



Premper • Sobottka

Pathologisches Glücksspielen

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Behandlungsmanual



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Premper • Sobottka

Pathologisches Glücksspielen

Volker Prempér • Bernd Sobottka

Pathologisches Glücksspielen

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Dr. Volker Premper, Dipl.-Psych.
AHG Klinik Schweriner See
Am See 4
19069 Lübstorf
E-Mail: vpremper@ahg.de

Dr. Bernd Sobottka, Dipl.-Psych.
AHG Klinik Schweriner See
Am See 4
19069 Lübstorf
E-Mail: bsobottka@ahg.de

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



1. Auflage 2015

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Karin Ohms
Herstellung: Sonja Frank
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: ©frank_90/fotolia.com
Satz und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISBN 978-3-621-28216-1

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9

Teil I Störungsbild 11

1	Erscheinungsmerkmale	13
2	Epidemiologie	16
3	Komorbidität	18
4	Definitionskriterien und Klassifikation	22
5	Diagnostik und Differentialdiagnostik	24
6	Erklärungsansätze	28
6.1	Psychoanalytische und psychodynamische Erklärungsansätze	28
6.2	Lerntheoretische Modelle	30
6.3	Kognitive Faktoren	31
6.4	Lebensgeschichtlich begründetes Modell	32
6.5	Typologische Klassifizierungen	33
6.6	Neurobiologische Erklärungsfaktoren	35
6.7	Prädisponierende Persönlichkeitsfaktoren	36
6.8	Suchttherapeutische Ansätze	38
6.9	Zusammenfassung	40
7	Stand der Therapieforschung	42
7.1	Psychotherapeutische Behandlungsansätze im Überblick	42
7.1.1	Kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze	42
7.1.2	Multimodale Ansätze	44
7.1.3	Kontextuelle Behandlungsfaktoren	45
7.2	Effektivität psychotherapeutischer Behandlungsansätze	46
7.3	Pharmakologische Behandlungsansätze	48

Teil II Therapiemanual 51

8	Rahmenbedingungen der Therapie	53
8.1	Überblick	53

8.2	Therapeutisches Vorgehen	54
8.2.1	Beziehungsgestaltung	54
8.2.2	Veränderungsmotivation	57
8.2.3	Diagnostisches Vorgehen	63
8.2.4	Komorbide psychische Störungen	65
8.3	Behandlungssettings	69
8.3.1	Therapie im ambulanten Setting	69
8.3.2	Therapie im stationären Setting	74
9	Basismodule	84
9.1	Modul 1: Einführung und Information	87
9.2	Modul 2: Motivationale Klärung	92
9.3	Modul 3: Formulierung individueller Veränderungsziele	98
9.4	Modul 4: Verhaltensdiagnostik des Glücksspielverhaltens	105
9.5	Modul 5: Selbstmanagement – Aufbau von Alternativverhalten	110
9.6	Modul 6: Verhaltensdiagnostik des Interaktionsverhaltens	115
9.7	Modul 7: Korrektur kognitiver Fehlannahmen	122
9.8	Modul 8: Umgang mit Geld	131
9.9	Modul 9: Rückfallprävention I – Umgehen mit Glücksspielverlangen	139
9.10	Modul 10: Rückfallprävention II – Umgehen mit Lebensveränderungen und Risikosituationen	148
10	Optionale Module	157
10.1	Modul: Expositionsbehandlung	159
10.2	Modul: Ablehnungstraining	167
10.3	Modul: Umgehen mit unangenehmen Gefühlen	174
10.4	Modul: Selbst- und Fremdwahrnehmung	180
10.5	Modul: Training sozialer Kompetenzen	186
10.6	Modul: Problemlösetraining	191
10.7	Modul: Achtsamkeitstraining	196
11	Arbeit mit Angehörigen	202
12	Nachsorge und Selbsthilfe	206
	Anhang	209
	Übersicht über die Arbeitsmaterialien	211
	Adressen	281
	Literatur	282
	Sachwortverzeichnis	292

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir blicken inzwischen auf drei Jahrzehnte zurück, in denen sich die Behandlung des pathologischen Glücksspielens in Deutschland etabliert hat. Anfänglich haben wir nach Amerika geschaut, wo diese Entwicklung bereits einen fortgeschrittenen Stand hatte.

Dabei waren drei Monographien von besonderer Bedeutung, die Mitte der 1980er Jahre erneut oder als Erstauflage erschienen sind. Der Soziologe Henry R. Lesieur (1977/1984) hat uns mit seinem Konzept »The Chase« einen bahnbrechenden Rahmen zum Verständnis der Karriere zum »Compulsive Gambler« vorgegeben, dessen heuristische Bedeutung trotz weniger empirischer Untersuchungen immer deutlicher wird. Dem vor den Nationalsozialisten aus Österreich geflohenen Freud-Schüler Edmund Bergler (1958/1985) verdanken wir eine von ihm selbst als scheinbar paradox bezeichnete, tiefenpsychologische Hypothese, wonach der »Neurotic Gambler« nicht durch das Streben nach Geldgewinn angetrieben wird, sondern durch den unbewussten Wunsch zu verlieren. Der stärkste Einfluss auf die Entwicklung der Behandlung von pathologischen Glücksspielern ging jedoch von den Suchttherapeuten Custer & Milt (1985) aus. Obwohl es sich um ein bereits sehr elaboriertes Vulnerabilitätskonzept zum Verständnis des »Compulsive Gamblers« gehandelt hat, hat sich die Rezeption leider sehr stark auf das von ihnen formulierte Phasenmodell eingengt.

Das theoretische Verständnis des pathologischen Glücksspielens hat seitdem durch stärker multikonditional und integrativ ausgerichtete Modellvorstellungen erhebliche Fortschritte gemacht. Das *Journal of Gambling Studies* als weltweit einziges Fachjournal gibt einen guten Einblick in diese Entwicklung. Die deutschsprachige Forschung hat inzwischen aufgeholt und Anschluss an diese Entwicklung gefunden. Dazu haben auch die Autoren des vorliegenden Behandlungsmanuals wichtige Beiträge geleistet.

In Bezug auf das präventive, ambulante und stationäre Versorgungssystem kann Deutschland als weltweit führend angesehen werden. Den Hintergrund bilden einerseits die bekannten sozialrechtlichen »Empfehlungen« der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen und ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen des Glücksspielstaatsvertrages, die zu einer nahezu flächendeckenden Versorgung von problematischen und pathologischen Glücksspielern geführt haben. Andererseits hat die politisch geförderte Expansion des deutschen Glücksspielmarktes, insbesondere des gewerblichen Glücksspielangebotes (Novellierung der Spielverordnung), zu einem entsprechenden Anstieg der Beratungs- und Behandlungszahlen geführt. Die in diesem Prozess entwickelten und evaluierten ambulanten und stationären Behandlungsangebote haben inzwischen einen hohen Standard erreicht, der vorbildlich ist (Premper et al., 2014). In diesen Kontext ist das vorliegende »kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmanual« von Volker Premper und Bernd Sobottka einzuordnen.

Die Autoren des Manuals können auf einen reichen klinischen Erfahrungsschatz zurückgreifen. In der AHG Klinik Schweriner See, in der die Autoren langjährig tätig sind, wurden seit 1997 ca. 1.750 pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler behandelt (vgl. Meyer in den Jahrbüchern Sucht). Die Klinik ist Mitglied in einer AHG Arbeitsgruppe von inzwischen neun Kliniken, acht Adaptionseinrichtungen und sechs soziotherapeutischen Einrichtungen, die beginnend mit einer Klinik im Jahr 1986 inzwischen jährlich über 1.200 stationäre Behandlungen in diesem Indikationsgebiet durchführen.

Einleitend geben die Autoren einen sehr prägnanten und aktuellen Überblick über alle Aspekte des Störungsbildes, insbesondere zum Erscheinungsbild, zur Epidemiologie, zu Komorbiditäten, zur Diagnostik und Ätiologie sowie zur Effektivität der Behandlungsmaßnahmen. In der Folge werden grundlegende Aspekte der Beziehungsgestaltung und Behandlungsmotivierung bei pathologischen Glücksspielern dargestellt. Es handelt sich um kein übliches »Kochbuch«, sondern die Vermittlung einer Beziehungsgestaltung, die in einem fundierten Störungsverständnis verankert ist. Entsprechend ist der diagnostische Ansatz breit angelegt. Das therapeutische Vorgehen wird nach den Anforderungen des ambulanten und stationären Settings in Bezug auf das symptomatische Glücksspielverhalten und das notwendige Geldmanagement im Sinne eines strukturgebenden Vertragsmanagements differenziert erläutert.

Den Kern des Manuals bilden obligatorische und fakultative therapeutische Module. Dabei wird ein flexibles Vorgehen durch die Diskussion von Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess und dafür geeignete Lösungsmöglichkeiten angeregt. Das dargestellte gruppentherapeutische Programm bezieht sich sowohl auf die Betroffenen als auch deren Angehörige. Der obligatorischen Teil beinhaltet die Informationsvermittlung zur Erarbeitung eines Störungsverständnisses, den Aufbau der Veränderungsmotivation, die Herausarbeitung von individuellen Veränderungszielen, die funktionale Analyse des Glücksspielverhaltens, den Aufbau von Verhaltensalternativen im Rahmen einer glücksspielfreien Lebensgestaltung, die Reflexion dysfunktionaler Interaktionsmuster, die Auseinandersetzung mit kognitiven Fehlannahmen, das Geldmanagement und die vertiefte Rückfallprävention. Der fakultative Teil umfasst die Darstellung verschiedenster Kompetenztrainings zur Exposition mit Risikosituationen, zur Bewältigung von Verführungssituationen, zum Umgang mit negativen Gefühlen, zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen und Problemlösefähigkeit und zur verbesserten Selbstwahrnehmung und -steuerung durch Achtsamkeitsübungen. Abschließend wird auf die Arbeit mit Angehörigen und die Vorbereitung auf die Nachsorge und den Besuch von Selbsthilfegruppen eingegangen. In diesem umfassenden Behandlungsmanual findet sich eine Fülle von therapeutischen »Schätzen« für die ambulante und stationäre Arbeit mit Glücksspielsüchtigen, wobei die Autoren aktuelle Entwicklungen der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie (Heidenreich & Michalak, 2013) mit einbeziehen.

Bielefeld, im November 2014

Dr. Jörg Petry

Einleitung

Als psychische Störung definiert wurde exzessives Glücksspielen erstmals 1985 im DSM-III-R. Ebenfalls seit Mitte der 1980er Jahre hat die Beratung und Behandlung pathologischer Glücksspieler in Deutschland Eingang in die klinische Praxis gefunden (Füchtenschnieder-Petry & Petry, 2010). Mit Beginn der 1990er Jahre wurden die Grundlagen für systematische glücksspieler-spezifische Behandlungsprogramme gelegt (Meyer & Bachmann, 1993; J. Petry, 1996, 2003). Einen erheblichen Fortschritt gemacht hat die Behandlung pathologischen Glücksspielens in Deutschland durch die »Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen« vom März 2001. Seither ist es möglich, die Diagnose F63.0 Pathologisches Glücksspielen als primäre Rehabilitationsdiagnose zu stellen und eine Kostenübernahme für eine entsprechende Behandlung über den Rentenversicherungsträger zu erreichen. In der Folge des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom März 2006, das die Normen für die Aufrechterhaltung eines staatlichen Glücksspielmonopols festgelegt hat, ist in Deutschland eine zunehmende öffentliche Diskussion zu verzeichnen, die die Praktiken des Glücksspielmarktes problematisiert und auf die Gefahren für die seelische Gesundheit der Nutzer von Glücksspielangeboten hinweist. Durch den vor diesem Hintergrund entstandenen neuen Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV), der am 01.01.2008 in Kraft trat, sind Beratungs- und Behandlungsangebote für problematische und pathologische Glücksspieler deutlich erweitert worden (vgl. Meyer & Bachmann, 2011).

Der überwiegende Teil der Behandlungen pathologischer Glücksspieler findet im Rahmen der medizinischen Rehabilitation statt; hier wiederum weit überwiegend in Form stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Es sind jedoch auch teilstationäre und ambulante Rehabilitationen möglich. Der Anteil Letzterer steigt kontinuierlich an. Ein geringerer Anteil pathologischer Glücksspieler wird im Rahmen einiger spezialisierter Institutsambulanzen, in Allgemeinkrankenhäusern und im Rahmen ambulanter Psychotherapie behandelt.

Der medizinischen Rehabilitation vorgeschaltet ist in der Regel eine Beratungs- und Motivationsphase. Diese wird überwiegend von Suchtberatungsstellen geleistet. Die Möglichkeit für pathologische Glücksspieler, sich fachgerecht beraten zu lassen, ist seit Einführung des Glücksspielstaatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland vom Jahr 2008 deutlich verbessert worden. Damit sind die Verfügbarkeit und die Qualität entsprechender Beratungsangebote gestiegen. Zu einem geringeren Teil findet die Motivationsbehandlung stationär in Form einer psychiatrischen Akutbehandlung, vorwiegend aufgrund bestehender Suizidalität, statt.

Nach einer stationären, teilstationären oder ambulanten fachspezifischen Behandlung, schließt sich in der Regel eine Nachsorgebehandlung an. Diese wird überwiegend im Rahmen einer Reha-Nachsorge von Suchtberatungsstellen durchgeführt.

Nicht selten schließt sich an die Behandlung des pathologischen Glücksspiels eine ambulante Psychotherapie zur Behandlung der häufig vorliegenden komorbiden psychischen Störungen an.

In dem vorliegenden Buch wird zunächst in Teil I eine Einführung in das Störungsbild sowie einen Überblick über bisher vorliegende Ätiologiemodelle und Behandlungsansätze gegeben. Im zweiten Teil werden die Rahmenbedingungen erläutert, unter denen die Behandlung des Störungsbildes stattfinden kann, und es wird auf Besonderheiten eingegangen, die dabei zu beachten sind. Besondere Berücksichtigung finden auch die sozialrechtlichen Gegebenheiten, die derzeit für die Behandlung pathologischer Glücksspieler in Deutschland zu beachten sind. Daran anschließend werden in modularer und manualisierter Weise die störungsspezifischen Behandlungsbausteine dargestellt, es ist als Gruppentherapieprogramm konzipiert. Das Behandlungsprogramm ist primär kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert. An vielen Stellen wird auf bisherige Behandlungsansätze Bezug genommen, diese werden integriert und zu einem kognitiv-behavioralen Gesamtbehandlungskonzept zusammengeführt. Die Beschreibung der zehn störungsspezifischen Behandlungsmodule wird ergänzt um die Darstellung von sieben optionalen Modulen. Diese können je nach Ausprägung der Problematik des Patienten ergänzend eingesetzt werden. Das Behandlungsprogramm ist insgesamt so aufgebaut, dass es sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting eingesetzt werden kann.

Zur Vereinfachung der Darstellung wird im Text die männliche Sprachform verwendet. Weibliche Personen sind jeweils mitgemeint. Pathologische Glücksspieler in Behandlung werden im Text durchgängig als Patienten bezeichnet, professionelle Helfer durchgängig als Therapeuten.

Teil I Störungsbild

- 1 Erscheinungsmerkmale
- 2 Epidemiologie
- 3 Komorbidität
- 4 Definitionskriterien und Klassifikation
- 5 Diagnostik und Differentialdiagnostik
- 6 Erklärungsansätze
- 7 Stand der Therapieforschung

1 Erscheinungsmerkmale

Das Ausüben von Glücksspielen beinhaltet ein erhebliches Risiko, die Kontrolle über das Spielgeschehen zu verlieren. Glücksspielverhalten kann über das Glücksspielgeschehen selbst hinausgehende Funktionen bekommen. Es wird dann in einer Weise betrieben, die für den Betreffenden langfristig stark schädliche bis desaströse Folgen hat. Um deutlich zu machen, worin die spezifischen Gefahren des Glücksspielens bestehen, soll zunächst aufgezeigt werden, worin die Unterschiede zwischen Spielen als normalem menschlichen Verhalten und Glücksspielen bestehen.

Spiele

Im Kindesalter dient das Spielen der symbolischen Realitätsaneignung und dem Ausprobieren von Verhaltensmöglichkeiten. Darüber hinaus hat das Spielen die Funktion, sich im Umgang mit Regeln und Rollen zu üben und ist somit ein wichtiger Bestandteil normalen Sozialisationsgeschehens. Das kindliche Spielen und auch später das Spielen der Erwachsenen erlauben es, zeitweise die Realität in den Hintergrund treten zu lassen und sich einer Tätigkeit hinzugeben, in der man frei von den Verpflichtungen und Zwängen des Alltags ist. Das Ergebnis des Spielens, Gelingen oder Misslingen, Sieg oder Niederlage, Gewinn oder Verlust, hat keine Auswirkungen auf das reale Leben. Spielen ist in diesem Sinne eine zweckfreie Tätigkeit, die es erlaubt, Abstand vom Alltag und seinen Belastungen zu gewinnen. Spielen ist regenerativ und ein Ausgleich zu den Anforderungen des Alltags. Viele Spiele erlauben zudem ein Gemeinschaftsgefühl und ein spielerisch unschädliches Messen von Kräften und Ausleben von Konkurrenzgefühlen (Oerter, 1999). »Verspieltheit« im Sinne einer Persönlichkeitseigenschaft, die ein humorvolles, heiteres und offenes Herangehen an die Dinge des Lebens beinhaltet, scheint zudem zu größerem körperlichen und seelischen Wohlbefinden zu führen (Proyer, 2012). Für Huizinga (2004) ist Spielen »eine freie Handlung, die [...] außerhalb des gewöhnlichen Lebens stehend empfunden wird, [...] an die kein materielles Interesse geknüpft ist [...] (und) die nach bestimmten Regeln ordnungsgemäß verläuft«. Das spielerische Erproben von Handlungsoptionen gilt Huizinga als ein wesentliches Element der kulturellen Entwicklung.

Glücksspielen

Einsatz von Geld. Beim Glücksspielen kommen durch den Geldeinsatz jedoch Merkmale hinzu, die die Zweckfreiheit des Spielens außerhalb des Spielgeschehens aufheben. Auch Glücksspiele erlauben es, Abstand vom Alltag zu gewinnen, in eine Spielwelt einzutauchen und sich ganz von ihr gefangen nehmen zu lassen. Sie erlauben dies sogar noch viel radikaler. Der Glücksspieler setzt sich dem Zufall aus, der über Gewinn oder Verlust, über Wohl oder Wehe entscheidet. Diese Ungewissheit erzeugt einen spezifischen Reiz, der sich bis zu einem rauschhaften Erleben steigern kann. So kann eine enorme Bindung an das Glücksspielen entstehen, die alles außerhalb des

Spielgeschehens vergessen lässt. Der Glücksspieler gibt die Verantwortung für das Spielgeschehen aus der Hand und übergibt sie dem Zufall. Seine hohe psychotrope Wirkung erreicht das Glücksspielen gerade dadurch, dass Verantwortung abgegeben werden kann, während gleichzeitig reale Konsequenzen drohen. Diese Form des Spielens, bei dem sich der Spieler in die Hand des Schicksals begibt, um sich seiner Entscheidung zu unterwerfen, ist nach Caillois (1960) eine spezifische Spielform unter anderen, die von ihm »Alea« (von lat. alea = Würfel) genannt wird.

Mit dem realen Gewinn oder Verlust von Geld wird das Prinzip der Zweckfreiheit außerhalb des Spielgeschehens durchbrochen, das Spielergebnis hat Konsequenzen im realen Leben. Wenn das Glücksspielen in problematischer Weise betrieben wird, können seine negativen Konsequenzen äußerst dramatische Formen annehmen. Der Glücksspieler ruiniert seine soziale und berufliche Existenz und stürzt sich in schwerste seelische Krisen. Nicht selten liegt der Beginn der Entwicklung eines problematischen und potenziell pathologischen Glücksspielverhaltens in einem unvoreingenommenen Ausprobieren von Glücksspielangeboten. Anfängliche Gewinne verbunden mit dem Erleben der Entlastung von alltäglichen Sorgen und Problemen führen zu einer allmählichen Steigerung von Häufigkeit, Dauer und eingesetzter Geldmenge beim Spielen.

Ein Teufelskreis. Das Glücksspielen nimmt pathologische Züge an, wenn der Wunsch nach Verlassen der Realität und Vergessen von Problemen übermächtig wird. Das Glücksspielen dient dann einer kompensatorischen Stabilisierung des Selbstwertgefühls und nimmt das Denken und Handeln der betreffenden Person immer mehr in Anspruch. Die Betroffenen beginnen, ihr Spielen zu verheimlichen, erfinden Ausreden, um dem Glücksspielen nachgehen zu können, verstricken sich in Unwahrheiten und setzen Geld für das Glücksspielen ein, das eigentlich für andere Zwecke vorgesehen war. Es entwickelt sich ein zwanghaftes Bemühen, verloren gegangenes Geld wiederzugewinnen. Ein fataler Teufelskreis wird in Gang gesetzt, der in vielen Fällen zu massiven psychischen Krisen bis hin zur Suizidalität führt. Langfristige Folgen sind eine Zerrüttung der sozialen Beziehungen, eine oftmals ausweglose Verschuldung, die Gefährdung oder der Verlust des Arbeitsplatzes sowie sich verschärfende Selbstwertprobleme. Letztere werden häufig über ein betont selbstbewusstes Auftreten kompensiert. In vielen Fällen kommt Straffälligkeit im Sinne von Beschaffungskriminalität hinzu (J. Petry, 2003).

Formen des Glücksspiels. Glücksspiele werden in zahlreichen Varianten betrieben und sind in unterschiedlichen Formen schon seit Jahrtausenden bekannt. Die Geschichte des Glücksspielens und die unterschiedlichen Formen von Glücksspielen, die derzeit in Deutschland im Vordergrund stehen, werden von Mayer und Bachmann (2011) beschrieben. Welche Arten von Glücksspielen zu problematischen oder pathologischen Entwicklungen führen, hängt von den verfügbaren Glücksspielangeboten und deren spezifischen Eigenschaften ab. Eine kurzfristige Spielabfolge mit schnellen Ergebnissen, eine vielfältige Einsatz- und Gewinnstruktur, häufige Beinahe-Gewinne und eine vielgestaltige Einbeziehung des Spielers in das Spielgeschehen fördern eine starke Bindung an das Glücksspielen. Waren früher unter pathologischen Glücksspielern

noch häufig solche zu finden, die klassische Casinospiele wie Roulette oder Black-Jack praktizierten, so treten jetzt klinisch überwiegend Spieler, die an gewerblichen Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gaststätten spielen, in Erscheinung. Die Novellierung der Spielverordnung von 2005, die das Spielen an gewerblichen Geldspielautomaten (Automaten in Spielhallen und Gaststätten) regelt, hat in Verbindung mit den deutlich strengeren Vorgaben des Glücksspielstaatsvertrages von 2008, der das staatlich lizenzierte Glücksspiel (Spielbanken, Lotterien) reguliert, zu einer Verschiebung der Art der ausgeübten Glücksspiele hin zu den Geldspielautomaten geführt. Gemäß der PAGE-Studie (Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie, Meyer et al., 2011) geben 49,1 Prozent der befragten identifizierten pathologischen Glücksspieler an, dass die Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten in erster Linie zur Entstehung ihrer Probleme beigetragen haben. In klinischen Stichproben liegt dieser Anteil bei ca. 76 Prozent (Premper & Petry, 2012).

Glücksspielmarkt im Wandel. Aktuell unterliegt der Glücksspielmarkt einem weiteren erheblichen Wandel. Der ab dem 01.07.2012 gültige neue Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) beinhaltet eine weitere Öffnung des Glücksspielangebotes wie die Teilöffnung des Internets, Vergabe von Sportwettlizenzen oder die Einführung des Lotto Angebotes »Euromillion«. Die 6. Novelle der Spielverordnung zur Regelung des Glücksspielens an gewerblichen Geldspielautomaten, die am 04.11.2014 in Kraft getreten ist, sieht hingegen für diese Einschränkungen vor, durch die u. a. Spielanreize und Verlustmöglichkeiten begrenzt und der Jugendschutz verbessert werden sollen. Deren Wirkung wäre dann zu prüfen. Unabhängig davon, ob dies nach deutschem Recht erlaubt ist, nimmt die Zahl der Glücksspielangebote im Internet stetig zu. Hinzu kommt, dass ein immer größerer Teil von Glücksspielangeboten auch mobil über Smartphone und Tablet-PC aufgerufen werden können. In einer klinischen Stichprobe von sechs Entlassungsjahrgängen (2008–2013) aus stationärer Behandlung (N = 828) konnten Premper et al. (2014) finden, dass eine nahezu stetige Zunahme des Praktizierens von internetbasierten Glücksspielen bei den behandelten pathologischen Glücksspielern zu finden ist. Es traten in erster Linie Online-Poker, Online-Sportwetten sowie online verfügbare Automaten Spiele in Erscheinung. Als hauptsächlich praktizierte Glücksspielform wurde von den Untersuchten jedoch weiterhin das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten genannt.

2 Epidemiologie

Häufigkeit. Im internationalen bevölkerungsbezogenen Vergleich wird von Prävalenzraten zwischen 0,3 Prozent bis 2,1 Prozent ausgegangen (Meyer & Bachmann, 2011). Für Deutschland liegt mit der PAGE-Studie von Meyer und Mitarbeitern (2011) eine aussagekräftige epidemiologische Studie vor. Etwa 15.000 Festnetz- und Mobiltelefon-Patienten im Alter von 14 bis 64 Jahren wurden hinsichtlich der DSM-IV-Kriterien für pathologisches Glücksspielen befragt. Die 12-Monatsprävalenz für pathologisches Glücksspielen betrug 0,35 Prozent, was ca. 193.000 Personen entspricht. Die 12-Monatsprävalenz für problematisches Glücksspielen betrug 0,31 Prozent, was geschätzten 172.000 Personen entspricht. Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz fanden sich 1 Prozent pathologische Glücksspieler und 1,4 Prozent problematische Glücksspieler, was umgerechnet in absolute Zahlen 531.490 pathologischen Glücksspielern und 776.069 problematischen Glücksspielern entspricht.

Geschlecht. Bezogen auf das Geschlecht zeigen die epidemiologischen Befunde von Meyer und Mitarbeitern (2011), dass Männer weit häufiger von Glücksspielproblemen betroffen sind. Das zeigt sich so auch in der Beratungs- und Behandlungspraxis. Für pathologisches Glücksspielen ist die Lebenszeitprävalenz bei Männern fast neunmal so groß wie bei Frauen (1,7 Prozent für Männer und 0,2 Prozent für Frauen) und die entsprechende 12-Monatsprävalenz etwa sechsmal so groß (0,6 Prozent für Männer und 0,1 Prozent für Frauen).

Alter. Die Rate pathologischer Glücksspieler ist stark altersabhängig. Die Hauptrisikogruppe sind die 14- bis 30-Jährigen. Besonders gravierend ist die um 50 Prozent erhöhte Prävalenz bei 14- bis 17-Jährigen (1,5 Prozent gegenüber 1 Prozent bei den Erwachsenen). Dagegen kommt das Pathologische Glücksspielen bei älteren Menschen eher selten vor. Bezogen auf die Lebensspanne zeigen nur 0,3 Prozent der 48- bis 64-Jährigen im Vergleich zu 1,0 Prozent der Gesamtstichprobe der 14- bis 64-Jährigen ein pathologisches Glücksspielverhalten. In Bezug auf die 12-Monatsprävalenz sind es mit 0,04 Prozent bei den 48- bis 64-Jährigen im Vergleich mit der Gesamtstichprobe (0,3 Prozent) ebenfalls deutlich weniger (Meyer et al., 2011).

Weitere Merkmale. Neben dem Geschlecht und dem Alter besteht ein Zusammenhang des problematischen und pathologischen Glücksspielens mit weiteren soziodemografischen Merkmalen. Eine erhöhte Glücksspielproblematik ist im Kontext geringerer Schulbildung, Arbeitslosigkeit und bei Vorliegen eines Migrationshintergrundes belegt (Meyer et al., 2011).

Vor dem Hintergrund der Ausweitung des Glücksspielmarktes ist zukünftig mit einem vermehrten Auftreten von problematischen und krankhaften Formen des Glücksspielverhaltens zu rechnen. Bestimmte Formen des Glücksspiels haben sich dabei bisher als besonders problematisch erwiesen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellte in einer im Jahr 2013 erhobenen epidemiologi-

schen Studie (N = 11.501) fest, dass unter den Personen, die Glücksspiele an Geldspielautomaten praktizierten, der Anteil der Problemspieler mit 28,6 Prozent am höchsten war. Ebenfalls hohe Anteile von Problemspielern zeigten sich bei den Teilnehmern an Live-Sportwetten mit 26,8 Prozent, bei Oddset-Wettangeboten mit 24,1 Prozent und bei Online-Poker mit 17 Prozent (BZgA, 2014).

3 Komorbidität

Seit das pathologische Glücksspielen Mitte der 1980er Jahre Eingang in psychiatrische Diagnosesysteme gefunden hat, liegen auch Studien zur Komorbidität vor (z. B. Ramirez et al., 1983; McCromick et al., 1984; Linden et al., 1986; Specker et al., 1996). Die höchsten Komorbiditätsraten wurden durchgängig für substanzbezogene Störungen, hier vorrangig Alkohol- und Tabakabhängigkeit, sowie depressive Störungen gefunden. In einer Untersuchung von Westphal und Johnson (2003) berichteten Spieler, die sich in Behandlung befanden oder Selbsthilfegruppen besuchten, zu 78 Prozent von weiteren psychischen Problemen. 52,6 Prozent gaben sogar an, zwei oder mehr weitere psychische Probleme zu haben.

Frühe Studien zur Komorbidität haben meist klinische Stichproben zur Grundlage. Inzwischen liegen jedoch einige Studien vor, die große Bevölkerungsstichproben als Basis haben (Petry et al., 2005; Kessler et al., 2008; Meyer et al., 2011). Schon die Untersuchungen an klinischen Stichproben legten nahe, dass pathologisches Glücksspielen gehäuft in Kombination mit anderen psychischen Störungen auftritt und selten ein singuläres Phänomen ist. Auch die anhand von Bevölkerungsstichproben gewonnenen Daten, die nun vermehrt vorliegen, weisen in diese Richtung. Bei Meyer und Mitarbeitern (2011) zeigte sich in der Lebenszeitprävalenz bei 89,7 Prozent eine substanzbezogene Störung, bei 63,6 Prozent eine affektive Störung und bei 37,2 Prozent eine Angststörung. Insgesamt sind 95,4 Prozent von komorbiden psychischen Störungen betroffen. Wenn Tabakabhängigkeit dabei nicht als psychische Störung berücksichtigt wird, sind es 87,8 Prozent.

Depressive Störungen. Die Befundlage weist darauf hin, dass depressive Störungen und Angststörungen sehr häufig bei problematischen und pathologischen Glücksspielern vorkommen. Im Unterschied zu Suchterkrankungen scheinen diese jedoch nicht einen gemeinsamen Entwicklungshintergrund mit dem pathologischen Glücksspielen zu haben (Lorains et al., 2011). Vielmehr existieren Hinweise darauf, dass Angststörungen (Kessler et al., 2008; Prempner & Schulz, 2008) und zu einem erheblichen Teil auch depressive Störungen (Feigelmann et al., 1998; Kessler et al., 2008) oftmals dem pathologischen Glücksspielen zeitlich vorausgehen.

Bipolare Störungen. Widersprüchlich sind die Befunde hinsichtlich des Vorkommens von bipolaren Störungen. Während die überwiegende Zahl der Studien (Bland et al., 1993; Cunningham Williams et al., 1998; Meyer et al., 2011) nur ein marginales gleichzeitiges Auftreten von pathologischem Glücksspielen und bipolaren Störungen finden konnten, zeigt sich bei Petry et al. (2005) sowie bei Lorains et al. (2011) doch ein beachtenswertes Ausmaß. Zu bedenken ist hier, dass pathologische Glücksspieler oftmals von ausgesprochen starken Stimmungsschwankungen, von einem rauschhaften übersteigerten Glückserleben einerseits und tiefer Verzweiflung und Niedergeschlagenheit andererseits, berichten. Diese Schilderungen können selbst bei Anwendung eines

strukturierten klinischen Interviews die Kriterien für eine bipolare Störung scheinbar erfüllt sein lassen. Die geschilderten Erlebenszustände und Symptome sind jedoch nicht Ausdruck einer tatsächlichen bipolaren Störung, sondern sind eng gekoppelt an die Ausübung des Glücksspielverhaltens. In glücksspielfreien Phasen treten diese Symptome bei den betreffenden Patienten nicht auf.

Substanzbezogene Störungen. Im Rahmen einer Metaanalyse (Lorains et al., 2011) wurde bei pathologischen Glücksspielern in den elf Studien im Mittel bei 57,5 Prozent eine komorbide substanzbezogene Störung gefunden, eine alkoholbezogene Störung bei 28,1 Prozent, ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von illegalen Drogen bei 17,2 Prozent. Vor dem Hintergrund der hohen Komorbidität von pathologischem Glücksspielen und substanzbezogenen Störungen sowie hohen Raten ähnlicher weiterer Komorbidität wurde die Hypothese aufgestellt, dass potenziell ähnliche Präpositionen (genetisch, umweltbedingt und sozial) die gemeinsame Entwicklung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen wie auch von pathologischem Glücksspielen beeinflussen (Lorains et al., 2011). Auch Basdekis-Jozsa (2003) stellt Überlegungen an, ob stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen, süchtig anmutenden Verhaltensweisen wegen hoher lebenszeitlicher Koprävalenz möglicherweise eine gemeinsame andere Störung zu Grunde liegt.

ADHS. Deutliche Hinweise liegen für vermehrtes Vorliegen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei pathologischem Glücksspielen vor. Specker et al. (1995) berichten, dass acht von 40 (20 %) Personen mit pathologischem Glücksspielen die Kriterien für eine ADHS erfüllten. Weitere sieben Personen hatten Symptome, die unterhalb der Diagnoseschwelle lagen. Die Autoren stellen die Vermutung auf, dass ADHS prädisponierend für Substanzmissbrauch oder pathologisches Glücksspielen wirkt. Sie vermuten weiter, dass Glücksspieler mit Aufmerksamkeitsdefiziten solche Spiele bevorzugen, die keine besondere Aufmerksamkeit oder Konzentrationsfähigkeit erfordern. Rugle und Melamed (1993) untersuchten 50 pathologische Glücksspieler und schätzten bei ihnen die Prävalenzrate für das gleichzeitige Vorliegen einer ADHS auf 20 bis 35 Prozent. Ozga und Brown (2000) fanden bei 50 pathologischen Glücksspielern eine Prävalenz von ADHS von 32 Prozent. Kessler et al. (2008) fanden, dass 13,4 Prozent der gefunden pathologischen Glücksspieler eine komorbide ADHS hatten. Ringling und Reetz (2010) fanden bei 161 pathologischen Glücksspielern in stationärer Behandlung (140 Männer und 21 Frauen) bei 24,2 Prozent eine adulte ADHS und bei 5,0 Prozent eine juvenile ADHS. Von den insgesamt 47 Patienten mit Life-time-ADHS wurden 39 Patienten als solche mit einer persistierenden ADHS klassifiziert. Bei Letzteren zeigte sich gehäuft eine erhöhte Funktionalität des Glücksspielens im Sinne einer Sedierung.

Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Ein vergleichsweise neues Phänomen mit zunehmender Bedeutung ist ein komorbider pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Häufig betreiben pathologische Glücksspieler auch parallel oder als Ersatz Spiele ohne Geldeinsatz. Von Bedeutung sind hier besonders PC- und Internetspiele. Die Ähnlichkeit des Zugangsweges zu Online-Glücksspielen und die Vielgestaltigkeit des Spielangebotes erleichtern einen schnellen Wechsel von »Gaming« und »Gamb-

ling«. Bei Premper (2006) gaben 31,7 Prozent der pathologischen Glücksspieler an, zusätzlich PC- und Internetspiele ohne Geldeinsatz zu nutzen. J. Petry (2003) nimmt an, dass bei pathologischen Glücksspielern häufig das Störungsbild eines zusätzlichen pathologischen PC- und Internet-Gebrauches vorliegt. Belastbare empirische Befunde hierzu liegen noch nicht vor. Dies ist auch dem Umstand geschuldet, dass das Störungsbild »Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch« noch ein sehr junges ist und weder die Kriterien für das Vorliegen der Störung noch die nosologische Einordnung abschließend geklärt sind (vgl. Grüsser & Thalemann, 2006; Petry, 2010). Es liegen Hinweise dafür vor, dass durch einen pathologischen PC- und Internet-Gebrauch das Risiko für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielens steigt. In eine zunehmende Zahl internetbasierter Gaming-Angebote und sozialer Medien werden Glücksspielelemente eingebaut (Hayer et al., 2014). Durch das Glücksspielen nebenbei wird so der Einstieg in das »harte« Glücksspielen gebahnt (Feindel & Sobottka, 2013).

Persönlichkeitsstörungen. Bei einem erheblichen Teil der pathologischen Glücksspieler liegt eine komorbide Persönlichkeitsstörung vor, wenngleich die Befunde hierzu eine große Spannweite zeigen. Die Unterschiede sind zu einem erheblichen Teil durch Stichprobeneffekte und die Anwendung unterschiedlicher Messverfahren erklärbar. Zu bedenken sind auch grundsätzliche Schwierigkeiten bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, die eine unbefriedigende Reliabilität der Diagnosen bedingen.

Relativ eindeutig ist jedoch die Befundlage für das Vorhandensein einer dissozialen bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörung. Blaszczynski et al. (1989) fanden bei 109 pathologischen Spielern zu 14,6 Prozent und Ibanes et al. (2001) zu 14,5 Prozent eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Bland et al. (1993) sprechen gar von einer 40-prozentigen Lebenszeitprävalenz von antisozialen Persönlichkeitsstörungen bei pathologischen Glücksspielern. Petry et al. (2005) ermittelten bei 23,3 Prozent und Meyer et al. (2011) bei 12 Prozent eine antisoziale Persönlichkeitsstörung. Lorains et al. (2011) fanden in ihrer Metaanalyse im Mittel der Studien bei 28,8 Prozent der pathologischen Glücksspieler eine antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Neben Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B (emotional, dramatisch, launisch) (Blaszczynski et al., 1989; Caspari, 1992; Meyer et al., 2011) stellen auch Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C (vermeidend, dependent, zwanghaft) eine häufige Komorbidität dar (Premper & Schulz, 2008; Meyer et al., 2011). Persönlichkeitsstörungen gelten als stabil, haben ihren Beginn in der Kindheit oder Jugend und gehen mit »tief verwurzelten anhaltenden Verhaltensmustern« einher (Dilling et al., 1991), daher kommen sie als Risikofaktoren für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielens in Frage. Nur in selteneren Fällen wird sich eine Persönlichkeitsstörung als Folge pathologischen Glücksspieles manifestieren (Blaszczynski et al., 1989).

Zeitliche Reihenfolge. Ein fundiertes Verständnis der zeitlichen Abfolge komorbider Störungen und deren Wechselwirkungen mit dem pathologischen Glücksspielen steht bisher jedoch noch aus. Einige Studien geben dennoch auf Basis retrospektiver Befragungen Einblick in wahrscheinliche Abfolgen und Bedingungsgefüge. Kessler et al. (2008) konnten zeigen, dass Angststörungen mit Ausnahme von PTSD, depres-

sive Störungen (Major-Depression) und substanzbezogene Störungen mehrheitlich vor dem Auftreten des pathologischen Glücksspielens begannen. Insgesamt wiesen 74,3 Prozent der Probanden mit pathologischem Glücksspielens eine weitere psychische Störung auf (life time). Bei allen lag der Beginn von zumindest einer psychischen Störung vor dem Auftreten des pathologischen Glücksspielens. Bei Premper und Schulz (2008) zeigte sich in einer klinischen Stichprobe, dass Angststörungen zu 76,9 Prozent schon vor Beginn des pathologische Glücksspielens vorlagen, während depressive Störungen zu 60,6 Prozent nach Beginn des pathologischen Glücksspielens auftraten.

4 Definitionskriterien und Klassifikation

Als eigenständiges psychisches Störungsbild wurde exzessives Glücksspielen erstmals in den 1980er Jahren in das DSM-III aufgenommen. Im Sprachgebrauch hat sich der Begriff des pathologischen Glücksspielens gegenüber früher verwendeten Begriffen wie »zwanghaftes Glücksspielen« (englisch: compulsive gambling) oder »impulsives Spielen« (englisch: impulsive gambling) durchgesetzt. Der Begriff des »problematischen Glücksspielens« bezeichnet ein auffälliges Glücksspielverhalten unterhalb der Schwelle für die Stellung einer Diagnose. Nach DSM-IV müssen für die Diagnosestellung mindestens fünf der aufgeführten diagnostischen Kriterien erfüllt sein (s. u.). Meyer et al. (2011) schlagen vor, bei drei oder vier erfüllten Kriterien von »problematischem Glücksspielen« zu sprechen und bei ein bis zwei erfüllten Kriterien von »risikoreichem Glücksspielen«. Diese Einteilung wird auch im angelsächsischen Sprachraum häufig gewählt (z. B. Toce-Gerstein & Gerstein, 2004).

Vorausgegangen ist dem eine bis heute anhaltende Diskussion um die nosologische Einordnung. Die Debatte kreist um die Frage, ob pathologisches Glücksspielen besser als Zwangsstörung, als Impulskontrollstörung oder als Abhängigkeitserkrankung beschrieben werden kann (z. B. Langewisch & Frisch, 2001; Peele, 2001; Hand, 2004). Die Einordnung erfolgte in der ICD-10 und auch im DSM-IV in die Kategorie »Störungen der Impulskontrolle«. Es wird damit ein starker Drang oder Impuls in den Vordergrund gerückt, die Spielhandlung auszuführen, ohne Beginn, Ende, Umstände und Spielverluste in ausreichendem Maße oder überhaupt kontrollieren zu können. Im ätiologischen Verständnis und aus phänomenologischer Perspektive bestehen im Gegensatz dazu deutliche Parallelen zu Konzepten von Abhängigkeitserkrankungen. Inzwischen wird am häufigsten eine Konzeptualisierung als Suchterkrankung vertreten, wobei das pathologische Glücksspielen als prototypisch für eine nicht stoffgebundene Suchterkrankung angesehen wird (Petry, 1996; Böning, 1999; Grüsser & Thalemann, 2006; Sobottka, 2007; Meyer & Bachmann, 2011).

ICD-10. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert in der »Internationalen Klassifikation psychischer Störungen« (ICD-10) folgende Kriterien für das Vorliegen von F63.0 Pathologisches Spielen (Dilling et al., 1991):

Pathologisches Spielen liegt vor, wenn wiederholt und dauerhaft gespielt wird, obwohl sich negative finanzielle, soziale oder psychische Konsequenzen abzeichnen oder bereits vorliegen. Kennzeichnend sind ein starkes gedankliches Eingenommensein vom Glücksspielen und eine herabgesetzte Kontrolle über Beginn, Ende und Ausmaß der Spielhandlungen. 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. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die

Bezahlung von Schulden zu umgehen. Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

DSM. Die gültige Version des »Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen« (DSM-5, »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders«) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, 2013, 2015) definiert *Störung durch Glücksspielen* wie folgt:

Dauerhaftes und häufig auftretendes problematisches Glücksspielen, was sich in mindestens vier der folgenden Merkmale innerhalb von zwölf Monaten ausdrückt (Kriterium A):

(1) Notwendigkeit des Glücksspielens mit immer höheren Einsätzen, um eine gewünschte Erregung zu erreichen. (2) Unruhe und Reizbarkeit bei dem Versuch, das Glücksspielen einzuschränken. (3) Wiederholte erfolglose Versuche, das Glücksspielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben. (4) Starke gedankliche Eingenommenheit durch Glücksspielen. (5) Häufiges Glücksspielen in belasteten Gefühlszuständen. (6) Rückkehr zum Glücksspielen am nächsten Tag, um Verluste auszugleichen. (7) Belügen anderer, um das Ausmaß der Verstrickung in das Glücksspielen zu vertuschen. (8) Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, eines Arbeitsplatzes, von Ausbildungs- oder Aufstiegschancen aufgrund des Glücksspielens. (9) Verlassen auf finanzielle Unterstützung durch andere.

Ausschlusskriterium ist, dass das Glücksspielverhalten nicht besser durch das Vorliegen einer manischen Episode erklärt werden kann (Kriterium B) (deutsche Version des DSM-5: APA, 2015).

Gegenüber dem bis 2013 gültigen DSM-IV (deutsche Version des DSM-IV: Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) sind die Kennzeichen der Störung im DSM-5 um ein Kriterium reduziert worden. Das bisherige Kriterium »Hat illegale Handlungen begangen, um das Glücksspielen zu finanzieren« ist nicht mehr enthalten, da sich dieses als zu wenig trennscharf erwiesen hat und nur von einem geringen Teil der pathologischen Glücksspieler erfüllt wird. Die übrigen Merkmale sind weitgehend unverändert übernommen worden. Im DSM-5 wird im Unterschied zum bisherigen Sprachgebrauch (*Pathologisches Glücksspielen*) die Bezeichnung *Störung durch Glücksspielen* verwendet und sie wird mit den substanzgebundenen Störungen in die gemeinsame Kategorie *Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigem Verhalten* eingeordnet (APA, 2015). Die diagnostische Schwelle wurde von fünf auf vier erfüllte Kriterien gesenkt.

5 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Ein erster Hinweis auf ein problematisches Glücksspielverhalten ergibt sich häufig zunächst durch die Beobachtungen derjenigen, die bei ihren Partnern, Verwandten oder Arbeitskollegen einen zunehmenden, unerklärlich hohen Geldbedarf feststellen. Auch unerklärliches Fernbleiben vom Arbeitsplatz, Nervosität, Gereiztheit und der Rückzug aus sozialen Beziehungen können Hinweise sein. Ist die erste Hürde genommen und eine Bereitschaft zur Reflexion des eigenen Spielverhaltens geweckt, der Entschluss, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen gefasst, so können weiterführende diagnostische Verfahren zur Verifikation und zur weiteren Entwicklung des Problembewusstseins zum Einsatz kommen.

Die Voraussetzung für eine zielführende Behandlung ist stets eine gründliche Diagnostik. In einem ersten Schritt ist abzuklären, ob überhaupt eine behandlungsbedürftige Glücksspielproblematik vorliegt. Dies kann geschehen mittels eines Anamnesefragebogens (AB A des Arbeitsmaterials) sowie durch die Exploration im therapeutischen Gespräch. Ergänzend stehen hierfür verschiedene Screeninginstrumente zur Verfügung, wie der Lie/Bet-Questionnaire (Johnsen et al., 1997), der CCCC-Questionnaire (Petry, 1996) oder der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG, Petry et al., 2013). Weiter ist die aktuelle Involviertheit in das Glücksspielen mittels eines entsprechenden Erhebungsinstrumentes wie dem Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG, Premper et al., 2013) zu erfassen. Um ein hinreichendes Bild von der Gesamtsituation des Betroffenen zu erhalten, sind weiter anamnestische Angaben zu Vorerkrankungen, insbesondere psychischen Erkrankungen, sowie zur sozialen, biografischen und beruflichen Angaben zu erheben. Ergänzt werden sollte die Befunderhebung durch allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrische Statuserhebung sowie psychologische Diagnostik zur aktuellen psychischen Belastung.

Die überwiegende Zahl der heute zur Verfügung stehenden Instrumente zur Erfassung von problematischen oder pathologischen Glücksspielen ist in Anlehnung an die Kriterien zunächst des DSM-III und später des DSM-IV konstruiert worden. Ein Teil der Instrumente dient dem Screening, also dem Gewinnen eines ersten Überblicks, ob bei einer Person überhaupt ein potenziell problematisches Glücksspielverhalten vorliegt. Ein weiterer Teil dient der Diagnosestellung und ein kleinerer Anteil der Bestimmung des Ausprägungsgrades der Störung und der Behandlungsevaluation.

Screeninginstrumente

Twenty Questions. Eines der ersten und bis heute gebräuchlichen Screeningverfahren, das sich an einem Phasenkonzept der Entwicklung eines pathologischen Glücksspielen orientiert, sind die »Twenty Questions« (GA 20) der Gamblers Anonymous (1980), wie sie bei Mitgliedern dieser Organisation erfasst wurden. Es werden die typischen Merkmale des pathologischen Glücksspielens wie die bekannte Aufholjagd,

Einschränkungen der Kontrollfähigkeiten, Geldbeschaffungsstrategien, Glücksspiel-motive, Gewissensbisse und die persönlichen, familiären, beruflichen und strafrecht-lichen Nachteile des Glücksspielverhaltens formuliert. Als pragmatische Auswertungs-richtlinie wird bei der Bejahung von sieben der zwanzig Fragen von dem Vorliegen eines »zwanghaften Glücksspielens« im Sinne einer Selbstdiagnose ausgegangen.

CCCC-Questionnaire. Zurückgehend auf Rosenthal (1989) wurde von Petry (1996, 2003) der »CCCC-Questionnaire« entwickelt. Damit werden vier zentrale Merkmale (Cannot Quit, Chasing, Craving und Consequences) des pathologischen Glücks-spielens erfasst. Dabei müssen vier Aussagen (»Ich kann mit dem Glücksspielen erst aufhören, wenn ich kein Geld mehr habe«, »Verlieren ist eine persönliche Niederlage, die ich wettmachen möchte«, »Ich denke oft an das Glücksspielen und verspüre einen inneren Spieldrang«, »Zur Geldbeschaffung habe ich schon andere Menschen belogen oder betrogen«) mit richtig oder falsch bewertet werden. Wenn zwei (oder mehr) Items positiv beantwortet werden, liegt ein Hinweis auf eine Glücksspielproblematik vor.

Lie/Bet-Questionnaire. Johnson et al. (1997) stellten einen lediglich zwei Items um-fassenden Fragebogen, den »Lie/Bet-Questionnaire« vor. Die Items lauten: »Haben Sie jemals das Bedürfnis verspürt, um mehr und mehr Geld zu spielen oder zu wetten?« und »Waren Sie jemals in der Lage, gegenüber Ihnen wichtigen Personen über das Ausmaß Ihres Spielens lügen zu müssen?« Der Lie/Bet-Questionnaire wird vor allen Dingen eingesetzt, wenn längere Verfahren nicht einsetzbar sind. Er weist gute Werte für Sensitivität und Spezifität auf (Buchner & Wodarz, 2010).

South Oaks Gambling Screen. In der klinischen Praxis und bei epidemiologischen Untersuchungen ist der »South Oaks Gambling Screen (SOGS)« weit verbreitet. Dieses von Lesieur und Blume (1987) entwickelte Verfahren orientiert sich inhaltlich an den »Zwanzig Fragen« der Gamblers Anonymus und den Kriterien des DSM-III. Die Skala liegt auch in einer deutschen Version (Schinkel & Hand, 2003) vor. In einer Übersichtsarbeit von Lesieur und Blume (1993) wurde eine Fülle von klinischen und epidemiologischen Studien referiert, die insgesamt eine Bestätigung der Reliabilität und Validität des Verfahrens belegten. Inzwischen wird die Skala aufgrund von Män-geln der Itemauswahl und -formulierung sowie der eingeschränkten Validität bei Bevölkerungsbefragungen zunehmend kritisch betrachtet (Stinchfield et al., 2007).

NODS. Ein DSM-IV basiertes Screeninginstrument wurde mit der NODS (National Opinion Research Center at the University of Chicago Diagnostik Screen) von Toce-Gerstein und Gerstein (2004) vorgestellt. Die NODS bildet die DSM-IV-Krite-rien ab, wobei Personen, die ein bis zwei Kriterien erfüllen, als Risikospieler bezeichnet werden, Personen, die drei bis vier Kriterien erfüllen, als Problemspieler. Bei fünf oder mehr erfüllten Kriterien liegt gemäß DSM-IV-Vorgaben ein pathologisches Glücks-spielen vor.

Das **DSM-IV-Multiple-Response** (DSM-IV-MR; Fisher, 2000) ist ein weiteres DSM-IV-basiertes Screeninginstrument, das sich besonders im Bereich der adoleszenten Population bewährt hat. Es handelt sich um einen aus zehn Items bestehenden Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Bei drei bis vier erfüllten Kriterien spricht Fisher

von »Problemspielern«, bei fünf oder mehr von »ernsten Problemspielern«. Eine deutsche Version des Instruments wurde von Schmidt und Kähnert (2003) vorgestellt. **Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten.** Im deutschsprachigen Raum ist der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) von Petry et al. (2013) das verbreitetste Instrument. Der KFG ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und wurde als Screeningverfahren konzipiert. Der KFG erlaubt die Stellung der Verdachtsdiagnose eines pathologischen Glücksspiels anhand eines empirischen Cut-off-Wertes. Darüber hinaus kann der Ausprägungsgrad einer Glücksspielproblematik quantitativ bestimmt werden. Es liegen Prozenträge aus einer Normstichprobe von 558 beratenen/behandelten Glücksspielern vor.

Diagnoseinstrumente

Diagnostic Interview for Gambling Severity. Winters et al. (1997) stellten das »Diagnostic Interview for Gambling Severity« (DIGS) vor. Das DIGS erlaubt eine Diagnosestellung nach DSM-IV sowohl aktuell als auch lebensgeschichtlich. Weitere Faktoren wie demografischer Hintergrund, Behandlungskarriere, psychischer Gesundheitszustand und weitere impulskontrollbezogene Probleme werden mit erhoben.

Structured Clinical Interview for Pathological Gambling. Ein weiteres DSM-IV basiertes Untersuchungsinstrument ist das »Structured Clinical Interview for Pathological Gambling« (SCIP). Es wurde zum Einsatz in der klinischen Praxis zur Verbesserung der bis dahin herrschenden geringen Diagnosereliabilität entwickelt. Gegenüber umstrukturierten klinischen Interviews konnte mit dem Instrument die Diagnosereliabilität deutlich verbessert werden (Walker et al., 1999). Auch Grant et al. (2004) entwickelten ein »Structured Clinical Interview for Pathological Gambling« (SCI-PG), das nach dem Modell des SCID aufgebaut ist und oft in Verbindung mit diesem genutzt wird.

CIDI-Gambling Section. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte für das »Composite International Diagnostic Interview« (CIDI) eine Gambling Section (WHO, 2004). Die CIDI-Gambling Section erlaubt eine Diagnosestellung gemäß den DSM-IV-Kriterien und erhebt weitere Parameter der Glücksspielkarriere und der Glücksspielfolgen. Es hat die Form eines strukturierten klinischen Interviews. Eine deutsche Version wurde von Meyer et al. (2011) vorgelegt.

Instrumente zur Verlaufsdagnostik

Zur Veränderungsmessung, insbesondere zur Evaluation von Behandlungsprogrammen, wurden in der Vergangenheit oft Instrumente eingesetzt, die aus der Domäne der Screeningverfahren stammen (z. B. Ladouceur et al., 2001: South Oaks Gambling Screen). Ebenfalls wurde auf Verfahren zurückgegriffen, die zur Diagnosestellung nach dem DSM-IV entwickelt wurden (z. B. Ladouceur et al., 2003: DSM-IV-Kriterien). Nicht selten werden zur Verlaufsmessung ausschließlich die beobachteten Verhaltensänderungen (Glücksspielfreiheit, Reduktion von eingesetztem Geld oder Zeitaufwand für das Glücksspielen) berichtet (z. B. Echeburúa et al., 1996).

Screeningverfahren oder Verfahren, die dem Zweck der Diagnosestellung dienen, für die Veränderungsmessung einzusetzen, ist als kritisch anzusehen. Das Ergebnis der

Bestimmung einer Diagnose, des Vorliegens oder Nichtvorliegens von pathologischem Glücksspielen sollte sich nicht kurzfristig verändern. Das Vorliegen oder Nichtvorliegen von Diagnosekriterien sollte erst nach einem längeren Zeitraum, z. B. nach zwölf Monaten, neu bewertet werden. Besser geeignet zur Veränderungsmessung sind daher Instrumente, die bestimmte behaviorale oder kognitive Aspekte des pathologischen Glücksspiels erfassen, wie die »Addiction Severity Index Gambling Subscale« von N. Petry (2003). Weiterhin wurde die »Gambling Related Cognition Scale« (GRCS) von Raylu und Oei (2004) als Instrument zur Veränderungsmessung eingesetzt.

Der **Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen** (SFG) wurde gezielt zur Veränderungsmessung entwickelt (Premper et al., 2007, 2013). Mit ihm wird die aktuelle gedankliche und emotionale »Involviertheit in das Glücksspielen« bezogen auf einen Sieben-Tages-Zeitraum gemessen. Die Erfassung des Ausmaßes, mit dem jemand aktuell mit dem Glücksspielen beschäftigt ist, erlaubt eine genauere, auf den Einzelfall abgestimmte Planung von Beratungs- und Behandlungsprozessen. Der SFG ist veränderungssensitiv und kann in Beratungs- und Behandlungsprozessen wiederholt zur Adjustierung des Behandlungsvorgehens und zur Erfolgskontrolle eingesetzt werden.

Diagnostik spezieller Aspekte

Zur Aufklärung kognitiver, emotionaler und motivationaler Faktoren, die mit problematischem Glücksspielverhalten assoziiert sind, wurden unterschiedliche Instrumente entwickelt. Zielrichtung ist es, daraus Hinweise für die Behandlungsplanung ableiten zu können und teilweise auch durch die Feststellung von Veränderungen in den erhobenen Parametern einen Beitrag zur Messung des Behandlungserfolges leisten zu können.

Breen und Zuckerman (1999) entwickelten den »Gambling Attitudes and Beliefs Survey« (GABS), der zum Ziel hat, kognitive Verzerrungen, irrationale Überzeugungen und positive, mit dem Glücksspiel verbundene Bewertungen aufzudecken. Die »Gambling Attitude Scales« (GAS; Kassinove, 1998) wurde geschaffen, um Einstellungen zu identifizieren, die die Entwicklung gestörten Glücksspielverhaltens fördern. Steenbergh et al. (2002) entwickelten den »Gambling Beliefs Questionnaire« (GBQ), ein 21 Items umfassendes Messinstrument, das glücksspielspezifische kognitive Fehleinschätzungen, speziell den subjektiven Glauben an das »Spielglück« und die sogenannte Kontrollillusion, erhebt. May et al. (2003) entwarfen den »Gambling Self-efficacy Questionnaire« (GESQ), ein 16 Items umfassendes Selbsteinschätzungsinstrument zur Einschätzung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit bei der Kontrolle des Glücksspielverhaltens. Raylu und Oei (2004) legten die »Gambling Related Cognition Scale« (GRCS) vor. Die GRCS erfasst in 23 Items glücksspielbezogene Kognitionen und ist geeignet zum Screening und zur Veränderungsmessung glücksspielbezogener Kognitionen.

6 Erklärungsansätze

Entstehungs- und Entwicklungsmodelle von pathologischem Glücksspielen sind meist klinischer Erfahrung entsprungen oder an Hand kleiner klinischer Stichproben entwickelt worden. Übereinstimmend werden bestimmte Verlaufscharakteristika bei pathologischem Glücksspielen beschrieben. Der Beginn liegt typischerweise in der Adoleszenz, zumindest bei Männern, bei Frauen häufig auch im mittleren Lebensalter. Ein anfänglicher Gewinn ist oftmals der Startpunkt für verstärktes Glücksspielverhalten. Die Entwicklung hin zu einem pathologischen Spielverhalten verläuft meist schleichend. Glücksspielen wird oftmals als Ablenkung oder Entlastung bei psychischen Problemen oder Lebensproblemen erlebt. Beim Auftreten neuer Entwicklungsanforderungen, wie der Übernahme beruflicher Verantwortung, dem Eingehen fester Bindungen u. a., oder beim Auftreten von Problemen wird so das Glücksspielverhalten negativ verstärkt. Schließlich kommt es zu Verschuldung und Involvierung des sozialen Umfeldes durch Ausgleich finanzieller Verbindlichkeiten bei gleichzeitigem Versprechen des Betreffenden, sein Glücksspielen einzustellen. Der Versuch, bestehende Schulden durch erhöhte Spiel- und Wetteinsätze auszugleichen (Chasing), forciert die suchartige Eigendynamik und führt zu verstärkter Bindung an das Glücksspielverhalten. Als Reaktion auf die steigende Involviertheit in das Glücksspielgeschehen folgt von Seiten des sozialen Umfeldes nicht selten eine zunehmende Ausgrenzung. Dies wiederum kann eine vermehrte Hinwendung zu entsprechenden subkulturellen Szenen bewirken. Scham- und Schuldgefühle forcieren diese Entwicklung weiter. Nach außen hin wird ausgeprägtes Verleugnungs- und Bagatellisierungsverhalten gezeigt, während es zu einer fortschreitenden Verstrickung in das Glücksspielen kommt. Das Verhalten scheint nur noch auf unmittelbare Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet zu sein, die auch illegale Handlungen zur Geldbeschaffung einschließen können (vgl. J. Petry, 2003).

Die wichtigsten Modelle und Erklärungsansätze werden im Folgenden skizziert.

6.1 Psychoanalytische und psychodynamische Erklärungsansätze

Die frühesten Erklärungs- und Behandlungsansätze für pathologisches Glücksspielen entstammen der psychodynamischen Tradition. Häufig beruhen sie auf Fallstudien weniger Patienten, haben jedoch zu einer begründeten Behandlungskonzeption geführt und haben bis heute Einfluss auf die Behandlung dieses Störungsbildes. Eine der ersten Arbeiten aus der psychoanalytischen Perspektive ist die von Simmel (1920). Er fokussiert auf narzisstische Fantasien der Spieler, insbesondere Grandiosität und Anspruchshaltung (Petry, 2005).

Bergler (1958) postuliert, dass Spieler ein unbewusstes Bedürfnis haben zu verlieren. Auch in Berglers Konzeption liegt dem negativen teufelskreisartigen Entwicklungsverlauf einer pathologischen Glücksspielproblematik eine narzisstische Problematik zugrunde. Der pathologische Glücksspieler ist Größenfantasien verhaftet und befindet sich in einer Rebellion gegen die Autorität der Eltern und das durch sie vertretene Realitätsprinzip. Die aus dieser Rebellion folgende Schuld bringt ein Bedürfnis nach Selbstbestrafung hervor. Die Verluste beim Glücksspielen befriedigen dieses Bedürfnis und werden teils lustvoll erlebt. Nach Bergler befinden sich pathologische Glücksspieler in einer feindlichen Beziehung zur Welt. Ihre Gegner sind der Spielautomat, der Pokertisch, der Roulettekessel, der Croupier oder die Börse. Sie alle werden identifiziert mit der sich verweigernden Mutter oder dem zurückweisenden Vater (Rosenthal, 2008).

Miller (1986) beschreibt das Verlangen des Glücksspielers nach »Aufrechterhaltung eines dynamischen Gleichgewichts«. Er postuliert, dass Glücksspieler das Verlangen nach einem bestimmten Stimulationsniveau haben und gleichzeitig das Glücksspielen benutzen, um Problemen und Sorgen zu entkommen. Glücksspielen kann so in einen sehr angenehmen Zustand versetzen, der zeitweise Beruhigung und Erleichterung bietet. Es aufzugeben ist wie der Verlust eines Liebesobjektes. Zentrales Element der Therapie ist demzufolge die Bearbeitung und Verarbeitung des Verlusts und des Kummers, die mit der Aufgabe des Glücksspielens verbunden sind.

Rosenthal und Rugle (1994) integrieren einen traditionell psychodynamischen Ansatz mit einem suchttheoretischen Modell. Wesentlich in diesem Ansatz ist die Annahme, dass das Glücksspielen und die damit verbundenen Fantasien ein Weg sind, negative oder intolerable Affekte zu vermeiden und zu kompensieren. Indem die positiven Aspekte des Glücksspielens für das Individuum verstanden werden, erklärt sich dessen adaptiver Zweck. Für Rosenthal und Rugle ist es zentral, dass der Patient seine Gefühle von Schuld, Scham und Hilflosigkeit und die Wechselhaftigkeit dieser Gefühle bearbeitet. Beispielsweise wird das für pathologische Glücksspieler typische Hinterherjagen hinter Verlusten als eine irrationale Form, Schuldgefühle zu vermeiden, gesehen. Die betreffenden Glücksspieler glauben, dass sie, indem sie das zurückgewinnen, was sie verloren haben, nicht nur ihre Schulden begleichen können, sondern sich auch in einen Zustand zurückversetzen können, als ob sie nie gespielt hätten. Das entspricht dem psychischen Abwehrmechanismus des Ungeschehenmachens. In ähnlicher Weise kann Schuld als Abwehrmechanismus gegenüber Scham fungieren. Indem der Betreffende etwas tut, wie z. B. Glücksspielen, ist er aktiv. Dies kann im Dienste des Bekämpfens von Gefühlen von Schwäche, Hilflosigkeit und Lähmung stehen, die mit Scham verbunden sind. Jemand, der Schuld empfindet, hat das Gefühl, dass er etwas Falsches getan hat; jemand, der Scham verspürt, hat hingegen das Empfinden, dass er als ganze Person falsch oder schlecht ist. Insofern ist Schuld leichter zu ertragen, ist ein akzeptableres Gefühl als Scham (Rosenthal, 2008).