



Qualitative Studie über den Zugang von Glücksspielsüchtigen zum Hilfesystem.

Hintergrund:

„Auch wenn die aus den repräsentativen Studien hochgerechneten Zahlen der pathologischen Spieler in Deutschland erheblich voneinander abweichen (IFT-Studie: ca. 103.000; BISDRO-Studie: ca. 290.000) so lässt sich dennoch aus beiden Untersuchungen der Schluss ableiten, dass nur ein Bruchteil der betroffenen Personen durch das derzeitige Hilfesystem erreicht wird. So betreuen die ambulanten und stationären Suchtberatungsstellen nur ca. zwei bis sechs Prozent der aus den Studien ermittelten Spielsüchtigen. Zwar entspricht diese geringe Erreichungsquote in etwa der für Alkoholabhängigkeit, trotzdem gilt es zukünftig zu untersuchen, welche Hürden sich für Spielsüchtige im Zugang zum Hilfesystem darstellen und welche Möglichkeiten es gibt, diese zukünftig zu verringern. Ein erster Schritt könnte die Befragung von Spielern darstellen, die sich wegen ihrer Spielsucht behandeln lassen. Auf diesem Wege ließen sich nicht nur die möglichen Ursachen der Ablehnung bestehender Angebote untersuchen, sondern auch die Gründe, welche diese Personen dazu bewogen haben, dennoch ein Beratungs- bzw. Behandlungsangebot in Anspruch zu nehmen.“¹

Forschungsfragen:

Was bringt Glücksspielabhängige dazu, professionelle Hilfe aufzusuchen?

- An welchem Punkt der Spielerbiographie (Suchtverlauf) wird Hilfe relevant?
- Welche Formen der informellen Hilfe sind dem Aufsuchen des professionellen Hilfesystems vorgelagert?
- Was sind die Auslöser dafür, sich an das Hilfesystem zu wenden? (Problemdruck: finanzielle Probleme, psycho-soziale Probleme, Kontrollverlust, Einsicht bzw. Abwägungsprozesse, externer Zwang)
- Wer gibt den Ausschlag für das Aufsuchen von Hilfe?
- Welche Informationen über das Hilfesystem haben Betroffene? Woher stammen diese Informationen?
- Worin liegen die Schwierigkeiten bei der (ersten) Inanspruchnahme? (Hürden bzw. Schwellen: Scham, Vorbehalte, mangelndes Vertrauen, Stärkeideologien, Anonymität, räumliche Entfernung, zeitliche Erreichbarkeit, Aufwand-Nutzen Abwägungen usw.)

¹ Stöver (2008). Schwerpunkte zukünftiger Glücksspielforschung in Deutschland. Sucht 54 (3), 148-151 (S. 149 f.).

Als theoretischer Hintergrund dient das Transtheoretische Modell (TTM, „Transtheoretical Model“), das die Entscheidung zur Veränderung eines Problemverhaltens in verschiedene Phasen einteilt. Es wird erwartet, dass die Wahrnehmung von Zugangsbarrieren innerhalb der verschiedenen Phasen variiert.

Das "Transtheoretische Modell"² begreift sich als ein Ansatz, der zur Beschreibung einer intentionalen Verhaltensänderung generelle Prozesse und Prinzipien der Veränderung integriert und dabei die zeitliche Perspektive der Veränderung berücksichtigt. Eine der Kernannahmen dieses Modells bilden die Stufen der Verhaltensänderung, welche im Zusammenhang mit Untersuchungen zu Veränderungsprozessen bei Psychotherapiepatienten heute vielfach Anwendung finden. Es wird von fünf (bzw. sechs) identifizierbaren, aufeinander aufbauenden Stufen ausgegangen, die dem Prozesscharakter von Veränderungen Rechnung tragen. Die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können dabei individuell sehr stark variieren. Für eine erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens ist jedoch das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Verhaltensprozesse entscheidend. Diese Stufen lassen sich wie folgt beschreiben:

1. „Sorglosigkeit“ bzw. „Absichtslosigkeit“ zeichnet sich dadurch aus, dass keine Absicht zur Veränderung besteht. Das problematische Verhalten wird oft nicht als solches wahrgenommen. Fehlende Intention zur Verhaltensänderung kann zum einen in einem Mangel an relevanten Informationen und/oder einem Mangel an Problembewusstsein bzgl. der ungünstigen Konsequenzen des entsprechenden Verhaltens begründet liegen. Zum anderen kann zu hoher sozialer Druck zu einer Verhaltensänderung von Seiten Außenstehender (z.B. Familienangehöriger), die häufig das vorliegende Risikoverhalten bewusster wahrnehmen als die Betroffenen selbst, zu Reaktanzverhalten der Betroffenen führen und somit das Verbleiben in der Sorglosigkeitsstufe begünstigen. Zwar werden unter dem Druck von Personen des sozialen Umfeldes gelegentlich auch Verhaltensänderungen eingeleitet, aber beim Nachlassen der sozialen Kontrolle fallen die Betroffenen häufig in ihren Zustand der Sorglosigkeit zurück. Schließlich finden sich in dieser Stufe auch Personen, die nach mehreren erfolglosen Veränderungsversuchen resigniert haben und die sich von einem weiteren Änderungsversuch keinen Erfolg mehr versprechen. Alle drei Gruppen tendieren dazu, Informationen bzgl. ihres Risikoverhaltens auszublenden und eine bewusste Auseinandersetzung mit dieser Thematik zu vermeiden. Da das Hauptmerkmal für Personen in der Sorglosigkeitsstufe der Widerstand gegen das Erkennen oder Verändern eines Problemverhaltens ist, werden Personen in dieser Phase häufig als "nicht therapierbar" oder "unmotiviert" charakterisiert.

2. Die Stufe des „Bewusstwerdens“ ist gekennzeichnet durch die bewusste Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrem Risikoverhalten, ohne dass diese Auseinandersetzung in das unmittelbare Ergreifen von Maßnahmen zur Veränderung mündet. Personen in dieser Stufe sind sich bewusst, dass sie ein problematisches Verhalten zeigen, stehen jedoch Veränderungen ambivalent gegenüber. Sie können sich nicht zu Handlungen entschließen, äußern jedoch die Absicht, diese Veränderungen in absehbarer Zeit - d.h., per definitionem in den nächsten sechs Monaten - einzuleiten. Wie die Stufe der Sorglosigkeit ist auch diese Stufe offenbar sehr stabil in dem Sinne, dass Personen sehr lange in ihr verharren können, ohne dass ein weiteres Fortschreiten im Veränderungsprozess erkennbar wird.

3. Die Stufe der „Vorbereitung“ beinhaltet erste Schritte zur Veränderung. Personen in der Stufen der Vorbereitung zeichnen sich dadurch aus, dass sie hoch motiviert sind, unmittelbar mit der Veränderung des problematischen Verhaltens zu beginnen. Die Kategorisierung in diese Stufe erfolgt üblicherweise, wenn a) die feste Absicht geäußert wird, in den nächsten 30 Tagen das Zielverhalten zu erreichen und b) bereits erste Schritte unternommen wurden, dies in die Tat umzusetzen. Die Stufe wird somit charakterisiert sowohl durch das Vorhandensein

1 Prochaska, J.O. (1996). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21, S. 721-732.

Keller, S. (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.

einer Handlungsintention als auch durch bereits gezeigtes Verhalten zur Einleitung einer Veränderung. Das Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung ist eines der wichtigsten Merkmale für diese Phase. Typischerweise haben Personen in der Vorbereitungsstufe bereits konkrete Handlungspläne, sie haben bereits Informationen und Unterstützung für ihr Vorhaben gesammelt, und sie haben erste Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung unternommen. Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als die beiden vorangegangenen Stufen, da es sich um eine zeitlich begrenzte "Durchgangsstufe" handelt, die sich auf den eng umgrenzten Zeitraum der nächsten 30 Tage bezieht. Typischerweise sind es Personen in der Stufe der Vorbereitung, die von konkreten Angeboten zur Unterstützung am ehesten angesprochen werden.

4. Die Phase der „Handlung“ zeichnet sich dadurch aus, dass der Veränderungsprozess in Gang gesetzt wurde. Dies kann etwa darin bestehen, dass die Betroffenen das Problemverhalten eigenständig aufgegeben haben, oder aber dies mit Hilfe Anderer tun. Dies ist nur durch ein hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement zu leisten. Die Abgrenzung gegenüber der Vorbereitungsphase besteht in erster Linie darin, dass eine Einstufung in die Handlungsphase per definitionem erst erfolgt, wenn das Zielkriterium bereits erreicht und seit mehr als einem Tag, aber weniger als sechs Monaten beibehalten wurde. Im Gegensatz zu den ersten beiden Stufen stehen hier offene, beobachtbare Verhaltensweisen stärker im Vordergrund als kognitiv-affektive Prozesse, weshalb Personen in dieser Phase auch am häufigsten Reaktionen von außen stehenden Personen erfahren. Die von außen beobachtbaren Handlungen in dieser Stufe sind jedoch noch nicht mit der angestrebten Veränderung gleichzusetzen, sondern sind Strategien auf dem Weg zu einer stabilen Veränderung. Die Stufe der Handlung ist die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung und birgt - nicht zuletzt aufgrund des hohen erforderlichen Aufwandes - das größte Risiko für eventuelle Rückfälle in frühere Phasen.

5. Der Veränderungsprozess wird weitgehend abgeschlossen von der Phase der „Aufrechterhaltung“. Dies gilt als vorliegend, wenn das Zielverhalten seit mehr als sechs Monaten beibehalten wird. Die Stufe der Aufrechterhaltung wird wie die vorangegangenen Stufen als aktive Phase verstanden, in der das Ziel durch Beibehalten der in der Handlungsphase gezeigten Strategien weiter konsolidiert wird und aktive Maßnahmen zu Rückfallprophylaxe ausgeübt werden. Je nach Suchtbereich kann diese Stufe den Rest der Lebensspanne umfassen.

In den theoretischen Vorstellungen der Autoren wird eine letzte Phase der „Stabilisierung“ angeschlossen, welche die vollständige „Heilung“ beschreiben soll, in der letztlich keine situative Versuchung bzw. Rückfallgefahr mehr vorhanden sein soll. Da der Suchtpatient in dieser Phase in der Regel nicht mehr vom Hilfesystem betreut wird, wird diese Phase häufig als irrelevant bezeichnet.

Für die Feststellung, in welcher dieser Phasen ein Betroffener sich befindet, hat sich ein sehr kurzer Fragebogen mit Subskalen für die einzelnen Stufen bewährt. Dieser enthält Algorithmen mit einander ausschließenden Antwortmöglichkeiten zur Kategorisierung von Personen in die einzelnen Stufen. Das erste dieser Instrumente wurde für den Bereich Rauchen entwickelt, mehrfach leicht modifiziert und diente in der Folge als Vorlage für die Operationalisierung der Stufeneinteilung für verschiedene andere Suchtbereiche.

Das Transtheoretische Modell macht auch Annahmen über verschiedene Strategien der Veränderung im Rahmen dieses Stufenmodells. Diese Strategien beschreiben einerseits die individuellen Vorgänge bei den Betroffenen und andererseits die Möglichkeiten zur Beeinflussung durch Beratung bzw. Therapie. In der Zusammenfassung unterteilen sich diese in Kognitive Strategien, z. B. durch Steigern des Bewusstseins, aktives Aufnehmen von Informationen über sich selbst und das Problemverhalten, emotionales Erleben oder Wahrnehmen und Bewerten, in welcher Weise das Problemverhalten die persönliche Umwelt und andere Personen betrifft. Als Weiteres verhaltensorientierte Strategien, z. B. Selbstverpflichtungen, Stimulus Kontrolle, Gegenkonditionierung, das Nutzen hilfreicher Beziehungen oder die (Selbst-) Verstärkung. Eine zentrale Annahme des Modells ist zudem das Phänomen der „Entscheidungsbalance“. In dieser werden die individuell wahrgenommenen, gewichteten Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung im Vorfeld der

festen Entscheidung verarbeitet. In entsprechenden Studien zeigte sich durchgängig eine einfachere Unterscheidung in wahrgenommene Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung. Die Autoren ziehen hieraus den Schluss, dass die Veränderungen der wahrgenommenen Vor- und Nachteile über die verschiedenen Stufen hinweg systematisch und reproduzierbar verlaufen. Damit stellt die Entscheidungsbalance eine wichtige Größe für die Erklärung des Fortschreitens von Stufe zu Stufe dar, sowie ein wertvolles Instrument zur Charakterisierung der aktuellen Veränderungsmotivation innerhalb des Veränderungsprozesses.

Als letzten Faktor innerhalb des hier skizzierten Modells spielen die beiden Antagonisten „Selbstwirksamkeitserwartung“ und „Situative Versuchung“ eine bedeutsame Rolle in der Beschreibung des Veränderungsprozesses. Während die Selbstwirksamkeitserwartung, als wichtiger Mediator zwischen Wissen und Handeln, das Ausmaß der Zuversicht beschreibt, mit dem die Betroffenen das Ziel für sich als erreichbar betrachten, definiert die situative Versuchung, das Ausmaß des möglichen Risikos, in den gleichen Situationen ein ungünstiges Verhalten zu zeigen, d.h., rückfällig zu werden. So ist ein geringes Maß an Selbstwirksamkeitserwartung unterschiedlich zu interpretieren in Abhängigkeit davon, ob eine bestimmte Situation eine Versuchung darstellt oder nicht.