHEINUNGSBILD DER GLÜCKSSPIELSUCHT.....	22
4.4	PHASEN EINER SPIELERKARRIERE	23
4.5	VARIANTEN DES GLÜCKSSPIELS	24
4.5.1	<i>Roulette</i>	<i>25</i>
4.5.2	<i>Black Jack.....</i>	<i>25</i>
4.5.3	<i>Poker</i>	<i>26</i>
4.5.4	<i>Glücksspielautomaten.....</i>	<i>26</i>
4.5.5	<i>Lotterien.....</i>	<i>28</i>
4.6	DER GLÜCKSSPIELMARKT IN ÖSTERREICH.....	29
4.6.1	<i>Befragung von Spielern terrestrischer Glücksspiele und Wettangebote.....</i>	<i>30</i>
4.6.2	<i>Repräsentativbefragung der Bevölkerung</i>	<i>30</i>
4.6.3	<i>Befragung des Personals</i>	<i>30</i>
4.7	GLÜCKSSPIEL IM ALTER.....	31
4.8	ZUSAMMENFASSUNG	33

5 THEORETISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZUR ENTSTEHUNG DER PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELSUCHT	34
5.1 NEUROBIOLOGISCHE THEORIEN	34
5.1.1 Dopamin.....	35
5.1.2 Serotonin.....	36
5.1.3 Noradrenalin.....	36
5.1.4 Opioide.....	37
5.1.5 Kognitive und neurobiologische Funktionen.....	37
5.2 DER PSYCHOANALYTISCHE ANSATZ	40
5.3 LERNTHEORETISCHE KONZEPTE	41
5.4 KOGNITIVE PROZESSE.....	43
5.5 SOZIALE UND SOZIOKULTURELLE FAKTOREN	44
5.6 INTEGRATIVE ERKLÄRUNGSMODELLE	45
5.7 ZUSAMMENFASSUNG	47
6 DAS MODELL DER SALUTOGENESE (ANTONOVSKY, 1979)	49
6.1 DER BEGRIFF DES KOHÄRENZGEFÜHLS	50
6.2 DIE ANWENDUNG DES SALUTOGENESEMODELLS IN DER ABHÄNGIGKEITSFORSCHUNG	52
6.3 ZUSAMMENFASSUNG	53
7 DAS KONZEPT DES SELBSTMANAGEMENT NACH KANFER, REINECKER, UND SCHMELZER (2005)	54
7.1 DEFINITION DES SELBSTMANAGEMENTKONZEPTS.....	54
7.2 ZIEL DES SELBSTMANAGEMENTKONZEPTS.....	55
7.3 GRUNDLEGENDE VARIABLEN DES SELBSTMANAGEMENT-ANSATZES: ALPHA-, BETA- UND GAMMA-VARIABLEN	56

7.4 DIE BEDEUTUNG DER SELBSTREGULATION, SELBSTKONTROLLE UND VERÄNDERUNGSMOTIVATION	56
7.5 DAS 7-PHASEN-MODELL DES SELBSTMANAGEMENT-ANSATZES NACH KANFER ET AL. (2005)	58
7.6 ZUSAMMENFASSUNG	61
EMPIRSCHER TEIL	
8 DARSTELLUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN STUDIE	62
8.1 ERHEBUNGSORT ANTON PROKSCH INSTITUT	63
8.2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	64
8.2.1 <i>Einschluss-, und Ausschlusskriterien</i>	64
8.2.2 <i>Einteilung der Altersgruppen</i>	64
8.3 UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG	65
8.4 UNTERSUCHUNGSDESIGN UND FORSCHUNGSFRAGEN	66
8.5 ANGEWANDTE UNTERSUCHUNGSVERFAHREN	67
8.5.1 <i>Der Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992)</i>	68
8.5.2 <i>Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007)</i>	68
8.5.3 <i>Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995)</i>	69
8.5.4 <i>South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987; deutsche Übersetzung Albrecht, 2002)</i>	70
8.6 STATISTISCHE VERFAHREN ZUR DATENAUSWERTUNG	71
9 ERGEBNISSE	72
9.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	72
9.1.1 <i>Soziodemographische Daten der Spieler</i>	73
9.1.2 <i>Glücksspielverhalten der befragten Spieler</i>	77

9.1.3 Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der befragten Spieler.....	81
9.2 ERGEBNISSE ZU DEN FORSCHUNGSFRAGEN:.....	91
9.2.1 Unterschiede im Glücksspielverhalten zwischen jungen und alten Spielern	91
9.2.2 Unterschiede in Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten zwischen jungen und alten Spielern.....	95
9.2.3 Unterschiede im Schweregrad der Glücksspielsucht zwischen jungen und alten Spielern	97
9.2.4 Unterschiede in der Spieldauer zwischen jungen und alten Spielern.....	98
9.2.5 Unterschiede im Glücksspielverhalten zwischen Männern und Frauen	98
9.2.6 Unterschiede in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen	102
9.2.7 Zusammenhang zwischen der Dauer der Glücksspielsucht und den FERUS-Skalen (Jack, 2007).....	123
9.2.8 Zusammenhang von Veränderungsmotivation und dem Schweregrad der Glücksspielsucht	123
9.3 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	124
10 INTERPRETATION UND DISKUSSION.....	125
10.1 BESCHREIBUNG DES GLÜCKSSPIELVERHALTENS DER STICHPROBE.....	125
10.2 GLÜCKSSPIELVERHALTEN GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN	128
10.3 RESSOURCEN UND SELBSTMANAGEMENTFÄHIGKEITEN GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN.....	129
10.4 SCHWEREGRAD DER GLÜCKSSPIELSUCHT GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN	131
10.5 SPIELDAUER GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN	131
10.6 GLÜCKSSPIELVERHALTEN NACH GESCHLECHT.....	132

10.7	UNTERSCHIEDE IN ABHÄNGIGKEIT SOZIODEMOGRAPHISCHER VARIABLEN	132
10.8	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER DAUER DER GLÜCKSSPIELSUCHT UND DEN FERUS SKALEN (JACK, 2007).....	135
10.9	ZUSAMMENHANG VON SCHWEREGRAD DER SPIELSUCHT UND FERUS-SKALEN (JACK, 2007).....	135
11	KRITIK UND AUSBLICK	136
12	ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIE.....	138
12.1	DEUTSCHE ZUSAMMENFASSUNG	138
12.2	ENGLISH ABSTRACT	139
13	ANHANG	141
13.1	ÜBERPRÜFUNG DER VORAUSSETZUNGEN	141
13.1.1	<i>Altersunterschiede</i>	<i>141</i>
13.1.2	<i>Unterschiede nach Migrationshintergrund.....</i>	<i>141</i>
13.1.3	<i>Unterschiede nach Ausbildung.....</i>	<i>142</i>
13.1.4	<i>Unterschiede nach Haushaltsgröße</i>	<i>142</i>
13.2	TABELLENVERZEICHNIS	143
13.3	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	145
14	LITERATURVERZEICHNIS.....	146
15	FRAGEBÖGEN:	162
15.1	SOZIALDATENBLATT	162
15.2	WST (SCHMIDT & METZLER, 1992)	164
15.3	FERUS (JACK, 2007).....	166
15.4	KURZFRAGEBOGEN ZUM GLÜCKSSPIELVERHALTEN (J. PETRY & BAULIG, 1995).....	171
15.5	SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (LESIEUR & BLUME, 1987, DEUTSCHE ÜBERSETZUNG ALBRECHT, 2002).....	173

15.6	LEBENS LAUF:	177
15.7	ORIGINALITÄT SERKLÄRUNG.....	179

1 Einleitung

Nachdem die Nachfrage in der Bevölkerung am Glücksspiel und dessen Angebot kontinuierlich steigt, und das Bewusstsein über die negativen Folgen für die Bevölkerung bzw. für den Staat erwacht ist, nimmt das Interesse an aktuellen Studien für Österreich zu. Es liegt bis zum jetzigen Zeitpunkt nur eine Studie vor, durchgeführt von Kalke et al. (2011), welche empirische Erkenntnisse über die Glücksspielteilnahme und -probleme der österreichischen Bevölkerung sowie spezieller Spielergruppen veröffentlichte. Initiator der Studie ist die österreichische Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Suchtvorbeugung. Um bei der Durchführung dieser Studie fachliche Beratung zu gewährleisten, gründete man im Jahr 2011 ein Expertenteam. (Kalke et al., 2011) Fachleute aus den Bundesländern wurden in den Fachbeirat nominiert: Univ. Prof. Dr. Herwig Scholz (Krankenhaus de La Tour, Kärnten), Univ. Prof. Prim. Dr. Christian Haring (psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol), Mag.^a Dr. Izabela Horodecki (Verein Spielsuchthilfe, Wien), Prof. Univ. Doz. Dr. Werner Schöny (Nervenklinik Linz) und Univ. Prof. Prim. Dr. Reinhard Haller (Krankenhaus Stiftung Maria Ebene). In der Studie von Kalke et al. (2011) konnte ein Anstieg der Glücksspielteilnahme in der österreichischen Bevölkerung festgestellt werden. Es zeigte sich, dass 42% der Österreicher (14-65 Jahre) innerhalb der letzten 12 Monate an Glücksspielen teilgenommen hatten. Insgesamt weisen 0,4% der Befragten ein problematisches und 0,7% ein pathologisches Spielverhalten nach DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) auf. (Kalke et al., 2011) Auch die Fachstelle für Glücksspielsucht in der Steiermark (2012) verzeichnet im Vergleich der Jahre 2010 und 2011 ein Plus von 15% an Spielern, welche eine ambulante Behandlung in Anspruch nahmen. Aus dem Tätigkeitsbericht der anonymen Spieler in Österreich geht hervor, dass es sich bei den Glücksspielautomaten um die meistgenannte Spielart handelt (Horodecki, 2006). Laut Geschäftsbericht der Casinos Austria (2011) konnte das Geschäftsjahr 2011 mit einem neuen Rekordumsatz abgeschlossen werden. So erwirtschaftete der Konzern einen Umsatz von 3,47 Milliarden Euro vor allem durch das Geschäft am österreichischen Heimatmarkt und hier wiederum durch die Zuwächse bei den Spielumsätzen der zwölf österreichischen Casinos (plus 4,5 % auf 270 Millionen Euro). Auch Casinos Austria International verbuchte ein Umsatzplus von 5,8 % auf 230,6 Millionen Euro. (Casinos Austria, 2011) Aus diesen Erkenntnissen geht hervor, dass Österreich eine wesentliche Rolle am europäischen Glücksspielmarkt einnimmt. (Fachstelle Glücksspielsucht, 2012) Zahlreiche Studien zeigen konsistent unter Jugendlichen im

Vergleich mit Erwachsenen einen höheren Anteil von problematischen und pathologischen Spielern (Derevensky & Gupta, 2004; Hayer, 2012; Hayer, Griffiths, & Mayer, 2005; Hurrelmann, Schmidt, & Kähnert, 2003). Während in diesen Studien das Hauptinteresse an der Risikogruppe junger Spieler lag, beschäftigten sich nur wenige Studien (Bilt, Dodge, Ganguli, Pandav, & Shaffer, 2004; McNeilly & Burke, 2001; Nower & Blaszczyński, 2008; Southwell, Boreham, & Laffan, 2008; Wiebe, 2000) mit dem Spielproblem älterer Personen. An dieser Bevölkerungsgruppe scheint, in Bezug auf das Glücksspiel, noch Forschungsbedarf zu bestehen.

Das Hauptinteresse dieser explorativen Studie liegt in der Frage, ob signifikante Unterschiede zwischen älteren (ab 50 Jahren) und jüngeren Spielern (18-49 Jahre) in bestimmten Bereichen, wie zum Beispiel dem Spielverhalten, dem Schweregrad der pathologischen Spielsucht und in den wahrgenommenen Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten existieren. Die Einteilung der Altersgruppen orientiert sich an jener von Havighurst (1948) und an der Studie von N. M. Petry mit dem Titel „A Comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers“ aus dem Jahr 2002. Näheres zu der Einteilung der Altersklassen in dieser Studie findet sich im Kapitel 8.2.2. Es soll außerdem untersucht werden, ob Unterschiede in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen vorhanden sind. Diese Erhebung strebt neben der Frage nach Altersunterschieden im Spielverhalten und in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten auch an, das Spielverhalten, die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten von Migranten näher zu beleuchten um neue Informationen sammeln zu können. Das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes wird von einigen Autoren (Albers & Hübl, 1997; Bühringer & Türk, 2000; Hayer & Meyer, 2008; Meyer & Bachmann, 2011; J. Petry, 2003) als Risikofaktor angesehen, um eine Spielsucht zu entwickeln. Bühringer und Türk (2000) ermittelten in ihrer Studie, welche 717 Spieler aus verschiedenen Spielstätten in Deutschland erfasste, einen Ausländeranteil von 16%. 121 Personen lehnten die Befragung wegen Sprachschwierigkeiten ab. Nach Meyer und Bachmann (2011) ist in Suchtkliniken ein steigender Anteil an Migranten zu beobachten. Nach Schätzungen dürfte dieser bei rund 15% liegen. In der Befragung von Spielern terrestrischer Glücksspielangebote von Kalke et al. (2011) zeigte sich bei den Automatenspielern außerhalb des Casinos ein Migrationshintergrund von 20%, in der Gruppe der Sportwetter 19% und bei Spielen im Casino 31%. Terrestrisches Glücksspiel bedeutet, dass es im Gegensatz zu Onlineglücksspielen an speziell dafür eingerichteten

Standorten, wie Spielbanken, elektronischen Automatencasinos etc. betrieben wird (Diegmann, Hoffmann, & Ohlmann, 2008).

Nach dieser Einleitung über vorliegende Arbeit beginnt die Darstellung des theoretischen Hintergrundes zu dem Thema „Glücksspielsucht im Alter- ein Vergleich zwischen jungen und alten Spielern anhand einer salutogenetischen Betrachtungsweise“. Kapitel 2 widmet sich einem kurzen Überblick des demographischen Wandels der Bevölkerung. Im Kapitel 3 soll der Begriff „Sucht“ beschrieben und definiert werden. Während lange Zeit nur die sogenannten stoffgebundenen Süchte öffentliche bzw. medizinische Beachtung fanden, vor allem Alkohol und illegale Drogen, treten seit geraumer Zeit auch die sogenannten nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten in den Fokus des Interesses der Wissenschaft (Tretter & Müller, 2001). Anschließend (Kapitel 3.2) folgt ein Überblick über die Gefahren einer Suchtentwicklung im Alter. Während man früher annahm, dass die Sucht im Alter abnimmt, zeigen Erkenntnisse der Alkoholismusforschung, dass die Entwicklung einer Sucht auch erst im Alter beginnen kann (Wolter, 2011). Ob dies auch für die Glücksspielsucht zutrifft, ist in der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse. Im darauffolgenden Kapitel 4 wird die Glücksspielsucht nach derzeitigem Kenntnisstand definiert und klassifiziert. Außerdem wird im Kapitel 4.6 ein Überblick über den Glücksspielmarkt in Österreich gegeben. Im Kapitel 5 folgen die theoretischen Erklärungsansätze zur Entstehung einer pathologischen Glücksspielsucht. Die letzten Kapitel des Theorieteils dieser Arbeit beschäftigen sich mit dem Modell der Salutogenese von Antonovsky (1979) und dem Selbstmanagement-Konzept von Kanfer, Reinecker, und Schmelzer (2005). Der empirische Teil beinhaltet die Beschreibung der durchgeführten Studie (Kapitel 8). Es wird auf den Erhebungsort, das Anton Proksch Institut (Kapitel 8.1) und dessen Therapieangebot (Kapitel 8.1.1), die Beschreibung der Stichprobe (Kapitel 8.2), die Untersuchungsdurchführung (Kapitel 8.3), das Untersuchungsdesign und die Forschungsfragen (Kapitel 8.4) und auf die angewandten Untersuchungsverfahren (Kapitel 8.5) eingegangen. Das theoretische Vorverständnis einer Explorationsstudie ist noch nicht soweit fortgeschritten, dass sich statistische Hypothesen formulieren lassen (Bortz & Döring, 2006). Aus diesem Grund werden in dieser Studie lediglich Forschungsfragen dargestellt. Der empirische Teil umfasst außerdem die Beschreibung der statistischen Verfahren zur Datenauswertung (Kapitel 8.6) sowie die Darstellung der Ergebnisse dieser Studie (Kapitel 9). Die Untersuchungsergebnisse werden diskutiert und mit einschlägiger Literatur in Verbindung gebracht (Kapitel 10). Abschließend werden Kritikpunkte und ein Ausblick auf zukünftige Studien zu dieser Thematik erläutert

(Kapitel 11). Das Kapitel 12 beinhaltet eine deutsche und eine englische Zusammenfassung der Studie.

Theoretischer Hintergrund

2 Demographischer Wandel

Die Gegenwart und die Zukunft der Gesellschaft werden gekennzeichnet durch einen hohen und wachsenden Anteil alter und älterer Menschen. Eine verringerte Sterblichkeit und abnehmende Kinderzahlen sind dafür die wichtigsten Ursachen. (Lindenberger, 2010) Laut einem Bericht zum Bevölkerungsstand der Statistik Austria (2011) ist die Bevölkerungsstruktur Österreichs seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts von einer allmählichen Alterung gekennzeichnet. Infolge des Geburtenrückgangs in den 1970er Jahren zeigen sich deutliche Anzeichen der demographischen Alterung. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen in vielen Regionen ist gesunken, während die Bevölkerung im Pensionsalter anteilmäßig stark zugenommen hat. Dies kann man anhand der Entwicklung des Durchschnittsalters der österreichischen Bevölkerung besonders deutlich erkennen: Am Beginn der 1970er Jahre lag dieser Wert noch bei 36,1 Jahren. Bis zum Stichtag am 1.1.2011 stieg er auf 41,7 Jahre an (Statistik Austria, 2011). Im Laufe ihrer Vita leben Menschen in unterschiedlichen haushaltsbezogenen Formen. Dabei können altersspezifische Muster beobachtet werden. Laut der Statistik Austria (2011) leben 97% der 15-19-jährigen Männer und 95,6% der gleichaltrigen Frauen als Kinder im elterlichen Haushalt oder bei einem Elternteil. Ab einem Alter von 20 Jahren gibt es prozentual gesehen Unterschiede im Wohnverhalten zwischen Männern und Frauen. Von den 20-24-jährigen Frauen leben 55,6% im Elternhaus, bei den Männern hingegen leben noch 70,7% bei ihren Eltern. Ab dem 30. Lebensjahr leben Männer und Frauen überwiegend in Familien mit Partnern und Kindern. Während für Männer diese Phase bis zur Altersgruppe der 50-59-Jährigen andauert, leben Frauen des gleichen Alters bereits häufiger wieder in (nacherlichen) Partnerschaften ohne Kind im Haushalt. Im Alter zwischen 60 und 69 Jahren ist der Ein-Generationen-Haushalt, also der Paarhaushalt ohne Kinder, die häufigste Haushaltsform in Österreich. Mit steigendem Alter nehmen geschlechtsspezifische Unterschiede weiter zu. Während Männer bis in die höchsten Altersgruppen zu einem großen Teil in Partnerschaften leben, verbringen

Frauen vor allem in der Altersgruppe ab 80 Jahren ihren Lebensabend häufig als Alleinlebende. Durch Veränderungen der Familienstrukturen bzw. der Formen des Zusammenlebens leben immer mehr alte Menschen allein. (Statistik Austria, 2011) Künzel-Schön (2000) interessiert sich für den Umfang sozialer Kontakte älterer Menschen und zeigt, dass 23% der befragten Älteren höchstens einmal im Monat eine Person außerhalb des eigenen Haushaltes treffen. Sie weist darauf hin, dass Personen, welche sich einsam und isoliert fühlen, ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, und dass diese Gefühle schwerwiegende Folgen, wie zum Beispiel den Griff zu Suchtmitteln, haben können. (Künzel-Schön, 2000) Im Rahmen dieser Arbeit soll durch die Erhebung der soziodemographischen Daten abgeklärt werden, wie viele Glücksspielsüchtige, vor allem der älteren Altersgruppe, angeben, alleine im Haushalt zu leben.

Nach einem kurzen Überblick über die sich im Wandel befindende Bevölkerungsstruktur bzw. Altersstruktur in Österreich (Statistik Austria, 2011) wird im Kapitel 3 das Themengebiet „Sucht“ fokussiert.

3 Zum Begriff Sucht

Als nächster Schritt soll der Begriff „Sucht“ beschrieben und definiert werden. Anschließend wird ein Überblick über die Entwicklung einer Sucht im Alter gegeben und es wird der Begriff „Verhaltenssucht“ definiert.

Im Jahr 1963 wurde von der Weltgesundheitsorganisation der Begriff Abhängigkeit für stoffgebundene Süchte eingeführt (Haller, 2007). Abhängigkeit bedeutet das Angewiesensein auf bestimmte Substanzen oder Verhaltensweisen, wobei sich bei Abstinenz seelische oder körperliche, aber auch beide Entzugserscheinungen zeigen können (Pschyrembel, 1998). Laut Poppelreuter und Gross (2000) soll der Begriff Sucht nicht vermieden werden, da besonders im Hinblick auf exzessive Verhaltensweisen in den Bereichen Spielen, Arbeiten etc. der Begriff Sucht und nicht der Terminus Abhängigkeit verwendet wird (Poppelreuter & Gross, 2000). Um eine weitere Sprachverwirrung zu vermeiden, wird für diese Arbeit in Anlehnung an Poppelreuter und Gross (2000) der Begriff Sucht verwendet. Sucht ist demnach als psychologischer Terminus zu verstehen. Es handelt sich hierbei um ein psychologisches Problem, das nicht nur auf Suchtmittel zu beschränken ist. Der Terminus Sucht lässt sich von „siech“ ableiten. Ursprünglich handelt es sich dabei um spezifische Krankheiten, vor allem

(Fehl)- Verhaltensweisen moralisch religiöser Art und um den Missbrauch von psychotropen Substanzen. (Poppelreuter & Gross, 2000) Ende des 19. Jahrhunderts wurde eine Einteilung in stoffgebundene und nicht stoffgebundene Suchterkrankungen vorgenommen. Während lange Zeit nur die sogenannten stoffgebundenen Süchte öffentliche bzw. medizinische Beachtung fanden, vor allem Alkohol und illegale Drogen, treten seit geraumer Zeit auch die sogenannten nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten in den Fokus des Interesses der Wissenschaft. (Poppelreuter & Gross, 2000) Alle wesentlichen Symptome einer Sucht sind auch bei stoffungebundenen Abhängigkeiten vorhanden (Tretter & Müller, 2001). Laut Tretter und Müller (2001) kennzeichnet der Ausdruck „Sucht“ drei Merkmale des menschlichen Verhaltens: Erstens handelt es sich um ein übermäßiges Verhalten in Hinblick auf die Menge, Dauer und die Häufigkeit des Verhaltens. Charakteristisches Kennzeichen ist die Unfähigkeit, sich dem Verhalten gegenüber zu distanzieren bzw. enthalten zu können (Minderung der Abstinenzfähigkeit) und/oder das Verhalten jederzeit bremsen oder stoppen zu können (Minderung der spezifischen Verhaltenskontrolle „Kontrollverlust“). Zweitens ist das Verhalten mit der Erzeugung von Lustzuständen bzw. der Minderung von Unlustzuständen verbunden. Drittens handelt es sich um ein krankheitswertiges Geschehen, womit die das Verhalten aufrecht haltende Eigengesetzlichkeit der süchtigen Entwicklung gemeint ist, die auf psychische, körperliche und soziale Funktionen störend und daher krankhaft wirkt. Glücksspielsucht gilt als die häufigste nicht substanzgebundene Suchtform bzw. Verhaltenssucht, auf die nun näher eingegangen werden soll. (Tretter & Müller, 2001)

3.1 Verhaltenssucht

Bei der stoffungebundenen Sucht werden keine psychotropen Substanzen von außen zugeführt, sondern die psychotrope Wirkung besteht laut Holden (2001) aus körpereigenen biochemischen Veränderungen, welche durch exzessive bzw. belohnende Verhaltensweisen ausgelöst werden (Holden, 2001). Bis zu diesem Zeitpunkt wurde die Verhaltenssucht in der ICD-10 (Dilling, 2008) und im DSM-IV (Saß et al., 2003) noch nicht als eigenständiges Störungsbild beschrieben; nur das pathologische Spielen wurde in die oben genannten Klassifikationssysteme psychischer Störungen unter der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ als „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgenommen (Albrecht, Grüsser, Heinz, Poppelreuter, & Saß, 2007). Bönning, Grüsser-Sinopoli, Rist, und Watzl (2008) definieren Verhaltenssüchte als exzessive, belohnungssuchende und autonom gewordene Verhaltensweisen. Die betroffenen Personen

erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung. Grüsser und Thalemann (2006) subsumieren unter Verhaltenssuchte: Kaufsucht, Sportsucht, Glücksspielsucht, Arbeitssucht, Computersucht und Sexsucht, wobei die Gemeinsamkeit in der exzessiven Ausführung des Verhaltens liegt. Der Verhaltenssucht liegen die gleichen Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung wie jeder anderen Abhängigkeitserkrankung zugrunde (Poppelreuter & Gross, 2000). Allerdings differenzieren sie sich, wie bereits erwähnt, hinsichtlich der belohnenden Wirkung im dopaminergen System, da die Reaktion bei der Verhaltenssucht lediglich durch die Verhaltensweise ausgelöst wird und nicht durch pharmakologische Substanzen (Holden, 2001). Kommt es zu einer exzessiven Verhaltensausübung, sind die neuroadaptiven Vorgänge laut Poppelreuter und Gross (2000) vergleichbar mit denen einer Abhängigkeitsentwicklung. Außerdem wird, wie bei der substanzgebundenen Abhängigkeit, dem verhaltensverstärkenden Belohnungssystem eine zentrale Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung zugeschrieben. Besonders bei der Verhaltenssucht spielen Selbstwirksamkeitserwartungen eine zentrale Rolle, weshalb sie auch in dieser Arbeit Berücksichtigung erfahren. (Poppelreuter & Gross, 2000)

Nachdem im Kapitel 3.1 die Verhaltenssucht näher beschrieben wurde, widmet sich das Kapitel 3.2 der Entwicklung einer Sucht im Alter.

3.2 Entwicklung einer Sucht im Alter

Denkt man an das Alter bzw. das Altwerden, so kommen einem meist folgende Beschwerden bzw. Erkrankungen und damit negative Assoziationen in den Sinn: Herzinfarkt, Arthrose, Demenz, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, grauer Star, Krebs, Parkinson etc. Nicht ganz so oft bzw. sehr selten wird an Sucht gedacht. Substanzmissbrauch und-abhängigkeit bei älteren Menschen wurden lange Zeit in Forschung und Praxis kaum thematisiert (Havemann-Reinecke et al., 1998). Auch in Altenheimen findet das Thema „Sucht“ laut Havemann-Reinecke, Weyerer, und Fleischmann (1998) kaum Beachtung. Sucht im Alter stellt eine besondere Herausforderung dar, da sie sich gewissermaßen „schleichend“, parallel zum Berufsalltag entwickeln kann und nicht so schnell wahrgenommen wird (Bojak, Brecht, & Derr, 2010). Zu den psychosozialen Faktoren für die Suchtentwicklung im Alter zählen laut Scholz (2002): soziale Rollenänderungen durch Pensionierung, Vereinsamung, Langeweile, soziale Isolation, Verlust naher Angehöriger, gesundheitliche Probleme, Verschlechterung

der Lebensqualität, psychische Begleiterkrankungen (Depressionen, Angststörungen, Insomnie, erhöhte Suizidalität). Nach Wolter (2011) gibt es für das Thema Sucht im Alter seit den späten 80er Jahren tief greifende Veränderungen in der Betrachtung des Problems. Bis zu diesem Zeitpunkt herrschte die sogenannte „maturing out“ - Hypothese vor. Diese besagt, dass Suchterkrankungen im Zuge der Alterung zum Senium hin verschwinden, bzw. es sich bei den älteren Menschen mit Suchtproblemen um Personen handle, deren Sucht schon im frühen Erwachsenenalter begonnen hätte. Im Laufe der Zeit zeigte sich aber in der Alkoholismusforschung, dass bei einer beträchtlichen Anzahl der alten Menschen das Problem erst im Alter begann- sogenannte „Late-onset“ Alkoholiker. (Wolter, 2011) Ob diese Annahme auf die pathologische Spielsucht umgelegt werden kann, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

3.3 Zusammenfassung

Die Zuordnung der Spielsucht zu der stoffungebundenen Verhaltenssucht soll an dieser Stelle noch einmal erwähnt werden. Zu betonen ist, dass bei einer Verhaltenssucht keine psychotropen Substanzen von außen zugeführt werden (Holden, 2001). Die neuroadaptiven Vorgänge bei der Entstehung einer solchen sind mit jenen einer stoffgebundenen Abhängigkeitsentwicklung vergleichbar (Poppelreuter & Gross, 2000). Charakteristisches Kennzeichen von Suchtverhalten ist die Unfähigkeit, sich dem Verhalten gegenüber zu distanzieren bzw. enthalten zu können (Minderung der Abstinenzfähigkeit) und/oder das Verhalten jederzeit bremsen oder stoppen zu können (Minderung der spezifischen Verhaltenskontrolle „Kontrollverlust“). Das Verhalten ist mit der Erzeugung von Lustzuständen bzw. der Minderung von Unlustzuständen verbunden. (Tretter & Müller, 2001) Das Thema Sucht im Alter findet in der Forschung kaum Beachtung (Havemann-Reinecke et al., 1998). Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Alkoholismusforschung belegen, dass bei einer beträchtlichen Anzahl der alten Menschen die Sucht erst im Alter begann. Dieser Befund stellt die sogenannte „maturing out“ Hypothese in Frage, welche besagt, dass Suchterkrankungen zum Senium hin verschwinden würden. (Wolter, 2011)

Nachdem der Begriff Sucht näher erläutert und ein Überblick über die Entwicklung einer Sucht im Alter gegeben sowie die Verhaltenssucht näher beschrieben wurde, widmet sich die Arbeit im Folgenden der Glücksspielsucht und der Thematik Glücksspielsucht im Alter.

4 Das Glücksspiel

Das Glücksspiel übt seit jeher eine starke Anziehungskraft auf die Menschen aus. Der Würfel ist das älteste Spielmittel, von dem bei Ausgrabungen ca. 4.000 Jahre alte Exemplare gefunden wurden. Würfelspiele waren von der frühen Antike bis ins späte Mittelalter die vorherrschende Art des Glücksspiels. Meist wurde in Verbindung mit einem Würfelbrett gespielt, woraus sich im Laufe der Zeit die Brettspiele entwickelten. (Griesser, 1991) Ende des 14. Jahrhunderts wurden die aus Asien und China stammenden Kartenspiele auch in Europa bekannt und in weiterer Folge gespielt. Das Problem der Spielschulden und das des Falschspielens tauchten erstmals in Europa auf. Um diesen negativen Auswirkungen entgegenzutreten, errichteten einzelne europäische Städte konzessionierte Spielhäuser oder verboten das Glücksspiel generell. (Griesser, 1991) Im folgenden Kapitel wird das Glücksspiel nach neuestem Kenntnisstand definiert und klassifiziert. Die Varianten des Glücksspiels werden beschrieben und es wird ein Überblick über den Glücksspielmarkt in Österreich gegeben.

4.1 Definition des Glücksspiels

Bis ins 19. Jahrhundert war im deutschen Sprachgebrauch für das Wort „Glücksspiel“ das aus dem arabischen Raum stammende Wort „Hazardspiel“ (J. Petry, 2003) gebräuchlich. Unter „Hazardieren“ versteht man laut J. Petry (1996) Verhaltensweisen, bei denen ohne Rücksicht auf andere oder auf sich selbst alles aufs Spiel gesetzt wird. In der aktuellen Fachliteratur finden sich einige sprachliche Bezeichnungen für problematische Formen des Glücksspielverhaltens. Der englischsprachige Begriff „gambling“ wird durch Adjektive wie „addictive“ und „obsessive“ eingeeengt. In der ICD-10 (Dilling, 2008) und im DSM-IV (Saß et al., 2003) setzte sich die Bezeichnung „Pathological gambling“ durch (J. Petry, 2003). Meyer und Bachmann (2011) betonen, dass „Gambling“ für das Spielen um Geld bzw. die Teilnahme am Glücksspiel steht. Im allgemeinen Sprachgebrauch bürgerte sich der Begriff „Spielsucht“ ein (Meyer und Bachmann, 2011). Betrachtet man die Schicksale jener, die ihr gesamtes oder Teile ihres Vermögens oder ihrer Ersparnisse verspielten, wird deutlich, dass sie einer bestimmten Form des Spiels verfallen sind: dem Glücksspiel. J. Petry (1996) kommt daher zu dem Schluss, dass der Begriff „Glücksspielsucht“ eher geeignet ist, den Gegenstandsbereich zu erfassen. Laut Oerter (1997) gehört das Spiel zu den Grundelementen der menschlichen Reifung. Durch die Tätigkeit des Spielens ist es Kindern möglich, soziale

Identität, Selbstständigkeit und Kreativität zu entwickeln und zu stärken. Heckhausen (1974) charakterisiert das Spielen als eine zweckfreie Tätigkeit, die aufgrund ihres eigenen Anregungspotenzials ausgeführt wird. Laut J. Petry (1996) beinhaltet die Tätigkeit des Spielens einen entwicklungsfördernden Aspekt. Offensichtlich liegt Spielen in der Natur des Menschen. Vor allem eine Kindheit ohne Spiele ist unvorstellbar und auch im Erwachsenenalter wird Spielen positiv erlebt und bewertet (J. Petry, 1996). Laut Schilling (1990) vermittelt es Spannung, Risiko und ermöglicht eine gewisse Distanz zum Alltag. Für einige Zeit kann man den Sorgen des Alltags entfliehen und sich von Problemen und Schwierigkeiten distanzieren. Müller-Spahn und Margraf (2003) betonen ebenfalls, dass Spielen eine grundlegende Form menschlicher Tätigkeit ist, weisen aber darauf hin, dass das Spielverhalten, insbesondere im Glücksspiel, eskalieren und sich eine krankheitswertige Störung bilden kann. Das Glücksspiel stellt eine ganz besondere Spielart dar. Es ist mit Geldeinsätzen, Zufall, Gewinn, Risiko und Verlust verbunden. Erst das Spielen um Geld und Vermögen wird zum Glücksspiel (Prunnelechner-Neumann & Beck, 1999). Die Möglichkeit eines finanziellen Gewinnes/Verlustes verleiht dem Glücksspiel seine eigentliche Bedeutung. Auch kann ein Spiel erst dann als Glücksspiel bezeichnet werden, wenn sein Ausgang ausschließlich vom Zufall (und nicht von den Fähigkeiten des Spielers) abhängig ist. (Prunnelechner-Neumann & Beck, 1999) In dieser Diplomarbeit wird als Definition des Glücksspiels jene von Meyer und Bachmann (2011) herangezogen:

Im Gegensatz zu anderen Spielen im Kindes- und Erwachsenenalter entscheidet bei Glücksspielen allein oder ganz überwiegend der Zufall über Gewinn oder Verlust. Es bedarf außerdem eines äußeren Anreizes in Form eines ausgesetzten Gewinnes sowie eines Einsatzes, der mit Gewinnerwartung und Verlustrisiko verbunden ist. In der Regel wird mit und um Geld gespielt. Erst das Geld verleiht dem Glücksspiel seine eigentliche Bedeutung. Es sorgt für einen hohen Spielanreiz und ist für die ausgeprägte psychotrope Wirkung von Glücksspielen verantwortlich. (Meyer & Bachmann, 2011, S.2)

Zusammenfassend soll auf die Bedeutsamkeit des Spiels für die menschliche Entwicklung hingewiesen werden (Müller-Spahn & Margraf, 2003). Eskalieren kann aber jenes exzessive Spielverhalten, das mit Gewinnen und Verlusten monetärer Art verbunden ist. Das Geld verleiht dem Glücksspiel seine eigentliche Bedeutung (Meyer & Bachmann, 2011).

4.2 Klassifikation der Glücksspielsucht

Über die nosologische Einordnung der Glücksspielsucht besteht keine Einigung. Die offizielle Anerkennung der pathologischen Glücksspielsucht begann im Jahre 1980, als diese in das psychiatrische Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III) aufgenommen wurde. Im Jahre 1991 folgte die Aufnahme des pathologischen Glücksspielverhaltens in die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“. (J. Petry, 1996) Hervorzuheben ist, dass beide Klassifikationssysteme das pathologische Glücksspiel als Impulskontrollstörung ansehen. Während einige Autoren von einer Impulskontrollstörung ausgehen (Hand, 2003; Hollander & Wong, 1995; Saß & Wiegand, 1990), sehen andere die pathologische Glücksspielsucht als stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung (Blanco, Moreyra, Nunes, Sáiz-Ruiz, & Ibáñez, 2001; Grüsser & Thalemann, 2006; Holden, 2001; Kellermann, 2004).

Eine Typologie pathologischen Glücksspiels kann anhand von unterschiedlichen Störungsmodellen erfolgen. Im Wesentlichen lassen sich folgende Positionen beschreiben: Vertreter von Suchtmodellen, welche die pathologische Glücksspielsucht als stoffungebundene Sucht deklarieren sowie Vertreter von Modellen, die pathologisches Spielen als Symptom einer neurotischen Störung klassifizieren und jene, welche die Ansicht teilen, dass pathologische Spielsucht eine Impulskontrollstörung ist. Anhänger des Neurosenmodells ordnen das Glücksspiel zu den Zwangs-Spektrum-Störungen zu. (Sonntag, 2005) Dadurch ergeben sich unterschiedliche Herangehensweisen für die klinische Praxis und unterschiedliche Behandlungsmodelle der pathologischen Glücksspielsucht (Sonntag, 2005). Im Jahre 1980 wurde das pathologische Glücksspiel als eigenständiges psychiatrisches Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme DSM-III (Koehler, 1984) und ICD-10 (Dilling, 2008) aufgenommen. Im „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen IV“ (Saß et al., 2003) wird pathologisches Glücksspiel definiert als andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten. Für die Diagnose einer pathologischen Glücksspielsucht müssen mindestens fünf von insgesamt zehn Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate zutreffen. Die Diagnosekriterien des DSM-IV (Saß et al., 2003) werden im Folgenden dargestellt. Die Person ist stark eingenommen vom Glücksspiel (zum Beispiel starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen) und muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen. Versuche, das Spielen einzuschränken oder kontrollieren zu können,

sind misslungen. Beim Versuch, das Spielen einzuschränken, ist der Betroffene unruhig und gereizt. (Saß et al., 2003) Er spielt vornehmlich um Problemen zu entkommen oder eine dysphorische Stimmung (Hilflosigkeit, Schuld, Angst) zu erleichtern und kehrt, nachdem er beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück um den Verlust auszugleichen (hinterherzujagen). Der Spieler belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß des Spielens zu vetuschen. (Saß et al., 2003) Es werden illegale Handlungen, wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren. Wichtige Beziehungen, der Arbeitsplatz oder Ausbildungschancen werden wegen des Spielens gefährdet oder verloren. Die betroffene Person verlässt sich darauf, dass andere Geld bereitstellen um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden. Ein wichtiges Kriterium des DSM-IV besteht darin, dass das Spielverhalten nicht durch eine manische Episode erklärt werden kann. (Saß et al., 2003)

Nach der ICD-10 (Dilling, 2008) besteht die Störung in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Spieldrang. Die gedankliche und bildliche Vorstellung des Spielvorgangs steht im Vordergrund. Die ICD-10 (Dilling, 2008) definiert das pathologische Glücksspiel folgendermaßen: „Die Störung besteht in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt“. (Dilling, 2008, S.259) Um an Geld zu kommen, setzen Betroffene ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich. Es wird ein kaum kontrollierbarer Drang zum Glücksspiel beschrieben. (Dilling, 2008) Dieser ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen verbunden. In der ICD-10 (Dilling, 2008) wird hervorgehoben, dass das Glücksspiel trotz negativer Konsequenzen, wie Verarmung oder Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse, wiederholt wird, und dass die Spieler einen kaum kontrollierbaren Spieldrang verspüren. Das pathologische Spielen ist von gewohnheitsmäßigem Spielen abzugrenzen. Treten bei gewohnheitsmäßigem Spielen negative Auswirkungen bzw. schwere Verluste auf, schränken die betroffenen Personen diese Gewohnheit ein. (Dilling, 2008) In der ICD-10 (Dilling, 2008) wird pathologisches Spielen im Kapitel V „Psychische- und Verhaltensstörungen“ im Abschnitt „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“

eingeorordnet. Die pathologische Glücksspielsucht wird in der ICD-10 (Dilling, 2008) nicht als Suchterkrankung betrachtet, sondern als Störung der Impulskontrolle. Störungsbilder in dieser Kategorie sind: pathologische Brandstiftung (Pyromanie), pathologisches Stehlen (Kleptomanie), pathologisches Haareausreißen (Trichotillomanie) sowie andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. (Dilling, 2008)

Die American Psychiatric Association hat im DSM-III die Gemeinsamkeiten des pathologischen Glücksspiels mit Drogen- und Alkoholabhängigkeit hervorgehoben (Meyer & Bachmann, 2011). Dennoch wurde sie unter „Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert“ eingeordnet. Diese Klassifikation wurde im DSM-IV (Saß, et al., 2003) fortgeführt, eine Korrektur soll jedoch im DSM-V durchgeführt werden. (Meyer & Bachmann, 2011) Die Störung soll zukünftig in der neuen Kategorie „Addiction and Related Disorders“ der Verhaltenssucht zugeordnet werden und die Einordnung in Impulskontrollstörung soll aufgegeben werden (Grant, Potenza, Weinstein, & Gorelick, 2010; Holden, 2010). In den nächsten Kapiteln 4.3 bzw. 5.3 wird auf das Erscheinungsbild der Glücksspielsucht und auf die Phasen einer Spielerkarriere eingegangen.

4.3 Erscheinungsbild der Glücksspielsucht

Nach Zanki und Fischer (2009) gelten folgende prädisponierende Faktoren für die Entwicklung einer Spielsucht: vermindertes Selbstwertgefühl, erhöhtes oder erniedrigtes Erregungsniveau, Angst und Depressivität, geringe Frustrationstoleranz mit dem Drang nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, Suche nach Erregung, Stimulation und Risiko sowie eine Störung der Gefühlsregulation (Zanki & Fischer, 2009). Das Spielverhalten ermöglicht den Spielern das Selbstwertgefühl zu steigern, Spannung abzubauen und unangenehme Gefühle zu vermeiden. Zu Beginn wird das Spielverhalten durch positive Gefühle und Erwartungen eines Gewinns motiviert. Erleben die Betroffenen bei einem Glücksspiel den nahezu üblichen „Anfangsgewinn“, so interpretieren sie diesen als enorme Aufwertung des eigenen Selbst und knüpfen daran unrealistische nahezu magische Veränderungen der eigenen Identität und der Glückserwartungen. (J. Petry, 2003) Im weiteren Verlauf wird das Spielverhalten durch depressive Stimmungen und durch Bemühungen, diese durch das Spielen zu überwinden, angetrieben (Zanki & Fischer, 2009). Das Glücksspiel strukturiert und dominiert das Leben der Betroffenen und wird zentraler Lebensinhalt. Die Verhaltensmuster vor und in der Spielsituation nehmen die Form eines Rituals an, jede

Gelegenheit zu spielen wird wahrgenommen. (Meyer & Bachmann, 2011) Der Rückzug aus dem sozialen Umfeld erfolgt in kleinen Schritten, wobei Familie, Beruf und andere Interessen durch das Glücksspiel ersetzt werden. Erfolge werden im Glücksspiel gesucht und nicht mehr im Beruf bzw. in der Ausbildung oder ähnlichem (Meyer & Bachmann, 1993). Das Leben verdichtet sich auf das Spiel, alles andere wird als Störung empfunden (Zanki & Fischer, 2009). Die Betroffenen verlieren die Kontrolle und spielen weiter, bis kein Geld mehr verfügbar ist (Meyer & Bachmann, 2011). Der Spieler verliert die Fähigkeit, seine Handlungen zu reflektieren, Entscheidungen zu treffen und zwischen Verhaltensalternativen zu wählen. Sein gesamtes Verhalten und Erleben konzentriert sich auf das Glücksspiel (J. Petry, 1996). Die meisten Glücksspielsüchtigen verheimlichen ihre Krankheit so lange es geht und versuchen, die Normalität nach außen hin aufrechtzuerhalten. Sie verstricken sich dadurch immer mehr in ein Lügengeflecht und meist dauert es Jahre, bis sich ein Spieler seine Krankheit eingesteht (Zanki & Fischer, 2009). Ist ein Teilnehmen am Glücksspiel aus verschiedenen Gründen nicht möglich (Kontrolle seitens der Familie, berufliche Verpflichtungen etc.), treten entzugsähnliche Erscheinungen auf. Die von Spielern am häufigsten genannten sind hierbei: Kribbeln im Bauch, Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, Alpträume, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, Depressionen und Schweißausbrüche. (Meyer & Bachmann, 2011) Befindet sich der Spieler in der Suchtphase (siehe Kapitel 4.4), ist das Spielverhalten durch einen Kontrollverlust gekennzeichnet. Der Spieler spürt einen intensiven Drang weiterzuspielen. Tritt wie bei Drogen eine Toleranzveränderung ein, steigert der Spieler die Dosis des Glücksspiels, das bedeutet die Dauer des Spiels bzw. der Einsatz muss erhöht werden. (Bachmann & El-Ahkras, 2010) Kommt es zu Sinnerfüllungen durch neue Lebenssituationen, kann das Glücksspiel in den Hintergrund treten. Sobald der Reiz des Neuen verflogen ist, wird noch exzessiver gespielt als zuvor (Meyer & Bachmann, 2011). Oft wird erst im Zustand der totalen psychischen Erschöpfung und des finanziellen Ruins professionelle Hilfe aufgesucht (Zanki & Fischer, 2009). Ein hoher Anteil an Spielern, welcher eine ambulante oder stationäre Einrichtung aufsucht, ist laut Zanki und Fischer (2009) suizidal.

4.4 Phasen einer Spielerkarriere

Die Entwicklung von den Spielanfängen bis zur Sucht verläuft in drei Phasen (Custer, 1987). Im Kontext des Glücksspiels bezeichnet Custer (1987) die Phasen als Gewinn-, Verlust- und Verzweiflungsphase. Die Gewinnphase ist beispielsweise von häufigerem Gewinn,

häufigerem Spielen, Phantasien über den großen Gewinn, unrealistischem Optimismus und Prahlen mit Gewinnen gekennzeichnet. In der Verlustphase kommt es zu längeren Phasen des Verlierens, Verheimlichung, Lügen, Nicht-aufhören-könnens, Spielens während der Arbeitszeit und Vernachlässigung von Familie und Freunden. In der Verzweiflungsphase schließlich kommt es zu Panik, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Schuldzuweisung an andere, illegalen Handlungen, Bürgschaften, legalen/illegalen Krediten, Beeinträchtigung des sozialen Ansehens und Entfremdung von Familie und Freunden.(Custer, 1987)

In dem folgenden Kapitel 4.5 soll auf die verschiedenen Glücksspielarten, nämlich Roulette, Black Jack, Poker und auf die Glücksspielautomaten eingegangen werden. Außerdem wird die Novelle des Glücksspielgesetzes (2011) und auf die damit einhergehenden Veränderungen im Spielverlauf von Glücksspieleautomaten beschrieben.

4.5 Varianten des Glücksspiels

Eine Erklärung dafür, dass manche Glücksspielformen häufiger als andere zu einer individuellen Spielproblematik führen und damit ein höheres Gefährdungspotential aufweisen, liefert eine Analyse der Veranstaltungsmerkmale von Glücksspielen (Abbott, 2007). Diese Merkmale lassen sich in situationale und strukturelle Merkmale einteilen (Meyer & Hayer, 2005). Während situationale Merkmale, wie die Verfügbarkeit und Griffnähe, den Zugang zum Glücksspiel für Spielteilnehmer erleichtern oder zur erstmaligen Spielteilnahme anregen, betreffen strukturelle Merkmale, wie Ereignisfrequenz und Gewinnstruktur, konkrete Eigenschaften des Spielmediums und sind primär für Verstärkungseffekte und damit für die Förderung eines exzessiven Spielverhaltens verantwortlich. (Meyer & Hayer, 2005)

Das Spielangebot wird in dieser Arbeit getrennt charakterisiert und beschrieben. Das bedeutet nicht, dass dies im Spielbereich die Regel ist. Vielmehr ist es so, dass an einem Spielort mehrere Spielarten angeboten werden. Laut Kalke et al. (2011) sind in den Casinos in Österreich das traditionelle Lebendspiel und das Automatenspiel möglich. Das Lebendspiel umfasst die Bereiche Roulette, Black-Jack und Poker und läuft unter Beteiligung eines Croupiers ab. Der Automatenbereich umfasst diverse Glücksspielautomaten (Meyer & Bachmann, 2011). Das Angebot der Spielbanken kann man laut Meyer und Bachmann (2011) in das „Große Spiel“, den Lebendspielbereich (Roulette, Black Jack und Poker) und in das „Kleine Spiel“ (Automatenspiel) unterteilen.

In einer kurzen Übersicht sollen zuerst die Möglichkeiten des Lebendspiels aufgezeigt werden, bevor das Automatenpiel näher beschrieben wird.

4.5.1 Roulette

Das klassische Lebendspiel wird in Österreich in den 12 staatlich lizenzierten Spielbanken des Casino Austria Konzerns angeboten. Der Zugang zum Casino ist nur nach einer Registrierung mit Lichtbildausweis möglich (Kalke et al., 2011). Das Mindestalter beträgt 18 Jahre, außerdem muss der Besucher per Unterschrift bestätigen, dass er sich in stabilen wirtschaftlichen Verhältnissen befindet. Mit dieser Unterschrift zeigt sich der Casinobesucher einverstanden, dass es im Falle einer Sperrung zu entsprechender Mitteilung an andere Spielbanken kommt. Beim Roulette handelt es sich um ein Zufallsspiel. Der Vorteil für die Bank beträgt 2,7%, sodass es sich fast um eine faire Wette handelt. Dieser Umstand macht es schwierig zu verstehen, warum gerade beim Roulette viele Teilnehmer große Summen verlieren. Der Grund ist wohl darin zu sehen, dass falsche Annahmen über den Zufallscharakter des Spiels zugrunde liegen und es zu einer Steigerung des Einsatzes kommt. Gerade Roulettespieler haben eine ausgeprägte Tendenz zur „Aufholjagd“, das heißt zu dem Versuch, frühere Verluste durch Steigerung der Einsätze zurückzugewinnen. (Kalke et al., 2011) Auch der sogenannte „gamblers’ fallacy“ spielt hier, wie J. Petry (1996) betont, eine Rolle. Roulettespieler unterliegen kognitiven Verzerrungen, indem sie die Wahrscheinlichkeit eines Spielausganges aus den davor erfolgten Ergebnissen ableiten. Die Annahme, dass ein Gewinn ein angewandtes System bestätige oder Ausdruck des persönlichen Glückes sei, während Verluste auf ungünstige Umstände zurückgeführt werden, ist ebenfalls eine kognitive Verzerrung. (J. Petry, 1996)

4.5.2 Black Jack

Dieses Spiel wird mit mindestens vier Kartenspielern zu 52 Blatt gespielt, wobei der Spieler gegen die Bank spielt. Das Ziel besteht darin, mit den erhaltenen Spielkarten einen Gesamtwert von 21 zu erreichen oder zumindest nahezukommen, ohne diese Zahlengrenze zu überschreiten. Kommt der Spieler, der beliebig viele Karten ziehen kann, näher als der Croupier an den Wert 21, gewinnt er die Höhe seines davor mittels Jetons gesetzten Einsatzes. (Meyer & Bachmann, 2011) Beim Black Jack ist die Anwendung und Kenntnis einer Spielstrategie aufgrund der vielen Spielentscheidungen, die in kurzer Abfolge zu treffen sind, besonders wichtig (Rüsenberg, 2006).

4.5.3 Poker

Dieses Spiel wird in Cash- oder Turnierformen angeboten, wobei der Spieler nicht gegen die Spielbank, sondern gegen andere Teilnehmer spielt (Meyer & Bachmann, 2011). Beim Cash-Game wird eine Menge an Chips gesetzt, welche einem bestimmten Wert an Echtgeld entsprechen, während bei einem Turnierspiel alle Spielteilnehmer gegen Entrichtung eines Startgelds Spielchips erhalten. Der Verlust aller Chips bedeutet das Ausscheiden aus dem Turnier. Es lassen sich drei verschiedene Arten unterscheiden. Die bekannteste Form ist „Texas Hold'em“, wobei sich das Blatt aus zwei eigenen verdeckten Karten und fünf offenen Gemeinschaftskarten zusammensetzt. Bei der zweiten Variante handelt es sich um das „Stud Poker“. Hier erhält jeder Spieler eine festgelegte Anzahl verdeckter Karten und eine offene, in Folge werden weitere offene Karten und wiederum eine verdeckte ausgeteilt. Die dritte, in Spielbanken verwendete Version, wird als „Draw Poker“ bezeichnet. Die Teilnehmer erhalten ausschließlich eigene, für die Mitspieler nicht sichtbare Karten und es besteht die Möglichkeit, eine gewisse Anzahl von Karten gegen unbekannte zu tauschen. Es sei angemerkt, dass es sich beim Poker um eine Spielart handelt, deren Ergebnis bzw. Ausgang nicht nur von Zufall, sondern auch von Geschicklichkeitsanteilen bestimmt wird. (Meyer & Bachmann, 2011) Die relative Spielkompetenz der Partner entscheidet über den Ausgang des Spiels (J. Petry, 1996). Laut Meyer und Bachmann (2011) handelt es sich um eine Mischform zwischen reinen Glücksspielen (Roulette, Spielautomaten, Lotterien) und reinen Geschicklichkeitsspielen (Schach, Dame, Halma). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf reinen Glücksspielen, weshalb diese auch näher beschrieben werden.

4.5.4 Glücksspielautomaten

Neben den oben erwähnten Spielarten gibt es auch die Möglichkeit, am „Kleinen Spiel“ teilzunehmen. Wer an einem solchen Gerät spielt, muss sich mit keinen anderen Spielern bzw. mit Croupiers unterhalten. Nach dem Einwerfen des Geldes und dem Bedienen des Starthebels bzw. der Starttaste, erfolgt die Ausspielung der Gewinnkombinationen durch drei bis sechs im Sekundentakt rotierende Walzen. (Meyer & Bachmann, 2011) In den Niederlassungen der Casinos Austria AG (2008, zit. nach Kalke et al., 2011) sind 1.846 Glücksspielautomaten aufgestellt. Hier können die Einsätze entweder bar oder über eine Kreditkarte erbracht werden. Mit dieser können im Casino vom eigenen Konto Geldbeträge überwiesen werden. Die Glücksspielautomaten werden zum sogenannten „Kleinen Glücksspiel“ gezählt. Sie offerieren elektronisch gesteuerte Spiele, welche durch

Zufallsgenerator und die zuvor eingestellte Auszahlungsquote entschieden werden. (Kalke et al., 2011) Mit der Glücksspielgesetz-Novelle 2010 wurde das Glücksspiel in Österreich einer umfassenden Änderung unterzogen. Insbesondere der Marktbereich der Glücksspielautomaten musste eine Neuordnung erfahren. (Spielerinfo, 2012) In Österreich müssen Glücksspielautomaten verpflichtend mit dem Bundesrechenzentrum verbunden werden. Dadurch wird es nach der Übergangsfrist Ende 2014 bzw. in der Steiermark Ende 2015 leichter möglich sein, illegale Automaten zu erkennen. Maximal 50 und mindestens zehn Automaten in Salons sowie maximal drei Automaten bei Einzelaufstellung sind neuer gesetzlicher Bundesrahmen. Zusätzlich darf ein Verhältnis von einem Glücksspielautomat pro 1200 Einwohner im Bundesland nicht überschritten werden. Eine Ausnahme dabei stellt die Bundeshauptstadt Wien dar, hier ist das höchstzulässige Verhältnis ein Glücksspielautomat pro 600 Einwohner. (Spielerinfo, 2012) Zusammengefasst ergibt sich ein angemessener Spielverlauf nach der Glücksspielgesetz-Novelle (2010), wenn in Automatensalons die vermögenswerte Leistung des Spielers höchstens zehn Euro beträgt und die in Aussicht gestellten vermögenswerten Leistungen (Gewinne in Geld, Waren oder geldwerte Leistungen) 10.000 Euro pro Spiel nicht überschreiten. Jedes Spiel dauert zumindest eine Sekunde und wird vom Spielteilnehmer gesondert ausgelöst. Parallel laufende Spiele auf einem Glücksspielautomaten dürfen per Gesetz nicht spielbar sein. Außerdem darf kein Jackpot mehr ausgezahlt werden und nach zwei Stunden ununterbrochener Spieldauer setzt eine sogenannte Abkühlungsphase ein. In dieser schaltet sich der Glücksspielautomat ab. (GSpG-Novelle, 2010)

Bei Einzelaufstellung eines Automaten beträgt die vermögenswerte Leistung höchstens einen Euro pro Spiel. Bei einem angemessenen Spielablauf nach der Glücksspielgesetz-Novelle aus dem Jahr 2010 darf ein Spiel zumindest zwei Sekunden dauern, wobei die vermögenswerte Leistung (Gewinne in Geld, Waren oder geldwerte Leistungen) 1.000 Euro pro Spiel nicht überschreiten darf. Die Spieldauer an einem Glücksspielautomat beträgt pro Teilnehmer maximal drei Stunden, es dürfen keine Parallelspiele spielbar sein und es dürfen auch hier per Gesetz keine Jackpots ausgespielt werden. (GSpG-Novelle, 2010)

Die Glücksspielautomaten sind jene Art von Glücksspiel, bei dem am meisten Geld eingesetzt wird, und welches über das größte Suchtpotenzial verfügt (Productivity Commission 1999, zit. nach Southwell et al., 2008). Durch die rasche Spielabfolge, über die Geldspielautomaten verfügen, zeichnet sich die Gefahr ab, den Überblick über zeitliche und monetäre Aufwendungen zu verlieren (Hayer, 2010). Es besteht außerdem eine direkte

Koppelung von Spielergebnis und möglicher Gewinnauszahlung. Diese Art von Glücksspiel erweist sich erheblich stimulierender als zeitverzögerte Gewinnausschüttungen, wie zum Beispiel bei Lottospielen. Durch die sogenannten Fast- Gewinne (zum Beispiel das Einlaufen von fünf anstatt von sechs Gewinnsymbolen) kann bei AutomatenSpielern die Erwartung entstehen, dass ein Gewinn beinahe bevorsteht. Die aktive Einbeziehung des Spielers, wie zum Beispiel das Drücken der Start- bzw. Stopptasten am Geldspielautomaten, fördert den Irrglauben den Spielausgang beeinflussen zu können, illusionäre Kontrollüberzeugungen sind die Folge. (Hayer, 2010)

4.5.5 Lotterien

Wie oben erwähnt, stehen Spielern auch andere Möglichkeiten als AutomatenSpiele zur Verfügung, wie zum Beispiel Lotterieg Glücksspiele. In Österreich werden laut Kalke et al. (2011) folgende Spiele angeboten: Lotto „6 aus 45“, Bingo, Euromillionen, Zahlenlotto 1-90, Joker, Brieflos, Klassenlotterien, ToiToiToi, Rubbellos. Es ist möglich, diese über 3.889 österreichweite Lotto-Annahmestellen oder über das Internet zu erwerben. Bei den oben genannten Spielen handelt es sich sowohl um „schnelle“ als auch um „langsame“ Gewinne. Das Zahlenlotto zählt zu den „langsamen“ Gewinnen, da es nur zweimal in der Woche ausgespielt wird. Rubbellose geben hingegen sofort Auskunft über Verlust oder Gewinn, weshalb sie den Lotterieg Glücksspielen mit einem „schnellen“ Gewinn zugeordnet werden können. (Kalke et al., 2011)

Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit der Glücksspiele wäre jene in kompetitive und selbstreferentielle. Bei den Letztgenannten handelt es sich um Spiele, bei denen ein Wettkampf gegen die eigene Person stattfindet. Der Ausgang des Spieles ist nicht zu beeinflussen und hängt nicht von eigenen Fähigkeiten ab. (Füchtenschnieder & Best, 1998) Die typischen Vertreter dieser Kategorie sind die AutomatenSpiele, bei denen alleine die Elektronik per Zufallsgenerator über Gewinn bzw. Verlust entscheidet. Im Gegensatz dazu spielt man in kompetitiven Spielen gegen andere Mitspieler, und die eigenen Kompetenzen bzw. Fähigkeiten sind maßgeblich für den Spielausgang. Die meisten Kartenspiele wie Black Jack und Poker können in diese Spielart eingeordnet werden. (Füchtenschnieder & Best, 1998) Im Kapitel 4.6 liegt der Fokus auf der Darstellung des Glücksspielmarktes in Österreich.

4.6 Der Glücksspielmarkt in Österreich

Österreich hat eine nicht unbedeutende Stellung am europäischen Glücksspielmarkt. Als Vertreter sind die beiden international agierenden Konzerne Casinos Austria und der bekannte Automatenhersteller Novomatic zu nennen. Glücksspiele sind in Österreich ein in der Bevölkerung häufig betriebenes Freizeitvergnügen. Dies kann man sowohl an den von Glücksspielanbietern veröffentlichten Umsätzen als auch an erstellten Marktanalysen erkennen. (Köberl & Prettenthaler, 2009) Als Beispiel einer solchen Marktanalyse wäre jene von Kreutzer, Fischer und Partner (2007, zit. nach Köberl & Prettenthaler, 2009) zu erwähnen. Die untersuchten Spieleinsätze und die sich daraus ergebenden Brutto-Spielerträge beziehen sich auf die Glücksspiel- und Sportwettenausgaben in Österreich wohnhafter Personen. Daraus folgt, dass Spieleinsätze, die Ausländer, wie zum Beispiel Touristen in Österreich, tätigen in den Zahlen von Kreutzer, Fischer, und Partner (2007, zit. nach Köberl & Prettenthaler, 2009) nicht enthalten sind. Wie an den folgenden Zahlen zu erkennen ist, stellt der österreichische Glücksspiel- und Sportwettenmarkt einen nicht unbedeutenden, sogar expandierenden Wirtschaftsbereich dar. Die Spieleinsätze beliefen sich im Jahr 2002 auf 4,56 Milliarden Euro, während die Österreicher im Jahr 2006 bereits 10,31 Milliarden Euro ausgegeben haben (Köberl & Prettenthaler, 2009). Bisher liegt in Österreich eine einzige Studie vor, welche empirische Erkenntnisse über die Glücksspielteilnahme und-probleme der Bevölkerung sowie über spezielle Spielergruppen veröffentlichte, auf welche im Folgenden näher eingegangen wird. In dieser Studie von Kalke et al. (2011) wurde eine Befragung von Spielern terrestrischer Glücksspiel- und Wettangebote, von Onlineglücksspielern und Onlinesportwettlern sowie eine Repräsentativbefragung der Bevölkerung und eine Befragung des Personals von Glücksspielanbietern durchgeführt (Kalke et al., 2011). Da die Onlinespielsucht in dieser Arbeit nicht abgehandelt wird, werden auch die Studienergebnisse nicht näher erläutert. Auf die Ergebnisse der übrigen Bereiche wird im Folgenden eingegangen.

4.6.1 Befragung von Spielern terrestrischer Glücksspiele und Wettangebote

Der höchste Anteil von pathologischen Spielern zeigte sich in der Studie von Kalke et al. (2011) bei Automaten Spielern in der Spielhalle (47%) gefolgt von den Sportwettlern (20%), den klassischen Casinospielern (17%) und den Automaten Spielern im Casino. Der Anteil von Personen mit einem Migrationshintergrund in der Gruppe der pathologischen Spieler war in allen vier Spielarten höher als unter den unproblematischen Spielern. Bei den pathologischen Automaten Spielern hatte fast jeder Dritte (30%) einen Migrationshintergrund, während dies nur auf 8% der unproblematischen Glücksspielautomaten Spieler zutraf. Unabhängig von der Spielart war die Anzahl der arbeitslosen Spieler in der Gruppe mit pathologischem Spielverhalten immer höher als bei den unproblematischen Spielern. (Kalke et al., 2011)

4.6.2 Repräsentativbefragung der Bevölkerung

Es konnte zudem in der Studie von Kalke et al. (2011) ein Anstieg der Glücksspielteilnahme der österreichischen Bevölkerung festgestellt werden. Es zeigte sich, dass 42% der österreichischen Bevölkerung (14-65 Jahre) innerhalb der letzten 12 Monate an Glücksspielen teilgenommen haben. Das größte Gefährdungspotential wiesen die Glücksspielautomaten auf, überdurchschnittlich hohe Problemprävalenzen zeigten 18-35-Jährige sowie Arbeitslose, Personen mit Pflichtschulabschluss, Spieler mit häufiger Spielteilnahme und hohem Geldeinsatz und Personen mit Migrationshintergrund. (Kalke et al., 2011)

4.6.3 Befragung des Personals

Das Personal der Lotto-Toto-Annahmestellen, Instant-Vertriebsstellen (Verkaufsstellen für Brieflos und Rubbellos), Casinos Austria und WINWIN schätzte in der Studie von Kalke et al. (2011) das Wissen der Bevölkerung zu den Gefahren des Glücksspiels als schlecht ein und nahm einen Anteil von 14% Problemspielern in den Spielstätten an (Kalke et al., 2011).

Es konnte in der Studie von Kalke et al. (2011) ein Anstieg der Glücksspielteilnahme der österreichischen Bevölkerung festgestellt werden. Schlussendlich zeigte sich der höchste Anteil pathologischer Spieler in dieser Studie bei Automaten Spielen in der Spielhalle, bei Personen mit Migrationshintergrund und bei arbeitslosen Studienteilnehmern. Das Wissen der Bevölkerung über die Gefahren der Glücksspielsucht wird von dem Personal der Lotto-

Toto-Annahmestellen, Instant-Vertriebsstellen (Verkaufsstellen für Brieflos und Rubbellos) Casinos Austria und WINWIN als unzulänglich eingeschätzt. (Kalke et al., 2011). Nachdem der Glücksspielmarkt in Österreich beschrieben wurde, steht im nächsten Kapitel 4.7 das Glücksspiel im Alter im Vordergrund.

4.7 Glücksspiel im Alter

Nach einer kurzen Skizzierung der Glücksspielmöglichkeiten in Österreich liegt im folgenden Abschnitt der Schwerpunkt auf der Entstehung einer Glücksspielsucht im Alter. Glücksspiel im Alter erfuhr bis zum jetzigen Zeitpunkt in der Forschung wenig Beachtung. Aus dem angelsächsischen Raum existieren schon mehrere Erkenntnisse und Untersuchungen zu diesem Thema. Diese sind jedoch nicht ohne Weiteres auf den deutschen Raum zu übertragen. Grundlegende kulturelle und soziale Unterschiede sowie unterschiedliche Glücksspielformen machen einen direkten Vergleich unmöglich. Für das Verständnis pathologischer Spielsucht sowie für den Umgang mit betroffenen Personen liefern sie aber wertvolle Informationen. Vergleicht man angelsächsische und deutschsprachige Veröffentlichungen, so zeigt sich nicht nur ein ähnliches Erscheinungsbild der Spielsucht, sondern es werden auch Ähnlichkeiten in den Entstehungsbedingungen, Folgen und Behandlungsansätzen erkennbar. (Meyer & Bachmann, 2011) Da einige Studien konsistent unter Jugendlichen im Vergleich mit Erwachsenen einen höheren Anteil von problematischen und pathologischen Spielern zeigen (Hayer, 2012; Hurrelmann, Schmidt, & Kähnert, 2003), lag das Hauptinteresse mehr bei der jungen als bei der älteren Generation der Spieler. Der Ausgangspunkt für die Spielteilnahme bei Jugendlichen ist der Reiz einer risikoreichen Verhaltensweise. Bereits kleine Geldgewinne suggerieren die Einfachheit des Gelderwerbs und können zum Aufbau unangemessener Einstellungs- und Verarbeitungsmuster führen, welche das Normen- und Wertesystem verändern können. (Meyer & Bachmann, 2011) Die meisten Studien zu pathologischer Glücksspielsucht beziehen sich auf die Gesamtpopulation, nur die wenigsten spezialisieren sich auf die älteren Generationen (J. Petry, 1996). Dabei zeigt sich, dass die Teilnahme der 65+ Generation am Glücksspiel in den letzten Jahren gestiegen ist (Clarke, 2008). Waren es im Jahre 1975 noch 23% ältere Spielteilnehmer in den USA gewesen, so stieg die Spieleranzahl im Jahre 1998 auf 50% an (Gerstein et al., 1999). Das Alter ist laut N. M. Petry (2002) ein wichtiger demographischer Faktor, um das Spielverhalten genauer beschreiben zu können. Sullivan (2001) sieht das Spielen im Alter als eine Art Flucht. Er beschreibt das Alter als eine Zeit des Verlustes, in der sich die Gesundheit

verschlechtert, Freunde krank werden oder sterben. Ebenso können finanzielle Schwierigkeiten eintreten. Diese Lebensperiode ist auch von Inaktivität gekennzeichnet. Sullivan (2001) nimmt an, dass der steigende Stress, welcher mit dem Altwerden verbunden ist, und die Flucht vor Trauer, Langeweile, Angst, Depression und Einsamkeit alte Menschen zum Spielen verleitet. Studien belegen, dass sich jüngere und ältere Spieler in der Motivation zu spielen unterscheiden (Clarke, 2008; Desai, Maciejewski, Dausey, Caldarone, & Potenza, 2004; Hirsch, 2000; Hope & Havir, 2002; Langewisch, 2005). Daher nehmen Senioren oft am Glücksspiel teil, um soziale Kontakte zu knüpfen. Sie streben nicht danach, ihre finanzielle Situation zu verbessern, ein Aspekt, der bei der jüngeren Generation sehr wohl als Triebfeder gesehen werden kann. Die intrinsische Motivation ist also höher als die extrinsische. (McNeilly & Burke, 2001) In der Studie von Bilt et al. (2004) werden mögliche positive Effekte des Spielens untersucht. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich ältere Spieler besser sozial integriert fühlen als Nicht-Spieler. Die Ansicht, dass das Spiel für ältere Menschen eine neue Art der Freizeitgestaltung sein kann (McNeilly & Burke, 2001), vertritt auch Ackerman (1999, zit. nach Bilt et al., 2004). Weitere Hinweise dafür, dass Unterschiede im Spielverhalten zwischen Älteren und Jüngeren bestehen, liefern auch zwei weitere Studien. In einer australischen Studie von Breen, Hing, und Weeks (2002) stellen arbeitslose und pensionierte Teilnehmer eine Risikogruppe für die Entwicklung einer Spielsucht dar. In einer Studie von Southwell et al. (2008) konnten mittels Regressionsanalyse folgende Prädiktoren für die Teilnahme am Glücksspiel ermittelt werden: Alter (60-69 Jahre), männlich, nicht-verheiratet, motiviert, durch das Spiel Geld zu gewinnen und Spannung zu erfahren.

Ein weiterer Unterschied im Spielverhalten zwischen älteren und jüngeren Spielern wird ebenfalls in den genannten Studien thematisiert, nämlich vor allem die monetären Auswirkungen der Spielsucht (McNeilly, 1999). McNeilly (1999) sieht die Folgen bei Älteren insofern als gravierender an, weil es dieser Spielergruppe schwerer fällt, erlittene Geldverluste wieder auszugleichen. Stellt man Vergleiche bei den benutzten Spielmöglichkeiten an, so fanden Boreham et al. (1996) heraus, dass 46-66-Jährige wöchentlich drei Mal mehr an Automaten spielten als 26-45-Jährige. Im Jahr 2001 zeigte eine Studie von McNeilly und Burke, dass es sich bei dem Spiel Bingo und bei Casinospielen um die beliebtesten in der älteren Generation handelt. Nach Grant und Kim (2001) bevorzugen Senioren Spielautomaten.

Als Konklusion aus all den oben erwähnten Studien geht hervor, dass es Unterschiede im Spielverhalten Jüngerer und Älterer gibt. Ziel dieser Arbeit soll sein, das Spielverhalten der Jüngeren und Älteren anhand einer Gruppe stationär aufgenommener Spieler zu vergleichen und mögliche Unterschiede aufzuzeigen.

4.8 Zusammenfassung

Das Spiel gehört zu den Grundelementen menschlicher Reifung und ermöglicht Kindern soziale Identität, Selbstständigkeit und Kreativität zu entwickeln (Oerter, 1997). Müller-Spahn und Margraf (2003) betonen ebenfalls, dass Spielen eine grundlegende Form menschlicher Tätigkeit ist, weisen aber darauf hin, dass das Spielverhalten insbesondere im Glücksspielen eskalieren und es zu der Entwicklung einer krankheitswertigen Störung führen kann. Im Gegensatz zu anderen Spielen im Kindes- und Erwachsenenalters entscheidet bei Glücksspielen alleine der Zufall über Gewinn oder Verlust. Das Geld verleiht dem Glücksspiel seine eigentliche psychotrope Wirkung. (Meyer & Bachmann, 2011) In der ICD-10 (Dilling, 2008) wird pathologisches Spielen im Kapitel V „Psychische- und Verhaltensstörungen“ im Abschnitt „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ eingeordnet und im DSM-IV unter „Störungen der Impulskontrolle“ nicht andernorts klassifiziert (Saß et al., 2003). Das Glücksspiel strukturiert und dominiert das Leben der Betroffenen. Ist ein Teilnehmen am Glücksspiel nicht möglich, treten entzugsähnliche Erscheinungen auf (Kribbeln im Bauch, Schlaflosigkeit, Unruhe, Magenschmerzen, Depressionen, etc.). Laut Custer (1987) durchlaufen Spieler drei Phasen von den Spielanfängen bis zur Sucht (Gewinn-, Verlust- und Verzweiflungsphase). Als Spielvarianten werden in dieser Arbeit folgende dargestellt: Roulette, Black-Jack, Poker, Glücksspielautomaten und Lotterien. Nach Darstellung der Glücksspielmöglichkeiten liegt der Fokus dieses Kapitels auf der Glücksspielsucht im Alter. Einige Autoren (Clarke, 2008; Desai, Maciejewski, Dausey, Caldarone, & Potenza, 2004; Hirsch, 2000; Hope & Havir, 2002; Langewisch, 2005) postulieren Unterschiede in der Spielmotivation jüngerer und älterer Spieler. Sullivan (2001) betrachtet das Spielen im Alter als eine Art Flucht vor Trauer, Langeweile und Einsamkeit. Auch positive Effekte des Spielens auf die emotionale Befindlichkeit älterer Spieler werden angenommen (Bilt et al., 2004). Im anschließenden Kapitel 5 sollen mögliche Erklärungsansätze zur Entstehung einer Spielsucht beschrieben werden.

5 Theoretische Erklärungsansätze zur Entstehung der pathologischen Glücksspielsucht

Das folgende Kapitel ist eine Einführung in die theoretischen Erklärungsansätze zur Entstehung der pathologischen Glücksspielsucht. Die Glücksspielforschung befindet sich derzeit noch in den Anfängen, dies zeigt sich zum Teil in uneinheitlichen Erklärungsansätzen (J. Petry, 2003). In dieser Arbeit wird die pathologische Glücksspielsucht von folgenden Perspektiven betrachtet, um die ursächlichen Faktoren zu erklären: neurobiologische Theorien (zum Beispiel Linnet, Moller, Peterson, Gjedde, & Doudet 2011; Mörsen, Heinz, Bühler, & Mann, 2011; Potenza, 2008; Volkow, Fowler, Wang, & Goldstein, 2002), wobei auf die Transmittersubstanzen Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Opioide und neurobiologische Funktionen näher eingegangen wird. Darauf folgt der psychoanalytische Ansatz (zum Beispiel Bergler, 1958; Freud, 1928; Stekel, 1924). Als Nächstes werden die lerntheoretischen Konzepte (zum Beispiel Butcher, Mineka, & Hooley, 2009; Müller- Spahn & Margraf, 2003; Revenstorf & Metsch, 1986) und die kognitiven Phänomene (zum Beispiel Langer, 1975; Meyer & Bachmann, 2011; J. Petry, 1996), wie etwa die verzerrte Wahrnehmung der Realität, Illusion der Kontrolle, die unterschiedliche Zuweisung von Verantwortlichkeit bei Verlust oder Gewinn, erläutert. Auch soziale und soziokulturelle Faktoren haben einen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung pathologischen Spielverhaltens (zum Beispiel Bolen & Boyd, 1968; Meyer, 1989; Moran, 1970). Der letzte Punkt in diesem Kapitel widmet sich den integrativen Modellen (Jacobs, 1989; J. Petry, 1995; Sharpe, 2002) welche ermöglichen, zwischen den verschiedenen Erklärungsansätzen eine Brücke zu schlagen.

Zur Klärung der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht liegen keine einheitlichen Störungstheorien vor (J. Petry, 2003). Die verschiedenen Modellvorstellungen betonen einzelne Aspekte des Störungsbildes, während die im Anschluss beschriebenen integrativen Modelle eine Verbindung zwischen den verschiedenen Erklärungsansätzen ermöglichen. Im folgenden Kapitel 5.1 werden die neurobiologischen Theorien beschrieben.

5.1 Neurobiologische Theorien

Erkenntnisse der Hirnforschung betonen, dass bestimmte Hirnregionen, insbesondere die des limbischen Systems, an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten, auch der

Spielsucht, maßgeblich beteiligt sind (Meyer & Bachmann, 2011). Das limbische System spielt eine wesentliche Rolle bei der Verarbeitung von Emotionen und beurteilt all das, was Menschen machen bzw. ausführen wollen, nach dem sogenannten Lustprinzip. Die psychische Befindlichkeit bzw. was Menschen Spaß macht, was sie als lustvoll bzw. erstrebenswert empfinden, ist an die Ausschüttung von bestimmten Neurotransmittern (Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Opioide) gebunden, welche vom limbischen System kontrolliert werden. Für die erhöhte Erregung und Spannung beim Spiel, die erhöhte Impulsivität und das veränderte Belohnungssystem werden Zusammenhänge mit bestimmten Neurotransmittern vermutet. (Mörsen et al., 2011) Potenza (2008) besagt, dass das Erleben von Spannung über Noradrenalin, die Verhaltenssteuerung bezüglich der Aufnahme und des Beendens des Spiels über Serotonin, die Belohnungsverarbeitung und das Verlangen über Dopamin gesteuert wird (Potenza, 2008). Im Folgenden soll kurz auf die Transmittersubstanzen Dopamin, Serotonin, Noradrenalin und die endogenen Opioide eingegangen werden

5.1.1 Dopamin

Dopamin wird vom mesolimbischen System, welches bei der Registrierung und Verarbeitung natürlicher Belohnungsereignisse eine dominante Rolle spielt, als biochemischer Botenstoff benutzt. Das mesolimbische System erstreckt sich von der Area tegmentalis ventralis im Mittelhirn bis zum Nucleus accumbens im Endhirn und ist der Wirkungsort für Drogen wie Alkohol, Kokain, Nikotin und Psychopharmaka. (Meyer & Bachmann, 2011) Es versetzt Menschen über natürliche Belohnungsreize in Handlungsbereitschaft, um notwendige bzw. lebenserhaltende Tätigkeiten vollziehen zu können. Zu einer Wiederholung der Handlung kommt es durch die mit der Tätigkeit resultierenden Gefühle bzw. positiven Reaktionen (Nestler, 2004). Linnet et al. (2011) stellen bei pathologischen Glücksspielern eine signifikante Korrelation zwischen der Höhe der Dopaminfreisetzung und der Erregung, welche auf die Tätigkeit des Glücksspiels zurückgeführt werden kann, fest. Das Gehirn verbindet durch Lernprozesse das Glücksspiel mit angenehmen, positiven Erlebnissen (Linnet et al., 2011). Durch das regelmäßige Spielen kommt es zu Veränderungen in bestimmten Hirnregionen. Das eigene Wohlbefinden hängt immer mehr von der Ausübung des Glücksspiels ab (Bachmann & El-Ahkra, 2010). Chronischer Missbrauch führt zu der Entstehung eines Suchtgedächtnisses, welches im Nucleus accumbens lokalisiert ist, und der bewussten Verarbeitung nicht zugänglich ist. Es merkt sich, in welcher Situation und bei

welchen Gefühlszuständen das Spielen eine positive, angenehme Wirkung hat (Böning & Grüsser-Sinopoli, 2008). Wird das Suchtgedächtnis aktiviert, treten lediglich die positiven Erfahrungen mit dem Glücksspiel hervor. Die unerwünschten Nebenwirkungen werden ausgeblendet (Bachmann & El-Ahkras, 2010). Böning & Grüsser-Sinopoli (2008) besagen, dass selbst nach abgeschlossenem körperlichem Entzug und längerfristiger Entwöhnung längst vergessen geglaubte Verhaltensweisen in bestimmten Schlüsselsituationen, in diesem Fall beispielsweise ein Glücksspielautomat an der Tankstelle, erneut aktiviert werden, und so einen Rückfall auslösen können (Böning & Grüsser-Sinopoli, 2008).

5.1.2 Serotonin

Serotonin spielt eine wesentliche Rolle bei der Impulskontrolle (Potenza, 2008). Moreno, Saiz-Ruiz, und Lopez-Ibor (1991) finden bei Spielern eine reduzierte serotonerge postsynaptische Aktivität. Diese Abweichungen der serotonergen Tätigkeit werden mit einer geringen Impulskontrolle bei Spielern, welche in einigen Studien belegt wurde, in Zusammenhang gebracht (Carlton & Manowitz, 1994; Loxton, Nguyen, Casey, & Dawe, 2008; Nordin & Eklund, 1999; N. M. Petry, 2001; Specker, Carlson, Christenson, & Marcotte, 1996).

5.1.3 Noradrenalin

Die wesentliche Funktion von Noradrenalin besteht in Vermittlung von Erregung und Aufmerksamkeit. DeCaria, Begaz und Hollander (1998) nehmen an, dass das noradrenerge System eine wesentliche Bedeutung in der Entstehung und Aufrechterhaltung des pathologischen Glücksspiels hat. Tatsächlich wurde bei pathologischen Spielern ein höherer Anteil des Transmitters im Urin entdeckt als bei Nicht-Spielern (Roy et al., 1988). Auch Meyer et al. (2004) untersuchten pathologische Spieler und Gelegenheitsspieler während des Spielens und fanden im Blut der pathologischen Spieler höhere Noradrenalinwerte als bei Gelegenheitsspielern. Noradrenalin ist neben der Vermittlung von Spannung und Erregung auch an Prozessen der Aufmerksamkeitssteuerung beteiligt. Die starke Fokussierung des Erlebens auf das Glücksspiel könnte laut Mörsen et al. (2011) auf eine erhöhte noradrenerge Transmission zurückgeführt werden. DeCaria et al. (1998) vermuten einen Zusammenhang zwischen der gestörten Impulskontrolle und Noradrenalin bei pathologischen Spielern. Diese Annahme bestätigten auch Chamberlain und Sahakian

(2007). Demnach beeinflusst die noradrenerge Transmission die Funktion des präfrontalen Cortex im Hinblick auf die Steuerung der Impulskontrolle.

5.1.4 Opioide

Opioide interagieren mit anderen Neurotransmittern wie zum Beispiel Dopamin und Noradrenalin und können Empfindungen wie Euphorie, Lust und Schmerzlinderung herbeiführen. Ob sie jedoch mit dem Spielverhalten in Verbindung stehen, wurde noch nicht eindeutig belegt, weshalb hier nicht näher darauf eingegangen wird. (Meyer & Bachmann, 2011)

Nach den oben genannten Transmittersystemen werden Befunde zu den kognitiven und neurobiologischen Funktionen dargestellt.

5.1.5 Kognitive und neurobiologische Funktionen

Die Untersuchung der neurobiologischen Grundlagen der Verhaltenssüchte bzw. stoffungebundener Süchte, wie der pathologischen Spielsucht, beruht vorwiegend auf den aktuellen neurobiologischen Modellen der Substanzabhängigkeit (van Holst, Brink, Veltman, & Goudriaan, 2010). Kalechstein et al. (2007) untersuchten mittels geeigneter Testverfahren die neurokognitiven Funktionen von Metamphetamin-Abhängigen und pathologischen Spielern und verglichen diese mit einer gesunden Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass sowohl die substanzabhängige Gruppe (Metamphetamin) als auch die substanzunabhängige Gruppe (pathologische Glücksspielsucht) in Testverfahren, welche die neurokognitiven Funktionen, speziell die des präfrontalen Cortex messen, schlechtere Ergebnisse erzielten als die gesunde Kontrollgruppe. Die bisher durchgeführten Untersuchungen zu den neurobiologischen Grundlagen der pathologischen Spielsucht beziehen sich auf Belohnungs- und Bestrafungsprozesse, auf Reaktionen auf Hinweisreize, auf Impulsivität und Entscheidungsprozesse (van Holst et al., 2010), wobei bestimmten Hirnregionen, wie zum Beispiel dem präfrontalen Cortex, eine entscheidende Rolle zugesprochen wird. Im Folgenden wird auf diese näher eingegangen.

5.1.5.1 Belohnungs- und Bestrafungsprozesse

Studien (Volkow et al., 2002), welche sich mit Substanzabhängigen beschäftigen, zeigen, dass Menschen mit einer geringeren Anzahl an Dopaminrezeptoren eine höhere Freisetzung

des Dopamins im Belohnungssystem benötigen, um ein substanzinduziertes Hochgefühl zu erleben. Blaszczyński und Nower (2002) gingen davon aus, dass eine reduzierte neurobiologische Belohnungssensitivität mit einer erhöhten Suche nach Belohnungen einhergeht. Die Betroffenen erleben in geringerem Maße eine Belohnung beim Gewinnen und müssen daher höhere Gewinne erhalten oder längere Zeit spielen, um dasselbe Belohnungserleben zu erreichen wie Menschen mit einer hohen Belohnungssensitivität (Blaszczyński & Nower, 2002). Durch bildgebende Verfahren zeigt sich, dass während der Verarbeitung von belohnenden und belohnungsanzeigenden Reizen bestimmte Hirnregionen aktiviert werden. Zu diesen zählt der orbitofrontale Cortex, die Amygdala und der Nucleus accumbens (Knutson & Cooper, 2005). Die Funktion des orbitofrontalen Cortex ermöglicht es uns unter anderem, unser Verhalten an den situativen Kontext anzupassen (Rolls, 2004). Die Amygdala arbeitet in Verbindung mit dem orbitofrontalen Cortex und ist am Lernen von Verbindungen zwischen Reizen und nachfolgender Belohnung und Bestrafung beteiligt (Hampton, Adolphs, Tyszka, & O'doherty, 2007). Der Nucleus accumbens zeigt eine erhöhte Aktivierung bei steigendem Ausmaß der Belohnung und eine reduzierte Aktivität, wenn eine erwartete Belohnung ausfällt (Knutson, Fong, Bennett, Adams, & Hommer, 2003). In einer Studie von Reuter et al. (2005) konnte mithilfe funktioneller Magnetresonanztomographie gezeigt werden, dass pathologische Spieler im Vergleich zu gesunden Studienteilnehmern während eines Ratespiels beim Erhalt von Gewinnen eine niedrigere Aktivierung im ventral-striatalen und ventromedial-präfrontalen Cortex aufweisen. Dieser Befund stützt die Annahme, dass pathologische Spieler über eine verminderte Bestrafungssensitivität verfügen. Die verminderte ventral-striatale Aktivierung bei pathologisch Spielsüchtigen steht in Einklang mit Befunden der Substanzabhängigkeit (Mörsen et al., 2011).

5.1.5.2 *Reaktionen auf Hinweisreize*

Die wiederholte Teilnahme am Glücksspiel und die dadurch entstandene Sensitivierung des dopaminergen Belohnungssystems können dazu führen, dass den Glücksspiel- bzw. belohnungsanzeigenden Reizen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wird (Grüsser, Plöntzke, & Albrecht, 2005). Glücksspielassoziierte Reize lösen einen erlernten Motivationszustand aus, welcher wiederum ein Verlangen nach dem Spiel auslöst (Meyer & Bachmann, 2011). Das Verlangen wurde bei substanzbezogenen Störungen umfangreich mit neuropsychologischen und bildgebenden Verfahren erforscht, allerdings existieren nur wenige Studien, die dies bei pathologischen Glücksspielern untersucht haben (Mörsen et al.,

2011). Betrachten Substanzabhängige suchtspezifische Reize, so kommt es zu einer erhöhten Aktivierung der Amygdala, dem anterioren cingulären Cortex, dem orbitofrontalen Cortex und dem ventralen präfrontalen Cortex (Heinz et al., 2004). In der ersten fMRT-Studie zum Verlangen bei pathologischen Spielern von Potenza et al. (2003) zeigten die Spieler im Vergleich zu gesunden Teilnehmern eine geringere Aktivierung im anterioren cingulären Cortex, im orbitofrontalen Cortex, im Nucleus caudatus, den Basalganglien und in den thalamischen Regionen, als sie ein Video mit Glücksspielbezogenen Situationen betrachteten. Während auch Potenza (2008) eine verminderte Aktivität beobachtet, finden sich in anderen Studien (Crockford, Goodyear, Edwards, Qickfall, & el-Guebaly, 2005; Goudriaan, de Ruiter, van den Brink, Oosterlan, & Veltman, 2010; Miedl, Fehr, Meyer, & Hermann, 2010) verstärkte Aktivierung in den Hirnregionen bei Glücksspielbezogenen Reizen. Diese erhöhte Aktivierung steht in Einklang mit Erkenntnissen von Substanzabhängigen (Grüsser et al., 2005; Heinz et al., 2004; Wrase et al., 2002).

5.1.5.3 *Impulsivität*

Das pathologische Spielen ist, wie bereits erwähnt, in der ICD-10 (Dilling, 2008) den Impulskontrollstörungen zugeordnet (Meyer & Bachmann, 2011). Laut Mörsen et al. (2011) ist eine erhöhte Impulsivität bei pathologischen Spielern nicht nur ein prädisponierender Faktor in der Entstehung der Spielsucht, sondern hat auch bei der Aufrechterhaltung einen wesentlichen Einfluss. Der zunehmende Verlust der Kontrolle über das Spielen steht in Verbindung mit einer reduzierten Hemmung des limbischen Systems durch den präfrontalen Cortex. (Mörsen et al., 2011)

5.1.5.4 *Entscheidungsprozesse*

Bildgebende Studien zeigen, dass ein Netzwerk verschiedener Hirnregionen, nämlich der orbitofrontale Cortex, der mediale präfrontale Cortex, der dorso-laterale präfrontale Cortex, der anteriore cinguläre Cortex, die Insula und der inferiore parietale Cortex an der Entscheidungsfindung bzw. an Entscheidungsprozessen beteiligt sind (Brand, Recknor, Graebenhorst, & Bechara, 2007; Krawczyk, 2002). Tannabe et al. (2007) untersuchten Entscheidungsprozesse stoffgebundener Suchtkranker mit komorbidem pathologischem Spielverhalten und Suchtkranker ohne Spielsucht. Es zeigte sich in dieser fMRT-Studie, dass die Gruppe mit pathologischer Spielsucht eine geringere Aktivierung im ventralen medialen Cortex zeigt. Dieser Befund stützt die Hypothese, dass ungünstige Entscheidungen in

Risikosituationen mit gestörten Prozessen im ventralen medialen präfrontalen Cortex verbunden sind (Tannabe et al., 2007). Nachdem im Kapitel 5.1 die neurobiologischen Theorien beschrieben wurden, folgt ein psychoanalytischer Ansatz zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht.

5.2 Der psychoanalytische Ansatz

Nach psychoanalytischer Auffassung ist die Entstehung von Glücksspielsucht auf eine frühkindliche Störung der Entwicklung zurückzuführen. Es handelt sich um triebtheoretische Vorstellungen, denen zufolge die Entstehung von pathologischem Glücksspielverhalten auf eine gestörte Libidoentwicklung zurückzuführen sei. Demnach verabsäumt der Glücksspieler seit frühester Kindheit echte personale Beziehungen, weshalb er neurotische Allmachtsgefühle und starke Aggressionen gegen das elterliche Autoritätsprinzip herangebildet hat. (Meyer & Bachmann, 2011) Aufgrund der daraus entstehenden Schuldgefühle neigen exzessive Glücksspieler zur Selbstbestrafung und dem unbewussten Wunsch zu verlieren. Die Glücksspielproblematik resultiere aus einem ungelösten ödipalen Konflikt. So wird in Freuds (1928) Aufsatz „Dostojewski und die Vätertötung“ die Spielleidenschaft des Schriftstellers auf Schuldgefühle bezogen, die auf unbewussten, kindlich-inzestuösen und Vater-mordenden Phantasien basieren. Das Spiel ist Dostojewski ein Weg zur Selbstbestrafung. Seiner Frau gibt er unzählige Male das Wort, nicht mehr zu spielen, und er bricht es immer wieder. Er bringt sich und seine Frau durch die finanziellen Verluste ins Elend und muss sich von seiner Frau verachten und beschimpfen lassen. Diese Tatsache schafft dem Spieler pathologische Befriedigung. (Freud, 1928) Die Schuldgefühle sind für ein gewisses Strafbedürfnis verantwortlich, das der süchtige Spieler beim Glücksspiel auslebt. Er spielt, um zu verlieren (Meyer & Bachmann, 2011). Freud (1928) sieht die Spielsucht als Selbstbestrafung, um die durch den Onaniezwang entstandenen Schuldgefühle zu bewältigen. Er sieht in der Spielsucht einen Kompromiss, um der Kastrationsangst gegenüber dem Vater zu entgehen. Dabei steht die autoerotische Befriedigung im Vordergrund, wie sie in der Frühzeit und Pubertät üblich ist. (Freud, 1928)

Stekel (1924) betont die Ähnlichkeiten zwischen Glücksspiel und Alkoholmissbrauch. Er beschreibt den Aberglauben, die Rituale und das Omnipotenzdenken der Spieler und ist der Meinung, dass das Glücksspiel eine Art Orakel für den Spieler ist: Wenn er gewinnt, werden sich auch die anderen geheimen Wünsche (zum Beispiel nach Liebe, Macht etc.) erfüllen.

Berglers (1958) Ansicht nach, handelt es sich bei pathologischen Spielern um Neurotiker, die zur Selbstbestrafung, dem unbewussten Wunsch zu verlieren, tendieren. Bergler (1958) erklärt die Neigung zur Selbstbestrafung („psychischer Masochismus“) so, dass der Glücksspieler seine „infantile Allmachtsfiktion“ noch nicht abgelegt hat und gegen das von den Eltern vertretene Realitätsprinzip rebelliert. Auch Bolen und Boyd (1968, zit. nach Meyer & Bachmann, 2011) meinen, dass durch die Selbstbestrafungsriten des Verlierens und durch die indirekten Befriedigungsmöglichkeiten aggressiver und libidinöser Bedürfnisse bestehende Schuldgefühle neutralisiert werden. Zusätzlich wird durch das Glücksspiel Macht, Bedeutsamkeit und Kontrolle übermittelt und bieten dadurch dem Spieler Schutz vor Minderwertigkeitsgefühlen und innerer Leere. Matussek (1953) sieht die Ursache der Glücksspielsucht in einer fehlerhaften libidinösen Triebentwicklung innerhalb der oralen Phase. Dem Spieler fehlen von Kindesalter an personale Beziehungen. Aus diesem Grund werden starke Aggressionen gegen das elterliche Autoritätsprinzip entwickelt. Matussek (1953) sieht die Verluste der Spieler aber nicht als Folge eines unbewussten Strafbedürfnisses, sondern als „nicht erwünschte Konsequenz“ des Spielens. Die Beweggründe zu spielen, sieht Matussek (1953) darin, dass die Antriebskräfte zur Ruhe gebracht werden können. Im Gegensatz zu anderen Autoren sieht Matussek (1953) im Verlieren der Spieler keine Befriedigung unbewusster Schuldgefühle, sondern die „Unfähigkeit, die Position des Besitzenden aufrechtzuerhalten und das im Spiel Erworbene festzuhalten“ (Matussek, 1953, S. 248).

In dem Kapitel 5.3 werden weiter Erklärungsansätze, nämlich die lerntheoretischen Konzepte, für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht beschrieben.

5.3 Lerntheoretische Konzepte

Allgemein besagt die zentrale Aussage der klassischen Lerntheorie, dass die (positive) Verstärkung eines Verhaltens bzw. die Beseitigung negativer Konsequenzen zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens des selbigen führt („operantes Konditionieren“). Bezogen auf pathologisches Glücksspiel betrachtet sie dieses als erlerntes Verhalten. (Butcher et al., 2009) Variierende Verstärkermengen und variable Verstärkungsquoten, welche beide beim Glücksspiel vorkommen, sind, bezogen auf die Verfestigung eines Verhaltens, besonders wirkungsvoll (Skinner, 1953, zit. nach Zimbardo,

1995). Der Geldgewinn fungiert als typisch klassischer generalisierter Verstärker (Müller-Spahn & Margraf, 2003).

Die sozial-kognitive Lerntheorie ist eine Ausweitung der klassischen Lerntheorie (Herkner, 2004). Bezogen auf die Spielsucht wird die Aufrechterhaltung derselben durch ihre Verstärkerqualitäten wie unmittelbare Stimulation, Auslösung von Euphorie und Machtgefühlen, eventuelle Selbstbestätigung, Spannungsreduktion, Vermeidung von depressiven Stimmungen etc. erklärt. Die sogenannten „Fast-Gewinne“ und die besondere Stimmung, die in Casinos durch visuelle und akustische Signale vermittelt wird bzw. besonders auffällige Licht und Tonsignale bei größeren Gewinnen an Spielautomaten, lenken die Aufmerksamkeit der sich ebenfalls im Casino befindlichen Spieler auf mögliche Erfolge. Somit bilden sie einflussreiche Verstärker, welche zum Weiterspielen animieren. Für den Auslöser bzw. Beginn der Glücksspielsucht kann das Lernen am Modell als Erklärung herangezogen werden. (Meyer & Bachmann, 2011) Die Beobachtung positiver Folgen bei Eltern oder Freunden oder der Zugang zu sozial attraktiven Gruppen (als sekundäre Verstärkung) sind dabei ausschlaggebend. (Revenstorf & Metsch, 1986) Durch die wiederholte Verknüpfung von positiven Gefühlen wie Euphorie, Entspannung, Macht etc. mit dem Glücksspiel kommt es zu einer Konditionierung. Neutrale Reize, wie zum Beispiel die spezifische Atmosphäre in einem Casino oder einer Spielbank (Licht- und Tonsignale der Automaten, kreisende Kugel im Roulettekessel etc.) und Geld können sich zu Hinweisreizen des Glücksspiels entwickeln, das heißt, es kommt zu einer klassischen Konditionierung. Doch auch die sogenannte stellvertretende Verstärkung spielt eine wesentliche Rolle in den lerntheoretischen Erklärungsmodellen der pathologischen Glücksspielsucht. (Revenstorf & Metsch, 1986) Alleine durch die Beobachtung, dass jemand mit einem Verhalten erfolgreich ist bzw. etwas erreicht, entsteht die Erwartung, dass selbiges positive Konsequenzen nach sich zieht. Diese nur gesehenen aber nicht selbst erlebten Verstärker werden als stellvertretende Verstärkung bezeichnet. (Herkner, 2004)

Ein integratives Modell, welches klassische und operante Konditionierungsprozesse bei der Entstehung aber auch der Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens umfasst, stammt von Grüsser und Thalemann (2006). Demnach steigt durch interne (Stress, Ängste) oder externe (Spielautomat) Stimuli das Erregungsniveau einer Person an und löst dadurch das Verlangen nach dem Glücksspiel aus. Ab diesem Zeitpunkt sind die der betroffenen Person zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien und Kontrollfähigkeiten, welche von den individuellen psychischen Bedingungen abhängig sind, von Bedeutung. Die Teilnahme am

Spiel führt zu positiver Verstärkung, das heißt zu lustvollem Erleben und zu einer Abnahme der negativen Gefühle bzw. des Spannungszustandes. Das Verlangen zu einer erneuten Spielteilnahme kann durch intrapsychische (zum Beispiel negatives Selbstbild), somatische (Entzugerscheinungen) und psychosoziale (Verschuldung) Folgen, welche wiederum in negativen Zuständen und Konflikten resultieren, ausgelöst werden. (Grüsser & Thalemann, 2006)

Nachdem die lerntheoretischen Konzepte dargestellt wurden, werden im Kapitel 5.4 kognitive Prozesse beschrieben, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Glücksspielsucht beteiligt sein können.

5.4 Kognitive Prozesse

Kognitive Phänomene, die verantwortlich dafür sind, dass pathologische Spieler trotz hoher Verluste weiterspielen, sind verzerrte Wahrnehmung der Realität, Illusion der Kontrolle, unrealistische Gewinnerwartungen und die unterschiedliche Zuweisung der Verantwortlichkeit von Verlust oder Gewinn (Ladouceur & Walker, 1998; Toneatto, 1999; Walker, 1992). Meyer und Bachmann (2011) betonen, dass die meisten Glücksspiele auf Zufallsereignissen basieren und somit keine Kontrolle durch die Spieler möglich ist. Trotzdem sind pathologische Spieler sehr häufig davon überzeugt, das Spielergebnis systematisch vorhersagen oder sogar beeinflussen zu können. Solche verzerrten Wahrnehmungen werden von Langer (1975) als „Illusion der Kontrolle“ subsumiert. Der Spieler geht davon aus, dass er aufgrund eigener Kompetenzen den Ausgang des Spiels beeinflussen kann. Durch die aktive Einbeziehung des Spielers mittels Stopp-Start- und Risikotasten am Spielautomaten in den Spielablauf und durch die Auswahlmöglichkeiten, etwa die Auswahl des eigenen Lotterieloses, ist bei anfänglichen Erfolgen die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Erfolge persönlichen Fähigkeiten zugeschrieben werden. (Langer, 1975) Illusionäre Kontrollüberzeugungen und der unter Spielern oft erkennbare Aberglaube werden durch Verstärkungsmechanismen verfestigt. Beinahe erreichte Gewinnkombinationen unterstützen die Entwicklung optimistischer Einschätzungen bezüglich zukünftiger Erfolge, der Gewinnerwartungen und des Weiterspielens (Reid, 1986, zit. nach Meyer & Bachmann, 2011). Treffen auf dem Spielautomaten nur fünf von sechs richtigen Gewinnsymbolen ein, führt dies zu der Erwartung, dass der Gewinn bald kommen müsse, da er ja schon beinahe erzielt wurde. Fast-Gewinne sind bei computergesteuerten

Spielautomaten und bei Rubbellosen häufiger vertreten, als es nach den Prinzipien des Zufalls möglich wäre (Harrigan, 2008). Der Monte Carlo-Effekt oder auch „gambler’s fallacy“ zählt ebenfalls zu den kognitiven Verzerrungen des Glücksspielers. Der Spieler schließt in diesem Fall von vergangenen auf bevorstehende Spielergebnisse. Hier herrscht die irrationale Annahme vor, dass an eine Verlustphase zwangsläufig als Ausgleich eine Gewinnphase anschließt. Die Erwartung des unmittelbaren Gewinnes führt zu einer Steigerung des Einsatzes und zu höheren Verlusten. (J. Petry, 1996) Nach Tversky und Kahnemann (1973) tendieren Menschen dazu, die Wahrscheinlichkeit von Zufallsereignissen danach zu beurteilen, wie leicht relevante Ereignisse aus der Erinnerung abgerufen werden können. Diesen Vorgang machen sich Glücksspielbetreiber zunutze. Sie stellen Gewinner öffentlich zur Schau oder statuen Spielautomaten mit Licht- und Tonsignalen aus, die den im Umfeld befindlichen Spielern Gewinne suggerieren. Es wird dadurch der Eindruck geweckt, dass hohe Gewinne etwas Alltägliches seien, die regelmäßig auftreten und leicht erreichbar seien. (Meyer & Bachmann, 2011) Die Unterschiede in der Attribution von Gewinnen und Verlusten zeigen sich folgendermaßen: Tritt ein Verlust ein, dienen externe Faktoren, wie etwa eine Pechsträhne, als Erklärung, sie werden ausgiebig diskutiert und bagatellisiert, und es werden Copingstrategien entwickelt, um die weitere Teilnahme am Glücksspiel zu rechtfertigen. Typische Copingstrategien wären zum Beispiel andere Spieler zu beschuldigen (Nichteinhaltung der Regeln bei Black Jack) oder die Abwandlung von Verlusten in „Fast-Gewinne“. Gewinne werden auf eigene Fähigkeiten zurückgeführt, als selbstverständlich erachtet, überbewertet und in der Höhe übertrieben. (Meyer & Bachmann, 2011)

Neben neurobiologischen, psychoanalytischen, lerntheoretischen und kognitiven Konzepttheorien spielen auch Faktoren eine Rolle, die von außen, vom persönlichen Umfeld des Spielers, wirken. Diese werden im folgenden Kapitel 5.5 dargestellt.

5.5 Soziale und soziokulturelle Faktoren

Die Bedeutung sozialer und soziokultureller Faktoren für die Entstehung und Entwicklung pathologischen Glücksspiels wird in einigen Arbeiten hervorgehoben und beschrieben (Bolen & Boyd, 1968; Meyer, 1989; Moran, 1970). Lernt der Spieler das bereits erwähnte besondere Ambiente des Glücksspiels kennen, entstehen in dieser Szene soziale Kontakte und Beziehungen. Aufgrund der Isolationstendenz aus dem eigenen sozialen Umfeld nehmen diese neuen Bekanntschaften eine wichtige Rolle im Leben der betroffenen Person ein.

(Meyer & Bachmann, 2011) Es entsteht eine Welt, in der eigene Überzeugungen und Wertvorstellungen präsent sind. Die Personen, die sich dieser zugehörig fühlen, betrachten sich als elitäre Einheit. Die Konflikte im „normalen“ Umfeld des Spielers verschärfen sich. Durch die Stigmatisierung als „Spieler“ erweist sich das Spielermilieu als einziges Bezugsfeld. (Meyer & Bachmann, 2011)

Dem Faktor Geschlecht wird ebenso eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung einer Spielsucht beigemessen, denn er erweist sich als Prädiktor für die Teilnahme am Glücksspiel. Meyer und Bachmann (2011) betonen, dass Männer „spielfreudiger“ sind als Frauen. Außerdem werden Glücksspiele mit höherem Suchtpotenzial wie Roulette, Spielautomaten, Sport- und Pferdewetten aufgrund des ständigen Risikoverhaltens und Machterlebens von Hayer (2010) als Männerdomäne gesehen. Die Emanzipation der Frauen und die steigende Anzahl berufstätiger Frauen, verbunden mit finanzieller Unabhängigkeit, lassen mutmaßen, dass die Zahl der Frauen, welche sich am Glücksspiel beteiligen, steigen wird. Glücksspielanbieter locken Frauen mittels gezielter Marketingstrategien in den Glücksspielbereich (McKay, 2005). Studien aus dem US-amerikanischen Raum zeigen, dass Frauen eher Spielautomaten, Bingo und Lotterien bevorzugen, während Männer Sport- und Pferdewetten sowie Karten- und Würfelspiele präferieren (Blanco, Hasin, N. Petry, Stinson, & Grant, 2006); Potenza, 2001).

Die in den letzten Kapiteln beschriebenen Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht betonen jeweils nur einzelne ursächliche Faktoren. In dem nächsten Kapitel 5.6 werden Modelle vorgestellt, welche eine Brücke zwischen den einzelnen Ansätzen bilden sollen. (Meyer & Bachmann, 2011)

5.6 Integrative Erklärungsmodelle

Die im Folgenden beschriebenen integrativen Erklärungsmodelle wollen Aspekte der monokausalen Erklärungsansätze (neurobiologische Theorien, Psychoanalytischer Ansatz, lerntheoretische Konzepte, kognitive Prozesse, soziale und soziokulturelle Faktoren) verbinden (Meyer & Bachmann, 2011).

Jacobs (1989) entwickelte und überprüfte ein integratives generelles Suchtmodell im Jahr 1989, wobei der pathologische Spieler als Prototyp dargestellt wird. Der Autor definiert Sucht als unabhängigen Zustand, den eine dafür anfällige Person (als ursprünglich

unabhängigen Zustand) beim Versuch, chronische Stressbedingungen zu beheben, entwickeln kann. Für die Suchtanfälligkeit sind folgende zwei Faktoren verantwortlich: ein abnormer, physiologischer Ruhezustand mit übermäßiger oder verminderter Spannung bzw. Erregung und Kindheitserfahrungen, die ein tiefes Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit und Ablehnung hervorgerufen haben. (Jacobs, 1989)

Nach J. Petrys integrativem Modell (1996) weisen Glücksspieler dreierlei Problematiken auf: Als Erstes wäre starke Unruhe und ein verstärktes Bedürfnis nach Reizstimulation zu nennen. Diese besonderen Dispositionen der Erregungsmodulation liegen in der psychophysiologischen Ausstattung des Spielsüchtigen in Verbindung mit problematischen Strategien der Stressverarbeitung vor, welche eine Selbstwertproblematik bedingen. Bei Glücksspielern besteht als zweite Problematik ein negatives Selbstwertgefühl, bedingt durch Beeinträchtigungen in der familiären Sozialisation, welche in der frühkindlichen Periode stattfinden. (J. Petry, 2001) Diese Personen verhalten sich allerdings widersprüchlich, nämlich aggressiv und dominant. Glücksspiele vermitteln ihnen eine Steigerung des Selbstwerts und positive Gefühle. Da das Glücksspiel als Copingstrategie dient, also dazu, mit negativen und belastenden Situationen umgehen zu können, geht J. Petry (1996) davon aus, dass ein Mangel an Problemlösekompetenzen vorhanden ist. Als Drittes ist eine Störung der Bindungsfähigkeit bei süchtigen Glücksspielern zu beobachten. Das Verhalten der Betroffenen wird im Laufe der „Spielerkarriere“ immer egozentrischer, die Wünsche und Bedürfnisse der Bezugspersonen werden immer stärker den eigenen Interessen, der Selbstwertsteigerung und dem eigenen Bedürfnis der Fortsetzung des Spielens untergeordnet. (J. Petry, 1996)

Nach Sharpe (2002) sind bei der Entwicklung einer Glücksspielsucht physiologische, kognitive und lerntheoretische Faktoren beteiligt. Das biopsychosoziale Modell geht von einer genetischen Vulnerabilität aus, welche bedingt ist durch biologische Veränderungen in der Neurotransmission des dopaminergen, noradrenergen und/oder serotonergen Systems. Eine positive Einstellung zum Glücksspiel in der Familie, fehlangepasste Bewältigungsstrategien in Problemsituationen und das Risiko, problematisch zu spielen erhöhen die Gefahr eine Spielsucht. (Sharpe, 2002) Ob Spieler dem Verlangen nachkommen, hängt vorwiegend von Copingstrategien ab. Dysfunktionale Strategien können zu einem Weiterspielen führen, wobei Probleme in anderen Lebensbereichen auftreten, welche wiederum das Stresserleben erhöhen und zur Fortsetzung des Spielverhaltens führen. Es entsteht ein Teufelskreis, in dem das Glücksspiel die Hauptrolle spielt. (Sharpe, 2002)

5.7 Zusammenfassung

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass bei dem Versuch eine Charakterisierung des pathologischen Glücksspielers zu geben, verschiedene Theorien helfen, die Komplexität dieser Problematik aufzuzeigen (siehe Kapitel 5). Neurobiologische Theorien (Kapitel 5.1) finden eine Erklärung für das riskante, auf Erregung ausgerichtete Verhalten eines pathologischen Spielers in dem Faktum, dass das Glücksspiel ähnlich wie der Konsum von Methamphetamin zu einer höheren Ausschüttung von Neurotransmittern führt (Mörsen et al., 2011). Es kommt zu einem Hochgefühl, zu Veränderungen in bestimmten Hirnregionen und zu der Entwicklung eines Suchtgedächtnisses (Bachmann & El-Ahkra, 2010).

Die Neurotransmitter des noradrenergen, serotonergen bzw. dopaminergen Systems verursachen Veränderungen im limbischen System, welche sich beispielsweise in einer gestörten Impulskontrolle auswirken (Carlton & Manowitz, 1994; Loxton et al., 2008; Mörsen et al., 2008; Nordin & Eklund, 1999; J. Petry, 2001; Specker et al., 1995). Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Untersuchungen zu neurobiologischen Grundlagen der pathologischen Glücksspielsucht beziehen sich auch auf Belohnungs- und Bestrafungsprozesse (zum Beispiel Reuter et al., 2005), auf Reaktionen auf Hinweisreize (zum Beispiel Crockford et al., 2005), auf Impulsivität (zum Beispiel Mörsen et al., 2011) und auf Entscheidungsprozesse (Tannabe et al., 2007).

Im Mittelpunkt der psychoanalytischen Begründung (Kapitel 5.2) für die Entwicklung einer Spielsucht steht die Kindheit des Patienten. Macht- und Ohnmachtsgefühle einer Autorität gegenüber erzeugen Gefühle der Minderwertigkeit (Meyer & Bachmann, 2011). In psychodynamisch orientierten Ansätzen, die sich auf narzisstische Persönlichkeitsstörungen bei pathologischen Spielern beziehen, wird die Spielsucht als narzisstischer Selbstheilungsversuch interpretiert. Simon (1980) geht davon aus, dass der Spieler aufgrund von frühkindlicher emotionaler Deprivation unfähig ist, Liebesbeziehungen einzugehen. Er spielt, um zumindest ersatzweise anerkannt und geliebt zu werden. Das Glücksspiel stellt eine zweite Welt dar, in der sich der Spieler respektiert, mächtig und omnipotent fühlen kann (Simon, 1980). Das Glücksspiel übermittelt Gefühle von Macht, Bedeutsamkeit und Kontrolle und bietet dem Spieler Schutz vor Minderwertigkeitsgefühlen und innerer Leere (Bolen & Boyd, 1986, zit. nach Meyer & Bachmann, 2011).

Ansätze aus der klassischen bzw. sozial kognitiven Lerntheorie (Kapitel 5.3) versuchen, bezogen auf die Spielsucht, die Verfestigung des Spielverhaltens durch eine operante Konditionierung so zu erklären, dass sich die Auftrittswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöht, wenn es zu positiven Erlebnissen kommt (Butcher et al., 2009). Durch die wiederholte Verknüpfung von positiven Gefühlen (Entspannung, Macht etc.) mit dem Glücksspiel kommt es zu einer Konditionierung. Neutrale Reize, (Licht- und Tonsignale der Automaten, kreisende Kugel im Roulettekessel, Geld etc.) können sich zu Hinweisreizen des Glücksspiels entwickeln, das heißt, es kommt zu einer klassischen Konditionierung. (Revenstorf & Metsch, 1986)

Im Kapitel 5.4 wird versucht, die Gedankengänge von Spielern näher zu betrachten. Phänomene, wie verzerrte Realitätswahrnehmungen oder die Illusion, sowohl kontrolliert zu handeln als auch Einfluss auf das Spielgeschehen ausüben zu können, liegen dem Denken eines Spielers oft zugrunde. Verstärkende Wirkung üben indirekt Glücksspielbetreiber aus, die Gewinne besonders markieren und so den Schein des leichterwordenen Geldes hervorrufen. Spieler entwickeln außerdem eigene Copingstrategien um Verluste zu beschönigen. (Langer, 1975; Meyer & Bachmann, 2011; J. Petry, 1996)

Soziale und soziokulturelle Ansätze (Kapitel 5.5) betonen das besondere Ambiente des Glücksspiels, die neu gewonnenen sozialen Kontakte und Beziehungen im Spielermilieu und schenken dem Faktor Geschlecht Beachtung, da diesem auch eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung einer Spielsucht beigemessen wird. (Mc Kay, 2005; Meyer & Bachmann, 2011)

Jacobs (1989), einem Vertreter der integrativen Modelle (Kapitel 5.6) zufolge, sind zwei Faktoren für die Suchtanfälligkeit eines pathologischen Spielers verantwortlich: ein abnormer physiologischer Ruhezustand und Kindheitserfahrungen, welche ein Gefühl von Ablehnung und persönlicher Unzulänglichkeit hervorriefen. Nach J. Petrys integrativem Modell aus dem Jahr 1996 weisen pathologische Glücksspieler drei Problematiken auf. Erstens starke Unruhe und ein verstärktes Bedürfnis nach Reizstimulation, zweitens ein negatives Selbstwertgefühl und drittens eine Störung der Bindungsfähigkeit. Das biopsychosoziale Modell von Sharpe (2002) postuliert physiologische, kognitive und lerntheoretische Faktoren für die Entwicklung einer Glücksspielsucht.

Im Anschluss an die im Kapitel 5 dargestellten Erklärungsansätze der Glücksspielsucht folgt nun eine ressourcenorientierte Betrachtungsweise. Im Mittelpunkt steht das Modell der

Salutogenese (Kapitel 6) nach Antonovsky (1979) und damit die Förderung der Gesundheit. Wie im Kapitel 6.2 beschrieben, findet dieses mittlerweile auch in der Abhängigkeitsforschung Gehör.

6 Das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979)

Das folgende Kapitel beschreibt das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979) mit dem Begriff Kohärenz, dessen Teilkomponenten (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit) und die Anwendung des Salutogenesemodells in der Abhängigkeitsforschung. Da das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979) einen theoretischen Hintergrund des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementstrategien darstellt (Jack, 2007), wird es in dieser Arbeit näher betrachtet.

Salutogenese bedeutet „Entstehung von Gesundheit“. Salutogenetische Theorien gehen von der Annahme aus, dass man nicht nur krank (Pathogenese), sondern auch gesund wird (Salutogenese), das heißt, man versteht Gesundheit als Prozess. (Singer & Brähler, 2007) Die pathogenetische Denkrichtung geht von einer sogenannten Homöostase aus, einem Gleichgewicht zwischen den Körperfunktionen als Normalfall, und beschreibt die Entstehung von Krankheiten. Im Gegensatz dazu bemüht man sich im Zuge der Salutogenese um die Erforschung der Erhaltung und der Förderung der Gesundheit. Konträr zur Pathogenese ist von einer Heterostase, also einem Ungleichgewicht der Körperfunktionen im Normalfall, die Rede. Die Menschen bewegen sich auf diesem Kontinuum mehr in die eine oder andere Richtung. Sie sind nicht entweder gesund oder krank, sondern befinden sich aktuell an einem bestimmten Punkt des Kontinuums. (Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink, & Witte, 2001) Antonovsky (1979, zit. nach Antonovsky & Franke, 1997) beschreibt das Verhalten des Menschen bei Krankheit im pathogenetischen Sinne als Metapher eines Flusses:

Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Flussabwärts weist er Turbulenzen auf, und einige Menschen kämpfen verzweifelt darum, den Kopf über Wasser zu halten. Manche schaffen es, aus eigener Kraft wieder ans Ufer zu kommen, andere aber müssen von Lebensrettungsspezialisten herausgezogen und vor dem Ertrinken gerettet werden. (Antonovsky 1979, zit. nach Antonovsky & Franke, 1997, S. 16).

Nach dem Modell der Pathogenese befinden sich laut Franke et al. (2001) Menschen in der Homöostase, also im Gleichgewicht. Nur bei besonders ungünstigen Ereignissen kommt es zu einer Beeinträchtigung dieses Gleichgewichts, also zu Krankheiten. Durch Energie wird von den Menschen versucht, das Gleichgewicht der Körperfunktionen wieder herzustellen. Antonovsky (1979) beschreibt den Menschen im salutogenetischen Modell wie folgt:

Nimmt man hingegen Heterostase und nicht Homöostase als Normalfall an, so sind wir alle über die gesamte Lebensspanne im Fluss und damit beschäftigt, kleine Wasserfälle, Stromschnellen, Angriffe von gefährlichen Wasserlebewesen zu bewältigen. Es mag Phasen geben, in denen der Fluss ruhig dahinfließt, in denen das Schwimmen scheinbar keine Energie kostet, in denen wir uns treiben lassen können-dennoch würde auch dort das Einstellen aller Bewegungen zum Untergang führen. (zit. nach Franke et al., 2001, S. 17).

Im Salutogenesemodell ist die Heterostase, also das Ungleichgewicht, zum Leben eines Menschen zugehörend. Das Modell versucht zu erklären, warum manche Menschen, die denselben Stressoren und Bedingungen mikrobiologischer und gesellschaftlicher Art ausgesetzt sind, wie erkrankte Personen, eine bestimmte Krankheit nicht entwickeln. (Antonovsky & Franke 1997) Antonovsky (1979) kritisiert das dichotome pathogenetische Krankheitsmodell, welches Gesundheit als Fehlen von Krankheiten definiert. Die medizinische Betrachtungsweise sei nicht an gesundheitsförderlichen Kräften interessiert, sondern orientiere sich lediglich daran, wie man pathogenen, also krankmachenden Faktoren entgegen treten könne (Schiffer, 2001).

Ein Begriff, der bei Antonovsky (1979) eng mit Salutogenese verknüpft ist, ist der Terminus Kohärenzgefühl bzw. Kohärenzsinn (aus dem Lat.: zusammenhängend, zusammenhalten, Halt haben). Aus diesem Grund wird dieser im nächsten Kapitel 6.1. näher erläutert.

6.1 Der Begriff des Kohärenzgefühls

Das Kohärenzgefühl ist ausschlaggebend für die Gesundheit eines Menschen (Schiffer, 2001). Antonovsky (1979, zit. nach Antonovsky & Franke, 1997) beschreibt das Kohärenzgefühl als:

eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, das die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar sei und, das mit großer

Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann.(Antonovsky, 1979, zit. nach Antonovsky & Franke, 1997, S. 16)

Es ist maßgeblich dafür verantwortlich, an welcher Stelle wir uns auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befinden (Franke et al., 2001) und ob wir bei Belastung seelisch und körperlich gesund bleiben bzw. bei Erkrankung möglichst schnell wieder gesund werden (Schiffer, 2001). Es handelt sich hierbei also um die Fähigkeit, ein Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit auszubilden (Wydler, 2010), wobei die Sinnhaftigkeit die bedeutendste Teilkomponente des Kohärenzgefühls bzw. Kohärenzsinner ausmacht (Schiffer, 2001).

Für das Gefühl der Verstehbarkeit führt Antonovsky (1979) folgende Definition an: „Sie bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen-chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich.“ (Antonovsky, 1979, zit. nach Antonovsky & Franke, 1997, S. 34). Menschen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit nehmen an, dass ihre Zukunft vorhersehbar ist und erklärt werden kann. Dies vermittelt ihnen ein sicheres Gefühl und Ereignisse wie Tod, Scheitern usw. können als Erfahrung eingeordnet werden (Singer & Brähler, 2007). Eine Aussage zu dieser Komponente wäre beispielsweise: „Meine Welt ist verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang begreifen.“ (Schiffer, 2001, S. 29).

Die Komponente der Handhabbarkeit beinhaltet das Ausmaß der vorhandenen Ressourcen, wie zum Beispiel Ehepartner, Freunde, Kollegen, um den Anforderungen eines Stimulus zu begegnen. Menschen, bei denen die Handhabbarkeit gut ausgeprägt ist, sehen sich selten in die Opferrolle gedrängt und kommen mit bedauerlichen Situationen zurecht. (Schiffer, 2001)

Die Bedeutsamkeit ist die dritte Komponente des Kohärenzgefühls und wird nach Franke et al. (2001) folgendermaßen definiert:

Bedeutsamkeit repräsentiert als motivationalen Aspekt des Kohärenzgefühls das Ausmaß, in dem eine Person das Leben als sinnvoll empfindet, und in welchem sie erlebt, dass wenigstens einige der von Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass sie sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet. (Franke et al., 2001, S. 20)

Eine Aussage zu dieser Sinndimension wäre beispielsweise: „Für meine Lebensführung ist Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt.“ (Schiffer, 2001, S.29). Soziale Ressourcen und Belastungen beeinflussen die Entwicklung des Kohärenzgefühls und die damit verbundene Fähigkeit, mit Belastungssituationen umzugehen (Wydler, 2010). Es handelt sich um ein Grundgefühl bzw. eine Grundsicherheit, um innerlich zusammengehalten zu werden und in äußeren Anbindungen, also in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft etc. Unterstützung zu finden. Lebenserfahrungen, vor allem in der Kindheit und Jugend, beeinflussen die Entwicklung des Kohärenzgefühls. Sie kann jedoch durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt ständig erweitert und ausgebaut werden. Schwach entfaltete Kohärenz wird mit der Zeit immer weniger, und die wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen lassen sich nicht aktivieren. (Wydler, 2010) Nach Antonovsky (1979) hat sich das Kohärenzgefühl bis zum 30. Lebensjahr vollständig entwickelt und verändert sich nur dann, wenn es zu einschneidenden Lebensereignissen kommt (Franke et. al., 2001). Die salutogenetische Denkrichtung betont die Wichtigkeit der Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähig zu machen sowie die Berücksichtigung der ganzen Person und deren Lebensgeschichte. Die ausschließliche Bekämpfung krankmachender Einflüsse ist nicht so wichtig wie die Beachtung des gesamten Systems, in dem die Person lebt. (Antonovsky & Franke, 1997)

Auch in der Abhängigkeitsforschung scheint das Modell der Salutogenese auf. Laut Franke et al. (2001) ist das geeignete Modell für die Suchterkrankung nicht die Dichotomie, sondern ein Kontinuum mit den Polen „abstinenter/unauffälliger Konsum“ und „abhängig“. (Franke et al., 2001) Auf die Anwendung des Modells der Salutogenese in der Abhängigkeitsforschung wird im Folgenden eingegangen.

6.2 Die Anwendung des Salutogenesemodells in der Abhängigkeitsforschung

Gerade in der Suchtforschung etablierte sich die pathogenetische Denkrichtung (Franke et al., 2001). In diesem Falle bedeutet dies, dass die Menschen entweder abstinent oder süchtig sind. Ist ein Suchtkranker abstinent und erleidet einen Rückfall, so befindet er sich sofort am anderen Ende des Kontinuums, bei der Sucht (Franke et. al, 2001). Eine Abhängigkeit entwickelt sich laut Franke et al. (2001) nicht von einem Tag auf den anderen, sondern über

längere Zeit, wobei ein unauffälliger Konsum mehr und mehr eskaliert. Dass eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls im Hinblick auf eine Suchtmittelproblematik von Bedeutung ist, belegt Franke (1997, zit. nach Franke et al., 2001). In ihrer Studie, an der 928 Frauen mit und ohne Suchtmittelproblem teilnahmen, zeigte sie, dass das Kohärenzgefühl bei Frauen ohne Suchtmittelprobleme signifikant höher war als bei Frauen mit Suchtmittelproblemen.

Das salutogenetische Modell von Antonovsky (1979) wurde im letzten Abschnitt näher erläutert, da es eine grundlegende Theorie eines in dieser Arbeit verwendeten Erhebungsinstrumentes darstellt (FERUS; Jack, 2007). Verfügt eine Person über ausreichende Ressourcen, so ist sie in der Lage, Spannung abzubauen und den Gesundheitszustand auf dem oben erwähnten Kontinuum zu sichern. Daraus abgeleitet ergibt sich für Ressourcendefizite eine Gesundheitsgefährdung. (Jack, 2007) In der vorliegenden Arbeit wird ein Wert über die Ressourcen der Personen errechnet werden.

6.3 Zusammenfassung

Salutogenetische Theorien verstehen Gesundheit als Prozess, in dem Menschen nicht nur krank (Pathogenese) sondern auch gesund (Salutogenese) werden (Singer & Brähler, 2007). Im Zuge der Salutogenese bemüht man sich um die Erforschung und Erhaltung der Gesundheit. Nach salutogenetischer Ansicht befinden sich Menschen an einem bestimmten Punkt des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (krank oder gesund). An welcher Stelle wir uns an diesem befinden, ist maßgeblich bestimmt durch das Kohärenzgefühl. Es hat außerdem einen Einfluss darauf, ob wir bei Belastung seelisch und körperlich gesund bleiben bzw. bei Erkrankung schnell wieder gesund werden. (Franke et al., 2001) Das Kohärenzgefühl besteht aus folgenden Teilkomponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Schiffer, 2001). Auch für die Abhängigkeitsforschung ist das geeignete Modell nicht die Dichotomie sondern ein Kontinuum mit den Polen abstinenter/ unauffälliger Konsum und abhängig (Franke et al., 2001).

Da ressourcenorientierte Betrachtungsweisen auch in der Psychotherapie eingesetzt werden können, wird im Folgenden auf das Selbstmanagementkonzept von Kanfer, Reinecker, & Schmelzer (2005) eingegangen.

7 Das Konzept des Selbstmanagement nach Kanfer, Reinecker, und Schmelzer (2005)

Beim Selbstmanagement-Ansatz (Kanfer et al., 2005) handelt es sich um ein international anerkanntes Psychotherapie-Konzept. Kanfer (1977) ist der Erstautor des Ansatzes und 1991 erschien die deutschsprachige Erstauflage, welche er gemeinsam mit den Co-Autoren Reinecker und Schmelzer niederschrieb (Kanfer et al., 2005). Zu den Selbstmanagementfähigkeiten gehören Hoffnung, Selbstverstärkung, Selbstkontrolle, Selbstbeobachtung, Zielklärung, Zielsetzung und der passende Einsatz von aktiven und passiven Copingstrategien (Jack, 2007). Das Konzept erfährt in dieser Arbeit besondere Beachtung, weil es einen wesentlichen Bestandteil des theoretischen Hintergrundes des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementstrategien (Jack, 2007) ausmacht. Im Fokus steht ein zielorientiertes, „funktional-systemisches“ Problemlösemodell, mit dessen Hilfe das Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ umgesetzt wird (Jack, 2007). Als Grundlage dieses Ansatzes werden von den Autoren bestimmte Basisannahmen beschrieben, welche diesem, sei es das theoretische Modell an sich oder die Umsetzung in die Praxis, Sinn geben (Kanfer et al., 2005). Auf die Bedeutung der Selbstverantwortung des Patienten, die fortlaufende Prozessorientierung und die Anweisung zur Selbststeuerung aller Lebensprozesse ohne fremde bzw. professionelle Hilfe wird ausdrücklich hingewiesen (Kanfer et al., 2005).

Das folgende Kapitel beschreibt den Selbstmanagement-Ansatz nach Kanfer et al. (2005). Die grundlegenden Variablen (Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen) und die Bedeutung der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle dieses Ansatzes sollen näher erläutert werden. Bevor auf das Sieben-Phasen-Modell eingegangen wird, wird noch die Bedeutung der Änderungsmotivation beschrieben.

7.1 Definition des Selbstmanagementkonzepts

Selbstmanagement wird von Kanfer et al. (2005) als: „Sammelbegriff bzw. umfassender Oberbegriff für Therapieansätze, die alle gemeinsam haben, daß [sic] der Klient zu besserer Selbststeuerung angeleitet und möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung fähig werden“. (Kanfer et al., 2005, S. 6). Wichtig ist, dass durch die Vorgehensweise der

Selbstmanagementtherapie Betreffenden eine gezielte Umsetzung von Veränderungen in den praktischen Alltag gelingt (Kanfer et al., 2005).

7.2 Ziel des Selbstmanagementkonzepts

Das Ziel des Selbstmanagementkonzepts ist, dass Patienten lernen, selbstständig Veränderungsprozesse auszulösen und so das eigene Verhalten zu beeinflussen, und dass sie befähigt werden, Probleme eigenständig und aktiv zu lösen (Kanfer et al., 2005). Bedeutungsvoll ist die Bereitschaft des Patienten, seine Probleme zu thematisieren, seine kognitiven Verarbeitungsmuster richtig einzuschätzen, die Ursachen seiner Schwierigkeiten in seiner unmittelbaren Umgebung wahrzunehmen und die Zukunft aktiv zu gestalten. Die Entwicklung von Selbstmanagementfähigkeiten setzt allerdings voraus, dass ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeit vorhanden ist bzw. ausgebildet wird. Ohne dieses ist es kaum möglich, dass man zielbewusst und selbstständig Probleme lösen kann. Das Selbstmanagement-Therapiekonzept geht davon aus, dass der Patient im Laufe des Therapieprozesses effektive Methoden zur Selbstkontrolle und Selbststeuerung entwickeln kann. (Jack, 2007) Der wichtigste Grundgedanke der Selbstmanagement-Therapie besteht darin, den Personen die Möglichkeit zu bieten, ihr Leben zukünftig eigenständig zu gestalten und vom Therapeuten bzw. der Therapie Unabhängigkeit zu erlangen. Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung spielen eine zentrale Rolle (Kanfer et al., 2005). Laut Kanfer et al. (2005) ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen einer empathischen Haltung gegenüber dem Betroffenen und der Anwendung systematischer Techniken, die den Patienten zur Änderung motivieren sollen, eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Person ihre Lebenslage entsprechend ihren eigenen Wünschen positiv gestalten kann.

Das Ziel der Patienten, die in die Therapie kommen, ist im Wesentlichen eine Problembewältigung, das heißt eine Verbesserung der Lebensumstände. Ist dieser Lern- und Veränderungsprozess erfolgreich verlaufen, sehen sich Patienten laut Kanfer et al. (2005) wieder in der Lage, ihr Leben ohne professionelle Hilfe und entsprechend den Zielvorstellungen zu führen. Das Konzept des Selbstmanagements ist eng verbunden mit der sozialen Lerntheorie, der Selbstkontrolle, der Selbstregulation und der kognitiven Verhaltenstherapie (Kanfer et al., 2005).

Nach dem Modell von Kanfer et al. (2005) beeinflussen Alpha-, Beta- und Gammavariablen das Verhalten und die Entwicklung einer Person. Diese werden im Kapitel 7.3 näher beschrieben.

7.3 Grundlegende Variablen des Selbstmanagement-Ansatzes: Alpha-, Beta- und Gamma-Variablen

Unter Alpha-Variablen werden alle physikalischen und soziokulturellen Umgebungsvariablen, also alle externen Einflüsse, die auf eine Person einwirken, subsumiert (Kanfer et al., 2005). Durch die Beta-Variablen ist eine Person selbstständig und dadurch unabhängig von der Umgebung und biologischen Faktoren. Menschen werden durch den Einfluss solcher Variablen zu Selbstmanagement und Selbstkontrolle angeleitet. Es sind genau diese, welche in einer Therapie oder Behandlung weiterentwickelt bzw. gefördert werden sollen. Internale Prozesse (Denken, Planen, Entscheiden), kognitive Inhalte und Metakognitionen gehören zu den Verhaltensweisen, die von dem Betreffenden selbst aktiviert und aufrechterhalten werden. Selbstbeobachtung und kognitive Reaktionen auf selbst erzeugte Situationen zählen ebenfalls zu den Beta-Variablen. (Kanfer et al., 2005) Die Gamma Variablen beinhalten alle Einwirkungen des biologischen und genetischen Gefüges. Die Initiation und Aufrechterhaltung (Beta-Variablen) der Verhaltensweisen ist abhängig von den Gamma-Variablen. Ebenso werden die biologischen Anlagen eines Individuums, die Strukturen und Funktionen, die für menschliche Informationsverarbeitung von unmittelbarer Bedeutung sind sowie das sensorische und motorische System unter die Gamma-Variablen eingeordnet. (Kanfer et al., 2005)

Selbstkontrolle, Selbstregulationskompetenzen und die Veränderungsmotivation als Teil der Therapiemotivation spielen in dem Selbstmanagementkonzept von Kanfer et al. (2005) eine Rolle (Kanfer et al., 2005). Aus diesem Grund werden diese Termini im Kapitel 7.4 kurz erläutert.

7.4 Die Bedeutung der Selbstregulation, Selbstkontrolle und Veränderungsmotivation

Bei Selbstkontrolle bzw. Selbstregulation handelt es sich um interne psychische Vorgänge, welche eine Person dazu befähigen, eigene Ziele anzustreben und das eigene Verhalten selbst

zu steuern und zu beeinflussen. Selbstregulation bedeutet die Fähigkeit einer Person ihr Verhalten mit Sicht auf selbst gesetzte Ziele zu lenken. Besonderen Einfluss haben an dieser Stelle die bereits beschriebenen Beta-Variablen, welche das Selbstregulations-System von Menschen ausmachen und wichtige Selbstregulations-Kompetenzen repräsentieren (Kanfer et al., 2005). Selbstkontrolle ist ein Spezialfall von Selbstregulation und wird in diesem Fall nicht als Persönlichkeitsmerkmal (Willenskraft) interpretiert, sondern beschreibt die Handlungen einer Person in einer speziellen Situation. Die Definition von Kanfer et al. (2005) geht davon aus, dass das fragliche Verhalten annähernd gleich starke positive und negative Konsequenzen mit sich bringt. Kennzeichnend ist außerdem, dass die Person nur zwischen konflikthaften Verhaltensalternativen wählen kann. Ein Beispiel für die Selbstkontrolle nach Kanfer et al. (2005) wäre, dass eine Person Selbstkontrolle über ihr Rauchen ausübe, wenn sie trotz der Versuchung zum Rauchen (Konflikt) abstinert bleibe. Bei einem Nichtraucher würde man hingegen beim Ablehnen einer Zigarette nicht von Selbstkontrolle sprechen, da für ihn kein Konflikt vorhanden sei. Von großer Bedeutung ist, dass die kontrollierende Reaktion von der Person selbst ausgelöst und ohne sozialen Druck umgesetzt wird. Selbstkontrollierende Verhaltensweisen sind an sich nicht unabhängig von der Umgebung, aber im Augenblick der Selbstkontroll-Reaktion hat diese nur einen geringen Einfluss auf die Person. Wenn Programme oder Übungen zur Aufrechterhaltung der Selbstkontrolle und deren langfristige Erfolge durchgeführt werden, so spielen externe Bedingungen eine bedeutende Rolle. (Kanfer et al., 2005) An folgendem Exempel soll die Wechselwirkung der drei Variablen verdeutlicht werden. Möchte man zum Beispiel ein alkoholabstinentes Leben führen, so üben die Trinksitten innerhalb der Familie einen Einfluss auf die Selbstkontrolle aus (Alpha-Variablen). Alkoholbedingte Entzugserscheinungen, in diesem Fall Gamma-Variablen, haben ebenfalls eine beachtliche Wirkung auf die Kontrolle des eigenen Verhaltens. Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass es sich bei der Fähigkeit zum Selbstmanagement um etwas handelt, das vermittelbar und vor allem erlernbar ist. Es ist weder ein Persönlichkeitsmerkmal noch völlig unabhängig von der Situation. (Kanfer et al., 2005) Die Änderungsmotivation ist ein Teil der Therapiemotivation. Die Motivation, etwas zu verändern, hängt davon ab, ob der Patient Gründe für eine Veränderung hat, und ob er sich für kompetent genug hält, diese vollziehen zu können (Kanfer et al., 2005).

Für den Ablauf einer Therapie schlagen Kanfer et al. (2005) ein Vorgehen in sieben Phasen vor. Dieses wird im folgenden Kapitel 7.5 dargestellt.

7.5 Das 7-Phasen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes nach Kanfer et al. (2005)

Das 7-Phasen-Modell wird vorzugsweise von oben nach unten, das heißt, Phase eins bis Phase sieben, durchlaufen. Ein Durchlauf in der vorgegebenen Reihenfolge entspricht zwar dem Idealfall, hat mit der klinischen Praxis aber wenig gemein. Wie die Pfeile am linken Rand (Abbildung 1) signalisieren, kann bei Nichterreichen eines Phasenziels zu früheren Stufen zurückgekehrt werden. Ziel ist, dass der Patient ohne professionelle Hilfe seinen Alltag bewältigen kann. (Kanfer et al., 2005)

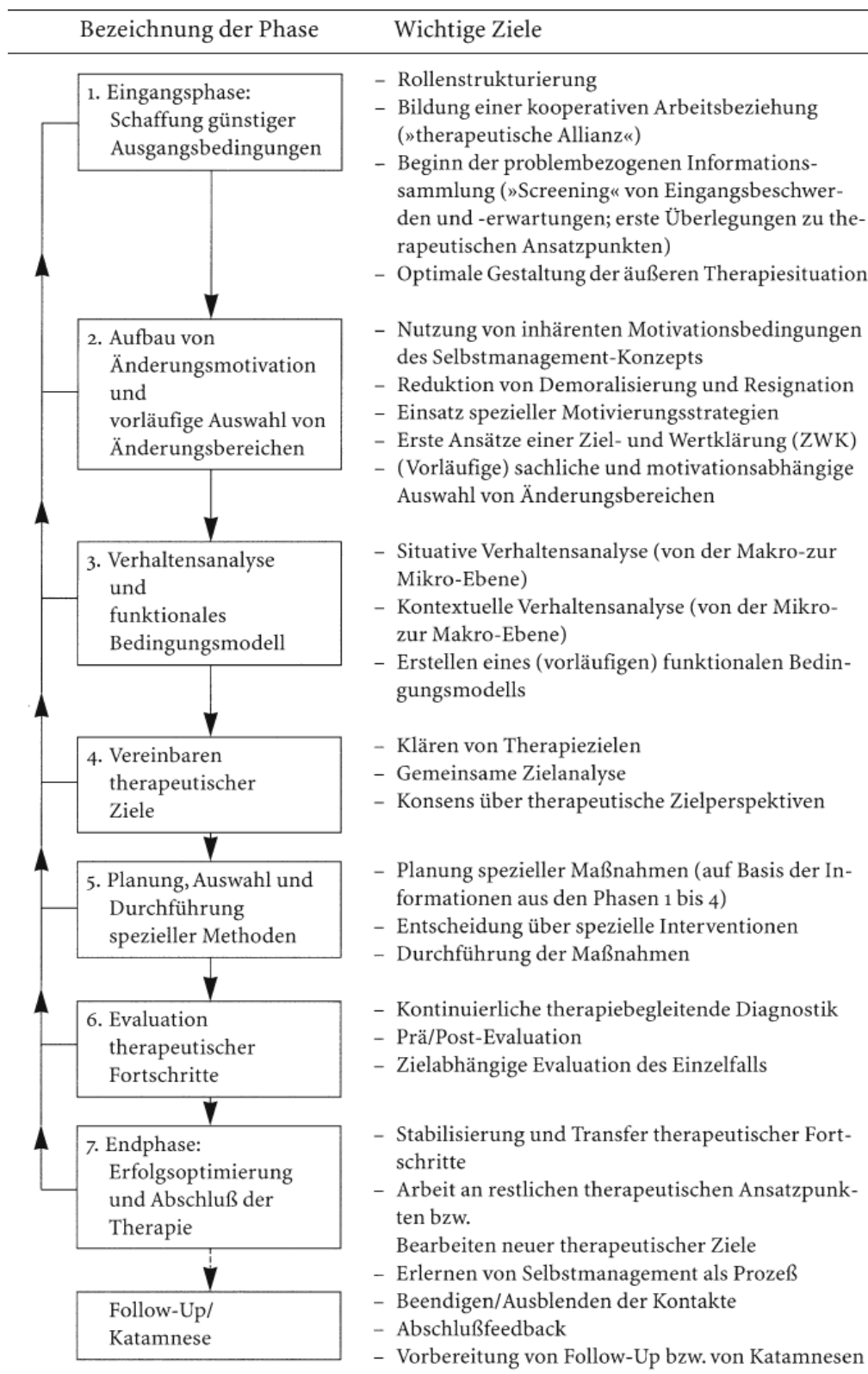


Abbildung 1: Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kanfer et al., 2005, S.112).

In der Eingangsphase ist die Bildung der oben erwähnten therapeutischen Allianz zentral. Außerdem wird mit der problembezogenen Informationssammlung begonnen. Hierbei werden Beschwerden aber auch Erwartungen des Patienten erfasst. (Kanfer et al., 2005)

In Phase zwei wird am Aufbau von Änderungsmotivation gearbeitet und die vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen findet statt. Wichtig ist in dieser Phase gemeinsam mit der betroffenen Person neue Motivationsquellen zu entdecken und so die vorherrschende Demoralisierung zu verringern. Es erfolgt eine Analyse der Entwicklung des Problemverhaltens und die Erfassung subjektiver Krankheitsvorstellungen. (Kanfer et al., 2005)

In Phase drei steht die Untersuchung des problematischen Verhaltens im Vordergrund. Die darauffolgende kontextuelle Verhaltensanalyse versucht, den Stellenwert des Problems im Gesamtkontext abzuklären (siehe Abbildung 1). Die bei dieser Verhaltensanalyse gewonnenen Informationen werden anschließend in ein funktionales Bedingungsmodell integriert. (Kanfer et al., 2005)

In Phase vier werden, wie in Abbildung 1 ersichtlich, zwischen Therapeut und Patient therapeutische Ziele vereinbart. Im Mittelpunkt des Interesses steht nun, wie die Situation des Patienten verbessert werden bzw. wie sie wünschenswerterweise aussehen soll. Wichtig ist, dass diese Ziele mit den Lebensumständen der Person in Einklang stehen. Um das zu gewährleisten, wird in dieser Phase eine sogenannte Zielanalyse durchgeführt. Utopien/Phantasien und unrealistische Ziele des Patienten können so beleuchtet werden. (Kanfer et al., 2005)

In der fünften Phase finden die Planung, die Auswahl und die Durchführung spezieller Methoden statt. Die bis zu diesem Zeitpunkt erhaltenen Informationen dienen als Basis für die Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens. Die Interventionen laufen in Form von Hausaufgaben ab, welche im natürlichen Umfeld des Patienten bewältigt werden sollen. Auf diese Art wird dieser bestmöglich auf Problemsituationen, mit denen er im Alltag konfrontiert werden wird, vorbereitet. (Kanfer et al., 2005)

In der sechsten Phase findet die Evaluation therapeutischer Fortschritte statt. Die präzise Bewertung des therapeutischen Fortschrittes soll sicherstellen, dass auch mögliche Fehler, welche im Laufe des Prozesses vorkommen, entdeckt werden können. (Kanfer et al., 2005)

In der siebenten und letzten Phase soll der Patient Problemlöse- und Selbstmanagementkompetenzen erworben haben, die sich erfolgreich auf dessen natürliche Umgebung übertragen lassen. Durchgeführte Verhaltensänderungen sollen stabilisiert werden. Kommt es zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster, wird ein weiterer vollständiger oder teilweiser Durchlauf der Phasen empfohlen. (Kanfer et al., 2005)

7.6 Zusammenfassung

Das Selbstmanagement-Therapie-Konzept geht davon aus, dass der Klient im Laufe eines Therapieprozesses effektive Methoden zur Selbststeuerung und Kontrolle entwickeln kann (Jack, 2007). Der wichtigste Grundgedanke der Selbstmanagement-Therapie besteht darin, den Patienten die Möglichkeit zu bieten, ihr Leben eigenständig zu gestalten (Kanfer et al., 2005). Kanfer et al. (2005) beschreiben drei Variablen, welche das Verhalten und die Entwicklung einer Person beeinflussen: Alpha (externe Einflüsse)-, Beta (internale Prozesse)-, und Gamma-Variablen (biologische Anlagen). Für die praktische Umsetzung des Selbstmanagement-Ansatzes wird von Kanfer et al. (2005) das sogenannte 7-Phasen Modell vorgeschlagen. In den ersten vier Phasen wird der Patient auf seine aktive Rolle im Veränderungsprozess aufmerksam gemacht und vorbereitet. In Phase fünf soll dieser eingeleitet und in Phase sechs überprüft werden. Die letzte Phase dient der Stabilisierung und Übertragung der positiven therapeutischen Erfahrung des Patienten auf zukünftige Situationen.

Im Theorieteil dieser Arbeit werden verschiedene Begriffe, die für das Verständnis einer Suchterkrankung notwendig sind (Kapitel 3) sowie der Begriff des Glücksspiels (Kapitel 4) erläutert. Neben einer Darstellung der verschiedenen in Österreich zur Verfügung stehenden Glücksspielarten (Kapitel 4.5) beschäftigt sich das Kapitel 4.7 mit der Glücksspielsucht im Alter. Ein Großteil dieses Teiles der Arbeit widmet sich den Erklärungsansätzen der Entstehung einer pathologischen Spielsucht (Kapitel 5). Die Kapitel 6 und 7 sollten eine Überleitung zu dem empirischen Teil der Arbeit darstellen. Das salutogenetische Modell von Antonovsky (1979), welches im Kapitel 6 beschrieben wird und das Selbstmanagement-Konzept von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2005), auf welches im Kapitel 7 eingegangen wird, sind die theoretische Basis eines Datenerhebungsinstrumentes, welches in dieser Studie Verwendung findet. Die folgenden Kapitel stellen den empirischen Teil dieser Diplomarbeit dar.

Empirischer Teil

Das Kapitel 8 umfasst eine Darstellung der durchgeführten wissenschaftlichen Studie. In diesem Zusammenhang wird auf die Einteilung der Altersgruppen, die Beschreibung der verwendeten Fragebögen und die Auswahlkriterien der Zielgruppe näher eingegangen, sowie das Untersuchungsdesign skizziert. Einen Schwerpunkt stellt darüber hinaus die Beschreibung des Erhebungsortes der Studie dar. Im Zuge dessen werden sowohl Aufbau und Struktur der Einrichtung erklärt, als auch das Behandlungsangebot für Glücksspielsüchtige erläutert.

8 Darstellung der wissenschaftlichen Studie

In dieser explorativen, quantitativen Studie soll ein Vergleich zwischen 18-49-jährigen (jüngeren) und ab 50-jährigen (älteren) Spielern anhand salutogenetischer Faktoren vollzogen werden. Um Informationen über Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, das Ausmaß bzw. den Schweregrad der Spielsucht und über die bevorzugten Spielarten zu erhalten, werden drei verschiedene Fragebögen vorgegeben. Die in dieser Arbeit verwendete Fragebogenbatterie beinhaltet den Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007), welcher zusätzlich im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky (Antonovsky, 1979) Fähigkeiten zur Selbsthilfe aufzeigt, um diese therapeutisch nutzen zu können. Um den Schwierigkeitsgrad bzw. das Ausmaß der Glücksspielsucht festhalten zu können, wird der „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ (J. Petry & Baulig, 1995) verwendet. Mithilfe des South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, dt. Übersetzung Albrecht, 2002) sollen die Art der ausgeübten Glücksspiele, der damit verbundene Geldeinsatz, Glücksspielprobleme der Eltern, die Aufholjagd, die Art der Geldbeschaffung, Leugnungsstrategien, Kritik durch andere Personen, Schuldgefühle und Einschränkungen der Kontrollfähigkeit miteinbezogen werden. Um das ausreichende Sprachverständnis für das Ausfüllen der Fragebögen abzuklären, wird der „Wortschatztest“ (WST; Schmidt & Metzler, 1992) vorgegeben. Personen mit geringer deutscher Sprachkenntnis werden auf diese Weise erkannt und aus der Studie ausgeschieden. Mithilfe eines Sozialdatenblattes werden die soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, höchste abgeschlossene Ausbildung, Familienstatus, Anzahl der Personen

im Haushalt, erste stationäre Therapie, Spieldauer und Migrationshintergrund) erhoben. Erhebungsort der Studie stellt das Anton Proksch Institut (API) dar. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Juni 2012 bis Oktober 2012. Unter der Leitung von Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek bietet das Anton Proksch Institut neben der klinischen Beratung und Behandlung Suchtkranker auch ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm zur Suchtthematik, Suchtprävention und Gesundheitsförderung an. (Anton Proksch Institut, 2012) Im nachfolgenden Kapitel (8.1) wird ein kurzer Überblick über das Anton Proksch Institut und über das Therapieangebot für Spielsüchtige gegeben.

8.1 Erhebungsort Anton Proksch Institut

Das Anton Proksch Institut ist die größte Suchtklinik Europas. Es werden alle Formen der Sucht von Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit bis hin zu den so genannten nicht stoffgebundenen Suchtformen, wie Spielsucht, Internetsucht, Kaufsucht etc. erforscht und behandelt. Das Institut setzt sich aus einem stationären Standort sowie mehreren teilstationären und ambulanten Nebenstellen zusammen. (Anton Proksch Institut, 2012)

Das Therapieangebot des Anton Proksch Instituts umfasst sowohl Alkoholabhängige, Medikamentenabhängige, Abhängige von illegalen Substanzen, Nikotinabhängige, Glücksspielsüchtige, Internet- und Computerabhängige und Kaufsüchtige. Die Behandlungskosten, sowohl ambulant als auch stationär, werden von den Krankenkassen oder Sozialhilfeträgern übernommen. Arbeitslosengeld oder Krankengeld läuft auch während des stationären Aufenthalts weiter. Angehörige haben die Möglichkeit, Hilfe, Information und Unterstützung zu erhalten. (Anton Proksch Institut, 2012) Um der steigenden Anzahl behandlungsbedürftiger Spieler am Anton Proksch Institut gerecht zu werden, gibt es die Möglichkeit einer stationären und einer ambulanten Therapie, welche auf die pathologische Glücksspielsucht spezialisiert ist. Die stationäre Behandlung von Glücksspielsüchtigen findet an den klinischen Abteilungen I, III und IV statt und beinhaltet Gruppen- und Einzelpsychotherapie, psychologische Diagnostik, medizinische Behandlung, psychosoziale Beratung und Betreuung, Beschäftigungs- und Kreativtherapie, sowie Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstechniken (Progressive Muskelentspannung, Biofeedback). Dreimal wöchentlich werden offene therapeutische Spielsuchtgruppen abgehalten. (Anton Proksch Institut, 2012).

Die ambulante Behandlung von Glücksspielsüchtigen wird in der Suchtberatung Baden, in der Suchtberatung Wiener Neustadt und im Ambulatorium Wiedner Hauptstraße angeboten. Möglich sind auch Gruppen- und Einzelpsychotherapie sowie medizinische Behandlung. (Anton Proksch Institut, 2012)

Großes Augenmerk des Anton Proksch Instituts liegt auf der Evaluation und Forschung. Verschiedene wissenschaftliche Kooperationen mit nationalen und internationalen Einrichtungen machen es dem Schwerpunktbereich Glücksspielsucht/Internet- und Computersucht möglich, neue Erkenntnisse zu gewinnen. (Anton Proksch Institut, 2012).

8.2 Beschreibung der Stichprobe

Sowohl Männer als auch Frauen ab einem Alter von 18 Jahren sollen in die Untersuchung im Rahmen dieser Diplomarbeit mit einbezogen werden. Um einen direkten Rückschluss zwischen den Ergebnissen dieser Studie und pathologischer Spielsucht herstellen zu können, werden jene Patienten mit anderen Suchterkrankungen aus der Studie ausgeschlossen. Wichtige Inklusionskriterien sind außerdem die Teilnahme an einer stationären Kurzzeittherapie mit einer Dauer von mindestens sechs Wochen sowie ein ausreichendes Sprachverständnis.

8.2.1 Einschluss-, und Ausschlusskriterien

Wichtiges Kriterium für die Auswahl der Studienteilnehmer stellt eine ICD-10 Diagnose (Dilling, 2008) „Pathologisches Spielen“ (F. 63.0) dar. Spieler, welche im WST (Schmidt & Metzler, 1992) unterdurchschnittliche Werte erzielen, sowie Personen mit einer weiteren diagnostizierten Suchterkrankung nach ICD-10 (Dilling, 2008) und Patienten mit körperlichen Beeinträchtigungen werden aus der Studie ausgeschlossen.

8.2.2 Einteilung der Altersgruppen

Die Einteilung der Altersklassen orientiert sich an jener von Havighurst (1948) und an der Einteilung in N. M. Petrys Studie aus dem Jahr 2002 („Comparison of young, middle- aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers“). Havighurst (1948) definiert neun verschiedene Lebensabschnitte: frühe Kindheit (0-2 Jahre), Kindheit (2-4 Jahre), Schulübergang und frühes Schulalter (5-7 Jahre), mittleres Schulalter (6-12 Jahre), Adoleszenz (13-17 Jahre), Jugend (18-22 Jahre), frühes Erwachsenenalter (23-30 Jahre),

mittleres Erwachsenenalter (31-50 Jahre) und spätes Erwachsenenalter (ab 51 Jahre). N. M. Petry (2002) vergleicht in der Studie „Comparison of young, middle- aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers“ drei Spielergruppen differenziert nach dem Alter miteinander. In dieser Untersuchung (2002) werden Studienteilnehmer ab 55 Jahren zu der Gruppe der älteren Spieler gezählt.

8.3 Untersuchungsdurchführung

Die Erhebung der Daten fand von Juni bis Mitte Oktober 2012 im stationären Bereich des Anton Proksch Instituts statt. Dreimal wöchentlich werden im Institut therapeutische Spielsuchtgruppen abgehalten, wobei jeden Dienstag die „Spielergruppe Phase 1“ stattfindet. Diese Gruppe setzte sich aus neu aufgenommenen Patienten zusammen. Da die Ressourcen zu Beginn der Therapie erfasst werden sollen, wurden nur Personen aus der „Spielergruppe 1“ befragt. Als Zeitpunkt der Datenerhebung ergab sich somit das Ende der ersten bzw. der Anfang der zweiten Woche des stationären Aufenthalts der Betroffenen. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer lief folgendermaßen ab. Zu Beginn der Gruppensitzung wurden die Patienten von der Autorin auf die Studie aufmerksam gemacht. Es wurde das Vorhaben der Studie erläutert und bei Interesse wurden Termine mit den Patienten vereinbart. Die Spieler wurden mittels Fragebögen in Papierform einzeln oder gruppenweise (mit höchstens vier Personen) befragt. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig, dies wurde von den Patienten durch Unterschreiben einer Einverständniserklärung bestätigt. Die Spieler hatten die Möglichkeit, anonym zu bleiben, indem sie mit einem selbst ausgedachten Pseudonym die Einverständniserklärung unterzeichneten. Dieses war, zwecks Zuordnung der ausgefüllten Fragebögen im Falle einer gewünschten Rückmeldung notwendig. Den Teilnehmern wurden nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung die Fragebögen vorgegeben, wobei die Reihenfolge variierte. Um ein ausreichendes Sprachverständnis für das Ausfüllen der Fragebögen abklären zu können, wurde der „Wortschatztest“ (WST; Schmidt & Metzler, 1992) vorgegeben. Um Störeinflüsse zu vermeiden, wurde die Befragung in einem separierten Raum abgehalten, wo sich lediglich die Studienleiterin und die Patienten bzw. der Patient aufhielten. Die Studienteilnehmer wurden außerdem gebeten, die Mobiltelefone während der Befragungen auszuschalten, um etwaige Anrufe zu vermeiden. Fand eine Gruppentestung statt, wurden die Studienteilnehmer darauf hingewiesen, während der Testung nicht miteinander zu sprechen. Die Bearbeitungszeit der Fragebögen variierte zwischen 30 bis 50 Minuten, wobei man im Durchschnitt mit einer 40-minütigen Arbeitszeit

rechnen konnte. Auf Wunsch der Patienten wurden die Ergebnisse der Befragung nach Beendigung der Studie in einem Einzelgespräch abgehandelt.

8.4 Untersuchungsdesign und Forschungsfragen

Im Folgenden werden das für diese Studie gewählte Studiendesign sowie die relevanten Forschungsfragen dargestellt.

Es handelt sich um eine explorative, quantitative Studie. Prinzipiell ist die Beschaffung der Daten bei einer empirisch quantitativen Explorationsstudie auf drei Arten möglich. Erstens durch Nutzung bereits vorhandener Quellen, zweitens durch Datenbeschaffung mithilfe Dritter und drittens durch eigene Datenbeschaffung. Die meist verbreitete Methode ist der selbst erhobene Datensatz (Bortz & Döring, 2006). Daher wurde diese Art der Datenbeschaffung in der vorliegenden Arbeit gewählt. Um eine zusammenfassende und eine übersichtliche Darstellung, bzw. einen Gesamteindruck der Daten zu ermöglichen, sollen Häufigkeitsverteilungen, Maße der zentralen Tendenz und Dispersion numerisch und graphisch dargestellt werden. Die Stichproben lassen sich dadurch laut Bortz und Döring (2006) auf einen Blick vergleichen und Merkmalszusammenhänge sind erkennbar. Um Mittelwertsvergleiche und somit Unterschiede der zwei Altersklassen berechnen zu können, werden parametrische und nonparametrische Verfahren angewandt. Das theoretische Vorverständnis einer Explorationsstudie ist noch nicht soweit ausgereift, dass sich statistische Hypothesen formulieren lassen, weshalb in dieser Studie lediglich Forschungsfragen formuliert werden. (Bortz & Döring, 2006)

Folgende Fragestellungen sollen in der vorliegenden Arbeit exploriert werden.

1. Unterscheiden sich jüngere und ältere Spieler in ihrem Spielverhalten (Kartenspiele, Pferde-, Hunde- oder andere Tierwetten, Sportwetten, Würfelspiele um Geld, Spielen im Casino, Lotto und Toto Spiele, Bingo, Spielautomaten)?
2. Unterscheiden sich jüngere und ältere Spieler in ihren Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Soziale Unterstützung, Hoffnung, Selbstverbalisation, Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Coping, Veränderungsmotivation)?
3. Unterscheiden sich jüngere und ältere Spieler im Schweregrad der Glücksspielsucht?
4. Unterscheiden sich jüngere und ältere Spieler in der Spieldauer?

5. Unterscheiden sich Männer und Frauen im Spielverhalten und in den vorhandenen Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten?
6. Gibt es Unterschiede in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen (Migrationshintergrund, Ausbildung, Erwebstatus, Haushaltsgröße) und dem erreichten SOGS-Score (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), dem Ausmaß der Glücksspielsucht und den vorhandenen Selbstmanagementfähigkeiten?
7. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Glücksspielsucht und den FERUS-Skalen (Jack, 2007)?
8. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Veränderungsmotivation und dem Ausmaß der Glücksspielsucht?

8.5 Angewandte Untersuchungsverfahren

Im Folgenden werden alle Verfahren, die im Rahmen der Datenerhebung den Patienten vorgelegt wurden, genauer erläutert (vollständige Fragebogenbatterie siehe Anhang). Zur Erhebung der soziodemographischen Daten aller Studienteilnehmer wurde ein eigens erstellter Fragebogen eingesetzt. Erfragt wurden im Zuge dessen Alter, Geschlecht, höchst abgeschlossene Schulausbildung, Erwerbsstatuts, Migrationshintergrund, Familienstand, Wohnsituation, erste stationäre Therapie und die Spieldauer. Zu Beginn jeder Testung wurde zudem der Wortschatztest (WST) von Schmidt und Metzler (1992) zur schnellen Beurteilung des verbalen Intelligenzniveaus und des Sprachverständnisses vorgelegt, um mögliche Verständnisschwierigkeiten ausschließen zu können. Zur Überprüfung der persönlichen Ressourcen aller Studienteilnehmer wurde der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) von Jack (2007) eingesetzt. Um den Schweregrad der Glücksspielproblematik einordnen zu können, wurde der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten von J. Petry und Baulig (1995) vorgegeben. Genauere Informationen über das Glücksspielverhalten, also die ausgeübten Glücksspiele, Leugnungsstrategien, Aufholjagd, größte verspielte Summe, Glücksspielproblematik der Eltern und ähnliche werden durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) erfasst. Im Folgenden wird nun näher auf die einzelnen Fragebögen eingegangen.

8.5.1 Der Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992)

Der Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992) ermöglicht die schnelle Einschätzung des verbalen Intelligenzniveaus und die Beurteilung des Sprachverständnisses. Der Test besteht aus 40 Aufgaben zur Wiedererkennung von Wörtern und ist als Einzel- und Gruppentest durchführbar. Eine Testaufgabe enthält je ein Zielwort und fünf Distraktoren. Der Studienteilnehmer hat die Aufgabe, das Zielwort in jeder Zeile herauszufinden und durchzustreichen. Die Aufgaben sind zeilenweise nach steigender Schwierigkeit angeordnet. Hinsichtlich der Reliabilität und Validität weist der Wortschatztest zufriedenstellende Werte auf. Die interne Konsistenz (Cronbach- α) liegt bei 0,94 (Schmidt & Metzler, 1992).

8.5.2 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007)

Mithilfe des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) von Jack (2007) ist es möglich, psychotherapeutisch wichtige Ressourcendefizite zu entdecken. Der Persönlichkeitsfragebogen besteht aus sieben Skalen (Veränderungsmotivation, Coping, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation, Hoffnung und soziale Unterstützung) und einem Gesamtwert. Er umfasst insgesamt 66 Items, die auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt wenig, 3 = stimmt mittelmäßig, 4 = stimmt ziemlich, 5 = stimmt sehr) zu beantworten sind. Die zugrunde liegenden Theorien sind laut Jack (2007) das salutogenetische Modell von Antonovsky (1979), das Selbstmanagementkonzept nach Kanfer et al. (2005), die Theorie der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977), die Selbstinstruktionstechniken nach Meichenbaum (1977), die Depressionstheorie nach Beck (1986) und die Ausführungen zur sozialen Unterstützung von Sommer und Fydrich (1989). Der FERUS (Jack, 2007) ermöglicht es, im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky (1979), Fähigkeiten zur Selbsthilfe aufzuzeigen und therapeutisch zu nutzen. Die Auswertung erfolgt durch Berechnung der Skalensummenwerte, welche wiederum in T-Werte transformiert werden und so einen möglichen Wertebereich von 20 bis 80 bilden. T-Werte unter 40 deuten auf gravierende Ressourcendefizite hin. Jene zwischen 40 und 55 werden als latent unterdurchschnittlich angesehen, Werte über 55 sprechen für eine mittelmäßige und jene ab 60 für eine ausreichende Ausprägung in den einzelnen Subskalen. (Jack, 2007)

Die sieben Skalen des FERUS (Jack, 2007) werden im Folgenden genauer erläutert.

In der Skala „Veränderungsmotivation“ wird das Erkennen eines negativen Ausgangszustandes, der Wunsch nach einem positiven Endzustand und die Erkenntnis, dass sich durch die Therapie der negative Ausgangszustand verändern lässt, erfasst. Hohe Werte sprechen für einen hohen Leidensdruck. Durch die Subskala „Soziale Unterstützung“ wird erhoben, inwieweit ein Individuum seine sozialen Beziehungen als unterstützend, hilfreich und fördernd wahrnimmt, (zum Beispiel Gefühl von Anerkennung und Wertschätzung durch andere, Fähigkeit, Hilfe zu erbitten und Unterstützung anzunehmen, Freundeskreis mit ähnlichen Ansichten und Interessen etc.). Die Fähigkeit „Coping“ bezieht sich auf das aktive Eingreifen zur Veränderung einer Situation bzw. auf die Entwicklung und Anwendung konkreter Bewältigungsstrategien. Ebenso wird auch die Fähigkeit erfasst, innere Ruhe zu bewahren und situative Bedingungen hinzunehmen, wenn diese nicht zu ändern sind. Die Subskala „Selbstbeobachtung“ gibt Aufschluss über das Erkennen von kritischen Situationen, sowie über die Fähigkeit, eigene Gefühle und Verhalten zu beobachten, um so Handlungen und Reaktionen effektiv und zielorientiert zu verändern. Durch die Skala „Selbstwirksamkeit“ wird erhoben, inwieweit sich Personen in der Lage fühlen, vorgenommene Verhaltensweisen auszuüben, um dadurch einen Rückschluss auf das Durchhaltevermögen in der Verfolgung von Interessen zu erhalten. „Selbstverbalisation“ erfasst die Fertigkeit, sich selbst im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung gezielte Anweisungen zu erteilen, um Verhalten und Empfindungen zu steuern. Durch die Skala „Hoffnung“ wird die Tendenz erfasst, sich selbst, die Umwelt und die persönliche Zukunft positiv zu sehen. Alle Skalen weisen eine befriedigende bis gute Retestreliabilität (.68 bis .88) auf und zeigen eine gute bis sehr gute innere Konsistenz (0,86 bis 0,88). Alle Skalen besitzen sowohl inhaltliche als auch faktorielle Validität. (Jack, 2007)

8.5.3 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995)

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein von J. Petry und Baulig (1995) testtheoretisch entwickeltes klinisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Es umfasst 20 Items auf einer Likert Skala, wobei jedem Item Werte von Null (trifft gar nicht zu) bis drei (trifft genau zu) zugeordnet werden. Durch Summierung der Rohwerte ergeben sich individuelle Testwerte von Null bis 60. Aufgrund des Vergleichs mit einer normalen Bezugsstichprobe können Werte von Null bis 16 als unauffällig angesehen werden, bei Werten zwischen 16 und 25 kann von einer beginnenden Glücksspielproblematik gesprochen werden, Werte zwischen 26 und 45 weisen auf eine mittelgradige und Werte

zwischen 46 und 60 auf eine fortgeschrittene Glücksspielsucht hin. Die Durchführungszeit beträgt fünf bis zehn Minuten. (J. Petry & Baulig, 1995)

Beispielitems:

"Ich habe meistens gespielt, um den Verlust wieder auszugleichen."

„Ich kann mein Spielen nicht mehr kontrollieren.“

„Meine Angehörigen oder Freunde dürfen nicht wissen, wie viel ich verspiele.“

„Im Vergleich zum Spielen erscheint mir der Alltag langweilig.“

„Nach dem Spielen habe ich oft ein schlechtes Gewissen.“

„Ich benutze Vorwände, um spielen zu können.“

„Ich schaffe es nicht, das Spielen längere Zeit einzustellen.“

(J. Petry & Baulig, 1995)

Der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten orientiert sich inhaltlich am phasenspezifischen Suchtmodell des pathologischen Spielverhaltens und ist vor allem für klinische Stichproben geeignet (J. Petry, 1996). Als Eichstichprobe wurden 558 Glücksspieler herangezogen. Der Fragebogen wurde unter Berücksichtigung der klassischen Testtheorie konstruiert. Die Reliabilitätskontrolle über Cronbach- α ergab einen Wert von 0,79. Die Retestreliabilität nach zwei Wochen lag bei 0,80. Die diskriminante Validität wurde anhand einer normalen Vergleichsstichprobe überprüft und so auch der Cut-off-Point zur Trennung von nicht bzw. unproblematisch Spielenden und behandlungsbedürftigen Spielern festgelegt. Die Gütekriterien können als zufriedenstellend betrachtet werden. (J. Petry & Baulig, 1995)

8.5.4 South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987; deutsche Übersetzung Albrecht, 2002)

Im Jahre 1987 wurde dieses Erhebungsinstrument von Lesieur und Blume im Rahmen der Behandlung von Glücksspielsüchtigen am South Oak Hospital entwickelt. Das genannte Screeningverfahren wird sowohl in der klinischen Praxis als auch innerhalb epidemiologischer Untersuchungen eingesetzt. Das Verfahren umfasst 20 Fragen, die mit Ja

oder Nein beantwortet werden. Erfasst werden die Art der ausgeübten Glücksspiele, der damit verbundene Geldeinsatz, Glücksspielprobleme der Eltern, die Aufholjagd, Art der Geldbeschaffung, Leugnungsstrategien, Kritik durch andere Personen, Schuldgefühle und Einschränkungen der Kontrollfähigkeit. (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) Die Reliabilität kann laut Häfeli und Schneider (2005) als gut bezeichnet werden. Die interne Konsistenz und die Retest-Korrelation dürfen ebenfalls als gut bezeichnet werden. Die erste Überprüfung des SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) wies in vier unterschiedlichen Gruppen (anonyme Spieler, Studenten, Klienten einer psychiatrischen Klinik und Angestellte eines Spitals) ein Cronbach- α von 0,97 auf. Es konnte eine Retestreliabilität von 0,71 festgestellt werden. Die Validität wurde durch Korrelation mit dem Therapeutenurteil ($r=0,86$), der DSM-III Diagnose ($r=0,94$) und mit den Einschätzungen der Familienmitglieder ($r=0,60$) ermittelt. Der SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) wurde für die Anwendung im klinischen Bereich entwickelt und ist nicht für Prävalenzstudien in der Allgemeinbevölkerung gedacht. (Häfeli & Schneider, 2005) Dickerson (1993) weist daraufhin, dass die Anwendung des SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) in der Allgemeinbevölkerung zu einer Überschätzung pathologischer Spieler in der Normalbevölkerung führt. Stinchfield testete im Jahr 2002 den SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) erneut an einer Stichprobe der Bevölkerung und einer Patientengruppe. Das Cronbach- α in der Behandlungsgruppe betrug 0,86 und in der Allgemeinbevölkerung 0,69.

8.6 Statistische Verfahren zur Datenauswertung

Um Unterschiede von Mittelwerten bzw. Differenzen der zentralen Tendenz von zwei oder mehr Stichproben zu überprüfen, wurden folgende Verfahren eingesetzt. Die Rangvarianzanalyse (Kruskal-Wallis-Test) überprüft, ob die zentrale Tendenz von zwei oder mehr unabhängigen Stichproben gleich ist. Voraussetzung für die Verwendung dieses Verfahrens ist, dass die abhängige Variable rangskaliert ist (Bortz, Lienert, & Boehnke, 1990). Der U-Test ist als Spezialfall der Rangvarianzanalyse zu betrachten, wobei die unabhängige Variable jedoch nur zwei Ausprägungen aufweist (Bortz & Döring, 2006). Außerdem wird der χ^2 -Unabhängigkeitstest angewendet. Mit Hilfe dieses Verfahrens wird untersucht, ob die Verteilung einer nominalskalierten Variable in den Merkmalsausprägungen einer zweiten, ebenfalls nominalskalierten Variablen gleich ist. Voraussetzung ist, dass 80%

der Zellen Erwartungswerte > 5 haben müssen (Bortz & Döring, 2006). Der T-Test für unabhängige Stichproben überprüft, ob die Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. Voraussetzung für die Durchführung dieses Tests ist, dass die abhängige Variable metrisch und normalverteilt ist, weiter muss auch Varianzhomogenität gegeben sein. Die Überprüfung der Normalverteilung erfolgte mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, die Überprüfung der Varianzhomogenität mittels Levene-Test. (Bortz & Döring, 2006) Für Zusammenhangshypothesen wurde die Produktmomentkorrelation berechnet. Voraussetzung für die Berechnung ist, dass die zwei Merkmale intervallskaliert sind und Normalverteilung gegeben ist. Bei $n > 30$ kann die Normalverteilung dieser Variablen als gegeben angenommen werden (Bortz & Döring, 2006). Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogramms SPSS („Statistical Package for Social Science“) in der Version 19 für Windows.

Nachdem im Kapitel 8 die Fragebogenbatterie detailliert beschrieben und in weiterer Folge die konkreten Forschungsfragen sowie die statistischen Verfahren zur Datenauswertung vorgestellt wurden, wird nun das Hauptaugenmerk auf die Studienergebnisse gelegt.

9 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie aufgezeigt. In den anschließenden Kapiteln stehen die soziodemographischen Merkmale und das Glücksspielverhalten der Spieler sowie die Beantwortung der im Kapitel 8.4 dargestellten Forschungsfragen im Vordergrund.

9.1 Beschreibung der Stichprobe

Im folgenden Kapitel werden die aus dem Sozialdatenblatt gewonnenen Daten nach Alter und Migrationshintergrund dargestellt. Außerdem wird das Glücksspielverhalten der befragten Spieler, welches durch den SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) erfasst wurde, erläutert. In weiterer Folge werden die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der Spieler beschrieben. Außerdem soll analysiert werden, ob die Skalen des FERUS (Jack, 2007) in dieser Stichprobe einen Zusammenhang aufweisen.

In dem folgenden Kapitel 9.1.1 werden die soziodemographischen Daten der Spieler dargestellt.

9.1.1 Soziodemographische Daten der Spieler

Die vorliegende Stichprobe besteht aus insgesamt 36 Personen, fünf davon sind weiblich (14%). Wie in Tabelle 1 ersichtlich, liegt das durchschnittliche Alter bei 43,47 Jahren ($SD=12,87$), die jüngste Person in dieser Stichprobe ist 18 Jahre alt, die älteste ist 74 Jahre. 22 Patienten (61%) fallen in die Altersgruppe der 18-49-Jährigen, 16 (39%) in die Gruppe, die 50 Jahre oder älter ist. Die Mehrheit der Stichprobe ($n=19$; 53%) hat eine Lehre oder berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen, ca. ein Drittel ($n=15$; 32%) weist einen Pflichtschulabschluss vor, jeweils eine Person hat Matura oder einen Hochschulabschluss.

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe nach soziodemographischen Merkmalen (Angabe in absoluten und relativen Häufigkeiten in Prozent bei kategorialen Variablen, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum bei metrischen Variablen)

		n/M	%/SD	Min	Max
Geschlecht	Mann	31	86%		
	Frau	5	14%		
Alter		43,47	12,87	18	74
Alter in Gruppen	18-49	22	61%		
	>= 50	14	39%		
Höchste abgeschlossene Ausbildung	Hauptschule	15	32%		
	Lehre, mittlere Schule	19	53%		
	Matura	1	3%		
	Hochschule	1	3%		
Erwerbsstatus	Erwerbstätig	9	25%		
	in Ausbildung	1	3%		
	Arbeitslos	19	53%		
	Pension	7	19%		
Migrationshintergrund	Nein	24	67%		
	Ja	12	33%		
Verheiratet	Nein	22	61%		
	ja	14	39%		
Personen im Haushalt	eine Person	17	47%		
	>=2 Personen	19	53%		
1. stationäre Therapie	Ja	30	83%		
	Nein	6	17%		
Spieldauer		12,64	6,92	2	30

Die Mehrheit der Befragten (n=19; 53%) war zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos, neun (25%) waren erwerbstätig, eine Person (3%) befindet sich noch in Ausbildung und sieben (19%) sind pensioniert. Wie man Tabelle 1 entnehmen kann, weist genau ein Drittel (n=12) der Stichprobe Migrationshintergrund auf. 14 (39%) geben an, dass sie verheiratet sind und 17 (47%) leben alleine im Haushalt. Für 30 Studienteilnehmer (83%) ist es die erste stationäre Therapie. Die durchschnittliche Spieldauer liegt bei 12,64 Jahren ($SD=6,92$), das Minimum in dieser Verteilung hat einen Wert von zwei Jahren, das Maximum liegt bei 30 Jahren.

In dem Kapitel 9.1.1.1 werden Unterschiede in den soziodemographischen Daten zwischen den Altersgruppen dargestellt.

9.1.1.1 *Unterschiede der soziodemographischen Daten nach Alter*

Die Altersgruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Zusammensetzung von Geschlecht ($p=1$), Ausbildung ($p=0,418$), Familienstand ($p=0,275$), Anzahl der Personen im Haushalt ($p=0,342$) und der Anzahl der stationären Therapien ($p=0,658$). Die genauen Teststatistiken und die absoluten und relativen Häufigkeiten sind Tabelle 2 zu entnehmen. Bezüglich des Erwerbsstatus lässt sich ein zu erwartender signifikanter Unterschied bestätigen ($p=0,002$). Die älteren Personen sind häufiger in Pension (47%) als die jüngeren (5%), dagegen sind die jüngeren Spieler (45%) häufiger erwerbstätig. Von den älteren Studienteilnehmern war zum Zeitpunkt der Erhebung kein Einziger erwerbstätig. Erwartungsgemäß sind auch die Unterschiede bei der Spieldauer signifikant ($p=0,021$). Die durchschnittliche Spieldauer der Patienten mit einem Alter zwischen 18 und 49 Jahren liegt bei 10,55 Jahren ($SD=5,44$), die älteren Personen spielen durchschnittlich seit 15,93 Jahren ($SD=7,89$).

Tabelle 2: Unterschiede zwischen den Altersgruppen nach soziodemographischen Daten

		18-49 Jahre		>= 50 Jahre	
		N/M	%/SD	N/M	%/SD
Alter ($z=-5,005$; $p<0,001$)****		35,59	8,68	55,86	7,36
Geschlecht ($p=1$)*	Mann	19	86%	12	86%
	Frau	3	14%	2	14%
Ausbildung ($p=0,418$)**	Pflichtschule	8	36%	7	50%
	Weiterführende Schule	14	64%	7	50%
Erwerbsstatus ($\chi^2(2)=12,905$ $p=0,002$)***	Erwerbstätig/Ausbildung	10	45%	0	0%
	arbeitslos	11	50%	8	57%
	Pension	1	5%	6	43%
Migrationshintergrund ($p=1$)*	Nein	15	68%	9	64%
	Ja	7	32%	5	36%
Verheiratet ($\chi^2(1)=1,190$; $p=0,275$)**	Nein	15	68%	7	50%
	ja	7	32%	7	50%
Personen im Haushalt ($\chi^2(1)=0,905$; $p=0,342$)**	eine Person	9	41%	8	57%
	>=2 Personen	13	59%	6	43%
1 stationäre Therapie ($p=0,658$)*	Ja	19	86%	11	79%
	Nein	3	14%	3	21%
Spieldauer (in Jahren): $t(34)=-2,428$; $p=0,021$		10,55	5,44	15,93	7,89

Legende: *: Fisher Exact Test; **: χ^2 -Unabhängigkeitstest; ***: χ^2 -Unabhängigkeitstest mit Verletzung der Voraussetzung; ****: U-Test nach Mann-Whitney; *****: t-Test für unabhängige Stichproben

Im Kapitel 9.1.1.2 werden die Ergebnisse zu den soziodemographischen Daten in Abhängigkeit eines Migrationshintergrundes erläutert.

9.1.1.2 Unterschiede der soziodemographischen Daten nach Migrationshintergrund

Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht bezüglich Alter ($p=0,673$), Geschlecht ($p=1$), Ausbildung ($p=0,473$), Erwerbsstatus ($p=0,163$), Partnerschaftsstatus ($p=0,227$) und der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (siehe Tabelle 3). Lediglich bei der Spieldauer ist ein tendenziell signifikanter Unterschied belegbar ($p=0,071$). Der Mittelwert für Personen ohne Migrationshintergrund liegt bei 11,57 Jahren ($SD=6,74$), ist Migrationshintergrund gegeben, so wird eine durchschnittliche Spieldauer von 15,58 Jahren ($SD=6,60$) berechnet. Patienten mit Migrationshintergrund spielen also eher länger als Patienten ohne Migrationshintergrund.

Tabelle 3 Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nach soziodemographischen Daten

		Kein MH		Mit MH	
		M/n	Sd/%	M/n	Sd/%
Alter ($t(34)=0,425$; $p=0,673$)*****		44,13	12,30	42,17	14,43
Geschlecht ($p=1$)*	Mann	21	88%	10	83%
	Frau	3	13%	2	17%
Ausbildung ($\chi^2(1)=0,514$; $p=0,473$)**	Pflichtschule	9	38%	6	50%
	Weiterführende Schule	15	63%	6	50%
Erwerbsstatus ($\chi^2(2)=3,672$; $p=0,163$)***	Erwerbstätig/Ausbildung	8	33%	2	17%
	arbeitslos	10	42%	9	75%
	Pension	6	25%	1	8%
Verheiratet ($\chi^2(1)=1,461$; $p=0,227$)**	Nein	13	54%	9	75%
	Ja	11	46%	3	25%
Personen im Haushalt ($\chi^2(1)=0,056$; $p=0,813$)**	eine Person	11	46%	6	50%
	>=2 Personen	13	54%	6	50%
1. stationäre Therapie ($\chi^2(1)=0,900$; $p=0,343$)***	Ja	19	79%	11	92%
	Nein	5	21%	1	8%
Spieldauer ($t(34)=-1,867$; $p=0,071$)*****		11,17	6,74	15,58	6,60

Legende: *: Fisher Exact Test; **: χ^2 -Unabhängigkeitstest; ***: χ^2 -Unabhängigkeitstest mit Verletzung der Voraussetzung; *****: U-Test nach Mann-Whitney; *****: t-Test für unabhängige Stichproben

Im Fokus des Interesses steht im folgenden Kapitel (9.1.2) das Glücksspielverhalten der Studienteilnehmer. Die Ergebnisse zu diesem werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

9.1.2 Glücksspielverhalten der befragten Spieler

Das Glücksspielverhalten der Stichprobe wurde durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) erfasst. Im Folgenden wird näher auf die Art der ausgeübten Glücksspielarten, die höchsten verspielten Einsätze, die Aufholjagd, die Geldbeschaffung, die Leugnungsstrategien, die Kritik durch andere Personen, die elterliche Vorbelastung und die Einschränkung der Kontrollfähigkeit eingegangen.

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, spielen 35 Personen (97%) dieser Stichprobe mehrmals pro Woche mit Slot machines oder anderen Spielautomaten, nur eine Person (3%) in dieser Stichprobe gibt an, nie mit Automaten gespielt zu haben. Spielen im Casino (25%), Kartenspiele um Geld (19%) und Sportwetten (19%) werden ebenfalls von vielen Personen

dieser Stichprobe häufig pro Woche gespielt. Relativ selten gespielt werden Würfelspiele, 22 Personen (81%) der Stichprobe geben an, dieses Spiel nie zu spielen, Bingo wird von 92% nicht gespielt, Fertigkeitspiele um Geld werden von 83% der Patienten der Stichprobe nie gespielt. Auch Pferde- oder Hundewetten werden selten genannt, 86% der Stichprobe setzten nie Geld in Tierwetten ein. Bildet man einen Summenwert über die Häufigkeit des Spielens (0=nie, 1=selten; 2=oft), so ergibt sich ein Mittelwert von 5,36 ($SD=3,07$), der Median liegt bei einem Score von vier Punkten. Das Minimum in der Messwerteverteilung liegt bei zwei, das Maximum bei 14.

Tabelle 4: Angaben zum Spielverhalten/gespielte Arten

	nie		Selten		Oft	
	n	%	n	%	n	%
Slot machines, Poker/andere Spielautomaten	1	3%	0	0%	35	97%
Spielen im Casino	17	47%	10	28%	9	25%
Kartenspiele um Geld	22	61%	7	19%	7	19%
Sportwetten	18	50%	11	31%	7	19%
Toto und Lottospiele	22	61%	10	28%	4	11%
Würfelspiele um Geld	29	81%	4	11%	3	8%
Pferde, Hunde oder andere Tierwetten	31	86%	3	8%	2	6%
Bingo	33	92%	2	6%	1	3%
Bowlen, Pool- Billard, Golfen oder andere Fertigkeitspiel um Geld	30	83%	5	14%	1	3%
Spielen am Aktien- und/oder Gebrauchsgütermarkt	33	92%	3	8%	0	0%

Bezüglich der größten verspielten Summe veranschaulicht Tabelle 5, dass 17 Personen (47%) der Stichprobe angeben, an einem Tag mehr als 10.000 € verspielt zu haben, ebenfalls 17 Studienteilnehmer (47%) haben zwischen 1000 und 10.000 € verspielt. Nur zwei Personen (6%) in dieser Stichprobe geben an, dass sie maximal 1000 € pro Tag verspielten.

Tabelle 5: Was ist die größte Geldsumme, die Sie an einem Tag aufs Spiel gesetzt haben?

	n	%
zwischen 100 Euro- 1.000 Euro	2	6%
zwischen 1.000 Euro - 10.000 Euro	17	47%
mehr als 10.000 Euro	17	47%

Aus Tabelle 6, welche die Aufholjagd veranschaulicht, ist ersichtlich, dass etwas mehr als ein Drittel der befragten Spieler (n=13; 36%) angibt, nach jedem Verlust immer am nächsten Tag das verlorene Geld zurückgewinnen zu wollen, 15 (47%) versuchten meistens eine Aufholjagd, sechs (17%) machten das manchmal, und nur zwei Studienteilnehmer (6%) geben an, nie den Verlust vom Vortag wieder einzuspielen.

Tabelle 6: Wenn Sie spielen, wie oft kehren Sie am nächsten Tag zurück, um verlorenes Geld zurückzugewinnen?

	N	%
Nie	2	6%
manchmal (weniger als die Hälfte der Zeit) wenn ich verlor	6	17%
Meistens, wenn ich verlor	15	42%
immer, wenn ich verlor	13	36%

Bezüglich der meist benutzen Geldquelle ergeben sich, dargestellt in Tabelle 7, folgende Ergebnisse: Etwas mehr als zwei Drittel der Stichprobe (n=25; 69%) liehen sich Geld von Verwandten. Das stellt somit die am häufigsten genutzte Quelle der Geldbeschaffung dar. 22 Patienten (61%) nahmen Kredite oder Darlehen auf. 20 Personen (56%) geben auch an, persönliche Dinge oder Dinge aus dem Familieneigentum verkauft zu haben. 44% (n=16) der Stichprobe entnahmen Geld der Haushaltskasse, 42% (n=15) liehen vom Ehegatten, über Kreditkarten finanzierten acht der Studienteilnehmer (22%) ihr Spielverhalten. Kreditvereinbarungen mit Buchmachern oder Casinos wurden jeweils drei Mal (8%) genannt, zwei borgten von Kredithaien bzw. durch Aktien und Obligationen, eine Person gibt an (3%), durch Nutzung von Schecks Geld geliehen zu haben.

Tabelle 7: Art der Geldbeschaffung

	n	%
Geld geborgt von anderen Verwandten	25	69%
Geld geborgt von Banken, Kreditanstalten	22	61%
Geld durch Verkauf von persönlichem oder Familieneigentum	20	56%
Geld geborgt vom Haushaltsgeld	16	44%
Geld geborgt vom Ehegatten	15	42%
Geld geborgt durch Kreditkarten	8	22%
Geld geborgt durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher	3	8%
Geld geborgt durch Kreditvereinbarung mit Casino	3	8%
Geld geborgt durch Aktien, Obligationen	2	6%
Geld geborgt durch Kredithaien	2	6%
Geld geborgt durch Nutzung von Schecks	1	3%

In Tabelle 8 werden die Teststatistiken zu den Leugnungsstrategien der Studienteilnehmer dargestellt. 23 der Befragten (64%) geben an, Anzeichen für ihr Spielverhalten (Wettschnipsel, Spielgeld etc.) versteckt zu haben, 15 (28%) behaupteten oft, Geld gewonnen zu haben, auch wenn das nicht den Tatsachen entsprochen hat, weitere 10% machten das gelegentlich, wenn sie verloren hatten, 11 (31%) schönten ihre Verluste nie. Insgesamt geben 33 der Patienten (92%) an, das Gefühl zu haben, das Spielen sei ein Problem für sie.

Tabelle 8: Antworten zu den Leugnungsstrategien

		N	%
Haben Sie jemals behauptet Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach- denn tatsächlich hatten Sie verloren?	nie	11	31%
	ja, meistens	15	42%
	ja, aber in weniger als der Fälle, in denen ich verlor	10	28%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben?	Nein	3	8%
	Ja	33	92%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld oder andere Zeichen des Spielens versteckt?	Ja	23	64%
	Nein	13	36%

Betrachtet man Tabelle 9 erkennt man, dass 34 Studienteilnehmer (94%) wahrnahmen, durch andere Personen für ihr Spielverhalten kritisiert worden zu sein, 31 der Befragten (86%)

hatten Streit mit nahen Angehörigen wegen des Umgangs mit Geld, 30 (83%) davon geben an, dass es wegen des Spielens war (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Kritik durch andere Personen

	N / M	% /
Haben andere ihr Spielverhalten kritisiert?	34	94%
Haben Sie jemals mit nahen Angehörigen über die Art Ihres Umgangs mit Geld gestritten?	31	86%
Hatten diese Auseinandersetzungen mit Ihrem Spielverhalten zu tun?	30	83%

Betrachtet man die Angaben der Spieler zu der elterlichen Vorbelastung bezüglich des Spielens und der Einschränkung der Kontrollfähigkeit, so ergeben sich folgende Resultate: 32 Patienten (89%) geben an, dass weder Vater noch Mutter zu viel gespielt haben, vier Studienteilnehmer (11%) nennen den Vater, der zu viel gespielt hat. Alle Personen geben an, länger gespielt zu haben als beabsichtigt und nur eine Person hatte nicht das Gefühl, das Spiel nicht beenden zu können, obwohl sie es wollte. Nur zwei Patienten (6%) dieser Stichprobe geben an, keine Schuldgefühle gehabt zu haben.

Nachdem das Glücksspielverhalten vorliegender Stichprobe beschrieben wurde (siehe Kapitel 9.1.2), werden in dem Kapitel 9.1.3 die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der Spieler erläutert.

9.1.3 Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der befragten Spieler

Die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten wurden durch den FERUS (Jack, 2007) erfasst. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Stichprobe pro Skala des FERUS (Jack, 2007) beschrieben. Angeführt werden dabei die deskriptiven Statistiken je Item und der Skala selbst. Zusätzlich werden auch noch die Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach- α) für die Skalen berichtet, die in dieser Stichprobe gefunden worden sind. Cronbach- α ist eine Maßzahl für die interne Konsistenz einer Skala. In der Literatur wird für den Reliabilitätskoeffizienten ein Wert von mindestens 0,8 gefordert, damit eine zusammengesetzte Skala als hinreichend zuverlässig angesehen werden kann. Weist also Cronbach- α einen Wert von 0,8 auf, so ist es sinnvoll einzelne Items zu einer Gesamtskala zusammenzufügen. (Bortz & Döring, 2006) Laut George und Mallery (2012) gilt ein

Cronbach- α von 0,8 als gut, von $> 0,7$ als akzeptabel, von $> 0,6$ als fragwürdig, von $> 0,5$ als schlecht und von $< 0,5$ als inakzeptabel.

Die Skalenbildung erfolgt über Aufsummierung der Items in diesen Skalen mit anschließender Division durch die Anzahl der Items. Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, werden die einzelnen Skalen des FERUS (Jack, 2007) mit entsprechender Angabe von Cronbach- α an dieser Stelle der Arbeit in Unterkapitel angeführt.

9.1.3.1 *Coping*

Für die Skala „Coping“ wird ein Gesamtmittelwert von 3,27 ($SD=0,72$) ermittelt (siehe Tabelle 10). Die höchste Zustimmung erreicht dabei die Aussage „Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen“ ($M=3,81$, $SD=1,12$), die geringste Zustimmung erhält das Item „Manchmal lass ich die Dinge und Probleme, wie sie sind, und kann damit auch gelassen umgehen“ ($M= 2,64$, $SD=1,17$). Der Reliabilitätskoeffizient (Cronbach- α) liegt in dieser Stichprobe bei 0,84 und ist als gut zu bewerten.

Tabelle 10: Gesamtscore Skala Coping und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Coping (Cronbach- α 0,84)	3,27	0,72
Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen	3,81	1,12
Um ein Problem zu lösen, überlege ich mir oft einen Plan um es zu beseitigen	3,64	1,22
In Konfliktsituationen gebe ich mich nicht geschlagen und versuche einen Kompromiss heraus zu handeln	3,47	0,91
Wenn mal wieder etwas schief läuft und ich daran nichts ändern kann, versuche ich mich der Situation anzupassen	3,42	1,23
In Problemsituationen denke ich oft in Ruhe nach und entwerfe einen Plan, um diese Situation zu meistern	3,33	1,15
Selbst wenn ich durch ein Problem angespannt bin, weiß ich wie ich mich wieder entspannen kann	3,33	1,26
In schwierigen Situationen fällt mir meistens etwas Kreatives ein, um die Situation zum Besseren zu wenden	3,31	1,33
Bei Konflikten bei denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden	3,22	1,29
Wenn ich ein Ziel erreichen möchte und deswegen mit jemandem in einen Konflikt gerate, versuche ich diese Person dazu zu bringen mir zu helfen	3,11	1,17
Bei Problemen, die nicht sofort zu bewältigen sind, versuche ich in Ruhe abzuwarten	3,06	1,17
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, hole ich mir manchmal Rat, um mir klar zu werden, was ich in dieser Situation tun kann	2,89	1,19
Manchmal lass ich die Dinge und Probleme wie sie sind und kann damit auch gelassen umgehen	2,64	1,17

9.1.3.2 Selbstbeobachtung

Für die Skala „Selbstbeobachtung“ wird für die gesamte Stichprobe ein Mittelwert von 3,34 ($SD=0,79$) ermittelt, die Streuung der Mittelwerte der einzelnen Items ist relativ gering (siehe Tabelle 11). Die geringste Zustimmung erhält die Aussage „Wenn ich einen Misserfolg habe, schaue ich mir mein Verhalten in allen Einzelheiten an und versuche zu verstehen, was schief gelaufen ist“ ($M=3,03$); die höchste Zustimmung wird bei dem Item „Um meine Probleme zu lösen, ist es für mich wichtig, mein eigenes Verhalten in dieser Situation genau zu kennen“ ($M=3,56$) erzielt. Das Cronbach- α von 0,80 ist gut.

Tabelle 11 Gesamtscore Skala Selbstbeobachtung und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbstbeobachtung (Cronbach- α 0,80)	3,34	0,79
Um meine Probleme zu lösen, ist es für mich wichtig, mein eigenes Verhalten in dieser Situation genau zu kennen	3,56	1,13
Um ein Problem zu bewältigen, muss ich mir erst ein genaues Bild der gesamten Situation machen	3,47	1,18
Wenn ich ein wichtiges Ziel erreichen möchte, schaue ich mir an, wie ich mit meinem Verhalten die Situation am besten meistern kann	3,44	1,08
Wenn ich ein Ziel nicht erreiche, versuche ich herauszufinden, ob ich mein Verhalten ändern muss, um doch ans Ziel zu gelangen	3,36	1,15
Um etwas Schwieriges zu erreichen, mache ich mir vorher klar, wie ich mich verhalten muss...	3,33	1,29
Wenn ich eine schlechte Angewohnheit loswerden möchte, versuche ich erst die Gründe herauszufinden, die diese Angewohnheit unterstützen	3,17	1,18
Wenn ich einen Misserfolg habe, schaue ich mir mein Verhalten in allen Einzelheiten an und versuche zu verstehen, was schief gelaufen ist	3,03	1,18

9.1.3.3 Veränderungsmotivation

Die Veränderungsmotivation in der vorliegenden Stichprobe (siehe Tabelle 12) kann als sehr hoch bezeichnet werden, es ergibt sich ein Gesamtmittelwert von 4,59 ($SD=0,40$). Alle Items weisen Mittelwerte größer vier auf, die höchste Zustimmung erhalten dabei die Aussagen „Ich habe mit dieser Therapie den ersten Schritt in die richtige Richtung getan und möchte nun mein Leben in einigen Bereichen verändern“ ($M=4,86$, $SD=0,35$) und „Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, sodass ich wieder Freude am Leben finde“ ($M=4,86$, $SD=0,35$). Relativ gering ist die Zustimmung bei dem Item „Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation ändere, wird es in meinem Beruf immer schwieriger“ ($M=4,67$, $SD=0,68$). Der Reliabilitätskoeffizient (Cronbach- α) der Skala Veränderungsmotivation liegt in dieser Stichprobe bei akzeptablen 0,72.

Tabelle 12: Gesamtscore Skala Veränderungsmotivation und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Veränderungsmotivation (Cronbach- α 0,72)	4,59	0,40
Ich habe mit dieser Therapie den ersten Schritt in die richtige Richtung getan und möchte nun mein Leben in einigen Bereichen verändern	4,86	0,35
Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, so dass ich wieder Freude am Leben finde	4,86	0,35
Es gibt Dinge in meinem Leben, die ich ändern möchte, weil es so wie bisher für mich nicht mehr befriedigend ist	4,83	0,51
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Privatleben immer schwieriger	4,67	0,68
Ich muss dringend neue Verhaltensweisen, die ich in der Therapie lerne daheim ausprobieren.	4,64	0,64
Es ist mir sehr wichtig, neue Verhaltensweisen zu lernen um mit Problemen und Konflikten besser umgehen zu können	4,61	0,73
Ich weiss,dass ich in Zukunft etwas bei mir verändern muss, damit es mir psychisch und/oder körperlich besser geht	4,58	0,81
Ich möchte mit den Dingen, die ich in der Therapie lerne, meine Probleme lösen können	4,56	0,84
Ich möchte lernen, mit schwierigen Situationen besser umgehen zu können	4,53	0,88
Ich denke, dass die Therapie in der Klinik mir hilft, Verhaltensweise zu lernen die ich auch Zuhause anwenden kann um einige Lebensbereiche besser zu bewältigen	4,53	0,77
Ich möchte meine jetzige private oder berufliche Situation verändern, weil ich mit vielen Dingen unzufrieden bin	4,25	1,27
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation ändere, wird es in meinem Beruf immer schwieriger	4,17	1,25

9.1.3.4 Selbstwirksamkeit

Für die Skala „Selbstwirksamkeit“ wird, wie in Tabelle 13 ersichtlich, ein durchschnittlicher Mittelwert von 3,36 ($SD=0,87$) ermittelt. Die einzelnen Aussagen erhalten relativ unterschiedliche Zustimmung. Der höchste Mittelwert wird bei dem Item „Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen, wenn ich mich darum bemühe“ ($M=3,86$, $SD=1,44$) erzielt, verhältnismäßig niedrig ist die Bewertung der Aussage „In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig“ ($M=2,81$, $SD=1,26$). Das Cronbach- α für diese Skala liegt bei 0,87 und ist als gut zu bewerten.

Tabelle 13: Gesamtscore Skala Selbstwirksamkeit und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Selbstwirksamkeit (Cronbach- α 0,87)	3,36	0,87
Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen, wenn ich mich darum bemühe	3,86	1,44
Ich fühle mich in der Lage meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	3,75	1,27
Wenn mir jemand bei der Verwirklichung meiner Absichten und Ziele im Weg steht, finde ich trotzdem eine Möglichkeit, meine Vorstellungen durchzusetzen	3,69	1,19
Was auch immer passiert, ich weiß, wie ich mir selber helfen oder Hilfe holen kann	3,39	1,27
Wenn Probleme auftauchen, weiß ich, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen	3,36	1,07
Wenn Probleme auftauchen brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann	3,33	1,15
Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klar komme	3,08	1,25
Für meine Probleme habe ich meistens eine gute Lösung	3,00	1,15
In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig	2,81	1,26

9.1.3.5 Selbstverbalisation

Anhand Tabelle 14 lässt sich erkennen, dass sich der Mittelwert der Skala „Selbstverbalisation“ ($M=3,23$; $SD=0,92$) ebenfalls im mittleren Bereich bewegt. Die Aussagen werden dabei relativ homogen bewertet, der höchste Mittelwert wird bei dem Item „Wenn ich mal den Mut verliere, versuche ich an meine Erfolge zu denken, um mir wieder Mut zu machen“ ($M=3,72$; $SD=1,21$) beobachtet, der niedrigste bei „Wenn ich mal starke Angst oder Depressionen habe, dann denke ich mir: „Das ist Ok, jeder hat das mal“ ($M=2,47$; $SD=1,23$). Das Cronbach- α für diese Skala liegt bei 0,82 und ist als gut zu bewerten.

Tabelle 14: Gesamtscore Skala Selbstverbalisation und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

Selbstverbalisation (Cronbach- α 0,82)	3,23	0,92
Wenn ich mal den Mut verliere, versuche ich an meine Erfolge zu denken, um mir wieder Mut zu machen	3,72	1,21
Auch wenn ich mich ganz unten fühle, versuche ich mir aufmunternde Dinge zu sagen	3,42	1,32
Wenn mich meine Probleme mal wieder überwältigen, sage ich mir: "Kopf hoch, es ist nicht so schlimm"	3,36	1,27
Um meine schlechten Gefühle nach einem Misserfolg loszuwerden, sage ich mir, dass es keine Katastrophe ist, und dass ich weiter dran bleiben muss, um Erfolge zu haben	3,22	1,24
Wenn ich in einer Situation Angst bekommen, sage ich mir "Bleib ruhig, es ist keine Katastrophe"	3,17	1,30
Wenn ich mal starke Angst oder Depressionen habe, dann denke ich mir: "das ist Ok, jeder hat das mal"	2,47	1,23

9.1.3.6 Hoffnung

Für die Skala „Hoffnung“ (siehe Tabelle 15) wird ein Mittelwert von 4,25 ($SD=0,48$) berechnet. Die höchste Zustimmung wird dabei bei der Aussage „Ich werde in meinem Leben noch viele schöne Dinge erleben“ ($M=4,61$; $SD=0,69$) erreicht, die geringste bei „Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärtsgehen wird“ ($M=3,44$; $SD=1,27$). Die Zuverlässigkeit dieser Skala ist relativ gering, das Cronbach- α liegt bei 0,68.

Tabelle 15: Gesamtscore Skala Hoffnung und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Hoffnung (Cronbach- α 0,68)	4,25	0,48
Ich werde in meinem Leben noch viele schöne Dinge erleben	4,61	0,69
Ich glaube, dass ich die Dinge erreichen kann, die ich mir wünsche	4,56	0,69
Ich glaub,e das Leben wird für mich noch viele Chancen bereit halten	4,44	0,88
Ich setze viel Hoffnung in die Zukunft	4,42	0,84
Manche Dinge die vor mir liegen, sind zwar schwer zu bewältigen, aber ich werde es schon schaffen	4,42	0,81
Die Dinge, mit denen ich mich im Moment beschäftige, werden mir in Zukunft von Nutzen sein	4,39	0,80
Meine jetzigen Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung zur Bewältigung künftiger Probleme	4,28	1,03
Ich glaube, ich werde in meinem Leben noch genug Zeit haben, Dinge zu tun, die mir Spaß machen	4,08	1,13
Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen	3,89	1,12
Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärts gehen wird	3,44	1,27

9.1.3.7 Soziale Unterstützung

Für den Bereich „Soziale Unterstützung“ wird ein Mittelwert von 3,82 ($SD=0,99$) ermittelt. Es ist somit in der gesamten Stichprobe eine relativ hohe soziale Unterstützung gegeben. Anhand Tabelle 16 ist zu erkennen, dass die Mittelwerte der einzelnen Items sich in einem Bereich zwischen 4,14 ($SD=1,17$) („Es gibt Menschen, denen ich meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird“) und 3,36 ($SD=1,20$) („Ich habe einen Freundeskreis, zu dem ich mich zugehörig fühle“) bewegen. Die Zuverlässigkeit dieser Skala ist hoch, das Cronbach- α liegt bei 0,93.

Tabelle 16: Gesamtscore Skala Soziale Unterstützung und Einzelitems (1=stimmt nicht; 3=stimmt mittelmäßig, 5=stimmt sehr)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Soziale Unterstützung (Cronbach- α . 0,93)	3,82	0,99
Es gibt Menschen, denen ich meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird	4,14	1,17
Wenn ich mal krank bin, kann ich ohne zu zögern Freunde etc. bitten, für mich bestimmte Dinge zu erledigen	4,00	1,35
Es gibt Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich nicht mehr weiter weiß	3,92	1,25
Ich habe Freunde und Angehörige, die mir auch mal gut zuhören, wenn ich ein Problem habe	3,86	1,31
Auch wenn ich mal einen Fehler mache, gibt es Menschen die zu mir halten	3,83	1,23
Es gibt einen sehr vertrauten Menschen, auf dessen Hilfe ich mich jederzeit verlassen kann	3,83	1,28
Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann	3,81	1,26
Bei manchen Freunden etc. kann ich ohne Bedenken auch mal ganz ausgelassen sein	3,81	1,17
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen	3,64	1,38
Ich habe einen Freundeskreis, zu dem ich mich zugehörig fühle	3,36	1,20

Im nachfolgenden Kapitel (9.1.3.8) wird analysiert, ob die FERUS-Skalen (Jack, 2007) in dieser Stichprobe einen signifikanten Zusammenhang aufweisen.

9.1.3.8 Korrelation der FERUS-Skalen

Da $n > 30$ ist, kann der zentrale Grenzwertsatz angewendet und Normalverteilung der Variablen vorausgesetzt werden (Bortz & Döring, 2006). Die Berechnung der Zusammenhänge erfolgt daher mittels Pearson Produktmomentkorrelationen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Pearson Produktmomentkorrelationen der FERUS-Skalen (Jack, 2007)

	VM	CO	SB	SW	SV	HO
VM Veränderungsmotivation	1					
CO Coping	0,120					
SB Selbstbeobachtung	0,351*	0,725**				
SW Selbstwirksamkeit	-0,066	0,780**	0,732**			
SV Selbstverbalisation	0,215	0,852**	0,704**	0,750**		
HO Hoffnung	0,398*	0,562**	0,652**	0,606**	0,433**	
SU Soziale Unterstützung	0,183	0,201	0,197	0,111	0,345*	0,235

Legende: *: die Korrelation ist auf einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ signifikant; **: Die Korrelation ist auf einem Signifikanzniveau von $p < 0.01$ signifikant

Die Skala „Veränderungsmotivation“ korreliert signifikant mit der Skala „Selbstbeobachtung“ ($r=0,351$; $p<0,05$) und „Hoffnung“ ($r=0,398$; $p<0,05$). Eine hohe Veränderungsmotivation ist mit einer hohen Hoffnung und auch mit einer hohen Selbstbeobachtung assoziiert (siehe Tabelle 17). Dieser Zusammenhang kann als moderat bezeichnet werden, es werden ca. 12% bzw. 15% an Varianz erklärt. Die Skala „Coping“ korreliert signifikant mit den Skalen „Selbstbeobachtung“ ($r=0,725$; $p<0,01$), „Selbstwirksamkeit“ ($r=0,780$; $p<0,01$) und „Selbstverbalisation“ ($r=0,852$; $p<0,01$). Die erklärte Varianz liegt dabei zwischen 61% und 72%. Coping, Selbstbeobachtung und Selbstverbalisation sind also in hohem Maße assoziiert. Die Korrelation von Coping und Hoffnung ist mit $r=0,562$ ($p<0,001$) ebenfalls signifikant, es können rund 31% an Varianz erklärt werden. Die Skala „Selbstbeobachtung“ korreliert signifikant auch mit den Skalen „Selbstwirksamkeit“ ($r=0,732$; $p<0,001$), „Selbstverbalisation“ ($r=0,704$; $p<0,001$) und „Hoffnung“ ($r=0,652$; $p<0,001$). Weiter sind auch die Korrelationen von Selbstwirksamkeit mit Selbstverbalisation ($r=0,750$; $p<0,001$) und Hoffnung ($r=0,606$; $p<0,001$) als signifikant zu bewerten (siehe Tabelle 17). Die Skala „Soziale Unterstützung“ weist nur mit der Skala „Selbstverbalisation“ einen moderaten signifikanten Zusammenhang auf ($r=0,345$; $p<0,05$). Je höher die soziale Unterstützung wahrgenommen wird, desto höher ist auch die Selbstverbalisation und umgekehrt.

Nachdem im Kapitel (9.1.1) die soziodemographischen Daten der Spieler erläutert und im Kapitel (9.1.2) das Glücksspielverhalten und die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten dargestellt (siehe Kapitel 9.1.3) wurden, liegt nun der Fokus auf der Beantwortung der im Kapitel 8.4 gestellten Forschungsfragen.

9.2 Ergebnisse zu den Forschungsfragen:

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den im Kapitel 8.4 genannten Forschungsfragen dargestellt. Da es sich um eine kleine Stichprobe handelt, war die Verwendung von parametrischen Verfahren nicht für jede Fragestellung zulässig. Waren die Voraussetzungen für parametrische Verfahren deutlich verletzt, wurden nonparametrische Verfahren angewandt.

9.2.1 Unterschiede im Glücksspielverhalten zwischen jungen und alten Spielern

Im Folgenden wird der zentralen Fragestellung dieser Arbeit nachgegangen, nämlich ob Unterschiede im Spielverhalten jüngerer und älterer Spieler, erhoben durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), existieren.

Bezüglich generalisiertem Glücksspielverhalten ist zwischen jüngeren und älteren Spielern kein signifikanter Unterschied belegbar ($z=-0,577$; $p=0,564$; U -Test). In der Gruppe der unter 50-Jährigen liegt der Median bei 4,5 ($M=5,77$; $SD=3,52$), in der älteren Gruppe wird ein Median von 4 ($M=4,71$; $SD=2,16$) ermittelt (siehe Abbildung 2).

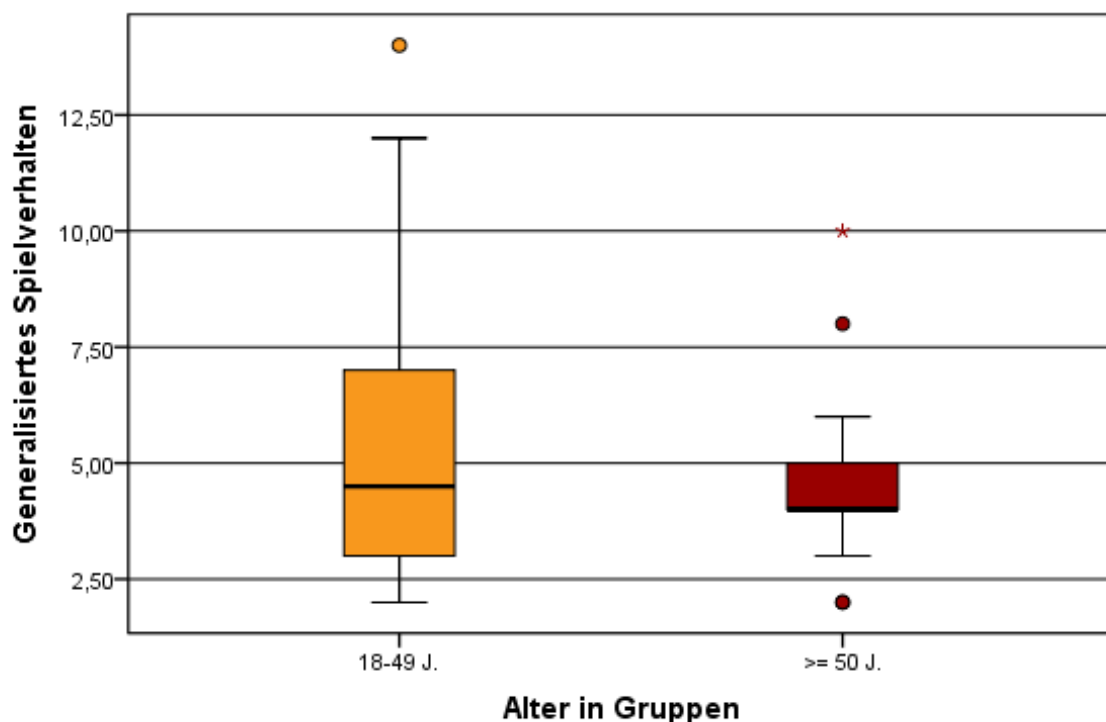


Abbildung 2: Boxplot „Generalisiertes Glücksspielverhalten, getrennt nach Altersgruppen

Auch bezüglich der größten verspielten Summe an einem Tage ist zwischen jüngeren und älteren Spielern in dieser Stichprobe kein signifikanter Unterschied belegbar ($z=-1,753$; $p=0,124$; U -Test). Deskriptiv kann aber berichtet werden, dass bei den jüngeren nur 36% mehr als 10. 000 Euro an einem Tag verspielten, bei den älteren sind es aber 64% (siehe Abbildung 3).

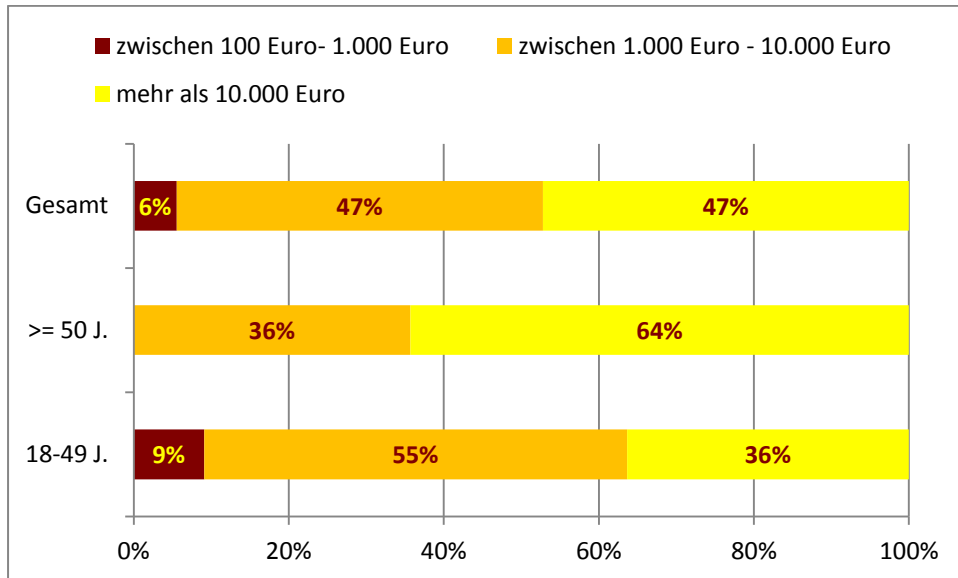


Abbildung 3: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Altersgruppen

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, ist auch bei der Vorbelastung durch spielende Eltern, kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen gegeben ($p=1$; Fisher Exact Test). In der jüngeren Gruppe geben 14% an, dass der Vater spielte, in der älteren sind es 7%.

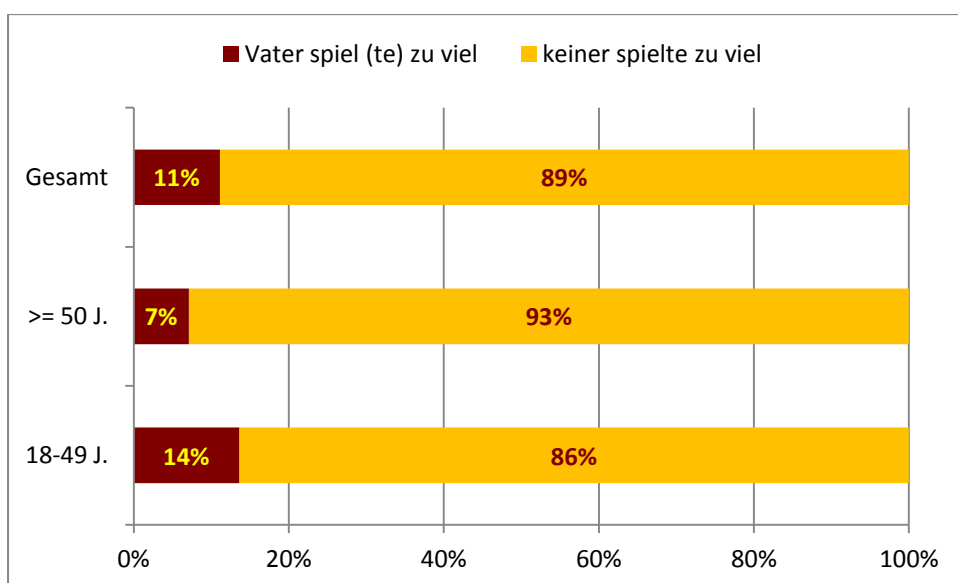


Abbildung 4: Vorbelastung durch spielende Eltern, getrennt nach Altersgruppe

Auch bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 5) zwischen den beiden Gruppen belegbar ($z=-0,347$; $p=0,720$; U -Test). In beiden Altersgruppen geben 36% der Personen an, jeweils am nächsten Tag nach Verlusten eine Aufholjagd getätigt zu haben. In der jüngeren Gruppe geben ebenfalls 36% der Befragten an, meistens versucht zu haben, die Verluste durch neuerliches Spielen wieder auszugleichen. Wie in Abbildung 5 ersichtlich, sind es in der Gruppe der älteren 50%. Bei 5% der jüngeren und 7 % der älteren Studienteilnehmer wurde nie eine Aufholjagd gestartet. 5% der jüngeren Spieler starteten nie eine Aufholjagd, bei den älteren Spielern sind es 7%.

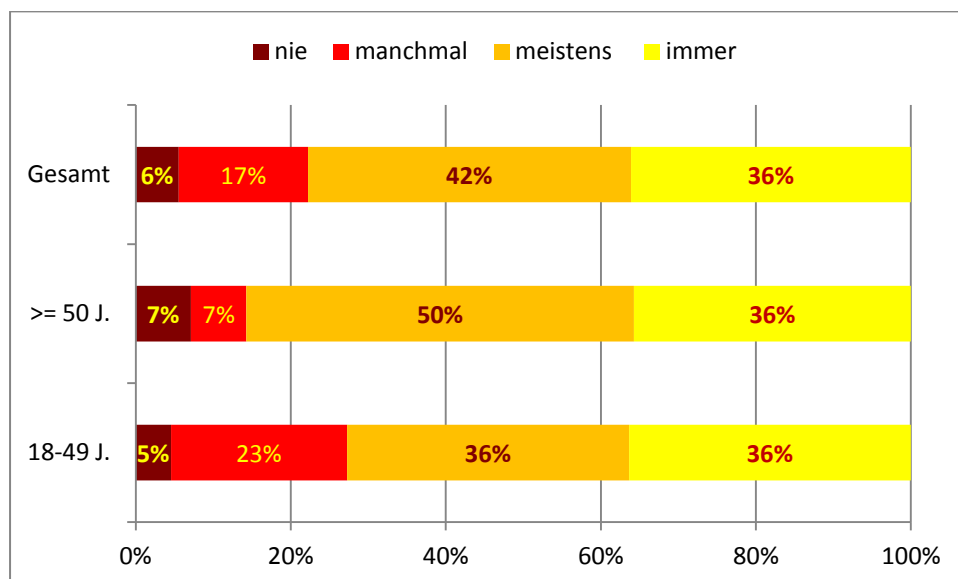


Abbildung 5: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Altersgruppen

Bei den drei Items, die Leugnungsstrategien erfassen, sind keine signifikanten Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Spielern in dieser Stichprobe zu beobachten. Bei der Aussage „Haben Sie jemals behauptet, Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach, denn tatsächlich hatten Sie verloren“ ist jedoch die Validität des χ^2 -Unabhängigkeitstests fraglich, da mehr als 20% der Zellen Erwartungswerte < 5 aufweisen, es werden daher die Kategorien „ja, meistens“ und „ja, aber in weniger der Fälle, in denen ich verlor“ zusammengefasst. Dabei lässt sich ein tendenziell signifikantes Ergebnis beobachten ($\chi^2(1)=2,856$; $p=0,091$). Jüngere Spieler verwenden diese Leugnungsstrategie weniger oft als ältere Spieler (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Leugnungsstrategien, getrennt nach Altersgruppen

		18-49 J.	>= 50 J.
		%	&
Haben Sie jemals behauptet, Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach- denn tatsächlich hatten Sie verloren $\chi^2(2)=2,886$; $p=0,236$; χ^2 -Unabhängigkeitstest	Nie	41%	14%
	ja, meistens	36%	50%
	ja, aber in weniger als der Fälle in denen ich verlor	23%	36%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben? $p=1$ (Fisher Exact Test)	Nein	9%	7%
	Ja	91%	93%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0%	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld, oder andere Zeichen des Spielens versteckt? $\chi^2(1)=0,002$; $p=0,968$; χ^2 -Unabhängigkeitstest	ja	64%	64%
	nein	36%	36%

Auch bei der Kritik durch andere ist kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen gegeben ($z=-0,557$; $p=0,689$; U -Test). Der Median liegt in allen drei Gruppen bei einem Wert von 3, der Mittelwert für die jüngere Gruppe liegt bei 2,59 ($SD=0,80$), für die ältere Gruppe wird ein Mittelwert von 2,71 ($SD=0,83$) ermittelt.

Ältere und jüngere Spieler unterscheiden sich auch nicht darin, von wem sie Geld geborgt haben. Bei keiner einzigen Quelle sind signifikante Unterschiede belegbar (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Geldquellen, getrennt nach Altersgruppen

	18-49 J.	>= 50 J.
	%	%t
... vom Haushaltsgeld ($\chi^2(1)=0,286$; $p=0,592$)	41%	50%
... vom Ehegatten ($\chi^2(1)=0,655$; $p=0,418$)	36%	50%
... von anderen Verwandten ($\chi^2(1)=1,634$; $p=0,201$)	77%	57%
... von Banken, Kreditanstalten ($\chi^2(1)=0,152$; $p=0,697$)	64%	57%
... durch Kreditkarten ($p=0,441$; Fisher Exact Test)	27%	14%
... durch Kredithaie ($p=1$; Fisher Exact Test)	5%	7%
... durch Aktien, Obligationen ($p=0,511$; Fisher Exact Test)	9%	0%
... durch Verkauf von persönlichem oder Familieneigentum ($\chi^2(1)=0,023$; $p=0,878$)	55%	57%
... durch Nutzung von Schecks ($p=0,389$; Fisher Exact Test)	0%	7%
... durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher ($p=0,267$; Fisher Exact Test)	14%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Casino ($p=1$; Fisher Exact Test)	9%	7%

Als Nächstes wird der Frage nach Unterschieden in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten zwischen jungen und alten Spielern nachgegangen.

9.2.2 Unterschiede in Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten zwischen jungen und alten Spielern

Im Folgenden wird überprüft, ob sich jüngere und ältere Spieler hinsichtlich ihrer Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, erhoben durch den FERUS (Jack, 2007), signifikant voneinander unterscheiden. Da Normalverteilung und Varianzhomogenität gegeben sind (siehe Tabelle 36 im Anhang), erfolgt die Auswertung mittels *T*-Test für unabhängige Stichproben.

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, ist bei der Skala „Soziale Unterstützung“, kein signifikanter Unterschied zwischen jungen und alten Studienteilnehmern belegbar ($t(34)=1,583$; $p=0,123$). Bei jungen Spielern ist der Mittelwert deskriptiv etwas höher ($M=4,02$; $SD=0,94$) als bei den alten Spielern ($M=3,50$; $SD=1,01$). Nicht signifikant ist auch der Unterschied in der Skala „Hoffnung“ ($t(34)=0,879$; $p=0,385$). Jüngere Personen weisen einen Mittelwert von 4,31 ($SD=0,48$) auf, ältere einen von 4,16 ($SD=0,49$). Kein signifikanter Unterschied zwischen jüngeren und älteren Personen in dieser Stichprobe ist auch bei der Skala

„Selbstverbalisation“ belegbar ($t(34)=0,494$; $p=0,624$). Der Mittelwert der Personen, die jünger als 50 Jahre sind, liegt in dieser Skala bei 3,29 ($SD=0,82$), für die älteren Spieler wird ein durchschnittlicher Wert von 3,13 ($SD=1,08$) berechnet. Keine signifikanten Unterschiede sind auch bei der Skala „Selbstwirksamkeit“ ($t(34)=0,913$; $p=0,368$) gegeben. Für ältere Personen wird ein Mittelwert von 3,20 ($SD=0,85$) ermittelt, für die jüngeren Spieler ergibt sich ein durchschnittlicher Wert in der Skala „Selbstwirksamkeit“ von 3,47 ($SD=0,88$). Nicht signifikant sind auch die Unterschiede in der Skala „Selbstbeobachtung“ ($t(34)=1,579$; $p=0,123$). Jüngere Personen weisen einen Mittelwert von 3,50 ($SD=0,72$) auf, für die Gruppe, die 50 Jahre und älter ist, wird ein Mittelwert von 3,08 ($SD=0,86$) ermittelt. Auch bei der Skala „Coping“ ist kein signifikanter Unterschied belegbar ($t(34)=-0,74$; $p=0,942$). Für die Gruppe der jüngeren Personen in dieser Stichprobe wird ein Mittelwert von 3,26 ($SD=0,68$) ermittelt, ältere Spieler haben einen durchschnittlichen Wert in der Skala „Coping“ von 3,28 ($SD=0,81$). Bei der Skala „Veränderungsmotivation“ sind keine signifikanten Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Studienteilnehmern gegeben ($t(34)=0,364$; $p=0,718$). Für die Personen, die jünger als 50 Jahre sind, wird ein Mittelwert von 4,61 ($SD=0,37$) ermittelt, bei den älteren Personen liegt der Mittelwert bei 4,56 ($SD=0,45$).

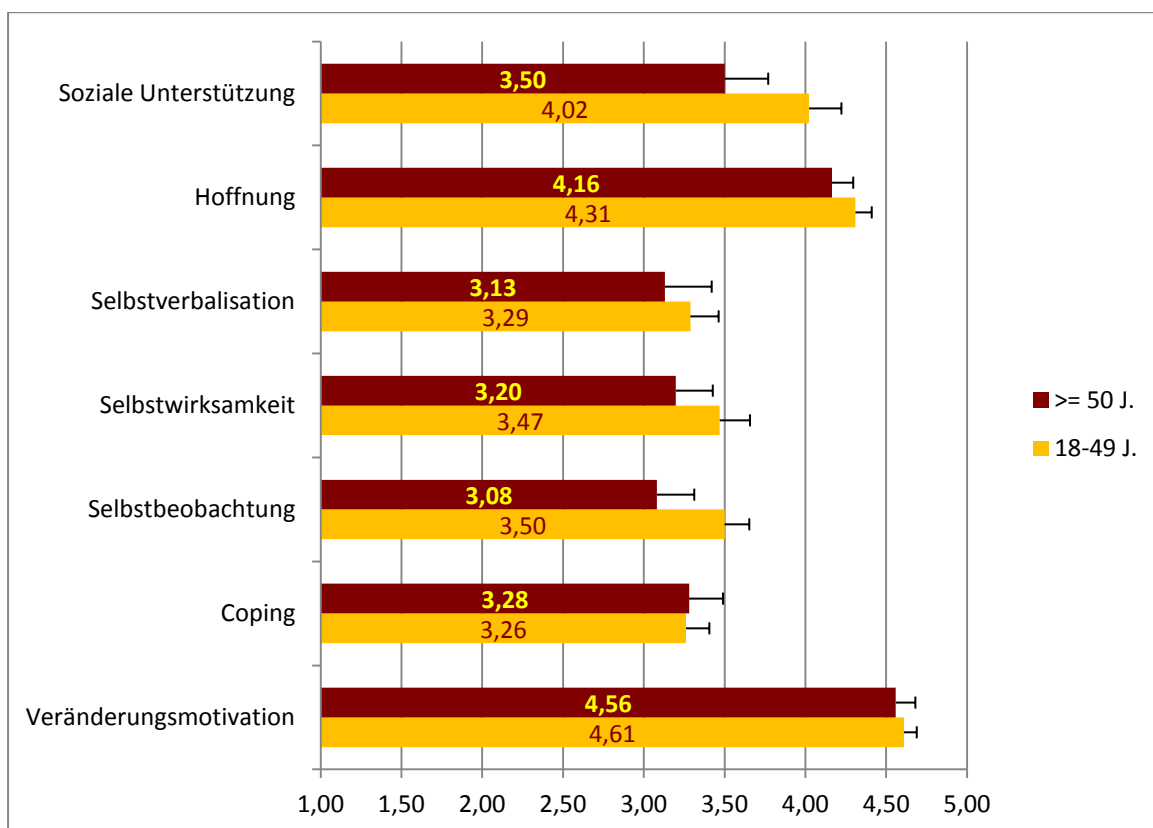


Abbildung 6: Mittelwerte (+ 1 Standardfehler des Mittelwerts) der FERUS-Skalen (Jack, 2007) getrennt nach Altersgruppen

Im nächsten Kapitel (9.2.3) steht die Beantwortung der Frage nach Unterschieden im Schweregrad der Glücksspielsucht zwischen jungen und alten Spielern im Mittelpunkt.

9.2.3 Unterschiede im Schweregrad der Glücksspielsucht zwischen jungen und alten Spielern

Die Überprüfung, ob sich jüngere von älteren Spielern im Schweregrad der Glücksspielsucht, erfasst durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995), unterscheiden, erfolgt mittels T-Test für unabhängige Stichproben, da sowohl Normalverteilung als auch Varianzhomogenität gegeben sind (siehe Tabelle 36 im Anhang).

Bezüglich Schweregrad der Glücksspielsucht (siehe Abbildung 7) sind zwischen jüngeren und älteren Personen signifikante Unterschiede belegbar ($t(34)=-2,073$; $p=0,046$). Der Schweregrad ist bei älteren Personen ($M=3,25$; $SD=0,40$) höher als bei jüngeren Patienten ($M=2,93$; $SD=0,48$).

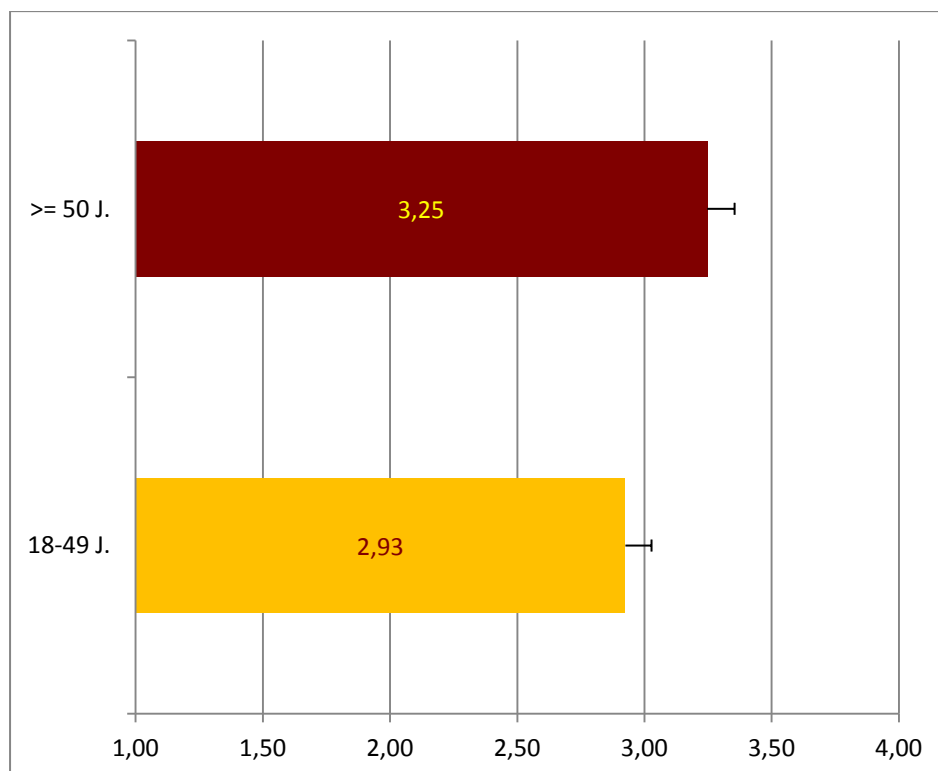


Abbildung 7: Schweregrad der Glücksspielsucht (1=trifft gar nicht zu; 4=trifft genau zu)

Im folgenden Kapitel (9.2.4) werden die Ergebnisse zu den Fragen nach Unterschieden in der Spieldauer zwischen jungen und alten Spielern dargestellt.

9.2.4 Unterschiede in der Spieldauer zwischen jungen und alten Spielern

Wie in Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1 ersichtlich, erweisen sich die Unterschiede der Spieldauer zwischen jungen und alten Spielern als signifikant ($p=0,021$). Die durchschnittliche Spieldauer der Studienteilnehmer im Alter zwischen 18 und 49 Jahren liegt bei 10,55 Jahren ($SD=5,44$), die älteren Personen spielen durchschnittlich seit 15,93 Jahren ($SD=7,89$).

Ob sich Männer und Frauen in ihrem Glücksspielverhalten unterscheiden, wird im folgenden Kapitel (9.2.5) beantwortet.

9.2.5 Unterschiede im Glücksspielverhalten zwischen Männern und Frauen

Um mehr Informationen zu erhalten, wurden zusätzlich zu möglichen Unterschieden im Glücksspielverhalten auch mögliche Geschlechtsunterschiede in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten und im Schweregrad der Glücksspielsucht untersucht.

Beim Spielverhalten, erfasst durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), sind keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen belegbar ($z=-0,697$; $p=0,504$; U -Test). Der Median liegt bei den Frauen bei 4,00 ($M=4,40$; $SD=2,61$), bei den Männern wird ebenfalls ein Median von 4,00 ($M=5,52$; $SD=3,15$) ermittelt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den restlichen SOGS-Skalen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), nämlich die größte verspielte Summe, die Vorbelastung durch spielende Eltern bzw. Elternteile, die Aufholjagd, die Leugnungsstrategien, die Kritik am Verhalten und die genützte Geldquelle dargestellt.

Größte verspielte Summe:

Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede sind bei der größten verspielten Summe belegbar ($z=-0,695$; $p=0,563$; U -Test). Drei von fünf Frauen (60%) geben an, mehr als 10.000 € an einem Tag verspielt zu haben, bei den Männern sind es 14 von 31 (45%). Zwei Frauen (40%) geben an, zwischen 1.000 und 10.000 Euro verspielt zu haben, bei den Männern sind es 15 (48%).

Vorbelastung durch spielende Eltern:

Innerhalb der Stichprobe der Frauen gibt eine Person (20%) an, dass der Vater zu viel spiele, bei den Männern sind es drei (10%). Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($p=0,466$; Fisher Exact Test).

Aufholjagd:

Auch bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen belegbar ($z=-0,928$; $p=0,396$). Drei (60%) der Frauen starteten immer eine Aufholjagd nach Verlusten, bei den männlichen Spielern sind es zehn (32%). 14 Männer (56%) starteten meistens eine Aufholjagd, von den Frauen gibt eine (20%) an, meistens versucht zu haben, den Verlust wieder wettzumachen. Ebenfalls eine Frau (20%) gibt an, nur manchmal eine Aufholjagd versucht zu haben, bei den Männern fallen fünf (16%) in diese Kategorie.

Leugnungsstrategien:

Es sind keine signifikanten Unterschiede bei den Leugnungsstrategien in Abhängigkeit vom Geschlecht gegeben. Die entsprechenden Teststatistiken bzw. die deskriptiven Statistiken können Tabelle 20 entnommen werden.

Tabelle 20: Leugnungsstrategien, getrennt nach Geschlecht

		Mann	Frau
		%	%
Haben Sie jemals behauptet Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach – denn tatsächlich hatten Sie verloren? $p=0,631$; Fisher Exact Test	Nie	29%	40%
	Ja	71%	60%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben? $p=1$ (Fisher Exact Test)	Nein	10%	0%
	Ja	90%	100%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0%	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld, oder andere Zeichen des Spielens versteckt? $p=0,634$, Fisher Exact Test	Ja	61%	80%
	nein	39%	20%

Kritik am Verhalten:

Auch bei der Kritik durch andere ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern gegeben ($z=-0,133$; $p=0,929$; *U*-Test). Der Median liegt in allen zwei Gruppen bei einem Wert von 3,00, der Mittelwert für die Gruppe der Frauen liegt bei 2,80 ($SD=0,45$), für die Gruppe der Männer wird ein Mittelwert von 2,61 ($SD=0,84$) berechnet.

Geldquellen:

Keine signifikanten Unterschiede sind bei den benutzten Geldquellen bei den Geschlechtern gegeben, bei keiner einzigen Quelle ist ein signifikanter Unterschied belegbar. Die einzelnen Nennungen können Tabelle 21 entnommen werden.

Tabelle 21: Geldquellen, getrennt nach Geschlecht

	Mann	Frau
	%	%t
...vom Haushaltsgeld ($p=1$; Fisher Exact Test)	45%	40%
...vom Ehegatten ($p=0,376$; Fisher Exact Test)	45%	20%
...von anderen Verwandten ($p=1$; Fisher Exact Test)	68%	80%
...von Banken, Kreditanstalten ($p=0,628$; Fisher Exact Test)	58%	80%
...durch Kreditkarten ($p=0,566$; Fisher Exact Test)	26%	0%
...durch Kredithaie ($p=1$; Fisher Exact Test))	6%	0%
...durch Aktien, Obligationen ($p=1$; Fisher Exact Test)	6%	0%
...durch Verkauf von persönlichem oder Familieneigentum ($p=1$; Fisher Exact Test))	55%	60%
... durch Nutzung von Schecks ($p=1$; Fisher Exact Test)	3%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher ($p=1$; Fisher Exact Test)	10%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Casino ($p=1$; Fisher Exact Test)	10%	0%

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, erhoben durch den FERUS (Jack, 2007), existieren. Da nur fünf Frauen in der Stichprobe enthalten sind, wird die Signifikanzprüfung auf Unterschiede im FERUS (Jack, 2007) ausschließlich mit *U*-Tests durchgeführt. Die Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) der FERUS-Skalen (Jack, 2007) sowie die Teststatistiken getrennt nach Geschlecht sind in Tabelle 22 ersichtlich.

Bei den Skalen „Veränderungsmotivation“ ($p=0,196$), „Coping“ ($p=0,536$), „Selbstbeobachtung“ ($p=0,783$), „Selbstwirksamkeit“ ($p=0,234$), „Selbstverbalisation“ ($p=0,536$) und „Hoffnung“ ($p=0,136$) bestehen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, deskriptive Statistiken und Teststatistiken sind Tabelle 22 zu entnehmen. Bei der Skala „Soziale Unterstützung“ ist ein tendenziell signifikanter Unterschied belegbar ($z=-1,718$; $p=0,086$). Der Mittelwert für die männlichen Personen liegt bei 3,95 ($SD=0,89$), für die Frauen ergibt sich ein Mittelwert von 3,02 ($SD=1,27$). Die männlichen Spieler in dieser Stichprobe nehmen also eine höhere soziale Unterstützung wahr als die Frauen.

Tabelle 22: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS-Skalen (Jack, 2007) sowie U-Test Teststatistiken, getrennt nach Geschlecht

	Mann		Frau		Teststatistik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Veränderungsmotivation	4,56	0,42	4,80	0,19	-1,292	0,196
Coping	3,31	0,74	3,02	0,62	-0,619	0,536
Selbstbeobachtung	3,34	0,79	3,34	0,89	-0,275	0,783
Selbstwirksamkeit	3,46	0,82	2,80	1,07	-1,191	0,234
Selbstverbalisation	3,30	0,87	2,80	1,22	-0,619	0,536
Hoffnung	4,31	0,43	3,88	0,67	-1,491	0,136
Soziale Unterstützung	3,95	0,89	3,02	1,27	-1,718	0,086

Die Überprüfung auf Unterschiede im Schweregrad der Glücksspielsucht, erfasst durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995), erfolgt mittels *U*-Test. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant im Schweregrad der Glücksspielsucht ($z=-0,619$; $p=0,563$). Der Mittelwert bei den Männern liegt bei 3,02 ($SD=0,50$), für die Frauen ergibt sich ein Mittelwert von 3,21 ($SD=0,19$). Der Median des Schweregrads für die Glücksspielsucht hat bei den weiblichen Studienteilnehmern einen Wert von 3,20, für die männlichen wird ein Median von 3,10 ermittelt.

In dem nächsten Kapitel (9.2.6) werden die Ergebnisse zu der Frage nach Unterschieden in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, im Schweregrad und im Glücksspielverhalten in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen (Migrationshintergrund, Ausbildung, Erwerbsstatus und Haushaltsgröße) erläutert.

9.2.6 Unterschiede in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen

Zu Beginn werden die Ergebnisse zu den Unterschieden in Abhängigkeit von dem Migrationshintergrund in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, im Schweregrad der Glücksspielsucht und im Glücksspielverhalten dargestellt.

9.2.6.1 Unterschiede nach Migrationshintergrund

Die Frage, ob sich pathologische Spieler mit bzw. ohne Migrationshintergrund in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, im Glücksspielverhalten und im Schweregrad der pathologischen Spielsucht unterscheiden, wird im Folgenden erläutert.

Es wird überprüft, ob sich Personen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich der Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, erfasst durch den FERUS (Jack, 2007), signifikant unterscheiden. Normalverteilung ist bei allen FERUS-Skalen (Jack, 2007) gegeben, es liegt aber bei den Skalen „Coping“ und „Selbstverbalisation“ keine Varianzhomogenität vor. Daher wird die Signifikanzprüfung dieser beiden Skalen mittels *U*-Test durchgeführt, für die anderen Skalen erfolgt die Auswertung mittels *T*-Test für unabhängige Stichproben. Die Deskriptivstatistik ist Abbildung 8 zu entnehmen.

Nicht signifikant ist der Unterschied bei der Skala „Soziale Unterstützung“ ($t(34)=-0,165$; $p=0,870$). Der Mittelwert für Spieler mit Migrationshintergrund liegt bei $M=3,86$ ($SD=1,01$), für Personen ohne Migrationshintergrund wird ein Mittelwert von $3,80$ ($SD=1,00$) ermittelt. Nicht signifikant ist auch der Unterschied in der Skala „Hoffnung“ ($t(34)=-0,931$; $p=0,358$). Ist kein Migrationshintergrund geben, so liegt der Mittelwert in der Skala „Hoffnung“ bei $4,20$ ($SD=0,43$), Personen mit Migrationshintergrund weisen einen durchschnittlichen Wert von $4,36$ ($SD=0,58$) auf. Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund ist ebenfalls bei der Skala „Selbstverbalisation“ gegeben ($z=-0,168$; $p=0,882$). Der Mittelwert der Teilstichprobe mit Migrationshintergrund liegt in dieser Skala bei $3,26$ ($SD=1,26$), für die andere Gruppe wird ein durchschnittlicher Wert von $3,21$ ($SD=0,72$) ermittelt. Keine signifikanten Unterschiede sind auch bei der Skala „Selbstwirksamkeit“ ($t(34)=-0,750$; $p=0,458$) gegeben. Personen ohne Migrationshintergrund haben einen Mittelwert von $3,29$ ($SD=0,75$), für die Spieler mit Migrationshintergrund ergibt sich ein durchschnittlicher Wert in der Skala „Selbstwirksamkeit“ von $3,52$ ($SD=1,09$). Keine Signifikanz hinsichtlich des Unterschieds ist auch in der Skala „Selbstbeobachtung“ gegeben ($t(34)=-0,869$; $p=0,391$). Haben die Spieler Migrationshintergrund, so liegt der Mittelwert bei

3,50 ($SD=0,91$), für die Gruppe ohne Migrationshintergrund wird ein Mittelwert von 3,26 ($SD=0,73$) ermittelt. Bei der Skala „Coping“ ist kein signifikanter Unterschied belegbar ($z=-0,975$; $p=0,344$). Für die Gruppe mit Migrationshintergrund wird ein Mittelwert von 3,49 ($SD=0,097$) ermittelt, Personen ohne Migrationshintergrund haben einen durchschnittlichen Wert in der Skala „Coping“ von 3,16 ($SD=0,55$). Bei der Skala „Veränderungsmotivation“ sind keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund feststellbar ($t(34)=-1,747$; $p=0,090$), es kann jedoch eine statistische Tendenz beobachtet werden. Für die Personen mit Migrationshintergrund wird ein Mittelwert von 4,75 ($SD=0,38$) ermittelt, bei Spielern ohne Migrationshintergrund liegt der Mittelwert bei 4,51 ($SD=0,39$). Personen mit Migrationshintergrund haben also eher eine höhere Veränderungsmotivation.

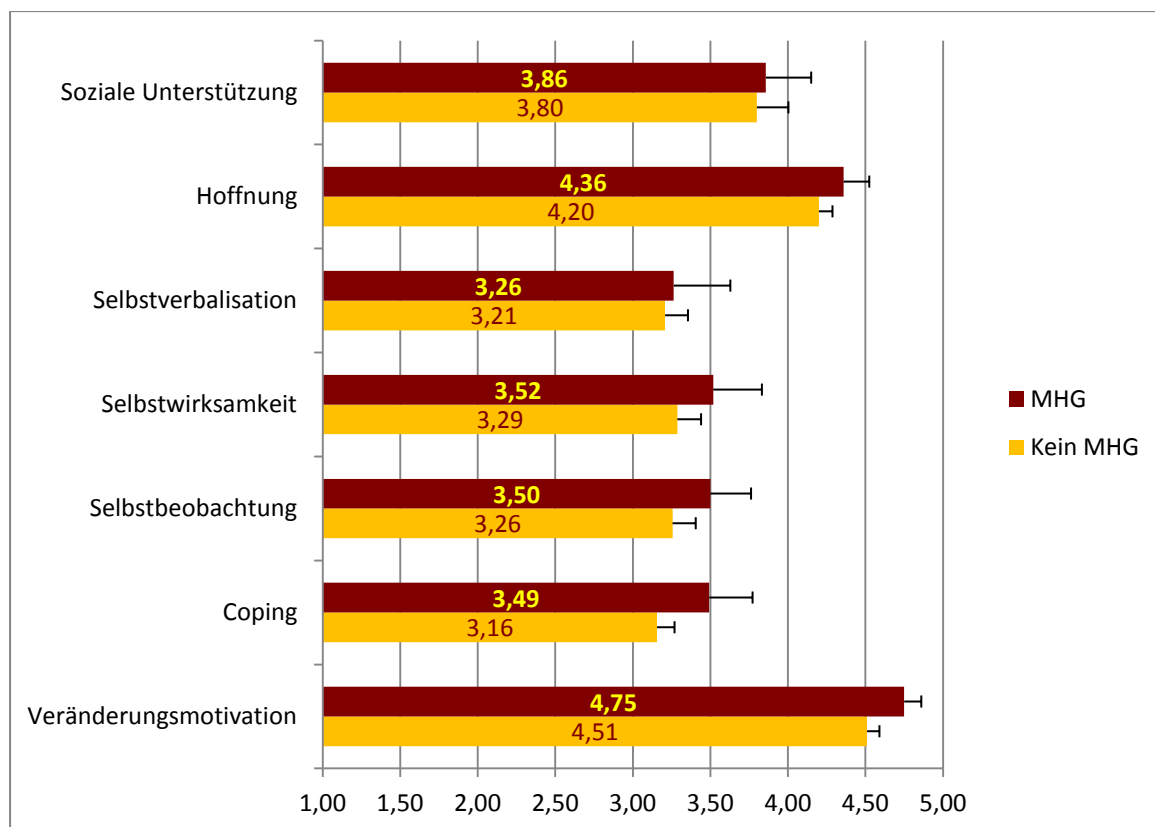


Abbildung 8: Mittelwerte (+ 1 Standardfehler des Mittelwerts) der FERUS-Skalen (Jack, 2007), getrennt nach Personen mit und ohne Migrationshintergrund

Die Überprüfung, ob sich Patienten mit und ohne Migrationshintergrund im Schweregrad der Glücksspielsucht, erhoben durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995), unterscheiden, erfolgt mittels *T*-Test für unabhängige Stichproben, da sowohl Normalverteilung als auch Varianzhomogenität angenommen werden können (siehe Tabelle

37 im Anhang). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Schweregrad der Glücksspielsucht und dem Vorhandensein bzw. Nicht- Vorhandensein eines Migrationshintergrunds ($t(34)=-,518$; $p=0,138$). Der Schweregrad weist bei Spielern ohne Migrationshintergrund einen Mittelwert von 2,97 ($SD=0,47$) auf, für Personen mit Migrationshintergrund wird ein Mittelwert von 3,22 ($SD=0,46$) errechnet (siehe Abbildung 9).

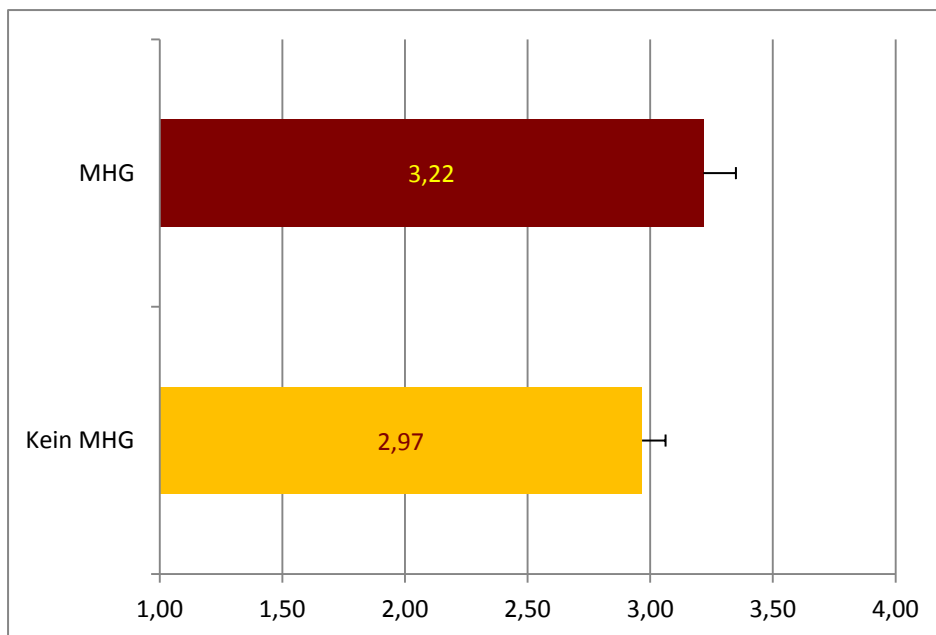


Abbildung 9: Schweregrad der Glücksspielsucht, getrennt nach Personen mit und ohne Migrationshintergrund (1=trifft gar nicht zu; 4=trifft genau zu)

Unterschiede im Glücksspielverhalten zwischen Personen mit bzw. ohne Migrationshintergrund werden mit Hilfe des South Oaks Gambling Screen erfasst (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002). Bezüglich generalisiertem Glücksspielverhalten ist zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund ein tendenziell signifikanter Unterschied belegbar ($z=-1,755$; $p=0,079$; U -Test). Personen mit Migrationshintergrund haben ein stärker generalisiertes Glücksspielverhalten, der Mittelwert liegt bei 6,83 ($SD=3,90$), der Median hat eine Größe von 6,00. In der Gruppe ohne Migrationshintergrund liegt der Mittelwert bei 4,63 ($SD=2,31$), der Median liegt bei 4,00 (siehe Abbildung 10).

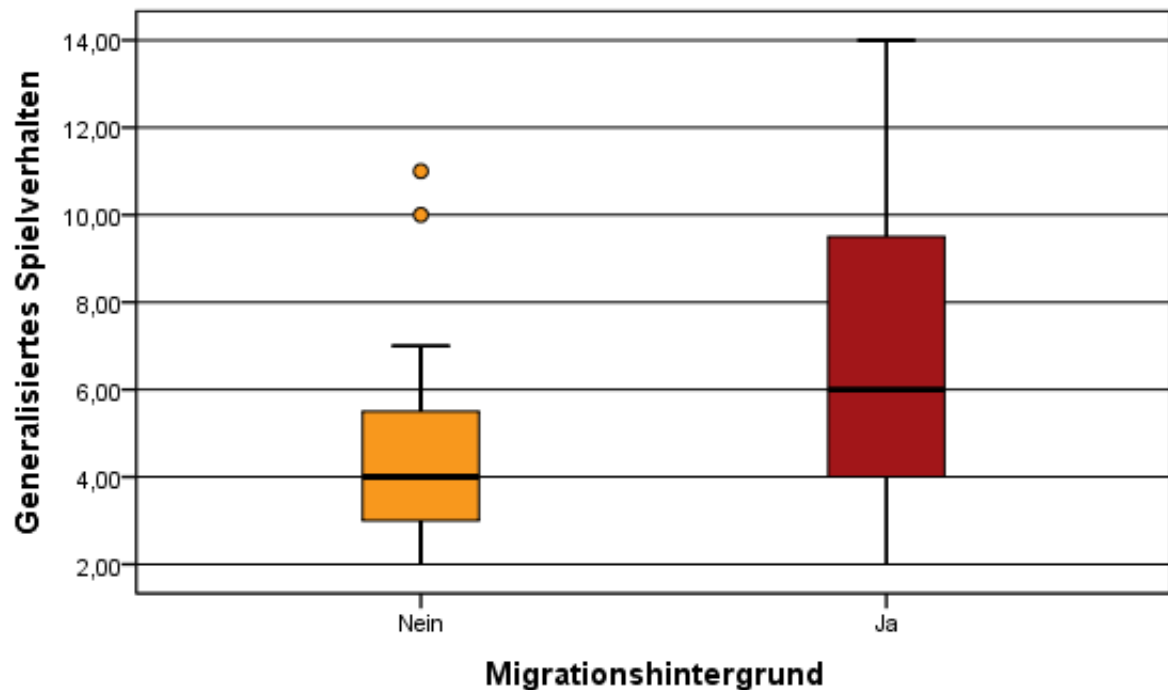


Abbildung 10: Boxplot „Generalisiertes Glücksspielverhalten, getrennt nach Migrationshintergrund

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den restlichen Skalen des SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), nämlich die größte verspielte Summe, die Vorbelastung durch spielende Eltern bzw. Elternteile, die Aufholjagd, die Leugnungsstrategien, die Kritik am Verhalten und die genützte Geldquelle dargestellt.

Größte verspielte Summe:

Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der größten verspielten Summe an einem Tag ($z=-1,095$; $p=0,344$; U -Test). 42% der Personen ohne Migrationshintergrund haben an einem Tag mehr als 10.000 Euro verspielt, bei Personen ohne Migrationshintergrund liegt dieser Prozentsatz bei 58% (siehe Abbildung 11).

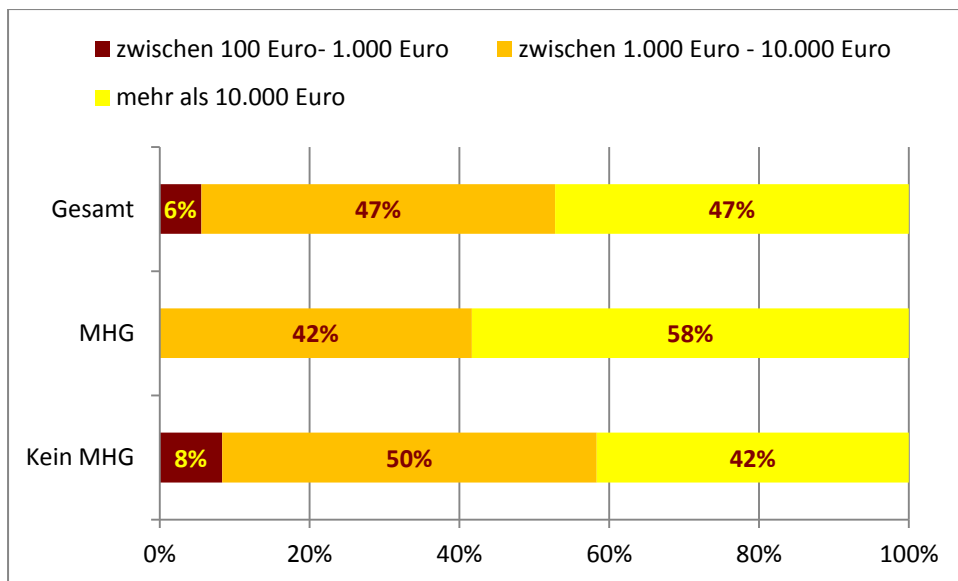


Abbildung 11: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Migrationshintergrund

Vorbelastung durch spielende Eltern bzw. Elternteile:

Der Unterschied ist zwar nicht signifikant ($p=0,278$; Fisher Exact Test), es finden sich aber nur in der Gruppe ohne Migrationshintergrund Personen, die durch das Spielverhalten der Eltern bereits vorbelastet sind (siehe Abbildung 12).

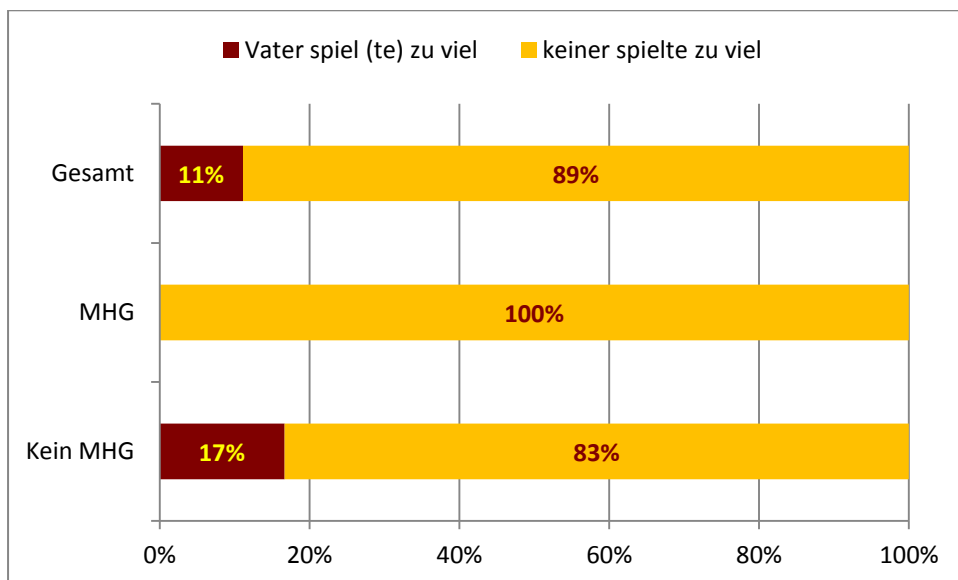


Abbildung 12: Vorbelastung durch spielende Eltern, getrennt nach Migrationshintergrund

Aufholjagd:

Auch bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind, wie in Abbildung 13 erkennbar, keine signifikanten Unterschiede zwischen Spielern mit und ohne Migrationshintergrund belegbar ($z=-1,040$; $p=0,344$ U-Test). 50% der Personen mit Migrationshintergrund geben an, immer eine Aufholjagd nach Verlusten gestartet zu haben, bei Personen ohne Migrationshintergrund sind es 29%. 33% der Personen mit Migrationshintergrund machten meistens eine Aufholjagd, in der Gruppe ohne Migrationshintergrund sind es 46%, die meistens am nächsten Tag versuchten, den Verlust wieder wettzumachen. 8% der Personen mit Migrationshintergrund starteten nie eine Aufholjagd, in der Vergleichsgruppe sind es 4%.

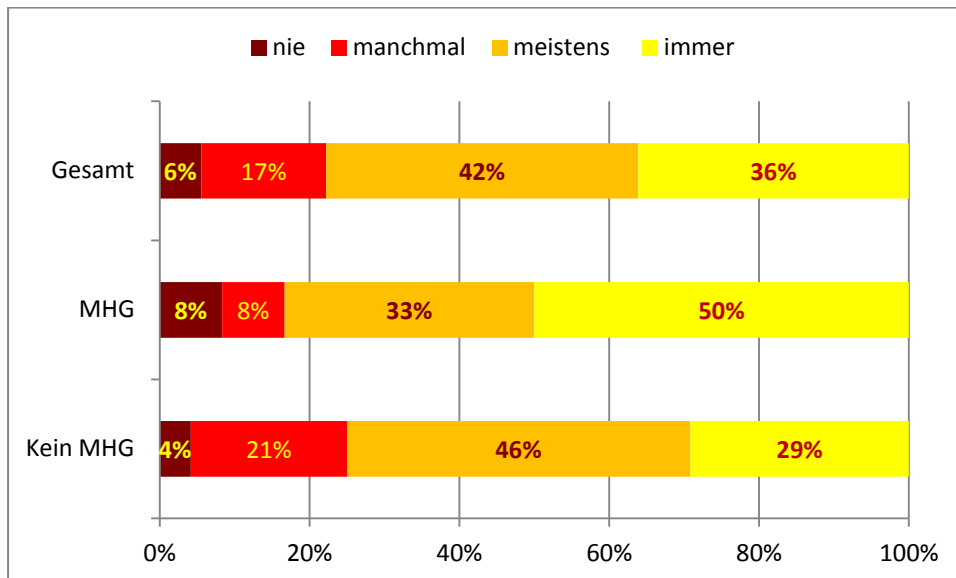


Abbildung 13: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Migrationshintergrund

Leugnungsstrategien:

Es sind keine signifikanten Unterschiede bei den Leugnungsstrategien in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund gegeben. Die entsprechenden Teststatistiken bzw. die deskriptiven Statistiken können Tabelle 23 entnommen werden.

Tabelle 23: Leugnungsstrategien, getrennt nach Migrationshintergrund

		Kein MHG	MHG
		%	&
Haben Sie jemals behauptet, Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach – denn tatsächlich hatten Sie verloren $\chi^2(2)=0,382$; $p=0,826$; χ^2 -Unabhängigkeitstest	nie	33%	25%
	ja, meistens	42%	42%
	ja, aber in weniger als der Hälfte der Fälle in denen ich verlor	25%	33%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben? $p=1$ (Fisher Exact Test)	nein	8%	8%
	ja	92%	92%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0%	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld oder andere Zeichen des Spielens versteckt? $\chi^2(1)=0,060$; $p=0,806$; χ^2 -Unabhängigkeitstest	ja	63%	67%
	nein	38%	33%

Kritik am Verhalten:

Auch bei der Kritik durch andere ist kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gegeben ($z=-0,243$; $p=0,882$; U -Test). Der Median liegt in allen zwei Gruppen bei einem Wert von 3,00, der Mittelwert für die Gruppe ohne Migrationshintergrund liegt bei 2,263 ($SD=0,82$), für die Gruppe mit Migrationshintergrund wird ein Mittelwert von 2,67 ($SD=0,78$) berechnet.

Geldquellen:

Bei den benutzten Geldquellen (siehe Tabelle 24) für das Spielen finden sich einige signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Signifikant sind die Unterschiede bei Ausborgen von Verwandten ($p=0,041$). 92% der Personen mit Migrationshintergrund geben an, von anderen Verwandten Geld geborgt zu haben, bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund sind es nur 58%. Tendenziell signifikante Unterschiede finden sich bei Zugriff auf das Haushaltsgeld ($p=0,058$) und durch Nutzung von Kreditkarten ($p=0,086$). Beide Beschaffungsquellen werden von Personen mit Migrationshintergrund häufiger genutzt als von Personen ohne Migrationshintergrund. 17% der Personen mit Migrationshintergrund geben auch an, Geld von Kredithaien geborgt zu haben, in der Gruppe ohne Migrationshintergrund nutzte kein einziger der Spieler diese Beschaffungsquelle ($p=0,105$).

Tabelle 24: Geldquellen, getrennt nach Migrationshintergrund

	Kein MHG	MHG
	%	%t
... vom Haushaltsgeld ($\chi^2(1)=3,600$; $p=0,058$)	33%	67%
... vom Ehegatten ($\chi^2(1)=0,514$, $p=0,473$)	38%	50%
... von anderen Verwandten ($\chi^2(1)=4,189$; $p=0,041$)	58%	92%
... von Banken, Kreditanstalten ($\chi^2(1)=0,935$; $p=0,334$)	67%	50%
... durch Kreditkarten ($p=0,086$; Fisher Exact Test)	13%	42%
... durch Kredithaie $p=0,105$; Fisher Exact Test)	0%	17%
... durch Aktien, Obligationen ($p=1$; Fisher Exact Test)	4%	8%
... durch Verkauf. von persönlichem oder Familieneigentum ($\chi^2(1)=0,056$; $p=0,813$)	54%	58%
... durch Nutzung von Schecks ($p=1$; Fisher Exact Test)	4%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher ($p=1$; Fisher Exact Test)	8%	8%
... durch Kreditvereinbarung mit Casino ($p=0,253$; Fisher Exact Test)	4%	17%

Nun liegt die Aufmerksamkeit auf der Frage nach Unterschieden abhängig von der Ausbildung der Spieler dieser Stichprobe.

9.2.6.2 Unterschiede nach Ausbildung

Ob sich Spieler mit bzw. ohne Pflichtschulabschluss in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, im Glücksspielverhalten und im Schweregrad der pathologischen Spielsucht signifikant unterscheiden, wird im Folgenden erläutert.

Unterschiede in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten zwischen Personen mit bzw. ohne Pflichtschulabschluss werden mittels FERUS (Jack, 2007) erhoben. Die Überprüfung, auf signifikante Unterschiede zwischen Spielern mit bzw. ohne Pflichtschulabschluss erfolgt mittels *T*-Test für unabhängige Stichproben, da sowohl Normalverteilung als auch Varianzhomogenität angenommen werden können (siehe Tabelle 38 im Anhang). 15 Personen (32%) haben einen Pflichtschulabschluss und 21 (59%) besuchten eine weiterführende Schule (siehe Tabelle 1). Es sind bei keiner einzigen FERUS-Skala (Jack, 2007) signifikante Unterschiede zwischen Personen mit Pflichtschulabschluss und weiterführenden Schulen gegeben. Mittelwert und Standardabweichungen der einzelnen Skalen, sowie die entsprechenden Teststatistiken können Tabelle 25 entnommen werden.

Tabelle 25: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS-Skalen (Jack, 2007) getrennt nach höchstem Schulabschluss sowie Teststatistiken des t-Test für unabhängige Stichproben

	Ausbildung					
	Pflichtschule		Weiterführende A.		Teststatistik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i> (34)	<i>P</i>
Veränderungsmotivation	4,66	0,38	4,54	0,42	0,898	0,376
Coping	3,32	0,79	3,23	0,69	0,334	0,740
Selbstbeobachtung	3,43	0,89	3,27	0,73	0,579	0,566
Selbstwirksamkeit	3,43	1,01	3,32	0,77	0,378	0,708
Selbstverbalisation	3,21	1,08	3,24	0,81	-0,086	0,932
Hoffnung	4,17	0,59	4,31	0,38	-0,907	0,371
Soziale Unterstützung	3,74	1,04	3,88	0,97	-0,403	0,689

Auch beim Schweregrad der Glücksspielsucht, ermittelt durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995), ist kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit einem Pflichtschulabschluss und Personen, welche eine weiterführende Schule besucht haben ($t(34)=1,563$; $p=0,127$), festzustellen. Der Mittelwert für die Gruppe mit einem Pflichtschulabschluss liegt bei 3,19 ($SD=0,47$); für die Gruppenteilnehmer, die eine Lehre oder sonstige weiterführende Schulen besucht haben, wird ein Mittelwert von 2,95 ($SD=0,46$) ermittelt.

Bezüglich generalisiertem Glücksspielverhalten, erhoben durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), ist in Abhängigkeit von der Ausbildung kein signifikanter Unterschied belegbar ($z=-0,407$; $p=0,704$; *U*-Test). Der Median liegt für beide Gruppen bei 4,00, der Mittelwert bei Hauptschulabsolventen liegt bei 5,53 ($SD=3,16$), bei Spielern mit weiterführenden Schulen wird ein durchschnittlicher Wert von 5,24 ($SD=3,08$) ermittelt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den restlichen Skalen des SOGS (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), nämlich die größte verspielte Summe, die Vorbelastung durch spielende Eltern, die Aufholjagd, die Leugnungsstrategien, die Kritik am Verhalten und die benutzte Geldquelle dargestellt.

Größte verspielte Summe:

Personen mit Pflichtschulabschluss unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der größten verspielten Summe an einem Tage von Patienten mit weiterführenden Schulabschlüssen ($z=-0,108$; $p=0,924$; *U*-Test). 47% der Personen mit Pflichtschulabschluss haben an einem Tag

mehr als 10.000 Euro verspielt, bei Personen mit einem weiterführenden Abschluss sind es 48% (siehe Abbildung 14).

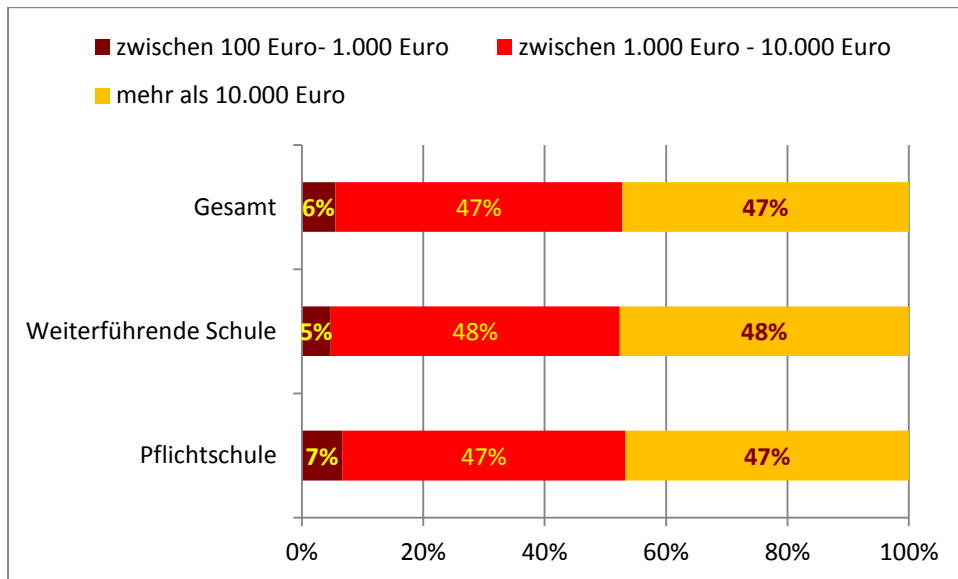


Abbildung 14: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach höchstem Schulabschluss

Vorbelastung durch spielende Eltern bzw. Elternteile:

Auch bezüglich Vorbelastung durch die Eltern ist kein signifikanter Unterschied belegbar ($p=0,626$; Fisher Exact Test). Bei den Studienteilnehmern mit einem Pflichtschulabschluss hat ein Vater (7%) zu viel gespielt, in der Vergleichsgruppe waren es drei (14%).

Aufholjagd:

Bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen belegbar ($z=-2,176$; $p=0,042$, U-Test). 60% der Personen mit Pflichtschulabschluss geben an, immer eine „Aufholjagd“ nach Verlusten gestartet zu haben, bei Personen mit weiterführenden Schulabschlüssen sind es nur 19% (siehe Abbildung 15).

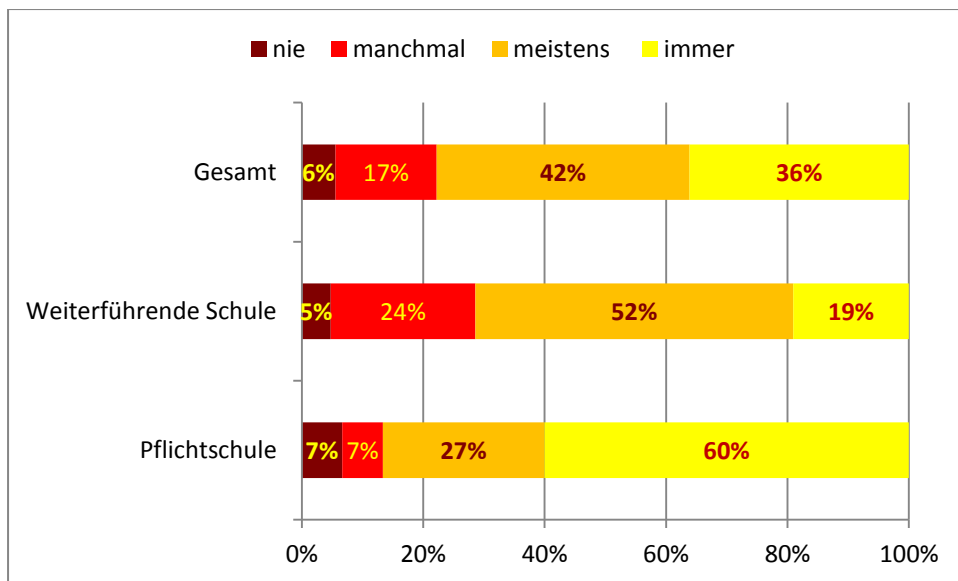


Abbildung 15: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Altersgruppen

Leugnungsstrategien:

Es sind keine signifikanten Unterschiede bei den Leugnungsstrategien in Abhängigkeit vom Schulabschluss gegeben. Die entsprechenden Teststatistiken bzw. die deskriptiven Statistiken können Tabelle 26 entnommen werden.

Tabelle 26: Leugnungsstrategien, getrennt nach Schulabschluss

		Pflichts.	Weiterf. S
		%	%
Haben Sie jemals behauptet, Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach - denn tatsächlich hatten Sie verloren $p=0,295$; Fisher Exact Test	nie	20%	38%
	ja	80%	62%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben? $p=1$ (Fisher Exact Test)	nein	7%	10%
	ja	93%	90%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0%	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld oder andere Zeichen des Spielens versteckt? $p=1$, Fisher Exact Test	ja	67%	62%
	nein	33%	38%

Kritik am Verhalten:

Auch bei der Kritik durch andere ist kein signifikanter Unterschied zwischen Spielern mit Pflichtschulabschluss und weiterführenden Schulabschlüssen gegeben ($z=-0,837$; $p=0,568$; U -

Test). Der Median liegt in beiden Gruppen bei einem Wert von 3,00, der Mittelwert für die Gruppe mit Pflichtschulabschluss liegt bei 2,253 ($SD=0,92$), für die Gruppe mit einem weiterführenden Schulabschluss wird ein Mittelwert von 2,71 ($SD=0,72$) berechnet.

Geldquellen:

Bei den benutzten Geldquellen sind keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Schulbildung gegeben, rein deskriptiv betrachtet sind Auffälligkeiten beim Borgen vom Haushaltsgeld und vom Ehegatten gegeben. Diese Quellen werden von Personen mit weiterführenden Schulen eher häufiger verwendet (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Geldquellen, getrennt nach Schulbildung

	Pflichts.	Weiterf. S
	%	%t
... vom Haushaltsgeld ($\chi^2(1)=1,286$; $p=0,257$)	33%	52%
... vom Ehegatten ($\chi^2(1)=2,380$, $p=0,123$)	27%	52%
... von anderen Verwandten ($\chi^2(1)=0,094$; $p=0,760$)	67%	71%
... von Banken, Kreditanstalten ($\chi^2(1)=0,334$; $p=0,563$)	67%	57%
... durch Kreditkarten ($p=0,424$; Fisher Exact Test)	13%	29%
... durch Kredithaie ($p=0,167$; Fisher Exact Test)	13%	0%
... durch Aktien, Obligationen ($p=0,500$; Fisher Exact Test)	0%	10%
... durch Verkauf. von persönlichem oder Familieneigentum ($\chi^2(1)=2,520$; $p=0,112$)	40%	67%
... durch Nutzung von Schecks ($p=0,417$; Fisher Exact Test)	7%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher ($p=1$; Fisher Exact Test)	7%	10%
... durch Kreditvereinbarung mit Casino ($p=0,559$; Fisher Exact Test)	13%	5%

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse zu den Unterschieden in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus dargestellt.

9.2.6.3 Unterschiede nach Erwerbsstatus

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob es in Abhängigkeit des Erwerbsstatus signifikante Unterschiede in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, im Schweregrad der Spielsucht und im Glücksspielverhalten gibt.

Die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten werden mit Hilfe des FERUS (Jack, 2007) erhoben. Die Überprüfung auf signifikante Unterschiede in den Ressourcen und

Selbstmanagementfähigkeiten in Abhängigkeit des Erwerbsstatus, wird mittels Kruskal-Wallis Test durchgeführt, da die unabhängige Variable Erwerbsstatus drei Ausprägungen hat, die Fallzahlen jedoch gering sind (erwerbstätig: n=10; nicht erwerbstätig: n=19; in Pension: n=7). Es sind bei keiner einzigen Skala des FERUS (Jack, 2007) signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus gegeben. Mittelwert und Standardabweichungen der einzelnen Skalen sowie die entsprechenden Teststatistiken können Tabelle 28 entnommen werden.

Tabelle 28: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS- Skalen (Jack, 2007) getrennt nach Erwerbsstatus sowie Teststatistiken der Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis

	Erwerbsstatus					
	Erwerbstätig		Nicht erwerbstätig		In Pension	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Veränderungsmotivation ($\chi^2(2)=4,272$; $p=0,118$)	4,58	0,39	4,68	0,38	4,36	0,43
Coping ($\chi^2(2)=0,339$; $p=0,844$)	3,19	0,45	3,28	0,87	3,35	0,67
Selbstbeobachtung ($\chi^2(2)=1,713$; $p=0,425$)	3,63	0,47	3,21	0,91	3,27	0,81
Selbstwirksamkeit ($\chi^2(2)=0,526$; $p=0,769$)	3,40	0,68	3,27	1,02	3,57	0,68
Selbstverbalisation ($\chi^2(2)=0,467$; $p=0,792$)	3,32	0,69	3,15	1,03	3,31	0,99
Hoffnung ($\chi^2(2)=3,088$; $p=0,214$)	4,38	0,35	4,28	0,51	4,00	0,51
Soziale Unterstützung ($\chi^2(2)=0,488$; $p=0,784$)	3,63	1,21	3,98	0,77	3,64	1,23

Auch beim Schweregrad der Glücksspielsucht, erhoben durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG; J. Petry & Baulig, 1995), ist in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus kein signifikanter Unterschied gegeben ($\chi^2(2)=3,439$; $p=0,179$; Kruskal-Wallis Test). Der Mittelwert für Erwerbstätige liegt bei 2,92 ($SD=0,45$); für Nichterwerbstätige ergibt sich ein Mittelwert von 3,17 ($SD=0,51$) und für Personen in Pension liegt der Mittelwert bei 2,92 ($SD=0,31$).

Bezüglich generalisiertem Glücksspielverhalten, erhoben durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), ist in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus kein signifikanter Unterschied belegbar ($\chi^2(2)=1,256$; $p=0,534$; Kruskal-

WallisTest). Der Mittelwert für erwerbstätige Personen liegt bei 6,50 ($SD=4,38$; Median=5,00). Für nicht erwerbstätige Spieler ergibt sich ein Mittelwert von 4,63 ($SD=2,31$; Median=4,00). Personen, die bereits in Pension sind, weisen einen Mittelwert von 5,71 ($SD=2,50$; Median= 5,00) auf. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den restlichen SOGS-Skalen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), nämlich die größte verspielte Summe, die Vorbelastung durch spielende Eltern, die Aufholjagd, die Leugnungsstrategien, die Kritik am Verhalten und die benützte Geldquelle dargestellt.

Größte verspielte Summe:

Kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus ist auch bei der größten verspielten Summe gegeben ($\chi^2(2)=0,005$; $p=0,998$; Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis). Die deskriptiven Statistiken können Abbildung 16 entnommen werden.

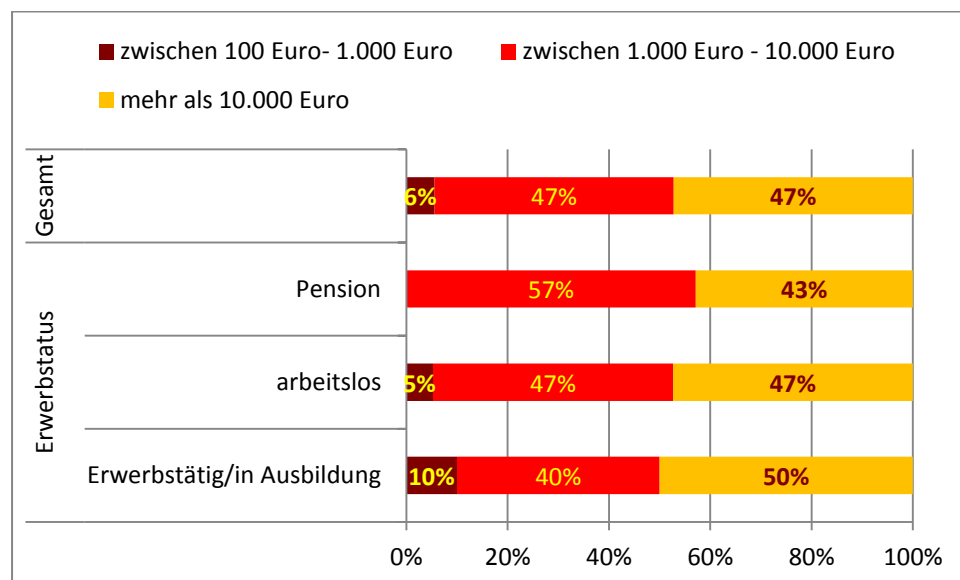


Abbildung 16: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Erwerbsstatus

Vorbelastung durch spielende Eltern:

In der Gruppe der Erwerbstätigen und in der Gruppe der Arbeitslosen sind je zwei Personen vorhanden, deren Väter ebenfalls Spieler waren. Die Unterschiede sind nicht signifikant ($\chi^2(2)=1,682$; $p=0,431$; χ^2 -Unabhängigkeitstest, 50% der Zellen weisen Erwartungswerte < 5 auf.)

Aufholjagd:

Bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind keine signifikanten Unterschiede nach Erwerbsstatus gegeben ($\chi^2(2)=0,431$; $p=0,806$). Bei den Pensionisten haben 29% immer eine Aufholjagd versucht, bei den Arbeitslosen 37% und bei den Erwerbstätigen waren es 40% (siehe Abbildung 17).

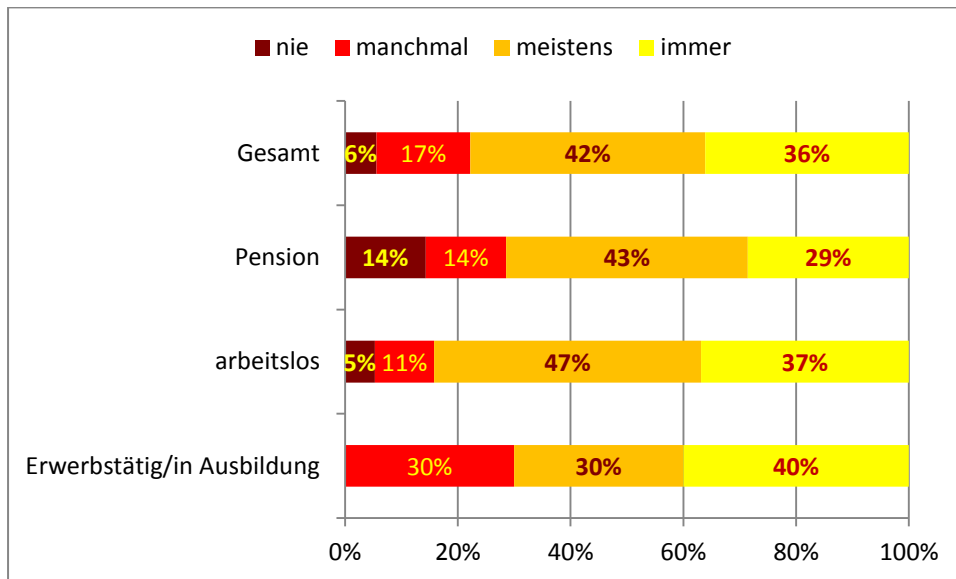


Abbildung 17: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Erwerbsstatus

Leugnungsstrategien:

Auch bezüglich der Leugnungsstrategien sind keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus gegeben. Tabelle 29 gibt ein Überblick über das Antwortverhalten mit entsprechender Teststatistik.

Tabelle 29: Leugnungsstrategien, getrennt nach Erwerbsstatus

		Erwerbst.	Arbeitslose	Pension
		%	%	
Haben Sie jemals behauptet, Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach - denn tatsächlich hatten Sie verloren $\chi^2(2)=0,594; p=0,743$	nie	40%	26%	29%
	ja	60%	74%	71%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben? $\chi^2(2)=0,792; p=0,673$	nein	10%	11%	0%
	ja	90%	89%	100%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0%	0%	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld oder andere Zeichen des Spielens versteckt? $\chi^2(2)=2,472; p=0,291$	ja	80%	63%	43%
	nein	20%	37%	57%

Kritik am Verhalten:

Keine signifikanten Unterschiede sind auch bei der Kritik am Verhalten gegeben ($\chi^2(2)=3,225; p=0,199$; Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis). Für Erwerbstätige wird ein Mittelwert von 2,80 ($SD=0,63$) berechnet, bei Arbeitslosen liegt der Mittelwert bei 2,74 ($SD=0,64$), bei Pensionisten ergibt sich ein Mittelwert von 2,14 ($SD=1,21$).

Geldquellen:

Bei den benutzten Geldquellen (siehe Tabelle 30) ist bei Geldborgern von anderen Verwandten ein signifikanter Unterschied belegbar ($p=0,009$). 89% der Arbeitslosen borgten von anderen Verwandten Geld, bei den Pensionisten sind es nur 29%. Für Erwerbstätige wird ein Prozentsatz von 60% ermittelt. Anzumerken ist jedoch, dass die Validität des χ^2 -Unabhängigkeitstests infrage gestellt ist, weil mehr als 20% der Zellen Erwartungswerte < 5 aufweisen. Berechnet man paarweise Einzelvergleiche, so ist der Unterschied zwischen Arbeitslosen und Pensionisten als signifikant zu bewerten ($p=0,006$, Fisher Exact Test).

Tabelle 30: Geldquellen, getrennt nach Erwerbsstatus

	Erwerbst.	Arbeitslos	Pension
	%	%	%
... vom Haushaltsgeld ($\chi^2(2)=4,051$; $p=0,132$)*	40%	58%	14%
... vom Ehegatten ($\chi^2(2)=1,994$; $p=0,369$)*	30%	53%	29%
... von anderen Verwandten ($\chi^2(2)=9,524$; $p=0,009$)*	60%	89%	29%
... von Banken, Kreditanstalten ($\chi^2(1)=3,625$; $p=0,163$)*	70%	47%	86%
... durch Kreditkarten ($\chi^2(2)=0,620$; $p=0,733$)*	30%	21%	14%
... durch Kredithaie ($\chi^2(2)=1,895$; $p=0,388$)*	0%	11%	0%
... durch Aktien, Obligationen ($\chi^2(2)=0,791$; $p=0,673$)*	10%	5%	0%
... durch Verkauf. von persönlichem oder Familieneigentum ($\chi^2(2)=2,589$; $p=0,274$) *	60%	63%	29%
... durch Nutzung von Schecks ($\chi^2(2)=4,261$; $p=0,119$)	0%	0%	14%
... durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher ($\chi^2(2)=2,653$; $p=0,265$)	20%	5%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Casino ($\chi^2(2)=0,792$; $p=0,673$)*	10%	11%	0%

Legende: *: Mehr als 20% der erwarteten Häufigkeiten sind <5 .

Als nächster Schritt werden im Kapitel (9.2.6.4) die Ergebnisse zu den Unterschieden in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße dargestellt.

9.2.6.4 Unterschiede nach Haushaltsgröße

Die Frage, ob sich Spieler in Abhängigkeit der Haushaltsgröße in den Ressourcen oder Selbstmanagementfähigkeiten, im Glücksspielverhalten und im Schweregrad der pathologischen Spielsucht unterscheiden, soll im nächsten Abschnitt untersucht werden.

Ob signifikante Unterschiede in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten in Abhängigkeit der Haushaltsgröße vorliegen wird mittels dem Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007) erhoben. Die Überprüfung auf signifikante Unterschiede wird für alle FERUS-Skalen (Jack, 2007) bis auf „Veränderungsmotivation“ mittels *T*-Test für unabhängige Stichprobe durchgeführt, da für alle anderen Skalen sowohl Normalverteilung als auch Varianzhomogenität angenommen werden kann (siehe Tabelle 39 im Anhang). Für die Skala „Veränderungsmotivation“ wird ein *U*-Test durchgeführt. 17 Personen (47 %) sind alleinlebend, 19 (53%) wohnen mit mindestens einer weiteren Person in einem Haushalt (siehe Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1). Bei

keiner Skala sind signifikante Unterschiede gegeben (siehe Tabelle 31). Bei den Skalen „Selbstbeobachtung“ ($p=0,079$) und „Selbstverbalisation“ ($p=0,058$) geben Personen, die nicht alleinlebend sind, sowohl höhere Werte in der Skala „Selbstverbalisation“ ($M=3,50$; $SD=0,83$) als auch in der Skala „Selbstbeobachtung“ an ($M=3,56$; $SD=0,73$) als Personen, die alleine leben, hier liegen die Mittelwerte für Selbstbeobachtung bei $M=3,09$ ($SD=0,80$) und bei Selbstverbalisation bei $M=2,92$ ($SD=0,94$).

Tabelle 31: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS-Skalen (Jack, 2007) getrennt nach Haushaltsgröße sowie Teststatistiken des T-Test für unabhängige Stichproben

	Ausbildung					
	Alleinlebend		Nicht allein lebend		Teststatistik	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i> (34)/ <i>z</i>	<i>P</i>
Veränderungsmotivation	4,46	0,49	4,71	0,25	-1,343	0,186
Coping	3,11	0,67	3,41	0,76	-1,235	0,225
Selbstbeobachtung	3,09	0,80	3,56	0,73	-1,812	0,079
Selbstwirksamkeit	3,19	0,93	3,52	0,80	-1,148	0,259
Selbstverbalisation	2,92	0,94	3,50	0,83	-1,960	0,058
Hoffnung	4,12	0,54	4,37	0,39	-1,559	0,128
Soziale Unterstützung	3,65	0,98	3,97	0,99	-0,991	0,329

Beim Schweregrad der Glücksspielsucht, ermittelt durch den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995) ist in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße kein signifikanter Unterschied gegeben ($t(34)=-0,417$; $p=0,679$). Der Mittelwert für Alleinlebende liegt bei 2,92 ($SD=0,45$); für Nichterwerbstätige ergibt sich ein Mittelwert von 3,01 ($SD=0,46$), wohnt der Spieler mit weiteren Personen zusammen, so ergibt sich ein Mittelwert von 3,08 ($SD=0,50$).

Bezüglich generalisiertem Glücksspielverhalten, erhoben durch den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), ist in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße kein signifikanter Unterschied belegbar ($z=-1,062$; $p=0,300$ U-Test). Der Median für Personen, die alleine leben, liegt bei 5,00 ($M=5,82$; $SD=3,07$), für Personen, die in größeren Haushalten leben, wird ein Median von 4 ermittelt ($M=4,95$; $SD=3,10$).

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den restlichen SOGS-Skalen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002), nämlich die größte verspielte Summe, die

Vorbelastung durch spielende Eltern, die Aufholjagd, die Leugnungsstrategien, die Kritik am Verhalten und die benützten Geldquellen dargestellt.

Größte verspielte Summe:

Bezüglich größter verspielter Summe hat die Haushaltsgröße keinen signifikanten Einfluss ($z=-0,909$; $p=0,433$; U -Test). 53% der Alleinlebenden geben an, mehr als 10.000 Euro an einem Tag verspielt zu haben, bei Spielern in Mehrpersonenhaushalten sind es 42% (siehe Abbildung 18).

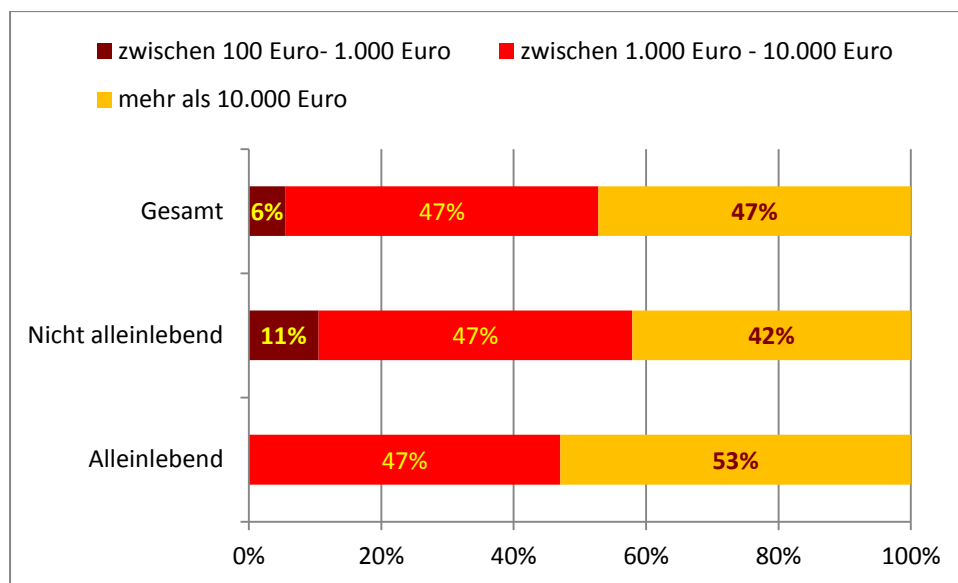


Abbildung 18: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Haushaltsgröße

Vorbelastung durch spielende Eltern:

Auch bezüglich Vorbelastung durch die Eltern ist kein signifikanter Unterschied belegbar ($c=1$; Fisher Exact Test). Bei den Personen, die allein leben, geben 12% ($n=2$) an, dass der Vater zu viel spielte, bei der Vergleichsgruppe sind es 11% ($n=2$).

Aufholjagd:

Bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nach Haushaltsgröße belegbar ($z=-0,186$; $p=0,876$, U -Test). Spieler aus Einpersonenhaushalten geben zu 41% an, immer bzw. zu 35% meistens eine Aufholjagd versucht zu haben, bei Personen aus größeren Haushalten antworten 32% mit immer und 47% mit meistens (siehe Abbildung 19).

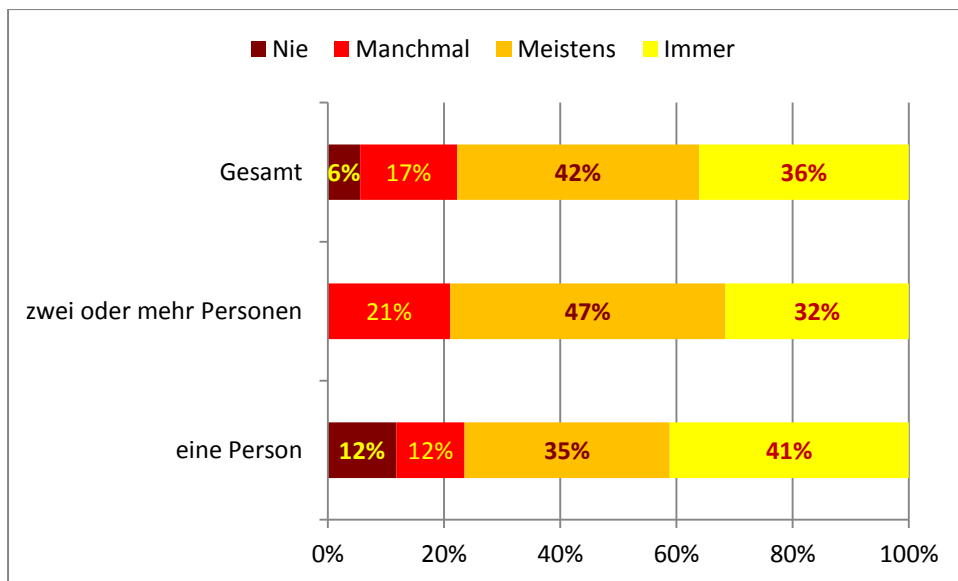


Abbildung 19: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Haushaltsgröße

Leugnungsstrategien:

Es sind keine signifikanten Unterschiede bei den Leugnungsstrategien in Abhängigkeit von der Haushaltsgröße gegeben. Die entsprechenden Teststatistiken bzw. die deskriptiven Statistiken können Tabelle 32 entnommen werden.

Tabelle 32: Leugnungsstrategien, getrennt nach Haushaltsgröße

		Alleinlebend	Nicht allein lebend
		%	%
Haben Sie jemals behauptet Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach - denn tatsächlich hatten Sie verloren $\chi^2(1)=1,712$; $p=0,191$	nie	41%	21%
	ja	59%	79%
Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben? ($p=0,593$; Fisher Exact Test)	nein	12%	5%
	ja	88%	95%
	ja, in der Vergangenheit, aber zur Zeit nicht	0%	0%
Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld oder andere Zeichen des Spielens versteckt? $\chi^2(1)=1,673$; $p=0,196$	ja	53%	74%
	nein	47%	26%

Kritik am Verhalten:

Auch bei der Kritik durch andere ist kein signifikanter Unterschied zwischen Studienteilnehmern, die alleine leben, und Patienten aus Mehrpersonenhaushalten gegeben ($z=-0,069$; $p=0,975$).

Geldquellen:

Bei den benutzten Geldquellen sind keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit der Haushaltsgröße gegeben. Die entsprechenden Teststatistiken bzw. die deskriptiven Statistiken können Tabelle 33 entnommen werden.

Tabelle 33: Geldquellen, getrennt nach Haushaltsgröße

	Alleinlebend	Nicht allein lebend
	%	%t
... vom Haushaltsgeld ($\chi^2(1)=0,089$; $p=0,765$)	47%	42%
... vom Ehegatten ($\chi^2(1)=0,020$; $p=0,888$)	41%	42%
... von anderen Verwandten ($\chi^2(1)=0,175$; $p=0,676$)	71%	68%
... von Banken, Kreditanstalten ($\chi^2(1)=0,032$; $p=0,858$)	65%	58%
... durch Kreditkarten ($p=1$; Fisher Exact Test)	24%	21%
... durch Kredithaie ($p=0,167$; Fisher Exact Test)	0%	11%
... durch Aktien, Obligationen ($p=1$; Fisher Exact Test)	6%	5%
... durch Verkauf. von persönlichem oder Familieneigentum ($\chi^2(1)=0,139$; $p=0,709$)	59%	53%
... durch Nutzung von Schecks ($p=1$; Fisher Exact Test)	6%	0%
... durch Kreditvereinbarung mit Buchmacher ($p=01$; Fisher Exact Test)	6%	11%
... durch Kreditvereinbarung mit Casino ($p=0,231$; Fisher Exact Test)	0%	16%

Im Kapitel 9.2.7 werden die Ergebnisse zu einem möglichen Zusammenhang zwischen der Dauer der Glücksspielsucht und den Selbstmanagementfähigkeiten, also den FERUS-Skalen, dargestellt.

9.2.7 Zusammenhang zwischen der Dauer der Glücksspielsucht und den FERUS-Skalen (Jack, 2007)

Zwischen der Dauer der Glücksspielsucht und den FERUS-Skalen (Jack, 2007) lässt sich kein signifikanter Zusammenhang beobachten, es liegt aber eine tendenziell signifikante Korrelation mit der Skala „Hoffnung“ vor ($r=0,290$; $p=0,086$). Wie in Tabelle 34 ersichtlich, korrelieren der Schweregrad der Spielsucht und die Spieldauer ebenfalls nicht signifikant miteinander ($r=0,003$; $p>0,10$).

Tabelle 34: Pearson Produktmomentkorrelationen von FERUS-Skalen (Jack, 2007) und Schweregrad der Glücksspielsucht mit Dauer der Glücksspielsucht

	<i>r</i>
Veränderungsmotivation	-0,118
Coping	-0,074
Selbstbeobachtung	-0,186
Selbstwirksamkeit	-0,055
Selbstverbalisation	-0,243
Hoffnung	-0,290
Soziale Unterstützung	-0,262
Schweregrad der Glücksspielsucht	0,003

Als Nächstes soll im Kapitel (9.2.8) die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Veränderungsmotivation und dem Schweregrad der Glücksspielsucht beantwortet werden.

9.2.8 Zusammenhang von Veränderungsmotivation und dem Schweregrad der Glücksspielsucht

Eine signifikant positive Korrelation besteht zwischen Veränderungsmotivation und Schweregrad der Glücksspielsucht ($r=0,412$; $p<0,05$). Ein höherer Schweregrad ist auch mit einer hohen Veränderungsmotivation assoziiert. Eine signifikant negative Korrelation existiert zwischen der Skala „Selbstwirksamkeit“ mit dem Schweregrad der Spielsucht ($r=-0,347$; $p<0,05$). Weitere signifikante Korrelationen sind nicht gegeben (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Pearson Produktmomentkorrelationen von FERUS-Skalen (Jack, 2007) mit Schweregrad der Glücksspielsucht

	<i>r</i>
Veränderungsmotivation	0,412*
Coping	-0,141
Selbstbeobachtung	-0,237
Selbstwirksamkeit	-0,347*
Selbstverbalisation	-0,151
Hoffnung	0,076
Soziale Unterstützung	-0,067

9.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Auswertung des South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) veranschaulicht, dass Glücksspielautomaten von Spielern dieser Stichprobe präferiert werden. Es können mit Hilfe des FERUS (Jack, 2007) keine gravierenden Ressourcendefizite der Patienten festgestellt werden. Untersucht man das Glücksspielverhalten getrennt nach dem Alter, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Auch in therapielevanten Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen gefunden worden. Ältere Spieler spielen jedoch signifikant länger als die Vergleichsgruppe der jüngeren Studienteilnehmer, und der Schweregrad der Spielsucht ist bei älteren signifikant höher als bei den jüngeren Spielern. Bezüglich der Frage nach Unterschieden in soziodemographischen Variablen können folgende Ergebnisse berichtet werden: Ein Drittel der Stichprobe setzt sich aus Personen mit Migrationshintergrund zusammen. Bei der Frage nach der benutzten Geldquelle gibt es signifikante Unterschiede zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Personen ohne Migrationshintergrund. Hinsichtlich der Unterschiede in der Ausbildung zeigte sich in der Aufholjagd zwischen Personen mit und ohne Pflichtschulabschluss ein signifikanter Unterschied. In weiteren soziodemographischen Variablen (Haushaltsgröße, Erwerbsstatus, Ausbildung) haben sich keine signifikanten Unterschiede ergeben. Ist die Glücksspielsucht stark ausgeprägt, ist auch die Motivation, etwas an der aktuellen Situation ändern zu wollen, in hohem Maße vorhanden. Die Hoffnung, also die Fähigkeit sich selbst und die Umwelt positiv zu sehen (Jack, 2007), sinkt in dieser Stichprobe mit der Dauer der pathologischen Spielsucht.

10 Interpretation und Diskussion

Der nachfolgende Abschnitt behandelt die Interpretation und Diskussion der gewonnenen Studienergebnisse zu den vorab formulierten Forschungsfragen. Als Erstes werden die Befunde zum Glücksspielverhalten, zu den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der Stichprobe und die Befunde zu den soziodemographischen Daten erläutert und interpretiert. Außerdem werden Bezüge zur vorhandenen Literatur hergestellt. Im nächsten Abschnitt werden die Befunde zu den gestellten Forschungsfragen im Einzelnen interpretiert, wobei ebenfalls Vergleiche mit der Literatur gezogen werden.

10.1 Beschreibung des Glücksspielverhaltens der Stichprobe

Die Auswertung des South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) zeigt, dass Glücksspielautomaten die Art von Glücksspiel sind, welches von den befragten Spielern am meisten gespielt wird. 35 Personen (97%) dieser Stichprobe spielten mehrmals pro Woche mit Slot machines oder anderen Spielautomaten, nur eine Person (3%) in dieser Stichprobe gab an, nie mit Automaten gespielt zu haben (siehe Tabelle 4 im Kapitel 9.1.2). Dieser Befund ist durchaus konform mit der Literatur zu diesem Thema (Boreham et al., 1996; Kalke et al., 2011; J. Petry, 1996; Southwell et al., 2008). Auch nach dem Tätigkeitsbericht der anonymen Spieler in Österreich (Horodecki, 2006) werden die Automaten als problematischste und meistgenannte Spielart genannt. Als zweitbeliebteste Spielart zählt in dieser Stichprobe das Spielen im Casino (25%), gefolgt von Kartenspielen um Geld (19%) und den Sportwetten (19%). In Tabelle 4 im Kapitel 9.1.2, ist ersichtlich, das Lotto von 4 Personen (11%) oft (ein- oder mehrmals pro Woche) gespielt wird, während die Würfelspiele, Tierwetten, Bingo, Bowlen oder andere Fertigkeitsspiele um Geld und das Spielen am Aktienmarkt von der Mehrheit der Befragten nie gespielt wird (Würfelspiele: 81%, Tierwetten: 86%, Bingo, Bowlen oder andere Fertigkeitsspiele um Geld: 83%, Spielen am Aktienmarkt: 92%). Betrachtet man die Befragung von Spielern terrestrischer Glücksspielangebote von Kalke et al. (2011), so zeigt sich eine Ähnlichkeit bezüglich der Beliebtheit des Automatenspielens. Sowohl in der Literatur (Kalke et al., 2011) als auch in dieser Studie lässt sich der höchste Anteil pathologischer Spieler bei den Automatenspielern finden. Bezüglich der höchsten, an einem Tag verspielten Geldsumme, zeigt sich in der hier befragten Stichprobe, dass 17 Personen (47%) an einem Tag mehr als 10.000 Euro verspielt haben. Weitere 17 (47%) geben an, dass an einem Tag zwischen 1000

und 10.000 Euro eingesetzt wurden (siehe Tabelle 5 im Kapitel 9.1.2) Angesichts des hohen verspielten Einsatzes an einem Tag, kann man von Kontrollverlust ausgehen. Dieser tritt bei Spielern ein, welche sich in der Suchtphase befinden (Bachmann & El-Ahkras, 2010). Dies ist ein Hinweis darauf, dass es ist zu diesem Zeitpunkt wohl schon zu einer sogenannten Toleranzveränderung gekommen ist, woraus folgt, dass der Spieler den Einsatz steigern muss, um die angestrebten positiven Gefühle, die das Spielen für den Betreffenden auslöst, erleben zu können (Bachmann & El-Ahkras, 2010). Das Geld bekommt bei Glücksspielsüchtigen laut J. Petry (1996) eine magische Bedeutung, da es Gefühle von Macht, Kontrolle und Überlegenheit ermöglicht. Man spricht von einem Einstellungswandel, da der Spielsüchtige den Wert des Geldes bagatellisiert, er betrachtet es als „Spielgeld“. J. Petry (1996) spricht in diesem Fall von Geldentwertung. Der Spieler muss im Laufe einer Therapie den Umgang mit Geld wieder neu erlernen, um seinen Alltag bewältigen zu können (Zanki & Fischer, 2009). Im Glücksspielverhalten der Studienteilnehmer zeichnet sich auch die im Kapitel 4.5.1 beschriebene Aufholjagd ab. Diese findet laut J. Petry (1996) in der im Kapitel 4.4 beschriebenen „Verlustphase“ statt. Ein Drittel der stationären Spieler gibt an, nach jedem Verlust am nächsten Tag das verlorene Geld zurückgewinnen zu wollen. Fast die Hälfte (47%) der Befragten versuchte meistens eine Aufholjagd, lediglich zwei Studienteilnehmer (6%) geben an, nie den Verlust des Vortags zurückspielen zu wollen (siehe Tabelle 6 im Kapitel 9.1.2). Anzunehmen ist, dass die hier befragten Spieler die „Gewinnphase“ bereits durchlebt haben. Da es durch hohe Geldverluste auch zu einer Selbstwertminderung gekommen ist, ausgelöst durch eine scheinbare Abnahme an Wichtigkeit, Anerkennung und Macht (J. Petry, 1996), steigert sich das Spielverhalten in dieser „Verlustphase“ immer mehr, und der Aufschluss neuer Geldquellen wird nötig. Auch dies zeigt sich in der Stichprobe der befragten Spieler. Wie in Tabelle 7 im Kapitel 9.1.2 ersichtlich, stellt die am häufigsten benutzte Quelle der Geldbeschaffung Verwandte (69%) dar, gefolgt von Kreditanstalten (61%). Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Phase ist die Tatsache, dass der Spieler versucht, seine Spielteilnahme Verwandten gegenüber zu verheimlichen. Auch dies lässt sich in dieser Stichprobe bestätigen. Bei 64% der Spieler zeichnet sich ab, dass sie ihr Spiel zu verheimlichen versuchten (siehe Tabelle 8 im Kapitel 9.1.2). Wie sehr Angehörige eines Spielers in die Sucht miteinbezogen werden zeigt die Tatsache, dass bei vorliegender Studie der Verkauf von persönlichem oder Familieneigentum als dritt häufigste (56%) Geldquelle genannt wird (siehe Tabelle 7 im Kapitel 9.1.2). Dieses Faktum ist konform mit der Aussage von Lesieur und Custer (1984, zit. nach Meyer &

Bachmann, 2011). Die Autoren schätzen, dass ein Glücksspielsüchtiger zehn bis 15 Personen aus dem sozialen Umfeld in die Sucht miteinbezieht.

Betrachtet man die Ergebnisse des FERUS (Jack, 2007), so konnten bei den hier befragten Spielern keine gravierenden Ressourcendefizite festgestellt werden (siehe Kapitel 9.1.3). In der gesamten Stichprobe ist eine relativ hohe soziale Unterstützung gegeben (siehe Tabelle 16 im Kapitel 9.1.3.7). Dies ist ein interessantes Ergebnis, da laut Bachmann und EL-Ahkras (2010) das Suchtverhalten häufig auf Probleme in sozialen Beziehungen zurückgeführt wird. Die in dieser Studie befragten Spieler nehmen ihre sozialen Beziehungen als hilfreich und unterstützend wahr. Sie erleben dadurch laut Jack (2007) ein Gefühl von Anerkennung und besitzen die Fähigkeit jemanden um Hilfe zu bitten bzw. Unterstützung anzunehmen. Die soziale Unterstützung stellt eine wichtige und gesundheitsrelevante Ressource dar (Jack, 2007), soziale Ressourcen beeinflussen die Entwicklung des Kohärenzgefühls, welches wiederum für die Gesundheit eines Menschen verantwortlich ist (Wydler, 2010). Für die anderen Selbstmanagementfähigkeiten Coping, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Selbstverbalisation ergeben sich Mittelwerte von 3,27 ($SD= 0,72$) bis 3,36 ($SD= 0,87$), also mittelmäßige Ausprägungen. Auffallend ist die häufige Zustimmung im mittleren Bereich. Eine Erklärung hierfür kann die Tendenz zur Mitte bzw. die zentrale Tendenz bieten (Bortz & Döring, 2006). Laut Bortz und Döring (2006) verzichten geradzahlige Antwortformate auf eine neutrale Kategorie und zwingen den Befragten damit zu einer richtungsweisenden Antwort. Die Veränderungsmotivation ist bei den befragten Spielern als hoch einzuschätzen (siehe Tabelle 12 im Kapitel 9.1.3.3). Nach Jack (2007) geht die Höhe der Veränderungsmotivation mit dem Leidensdruck einher. Eine hohe Veränderungsmotivation ist im Rahmen einer stationären Therapie wünschenswert. Es würde keinen Sinn machen mit dem Patienten an den Ursachen seiner Erkrankung zu arbeiten, wenn dieser sich nicht als behandlungsbedürftig erlebt (Zanki & Fischer, 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Glücksspielautomaten von den Spielern des Anton Proksch Instituts in dieser Stichprobe bevorzugt wurden (siehe Tabelle 4 im Kapitel 9.1.2). Geldverluste über 1.000 Euro an einem Tag wurden von 34 der Befragten (99%) genannt (siehe Tabelle 5 im Kapitel 9.1.2.). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass keine gravierenden Ressourcendefizite der Patienten festgestellt werden konnten (siehe Kapitel 9.1.3).

10.2 Glücksspielverhalten getrennt nach Altersgruppen

Untersucht man das Glücksspielverhalten der Studienteilnehmer getrennt nach dem Alter, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (siehe Kapitel 9.2.1). Dieser Befund steht nicht in Einklang mit den Studienergebnissen von McNeilly und Burke (2001), Wiebe (2000) und J. Petry (2001). Die Studien von McNeilly und Burke (2001) bzw. Wiebe (2000) beschäftigten sich ebenfalls mit dem Vergleich von jungen und alten Spielern, wobei signifikante Unterschiede im Glücksspielverhalten berichtet werden konnten. Während McNeilly und Burke (2001) Bingo und Casinospiele als die am meist ausgeübten Spielarten der älteren Generation nennen, bevorzugten die älteren Studienteilnehmer von Wiebe (2000) das Spielen an Spielautomaten. Dieser Befund wird von J. Petry (2001), Grant et al. (2001) und Boreham et al. (1996) gestützt. In der vorliegenden Stichprobe ist das Automatenspiel bei älteren und bei jüngeren Spielern die beliebteste Variante. Bezüglich der größten verspielten Summe, der Aufholjagd, Leugnungsstrategien und der Kritik am Spielverhalten und der Geldquelle unterscheiden sich die beiden Altersgruppen nicht signifikant voneinander. Rein deskriptiv ist jedoch zu erkennen, dass Ältere eine höhere Summe am Tag verspielen als Jüngere (siehe Abbildung 4 im Kapitel 9.2.1). 64% der älteren Spieler gaben an, an einem Tag mehr als 10.000 Euro verspielt zu haben. Ansonsten ist das Erscheinungsbild einer Glücksspielsucht, wie im Kapitel 4.3. beschrieben, für Spieler jeden Alters zutreffend.

In der Literatur (Meyer & Bachmann, 2011) wird darauf hingewiesen, dass Kinder, besonders Söhne aus Familien mit einem pathologisch spielenden Elternteil, eine Risikogruppe für die Entwicklung einer pathologischen Spielsucht darstellen. Ähnlich den Erkenntnissen aus den stoffgebundenen Abhängigkeiten sind auch Kinder von pathologischen Spielern besonders gefährdet, das im Elternhaus erlernte Problemverhalten im zukünftigen Leben selbst anzuwenden (Meyer & Bachmann, 2011). Die Mehrheit der Befragten (89%) gaben in dieser Studie an, dass sie von elterlicher Seite bezüglich des Spielens nicht vorbelastet waren (siehe Abbildung 4 im Kapitel 9.2.1). Der Einfluss des Modelllernens ist jedoch nicht zu unterschätzen, da auch Freunde und Verwandte Vorbildfunktion und Einfluss auf das Verhalten der betreffenden Person haben können (Butcher, et al., 2009). Das soziale Umfeld des Spielers hat mit Sicherheit einen Einfluss auf die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer Spielsucht (Meyer & Bachmann, 2011).

Im Folgenden werden Unterschiede in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der beiden Altersgruppen betrachtet.

10.3 Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten getrennt nach Altersgruppen

In den sieben Skalen des FERUS (Jack, 2007) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen gefunden werden (siehe Kapitel 9.2.2).

Bei vorliegender Untersuchung ergibt sich für die therapierelevante Ressource soziale Unterstützung eine Zufriedenheit der Befragten mit ihren sozialen Beziehungen (siehe Abbildung 6 im Kapitel 9.2.2). Sie erfahren dadurch ein Gefühl von Anerkennung und Wertschätzung und sind Bestandteil eines Freundeskreises mit ähnlichen Interessen (Bilt et al., 2004; Desai et al., 2004; Grant et al., 2001). Bei vorliegender Studie ist der Zeitpunkt der Therapie und somit der Befragung zu beachten. Die Spieler sind in der Anfangsphase ihres stationären Aufenthalts und erst kurze Zeit abstinent. Möglicherweise können sie nicht zwischen vermeintlicher Anerkennung (wie in Spielerkreisen) und sozialen Beziehungen im realen Umfeld differenzieren. Hiermit können vor allem die weitverbreiteten Annahmen bzw. die Befunde mehrerer Studien (Clarke, 2008; Desai et al., 2004; Hirsch, 2000; Hope & Havir, 2002; Langewisch, 2005) nicht gestützt werden. Diese nennen die Bedeutung der sozialen Integration durch das Spielen und die Möglichkeit soziale Kontakte knüpfen zu können als Hauptmotivation älterer Personen um am Glücksspiel teilzunehmen. Die extrinsische Motivation, nämlich der monetäre Gewinn, ist laut diesen Studien nebensächlich. Auch dies steht nicht in Einklang mit den vorliegenden Studienergebnissen. Mehr ältere Studienteilnehmer als jüngere gaben an, an einem Tag mehr als 10.000 Euro verspielt zu haben. Entweder unterliegen ältere Spieler einem stärkeren Kontrollverlust oder der Geldgewinn scheint auch für Ältere von Bedeutung zu sein.

Die Tendenz, sich selbst, die Umwelt und die persönliche Zukunft positiv zu sehen, ist sowohl bei den jüngeren ($M= 4,31$; $SD= 0,48$) als auch bei den älteren ($M= 4,16$; $SD=0,49$) Spielern gegeben (siehe Abbildung 6 im Kapitel 9.2.2) Die Reliabilitätsanalyse dieser Skala ergab einen Wert von Cronbach- α 0,68. Die Zuverlässigkeit dieser Skala ist daher leider als gering einzuschätzen.

Aus den vorliegenden Testergebnissen kann man erkennen, dass sowohl jüngere als auch ältere Spieler die Fähigkeit besitzen, eigene Empfindungen und das Verhalten in Belastungssituationen zu beobachten und zu steuern, und diese, falls nötig, einer kognitiven Umstrukturierung zu unterziehen (Jack, 2007). Dies ist, bezogen auf die ab 50-Jährigen literaturkonform (Bodemann & Widmer, 2000). Auch beim Erkennen von kritischen Situationen sowie in der Fähigkeit das eigene Verhalten zu beobachten und zielorientiert zu verändern, erweisen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen (siehe Abbildung 6 im Kapitel 9.2.2). Bei den Skalen „Coping“ und „Selbstwirksamkeit“ sind statistisch keine signifikanten Unterschiede belegbar, rein deskriptiv lassen sich marginale Unterschiede in den Mittelwerten erkennen. Wie in Abbildung 6 im Kapitel 9.2.2, zu sehen, weisen ältere Spieler in der Skala „Selbstwirksamkeit“ niedrigere Werte ($M= 3,20$; $SD= 0,85$) auf als jüngere ($M= 3,47$; $SD= 0,88$). In der Skala „Coping“ verhält es sich genau umgekehrt. Hier zeigen sich bei den Älteren marginal höhere Werte als in der jüngeren Altersgruppe (Abbildung 6 im Kapitel 9.2.2). Die Skala „Coping“ erfasst nicht nur die Fähigkeit, geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln und anzuwenden, sondern auch jene, unveränderbare Situationen zu akzeptieren und hinzunehmen (Jack, 2007). Dass ältere Personen auf dieser Dimension einen etwas höheren Wert erzielen, ist möglicherweise mit der von Lazarus (1999) beschriebenen höheren Akzeptanz von Veränderungen und damit verbundenen erfolgreicherem situationalen Anpassungsfähigkeiten zu erklären (Bodenmann & Widmer, 2000). Die hohe Ausprägung der Veränderungsmotivation in beiden Altersgruppen ist besonders hervorzuheben (siehe Tabelle 12 im Kapitel 9.1.3.3). Höchste Zustimmung erhalten dabei die Aussagen: „Ich habe mit dieser Therapie den ersten Schritt in die richtige Richtung gemacht und möchte nun mein Leben in einigen Bereichen verändern“ und „Ich möchte unbedingt einige Dinge in meinem Leben verändern, sodass ich wieder Freude am Leben finde“. Wenig Zustimmung findet sich bei dem Item „Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation ändere, wird es in meinem Beruf immer schwieriger“ (siehe Tabelle 12 im Kapitel 9.1.3.3). Eine Erklärung würde hierfür die Tatsache bieten, dass mehr als die Hälfte der Spieler zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos war und so dem Item nur wenig Zustimmung beipflichten konnte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine der beiden Altersgruppen durch gravierende Ressourcendefizite charakterisiert ist.

10.4 Schweregrad der Glücksspielsucht getrennt nach Altersgruppen

Der Schweregrad der Spielsucht der älteren Spieler unterscheidet sich signifikant von der jungen Altersgruppe (siehe Abbildung 7 im Kapitel 9.2.3). Eine Erklärung kann die Annahme bieten, dass eine Sucht im Alter erst spät erkannt wird, also schon weiter fortgeschritten ist. Durch Abnahme der sozialen Kontakte, bedingt durch den Ausstieg aus dem Berufsleben und dem Rückzug mancher älterer Personen aufgrund von altersbedingten Problemen (Einsamkeit, Depression, Verlust des Lebenspartners), kommt es zu einem schwierigeren Entdecken einer Sucht durch andere Personen. (Bojak et al., 2010)

10.5 Spieldauer getrennt nach Altersgruppen

J. Petry (2003) verweist auf die Tatsache, dass es vier bis zehn Jahre dauert, bis ein Spieler Probleme wahrnimmt und eine Versorgungseinrichtung aufsucht. Genannter Zeitrahmen ist auch in dieser Stichprobe erkennbar. Für 30 Patienten (83%), also die Mehrheit der Befragten, handelt es sich um ihre erste stationäre Therapie. Es muss jedoch darauf verwiesen werden, dass im Rahmen dieser Arbeit die Frage nach ambulanten Behandlungsversuchen nicht erhoben wurde. In der vorliegenden Stichprobe existiert ein signifikanter Unterschied ($p= 0,021$) in der Spieldauer (siehe Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1). Die durchschnittliche Spieldauer bei den 18-49-Jährigen beträgt 10,55 Jahre ($SD= 5,44$), jene der ab 50-Jährigen beträgt 15,93 Jahre ($SD= 7,89$) . Auch in N. M. Petry's Studie aus dem Jahr (2002) mit dem Titel: „A Comparison of young young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers“ weist die Gruppe der 55+ jährigen Studienteilnehmer eine längere Spieldauer (Männer: 16 Jahre; Frauen: 5,6 Jahre) auf als die Vergleichsgruppe der 18-35-jährigen Spieler (Männer: 5,8; Frauen: 4,6 Jahre) (N. M. Petry, 2002). Es kann eine Tendenz beobachtet werden, dass Ältere über einen längeren Zeitraum am Glücksspiel teilnehmen, bis sie einer stationären Therapie zustimmen bzw. Hilfe suchen. Aus welchen Gründen dies geschieht, ist laut derzeitigem Wissensstand nicht klar. Möglicherweise werden Probleme, die im Zusammenhang mit der Spielsucht stehen (finanzielle Schwierigkeiten), von Bekannten, Angehörigen, Ärzten und Versorgungseinrichtungen fälschlicherweise auf alterstypische Probleme projiziert. Maercker (2002) beschreibt in seinem Werk „Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie“, dass alte Menschen noch weitgehend von psychotherapeutischer Hilfe ausgeschlossen werden (Maercker, 2002). Er

spricht von einer dringenden Notwendigkeit, dass ältere Patienten über Therapieformen informiert und aufgeklärt werden. Schlafstörungen, Unruhe und andere körperliche Symptome werden sowohl von der Person selbst als auch von Angehörigen, Freunden und Versorgungseinrichtungen als „natürliche Folge des Alterungsprozesses“ (Maercker, 2002, S.142) gesehen und nicht als mögliche Nebenerscheinung einer Sucht (Maercker, 2002).

10.6 Glücksspielverhalten nach Geschlecht

Laut Meyer und Bachmann (2011) stellt das Geschlecht einen zuverlässigen Prädiktor für die Teilnahme am Glücksspiel dar. Glücksspiele gelten als Domäne des Mannes, Männer sind demnach spielfreudiger als Frauen. Diese Annahme spiegelt sich auch in den hier gefundenen Ergebnissen wider. Diese Stichprobe beinhaltet 86% Männer und 14% Frauen. Bezüglich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung gibt es interessanterweise einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen (Tabelle 22 im Kapitel 9.2.5). Die männlichen Spieler nehmen eine höhere soziale Unterstützung wahr als die hier befragten Frauen. Da fünf Frauen (14%) im Gegensatz zu 31 Männern (86%) befragt wurden, kann man hier nur von einer Tendenz sprechen. Die Emanzipation und die steigende Unabhängigkeit der Frauen durch ein eigenes Einkommen lassen jedoch mutmaßen, dass die Zahl derer, die sich am Glücksspiel beteiligen, steigen wird. Das Angebot und die auf das weibliche Geschlecht gezielten Marketingstrategien locken immer mehr Frauen in den Glücksspielbereich. Die verminderte Nachfrage weiblicher Spieler kann Ausdruck einer Stigmatisierung sein. Behandlungsangebote sind traditionell auf männliche Ansprüche ausgerichtet und es bestehen Denk- und Verhaltensweisen aus dem früheren, männlich geprägten Spielermilieu, wodurch sich Frauen unwohl fühlen. (Meyer & Bachmann, 2011)

10.7 Unterschiede in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen

Im Folgenden wird der Forschungsfrage nachgegangen, ob Unterschiede der Spieler in Abhängigkeit des Migrationshintergrunds, des Erwerbsstatus, der Haushaltsgröße und der Ausbildung vorhanden sind.

Einige Autoren geben das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds als Risikofaktor an, um eine Spielsucht zu entwickeln (Kalke et al., 2011; Linet et al., 2011; Meyer & Bachmann,

2011). Dies spiegelt sich auch in den hier gefundenen Ergebnissen wieder. Ein Drittel der befragten Spieler weist einen Migrationshintergrund auf (siehe Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1). Patienten mit Migrationshintergrund geben eine längere Spieldauer, im Durchschnitt 15,58 Jahre, an, als Patienten ohne Migrationshintergrund. Diese spielen im Durchschnitt 11,57 Jahre (siehe Tabelle 3 im Kapitel 9.1.1.2). Bei der Geldbeschaffung finden sich in dieser Studie ebenfalls signifikante Unterschiede, abhängig vom Migrationshintergrund. 92% der Personen mit Migrationshintergrund leihen sich Geld für das Spielen von Verwandten aus, bei Patienten ohne Migrationshintergrund sind es lediglich 58%. 17% der Personen mit Migrationshintergrund borgen sich Geld von Kreditthaien, in der Gruppe ohne Migrationshintergrund nutzt keiner diese Geldquelle. Die Beschaffungsquelle Haushaltsgeld und Nutzung von Kreditkarten wird von Spielern mit Migrationshintergrund häufiger genutzt (siehe Tabelle 24 im Kapitel 9.2.6.1). Bezüglich der Ressourcen konnten keine signifikante Unterschiede gefunden werden. Sowohl Personen mit bzw. ohne Migrationshintergrund weisen keine Defizite in therapielevanten Ressourcen auf (siehe Abbildung 8 im Kapitel 9.2.6.1). Der Schweregrad der Spielsucht ist nicht abhängig vom Vorhandensein eines Migrationshintergrundes (siehe Abbildung 9 im Kapitel 9.2.6.1). Literaturbezüge können an dieser Stelle nicht hergestellt werden, weil zum derzeitigen Wissensstand nichts über pathologisch glücksspielende Personen mit Migrationshintergrund, welche sich in einer stationären Suchteinrichtung befinden, bekannt ist.

Bezüglich des Erwerbsstatus konnten keine einheitlichen Befunde gefunden werden. Laut J. Petry (2003) und Welte et al. (2004) zählt der Erwerbsstatus, genauer gesagt die Arbeitslosigkeit, zu den Risikofaktoren für die Entstehung pathologischen Glücksspielverhaltens. Im Gegensatz dazu ist der Großteil der Spieler in der Untersuchung von Kalke et al. (2011) erwerbstätig und in der vorliegenden Studie ist die Minderheit, nämlich 25% erwerbstätig. Mehr als die Hälfte, nämlich 53% der befragten Spieler sind arbeitslos. 19% sind bereits in Pension und 3% befinden sich in Ausbildung (siehe Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1). Müller-Spahn und Margraf (2003) sehen im beruflichen Misserfolg eine mögliche auslösende Bedingung für das pathologische Glücksspielverhalten, während der Arbeitsplatzverlust als Folge der Störung angesehen werden kann. Albers und Hübl (1997) untersuchten eine Population von 891 Erwachsenen hinsichtlich ihres Glücksspielverhaltens. Eine zentrale Fragestellung ihrer Studie war außerdem, ob Arbeitslose besonders aktive Spieler sind. Es konnte gezeigt werden, dass Arbeitslosigkeit negativ oder nicht signifikant mit fast allen untersuchten Spielformen (Lotto, Verlosungen, TV-Lotterie, Fußballwetten,

Pferderennwetten, Casinospiel) korreliert war. Eine Ausnahme davon stellte das Automatenspiel dar, welches mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosen gespielt wurde. Hier lassen sich Ähnlichkeiten mit den Befunden dieser Studie erkennen. Bei der meist gespielten Spielart handelt es sich um Automatenspiel und die Mehrheit der Befragten ist arbeitslos. Albers und Hübl (1997) vermuten, dass die Arbeitslosen aufgrund der vielen freien Zeit, die ihnen zur Verfügung steht, beginnen, diese in Lokalen zu verbringen und daraufhin in Kontakt mit den Automaten kommen.

In Abhängigkeit von der Haushaltsgröße und den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, dem Schweregrad der Glücksspielsucht und dem erreichten SOGS-Score (Lesieur & Blume, 1987, deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (siehe Kapitel 9.2.6.4). 47% der befragten Spieler in dieser Studie leben alleine (siehe Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1). Künzel-Schön (2000) weist darauf hin, dass Personen, welche sich einsam und isoliert fühlen, ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, und dass diese Gefühle schwerwiegende Folgen wie zum Beispiel den Griff zu Suchtmitteln haben können (Künzel-Schön, 2000). Nach den Ergebnissen vorliegender Studie stellen alleinlebende Ältere keine Risikogruppe für die Entwicklung einer Spielsucht dar.

Die Mehrheit der hier befragten Spieler verfügt über einen Pflichtschulabschluss, und nicht wie bei Kalke et al. (2011) über einen Lehrabschluss (siehe Tabelle 1 im Kapitel 9.1.1). Ein niedriger Bildungsstatus ist, wie auch in dieser Studie erkennbar, ein Risikofaktor für die Entwicklung einer pathologischen Spielsucht (Müller-Spahn & Margraf, 2003). Spieler mit bzw. ohne Pflichtschulabschluss unterscheiden sich nicht in den Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (siehe Kapitel 9.2.6.2), dem Schweregrad der Spielsucht und im Glücksspielverhalten, mit Ausnahme der Aufholjagd. Bezüglich einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag sind signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen belegbar. 60% der Personen mit Pflichtschulabschluss geben an, immer eine Aufholjagd nach Verlusten gestartet zu haben, bei Personen mit weiterführenden Schulabschlüssen sind es nur 19% (siehe Abbildung 15 im Kapitel 9.2.6.2).

10.8 Zusammenhang zwischen der Dauer der Glücksspielsucht und den FERUS Skalen (Jack, 2007)

Wie in Tabelle 34 im Kapitel 9.2.7 dargestellt, liegt eine tendenziell signifikante Korrelation mit der Skala „Hoffnung“ vor ($r = 0,290$, $p = 0,086$). Je länger das krankhafte Spielverhalten andauert, desto geringer ist die Hoffnung (Jack, 2007).

10.9 Zusammenhang von Schweregrad der Spielsucht und FERUS-Skalen (Jack, 2007)

Bei diesen Berechnungen zeigte sich, dass ein höherer Schweregrad der Spielsucht mit einer hohen Veränderungsmotivation korreliert. Je stärker die Spielsucht ausgeprägt ist, desto größer ist auch der Wunsch ausgeprägt, an der aktuellen Situation etwas ändern zu wollen. Außerdem korreliert die Skala „Selbstwirksamkeit“ negativ mit dem Schweregrad der Spielsucht. Je höher der Schweregrad der Spielsucht desto geringer ist die Selbstwirksamkeit (siehe Tabelle 38 im Kapitel 9.2.8). Dies stellt keinen wirklich neuen Befund in der Suchtforschung dar. Es ist bekannt, dass es kaum möglich ist, dass ein Mensch aktiv und eigenständig Probleme lösen kann, ohne ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeit zu haben (Jack, 2007). Aus diesem Grund legt auch das Anton Proksch Institut Wert auf die Förderung der Selbstwirksamkeit von Patienten (Anton Proksch Institut, 2012). Durch die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengespräche wird gezielt an der individuellen Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten gearbeitet und es werden Handlungspläne für konkrete Situationen erarbeitet. Es ist nicht überraschend, dass Patienten am Anfang der Therapie keine hohe Selbstwirksamkeit zeigen, ist es doch ein wesentlicher Therapiebaustein, welcher in der stationären Psychosomatik zum Beispiel im Rahmen von Gesundheitstrainings vermittelt wird (Jack, 2007). In der Studie von Zeidler (2009) konnte gezeigt werden, dass die Selbstwirksamkeit von Alkoholikern am Ende einer Therapie, verglichen zum Meßzeitpunkt am Anfang der Therapie, zunahm. Im Gegensatz dazu sinkt bei vielen Patienten die Veränderungsmotivation gegen Ende der Therapie, da auch der Leidensdruck sinkt (Jack, 2007).

11 Kritik und Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel werden einige Aspekte der durchgeführten Studie kritisch betrachtet und hinterfragt, und es werden in Hinblick auf zukünftige Forschungsarbeiten zu der vorliegenden Thematik auch mögliche Verbesserungsvorschläge erläutert.

Zunächst ist der kleine Stichprobenumfang (insgesamt 36 Spieler) sowie eine ungleichmäßige Verteilung der Patienten in den Geschlechtsgruppen (31 Männer und fünf Frauen) und Altersgruppen (18-49-Jährige: 22 Personen; ab 50-Jährige: 14 Personen) als kritisch zu betrachten. Die Festsetzung der Altersgrenze auf 50 Jahre, in Anlehnung an Havighurst (1948) und N. M. Petry (2002) zur Klassifizierung älterer Spieler, sollte in zukünftigen Arbeiten überdacht werden. In dem Konzept der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1948) werden Personen ab 51 Jahren unter die Kategorie „Spätes Erwachsenenalter“ subsumiert. Unbedingt zu bedenken ist jedoch die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung seit 1900. Laut Lehr (2007) lag diese in den Jahren 1901 bis 1919 noch bei 44,8 Jahren (Männer) bzw. 48,3 Jahren (Frauen), wird jedoch für das Jahr 2012 eine Lebenserwartung von 75,5 Jahren (Männer) bzw. 81,5 Jahren (Frauen) angenommen (Statistik Austria, 2012). Durch die Festlegung einer Altersgrenze ab 60 Jahren oder höher zur Markierung des späten Erwachsenenalters hätten sich wahrscheinlich aussagekräftigere Unterschiede in den soziodemographischen Daten (z. B. Familienstand oder berufliche Situation) sowie stärkere Alterseffekte in Bezug auf die therapielevanten Ressourcen und Selbstmanagementfaktoren ergeben können. Bezüglich der Vergleiche zwischen Männern und Frauen ist auf eine eingeschränkte Aussagekraft hinzuweisen, da ein Vergleich von fünf Frauen mit 31 Männern vollzogen wurde. Aufgrund des kleinen Stichprobenumfanges ist auch der Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf die Gesamtpopulation jüngerer und älterer Spieler Grenzen gesetzt. Anzumerken ist, dass sich unter Verwendung einer größeren Stichprobe möglicherweise nicht signifikante Ergebnisse als signifikant präsentiert hätten.

In Bezug auf die Datenerhebung kann als mögliche Störvariable die Tendenz der befragten Spieler, sozial erwünscht zu antworten, genannt werden. Alle Patienten wurden vor Erhebungsbeginn über die Anonymität und den Datenschutz aufgeklärt, dennoch kann eine gewisse Ergebnisverfälschung durch sozial erwünschte Antworten nicht ausgeschlossen werden.

Als kritisch zu sehen ist das Antwortformat des FERUS (Jack, 2007). Bei dem Antwortformat des FERUS (Jack, 2007) handelt es sich um eine ungerade Stufenzahl (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt wenig, 3 = stimmt mittelmäßig, 4 = stimmt ziemlich, 5 = stimmt sehr), womit bei Unsicherheit des Urteils auf eine neutrale Mittelkategorie ausgewichen werden kann, und so eine Verfälschung der Antworten im Sinne der zentralen Tendenz möglich ist (Bortz & Döring, 2006).

Durch multiples Testen in derselben Stichprobe ist außerdem die Möglichkeit einer Alpha-Kumulierung gegeben. Als Beispiel sei hier die Forschungsfrage nach Unterschieden im Glücksspielverhalten zwischen jüngeren und älteren Spielern angeführt. Es werden mehrere statistische Tests berechnet um eine Forschungsfrage beantworten zu können. Durch wiederholtes Testen steigt statistisch die Wahrscheinlichkeit zufällig ein signifikantes Ergebnis zu erzielen. (Bortz & Döring, 2006)

Um Veränderungen bzw. Verbesserungen in Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen der Spieler feststellen zu können, wäre ein zweiter Messzeitpunkt des FERUS (Jack, 2007) am Ende des stationären Aufenthaltes interessant. Möglicherweise kann man dadurch auch mehr über neue Therapieansätze, speziell für Spieler, erfahren. Um geschlechtsspezifische Unterschiede in therapierelevanten Faktoren untersuchen zu können, wäre eine Studie mit Konzentration auf weibliche Spieler hilfreich und interessant.

Abschließend zeigt sich anhand der in dieser Studie gewonnenen Ergebnisse, dass keine signifikanten Altersunterschiede in therapierelevanten Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten vorhanden sind. Wichtiger scheint in diesem Zusammenhang zu sein, das Thema „Sucht im Alter“ mehr in den öffentlichen Diskurs zu bringen, um so zur Sensibilisierung der Bevölkerung für dieses Themenfeld beizutragen.

12 Zusammenfassung der Studie

12.1 Deutsche Zusammenfassung

Ziel der Untersuchung: Die vorliegende Arbeit soll dem Leser einen aktuellen Überblick über pathologisches Glücksspiel und Glücksspiel im Alter verschaffen, zumal in der Forschung - bis zum jetzigen Zeitpunkt - dem Glücksspiel im Alter wenig Beachtung geschenkt wurde. Das Hauptaugenmerk dieser explorativen Studie richtet sich auf die Beantwortung der Frage, ob Unterschiede zwischen älteren (ab 50 Jahren) und jüngeren (18-49 Jahren) Spielern in bestimmten Bereichen, wie etwa dem Spielverhalten, dem Schweregrad der pathologischen Spielsucht und in den wahrgenommenen Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, existieren. Außerdem wird untersucht, ob Divergenzen in Abhängigkeit soziodemographischer Variablen (Migrationshintergrund, Erwerbsstatus, Ausbildung und Haushaltsgröße) vorhanden sind.

Methode: Insgesamt nahmen 36 Spieler an dieser Untersuchung teil, davon fünf weibliche. Es handelt sich um eine explorative, quantitative Studie, daher werden vorweg keine Hypothesen formuliert. Die in dieser Arbeit verwendete Fragebogenbatterie beinhaltet den Fragebogen zur Erfassung der Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (Jack, 2007), den Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995), den South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987; deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) und den Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992), und einen selbst konstruierten Fragebogen zur Erfassung der soziodemographischen Daten.

Ergebnisse: Bei der Überprüfung, ob sich jüngere von älteren Spielern hinsichtlich der Ausprägung der FERUS-Skalen (Jack, 2007) signifikant unterscheiden, ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse. Ein signifikanter Unterschied konnte jedoch zwischen diesen beiden Gruppen bezüglich des Schweregrads der Spielsucht festgestellt werden. Demnach ist der Schweregrad bei älteren pathologischen Spielern höher als bei jüngeren. In Hinsicht auf das Spielverhalten ist zwischen jüngeren und älteren Spielern kein signifikanter Unterschied belegbar. Betrachtet man die soziodemographischen Variablen, lässt sich erkennen, dass sich Personen mit Migrationshintergrund in der Art der Geldbeschaffung signifikant von jenen, ohne diesen voneinander unterscheiden. Hinsichtlich der Unterschiede in der Ausbildung zeigte sich in der Aufholjagd zwischen Personen mit und ohne Pflichtschulabschluss ein

signifikanter Unterschied. In weiteren soziodemographischen Variablen (Haushaltsgröße, Erwerbsstatus) haben sich keine signifikanten Unterschiede ergeben. Zudem konnte ein signifikanter Zusammenhang von Skalen des FERUS (Jack, 2007) und dem Schweregrad der Spielsucht gefunden werden.

Konklusion: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eindeutig, dass das Spielen mit Glücksspielautomaten jene Art von Glücksspiel ist, welches am meisten ausgeübt wird und somit das höchste Suchtpotential in sich birgt. Da in den therapielevanten Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten keine gravierende signifikante Unterschiede zwischen jungen und alten Spielern existieren und darüber hinaus in Bezug auf das Spielverhalten keine signifikante Altersunterschiede festgestellt werden konnten, wirft sich die Frage auf, ob sich jüngere und ältere Spieler tatsächlich im Spielverhalten unterscheiden und ob Altersunterschiede in therapeutischen Interventionen, bezogen auf die Glücksspielsucht, eine Rolle spielen bzw. berücksichtigt werden sollten. Zu beachten ist jedoch, dass bei älteren Spielern der Schweregrad der Spielsucht höher und die Spieldauer länger ist als bei jüngeren Spielern.

12.2 English Abstract

Objective of this study: The reader of this study is given an overview of pathological gambling and gambling in older adults as especially in research little attention was paid to the gambling in older adults up to present. The main focus of this explorative study is set to the question whether there are significant differences between older (50+) and younger (18-49) pathological gamblers in certain areas, such as gambling behaviour, in the severity of pathological gambling and in the noticed resources and abilities of self-management. Moreover, differences in regards to socio-demographic variables (migration background, employment status, education, household size) are examined.

Approach: In total 36 patients (thereof five female gamblers) participated in this survey. No direct hypothesis were defined as it is dealt with an explorative, quantitative study design. The questionnaire battery includes the following questionnaires, namely the “Fragebogen zur Erfassung der Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten“ (Jack, 2007), the “Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten“ (Petry & Baulig, 1995), the “South Oaks Gambling Screen“ (Lesieur & Blume, 1987; deutsche Übersetzung Albrecht, 2002) and the “Wortschatztest“ (Schmidt & Metzler, 1992).

Results: As a result of the study it might be said that younger and older pathological gamblers do not differ significantly in the FERUS (Jack, 2007) scales. Regarding the severity of gambling a significant difference between these two groups was determined. Thus, a higher severity level in older than in younger pathological gamblers can be noticed. Significant differences between the age cohorts in gambling behaviour could not be detected. Considering the socio-demographic variables it can be recognized that people with migration background significantly differ from people without any in terms of raising money. The chasing to game differs significantly in regards to people with or without a school-leaving qualification. In other socio- demographic variables (household size, employment status) no significant differences have shown. Relating to the scales of FERUS (Jack, 2007) and the severity of gambling two significant correlations were found.

Conclusion: The results of this study clearly show that slot machines are the type of gambling that are most of all played. Thus, they addictive nature of slot machines is the highest. There are no significant differences in the therapy relevant resources and self-management skills between old and young pathological gamblers. This raises the question whether younger and older pathological gamblers do really differ in gambling behaviour and whether age related therapeutic interventions should be considered. It is important to note that older gamblers differ from younger ones regarding the severity of gambling and regarding total number of years gambling.

13 Anhang

13.1 Überprüfung der Voraussetzungen

13.1.1 Altersunterschiede

Tabelle 36: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen Altersgruppe

	Normalverteilung				Varianzhomogenität	
	1849 J.		>= 50 J.			
	K- S Z	p	K- S Z	p	F	P
Veränderungsmotivation	0,734	0,655	0,885	0,414	0,658	0,423
Coping	0,506	0,960	0,856	0,456	0,159	0,693
Selbstbeobachtung	0,653	0,788	0,380	0,999	0,957	0,335
Selbstwirksamkeit	0,553	0,919	0,439	0,990	0,170	0,683
Selbstverbalisation	0,508	0,959	0,673	0,755	2,614	0,115
Hoffnung	0,695	0,720	0,477	0,977	0,355	0,555
Soziale Unterstützung	0,839	0,482	0,443	0,989	0,411	0,526
Schweregrad der GS.	0,665	0,769	0,471	0,980	1,675	0,204

13.1.2 Unterschiede nach Migrationshintergrund

Tabelle 37: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen Altersgruppe

	Normalverteilung				Varianzhomogenität	
	18-49 J.		>= 50 J.			
	K- S Z	p	K- S Z	p	F	p
Veränderungsmotivation	0,764	0,603	0,886	0,412	0,244	0,625
Coping	0,557	0,916	0,344	1,000	5,305	0,028
Selbstbeobachtung	0,620	0,836	0,530	0,942	0,768	0,387
Selbstwirksamkeit	0,582	0,887	0,649	0,794	0,618	0,437
Selbstverbalisation	0,674	0,754	0,473	0,979	6,110	0,019
Hoffnung	0,612	0,847	0,844	0,475	0,087	0,769
Soziale Unterstützung	0,798	0,547	0,516	0,952	0,051	0,823
Schweregrad der GS.	0,395	0,998	0,816	0,519	0,290	0,594

13.1.3 Unterschiede nach Ausbildung

Tabelle 38: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen höchste abgeschlossene Ausbildung)

	Normalverteilung				Varianzhomogenität	
	Pflichtschule.		Weiterführende A.			
	K- S Z	p	K- S Z	p	F	P
Veränderungsmotivation	0,711	0,692	0,808	0,531	0,578	0,452
Coping	0,776	0,584	0,489	0,970	0,028	0,869
Selbstbeobachtung	0,476	0,977	0,660	0,776	1,088	0,304
Selbstwirksamkeit	0,487	0,972	0,407	0,996	0,694	0,411
Selbstverbalisation	0,504	0,961	0,622	0,834	2,097	0,157
Hoffnung	0,732	0,657	0,514	0,954	1,878	0,180
Soziale Unterstützung	0,534	0,938	0,945	0,334	0,667	0,420
Schweregrad der GS.	0,533	0,939	0,620	0,836	0,001	0,977

13.1.4 Unterschiede nach Haushaltsgröße

Tabelle 39: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen höchste abgeschlossene Ausbildung)

	Normalverteilung				Varianzhomogenität	
	Pflichtschule.		Weiterführende A.			
	K- S Z	p	K- S Z	p	F	p
Veränderungsmotivation	0,737	0,649	0,643	0,802	8,075	0,008
Coping	0,513	0,955	0,731	0,659	0,250	0,620
Selbstbeobachtung	0,616	0,842	0,464	0,982	0,142	0,709
Selbstwirksamkeit	0,664	0,770	0,520	0,950	0,140	0,710
Selbstverbalisation	0,517	0,952	0,462	0,983	0,253	0,618
Hoffnung	0,535	0,937	0,541	0,931	1,134	0,294
Soziale Unterstützung	0,604	0,859	0,849	0,466	0,013	0,909
Schweregrad der GS.	0,766	0,600	0,579	0,893	0,006	0,941

13.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe nach soziodemographischen Merkmalen	74
Tabelle 2: Unterschiede zwischen den Altersgruppen nach soziodemographischen Daten	76
Tabelle 3 Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nach soziodemographischen Daten	77
Tabelle 4: Angaben zum Spielverhalten/gespielte Arten.....	78
Tabelle 5: Was ist die größte Geldsumme, die Sie an einem Tag aufs Spiel gesetzt haben?	79
Tabelle 6: Wenn Sie spielen, wie oft kehren Sie am nächsten Tag zurück, um verlorenes Geld zurückzugewinnen?	79
Tabelle 7: Art der Geldbeschaffung.....	80
Tabelle 8: Antworten zu den Leugnungsstrategien	80
Tabelle 9: Kritik durch andere Personen	81
Tabelle 10: Gesamtscore Skala Coping und Einzelitems	83
Tabelle 11 Gesamtscore Skala Selbstbeobachtung und Einzelitems	84
Tabelle 12: Gesamtscore Skala Veränderungsmotivation und Einzelitems	85
Tabelle 13: Gesamtscore Skala Selbstwirksamkeit und Einzelitems	86
Tabelle 14: Gesamtscore Skala Selbstverbalisation und Einzelitems.....	87
Tabelle 15: Gesamtscore Skala Hoffnung und Einzelitems	88
Tabelle 16: Gesamtscore Skala Soziale Unterstützung und Einzelitems.....	89
Tabelle 17: Pearson Produktmomentkorrelationen der FERUS-Skalen (Jack, 2007)	90
Tabelle 18: Leugnungsstrategien, getrennt nach Altersgruppen.....	94
Tabelle 19: Geldquellen, getrennt nach Altersgruppen	95
Tabelle 20: Leugnungsstrategien, getrennt nach Geschlecht.....	99
Tabelle 21: Geldquellen, getrennt nach Geschlecht	100

Tabelle 22: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS-Skalen (Jack, 2007) sowie <i>U</i> -Test Teststatistiken, getrennt nach Geschlecht.....	101
Tabelle 23: Leugnungsstrategien, getrennt nach Migrationshintergrund	108
Tabelle 24: Geldquellen, getrennt nach Migrationshintergrund	109
Tabelle 25: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS-Skalen (Jack, 2007) getrennt nach höchstem Schulabschluss sowie Teststatistiken des t-Tests für unabhängige Stichproben.....	110
Tabelle 26: Leugnungsstrategien, getrennt nach Schulabschluss	112
Tabelle 27: Geldquellen, getrennt nach Schulbildung.....	113
Tabelle 28: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS- Skalen (Jack, 2007) getrennt nach Erwerbsstatus sowie Teststatistiken der Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis	114
Tabelle 29: Leugnungsstrategien, getrennt nach Erwerbsstatus	117
Tabelle 30: Geldquellen, getrennt nach Erwerbsstatus.....	118
Tabelle 31: Mittelwerte und Standardabweichungen der FERUS-Skalen (Jack, 2007) getrennt nach Haushaltsgröße sowie Teststatistiken des T-Test für unabhängige Stichproben	119
Tabelle 32: Leugnungsstrategien, getrennt nach Haushaltsgröße.....	121
Tabelle 33: Geldquellen, getrennt nach Haushaltsgröße	122
Tabelle 34: Pearson Produktmomentkorrelationen von FERUS-Skalen (Jack, 2007) und Schweregrad der Glücksspielsucht mit Dauer der Glücksspielsucht.....	123
Tabelle 35: Pearson Produktmomentkorrelationen von FERUS-Skalen (Jack, 2007) mit Schweregrad der Glücksspielsucht	124
Tabelle 36: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen Altersgruppe	141
Tabelle 37: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen Altersgruppe	141

Tabelle 38: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen höchste abgeschlossene Ausbildung)	142
Tabelle 39: Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests zur Überprüfung der Normalverteilung und des Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei der Unabhängigen Variablen höchste abgeschlossene Ausbildung)	142

13.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kanfer et al., 2005).....	59
Abbildung 2: Boxplot „Generalisiertes Glücksspielverhalten, getrennt nach Altersgruppen.....	91
Abbildung 3: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Altersgruppen	92
Abbildung 4: Vorbelastung durch spielende Eltern, getrennt nach Altersgrupp	92
Abbildung 5: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Altersgruppen.....	93
Abbildung 6: Mittelwerte (+ 1 Standardfehler des Mittelwerts) der FERUS-Skalen (Jack, 2007) getrennt nach Altersgruppen	96
Abbildung 7: Schweregrad der Glücksspielsucht	97
Abbildung 8: Mittelwerte (+ 1 Standardfehler des Mittelwerts) der FERUS-Skalen (Jack, 2007), getrennt nach Personen mit und ohne Migrationshintergrund	103
Abbildung 9: Schwergrad der Glücksspielsucht, getrennt nach Personen mit und ohne Migrationshintergrund	104
Abbildung 10: Boxplot „Generalisiertes Glücksspielverhalten, getrennt nach Migrationshintergrund	105
Abbildung 11: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Migrationshintergrund	106
Abbildung 12: Vorbelastung durch spielende Eltern, getrennt nach Migrationshintergrund	106

Abbildung 13: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Migrationshintergrund	107
Abbildung 14: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach höchstem Schulabschluss	111
Abbildung 15: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Altersgruppen.....	112
Abbildung 16: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Erwerbsstatus.....	115
Abbildung 17: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Erwerbsstatus	116
Abbildung 18: Größte verspielte Summe an einem Tag, getrennt nach Haushaltsgröße	120
Abbildung 19: Start einer Aufholjagd nach Verlusten am Vortag, getrennt nach Haushaltsgröße.....	121

14 Literaturverzeichnis

Abbott, M. W. (2007). Situational factors that affect gambling behavior. In G. Smith, D. C. Hodgins, & R. J. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 251–278). Burlington: Academic Press.

Albers, N., Hübl, L. (1997). Gambling market and individual patterns of gambling in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 13 (2), 125-144.

Anton Proksch Institut (2012). *Das Anton Proksch Institut*. Verfügbar unter: <http://www.api.or.at/typo3/startseite.html> [Zugriff am: 15.10.2012].

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

Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verl.

Bachmann, M., & Akhras, A. E. (2010). *Glücksspielfrei: Ein Therapiemanual bei Spielsucht*. Berlin: Springer.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General learning Press.

- Batthyány, D., & Pritz, A. (2009). *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte*. Wien: Springer.
- Beck, A.T. (1986). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoebe.
- Bergler, E. (1985). *The psychology of gambling*. New York: International Universities Press.
- Beutel, M., & Baumann, M. (2000). Rehabilitation suchtkranker älterer Menschen. *Suchttherapie*, 1 (3), 155-162.
- Bilt, J. V., Dodge, H. H., Pandav, R., Shaffer, H. J., & Ganguli, M. (2004). Gambling participation and social support among older adults: A longitudinal community study. *Journal of Gambling Studies*, 20 (4), 373-389.
- Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S., & Grant, B.F. (2006). Sex differences in subclinical gambling: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 36 (7), 943- 953.
- Blanco, C., Moreyra, P., Nunes, E. V., Sáiz-Ruiz, J., & Ibáñez, A. (2001). Pathological gambling: addiction or compulsion? *Seminars in Clinicial Neuropsychiatry*, 6, 167-176.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487-499.
- Bodemann, G., & Widmer, K. (2000). Stressbewältigung im Alter: Ein Vergleich von Paaren jüngeren, mittleren und höheren Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33 (3), 217-228.
- Bojak, B., Brecht, E., & Derr, C. (2010). Sucht im Alter. In J. W. Kramer, K.W. Nitsch, G. Prause, & A. Schubert (Eds.), *Alter, Sucht und Case Management: Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter* (pp. 57-68) Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co KG.
- Bolen,D. W., & Boyd, W. H. (1968). Gambling and the gambler. *Archives of General Psychiatry*, 18, 617-630.

- Böning, J., & Grüsser-Sinopoli, S. M. (2008). Wie kann Suchtverhalten entstehen? In I. Gebhardt, & S. M. Grüsser Sinopoli (Eds.), *Glücksspiel in Deutschland* (pp. 575-595). Berlin: DeGruyter.
- Boreham, P., Harley, B., & Lafferty, G. (1996). Machine gaming in Queensland: A case study in service sector employment. *International journal of employment studies*, 4(2), 77-93.
- Bortz, J., Lienert, G.A., & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brand, M., Recknor, E. C., Grabenhorst, F., & Bechara, A. (2007). Decisions under ambiguity and decisions under risk: correlations with executive functions and comparisons of two different gambling tasks with implicit and explicit rules. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29 (1), 86-99.
- Breen, H., Hing, N., & Weeks, P. (2002). Machine gaming in Sydney clubs: Characteristics of the supporting resident populations. *Journal of Gambling Studies* 18, 293-312.
- Bühringer, G., & Türk, D. (2000). *Geldspielautomaten. Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher?* Göttingen: Hogrefe.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie*. München: Pearson.
- Carlton, P. L., & Manowitz, P. (1994). Factors determining the severity of pathological gambling in males. *Journal of Gambling Studies*, 10 (2), 147-152.
- Casinos Austria AG (2011). *Geschäftsbericht 2011*. Verfügbar unter: http://infochair.casinos.at/infochair/CASAG_GB11_web.pdf [Zugriff am: 12.6.2012].
- Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (3), 255-261.
- Clarke, D. (2008). Older adults' gambling motivation and problem gambling: A comparative study. *Journal of Gambling Studies*, 24 (2), 175–192.

Crockford, D. N., Goodyear, B., Edwards, J., Quickfall, J., & el-Guebaly, N. (2005). Cue indeed brain activity in pathological gamblers. *Biological Psychiatry*, 58 (10), 787-795.

Custer, R.L. (1987). The diagnosis and scope of pathological gambling. In T. Galski (Ed.), *The Handbook of pathological gambling* (pp. 3-7). Springfield: Thomas.

DeCaria, C. M., Begaz, T., & Hollander, E. (1998). Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectrum*, 3, 38-47.

Derevensky, J., & Gupta, R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Desai, R. A., Maciejewski, P. K., Dausey, D. J., Caldarone, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Health correlates of recreational gambling in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 161 (19), 1672–1679.

Diegmann, H., Hoffmann, C., & Ohlmann, W. (2008). *Praxishandbuch für das gesamte Spielrecht*. Stuttgart: Kohlhammer.

Dilling, H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Fachstelle Glücksspielsucht (2012). *Glücksspielsucht- Behandlung in der Steiermark*. Verfügbar unter: www.fachstellegluecksspielsucht.at/media/pdf/projekt_gluecksspiel.pdf [Zugriff am: 12.12.2012].

Felderer B., Grohall G., & Kuschej, H. (2010). Die Novelle des Glücksspielgesetzes. Das kleine Glücksspiel aus ökonomischer Sicht, *Präsentation des Institutes für Höhere Studien*. Verfügbar unter: <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/presseinfo290610.pdf> [Zugriff am: 6.12.2012].

Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A., & Witte, M. (2001). *Alkohol-und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim, München: Juventa.

Freud, S. (1928). *Dostojewski und die Vätertötung*. GW XIV (1925-1931). London: Imago.

Füchtenschnieder, I., & Best, M. (1998). *Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte*. Weinheim: Juventa.

George, D., & Mallery, P. (2012). *SPSS for Windows. Step by step: A simple guide and reference 9.0 update*. Boston: Allyn & Bacon.

Gerstein, D., Hoffman, J., Larison, C., Engleman, L., Murphy, S., Palmer, A. (1999). *Gambling impact and behavior study: Report to the national gambling impact study commission*. Chicago: University of Chicago, National Opinion Research Center. Verfügbar unter: <http://govinfo.library.unt.edu/ngisc/reports/fullrpt.html> [Zugriff am: 19.3.2013].

Glücksspielgesetz-Novelle, 2010 (GSpG-Novelle 2010). *Gesetzestext Regierungsvorlage*.

Verfügbar unter:

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_00657/fname_183803.pdf [Zugriff am: 13.12.2012].

Goudriaan, A. E., de Ruiter, M. B., van den Brink, W., Oosterlaan, J., & Veltman, D. J. (2010). Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study. *Addiction Biology*, 15, 491-503.

Grant, J. E., & Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 8-66.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D.A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The american Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 233-241.

Griesser, B. (1991). *Der pathologische Spieler: Eine Studie zur Glücksspielsucht unter Berücksichtigung phänomenologischer, sozialpsychologischer, psychoanalytischer und hermeneutischer Aspekte*. Universität Salzburg: Diplomarbeit.

Grüsser, S. M., Plöntzke, B., & Albrecht, U. (2005). Pathologisches Glücksspiel. Eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem stoffungebundenen Suchtmittel. *Der Nervenarzt*, 76 (5), 592-596.

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

Grüsser, S., Poppelreuter, S., Heinz, A., Albrecht, U., & Saß, H. (2007). Verhaltenssucht. *Der Nervenarzt*, 78 (9), 997–1002.

Grüsser-Sinopoli, S., Böning, J., Watzl, H., & Rist, F. (2008). Verhaltenssuchte bilden eine eigene diagnostische Kategorie. *Psychiatrische Praxis*, 35, 160-162.

Haller, R. (2007). *(Un)Glück der Sucht. Wie Sie Ihre Abhängigkeit besiegen*. Salzburg: Ecowin Verlag.

Hampton, A. N., Adolphs, R., Tyszeka, M. J., & O' doherty, J. P. (2007). Contributions of the amygdala to reward expectancy and choice signals in human prefrontal cortex. *Neuron*, 55, 545-555.

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

Häfeli, J., & Schneider, C. (2005). *Identifikation von Problemspielern im Kasino-Ein Screeninginstrument (ID-PS)*. Projektabschlussbericht, Hochschule für Soziale Arbeit, Luzern.

Harrigan, K.A., (2008). Slot machine structural characteristics: creating near misses using high award symbol ratios. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6 (3), 353-368.

Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S., & Fleischmann, H. (1998). *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.

Hayer, T., Griffiths, M., & Meyer, G. (2005). Gambling. In T. P. Gullotta, & G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 467-486). New York: Springer.

Hayer, T., & Meyer, G. (2008). Die Identifikation von Problemspielern in Spielstätten. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3, 67-74.

Hayer, T. (2010). Geldspielautomaten und Suchtgefahren-Wissenschaftliche Erkenntnisse und suchtpolitischer Handlungsbedarf. *Sucht Aktuell*, 17, 47-52.

Hayer, T. (2012). *Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für Präventive Handlungsstrategien*. Frankfurt: Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Heckhausen, H. (1974). *Motivationsanalysen: Anspruchsniveau, Motivmessung, Aufgabenattraktivität und Misserfolg, Spielen, Frühentwicklung leistungsmotivierten Verhaltens*. Berlin, New York: Springer-Verlag.

Heinz, A., Siessmeier, T., Wrase, J., Hermann, D., Klein, S., & Grüsser, S. M. (2004). Correlation between dopamine D (2) receptors in the ventral striatum and central processing of alcohol cues and craving. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1783- 1789.

Herkner, W. (2004). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.

Hirsch, P. (2000). Seniors and gambling: Exploring the issues. *Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission*. Verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/1880/237> [Zugriff am: 12.11.2012].

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

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

Holtgraves, T. (2009). Gambling, gambling activities, and problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 295-302.

Hope, J., & Havir, L. (2002). You bet they're having fun! Older americans and casino gambling. *Journal of Aging Studies*, 16 (2), 177–197.

Horodecki, I. (2006). *Tätigkeitsbericht der anonymen Spieler*. Tätigkeitsbericht: Wien.

Verfübar unter:

http://www.bmf.gv.at/Spielerschutz/Fachtagungen/Finale_Praesentation_Horodecki.pdf.

[Zugriff am: 12.08.2012].

Hurrelmann, K., Schmidt, L., & Kähnert, H. (2003). *Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen: Verbreitung und Prävention*. Projektabschlussbericht Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen: Düsseldorf.

Verfübar unter:

www.spielenohnesucht.de/media/redaktionellemedieninhalte/pdfs/Abschlussbericht_Gluecks_spiel_Jugendlicher_Uni_Bielefeld.pdf. [Zugriff am: 12.03.2012].

Jack, M. (2007). *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten, FERUS*. Göttingen: Hogrefe.

Jacobs, D. F. (1989). A general theory of addictions: rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. In H. J. Shaffer, S. A. Stein, B. Gambino, & T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling* (pp. 35-64). Lexington (USA): Lexington Books.

Johnson, D. F. (2007). *An assessment of the gambling behavior of older adults in a senior center setting*. California State University: Master Thesis.

Kalechstein, A. D., Fong, T., Rosenthal, R. J., Davis, A., Vanyo, H., & Newton, T. F. (2007). Pathological gamblers demonstrate frontal lobe impairment consistent with that of metamphetamine-dependent individuals. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19, 298-303.

Kalke J., Buth S., Rosenkranz M., Schütze C., Oechsler H., & Verthein U. (2011) *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht*. Freiburg: Lambertus.

Kanfer, F. H. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In R. B. Stuard (Ed.), *Behavioral self-management*. New York: Pergamon.

Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2005). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch Für Die Klinische Praxis*. Berlin: Springer.

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

Knutson, B., Fong, G.W., Bennet, S. M., Adams, C. M., & Homer, D. (2003). A region of mesial prefrontal cortex tracks monetarily rewarding outcomes: characterization with rapid event-related fMRI. *Neuroimage*, 18, 263-272.

Knutson, B., & Cooper, J. C. (2005). Functional magnetic resonance imaging of reward prediction. *Current Opinion in Neurology*, 18, 411-417.

Köberl, J., & Prettenhaler, F. (2009). *Kleines Glücksspiel - großes Leid?: Empirische Untersuchungen zu den sozialen Kosten des Glücksspiels in der Steiermark*. Universität Graz: Diplomarbeit.

- Koehler, K. (1984). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III: Übersetzt nach der dritten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Weinheim: Beltz.
- Krawczyk, D.C. (2002). Contributions of the prefrontal cortex to the neural basis of human decision making. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26, 631-664.
- Künzel-Schön, M. (2000). *Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Ladouceur, R., & Walker, M. (1998). Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 587-601). Oxford: Pergamon.
- Ladouceur, R. (2004). Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addictive Behaviors*, 29, 35-55.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Langewisch, M. W. (2005). *Gambling in older adults: Factors associated with problem gambling behaviour in older adults*. Ottawa: National Library of Canada.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Springer Publishing Company.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for identification of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lindenberger, U. (2010). *Interdisziplinäre Arbeitsgruppen - Forschungsberichte: Vol. 3. Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akad.-Verl.
- Linnet, J., Møller, A., Peterson, E., Gjedde, A., & Doudet, D. (2011). Dopamine release in ventral striatum during Iowa gambling task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling. *Addiction*, 106 (2), 383-390.

- Loxton, N. J., Nguyen, D., Casey, L., & Dawe, S. (2008). Reward drive, rash impulsivity and punishment sensitivity in problem gamblers. *Personality and Individual Differences*, 45, 167-173.
- Maercker, A. (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Matussek, P. (1953). Zur Psychodynamik des Glücksspielers. *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie*, 2, 232-252.
- McKay, C. (2005). Double jeopardy: older women and problem gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 3 (2), 35-53.
- McNeilly, D. P. (1999). Late life gambling: The attitudes and behaviors of older adults. *Journal of Gambling Studies*, 16, 393-415.
- McNeilly, D. P., & Burke, W. J. (2001). Gambling as a social activity of older adults. *The international journal of aging & human development: a journal of psychological gerontology*, 52 (1), 19-28.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Meyer, G. (1989). *Glücksspieler in Selbsthilfegruppen*. Hamburg: Neuland.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (1993). *Glücksspiel: Wenn der Traum vom Glück zum Alptraum wird*. Berlin: Springer.
- Meyer, G., Schwertfeger, J., Exton, M. S., Janssen, O. E., Knapp, W., Stadler, M. A., Schedlowski, M., & Krüger, T. H. C. (2004). Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 1272-1280.
- Meyer, G., & Hayer, T. (2005). *Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten. Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen*. Projektabschlussbericht Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (2011). *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. Berlin: Springer.

- Miedl, S. F., Fehr, T., Meyer, G., & Hermann, M. (2010). Neurobiological correlates of problem gambling in a quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI. *Psychiatric Research: Neuroimaging*, 181, 165-173.
- Moran, E. (1970). Pathological gambling. *British Journal of Hospital Medicine*, 4, 59-70.
- Moreno, I., Saiz-Ruiz, J., & Lopez-Ibor, J. J. (1991). Serotonin and gambling dependence. *Human Psychopharmacology*, 6, 9-12.
- Mörsen, C. P., Heinz, A., Bühler, M., & Mann, K. (2011). Glücksspiel im Gehirn: Neurobiologische Grundlagen pathologischen Glücksspielens. *Sucht*, 57 (4), 259-273.
- Müller-Spahn, F., & Margraf, J. (2003). *Wenn Spielen pathologisch wird*. Basel: Karger.
- Mundle, G. (1996). Die Alkoholabhängigkeit im Alter. In K. Mann, & K. Buchkremer (Eds.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (pp. 203-210). Stuttgart: Fischer.
- Nestler, E. J. (2004). Molecular mechanism of drug addiction. *Neuropharmacology*, 47, 24-32.
- Neufeld, K., & Burke, J. (1999). *Seniors and gambling in British Columbia*. Verfügbar unter [http://www.rgco.org/articles/Seniors and gambling in British Columbia the Canadian pproach.pdf](http://www.rgco.org/articles/Seniors_and_gambling_in_British_Columbia_the_Canadian_approach.pdf) [Zugriff am: 2.6.2012].
- Nordin, C., & Eklundh, T. (1999). Altered CSF 5-HIAA disposition in pathological male gamblers. *CNS Spectrum*, 4, 25-33.
- Nower, L., & Blaszczyński, A. (2008). Characteristics of problem gamblers 56 years of age or older: A statewide study of casino self-excluders. *Psychology and aging*, 23 (3), 577–584.
- Oerter, R. (1997). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: Beltz.
- Orth, B. (2010). *Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009: Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen*. Ergebnisbericht, Köln. Verfügbar unter : [http://www.gluecksspielsuchtsaar.de/sites/default/files/Downloads/Downloads%20%28Men %C3%BCpunkt%29/Ergebnisbericht_Gluecksspiel_2010_BZGA.pdf](http://www.gluecksspielsuchtsaar.de/sites/default/files/Downloads/Downloads%20%28Men%C3%BCpunkt%29/Ergebnisbericht_Gluecksspiel_2010_BZGA.pdf) [Zugriff am: 18.3.2013].

Parke, J., & Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins, & R. J. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 218–249). Burlington: Academic Press.

Petry, J., & Baulig, T. (1995). *Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten*. Münchwies: Psychosomatische Fachklinik Münchwies.

Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Petry, J. (2003). *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.

Petry, N.M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *Journal of Abnormal psychology*, 110, 482-487.

Petry, N. M. (2002). A comparison of young, middle-aged and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist*, 42, 92-97.

Poppelreuter, S., & Gross, W. (2000). *Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Potenza, M. N. (2001). The neurobiology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6, 217-226.

Potenza, M. N., Leung, H. C., Blumberg, H. P., Peterson, S. B., Fulbright R. K., Lacadie, K. R., Skudlarski, P., & Gore, C. J. (2003). An fMRI stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1990-1994.

Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: An overview and new findings. *Philosophical transactions of the Royal Society B: Biological sciences*, 363, 3181-3189.

Prunnelechner-Neumann, R., & Beck, H. (1999). *Wenn Spielen zur Sucht wird*. Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie.

Pschyrembel, W. (1998). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch: Mit 250 Tabellen*. Berlin: De Gruyter.

- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Glascher, J., & Buchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8, 147-148.
- Revenstorf, D., & Metsch, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. In W. Feuerlein (Ed.), *Theorie der Sucht* (pp. 121-150). Berlin: Springer.
- Rolls, E. T. (2004). The functions of the orbitofrontal cortex. *Brain & Cognition*, 55, 11-29.
- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R., & Lorenz, V. (1988). Pathological gambling: A psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45 (4), 369-373.
- Rüsenberg, M. (2006). *Black Jack für Einsteiger: Strategien und Know-how*. Geretsried: Printul Verlag.
- Saß, H., & Wiegand, C. (1990). Exzessives Glücksspielen als Krankheit? Kritische Bemerkungen zur Inflation der Süchte. *Nervenarzt*, 61, 435-437.
- Saß, H., Wittchen, H., Zaudig, M., & Houben, I., (2003). *Diagnostische Kriterien. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schiffer, E. (2001). *Wie Gesundheit entsteht: Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung* Weinheim: Beltz.
- Schilling, J.(1990). Jugendarbeit: Zur Bedeutung des Spiels bei der Arbeit mit Jugendlichen. In H. W. Carlhoff, & P. Wittemann, (Eds.), *Jugend, Spiel, Schutz. Aktion Jugendschutz* (pp. 150-157). Landesarbeitsstelle Baden Württemberg, Stuttgart.
- Schmidt, K.-H., & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest (WST)*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Scholz, H. Z. B. (2002). Abhängigkeiten in unterschiedlichen Lebensphasen. In H. G. Zapotoczky, & P. K. Fischhof (Eds.), *Psychiatrie der Lebensabschnitte: Ein Kompendium* (pp. 271-299). Wien: Springer Verlag.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.
- Simon, F. B. (1980). Glücksspiel als narzißtische Restitution. *Materialien Psychoanalyse* 6, 25-46.

Singer, S., & Brähler, E. (2007). *Die „Sense of Coherence Scale“*. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sommer, G., & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SozU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Sonntag, D. (2005). *Risikofaktoren und Verlauf des problematischen Glücksspielverhaltens an Geldspielautomaten- Ergebnisse einer Längsschnittstudie mit Automatenspielern*. Universität Marburg: Dissertation.

Southwell, J., Boreham, P., & Laffan, W. (2008). Problem gambling and the circumstances facing older people. *Journal of Gambling Studies*, 24 (2), 151–174.

Specker, S. M., Carlson, G. A., Christenson, G. A., & Marcotte, M. (1996). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of clinical Psychiatry*, 7, 175-179.

Spielerinfo (2012). *Gesetzeslage*. Verfügbar unter:
<http://www.spielerinfo.at/page/gesetzeslage> [Zugriff am: 6. 12. 2012].

Statistik Austria (2011). *Lebensformen*. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/index.html [Zugriff am: 12.4.2012].

Statistik Austria (2012). *Sterbetafeln*. Verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafeln/ [Zugriff am: 12. 2. 2012].

Stekel, W. (1924). The gambler. In J.S. van Teslaar (Ed.), *Peculiarities of behavior* (pp. 233-255). New York: Liveright.

Stinchfield, R. (2002). Reability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviours*, 27 (1), 1-19.

Sullivan, S. (2001). A new retirement hazard. You bet your life. *A magazine for older adults concerned about gambling*, 3, 1-3.

- Tanabe, J., Thompson, L., Claus, E., Dalwani, M., Hutchison, K., & Banich, M. T. (2007). Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision making. *Human Brain Mapping*, 28, 1276-1286.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance use and Misuse*, 34, 1593-1604.
- Tretter, F., & Müller, A. (2001). *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 42, 207-232.
- Van Holst, R. J., van den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E. (2010). Why gamblers fail to win: a review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34 (1), 87-107.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., & Goldstein, R. Z. (2002). Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 78, 610-624.
- Walker, M. B. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon Press.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., & Parker, J. C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29, 323-335.
- Wiebe, J. (2000). *Prevalence of gambling and problem gambling among older adults in Manitoba*. Winnipeg: The Foundation.
- Wolter, D. K. (2011). *Sucht im Alter-Altern und Sucht: Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wrase, J., Grüsser, S. M., Klein, S., Diener, C., Hermann, D., & Flor, H. (2002). Development of alcohol-associated cues and cue induced brain activation in alcoholics. *European Psychiatry*, 17, 287-291.
- Wydler, H. (2010). *Materialien. Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen zur Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim: Juventa.

Zanki, M., & Fischer, G. (2009). Pathologisches Glücksspielverhalten: Diagnose-Komorbidität-Behandlung In D. Batthyány, & A. Pritz (Eds.), *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte* (pp. 67-63). Wien: Springer.

Zeidler, D. H., (2009). *Intrapersonale Ressourcen in der Gesundheitsförderung: Die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartung, Natur und Spiritualität für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit*. Universität Wien: Diplomarbeit.

Zimbardo, G. P. (1995). *Psychologie*. Berlin: Springer.

15 Fragebögen:

15.1 Sozialdatenblatt

Testdatum:_____
Ich möchte Sie zu Beginn bitten, folgende Fragen Ihre Person betreffend zu beantworten:
1.Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
2.Alter (in Jahren):_____
3.Höchste abgeschlossene Ausbildung: ☐ Pflichtschule ☐ Hauptschule ☐ Lehre, mittlereSchule ☐ Matura ☐ Hochschule
5.Migrationshintergrund: ☐ Ja ☐ Nein
Verheiratet oder in Lebensgemeinschaft: ☐ Ja ☐ Nein

Anzahl der Personen im Haushalt:

- ☐ eine Person
- ☐ zwei oder mehr Personen

Handelt es sich um Ihre erste stationäre Therapie?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Spieldauer:_____

15.2 WST (Schmidt & Metzler, 1992)

Im Folgenden finden Sie Reihen mit jeweils sechs Wörtern. Darunter ist aber immer nur ein reales Wort, das Ihnen bekannt sein kann. Bitte suchen Sie dieses Wort heraus und streichen Sie es durch. Lesen Sie bitte jede Zeile durch und lassen Sie dabei keine aus. Bitte raten Sie nicht, es steht Ihnen genügend Zeit zur Verfügung.

Ronolie – Unidase – Orisal – Ironie – Nirol – Ikomie

Narchom – Monarch – Archimon – Sevarch – Charisker –
Mondular

insivieren – tobasieren – okluvieren – lotatieren – tolerieren – keloterieren

Koratur – Vektation – Persavan – Seliton – Kelmation – Koalition

Kunsofat – Sulkason – Konsulat – Densodat – Subasor – Konsuvar

Tortur – Rutsur – Torastal – Turtos – Korut – Tektorb

iopras – saroll – ralopk – rapoll – palrost – salopp
Malek – Kelmak – Almek – Makel – Nastel - Akelm
Fraksun – Fraktur – Raktie – Turtan – Aklur – Sagun
Kadseke – Kamlade – Kataske – Sabale – Kaskade - Haskase
inspizieren – pikistieren – negosieren – inklenieren – imaltieren - invigieren
Tilmad – Dailed – Laidel – Defain – Detail – Ailrod
Ritmun – Ritual – Duarid – Tiluralk – Riturdal – Utaled
Fisabol – Askiso – Fiasko – Briaske – Konfikus – Fialkon
Refilbe – Dilgede – Gedile – Figele – Gefilde – Lefide

Sobtion – Pavisol – Arkusion – Epuktion – Savasor – Eruption
Diskrepanz – Dekrepanz – Drusalik – Diskresat – Krepazid - Diskasenz
Phorestie – Reuphorsie – Euklopan – Euphorie – Phoskomie – Eusobek
konzalieren – ubitieren – prazieren – kinazipieren – nodalieren – konzipieren
Aldiktie – Lirekt – Relikt – Keriske – Selirikt – Espokrit
flagrant – falsevat – lasant – flagnal – agantal – granflot

15.3 FERUS (Jack, 2007)

Im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Aussagen. Diese Aussagen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 2 bis 3 Wochen, einschließlich heute, also auf ihre derzeitige Situation. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage die am ehesten zutreffende Antwort an.

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
Die Dinge, mit denen ich mich momentan beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein..	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mir jemand bei der Verwirklichung meiner Absichten und Ziele im Weg steht, finde ich trotzdem eine Möglichkeit, meine Vorstellungen durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Konflikten, an denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich einen Misserfolg habe, schaue ich mir mein Verhalten in allen Einzelheiten an und versuche zu verstehen, was schief gelaufen ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich muss dringend neue Verhaltensweisen, die ich in der Therapie lerne/gelernt habe daheim ausprobieren, sodass ich mich in Zukunft psychisch und/oder körperlich besser fühle.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Privatbereich immer schwieriger	☐	☐	☐	☐	☐
Um etwas Schwieriges zu erreichen, mach ich mir vorher klar, wie ich mich verhalten muss, um zum Ziel zu kommen.	☐	☐	☐	☐	☐
In Konfliktsituationen gebe ich mich nicht geschlagen und versuche zumindest, einen Kompromiss daraus zu handeln.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen wenn ich mich darum bemühe	☐	☐	☐	☐	☐
Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an einer Situation nichts	☐	☐	☐	☐	☐

ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen					
Wenn ich ein Ziel erreichen möchte und deswegen mit jemandem in einen Konflikt gerate, versuche ich diese Person dazu zu bringen, mir zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal den Mut verliere, versuche ich an meine Erfolge zu denken, um mir wieder Mut zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Freunde und/oder Angehörige, die mir auch mal gut zuhören, wenn ich ein Problem habe.	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
Ich fühle mich in der Lage, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mal wieder etwas schief läuft und ich daran nichts ändern kann, versuche ich mich der Situation anzupassen.	☐	☐ ☐	☐ ☐	☐	☐
Wenn ich nicht etwas an meiner Lebenssituation verändere, wird es in meinem Beruf immer schwieriger.	☐	☐	☐	☐	☐
Um ein Problem zu bewältigen, muss ich mir erst ein genaues Bild der gesamten Situation machen	☐	☐	☐	☐	☐
Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärtsgehen wird.	☐	☐	☐	☐	☐

Ich habe Freunde und/oder Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	☐	☐	☐	☐	☐
Um meine schlechten Gefühle nach einem Misserfolg loszuwerden, sage ich mir, dass es keine Katastrophe ist, und dass ich weiter dran bleiben muss, um Erfolg zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐
In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, hole ich mir manchmal Rat, um mir klar zu werden, was ich in dieser Situation tun kann	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, ich werde in meinem Leben noch genug Zeit haben, Dinge zu tun, die mir Spaß machen	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt nicht	stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
Bei Problemen, die nicht sofort zu bewältigen sind, versuche ich, in Ruhe abzuwarten.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein wichtiges Ziel erreichen möchte, schaue ich mir an, wie ich mit meinem Verhalten die Situation am besten meistern kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich in einer Situation Angst bekomme, sage ich mir: „Bleib ruhig, es ist keine Katastrophe.“	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mal krank bin, kann ich ohne zu zögern Freunde oder Angehörige bitten, für mich bestimmte Dinge zu erledigen (z. B. Einkaufen, Medikamente holen).	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich ein Ziel nicht erreiche, versuche ich herauszufinden, ob	☐	☐	☐	☐	☐

ich mein Verhalten ändern muss, um doch noch ans Ziel zu gelangen.					
Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klarkomme.	☐	☐	☐	☐	☐
In Problemsituationen denke ich oft in Ruhe nach und entwerfe einen Plan, um diese Situation zu meistern.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte meine jetzige private oder berufliche Situation verändern, weil ich mit vielen Dingen unzufrieden bin.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mich meine Probleme mal überwältigen, sage ich mir „Kopf hoch, es ist nicht so schlimm“.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte lernen, mit schwierigen Situationen besser umgehen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich über ein Problem reden möchte, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Was auch immer passiert, ich weiß, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal lasse ich die Dinge und Probleme, wie sie sind, und kann damit auch gelassen umgehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte mit den Dingen, die ich in der Therapie lerne bzw. gelernt habe, meine Probleme lösen können.	☐	☐	☐	☐	☐

15.4 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (J. Petry & Baulig, 1995)

Sie lesen jetzt eine Reihe von Aussagen zum Glücksspielverhalten. Falls Sie zurzeit nicht spielen, beziehen Sie sich bitte auf vergangene Spielphasen. Bitte beurteilen Sie zu jeder dieser Aussagen, ob diese auf Sie entweder „gar nicht zutrifft“, „eher nicht zutrifft“, „eher zutrifft“, oder „genau zutrifft“. Machen Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen. Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen und wählen Sie jeweils nur eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich habe meistens gespielt um den Verlust wieder auszugleichen.				
Ich kann mein Spielen nicht mehr kontrollieren.				
Meine Angehörigen oder Freunde dürfen nicht wissen, wie viel ich verspiele.				
Im Vergleich zum Spielen erscheint mir der Alltag langweilig.				
Nach dem Spielen habe ich oft ein schlechtes Gewissen.				
Ich benutze Vorwände, um spielen zu können.				
Ich schaffe es nicht, das Spielen längere Zeit einzustellen.				
Ich spiele fast täglich um Geld.				
Durch mein Spielen habe ich berufliche Schwierigkeiten.				
Beim Spielen suche ich Nervenkitzel.				
Ich denke ständig ans Spielen.	.			
Um mein Spielen zu finanzieren, habe ich oft unrechtmäßig Geld besorgt.				
Den größten Teil meiner Freizeit spiele ich.				
Ich habe schon fremdes bzw. geliehenes Geld verspielt.				
Ich war wegen meiner Spielprobleme schon in Behandlung.				
Ich habe häufig mit dem Spielen aufhören müssen, weil ich kein Geld mehr hatte.				
Weil ich so viel spiele, habe ich viele Freunde verloren.				
Um Spielen zu können, leihe ich mir häufig Geld.				
In meiner Phantasie bin ich der große Gewinner.				
Wegen des Spielens war ich schon oft so verzweifelt, dass ich mir das Leben nehmen wollte.				

15.5 South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987, Deutsche Übersetzung Albrecht, 2002)

1. Welche der folgenden Spielformen haben Sie jemals in Ihrem Leben gespielt? Markieren Sie mit einem X für jede Spielform a bis j jeweils eine der Antwortmöglichkeiten: „überhaupt nicht“, „weniger als einmal pro Woche“ oder „einmal pro Woche oder mehr“.

	überhaupt Nicht	weniger als 1 mal	1 mal oder mehr pro Woche	
a.	☐	☐	☐	Kartenspiele um Geld
b.	☐	☐	☐	Pferde-, Hunde- oder andere Tierwetten
c.	☐	☐	☐	Sportwetten
d.	☐	☐	☐	Würfelspiele um Geld
e.	☐	☐	☐	Spielen im Casino
f.	☐	☐	☐	Toto- und Lottospiele u.ä.
g.	☐	☐	☐	Bingo
h.	☐	☐	☐	Spielen am Aktien- und/oder Gebrauchsgütermarkt
i.	☐	☐	☐	Slot-machines, Poker- oder andere Spielautomaten
j.	☐	☐	☐	Bowlen, Pool-Billard, Golfen oder andere Fertigkeitsspiele um Geld

2. Was ist die größte Geldsumme, die Sie je an einem Tag aufs Spiel gesetzt haben? Bitte markieren Sie alle für Sie zutreffenden nächsten Antworten mit einem Kreuz.

- ☐ habe noch nie gespielt
- ☐ 1 € oder weniger
- ☐ mehr als 1 € - 10 €
- ☐ zwischen 10 € - 100 €
- ☐ zwischen 100 € - 1.000 €
- ☐ zwischen 1.000 € - 10.000 €
- ☐ mehr als 10.000 €

3. Haben/Hatten Ihre Eltern ein Spielproblem?

- ☐ Vater und Mutter spiel(t)en zu viel
- ☐ Vater spielt(e) zu viel
- ☐ Mutter spielt(e) zu viel
- ☐ keiner spielte zu viel

4. Wenn Sie spielen, wie oft kehren Sie am nächsten Tag zurück, um verlorenes Geld zurückzugewinnen?

- ☐ nie
- ☐ manchmal (weniger als die Hälfte der Zeit), wenn ich verlor
- ☐ meistens, wenn ich verlor
- ☐ immer, wenn ich verlor

5. Haben Sie jemals behauptet, Geld gewonnen zu haben, obwohl dies nicht der Tatsache entsprach – denn tatsächlich hatten Sie verloren?

- ☐ nie (oder nie gespielt)
- ☐ ja, meistens
- ☐ ja, aber in weniger als der Hälfte der Fälle in denen ich verlor

6. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, ein Problem mit dem Spielen zu haben?

- ☐ nein
- ☐ ja
- ☐ ja, in der Vergangenheit, aber zurzeit nicht

7. Haben Sie jemals länger gespielt als beabsichtigt?

- ☐ ja
- ☐ nein

8. Haben andere ihr Spielverhalten kritisiert?

- ☐ ja
- ☐ nein

9. Haben Sie sich jemals schuldig gefühlt wegen Ihres Spielverhaltens oder wegen dem, was wegen Ihres Spielens passiert ist?

- ☐ ja
- ☐ nein

10. Hatten Sie jemals das Gefühl, das Spielen beenden zu wollen, aber nicht beenden zu können?

- ☐ ja
- ☐ nein

11. Haben Sie jemals Wettschnipsel, Lottoscheine, Spielgeld oder andere Zeichen des Spielens vor Ihrem Ehegatten oder anderen nahen Angehörigen versteckt?

- ☐ ja
- ☐ nein

12. Haben Sie jemals mit nahen Angehörigen über die Art Ihres Umgangs mit Geld gestritten?

- ☐ ja
- ☐ nein

13. Wenn Frage 12 mit Ja beantwortet: Hatten diese Auseinandersetzungen mit Ihrem Spielverhalten zu tun?

- ☐ ja
- ☐ nein

15. Haben Sie jemals wegen des Spielens Arbeitszeit/Schulzeit versäumt?

☐ ja ☐ nein

16. Wenn Sie Geld zum Spielen oder zur Rückzahlung von Spielschulden geborgt haben, von wem oder wo haben Sie es geborgt?

a. ☐ vom Haushaltsgeld

b. ☐ vom Ehegatten

c. ☐ von anderen Verwandten

d. ☐ von Banken, Kreditanstalten

e. ☐ durch Kreditkarten

f. ☐ von Kredithaien

g. ☐ durch Aktien, Obligationen (Schuldverschreibungen) oder andere Sicherheiten

h. ☐ durch Verkauf von persönlichem oder Familien-Eigentum

i. ☐ durch Nutzung von Schecks ("bad checks")

j. ☐ Kreditvereinbarung mit Buchmacher

k. ☐ Kreditvereinbarung mit Casino

15.6 Lebenslauf:

Angaben zur Person

Antonia Nitsch

E- Mail Adresse: antonianitsch@hotmail.com

Studiumsrelevante Berufserfahrung

Okt 2005 - Dez 2005	Mitarbeit in psychologischer Praxis Mag. Maria Tischler , Wien (Österreich)
Jul 2006 - Sep 2006	Ehrenamtliche Mitarbeit Kolping Heim "Gemeinsam Leben" , Wien (Österreich)
Jul 2009 - Okt 2009	Praktikum Anton Proksch Institut , (Österreich)
Mai 2010 - Sep 2010	Praktikum Universitätsklinik für Strahlentherapie AKH Wien , (Österreich)
Jan 2011 - Mai 2011	Praktikum Universitätsklinik für Hals,- Nasen und Ohrenkrankheiten,AKH Wien

Schul und Berufsbildung:

Okt 2005 – Heute	Studium der Psychologie Universtität Wien, (Österreich)
Juni 2004:	Reifeprüfung
1996- 2004	Oberstufenrealgymnasium St. Ursula, Wien (Österreich)
1992- 1996	Volksschule Ober St. Veit, Wien (Österreich)

Studienwerdegang:

Oktober 2005:	Beginn des Diplomstudiums Psychologie an der Universität Wien
Oktober 2008	Abschluss des ersten Studienabschnitts

Oktober 2008- November 2011 Absolvierung der erforderlichen Lehrveranstaltungen und Pflichtseminare des zweiten Studienabschnitts

Seit Jänner 2012 Erarbeitung eines Diplomarbeitsthemas und Verfassen der Diplomarbeit zum Thema „ Glücksspielsucht im Alter- ein Vergleich zwischen jungen und alten Spielern anhand einer salutogenetischen Betrachtungsweise

Persönliche Fähigkeiten

Muttersprache Deutsch

Weitere Sprachen

Englisch	in Wort und Schrift
Französisch	auf Maturaniveau
Italienisch	auf Maturaniveau

Computerkenntnisse Gutes Beherrschen der Microsoft Office tools (Word, Excel und PowerPoint)
Gutes Beherrschen von SPSS
Sehr gutes Beherrschen von Datenbankrecherchen

15.7 Originalitätserklärung

Ich, Antonia Nitsch, versichere, dass

1. ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst und mich im Zuge dessen auch keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
2. alle Ausführungen und Angaben der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, als solche explizit gekennzeichnet wurden.
3. dieses Exemplar mit der beurteilten Arbeit ident ist.
4. diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt wurde.