

**Individuelle Unterschiede in der
Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen
für Glücksspielsüchtige
- eine empirische Studie -**

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde

durch den Promotionsausschuss Dr. phil.

der Universität Bremen

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Lydia Girndt

Bremen, 10. Juni 2020

1. Gutachter: Prof. Dr. Gerhard Meyer

2. Gutachter: Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

Promotionskolloquium: 12.11.2020

Danksagung

Ein solches Forschungsprojekt ist ohne die Unterstützung zahlreicher Personen nicht durchführbar. Mein herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Gerhard Meyer, der mir als Betreuer meiner Dissertation größtmögliche Freiheiten bei der Themenwahl und Umsetzung des Projekts eingeräumt hat und zugleich jederzeit für meine Fragen ansprechbar war. Seine zielführenden Rückmeldungen haben wesentlich zur Qualität dieser Arbeit beigetragen. Besonders danke ich Dr. Tobias Hayer für die Möglichkeit, meine Dissertation dem Selbsthilfeprojekt anzugliedern. Von der Themenfindung über die Bereitstellung von Materialien und die Ansprache wichtiger Kontakte in seinem weiten Netzwerk bis zur gemeinsamen Reflexion der Projektstände hat er diese Forschungsarbeit aktiv begleitet und mit seinen Tipps geholfen, unnötige Stolperfallen zu meiden. Dipl.-Psych. Tim Brosowski danke ich als wertvollem Sparringspartner in allen statistisch-methodischen Fragestellungen. Das gesamte Team der Forschungsgruppe Glücksspiel an der Universität Bremen sowie der Bremer Fachstelle Glücksspielsucht hat mich bei der Umsetzung dieses Projekts durch aktives Mitdenken, intensiven Austausch, Ermutigung und Hinweise auf relevante Literatur großartig unterstützt. Vielen Dank dafür!

Eine der größten Hürden einer empirischen Forschungsarbeit besteht in der Gewinnung valider Daten, insbesondere in diesem sensiblen Forschungsfeld. Daher bedanke ich mich herzlich bei allen Teilnehmenden für ihren Einsatz und ihr Vertrauen. Ohne ihre Beteiligung wäre alle Planung und Vorbereitung unnütz gewesen und diese Arbeit nicht zustande gekommen. Kontaktpersonen aus Selbsthilfegruppen, Suchtberater*innen aus ambulanten Suchtberatungsstellen und Mitarbeitende in Suchtkliniken haben durch die direkte Ansprache von Gruppenmitgliedern und Klient*innen und durch zusätzlichen bürokratischen Aufwand diese Beteiligung befördert und ermöglicht. Auch ihnen gilt mein herzlicher Dank ebenso wie den Multiplikator*innen, die diese Kontakte vermittelt haben. Zu nennen sind hier insbesondere die Landeskoordinator*innen Glücksspielsucht, Hartmut Görge als Selbsthilfereferent des Fachverbands Glücksspielsucht, der Betroffenenbeirat Bayern in Person von Kurt-Willi Sirrenberg sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) mit ihrem Selbsthilfe-Newsletter. Darüber hinaus hat es offenbar einige Mund-zu-Mund-Werbung für die Teilnahme gegeben, die ich keinen bestimmten Personen oder Institutionen zuordnen kann, für die ich mich dennoch herzlich bedanke.

Privat danke ich besonders meinem Mann Rainer, der mir – wieder einmal – volle Rückendeckung für ein großes berufliches Projekt gegeben hat und sich über jeden Zwischenerfolg mit mir gefreut hat. Darüber hinaus danke ich meiner Familie und allen Freund*innen, von denen ich keinerlei Zweifel, sondern ausschließlich Ermutigung erfahren habe.

Inhalt

Zusammenfassung	8
1 Einleitung und Fragestellung	10
1.1 <i>Verbreitung des Glücksspiels und glücksspielbezogener Probleme in Deutschland</i>	10
1.2 <i>Fragestellung</i>	12
2 Gegenstand der Untersuchung	13
2.1 <i>Suchtselbsthilfegruppen im Hilfesystem</i>	13
2.2 <i>Wirkung und Wirkmechanismen</i>	17
3 Theoretischer und empirischer Hintergrund	22
3.1 <i>Angebot und Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige</i>	22
3.2 <i>Prädiktoren der Inanspruchnahme von Hilfe durch Glücksspielsüchtige</i>	23
3.3 <i>Soziodemographische Merkmale Glücksspielsüchtiger im Hilfesystem</i>	30
3.4 <i>Persönlichkeitsfaktoren und Inanspruchnahme von Hilfe</i>	32
3.5 <i>Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfe</i>	39
4 Hypothesen	46
4.1 <i>Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige</i>	46
4.2 <i>Prädiktoren für die ausschließliche Nutzung einer Selbsthilfegruppe</i>	47
4.3 <i>Selbsthilfegruppenbezogene Erwartungen und Verhaltensweisen</i>	47
5 Methodik	49
5.1 <i>Untersuchungsdesign</i>	49
5.2 <i>Erhebungsinstrumente</i>	50
5.3 <i>Durchführung</i>	53
5.4 <i>Datenvorbereitung und Datenanalyse</i>	55
5.4.1 <i>Datenvorbereitung</i>	55
5.4.2 <i>Datenanalyse</i>	56

6	Ergebnisse	59
6.1	<i>Stichprobenbeschreibung und deskriptive Gesamtauswertung</i>	59
6.2	<i>Hypothesenprüfung zu Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige</i>	64
6.2.1	Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige	66
6.2.2	Prädiktoren für die ausschließliche Nutzung einer Selbsthilfegruppe	73
6.2.3	Selbsthilfegruppenbezogene Erwartungen und Verhaltensweisen.....	79
6.3	<i>Zusammenfassung der hypothesenprüfenden Befunde</i>	86
7	Diskussion der Ergebnisse	89
7.1	<i>Diskussion deskriptiver Ergebnisse</i>	89
7.2	<i>Diskussion der Hypothesenprüfungen</i>	91
7.3	<i>Limitationen</i>	97
8	Schlussfolgerungen und Ausblick	99
8.1	<i>Schlussfolgerungen für das Hilfesystem</i>	99
8.2	<i>Ausblick zum weiteren Forschungsbedarf</i>	101
	Literaturverzeichnis	102
	Anhang A: Fragebogen	116
	Anhang B: 12 Schritte der Anonymen Spieler*innen.....	132
	Anhang C: Inhalte der Studieninformationsseite im Internet	133
	Anhang D: Subskalen des ATSPPH-SF.....	135
	Anhang E: Subskalen des BFI-2	136
	Anhang F: Häufigkeitsverteilungen Glücksspielverhalten und Nutzung informeller Hilfen .	138
	Anhang G: Bivariate Zusammenhangsmaße zur Prüfung der Multikollinearität	139
	Erklärung.....	140

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wohnsituation im Haushalt.....	67
Abbildung 2: Familienstand.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zielgruppen der Untersuchung	49
Tabelle 2: Subgruppen nach Inanspruchnahme der Hilfeform	59
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilungen soziodemographischer Daten	61
Tabelle 4: Angegebene Problemspielformen	63
Tabelle 5: Interne Konsistenzen der Subskalen des ATSPPH-SF im bereinigten Datensatz	64
Tabelle 6: Interne Konsistenzen der Domänen und Facetten des BFI-2 im bereinigten Datensatz	65
Tabelle 7: Post hoc-Tests nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich des Alters zwischen den Subgruppen	66
Tabelle 8: Post hoc-Tests nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich der Extraversion zwischen den Subgruppen	69
Tabelle 9: Multinomiale logistische Regressionsanalysen (LR) mit UVs Alter und Extraversion zur Inanspruchnahme der Hilfeformen	72
Tabelle 10: Post hoc-Tests nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich der Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe zwischen den Subgruppen	74
Tabelle 11: Post hoc-Tests nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich des Nutzens professioneller psychologischer Hilfe zwischen den Subgruppen	75
Tabelle 12: Post hoc-Tests nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich des geringen Wunsches nach eigenständiger Problembewältigung zwischen den Subgruppen	76
Tabelle 13: Multinomiale logistische Regressionsanalysen (LR) mit UVs ATSPPH-SF-Subskalen und Extraversion zur Inanspruchnahme der Hilfeformen	78
Tabelle 14: Bivariate Zusammenhänge zwischen Extraversion und dem Bedürfnis nach informellen gemeinsamen Unternehmungen	81
Tabelle 15: Häufigkeit eigener Erfahrungsberichte in Selbsthilfegruppen	82
Tabelle 16: Bivariate Zusammenhänge zwischen Gewissenhaftigkeit und der Regelmäßigkeit der Selbsthilfegruppenteilnahme	84
Tabelle 17: Binäre logistische Regressionsanalysen (LR) mit UV Gewissenhaftigkeit und AV Regelmäßigkeit der Teilnahme	85
Tabelle 18: Ergebnisübersicht Hypothesenprüfungen	87

Zusammenfassung

Gegenstand und Fragestellung

Die Beteiligung am Glücksspiel geht für einen Teil der Spieler*innen mit einem problematischem Spielverhalten bis hin zur Glücksspielsucht einher. Glücksspielsucht hat für die Betroffenen selbst, ihr nahes Umfeld und die Gesellschaft enorme Auswirkungen. Ein differenziertes Hilfesystem, in dem sich professionelle Hilfeangebote und Selbsthilfegruppen ergänzen, dient dazu, das Suchtverhalten und seine Folgen effektiv einzudämmen. Die vorliegende Forschungsarbeit zielt darauf ab, Erkenntnisse zu individuellen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige zu gewinnen. Der Schwerpunkt liegt auf der Analyse des Zusammenhangs zwischen soziodemographischen Merkmalen, Einstellungsaspekten und ausgewählten Persönlichkeitsfacetten mit der Inanspruchnahme von gemeinschaftlicher Selbsthilfe versus professioneller Hilfe. Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale interessiert, inwieweit das Alter, das Geschlecht und das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes mit der Wahl der Hilfeform zusammenhängen. Weiterhin wird gefragt, wie Einstellungen zur Nutzung professioneller psychologischer Hilfe die Präferenz für eine Hilfeform beeinflussen. Aus dem Spektrum der Persönlichkeitsmerkmale schließlich werden Extraversion und Gewissenhaftigkeit bezüglich ihres Zusammenhangs mit der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und professioneller Hilfe untersucht.

Untersuchungsdesign und Stichprobe

Die Angaben von 355 Personen im Alter von 19 bis 80 Jahren ($M = 43.1$ J., $SD = 13.8$ J.), die zum Zeitpunkt der Befragung aufgrund einer Glücksspielproblematik professionelle Hilfe (PH), eine Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige (SH) oder beides (SHPH) nutzten, dienten als Basis der Analysen. Der selbst erstellte Erhebungsbogen umfasste soziodemographische Fragen, Items zum Glücksspielverhalten sowie zur Operationalisierung des Problemstatus in den letzten 12 Monaten vor Inanspruchnahme der aktuellen Hilfeform die neun Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5). Die Abfrage der Einstellung zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe erfolgte anhand des „Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help – Short

Form“ (ATSPPH-SF) mit den Subskalen *Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe*, *Nutzen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe* und *Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung*. Ein Ausschnitt des „Big Five Inventory“ (BFI-2) schließlich diente zur Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale *Extraversion* und *Gewissenhaftigkeit* mit ihren jeweiligen Facetten.

Ergebnisse

In den Analysen erweisen sich ein höheres Alter sowie stärker ausgeprägte Extraversion als relevante Prädiktoren für die ausschließliche oder zusätzliche Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige gegenüber der ausschließlichen Nutzung professioneller Hilfe. Dagegen ist kein Zusammenhang der Merkmale Geschlecht und Migrationshintergrund mit der Gruppenzugehörigkeit erkennbar. Betroffene mit einem starken Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung verzichten eher auf professionelle Hilfe und besuchen ausschließlich die Selbsthilfegruppe. Auf bivariater Ebene gilt das auch bei einer geringeren Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe und geringerem wahrgenommenem Nutzen professioneller Hilfe. Darüber hinaus weisen einzelne Persönlichkeitsaspekte einen Zusammenhang mit dem Verhalten innerhalb der Selbsthilfegruppe auf. Während eine höhere Geselligkeit mit der Häufigkeit eigener Beiträge assoziiert ist, sind es die Gewissenhaftigkeit und ihre Facette Verlässlichkeit mit der Regelmäßigkeit der Teilnahme. Die Ausprägungen von Extraversion und ihren Facette Aktivität sowie Geselligkeit sagen jedoch nicht den Wunsch nach gemeinsamen Unternehmungen mit der Selbsthilfegruppe voraus.

Fazit

Klassische Selbsthilfegruppen sind ein wichtiger Baustein eines vielfältigen Hilfesystems, das unterschiedliche problembezogene, soziodemographische und persönlichkeitsbezogene Bedarfe berücksichtigt. Sie bieten über die Rückfallprophylaxe hinaus für schwer belastete Glücksspielsüchtige, denen eine eigenständige Problembewältigung sehr wichtig ist, eine Möglichkeit der autonomiebetonten Hilfenutzung. Weiterhin sind Wege zu suchen, jüngeren sowie sehr introvertierten Betroffenen einerseits die Scheu vor einer Teilnahme zu nehmen und ihnen andererseits Online-Hilfeformen als Alternative oder Brücke zur klassischen Selbsthilfe anzubieten.

1 Einleitung und Fragestellung

Glücksspiel ist definiert durch einen Geldeinsatz und einen damit verbundenen, überwiegend zufallsbedingten Gewinn oder Verlust (G. Meyer & Bachmann, 2017). Der regulierte Glücksspielmarkt in Deutschland umfasst staatliche und gewerbliche Angebote, die im Jahr 2018 insgesamt 46.3¹ Mrd. Euro Umsatz (Spieleinsätze) erzielten (G. Meyer, 2020). Zu den hierzulande verbreiteten Glücksspielformen zählen u.a. Lotterien, Tischspiele in Spielbanken wie Roulette und Poker, das Spiel an den Glücksspielautomaten der Spielbanken und den Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben sowie Sportwetten. Darüber hinaus nennen G. Meyer und Bachmann (2017) auch Telegewinnspiele und Börsenspekulationen als weitere Glücksspielformen.

1.1 Verbreitung des Glücksspiels und glücksspielbezogener Probleme in Deutschland

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; Banz, 2019) nahmen im Jahr 2019 37.7% der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter von 16 bis 70 Jahren an mindestens einem Glücksspiel teil. Insgesamt erwirtschaftete der regulierte Glücksspielmarkt 2018 nach Berechnungen der Gemeinsamen Geschäftsstelle Glücksspiel (2019) einen Bruttospielertrag von 11.280 Mrd. Euro, was den Verlusten der Spielteilnehmer*innen² entspricht. Zusätzliche individuelle Verluste durch Glücksspiel drücken sich in den erzielten Bruttospielerträgen der Anbieter am nicht regulierten Glücksspielmarkt aus, die die Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel (2019) mit 2.634 Mrd. Euro beziffert. Der nicht regulierte Glücksspielmarkt wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung vor allem durch terrestrische und Online-Sportwettangebote, Online-Kasinospiele, Online-Poker sowie Online-Zweitlotterien bestimmt.

Während die Glücksspielteilnahme für die einen ein gelegentliches Vergnügen bedeutet, verlieren andere mit schwerwiegenden Folgen für sich und ihr soziales Umfeld die Kontrolle über ihr Glücksspielverhalten. Für das Jahr 2019 berichtet die BZgA (Banz, 2019) von einem problematischen Glücksspielverhalten bei 0.39% (95%-Konfidenzintervall, KI: 0.17% - 0.88%) und einem pathologischen

¹ Abweichend von der gewohnten deutschen Schreibweise sind Dezimalzahlen nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) mit einem Dezimalpunkt dargestellt.

² Nach Möglichkeit werden in dieser Dissertation für Personengruppen geschlechtsneutrale Begriffe wie *Teilnehmende* gewählt. Alternativ kommt das Gender-Sternchen (*) zum Einsatz.

Glücksspielverhalten bei 0.34% (KI: 0.11% - 1.06%) der repräsentativen Stichprobe. Hochrechnungen auf die Gesamtbevölkerung lassen auf 229 000 problematische Spieler*innen (KI: 100 000 bis 517 000) und 200 000 pathologische Spieler*innen (KI: 65 000 bis 623 000) zwischen 16 und 70 Jahren in Deutschland schließen. Das Kernelement der Störung bildet der subjektiv erlebte Kontrollverlust bezüglich des Glücksspielverhaltens (Häufigkeit, Dauer, Intensität) und der Höhe des Geldeinsatzes (vgl. G. Meyer & Bachmann, 2017). Andere Interessen und Verpflichtungen vernachlässigen die Betroffenen mehr und mehr und führen das exzessive Spiel selbst dann fort, wenn negative Konsequenzen spürbar sind. Häufige Folgen einer Glücksspielsucht³ sind starke finanzielle Belastungen, Vernachlässigung bedeutsamer Sozialkontakte, Schwierigkeiten im schulischen oder beruflichen Bereich bis hin zu delinquentem Verhalten. Als vulnerable Gruppen gelten z. B. Jugendliche (Hayer, 2012), junge Erwachsene bis 25 Jahre, Männer, Migrant*innen, Arbeitslose, Personen mit geringem Bildungsgrad sowie Menschen mit entsprechender genetischer Veranlagung (Banz, 2019; Johansson, Grant, Kim, Odlaug & Göttestam, 2009; Kastirke, Rumpf, John, Bischof & C. Meyer, 2015; G. Meyer & Bachmann, 2017). Kastirke et al. (2015) konnten zeigen, dass der Migrationshintergrund trotz medierender Einflüsse der bevorzugten Spielformen und soziodemographischer Daten ein eigenständiger Prädiktor bleibt. Schon unter Schüler*innen aus Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen im Alter von 12 bis 18 Jahren erweisen sich die Jugendlichen mit Migrationshintergrund – dort definiert als selbst außerhalb Deutschlands geboren – als häufiger von problematischem Glücksspiel betroffen als die übrigen Teilnehmenden (Giralt et al., 2018).

Trotz der relativ geringen Prävalenzraten sind bei Betrachtung der absoluten Zahlen und unter Einbeziehung der schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen selbst sowie das mit betroffene soziale Umfeld effektive, differenzierte Hilfeangebote von großer Bedeutung. Neben professionellen Hilfsformen stellen Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige ein Angebot dar, das Betroffene dabei unterstüt-

³ Die Begriffe *Glücksspielsüchtige*, *pathologische Spieler*innen* und *Personen mit einer Störung durch Glücksspielen* sind entsprechend der Originalarbeiten genutzt und synonym zu verstehen. *Problemspieler*innen* umfassen Personen mit subklinischem und pathologischem Problemausmaß, sofern zwischen diesen Gruppen nicht ausdrücklich differenziert wird.

zen kann, die Kontrolle über die eigene Lebensgestaltung zurückzugewinnen und zu behalten. Erkenntnisse zur Nutzung des Hilfesystems können eine zielgerichtete Optimierung und möglicherweise Erweiterung des Angebots befördern. Die Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige sowie die mit der Inanspruchnahme verbundenen Erwartungen und Erfahrungen sind jedoch wenig untersucht. Für Deutschland legte einzig G. Meyer (1989) die – allerdings mittlerweile veralteten – Ergebnisse einer Untersuchung zu ihrer Nutzung und Arbeitsweise vor.

Vor diesem Hintergrund beauftragte das Niedersächsische Ministerium für Inneres und Sport die Forschungsgruppe Glücksspiel der Universität Bremen, die Inanspruchnahme von glücksspielspezifischen Selbsthilfegruppen quantitativ zu untersuchen. Die vorliegende Dissertation ist als Ergänzung, Differenzierung und Vertiefung des Forschungsprojekts mit dem Titel „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ (Hayer, Girndt und Brosowski, 2020) zu verstehen.

1.2 Fragestellung

Auf der Basis deutschlandweit erhobener Daten geht die vorliegende Studie der Frage nach, wie individuelle Unterschiede Glücksspielsüchtiger im soziodemographischen Profil, in Persönlichkeitsfacetten und in der Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe mit dem Besuch von und den Erwartungen an Selbsthilfegruppen in Verbindung stehen. In die Betrachtung einbezogen sind sowohl der ausschließliche Selbsthilfegruppenbesuch als auch die ausschließliche Nutzung professioneller Hilfe sowie die kombinierte Inanspruchnahme der Hilfeformen. Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale interessiert, inwieweit das Alter, das Geschlecht und das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes mit der Wahl der Hilfeform zusammenhängen. Weiterhin wird gefragt, wie Einstellungen zur Nutzung professioneller psychologischer Hilfe die Präferenz für eine Hilfeform beeinflussen. Aus dem Spektrum der Persönlichkeitsmerkmale schließlich werden Extraversion und Gewissenhaftigkeit bezüglich ihres Zusammenhangs mit der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und professioneller Hilfe untersucht.

Die gewonnenen Erkenntnisse können Hinweise liefern, wie einerseits das Selbsthilfgruppenangebot auf unterschiedliche Personengruppen zuzuschneiden und wie es andererseits durch weitere Hilfeformen zu ergänzen ist.

2 Gegenstand der Untersuchung

Ein differenziertes Hilfesystem ist notwendig, um das Glücksspielbezogene Suchtverhalten und seine Folgen effektiv einzudämmen. Innerhalb dieses Hilfesystems ergänzen sich professionelle Hilfeangebote und spezifische Selbsthilfegruppen.

2.1 Suchtselbsthilfegruppen im Hilfesystem

Das professionelle Versorgungssystem in Deutschland lässt sich grob aufteilen in die ambulante und die stationäre Versorgung Betroffener in Form von Beratung und Behandlung. Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen stehen süchtigen Menschen mit ihrer Fach- und Methodenkompetenz zur Seite. Die professionelle Versorgung erfolgt überwiegend in Beratungsstellen, ambulanten Praxen und Kliniken. In der vorliegenden Untersuchung sind als professionelle Hilfeformen ambulante Suchtberatung, Psychotherapie oder Rehabilitation sowie stationäre Suchtbehandlung einbezogen. Für das Jahr 2018 erfasste die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS; Braun, Dauber, Künzel & Specht, 2019a) in 855 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen 15 345 Klient*innen, inklusive Einmalkontakten, mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ (Hauptdiagnose: 13 291). Bei Hochrechnung auf die insgesamt 1 485 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in 2018 kommt G. Meyer (2020) auf 26 500 Einzel- bzw. 24 000 Hauptdiagnosen „Pathologisches Spielen“. Weiterhin berichten Braun, Dauber, Künzel und Specht (2019b) von 1 321 Einzel- und 1 142 Hauptdiagnosen in stationären Einrichtungen im Jahr 2018. Der Anteil der Betroffenen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, ist also verhältnismäßig gering. Das passt zu dem Befund, dass nur 7.0% bis 12.0% der Betroffenen oder ehemals Betroffenen zweier nordamerikanischer Stichproben jemals professionelle Hilfe oder Selbsthilfegruppen aufgesucht haben (Slutske, 2006).

Der professionellen Hilfe gegenüber steht die Selbsthilfe. Im wörtlichen Sinne bedeutet der Begriff „Selbsthilfe“, dass ein Individuum die eigenen Probleme ohne Unterstützung Dritter bewältigt (vgl. Haller & Gräser, 2012). Dazu können Betroffene die Fachkompetenz und Methoden nutzen, die in der Ratgeberliteratur, in gedruckten Manualen oder Online-Selbsthilfeprogrammen zur Verfügung stehen

(G. Meyer & Bachmann, 2017). Das Selbsthilfe-Manual „Becoming a winner: Defeating problem gambling“ von Hodgins und Makarchuk (2002) umfasst einen Selbsteinschätzungsabschnitt, einen Entscheidungsabschnitt mit individueller Zielsetzung, einen Abschnitt mit Strategien zur Zielerreichung sowie abschließend einen Abschnitt zur Rückfallprophylaxe. Im Vergleich mit Online-Selbsteinschätzungen, die mit einem einmaligen Motivationalen Interview (MI) oder zusätzlich motivationsfördernden Telefonaten gekoppelt sind, erweist sich das Manual gegenüber einer Kontrollgruppe als genauso wirksam hinsichtlich der Glücksspielproblematik und der spielbedingten Verluste wie die beiden anderen Bedingungen (Hodgins, S. R. Currie, G. Currie & Fick, 2009). Die Online-Kurzinterventionen sind jedoch mit einer stärkeren Reduzierung der Spielteilnahme verbunden als das Manual. Derzeit wird das Schweizer Online-Selbsthilfeprogramm „Win Back Control“ in seiner Wirksamkeit mit dem Manual von Hodgins und Makarchuk (2002) verglichen (Baumgartner et al., 2019). Es umfasst ähnliche Inhalte wie das Manual, von dem es abgeleitet ist, schaltet den Nutzer*innen jedoch automatisiert die Module nacheinander frei und gibt visuelles Feedback auf Basis der Tagebucheinträge und Assessments. Darüber hinaus beinhaltet es Zusatzmodule zu Alkohol- und Nikotinkonsum, zu Entspannungstechniken sowie zum Umgang mit negativen Gedanken und persönlichen Bedürfnissen. In vielen Fällen könnte eine solche Form der individuellen Selbsthilfe ausreichen bzw. keine Hilfe benötigt werden, denn eine relativ geringe Inanspruchnahme des professionellen Hilfesystems ist nicht mit einer geringen Remissionsrate gleichzusetzen (s. Kapitel 3.1; vgl. Hodgins & El-Guebaly, 2000; Kalke & Buth, 2017; Rumpf, Petzold, Bischof & Bischof, 2018; Slutske, 2006).

Selbsthilfegruppen können eine Alternative oder Ergänzung zwischen professioneller Hilfe und individueller Selbsthilfe darstellen. Klassische Selbsthilfegruppen, wie sie hier untersucht werden, bieten eine Form der Selbsthilfe, in der sich Betroffene weitestgehend ohne professionelle Unterstützung über ihre problembezogenen Erfahrungen austauschen und gegenseitig helfen. In Abgrenzung zur individuellen Selbsthilfe wird diesbezüglich von kollektiver (Matzat, 2009) oder gemeinschaftlicher (Borgetto, 2013) Selbsthilfe gesprochen. Reflektiertes Erfahrungswissen verdichtet sich zur Betroffenenkompetenz, deren offizielle Anerkennung als wesentliche Ergänzung im Hilfesystem spätestens in Form einer gesetzlich festgelegten Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V erfolgte (Matzat, 2009; Stötzner, 2004). Eine Etablierung von Selbsthilfegruppen als Teil des

Hilfesystems birgt neben den Möglichkeiten der Förderung und Kooperation zugleich die Gefahr, sie als einfache Lösung für ein wachsendes Versorgungsproblem zu betrachten (Haller & Gräser, 2012). Das oben erwähnte Zusammenspiel von Expert*innenwissen auf Seiten der professionellen Hilfe und Erfahrungswissen auf Seiten der Selbsthilfegruppen weist jedoch darauf hin, dass sich die Hilfeformen nicht gegenseitig ersetzen können, sondern ideal ergänzen, wie es Haller und Gräser (2012, S. 150) betonen.

Neben der Nutzung von Erfahrungswissen ist eine weitere Besonderheit von Selbsthilfegruppen struktureller Natur: Sie bieten Betroffenen, sofern sie dies wünschen, eine langfristige Begleitung über verschiedene Lebens- und Krankheitsphasen hinweg (Müller & Schneider, 2015), während professionelle Behandlungen üblicherweise in einem klaren, formal beantragten und festgelegten Rahmen stattfinden. "Sucht-Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige greift vor, während, nach oder anstatt einer professionellen Maßnahme" (Müller & Schneider, 2015, S. 174). Die ambulante Suchtberatung stellt in dieser Hinsicht eine Zwischenform dar, die ebenfalls in unterschiedlichen Phasen ohne formale Hürden aufgesucht werden kann, jedoch nur im Rahmen der staatlich finanzierten Kapazitäten zur Verfügung steht. Im Spektrum der Selbsthilfegruppen bieten die Suchtselbsthilfegruppen eine besondere Perspektive (Matzat, 2009). Während Selbsthilfegruppen für akut oder chronisch körperlich Erkrankte meist eine Ergänzung der ärztlichen Behandlung darstellen und auf den Umgang mit und Informationen über die Krankheit fokussieren, bergen Suchtselbsthilfegruppen das Potenzial, direkt zur Genesung beizutragen, da Sucht in erster Linie Verhaltensänderungen erfordert, die durch psychosoziale Maßnahmen statt durch Medikamente oder Operationen angeregt werden.

Die Gründung der Anonymen Alkoholiker (AA) im Jahr 1935 gilt als Geburtsstunde der heutigen Selbsthilfegruppen allgemein und der Suchtselbsthilfegruppen im Besonderen (Haller & Gräser, 2012). Die Gründer Robert Smith und William Wilson entwickelten ein 12-Schritte-Programm und betrachteten laut Haller und Gräser (2012) die Vorbildwirkung ehemaliger Alkoholiker sowie eine grundlegende Spiritualität als wesentliche Prinzipien. In Deutschland entstand die erste Gruppe der Anonymen Alkoholiker im Jahr 1953. Erwähnenswert sind neben den Betroffenen-Gruppen die Selbsthilfegruppen für deren Angehörige. Lukas Michael Moeller gründete in den 1970er Jahren die ersten Selbsthilfegruppen abseits der Anonymous-Gruppen mit ihren 12-Schritte-Programmen (Haller & Gräser,

2012). Großen Wert legte er auf die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung der Gruppen. Bis heute sind die Selbsthilfegruppen in Deutschland durch eine besondere Vielfalt gekennzeichnet. Matzat (2009) beschreibt drei Formen von kollektiver Selbsthilfe: (1) die Anonymous-Gruppen, (2) psychologisch-therapeutisch orientierte Gesprächs-Selbsthilfegruppen und (3) Selbsthilfe-Organisationen. Anonymous-Gruppen sind durch ein 12-Schritte-Programm und eine Gesprächsführungskultur ohne Fragen und Ratschläge gekennzeichnet. Darüber hinaus legen sie besonderen Wert auf Unabhängigkeit und Anonymität und sind dementsprechend nicht in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) organisiert. Das erste Treffen der Gamblers Anonymous (GA) fand im Jahr 1957 in den USA statt, während sich die Anonymen Spieler in Deutschland zum ersten Mal in einer Gruppe nahe Hamburg im Jahr 1982 trafen und später die Abkürzung *GA* übernahmen (G. Meyer & Bachmann, 2017). Ihre 12 Genesungsschritte (Anhang B) sind stark an die der Anonymen Alkoholiker angelehnt. Die Suchtselbsthilfegruppen abseits der Anonymous-Gruppen haben weniger standardisierte Abläufe. Als übergreifende Prinzipien der Selbsthilfegruppen nennen Haller und Gräser (2012) die Selbstbetroffenheit der Mitglieder, das Gruppenprinzip mit direkter zwischenmenschlicher Interaktion, die Nicht-Kommerzialität, die Freiwilligkeit und Autonomie, die Verbindlichkeit und Regelmäßigkeit und das Gleichheitsprinzip. Selbsthilfeorganisationen treten als Interessenvertretungen der Betroffenen im Gesundheitswesen auf (Matzat, 2009). In der DHS sind fünf große Suchtselbsthilfeverbände organisiert: Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler und Kreuzbund. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Vereine ohne Verbandszugehörigkeit und Gruppen ohne Rechtsform (Matzat, 2009).

Selbsthilfegruppen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen den Möglichkeiten, die ihnen als etablierter Teil des Hilfesystems zur Verfügung stehen, und der Befürchtung, durch eben dieses System vereinnahmt zu werden und Unabhängigkeit einzubüßen (Haller & Gräser, 2012). Ein Beispiel dafür sind behördliche Auflagen, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, die dem Prinzip der Freiwilligkeit und Autonomie und in der Folge auch dem Gleichheitsprinzip widersprechen. In seinem Positionspapier zur Bescheinigung über den Besuch von Selbsthilfegruppen wehrt sich der Kreuzbund e. V. (2014) entsprechend gegen die Aufweichung dieser Prinzipien: „Die zentrale Bedeutung der Selbsthilfe im Rahmen der Rückfallprophylaxe (Stabilisierung der Abstinenz) und der sozialen Integration ist aus Sicht von

Kosten- und Leistungsträgern unbestritten. Aus diesem Grund vermitteln Institutionen gern Betroffene in die Selbsthilfe. Die positive Wirkung von Selbsthilfe hängt jedoch von der Offenheit, der persönlichen Bereitschaft und den individuellen Fähigkeiten jedes einzelnen Teilnehmers ab. Die Strukturen und das Selbstverständnis dieser freiwilligen Zusammenschlüsse könnten sich verändern und die positiven Effekte der Gruppenarbeit verloren gehen, wenn suchtgefährdete oder -kranke Menschen ohne entsprechende Motivation oder Überzeugung an einer Gruppe teilnehmen ‚müssen‘ (z. B. nur um den Führerschein wieder zu erlangen). Eine Kontrolle der Erfüllung von Auflagen darf nicht auf Selbsthilfegruppen übertragen werden. Es widerspricht daher den Prinzipien der Selbsthilfe, wenn Gruppenleiter oder Gruppenmitglieder über die regelmäßige Teilnahme anderer Bescheinigungen ausstellen oder sogar Berichte verfassen sollen und damit auf die Stufe von ‚Kontrolleuren‘ gehoben werden.“ Abgrenzungstendenzen zwischen Suchtselbsthilfe und professioneller Suchthilfe können darüber hinaus auch durch die Entstehung vieler Selbsthilfegruppen in den 1970er Jahren, in denen die Emanzipierung von Autoritäten und Experten eine große Rolle spielte, mit bedingt sein (Matzat, 2009).

2.2 Wirkung und Wirkmechanismen

Schuler et al. (2016) fanden für den Zeitraum 2002 bis 2015 insgesamt 17 Originalarbeiten zur Effektivität von GA-Gruppen. Dabei diente der GA-Gruppenbesuch jedoch überwiegend als Kontrollbedingung oder zusätzliche Maßnahme neben professioneller therapeutischer oder medikamentöser Behandlung. An Studien mit Kontrollgruppendesign und Fokus auf der Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige mangelt es (vgl. auch McGrath, Kim, Hodgins, Novitsky & Tavares, 2018). Überwiegend stammen die von Schuler et al. (2016) beschriebenen Studien aus den USA, keine davon aus Deutschland. Eine Effektivität der Inanspruchnahme von GA-Gruppen hinsichtlich einer reduzierten Spielteilnahme oder einer Abstinenz zeigt sich in den Ergebnissen nicht ganz durchgängig. Hodgins und Holub (2007) erläutern die Hürden einer wissenschaftlichen Wirksamkeitsprüfung von GA-Gruppen, zu denen sie die glaubensbasierte Ausrichtung, die Anonymität der Gruppenmitglieder sowie den vorrangigen Fokus auf Hilfe für die Betroffenen zählen. Die Aufforderung zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien werde eher als Verstoß gegen den eigentlichen Zweck der Gruppe erlebt. Trotz einheitlicher Prinzipien ist ein standardisiertes Vorgehen nicht gegeben, wodurch die Vergleichbarkeit einge-

schränkt ist. Die Autor*innen empfehlen, trotz dieser Hürden auf quasiexperimentellem Wege systematisch korrelative Daten zu sammeln (Hodgins & Holub, 2007). Unter den von Oei und Gordon (2008) untersuchten 75 australischen GA-Gruppenmitgliedern hatten 58.7% innerhalb der 12 Monate vor der Befragung nicht am Glücksspiel teilgenommen, während 41.3% rückfällig geworden waren. Anhand der Langzeitaufzeichnungen dreier GA-Gruppen in Schottland untersuchten Stewart und Brown (1988) retrospektiv die Abstinenzfolge der Gruppenmitglieder anhand der erhaltenen Nadeln für einjährige und zweijährige Abstinenz. Für ein Jahr waren 7.5% von 186 in Frage kommenden Gruppenmitgliedern abstinent, für zwei Jahre 7.3% von 137 eingeschlossenen Gruppenmitgliedern. Die Autor*innen diskutieren, dass der Fokus auf Abstinenz als Erfolgskriterium dem Nutzen von GA-Gruppen nicht ausreichend gerecht wird und empfehlen, die Messung der subjektiven Lebensqualität als Effektivitätskriterium einzubeziehen. Deutlich wird trotz aller Einschränkungen jedoch, dass der Selbsthilfegruppenbesuch nicht für alle Teilnehmenden in gleicher Weise effektiv wirkt. Daher stellt sich die Frage, welche Wirkmechanismen bei denjenigen, die vom Selbsthilfegruppenbesuch profitieren, zum Tragen kommen.

Zu den Wirkmechanismen, durch die Selbsthilfegruppen zur Problembewältigung beitragen, liegen bisher überwiegend Forschungsarbeiten vor, die sich auf AA-Gruppen beziehen. Humphreys, Mankowski, Moos und Fenney (1999) zeigen mit einer Längsschnittstudie an einer Stichprobe US-amerikanischer männlicher Veteranen mit substanzbezogener Störung, dass ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Anonymous-Gruppen und verringertem Konsum bzw. weniger negativen Konsequenzen besteht. Die Ergebnisse verweisen auf Veränderungen im sozialen Umfeld und in den eingesetzten Copingstrategien als relevante Mediatorvariablen dieser Beziehung. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe ist mit mehr aktivem Coping, allgemein qualitativ verbesserten Freundschaften sowie Abstinenzunterstützung durch Freund*innen aus der Selbsthilfegruppe assoziiert. Alle drei Faktoren beeinflussen den Effekt der Selbsthilfegruppenteilnahme auf den Substanzkonsum und die damit verbundenen negativen Konsequenzen. Hiermit konsistente Befunde ergeben sich bei Kaskutas, Bond und Humphreys (2002) innerhalb einer heterogenen, gemischtgeschlechtlichen Stichprobe alkoholabhängiger Patient*innen großer ambulanter und stationärer Einrichtungen in Kalifornien, USA. Der Fokus dieser Veröffentlichung liegt auf dem Einfluss eines veränderten sozialen Umfeldes auf die Beziehung zwischen einer

AA-Gruppenteilnahme und positiven alkoholbezogenen Outcome-Variablen (weniger negative Konsequenzen, reduzierter Konsum). Sowohl in Analysen mittels Strukturgleichungsmodell als auch mittels logistischer Regression verringert sich der direkte Einfluss des Selbsthilfegruppenbesuchs auf die Reduzierung der alkoholbezogenen Problematik um circa ein Drittel, wenn Veränderungen des sozialen Netzwerkes (Größe des Freundeskreises, Abstinenzunterstützung durch Gruppenmitglieder) einbezogen werden. Beide Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass es weitere Wirkmechanismen geben muss, da nur ein Teil der Varianz durch die dargelegten Faktoren erklärt wird.

Einen Überblick über 24 Studien zum Zusammenhang zwischen dem Besuch einer AA-Gruppe und Veränderungen in der sozialen Unterstützung veröffentlichten Groh, Jason und Keys (2008). Demnach ist die AA-Teilnahme mit qualitativ höherwertigen Freundschaften, mehr Freundschaften, geringerer Förderung des Alkoholkonsums im Freundeskreis sowie mehr Unterstützung der Abstinenz durch Freund*innen verbunden. Dabei ist die Abstinenzunterstützung dann effektiv, wenn sie durch andere Selbsthilfegruppenmitglieder geleistet wird. Am stärksten profitieren Betroffene, die sich zuvor in einem stark konsumfördernden sozialen Umfeld bewegt haben. Die Autoren verweisen auf den diesbezüglichen Kontrast zu professionellen klinischen Interventionen, von denen besonders diejenigen mit hoher Funktionalität und gesundem Umfeld profitieren.

Insgesamt sechs Mediatorvariablen für den Zusammenhang zwischen AA-Teilnahme und verringertem Alkoholkonsum (Prozentanteil abstinenten Tage; Getränkeanzahl pro Tag, an dem getrunken wurde) untersuchten Kelly, Hoepfner, Stout und Pagano (2012). Es handelt sich um eine prospektive Studie mit drei Messzeitpunkten. Zu den Mediatorvariablen zählen (1) Veränderungen im sozialen Netzwerk bezüglich der Anzahl abstinentzfördernder sowie (2) konsumfördernder Personen, (3) Veränderungen in der Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf den Umgang mit riskanten sozialen Situationen und (4) auf die Bewältigung negativer Affekte, (5) Veränderungen depressiver Symptomatik sowie (6) die Umsetzung spiritueller Aktivitäten. Alle sechs Variablen zeigen einen unabhängigen Einfluss auf mindestens ein Kriterium für verringerten Alkoholkonsum. Die konsistentesten und stärksten Effekte ergeben sich jedoch für Anpassungen im sozialen Netzwerk sowie gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich riskanter sozialer Situationen. Bei stärker problembelasteten Betroffenen wirkt die AA-Teilnahme zusätzlich einerseits durch spirituelle Aktivitäten abstinentzfördernd und andererseits

durch Abnahme der depressiven Symptomatik sowie erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit negativen Affekten konsumreduzierend. Selbstwirksamkeitseffekte und Veränderungen hin zu einem abstinenzfördernden sozialen Umfeld erweisen sich geschlechtsunabhängig als signifikant (Kelly & Hoepfner, 2013), jedoch unterscheidet sich das Ausmaß der Effekte. Insbesondere ist hier der starke Effekt durch eine erhöhte Selbstwirksamkeit in riskanten sozialen Situationen bei Männern zu nennen. Die Autor*innen vermuten, dass genderbasierte soziale Rollen dazu führen, dass Männer Alkohol eher gemeinsam beispielsweise im Kontext von Sportveranstaltungen konsumieren, während betroffene Frauen eher zurückgezogen trinken.

Gruppendynamische Wirkmechanismen in AA-Gruppen bilden den Schwerpunkt einer Veröffentlichung von Kuerbis und Tonigan (2018). Die Längsschnittstudie verweist darauf, dass die wahrgenommene Expressivität der Gruppe (Ausdruck von Gefühlen) die Umsetzung spiritueller Praktiken befördert, während die wahrgenommene Gruppenkohäsion die aktive Beteiligung in der Gruppe vorher sagt, die ebenfalls als Prädiktor für die Wirksamkeit der AA-Mitgliedschaft gilt.

Zu den Wirkmechanismen von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige wurde lediglich die erwähnte australische Studie mit einer Stichprobe von 75 GA-Gruppenmitgliedern gefunden (Oei & Gordon, 2008), die sieben Prädiktorvariablen für Abstinenz versus Spielteilnahme in den vergangenen 12 Monaten untersucht: Teilnahme an und Beteiligung in den Gruppentreffen, soziale Unterstützung, Glaube an Gott, Glaube an eine höhere Macht, Arbeit mit den 12 Genesungsschritten, Spielverlangen sowie kognitive Verzerrungen. Alle Prädiktoren sind mit der Abstinenz bzw. dem Rückfall assoziiert, wobei sich der stärkste Zusammenhang mit der Spielfreiheit für die Beteiligung an den Gruppentreffen sowie die soziale Unterstützung zeigt. Erhöhtes Spielverlangen und stärkere kognitive Verzerrungen fördern dagegen den Rückfall.

Auf Grundlage empirischer Untersuchungen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass das soziale Miteinander und insbesondere das abstinenzfördernde Verhalten durch andere Gruppenmitglieder in Anonymous-Gruppen wichtige Wirkfaktoren darstellen. Damit einher geht eine Verschiebung des sozialen Umfeldes in Richtung stärkerer Befürwortung von Abstinenz gegenüber der Ermunterung zum

Konsum. Darüber hinaus verweisen einzelne Studien auf veränderte Selbstwirksamkeit in riskanten konsumfördernden sozialen Situationen sowie Umsetzung der 12 Schritte und darin besonders der spirituellen Praktiken bei schwerer belasteten Betroffenen.

Einen theoretischen Erklärungsansatz zur Wirkung von Selbsthilfegruppen allgemein wählt Borgetto (2013), indem er aus den Wirkungsweisen von Kommunikation und sozialen Bindungen ein heuristisches „Wirkungsmodell der Selbsthilfekommunikation“ (Borgetto, 2013, S. 21) ableitet. Demnach kommen in den vier Gesprächsdimensionen Erfahrungsaustausch, Informationsaustausch, zweckfreie Gespräche und Äußerung von Gefühlen fünf Wirkmechanismen zum Tragen: Modell-Lernen, Selbstexploration, emotionale Unterstützung, Wissenserweiterung und Aufarbeitung der Vergangenheit.

3 Theoretischer und empirischer Hintergrund

3.1 Angebot und Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige

Für Deutschland lässt sich die oben beschriebene Vielfalt von Suchtselbsthilfegruppen im Allgemeinen auf das Angebot von spezifischen Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige übertragen. Durchschnittlich besuchen 15 bis 20 Personen eine Suchtselbsthilfegruppe (Naundorff, Kornwald, Bosch, Hansen & Janßen, 2018), wobei es sich auch um gemischte Gruppen für Substanzabhängige und Glücksspielsüchtige handeln kann. Während sich im Jahr 2010 550 Glücksspielsüchtige in den Selbsthilfegruppen der großen Verbände trafen, waren es 2017 1 022 Betroffene (Naundorff et al., 2018). Ausgehend von 200 000 Glücksspielsüchtigen in Deutschland (Banz, 2019) sind das 0.51% der Betroffenen. Darüber hinaus gibt es von den Verbänden unabhängige Vereine und Gruppen. Besonders bekannt ist die Anonyme Spieler Interessengemeinschaft e. V. oder kurz die Anonymen Spieler (GA; s. Kapitel 2.1). In ihrem Überblicksartikel zur Wirkweise von GA-Gruppen betonen Schuler et al. (2016) die enorme Dominanz des 12-Schritte-Programms in internationalen Suchtselbsthilfegruppen. Zugleich zeigen die Autor*innen auf, dass sich die GA-Gruppen von anderen Anonymous-Gruppen insofern unterscheiden, als sie einen besonderen Fokus auf die Bearbeitung der finanziellen Schwierigkeiten legen, die in ihrem Ausmaß Glücksspielsüchtige von Betroffenen anderer Süchte unterscheiden. Aus der Anzahl der Glücksspielsüchtigen in den Selbsthilfegruppen der großen Verbände ist die Gesamtzahl der Betroffenen in Selbsthilfegruppen nicht ersichtlich. Auf der Webseite des Fachverbandes Glücksspielsucht sind aktuell 161 Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige in Deutschland aufgeführt (www.gluecksspielsucht.de, Stand 23.04.2020), darunter 49 GA-Gruppen und ca. 10 in Selbsthilfeverbänden organisierte Gruppen. Bei einer hoch angesetzten Schätzung von durchschnittlich 20 Personen pro Gruppe (Naundorff et.al., 2018) ergibt sich ein Anteil von 1.61% der Glücksspielsüchtigen, die eine klassische Selbsthilfegruppe besuchen. Die tatsächliche Anzahl der Glücksspielsüchtigen in spezifischen Selbsthilfegruppen ist zwar nicht bekannt, jedoch weisen die vorangegangenen Überlegungen darauf hin, dass von einer relativ geringen Inanspruchnahme auszugehen ist.

Haller und Gräser (2012) fordern, die Bedeutung der Selbsthilfegruppen nicht an ihrer Anzahl, sondern an ihrem Wert für die Teilnehmenden zu bemessen. Ein Verzicht auf die Selbsthilfeprinzipien

zugunsten eines höheren Erreichungsgrades betrachten sie als einen zu hohen Preis. Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige werden teilweise ausschließlich, teilweise in Ergänzung zu anderen Hilfeformen und teilweise gar nicht genutzt. Jedoch erreicht auch das professionellen Hilfesystem nur verhältnismäßig wenige Betroffene (s. Kap. 2.1). Cunningham (2005) vermutet, dass ein erweitertes Hilfeangebot die Rate der Inanspruchnahme von Hilfe erhöhen kann.

3.2 Prädiktoren der Inanspruchnahme von Hilfe durch Glücksspielsüchtige

Geringe Nutzungsraten professioneller Hilfe durch Glücksspielsüchtige befördern weltweit die Forschung zu dieser Thematik. Zu Prädiktoren und Hürden der Inanspruchnahme von Hilfe durch Glücksspielsüchtige liegen international mittlerweile eine Reihe von Publikationen vor. Zum Teil vergleichen sie die Nutzung spezifischer Hilfeformen, zum Teil untersuchen sie die grundsätzlichen Motive und Prädiktoren für die Nutzung von Hilfe einerseits sowie individuelle oder strukturelle Hürden der Inanspruchnahme andererseits (vgl. Suurvali, Cordingley, Hodgins & Cunningham, 2009; Suurvali, Hodgins & Cunningham, 2010).

Als wesentlicher Prädiktor für die Inanspruchnahme irgendeiner Hilfeform kann die Ausprägung der Glücksspielproblematik gelten. Das betrifft sowohl die Symptomatik als auch die negativen Folgen der Glücksspielsucht. In einer Untersuchung australischer Problemspieler*innen stellen Evans und Delfabbro (2005) fest, dass sich Betroffene überwiegend erst in einer akuten Krise Hilfe suchen. Sie waren vor der Inanspruchnahme von Hilfe am Rande des körperlichen oder psychischen Zusammenbruchs und / oder standen vor dem finanziellen Ruin. Das gilt gleichermaßen für das Aufsuchen professioneller Hilfe wie für die Selbsthilfe. Die Autor*innen der Studie vermuten, dass die Sorge, ganz aufs Spielen verzichten zu sollen, Betroffene von der Nutzung professioneller Hilfe abhält. Evans und Delfabbro (2005) resümieren, dass überwiegend situative und externe Faktoren die Veränderungsschritte einleiten, statt kognitives Abwägen von Vor- und Nachteilen, wie es das Transtheoretische Modell (TTM; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) nahe legt. Prochaska et al. (1992) postulieren, dass die Veränderungsstadien und -prozesse des TTM für verschiedene Süchte und weitere problematische Verhaltensweisen gültig und anwendbar sind. Die Autoren beschreiben fünf Stadien der Veränderung, die Betroffene meist mehrfach zyklisch in einer Art Aufwärtsspirale durchlaufen, bevor und falls

sie das Ziel (Abstinenz) erreichen. Im *Precontemplation*-Stadium verfügen die Betroffenen über kein oder wenig Problembewusstsein und planen nicht, in absehbarer Zeit ihr Verhalten zu ändern. Von außen initiierte Veränderungen verlieren an Intensität, sobald der Druck beispielsweise der Familie oder des Arbeitgebers nachlässt. Zentrales Element des *Contemplation*-Stadiums ist das ernsthafte Erwägen einer Veränderung. Ein Problembewusstsein ist nun vorhanden, jedoch noch kein fester Entschluss zur Veränderung. Vielmehr wägen Betroffene zunächst Vor- und Nachteile ihres Verhaltens und einer Veränderung ab. Die Planung kurzfristiger Veränderungsschritte (innerhalb von 30 Tagen) prägt das *Preparation*-Stadium. Veränderungsabsicht und Verhaltenskomponenten greifen ineinander, erste Veränderungsschritte, zum Beispiel in Form leichter Konsumreduktion, sind möglich, führen jedoch noch nicht zur Überwindung des Suchtverhaltens. Im *Action*-Stadium ergreifen Betroffene konkrete Veränderungsmaßnahmen bezogen auf ihr Verhalten, ihr Erleben oder ihre Umgebung. Ihre Bemühungen sind offenkundig und erfordern viel Zeit und Energie. Rückfallprophylaxe und Konsolidierung des Erreichten stehen im Vordergrund des *Maintenance*-Stadiums, das als fortgesetzte Veränderung statt als statische Phase zu verstehen ist. In halbstandardisierten Interviews mit polnischen Glücksspielsüchtigen in ambulante Kliniken oder GA-Gruppen (Wieczorek & Dąbrowska, 2018) zeigte sich dagegen, dass zwei Motive zur Inanspruchnahme von Hilfe zutreffen können: (1) die Probleme erreichen einen Schweregrad, der sich nicht mehr ignorieren lässt und (2) eigene Reflexionen zeigen auf, dass persönlich bedeutsame soziale Rollen nicht mehr ausgefüllt werden können. Möglicherweise verharrt eine große Zahl Betroffener lange Zeit im gedanklichen Abwägen mit halbherzigen Reduktionsversuchen, bis eine Krise den letzten Anstoß zur Hilfesuche gibt.

Als ausschlaggebende Gründe, keine Hilfe zu suchen, nennen die von Evans und Delfabbro (2005) Befragten eher individuelle als strukturelle Faktoren. Im Vordergrund stehen die Verleugnung, dass ein Problem existiert, der Glaube, dass das Problem ohne externe Hilfe gelöst werden kann sowie ein Unwille, Beratung zu akzeptieren oder das Spielen zu unterlassen aufgrund mangelnder Motivation oder Festhalten an der Vorstellung, das Glücksspiel könnte zur Lösung finanzieller Probleme beitragen. Die Autor*innen folgern daraus, dass Hilfeangebote nicht als Interventionsmaßnahmen wahrgenommen werden, sondern als allerletzter Ausweg, wenn alle anderen Möglichkeiten erschöpft sind. Weiterhin

führen sie den großen Unterschied zwischen den Prävalenzraten und der Zahl der Klient*innen im Hilfesystem darauf zurück. Die Mehrzahl der Problemspieler*innen ist demnach weder eigenständig remittiert noch im Hilfesystem aufgetaucht, weil sie noch nicht am Tiefpunkt und in der Verzweiflung angekommen ist. Dagegen kommen Kalke und Buth (2017) zu dem Schluss, dass es einen großen Anteil an eigenständig Remittierten gibt, bei denen die spielbedingten Probleme und die suchtbedingten negativen Konsequenzen vor der Remission geringer ausfielen als bei den mit formeller Hilfe Remittierten. Auch bei Rumpf et al. (2018) ergibt sich, dass mehr als 80% der remittierten Glücksspielsüchtigen ihr Suchtverhalten ohne formelle Hilfe ablegen. Slutske (2006) berichtet von nur einem Drittel eigenständig remittierter Betroffener. In einer von Hodgins und El-Guebaly (2000) untersuchten Stichprobe haben 53% der remittierten pathologischen Spieler*innen weder professionelle Hilfe noch Selbsthilfegruppen genutzt. Als einziger Prädiktor für die Inanspruchnahme von Hilfe zur Problemlösung erweist sich in ihrem Vergleich von remittierten mit aktiven pathologischen Spieler*innen die Anzahl der DSM-IV-Symptome. Als häufigster Grund, keine Hilfe zu nutzen, zeigt sich bei den remittierten sowie den noch aktiven pathologischen Spieler*innen der Wunsch, die Probleme eigenständig in den Griff zu bekommen. Auch Harries, Redden und Grant (2018) berichten, dass hilfesusuchende Spieler*innen eine schwerere Form der Störung durch Glücksspielen zu haben scheinen als solche, die keine Hilfe in Anspruch nehmen. Sie untersuchten eine selbstselektive Stichprobe in einem Drei-Gruppen-Design: (1) Personen mit einer Störung durch Glücksspielen, die keine Hilfe in Anspruch nehmen, (2) solche, die psychotherapeutische Hilfe suchen und (3) diejenigen, die medikamentöse Behandlung nutzen. Das Ergebnis zeigt unter anderem, dass diejenigen, die psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung in Anspruch nehmen, von höheren Verlusten und mehr negativen sozialen und rechtlichen Konsequenzen berichten. Besucher*innen von GA-Gruppen waren aus der Untersuchung ausgeschlossen. Es bleibt damit offen, inwieweit sich die Befunde auf die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen übertragen lassen. In einer repräsentativen Erhebung unter den Einwohnern der kanadischen Provinz Ontario (Suurvali, Hodgins, Toneatto, & Cunningham, 2008) wurde die Nutzung vielfältiger Hilfeangebote inklusive Selbsthilfegruppen (GA) in vier Gruppen mit unterschiedlicher Problemschwere abgefragt. Es ergibt sich eine signifikante positive Assoziation zwischen der Inanspruchnahme von Hilfe und der Ausprägung der Problemschwere, gemessen mit dem National Opinion Research Center DSM-VI Screen (NODS).

Bei 125 Anrufer*innen mit glücksspielbezogenen Problemen einer neuseeländischen Telefonhotline fanden Pulford et al. (2009a) als häufigste Begründungen für die Inanspruchnahme von Hilfe die finanzielle Notlage (77%), emotionale Faktoren wie Stimmungstiefs oder Angst (75%), den Wunsch, eine Verschlimmerung des Problems zu verhindern (75%), ein Abwägen von Kosten und Nutzen des Glücksspiels (70%) und einen Punkt erreicht zu haben, an dem die Betroffenen nicht mehr weiter wissen (58%). Diese Forschungsarbeit weist darauf hin, dass zumindest für die Kontaktaufnahme über eine Telefonhotline kein Tiefpunkt oder akute Krise auftreten müssen. Die durchschnittliche Angabe von sieben Gründen zeigt darüber hinaus, dass meist mehrere Ursachen gleichzeitig zur Inanspruchnahme von Hilfe führen. Als bedeutsamsten Auslöser gaben 35.0% der Hilfesuchenden die finanzielle Notlage an. An derselben Stichprobe untersuchten die Autor*innen die Hindernisse für eine Inanspruchnahme von Hilfe (Pulford et al., 2009b). Die Fragestellungen richteten sich auch an Spieler*innen, die keine Hilfe in Anspruch nahmen. In beiden Gruppen ergeben sich als schwerwiegendste Hindernisse mit lediglich unterschiedlicher Rangfolge (1) der Wunsch, die Probleme alleine in den Griff zu bekommen in Verbindung mit Stolz, (2) die Verleugnung der Problemschwere und des Hilfebedarfs sowie (3) Scham. Neben der symptombezogenen Problemschwere ermittelten Bischof et al. (2014), dass ein höheres Alter, mehr negative Konsequenzen und stärkerer sozialer Druck die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme von Hilfe erhöhen. In der Gesamtstichprobe gaben 43.0% (N = 170) der Teilnehmenden an, Selbsthilfegruppen zu nutzen oder genutzt zu haben.

Rockloff und Schofield (2004) kommen in einer telefonischen Bevölkerungsbefragung in Queensland, Australien, auf fünf Faktoren, die eine Inanspruchnahme von Hilfe verhindern: eingeschränkte Verfügbarkeit, Stigma, Kosten, Unsicherheit und Vermeidung. Davon lassen sich Stigma, Unsicherheit und Vermeidung als individuelle Unterschiede bezüglich Einstellungen und Kenntnissen einordnen. Die Sorge um Stigmatisierung ist bei Männern, bei jüngeren Teilnehmenden und bei niedrigerem Bildungsniveau stärker ausgeprägt als beim jeweiligen Gegenpol. Der Faktor Unsicherheit hängt negativ mit dem Bildungsniveau zusammen, und der Faktor Vermeidung spielt bei Männern eine größere Rolle als bei Frauen. Da 80% der Stichprobe bei Rockloff und Schofield (2004) keine glücksspielbezogenen Probleme aufwies und die tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfe nicht abgefragt wurde, bleibt offen, ob die Befragten bei deutlich ausgeprägten glücksspielbezogenen Problemen tatsächlich

durch die von ihnen genannten Hindernisse von der Hilfesuche abgehalten würden. Als individuelle Gründe, aus denen Betroffene zumindest zeitweise GA-Gruppentreffen vermeiden, ermittelte Cooper (2004) die Sorge, was andere denken könnten, die Skepsis gegenüber der Vertraulichkeit und ein Unbehagen bezüglich der Preisgabe persönlicher Informationen. Befragt wurden für diese Studie Nutzer*innen eines GA-Online-Angebots. Die Ergebnisse zeigen, dass Online-Foren insbesondere zwei Vorteile bieten: (1) die Möglichkeit absoluter Anonymität und (2) die Möglichkeit, *herumzulungern* (*secretly lurk*), also sich per Mausklick unbemerkt durch die Beiträge anderer zu bewegen und still mitzulesen.

Hing, Breen, Gordon und Russell (2014) fanden im Vergleich der Nutzung von Selbstsperrern und / oder Beratung drei unabhängige Einflussfaktoren: das Ziel der Inanspruchnahme der Maßnahme, die Problemschwere und die Ausprägung von Unabhängigkeit / Stolz. Wer Letzteres betont, wählt eher keine professionelle Hilfe. Abstinenzziele und eine starke Problembelastung begünstigen neben niedrigem Stolz die Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Weitere Prädiktoren stufen die Autoren als Mediatorvariablen ein: das Vertrauen in und das Wissen über die Maßnahme, Ermutigung oder Druck zur Inanspruchnahme der Maßnahme, Unterstützung bei der Inanspruchnahme und dem Durchhalten der Maßnahme, die Einstellung zur Offenlegung des Problems, das Vorhandensein sonstiger Unterstützung und die Einfachheit und Effektivität der Maßnahme. Als individuelle Hürden der Inanspruchnahme einer Behandlung in ambulanten Kliniken ermittelten Wieczorek und Dabrowska (2018) Scham, Furcht davor, mit anderen über persönliche Probleme, Emotionen, Gefühle und Erfahrungen zu reden, Furcht vor Stigmatisierung, das Bedürfnis, als normal zu gelten, und das erlebte Unverständnis durch Substanzabhängige in gemischten Gruppen.

Die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige als spezifische Hilfeform ist deutlich weniger untersucht. McGrath et al. (2018) ermittelten in Brasilien unter 135 Personen, die GA-Gruppen besuchen, als wichtigstes Motiv die Rückfallprophylaxe (45,9%). Weitere Motive sind demnach der Wunsch nach Gemeinschaft mit ebenfalls Betroffenen, die die Problematik verstehen (28,1%), die Stärkung der Selbstverpflichtung zur Abstinenz (21,5%), das Gefühl, beim Gruppenbesuch Druck ablassen zu können (11,9%), den Umgang mit finanziellen, persönlichen oder rechtlichen Problemen zu erlernen (8,9%) sowie die Gelegenheit zum Austausch mit Freunden und Bekannten (2,2%). Dabei wird das Abstinenzziel als selbstverständlich vorausgesetzt. Druck ablassen, Verständnis suchen

und Freunde treffen interpretieren die Autor*innen als Formen der sozialen Unterstützung. Diese drei Motive werden von zusammengerechnet 42,2% der Befragten Gruppenteilnehmer*innen bestätigt, woraus die Autor*innen schließen, dass die Suche nach sozialer Unterstützung, die auch als Wirkmechanismus gilt (s. Kapitel 2.2), ein wesentlicher Grund ist, die Gruppentreffen der Anonymen Spieler aufzusuchen. Spieler*innen mit hoher Spielhäufigkeit und stärkerem Problemausmaß nehmen demnach eher nicht an einer GA-Gruppe teil.

Die angegebene Inanspruchnahmerate von Hilfe durch Glücksspielsüchtige variiert unter anderem in Abhängigkeit davon, welche Hilfeformen in den Studien eingeschlossen sind. Suurvali et al. (2008) berichten, dass die Inanspruchnahme von Hilfe bei Personen mit problematischem Glücksspielverhalten von 10% auf 29% und bei denen mit pathologischem Glücksspielverhalten von 25% auf 53% ansteigt, wenn die Nutzung individueller Selbsthilfematerialien eingeschlossen wird. Ein verändertes Bild zum Hilfesuchverhalten ergibt sich darüber hinaus, wenn informelle Hilfe durch Freunde und Familie in die Betrachtung einbezogen wird (Rodda, Dowling, & Lubman, 2018). Unter Einbezug von selbstgesteuerten Aktivitäten geben 93% der Spieler*innen an, schon mindestens eine Aktivität zur Reduktion des Glücksspiels umgesetzt zu haben (Rodda et al., 2018). Laut McMillan, Marshalle, Murphy, Lorenzen und Waugh (2004) wenden sich die meisten Befragten zunächst an ihre Familie und Freunde. Diejenigen, die professionelle Hilfe nutzen, finden sie mehrheitlich nicht effektiv, u.a. weil die Strategie für sie nicht die richtige ist. Alle Studienteilnehmer*innen suchten zuerst informelle Hilfe. Aus der Untersuchung von Kalke und Buth (2017) ergeben sich jedoch keine Empfehlungen, welche Strategien und Maßnahmen spezifisch zur Förderung individueller Selbstheilungsprozesse einzusetzen sind. Auch individuelle Selbsthilfestrategien werden häufiger von denjenigen eingesetzt, die intensiv formelle Hilfe nutzen.

Es erscheint plausibel, dass sich Selbsthilfegruppen als gemeinschaftliche Selbsthilfe mit formalen Gruppenabenden zwischen der professionellen Hilfe und den informellen Hilfeformen sowie individuellen Selbsthilfeangeboten bewegen und somit eine wichtige Ergänzung darstellen sowie eine Brückenfunktion für Betroffene zwischen informeller Hilfe und professioneller Hilfe einnehmen können. Da spezifische Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige insbesondere in Deutschland bisher kaum untersucht sind, wurden im Jahr 2018 acht Fokusgruppengespräche mit Vertreter*innen der

Selbsthilfe, Klient*innen der Suchtberatung und Suchtberater*innen aus Niedersachsen durchgeführt (Hayer & Girndt, 2018). Anhand eines Leitfadens diskutierten die Beteiligten unter anderem Motive und Hürden der Kontaktaufnahme, die Bedingungen für eine Fortsetzung der Gruppenbesuche sowie die Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfegruppen. Als wesentliche individuelle Motive kristallisierten sich ein intensiver Behandlungswunsch durch hohen Veränderungsdruck und die Suche nach Gleichgesinnten heraus. Dabei kann der Veränderungsdruck innerlich und / oder äußerlich, insbesondere durch Angehörige, entstehen und ist durch das Ausmaß des Problemverhaltens und die Schwere der Konsequenzen bedingt. Als *Gleichgesinnte* wurden Personen bezeichnet, die die Problematik aufgrund eigener Erfahrung verstehen. Scham und Angst wurden dagegen als vorherrschende individuelle Hürden genannt. Die Tatsache, dass in der Gruppe nur ebenfalls Betroffene teilnehmen, verhindert das Schamgefühl nicht. In der Diskussion offenbarte sich als große Sorge, in den Gruppentreffen auf Bekannte aus dem Ort oder der Stamm-Spielstätte zu treffen. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass es für manche Personen persönlichkeitsbedingt oder kulturbedingt besonders schwierig ist, sich in einer Gruppe über persönliche Probleme zu äußern. Für eine Fortsetzung der Gruppenbesuche nach dem Erstkontakt zeigten sich die zwischenmenschliche Atmosphäre, eine ausreichende Übereinstimmung mit den eigenen Erwartungen und eine verständnisvolle sowie zugleich angemessen kritische Gesprächsführung als besonders wichtig. Das Ausmaß der Konfrontation in der Gesprächsführung der Selbsthilfegruppen erwies sich als unterschiedlich und wurde kontrovers diskutiert.

Zusammengefasst zeigen die hier aufgeführten Studien, dass sich das Ausmaß der glücksspielbezogenen Problematik, soziodemographische Faktoren und individuelle Einstellungen sowohl auf die grundsätzliche Inanspruchnahme von Hilfe als auch auf die Auswahl der Hilfeform auswirken. Inwieweit Persönlichkeitseigenschaften bei der Inanspruchnahme und Auswahl von Hilfe für Glücksspielsüchtige eine Rolle spielen, ist dagegen kaum untersucht (vgl. Kapitel 3.3). Ebenso finden sich international wie national kaum Studien zur Nutzung von spezifischen Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige. Die erwähnte Untersuchung von Hodgins und El-Guebaly (2000) weist darauf hin, dass eine geringere Problemschwere sowie ein Wunsch nach eigenständiger Problemlösung sowohl von professioneller

Hilfe als auch vom Selbsthilfegruppenbesuch abhalten. Eine weitere Differenzierung zwischen den Hilfeformen erfolgte nicht. Bei McGrath et al. (2018) dagegen ist ein hohes Problemausmaß mit dem Verzicht auf einen Selbsthilfegruppenbesuch assoziiert.

3.3 Soziodemographische Merkmale Glücksspielsüchtiger im Hilfesystem

Sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen sind 87.0% der Hilfesuchenden laut DSHS (Dauber, Specht, Künzel, Pfeiffer-Gerschel & Braun, 2019) im Jahr 2018 Männer. In der Rangreihe der Geschlechterverhältnisse bei den Hauptdiagnosen hat sich gegenüber 2017 damit eine Verschiebung ergeben. Während 2017 die Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel mit einem Geschlechterverhältnis von 10:1 Männern gegenüber Frauen die Rangreihe anführte, ist an diese Stelle 2018 die exzessive Mediennutzung gerückt. Das pathologische Glücksspiel liegt demgegenüber mit einem Geschlechterverhältnis von 7:1 Männern gegenüber Frauen an zweiter Stelle. Darin kann ein Hinweis liegen, dass die Glücksspielsucht auch bei Frauen zunimmt, sofern sich dieser Trend fortsetzt. Jedoch haben sich von den Frauen, die sich im Jahr 2019 subjektiv durch das Glücksspiel belastet fühlten, nur 1.8% schon einmal beraten lassen, während es bei den Männern 48.1% sind (Banz, 2019). Der Frauenanteil in den Beratungseinrichtungen spiegelt daher die tatsächliche Problembelastung unzureichend wider. Das Durchschnittsalter beträgt in 2018 ambulant 37, stationär 38 Jahre. Die größte Gruppe bilden mit 49.5% die 30- bis 50-Jährigen vor den bis 29-Jährigen, die 33.8% der ambulant betreuten Klient*innen mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel ausmachen. Als Personen mit Migrationshintergrund gelten in der DSHS diejenigen, die selbst oder deren Eltern migriert sind. Ihr Anteil unter den Klient*innen beträgt ambulant 31.0% und stationär 35.0% und übertrifft damit den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund in der Allgemeinbevölkerung (25.5%; Dauber et al., 2019).

In den Suchtselbsthilfegruppen der großen Verbände ist der größte Anteil der Teilnehmenden (47%) zwischen 41 und 60 Jahren alt, 42% sind über 60 Jahre alt, nur 11% sind jünger als 40 Jahre (Naundorff et al., 2018). Der Anteil suchtkranker Frauen beträgt 33%. Spezifische Angaben zum Anteil von Personen mit Migrationshintergrund sowie zur Alters- und Geschlechterverteilung der 1 022 Glücksspielsüchtigen finden sich bei Naundorff et al. (2018) nicht. Kaskutas (1994) beschreibt die Ergebnisse einer 1991 durchgeführten Befragung unter allen Mitgliedern der *Women for Sobriety* (WFS),

einer US-amerikanischen Sucht-Selbsthilfeorganisation spezifisch für Frauen. WFS soll laut Kaskutas (1994) weiblichen Betroffenen einen geschützten Raum geben, über frauenspezifische Themen zu sprechen, und darüber hinaus in Abgrenzung zu AA-Gruppen den Fokus auf positive Erlebnisse sowie selbstwertfördernde Erfahrungen setzen. Etwa ein Drittel der Befragten besuchte parallel eine AA-Gruppe. Während sich die Rückfallprophylaxe und das Lernen aus den Erfahrungen anderer als wesentliche Gründe zum zusätzlichen Besuch der AA-Gruppe erweisen, sind für die WFS-Teilnahme die fördernde und unterstützende Atmosphäre, der Austausch über frauenspezifische Themen, die Betonung des Positiven und des Selbstwertes besonders wichtig. Demgegenüber sind das Gefühl, nicht ganz dazugehören, der Eindruck einer negativen Grundausrichtung und die Ausrichtung auf männliche Bedürfnisse drei der Gründe anderer WFS-Teilnehmerinnen, keine AA-Gruppe aufzusuchen. Da eine männliche Kontrollgruppe fehlt, lässt sich daraus nicht ableiten, ob die Ablehnung des Vorgehens und der Ausrichtung in AA-Gruppen frauenspezifische Gründe gegen eine Teilnahme sind.

Jüngere Betroffene und solche mit Migrationshintergrund wurden in Fokusgruppengesprächen (Hayer & Girndt, 2018) als Zielgruppen genannt, die zu wenig in den bestehenden Selbsthilfegruppen vorkommen. Bei Bischof et al. (2014) erweisen sich sowohl das Alter (höher) als auch der Migrationshintergrund (nicht vorhanden) als relevant für die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe, während sich kein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht zeigt. Buth, Milin & Kalke (2017) unterstreichen den vergleichsweise hohen Anteil von problematisch bzw. pathologisch Spielenden in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und stellen Unterschiede in Bezug auf die Herkunftsländer heraus. Die weitaus größte Gruppe der betroffenen Migrant*innen hat demnach einen türkeistämmigen Hintergrund. Als Zugangsbarrieren dieser Gruppe zum Hilfesystem ermittelten Milin, Buth, Karakuş & Kalke (2017) neben Informationsdefiziten, Angst vor Stigmatisierung, Verleugnung der Spielproblematik und Ängsten vor negativen Konsequenzen auch eine Scheu, Außenstehenden die Suchtproblematik mitzuteilen. Die Autor*innen leiten daraus ab, dass gruppentherapeutische Angebote türkeistämmige Betroffene zunächst abschrecken dürften und Einzelsettings zumindest initial anzubieten sind. Neben Sprachproblemen könnte so auch in Selbsthilfegruppen alleine das Setting eine Hürde für diese Personengruppe darstellen. Andererseits geben circa 40% der ambulanten und stationären Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (Ruf, 2014) konkrete Anfragen nach Selbsthilfe

durch Personen mit Migrationshintergrund an. Für ihr professionelles Hilfeangebot berichten die befragten Einrichtungen überwiegend von gelingender Integration, sofern ausreichend Sprachkenntnisse vorhanden sind.

3.4 Persönlichkeitsfaktoren und Inanspruchnahme von Hilfe

Mit dem Fokus auf individuelle Besonderheiten im Hilfesuchverhalten bewegt sich diese Dissertation auf dem Gebiet der Persönlichkeitspsychologie, die Besonderheiten im Erscheinungsbild, Verhalten und Erleben empirisch erforscht (Neyer & Asendorpf, 2018). Das trifft laut Neyer und Asendorpf (2018) zumindest insofern zu, als es sich um zeitlich überdauernde, nicht pathologische Merkmale im Vergleich mit einer Referenzgruppe handelt. Diese nicht pathologischen Merkmale können das Risiko für pathologisches Verhalten erhöhen, und die Referenzgruppe kann durch das Vorliegen einer subklinischen oder klinischen Problematik definiert sein.

Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (Big Five; Soto, 2018) bietet einen fundierten Ausgangspunkt zur Untersuchung relevanter Persönlichkeitseigenschaften Betroffener im deutschsprachigen Raum. Es beruht auf dem lexikalischen Ansatz zur Suche nach möglichst wenigen unabhängigen Persönlichkeitsfaktoren, anhand derer sich Personen einer Kultur beschreiben lassen. Dazu werden aus allen alltagspsychologischen Eigenschaftsbegriffen im Lexikon einer Sprache zum Beispiel gesundheitsbezogene und stark wertende Begriffe ausgeschlossen, bevor anhand von Beurteilungsstudien mit dem reduzierten Itempool konsistente Eigenschaftsdimensionen abgeleitet werden (Neyer & Asendorpf, 2018). Sowohl für den englisch- als auch für den deutschsprachigen Raum zeigen sich auf Grundlage dieses Vorgehens fünf Hauptfaktoren der Persönlichkeit. Sie umfassen Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und Neurotizismus. Kulturvergleichend erweist sich eine Reduktion auf die drei etwas weiter gefassten Faktoren Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Big Three; De Raad, Barelds & Levert, 2010, zitiert nach Neyer & Asendorpf, 2018) als passender, gehen aber mit entsprechendem Informationsverlust einher. Je nach Messinstrument beinhalten die fünf genannten Hauptfaktoren eine unterschiedliche Anzahl von Subfaktoren, die eine differenziertere Beschreibung der Persönlichkeit erlauben.

Es liegen zahlreiche Untersuchungen vor, welche Persönlichkeitseigenschaften das Risiko der Entwicklung glücksspielbezogener Probleme erhöhen. Eine Auswahl daraus soll im Folgenden Erwähnung finden, um eine grobe Übersicht über relevante Konstrukte zu geben. Wäre *die* typische Persönlichkeit bekannt, die Glücksspielsüchtige ausmacht, so könnten Präventionsmaßnahmen und Hilfeangebote genau auf diese Personengruppe ausgerichtet werden. Bagby et al. (2007) fanden bei pathologischen Spieler*innen gegenüber Gelegenheitsspieler*innen signifikant höhere Werte in der Dimension Neurotizismus und signifikant geringere Werte auf der Gesamtskala Gewissenhaftigkeit, gemessen mit dem revidierten NEO Persönlichkeitsinventar (NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992, zitiert nach Bagby et al., 2007). Auf Facettenebene berichten die Autor*innen von signifikanten Gruppenunterschieden bei drei von vier impulsivitätsbezogenen Subskalen: Impulsivität, Selbstdisziplin und Besonnenheit. Dagegen zeigen sowohl pathologische als auch Gelegenheitsspieler*innen relativ hohe Ausprägungen auf der Subskala Erregungssuche (*Excitement Seeking*), die durch ein Bedürfnis nach Nervenkitzel und bunten, lauten Umgebungen gekennzeichnet ist. Bagby et al. (2007) leiten ab, dass das typische Persönlichkeitsprofil pathologischer Spieler*innen erhöhte Impulsivität in Kombination mit emotionaler Vulnerabilität aufweist, dazu ein Streben nach intensiven Empfindungen mit hoher Risikobereitschaft, das sie mit Gelegenheitsspieler*innen gemein haben. MacLaren, Fugelsang, Harrigan und Dixon (2011) untersuchten mittels Metaanalyse die Ergebnisse aus 44 Studien zu Persönlichkeitseigenschaften pathologischer Spieler*innen im Vergleich zu Gelegenheitsspieler*innen. Bedeutsame Effekte zeigen sich innerhalb des mehrdimensionalen Impulsivitätskonstrukts für die Tendenz zu vorschnellem Handeln bei negativen Affekten (*Negative Urgency*) und für geringes kognitives Abwägen (*Premeditation*), jedoch nicht für geringe Ausdauer (*Perseverance*) oder für die Tendenz zu aufregenden, risikoreichen Verhaltensweisen (*Sensation Seeking*). In einer klinischen Stichprobe pathologischer Spieler*innen in Spanien weisen die Betroffenen unabhängig davon, ob sie online oder offline spielen, gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein starkes Streben nach Neuem und Abwechslung sowie ein geringes Ausmaß an Selbstbestimmung auf (Jiménez-Murcia et al., 2011).

Aus den USA stammt eine Studie von Miller et al. (2013), die den Zusammenhang zwischen Symptomen pathologischen Glücksspielverhaltens und Persönlichkeitsausprägungen mit zwei Messinstrumenten untersuchten. In multivariaten Analysen und bei Kontrolle der korrelierten Intelligenz zeigt

sich lediglich im Ausmaß des Neurotizismus-Wertes ein signifikanter Unterschied. Die Autor*innen diskutieren drei mögliche Interpretationen. So kann (1) das Glücksspiel eine dysfunktionale Bewältigungsform negativer Affekte sein, (2) Personen mit erhöhten Neurotizismus-Ausprägungen können bei negativen Affekten ihre Bedürfnisse schlechter kontrollieren oder (3) pathologisches Glücksspielverhalten fördert neurotische Persönlichkeitsausprägungen.

Zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsfaktoren und einer Glücksspielteilnahme sowie einer Glücksspielproblematik bei norwegischen 17-Jährigen liegt eine Veröffentlichung von Hanss et al. (2015) vor. Darin berichten die Autor*innen von Assoziationen mittlerer Stärke zwischen Persönlichkeitseigenschaften und einer Glücksspielteilnahme sowie problematischem Glücksspielverhalten, weisen jedoch auf eine sehr geringe Prävalenz hin. Erhöhte Impulsivität und Sensation Seeking sind demnach mit einer Glücksspielproblematik verbunden. Erhöhte Verträglichkeit scheint dagegen ein Schutzfaktor zu sein. Ebenfalls eine spezifische Stichprobe wählten Grall-Bronnec et al. (2016), indem sie europäische Profi-Sportler*innen als besondere Risikogruppe befragten. Es zeigt sich bei mehrdimensionaler Messung der Impulsivität, dass insbesondere die Tendenz zu vorschnellem Handeln bei positiven Affekten (*Positive Urgency*) mit problematischem Glücksspielverhalten einhergeht. Einen Einfluss von affektgetriebener Impulsivität insgesamt (*Negative Urgency* und *Positive Urgency*) stellen dagegen Navas et al. (2017) anhand einer Studie mit 71 pathologischen Spieler*innen und 74 Gelegenheitsspieler*innen aus Spanien fest.

In der Gesamtschau zeigen sich in dieser Auswahl von Studien Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsfaktoren und problematischem Glücksspielverhalten, wobei die Impulsivität besonders intensiv untersucht wurde. Aus dem Spektrum der Big Five scheinen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit eine bedeutsame Rolle zu spielen, die insgesamt mit dem Gesundheitsverhalten in Verbindung stehen (Vollrath & Torgersen, 2002). Es hat sich jedoch bisher keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur von Personen mit glücksspielbezogener Problematik herauskristallisiert (G. Meyer & Bachmann, 2017). Entsprechend bedarf es eines differenzierten Hilfesystems, das Betroffenen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsausprägungen gerecht werden kann.

In der vorliegenden Untersuchung sollen Persönlichkeitsunterschiede bei unterschiedlicher Inanspruchnahme des Hilfesystems untersucht werden. Mit dem Ziel einer verstärkten Inanspruchnahme

von Hilfe können Hilfeangebote so ergänzt oder angepasst werden, dass sie sich verstärkt an bisher unterversorgte Personen mit einem bestimmtem Persönlichkeitsprofil richten (Neyer & Asendorpf, 2018). Bezogen auf Selbsthilfegruppen lässt sich folglich prüfen, inwiefern sie als Ergänzung im Hilfesystem für Personengruppen mit einer spezifischen Kombination von Eigenschaftsausprägungen nützlich und notwendig sind.

Publikationen zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Problemen und Störungen beziehen sich bisher fast ausschließlich auf professionelle Hilfeangebote. Goodwin, Hoven, Lyons und Stein (2002) untersuchten an einer repräsentativen US-amerikanischen Stichprobe, inwiefern Persönlichkeitsfaktoren allgemein und in Abhängigkeit vom Vorliegen einer psychischen Störung mit der Inanspruchnahme des Hilfesystems in den vergangenen 12 Monaten zusammenhängen. Bezogen auf die Gesamtstichprobe verstärken erhöhte Neurotizismuswerte die Wahrscheinlichkeit, professionelle Hilfe zu nutzen, wohingegen erhöhte Ausprägungen auf den Skalen Gewissenhaftigkeit und Extraversion die Wahrscheinlichkeit verringern. In der Subgruppe der Personen mit psychischer Störung bleibt die Gewissenhaftigkeit geschlechtsunabhängig ein signifikanter Prädiktor, während erhöhte Verträglichkeit bei Männern und geringere Extraversion bei Frauen jeweils die Wahrscheinlichkeit der Hilfenutzung verringern. Neurotizismus führt selbst bei den Personen ohne manifeste psychische Störung zu verstärkter Hilfesuche. Die Autor*innen vermuten, dass Neurotizismus ein Risikofaktor ist, der dazu führt, auch bei subklinischer Symptomatik eher Hilfe zu suchen. In einer niederländischen Studie untersuchten Ten Have, Oldehinkel, Vollebergh und Ormel (2005), ob Neurotizismus einerseits die Nutzung von professioneller Hilfe unabhängig vom Vorliegen einer affektiven Störung vorhersagt und andererseits den Zusammenhang zwischen affektiver Störung und Hilfenutzung beeinflusst. Neurotizismus erweist sich auch in dieser Studie als unabhängiger Prädiktor für die Inanspruchnahme von Hilfe und für die Anzahl der Kontakte im Falle der Inanspruchnahme, während das Vorliegen einer affektiven Störung nicht mit der Anzahl der Kontakte zusammenhängt. Die Autor*innen formulieren als Fazit, dass die behandelnden Fachkräfte nicht nur die emotionalen Probleme und affektiven Störungen bearbeiten, sondern auch die Problemlösekompetenzen för-

dem sollten. Eine Begrenzung auf affektive Störungen erfolgte mit der Begründung, dass substanzbezogene Süchte zu den externalisierenden Störungen gehören, die weniger eng mit der Inanspruchnahme von Hilfe zusammenhängen.

Mit der koreanischen Version einer Kurzform des Big Five Inventory (K-BFI-10) prüften Park et al. (2017) alle Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells bei Personen mit einer psychischen Störung innerhalb einer repräsentativen Stichprobe der südkoreanischen Bevölkerung. Bei Kontrolle soziodemographischer Daten zeigen die Ergebnisse einen signifikanten positiven Zusammenhang der Inanspruchnahme von Hilfe mit Neurotizismus, dagegen negative Zusammenhänge mit Extraversion und Verträglichkeit. Das zweite Modell, das internalisierende Störungen sowie Störungen durch Nikotin und Alkohol als Kontrollvariablen berücksichtigt, weist positive Zusammenhänge der Hilfenutzung für Neurotizismus und Offenheit aus, einen negativen Zusammenhang nur mit Verträglichkeit. Dabei zeigen Personen mit ausschließlich substanzbezogenen Störungen eine geringere Tendenz zur Hilfesuche als Personen mit internalisierenden Störungen. Die Autor*innen fordern als Fazit eine Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen bei Maßnahmen, die die Inanspruchnahme von Hilfe durch Betroffene erhöhen sollen.

Etwas andere persönlichkeitsbezogene Konstrukte untersuchten McWilliams, Cox, Enns und Clara (2006). Als Datenbasis dienten ihnen die Angaben von Befragten des National Comorbidity Surveys (NCS), USA, mit affektiver Störung, Angststörung oder substanzbezogener Störung. Die Inanspruchnahme professioneller ambulanter Hilfe durch diese Personengruppe verglichen sie mit drei kurzen Subskalen der Kontrollüberzeugung (internale, sozial-externale und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung) und einer aus zwei Messinstrumenten zusammengeführten Selbstkritikskala. Personen mit internaler Kontrollüberzeugung nehmen an, dass sich Ereignisse oder Gesundheitszustände durch ihr eigenes Handeln beeinflussen lassen, während eine sozial-externale Kontrollüberzeugung von der Macht einflussreicher anderer ausgeht und fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung das Schicksal, Glück bzw. den Zufall für entscheidend hält. Sowohl in bivariaten als auch in multivariaten Analysen zeigen sich positive Zusammenhänge zwischen der Nutzung ambulanter Hilfe und der Tendenz zur Selbstkritik sowie sozial-externaler Kontrollüberzeugung. Personen mit ausschließlich substanzbezoge-

ner Störung nehmen auch in dieser Untersuchung seltener Hilfe in Anspruch. Dass internale Kontrollüberzeugung wider Erwarten nicht mit der Inanspruchnahme von Hilfe zusammenhängt, interpretieren die Autor*innen als Hinweis, dass Hilfe als passive Bewältigungsform aufgefasst wird und diese Personen möglicherweise Selbsthilfegruppen bevorzugen. Kampagnen sollten, so die Autor*innen, verdeutlichen, dass die Inanspruchnahme von Hilfe bei schwerwiegenden Problemen eine vernünftige Handlung ist und kein Versagen impliziert.

Die einzige Studie, die zu Persönlichkeitsfaktoren von Personen mit Suchtproblematik als Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe gefunden wurde, stammt von Janowsky, Boone, Morter und Howe (1999). Das Forscherteam befragte 42 substanzabhängige Personen zwei und vier Wochen nach der Entgiftung zum Abstinenzserfolg und zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Vorab hatten die Studienteilnehmer*innen während der Entgiftung Angaben zu ihrem Präferenzprofil anhand des „Myers-Briggs Typenindikators“ (MBTI, Myers & McCaulley, 1989, zitiert nach Janowsky et al., 1999) und zu vier Persönlichkeitsskalen mit dem „Tridimensional Personality Questionnaire“ getätigt. Der MBTI basiert nicht auf dem Fünf-Faktoren-Modell, sondern misst Neigungen bezogen auf vier Aspekte mit je zwei Polen. McCrae und Costa (1989) stellen fest, dass der MBTI insofern einer empirischen Überprüfung nicht standhält, als er seinem Anspruch, 16 Typen auf der Basis von C. G. Jungs Persönlichkeitstheorie zu identifizieren, nicht gerecht wird. Jedoch korrelieren die Indikatoren als kontinuierlich gemessene Merkmale mit vier der fünf Dimensionen des Fünf-Faktoren-Modells (McCrae & Costa, 1989). MacDonald, Anderson, Tsagarakis und Holland (1994, zitiert nach Janowsky et al., 1999) bestätigen signifikante Korrelationen zwischen dem Faktor Extraversion im NEO PI-R und der Dimension Extraversion versus Introversion im MBTI sowie zwischen Gewissenhaftigkeit im NEO PI-R und der Dimension *Judging* versus *Perceiving* im MBTI. Laut Janowsky et al. (1999) sind Extravertierte – gemessen mit dem MBTI – auf die Außenwelt bezogen, kontaktfreudig, gesellig, interaktiv und haben eher viele Beziehungen. Dagegen richten Introvertierte ihre Aufmerksamkeit stärker auf die eigene Gedankenwelt, sind tiefgründig, auf einen beschränkten Raum fokussiert, reflektieren viel und pflegen eine begrenzte Zahl an Kontakten. Menschen mit *Perceiving*-Neigung richten ihr Handeln stark nach situativen Wahrnehmungen aus, während Menschen mit *Judging*-Neigung möglichst an den einmal getroffenen Entscheidungen und Plänen festhalten. Das TPQ umfasst in seiner ursprünglichen Fassung die drei

Dimensionen Streben nach Abwechslung (*Novelty Seeking*), Schadensvermeidung (*Harm Avoidance*) und Belohnungsorientierung (*Reward Dependence*). Die vierte Skala Ausdauer (*Persistence*) zählte zur Belohnungsorientierung. In der hier beschriebenen Studie weist die Schadensvermeidungsskala eine starke Korrelation mit der Dimension Extraversion versus Introversion des MBTI auf. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen einer Selbsthilfegruppenteilnahme und niedrigen Werten auf den Schadensvermeidungssubskalen Schüchternheit gegenüber Fremden sowie Angst vor Unsicherheit. Die Ergebnisse zur Dimension Extraversion versus Introversion fallen zwar signifikant aus, sind jedoch mehrdeutig. Demnach sind Selbsthilfegruppenteilnehmer*innen im Durchschnitt extravertierter. Zugleich erhöhen starke Ausprägungen sowohl in Richtung Extraversion als auch in Richtung Introversion die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme. Die Aussagekraft dieser Studie ist auch aufgrund der sehr spezifischen Stichprobe stark eingeschränkt, gibt aber einen Hinweis darauf, dass erhöhte Extraversion und geringere Vorsicht mit der Entscheidung für eine Selbsthilfegruppe zusammenhängen können.

Trotz der geringen empirischen Grundlage lassen die definierten Charakteristika von Selbsthilfegruppen (vgl. Kapitel 2.1) einerseits und die inhaltliche Substanz der fünf Faktoren konkrete Annahmen über Zusammenhänge zu. So liegt ein Zusammenhang der initialen und dann regelmäßigen Teilnahme mit den Eigenschaften Extraversion und Gewissenhaftigkeit nahe. Starke Extraversion ist unter anderem durch verstärkte soziale Interaktion und ein erhöhtes Energielevel definiert, während stärker introvertierte Personen sich emotional und sozial zurückhaltend zeigen (Soto, 2018). Aspekte von Gemeinschaft und aktivem Austausch, die das Wesen von Selbsthilfegruppen ausmachen, passen demnach eher zu stärker extravertierten Betroffenen als zu introvertierten Personen. Matzat (2009) betont, dass das Gruppengespräch im Mittelpunkt der Selbsthilfegruppentreffen stehe und dass damit Erwartungen an die Mitglieder verbunden seien, sich zu öffnen, Persönliches preiszugeben und in Beziehung zu den anderen zu treten. Entsprechend erfüllten nicht alle Menschen die Voraussetzungen. Aus persönlichkeitspsychologischer Sicht lässt sich vermuten, dass nicht alle Menschen solche Erwartungen erfüllen *wollen*. Bei der explorativen Faktorenanalyse von Rockloff und Schofield (2004) zu Hindernissen bei der Inanspruchnahme von Hilfe ist ein sechster Faktor nicht interpretierbar. Er umfasst zwei Items, die keine glücksspielbezogenen Aussagen beinhalten, sondern (1) eine Abneigung, über persönliche Themen zu sprechen und (2) einen starken Widerstand gegen persönliche Fragen. Für diese Items lässt sich

inhaltlich ein negativer Zusammenhang mit der Extraversion im Fünf-Faktoren-Modell annehmen. Ähnliches ist für die Regelmäßigkeit und Kontinuität der Teilnahme zu vermuten, die Matzat (2009) als einen Erfolgsfaktor der Selbsthilfegruppenmitgliedschaft benennt. Obwohl der Grad der Gewissenhaftigkeit bei Menschen mit Glücksspielbezogenen Problemen insgesamt im Durchschnitt geringer ausfällt als bei unproblematisch Spielenden (Bagby et al., 2007; Soto, 2018), sind Differenzen innerhalb der Gruppe der Betroffenen zu erwarten. Ordnung, Struktur, Pflichterfüllung und kontinuierliche Verfolgung gesetzter Ziele zeichnen Personen mit hohen Ausprägungen von Gewissenhaftigkeit aus (Soto, 2018). Daher dürften höhere Ausprägungen von Gewissenhaftigkeit mit regelmäßigeren Gruppenbesuchen einhergehen.

3.5 Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfe

Einstellungen umfassen individuelle Bewertungen konkreter Wahrnehmungs- oder Vorstellungsinhalte (Neyer & Asendorpf, 2018). Albarracín, Zanna, Johnson und Kumkale (2005) stellen ebenfalls die Bewertungsaspekte in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung der Einstellungsforschung und strukturieren die Kapitel ihres Handbuchs anhand der Interaktion von Einstellungen mit Überzeugungen, Gefühlszuständen und Verhaltensweisen. Diese drei Aspekte korrespondieren mit den drei inhaltlichen Komponenten von Einstellungen: der kognitiven, der affektiven und der verhaltensbezogenen Komponente (Haddock & Maio, 2014). Assoziationen zum Einstellungsobjekt und ihre Einordnung als positiv oder negativ bestimmen die kognitive Komponente. Dagegen besteht die affektive Komponente aus den mit dem Objekt verbundenen angenehmen oder unangenehmen Gefühlen und die Verhaltenskomponente aus den auf das Einstellungsobjekt bezogenen Verhaltenstendenzen zur Annäherung oder Vermeidung. Für die vorliegende Untersuchung interessiert aus diesem Spektrum insbesondere die Beziehung zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen, konkret zwischen Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfe und der tatsächlich genutzten Hilfe. Jedoch handelt es sich um eine wechselseitige Beziehung. Einstellungen können Verhaltensweisen mitbestimmen, sie können jedoch auch aus Verhaltensweisen geschlossen werden. Als eine Moderatorvariable, die die Richtung dieser Beziehung beeinflusst, hat sich die Stärke der Einstellung erwiesen (Holland, Verplanken & Van Knippenberg, 2002). Holland et al. (2002) konnten zeigen, dass (1) starke Einstellungen das Verhalten besser vorhersagen als schwache Einstellungen, dass (2) schwache Einstellungen sich stärker nach dem zuvor gezeigten Verhalten richten

und sich (3) starke Einstellungen als konsistenter erweisen als schwache. Sie folgern, dass die konträren Einstellungsmodelle – Einstellungen als zusammenfassende Bewertungen, die aus dem Gedächtnis abgerufen werden, versus Einstellungen als temporäre Konstrukte, die sich aus dem Kontext und dem wahrgenommenen Verhalten ableiten, – je nach Einstellungsstärke zutreffen. In der Theorie des geplanten Verhaltens (TPB; Fishbein & Ajzen, 2005) ergibt sich die *Verhaltensabsicht* aus *handlungsbezogenen* Einstellungen, wahrgenommenen Verhaltensnormen bei relevanten Bezugspersonen und -gruppen sowie wahrgenommener Verhaltenskontrolle. Während globale Einstellungen zu einem Einstellungsobjekt einen Zusammenhang mit einer darauf bezogenen aggregierten Menge von Verhaltensweisen aufweisen, jedoch kaum mit einzelnen Verhaltensweisen, lassen sich letztere anhand der Einstellung zum konkreten Handeln vorhersagen. Fishbein und Ajzen (2005) bezeichnen dieses Phänomen als Prinzip der Korrespondenz zwischen Einstellungs- und Verhaltensmaß. Beides muss sich auf die gleiche Handlung, das gleiche Ziel im gleichen Kontext und Zeithorizont beziehen. Demnach sollte die Einstellung zur Inanspruchnahme von bestimmten Hilfeformen bei Glücksspielbezogenen Problemen messbar mit der tatsächlichen Inanspruchnahme zusammenhängen. Zwar führt auch die Verhaltensabsicht, auf die die Einstellung in der TPB direkt einwirkt, nicht zwingend zur Umsetzung des Verhaltens (Fishbein & Ajzen, 2005). Ein Schließen der Lücke zwischen Verhaltensabsicht und Umsetzung lässt sich jedoch durch die Aufforderung zur Formulierung einer Implementierungsabsicht – wann, wo und wie die Handlung erfolgen soll – effektiv fördern (Gollwitzer, 1999, zitiert nach Fishbein & Ajzen, 2005). Neben der Einstellungsstärke und der Korrespondenz zwischen Einstellungs- und Verhaltensmaß nennen Haddock und Majo (2014) zwei weitere Bedingungen für eine enge Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten. Zum einen fällt der Zusammenhang in verschiedenen Verhaltensbereichen unterschiedlich aus, zum anderen spielen interindividuelle Unterschiede eine Rolle. Starke Selbstüberwacher richten beispielsweise ihr Verhalten in höherem Maße nach der sozialen Situation aus als nach ihren persönlichen Einstellungen, während schwache Selbstüberwacher sich eher nach ihrer Einstellung richten (Snyder & Kendzierski, 1982, zitiert nach Haddock & Majo, 2014). Übertragen auf das oben beschriebene Modell der TPB (Fishbein & Ajzen, 2005) würde das bedeuten, dass der Einflussfaktor subjektive Norm bei einigen Menschen gegenüber dem Einflussfaktor handlungsbezogene Einstellungen stärker gewichtet ist.

Bisherige Veröffentlichungen zum Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe und der intendierten oder tatsächlichen Inanspruchnahme bei psychischen Problemen und manifesten Störungen beziehen sich überwiegend auf professionelle Hilfeformen. Bonabi et al. (2016) untersuchten an einer Schweizer Stichprobe die Nutzung von Psychopharmaka und Psychotherapie im Zeitraum von sechs Monaten nach der Befragung zum Gesundheitszustand und zur Einstellung zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Ihr Ergebnis zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen der Nutzung von Psychotherapie durch Personen mit psychotischen Symptomen bzw. Paranoia und der vorab gemessenen Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe. Auf einen deutlich längeren Zeitraum zwischen Einstellungserhebung und Abfrage der genutzten Hilfe bezieht sich eine Veröffentlichung von Mojtabai, Evans-Lacko, Schomerus und Thornicroft (2016). Sowohl die Anfang der 1990er Jahre geäußerte Bereitschaft, sich bei Bedarf professionelle Hilfe zu suchen als auch die Bereitschaft, mit einer professionellen Fachkraft über persönliche Probleme zu sprechen hängen positiv mit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bis Anfang der 2000er Jahre zusammen. Die Daten basieren auf einer Befragung der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung im Rahmen einer Komorbiditätsstudie. Insgesamt 5 001 Personen nahmen an der Folgestudie in den Jahren 2001 bis 2003 teil. Der Einfluss der Einstellungen auf die Hilfenutzung zeigt sich gleichermaßen bei verschiedenen Personengruppen mit unterschiedlicher Erfahrung in der Hilfenutzung sowie unterschiedlichem Hilfebedarf. Dagegen erweisen sich weder die Scham, wenn Bekannte von der Hilfenutzung erfahren, noch der wahrgenommene Nutzen als bedeutsam für die spätere Inanspruchnahme von Hilfe. Um die Inanspruchnahmerate von Hilfe zu erhöhen, sollte, so die Schlussfolgerung der Autor*innen, ihre emotionale Akzeptanz stärker gefördert werden als kognitiv adressierte Nutzenargumente.

Vier einstellungsbezogene Aspekte der Hilfenutzung verglichen Ten Have et al. (2010) im Rahmen einer europäischen epidemiologischen Querschnittuntersuchung mit der Inanspruchnahme von Hilfe. Während jeweils eine große Mehrheit angab, bei ernststen psychischen Problemen Hilfe in Anspruch zu nehmen, sich dabei wohl zu fühlen, mit einer Fachkraft über persönliche Probleme zu sprechen sowie sich nicht zu schämen, wenn Freunde von der Nutzung professioneller Hilfe erfahren, bewerteten viele Befragte den Nutzen der Inanspruchnahme von Hilfe skeptischer. Knapp ein Drittel

gab zur Effektivität professioneller Hilfe an, sie sei schlechter oder ebenso gut wie der Verzicht auf Hilfe. Alle vier Aspekte hängen signifikant mit der tatsächlichen Hilfenutzung zusammen und sind bei Einwohnern Deutschlands negativer ausgeprägt als in den übrigen fünf Ländern. Auch Personen mit einer alkoholbezogenen Störung zeigen ein durchgängig negativeres Antwortverhalten. Mit einem Strukturgleichungsmodell prüften Vogel, Wester, Wei und Boysen (2005) ein Mediationsmodell, in dem die Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe als Mediatorvariable zwischen psychischen Einflussfaktoren und der Intention zur Inanspruchnahme von Hilfe fungiert. Die Stichprobe umfasste insgesamt 354 Psychologiestudierende einer Universität in den USA. Das Ergebnis zeigt, dass die Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe bei interpersonellen Problemen sowie Drogenproblemen die Intention zur Hilfenutzung signifikant vorhersagt, jedoch nicht bei akademischen Problemen. Pulford et al. (2009a), deren Studie in Kapitel 3.1 beschrieben ist, untersuchten zwar nicht ausdrücklich Einstellungen. Eines der hauptsächlichen Hindernisse der Inanspruchnahme von Hilfe bei Glücksspielbezogenen Problemen, die sie nennen, ist jedoch – ebenso wie bei Hodgins und El-Guebaly (2000) – der Wunsch, die Probleme eigenständig zu lösen in Verbindung mit Stolz. Diese Aussage legt die Einstellung nahe, dass Hilfesuche als eher peinlich gilt, da die Betroffenen es alleine nicht geschafft haben. Die Autoren schlussfolgern, dass viele Problemspieler*innen Selbsthilfeansätze bevorzugen dürften.

Fünf weitere Publikationen fokussieren auf die Einstellungen Jugendlicher bzw. junger Erwachsener zur Hilfenutzung. Sie finden hier trotz der abweichenden Zielgruppe Erwähnung, da sie Hinweise enthalten können, ob und wie die Risikogruppe junger Menschen für Selbsthilfegruppen erreichbar ist. Gulliver, Griffiths und Christensen (2010) führten einen systematischen Review zu Hürden und Wegbereitern der Inanspruchnahme von Hilfe bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) durch. In 13 qualitativen Studien zeigen sich drei einstellungsbezogene Hürden: (1) öffentliche, wahrgenommene und selbststigmatisierende Einstellungen, (2) Betonung von Eigenständigkeit und (3) Bevorzugung anderer Hilfen wie Familie und Freunde. Die häufigsten bestätigten Hürden in sieben quantitativen Studien sind (1) Stigma, (2) ein Unbehagen, über psychische Probleme zu reden, (3) Bevorzugung von Eigenständigkeit und (4) das mangelnde Bewusstsein für den Hilfebedarf. Wilson und Deane (2012) stellen auf Basis einer Untersuchung an 1 037 australischen Jugendlichen im Alter von 13 bis 21

Jahren fest, dass unabhängig vom Geschlecht, vom Alter und von behandlungsbezogenen Ängsten ein geringeres Autonomiebedürfnis sowie die Wahrnehmung früherer Hilfeleistungen als nützlich mit der Absicht zukünftiger Inanspruchnahme von Hilfe zusammenhängen. Auch Rughani, Deane und Wilson (2011) untersuchten bei 778 australischen Jugendlichen die Absicht, sich - in Abhängigkeit vom Geschlecht, Stoizismus, wahrgenommenem Nutzen und Stresssymptomen - im Falle emotionaler Probleme professionelle Hilfe zu suchen. Sie stellen fest, dass Mädchen sowie Jugendliche, die professionelle Hilfe als nützlich wahrnehmen, eher eine Absicht zur Inanspruchnahme angeben. Jedoch halten die Befragten das Hilfeangebot überwiegend für nicht nützlich ($M = 1.02$ von 5), und nur ein knappes Viertel der Mädchen (23.0%) sowie 15.0% der Jungen würden andere professionelle Hilfe als einen Arzt aufsuchen. Die Fragen sind allerdings rein hypothetisch ohne Kontrolle der tatsächlichen Betroffenheit formuliert. In einer Befragung von 246 Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren in und um Seoul, Südkorea, erweisen sich zwei Einstellungs-Subskalen als relevant (Do et al., 2019). Die Anerkennung des Hilfebedarfs ist positiv mit der Intention zur Inanspruchnahme von Hilfe assoziiert, und Jungen sowie Personen mit geringerer zwischenmenschlicher Offenheit nehmen computerbasierte Therapien positiver wahr als die übrigen Proband*innen. Die Intention zur Nutzung von Selbsthilfeangeboten in Buchform oder computerbasiert bei schwach bis mittelstark ausgeprägten psychischen Problemen untersuchten Farrand, Perry, Lee und Parker (2006) an 968 britischen Jugendlichen im Alter von 13 bis 16 Jahren. Die Ergebnisse verweisen auf eine insgesamt relativ hohe Akzeptanz von individuellen Selbsthilfeangeboten mit einer Präferenz für virtuelle Angebote.

Somit lässt sich festhalten, dass Studien mit Erwachsenen und Jugendlichen auf Zusammenhänge zwischen Einstellungen zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe und der Intention zu ihrer Nutzung bzw. ihrer tatsächlichen Nutzung hinweisen. Eine Hürde kann das Bedürfnis nach Eigenständigkeit in der Problembewältigung darstellen. So zeigen sich gerade Jugendliche einerseits besonders skeptisch gegenüber professioneller Hilfe, dagegen schon bei schwach bis mittelstark ausgeprägten psychischen Problemen offen dafür, individuelle Selbsthilfeangebote zu nutzen (Farrand et al., 2006).

Für die Frage, auf welche Weise Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfe bei Bedarf verändert werden können, interessieren Prädiktoren der Einstellungen zur Hilfenutzung. In der oben beschriebenen Publikation von Vogel et al. (2005) benennen die Autor*innen fünf signifikante Faktoren,

die die Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe positiv beeinflussen: soziale Unterstützung, Selbstöffnung, erwarteter Nutzen, geringes Stigma und soziale Norm. Auch ein höheres Alter erwies sich in einer kanadischen Studie (Mackenzie, Heath, Vogel, & Chekay, 2019) als Prädiktor für eine positivere Einstellung zur Hilfenutzung. Eine eher negative Einstellung zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe lässt sich laut Komiya, Good und Sherrod (2000) bei männlichem Geschlecht, wahrgenommenem Stigma, geringer Offenheit für Emotionen und geringer psychischer Belastung vorhersagen.

Da Einstellungen als latente psychologische Konstrukte nicht direkt beobachtbar sind, lassen sie sich nur aus verbalen Antworten und nonverbalen Reaktionen schließen (Krosnick, Charles & Wittenbrink, 2005). Verbale Selbstberichte zu Einstellungen, die als Indikatoren für die latenten Einstellungen dienen, zählen zu den expliziten Messansätzen in der Einstellungsforschung. Dagegen nennen Krosnick et al. (2005) den Impliziten Assoziationstest (IAT) als relativ verbreitete Form impliziter, indirekter Einstellungsmessung. Ziel impliziter Einstellungsmessungen ist es, sowohl die Auswirkung positiver Selbstdarstellungstendenzen zu umgehen als auch der Neigung entgegenzuwirken, bei geringer Motivation die erstbeste einigermaßen passende Antwortoption zu wählen (Krosnick et al., 2005). Jedoch weisen implizite Verfahren laut Krosnick et al. (2005) unter anderem starke kontextbezogene Ergebnisschwankungen auf. Als Mittel der Wahl zur Messung des komplexen Konstrukts Einstellung empfehlen die Autoren eine Kombination direkter und indirekter Messmethoden. Ein weiteres Kriterium zur Auswahl expliziter oder impliziter Messmethodik bietet die Frage, ob das fragliche Verhalten überlegt oder spontan geschieht. Haddock und Majo (2014) berichten von Befunden, die darauf hinweisen, dass explizite Einstellungsmaße besser überlegtes Verhalten vorhersagen, während sich implizite Maße besser zur Vorhersage von spontanem, automatisierten Verhalten eignen. Da die vorliegende Untersuchung die Einstellung zur Inanspruchnahme von Hilfe im Rahmen eines umfassenderen Fragebogens erhoben hat und es sich bei der Nutzung von Hilfe um planvolles, überlegtes Verhalten handelt, wurde auf ein bestehendes, validiertes Instrument zur expliziten Einstellungsmessung zurückgegriffen (s. Kapitel 5.2).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die hier vorgestellten Publikationen zu individuellen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Hilfe sich weitgehend auf professionelle Hilfe beziehen

sowie in der Fragestellung auf psychische Probleme allgemein oder Substanzabhängigkeiten fokussieren. Übergreifend zeigt sich, dass ein hohes Problemausmaß und schwerwiegende negative Konsequenzen die Inanspruchnahme von Hilfe fördern, während Stolz, Scham sowie das Bedürfnis nach Unabhängigkeit in der Problembewältigung von der Hilfesuche abhalten. Im Bereich der soziodemographischen Daten zeigt sich insgesamt ein hoher Männeranteil und ein im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung hoher Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter den Klient*innen der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen. Während der Altersdurchschnitt unter 40 Jahren liegt, ist ein Großteil der Gruppenmitglieder in Suchtselbsthilfegruppen älter als 40 Jahre. Zum Zusammenhang zwischen dem Selbsthilfegruppenbesuch bei einer Suchtproblematik und Persönlichkeitsmerkmalen liegt nur eine Veröffentlichung mit begrenzter Aussagekraft vor, und auch Einstellungen sind fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe untersucht. Mehrere Publikationen weisen darauf hin, dass das Bedürfnis nach unabhängiger Problembewältigung zu einer Präferenz für Selbsthilfestrategien führen kann.

An quantitativen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten, Persönlichkeitsmerkmalen sowie Einstellungen einerseits und dem Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige andererseits mangelt es jedoch. Während Alkoholkonsum kulturell stark verankert ist und substanzbezogene Süchte gesellschaftlich als Krankheit etabliert sind, nimmt die Glücksspielsucht als Verhaltenssucht eine Sonderrolle ein. Die Teilnahme an risikoreichen Glücksspielformen ist deutlich weniger verbreitet als die Teilnahme an Lotterien (Banz, 2019). Darüber hinaus liegt bei einer Verhaltenssucht der Gedanke, die Betroffenen könnten ihr Verhalten einfach ändern, näher als bei einer Substanzabhängigkeit. Unterschiede in der Konsumverbreitung und der gesellschaftlichen Wahrnehmung spiegeln sich möglicherweise in einer andersartigen Inanspruchnahme von Hilfeangeboten wider. Um dem Mangel an Forschung zu diesem spezifischen Themenfeld zu begegnen, werden in der vorliegenden Dissertation Hypothesen dazu auf der Grundlage theoretischer und konzeptioneller Überlegungen einerseits sowie der dargestellten quantitativen Forschung zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe bzw. von Selbsthilfegruppen durch Personen mit substanzbezogenen Süchten formuliert und geprüft.

4 Hypothesen

Der in Kapitel 3 dargestellte Forschungsstand sowie der theoretische Hintergrund legen folgende konkrete Annahmen zu individuellen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen durch Glücksspielsüchtige nahe, die in dieser Studie untersucht wurden.

4.1 Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige

Während ein Teil der Hilfesuchenden ausschließlich professionelle Hilfe nutzt, besuchen andere zugleich, anschließend oder ausschließlich eine Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige. Die insbesondere in den Fokusgruppen (Hayer & Girndt, 2018) erwähnten soziodemographischen Aspekte – Sorge um Überalterung in den Gruppen, seltene Beteiligung weiblicher Betroffener, geringer Erreichungsgrad von Personen mit Migrationshintergrund – führten zu folgenden Hypothesen:

- Hypothese 1.1: Der Altersdurchschnitt ist bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen höher als bei Betroffenen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen.
- Hypothese 1.2: Der Anteil der weiblichen Betroffenen ist in der Gruppe, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzt, größer als bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.
- Hypothese 1.3: Der Anteil Betroffener mit Migrationshintergrund ist in der Gruppe, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzt, größer als bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.

Klassische Selbsthilfegruppen definieren sich durch den Gemeinschaftsaspekt, durch aktiven Erfahrungsaustausch und regelmäßige Treffen Betroffener (s. Kapitel. 2.1). Diese Aspekte passen hinsichtlich der beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale besonders zu einer hohen Ausprägung der Extraversion (s. Kapitel. 3.3), woraus sich die folgende Hypothese ableitet:

- Hypothese 1.4: Mitglieder von Selbsthilfegruppen haben höhere Ausprägungen auf der Skala Extraversion als Betroffene, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen.

4.2 Prädiktoren für die ausschließliche Nutzung einer Selbsthilfegruppe

Neben den Gruppenmitgliedern, die die Selbsthilfegruppe zusätzlich oder im Anschluss an die professionelle Hilfe nutzen, gibt es solche, die ganz auf professionelle Hilfe verzichten. Das Instrument „Attitudes Toward Professional Psychological Help – Short Form“ (ATSPPH-SF; Elhai, Schweinle & Anderson, 2008) prüft die Einstellung zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe. Die folgenden Hypothesen postulieren Unterschiede in allen drei von Picco et al. (2016; Anhang D, s. Kapitel 5.2) gefundenen Faktoren zwischen den Betroffenen, die professionelle Hilfe nutzen und solchen, die ausschließlich Selbsthilfegruppen nutzen. Entsprechend wurden drei Hypothesen formuliert:

- Hypothese 2.1: Betroffene, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, sind grundsätzlich offener für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe als Personen, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe besuchen.
- Hypothese 2.2: Betroffene, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, sehen einen größeren Nutzen in professioneller Hilfe als solche, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe besuchen.
- Hypothese 2.3: Betroffenen, die ausschließlich Selbsthilfegruppen besuchen, ist es wichtiger, ihre Probleme selbst zu bewältigen als Personen, die (auch) professionelle Hilfe nutzen.

4.3 Selbsthilfegruppenbezogene Erwartungen und Verhaltensweisen

Teilweise kommt es in Selbsthilfegruppen über die formellen Treffen hinaus zu gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Eine diesbezügliche Erwartung an die Gruppe liegt aufgrund ihrer Präferenzen insbesondere für Personen mit hoher Extraversion nahe:

- Hypothese 3.1: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung auf der Skala Extraversion, insbesondere bei den Facetten Aktivität und Geselligkeit, und dem Bedürfnis nach informellen gemeinsamen Unternehmungen unter den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.

Die Beteiligung durch eigene Beiträge in Selbsthilfegruppentreffen sowie regelmäßige Teilnahme gelten als wichtige Voraussetzungen für die Zufriedenheit mit der Selbsthilfegruppe (McGrath et al., 2018) bzw. positive Effekte der Teilnahme (Oei & Gordon, 2008; Matzat, 2009). Für beide Verhaltensweisen ist eine Assoziation mit Persönlichkeitsfacetten anzunehmen:

- Hypothese 3.2: Es gibt bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Facette Geselligkeit und der Häufigkeit der eigenen Beiträge in Selbsthilfegruppen.
- Hypothese 3.3: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Gewissenhaftigkeit, insbesondere der Facette Verlässlichkeit und der Regelmäßigkeit der Gruppenbesuche von Selbsthilfegruppenmitgliedern.

5 Methodik

5.1 Untersuchungsdesign

Es handelt sich um eine Querschnittstudie mit Selbstberichtsdaten und sowohl explorativen als auch hypothesenprüfenden Anteilen (s. Kapitel 5.4.2). Verglichen wurden die Daten dreier Personengruppen (Tabelle 1), die sich aufgrund einer Glücksspielproblematik zur Inanspruchnahme von Hilfe entschieden haben.

Die erste Gruppe (SHPH) besuchte zum Zeitpunkt der Befragung eine glücksspielspezifische, klassische Selbsthilfegruppe (d. h. ohne professionelle Leitung oder Unterstützung, s. Kapitel 2.1) und nutzte im Erhebungszeitraum oder jemals davor professionelle Hilfe. Professionelle Hilfe umfasst in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich ambulante Suchtberatung, Psychotherapie oder Rehabilitation sowie stationäre Suchtbehandlung. Dagegen besuchte die zweite Gruppe (SH) ausschließlich eine Selbsthilfegruppe und die dritte Gruppe (PH) nutzte ausschließlich professionelle Hilfe. Die entsprechend der Tabelle 1 vierte Gruppe nahm im Erhebungszeitraum keine der beiden Hilfeformen in Anspruch und wurde aus forschungsökonomischen Gründen in dieser Studie nicht einbezogen, da ein separater Zugang nötig gewesen wäre.

Tabelle 1

Zielgruppen der Untersuchung

		Jemals Nutzung professioneller Hilfe	
		ja	nein
Aktuelle Teilnahme an Selbsthilfegruppe	ja	SHPH	SH
	nein	PH	-

5.2 Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen (Anhang A), der Basis sowohl für diese Dissertation als auch für die allgemeine Untersuchung der Nutzung von Selbsthilfegruppen im Auftrag des Landes Niedersachsen (vgl. Hayer et al., 2020) war, umfasst sieben Themenbereiche: (1) soziodemographische Angaben, (2) Fragen zum aktuellen und früheren Glücksspielverhalten und -erleben, (3) Angaben zur Einstellung zur Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe, (4) Fragen zum typischen Alltagsverhalten, (5) Fragen zur aktuellen und früheren Nutzung von Hilfeangeboten, (6) Fragen zur Teilnahme an der jeweiligen Selbsthilfegruppe und (7) Fragen zur Gestaltung der besuchten Selbsthilfegruppe. Die ersten fünf Themenbereiche waren von allen Teilnehmenden auszufüllen, die letzten beiden nur von denjenigen, die aktuell eine Selbsthilfegruppe besuchten (SHPH / SH). Lediglich eine Frage im fünften Themenblock, die sich auf die Gründe bezieht, keine Selbsthilfegruppe zu besuchen, war nur von denjenigen auszufüllen, die aktuell ausschließlich professionelle Hilfe nutzten (PH).

Die Items zur Abfrage der soziodemographischen Daten sowie der Daten zum Glücksspielverhalten orientieren sich am deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0 (DHS) und an den abgefragten Items der standardisierten Klient*innendokumentation der niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen. Für die vorliegende Dissertation interessieren darin insbesondere die Angaben zum Alter, zum Geschlecht (*weiblich* vs. *männlich*) und zum Migrationshintergrund (selbst eingewandert oder mindestens ein Elternteil eingewandert). Im zweiten Themenblock ist die Teilnahme an den sechs Spielformen bzw. Spielformgruppen (1) Lotto / Lotterien / Rubbellose (online oder offline), (2) Sportwetten / Pferdewetten (online oder offline), (3) Automatenspiele in Spielhallen und Gaststätten, (4) Automatenspiele („Kleines Spiel“) in Spielbanken, (5) Tischspiele in Spielbanken („Großes Spiel“, z. B. Roulette, Poker, Black Jack) sowie (6) Glücksspiele in Online-Kasinos (z. B. Online-Poker, Online-Automaten) innerhalb der letzten vier Wochen anzugeben (*gar nicht, weniger als einmal pro Woche, ein- bis zweimal pro Woche, mehr als zweimal pro Woche*; Anhang A, Frage 10). Eine weitere Frage erhebt, welche dieser Spielformen individuell zu Problemen geführt haben (Mehr-

fachauswahl; Lebenszeitprävalenz; Anhang A, Frage 11). Andere, nicht aufgeführte Spielformen können jeweils in einem freien Antwortformat ergänzt werden. Zur Ermittlung des Problemstatus dienen die neun Kriterien des DSM-5 (Döpfner, Gaebel, Maier, Rief & Zaudig, 2015) in Frageform (*ja* vs. *nein*) bezogen auf die letzten 12 Monate vor Inanspruchnahme der aktuellen Hilfe (Anhang A, Frage 12) mit einem Cut-Off-Point von ≥ 4 für das Vorliegen einer Glücksspielsucht (s. Kapitel 5.4.1). Eine Abfrage zusätzlicher Probleme (Anhang A, Frage 13) durch Alkohol, Tabak, sonstige bewusstseinsverändernde Stoffe und andere psychische Störungen (z. B. Depression, Angststörung, ...) im Verlauf des Lebens (jeweils *ja* vs. *nein*) beendet diesen Themenblock.

Zur Abfrage der Einstellung zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe dienen die 10 Items des ATSPPH-SF (Elhai et al., 2008; Picco et al., 2016), zu beantworten auf einer vierstufigen Likert-Skala (0 = *stimme gar nicht zu* bis 3 = *stimme voll zu*). Die Items wurden in eigener Übersetzung in den Fragebogen aufgenommen (Anhang A, Frage 14). Bei Picco et al. (2016) ergaben sich für den ATSPPH-SF in explorativer ($N = 1500$) und konfirmatorischer ($N = 1502$) Faktorenanalyse drei homogene, eindimensionale Faktoren (Anhang D): (1) Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe (*Openness to seeking professional help*), (2) Nutzen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe (*Value in seeking professional help*) und (3) Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung (*Preference to cope on one's own*). Da hohe Ausprägungen auf der dritten Subskala einen gering ausgeprägten Wunsch anzeigen, Probleme eigenständig – ohne die Inanspruchnahme professioneller Hilfe – zu bewältigen, wurde die deutsche Skalenbezeichnung entsprechend angepasst.

Die deutsche Fassung des Big Five Inventory (BFI-2; Danner et al., 2016) umfasst im Original fünf Domänen mit je drei Facetten. Jede der Facetten wird durch vier Items abgebildet. Um den Umfang des Fragebogens überschaubar zu halten, wurden unter der Überschrift „Ihre Einschätzung zu Ihrem typischen Alltagsverhalten“ (Anhang A, Frage 15) nur die insgesamt 24 Items der hier besonders interessierenden Domänen Extraversion (Cronbachs Alpha = .86; Danner et al., 2016) und Gewissenhaftigkeit (Cronbachs Alpha = .87; Danner et al., 2016) aufgenommen (Anhang E) und hinsichtlich ihres jeweiligen Mittelwertes und der Mittelwerte der Facetten Aktivität (Cronbachs Alpha = .69; Danner et al., 2016), Geselligkeit (Cronbachs Alpha = .77; Danner et al., 2016) und Verlässlichkeit (Cronbachs Alpha = .62; Danner et al., 2016) analysiert. Die Antwortvorgaben umfassen eine fünfstufige Likert-

Skala (1 = *stimme überhaupt nicht zu* bis 5 = *stimme voll und ganz zu*). Die Reihenfolge der Items entspricht der Reihenfolge im BFI-2 abzüglich der Items der drei nicht untersuchten Domänen (Negative Emotionen⁴, Verträglichkeit, Offenheit).

Die erhobenen Hilfeformen (Anhang A, Frage 16) umfassen informelle Hilfeformen (Gespräche mit / Hilfe von Freund*innen oder Familienmitgliedern, gedruckte Ratgeber), die Telefon-Hotline, Online-Hilfeformen (Online-Informationen / Online-Programme / Apps, Austausch in Online-Foren), Selbsthilfegruppen sowie ambulante (ambulante Suchtberatung, ambulante Therapie / ambulante Rehabilitation) und stationäre (stationäre Therapie) professionelle Hilfeformen, zu denen die frühere und aktuelle Nutzung anzugeben ist (*noch nie / früher / aktuell*). Auf Basis dieser Angaben wurden die Teilnehmenden in die beschriebenen Subgruppen (SH, SHPH, PH) eingeteilt (s. Kapitel 5.1). Mögliche Gründe, bei einer Alkoholproblematik nur zögerlich Hilfe zu suchen (Rumpf, C. Meyer, Hapke, Bischof, & John, 2000) wurden entsprechend einer Glücksspielproblematik abgewandelt (Anhang A, Frage 17). Sämtliche Fragestellungen zur Teilnahme in Selbsthilfegruppen und ihrer jeweiligen Struktur, die nur von Selbsthilfegruppenmitgliedern (SH / SHPH) auszufüllen waren (Anhang A, Fragen 20 bis 35), entstammen neben der im Forschungsstand zur Inanspruchnahme von Hilfe (s. Kapitel 3.1) beschriebenen Literatur vor allem den Ergebnissen der Fokusgruppengespräche in Vernetzungstreffen zwischen Selbsthilfe und professioneller Beratung (Hayer & Girndt, 2018). Das gilt ebenso für die Sonderfrage, warum keine Selbsthilfegruppe aufgesucht wird (Anhang A, Frage 19), in der einzelne Begründungen darüber hinaus auf den Untersuchungen von Rockloff und Schofield (2004) bzw. Wiczorek und Dąbrowska (2018) fußen. Die Informationsquellen zu Selbsthilfegruppen (Anhang A, Frage 21) und die Regelmäßigkeit der Teilnahme (Anhang A, Frage 22) wurden in sehr ähnlicher Form bereits von G. Meyer (1989) erhoben. Abgefragte Gründe zur Kontaktaufnahme (Anhang A, Frage 24) beruhen teilweise auf Untersuchungen von Bonabi et al. (2016), Evans und Delfabbro (2005), Ferentzy, Skinner und Antze (2004), Wiczorek und Dąbrowska (2018) sowie Oexle et al. (2015). Für die hier aufgeführten Hypothesen ist die Frage nach der Häufigkeit eigener Beiträge in der Gruppe (Anhang A, Frage 23)

⁴ Im BFI-2 wird die Domäne „Neurotizismus“ des Fünf-Faktoren-Modells als „Negative Emotionen“ bezeichnet.

relevant, die laut McGrath (2018) mit der Zufriedenheit mit der Selbsthilfegruppe (Anhang A, Frage 30) zusammenhängt. Die Formulierungen der inneren und äußeren Hürden einer Kontaktaufnahme (Anhang A, Frage 25) wurden zum Teil von Rockloff und Schofield (2004) sowie Wieczorek und Dąbrowska (2018) übernommen. Alle abgefragten mit der Selbsthilfegruppe verbundenen Hoffnungen, Wünsche und Erwartungen (Anhang A, Fragen 26 und 27) beruhen auf den Aussagen in den Fokusgruppen (Hayer & Girndt, 2018). Die wahrgenommenen Effekte der Selbsthilfegruppenbesuche (Anhang A, Fragen 28 und 29) sowie die Fragen zur Organisation und Gestaltung der eigenen Selbsthilfegruppe (Anhang A, Fragen 31 bis 35) wurden durch Fragestellungen aus dem Fragebogen zur Struktur- und Bedarfsanalyse bei Selbsthilfegruppen (vgl. Nickel, von dem Knesebeck, Werner, & Kofahl, 2016) ergänzt.

Der abschließende Fragebogenentwurf wurde von drei Expert*innen der Selbsthilfe gelesen und hinsichtlich Verständlichkeit, Umfang und Inhalten überprüft. Einer von ihnen füllte als langjähriges Mitglied einer Glücksspielspezifischen Selbsthilfegruppe den Fragebogen testweise selbst aus und brauchte dafür circa 30 Minuten. In der finalen Fragebogenfassung wurde daraufhin jeweils ein Grund, nicht an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen („Ich traue mich einfach nicht“), und eine innere Hürde vor Inanspruchnahme der Selbsthilfegruppe („Unsicherheiten bezüglich der Gruppensituation“) aufgenommen sowie Formulierungen einzelner Items angepasst.

5.3 Durchführung

Zur Information über die Studie wurde eine Seite innerhalb der Internetseiten der Bremer Fachstelle Glücksspielsucht (www.gluecksspielsucht.uni-bremen.de, Anhang C) erstellt. Die Ansprache potenzieller Teilnehmer*innen erfolgte über Gruppenleiter*innen von Selbsthilfegruppen, Berater*innen in ambulanten Suchtberatungsstellen und Mitarbeiter*innen von Suchtkliniken, deren Kontaktdaten mittelbar oder unmittelbar in der Forschungsgruppe Glücksspielsucht der Universität Bremen vorhanden oder im Internet öffentlich zugänglich waren. Insbesondere die Datenbanken des Fachverbands Glücksspielsucht e.V. (FAGS; www.gluecksspielsucht.de) sowie der Landesstellen für Glücksspielsucht bzw. Suchtfragen allgemein stellten Adressen von Selbsthilfegruppen und ambulanten sowie stationären Suchthilfeeinrichtungen bereit. Insgesamt wurden ab Ende April 2019 bundesweit 228 Ansprechpartner*innen per E-Mail, telefonisch oder persönlich kontaktiert und um Unterstützung der Studie durch

Ansprache von Gruppenmitgliedern, Klient*innen oder Patient*innen gebeten. Darüber hinaus verbreiteten der Selbsthilfereferent des FAGS und unter anderem der Selbsthilfenewsletter der DHS Informationen zur Studie. Interesse an einer Studienbeteiligung zeigten 100 Kontaktpersonen, davon 46 aus Selbsthilfegruppen, 47 aus ambulanten Suchtberatungsstellen und 7 aus Kliniken. Sie verteilten Studieninformationen, Einwilligungserklärungen und Fragebögen an potenzielle Teilnehmer*innen und schickten die ausgefüllten Unterlagen gesammelt an die Universität Bremen zurück. Darüber hinaus kamen drei Rücksendungen, die sich nicht eindeutig zuordnen ließen. Da die Anzahl der indirekt kontaktierten Ansprechpartner, z. B. über den DHS-Newsletter oder die FAGS-Ansprache nicht bekannt ist, lässt sich eine Rückantwortquote nicht sinnvoll berechnen. Alle 1000 gedruckten Fragebögen wurden versandt. Einzelne Ansprechpartner kopierten darüber hinaus den Fragebogen für weitere Interessierte. Zwei Selbsthilfegruppen wurden auf ausdrückliche Einladung persönlich zur Datenerhebung besucht. Der ursprünglich bis maximal Mitte Juli 2019 geplante Erhebungszeitraum wurde zweimal bis Mitte August 2019 verlängert. Letzte Fragebögen wurden schließlich noch in der ersten Septemberwoche 2019 aufgenommen, da die Datenanalyse noch nicht begonnen hatte. Der unbereinigte Datensatz umfasste 397 Fragebögen, die von Personen mit Glücksspielproblematik ausgefüllt waren und zu denen eine Einwilligungserklärung vorlag. Die Berechnung einer Rücklaufquote führt allerdings auch bezüglich der Fragebögen zu einem verzerrten Bild, da die Anzahl der versandten Fragebögen nicht der Anzahl der tatsächlich durch die Kontaktpersonen angesprochenen Betroffenen entspricht, sondern die Schätzungen der Kontaktpersonen widerspiegelt, wie viele Betroffene die Gruppen und Beratungsstellen im fraglichen Zeitraum aufsuchen könnten.

Die Durchführung dieser Studie wurde im Kontext des Forschungsprojekts „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ (Hayer et al., 2020) durch die Ethikkommission der Universität Bremen befürwortet.

5.4 Datenvorbereitung und Datenanalyse

5.4.1 Datenvorbereitung

Alle Daten der 397 aufgenommenen Fragebögen wurden zunächst in das Statistikprogramm SPSS 25 übertragen. In wenigen Fällen, in denen keine aktuelle Inanspruchnahme von Hilfe angegeben war, die jedoch bekanntermaßen von Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen zugeschickt worden waren, wurde diese Angabe für die korrekte Gruppenzuordnung angepasst. Ebenso wurde die Angabe der aktuellen Hilfeform bei einigen Fragebögen angepasst, bei denen die Kontaktperson darauf hinwies, dass die Motivationsgruppe durch die Teilnehmenden mit einer Selbsthilfegruppe verwechselt worden war. Die Antworten zur Selbsthilfegruppe wurden bei den betreffenden Fragebögen nicht übernommen. Ausgeschlossen wurden aus dem unbereinigten Datensatz ($N = 397$) im Zuge der Datenbereinigung 37 Fälle (9.3%), bei denen in den ersten fünf obligatorischen Themenbereichen mit 92 numerischen Variablen mehr als neun fehlende Angaben vorkamen. Das entspricht dem 90. Perzentil der gezählten fehlenden Angaben pro Person. Diese Maßnahme zielte darauf ab, nur solche Fragebögen in der Analyse zu belassen, bei denen mit einem ernsthaften Antwortverhalten gerechnet werden konnte. Fünf weitere Fälle wurden aus dem Datensatz ausgeschlossen, da sie sich aufgrund fehlender oder widersprüchlicher Angaben keiner der untersuchten Subgruppen zuordnen ließen. Der so verbleibende bereinigte Gesamtdatensatz umfasste $N = 355$ Personen, die sich eindeutig den im Untersuchungsdesign beschriebenen Subgruppen zuordnen ließen. Sie bildeten die Basis für alle weiteren Auswertungsschritte. Die Datenvorbereitung erfolgte bis hierher in Zusammenarbeit mit den Kollegen des übergeordneten Forschungsprojekts „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ (vgl. Hayer et al., 2020), das auf die gleiche Datenbasis zurückgriff.

Im zweiten Schritt der Datenvorbereitung wurden die Teilnehmenden jeweils einer der Subgruppen (SH / SHPH / PH) zugeordnet. Angaben der Gruppe PH zu selbsthilfegruppenspezifischen Fragen (Anhang A, Frage 20ff.) wurden aus dem Datensatz entfernt, ebenso Angaben der Gruppen SH und

SHPH zu den Gründen, keine Selbsthilfegruppe zu besuchen (Anhang A, Frage 19). Personen mit mindestens vier bestätigten DSM-5-Kriterien bezogen auf die letzten 12 Monate vor Inanspruchnahme der aktuellen Hilfeform bekamen den Status pathologische*r Spieler*in. Alle anderen galten als Gelegenheitsspieler*innen ohne weitere Differenzierung im subklinischen Bereich. Für den ATSPPH-SF (Anhang A, Frage 14, s. Kapitel A) wurden die Variablen 2, 4, 8, 9 und 10 umkodiert, sodass höhere Werte in allen Variablen eine positivere Einstellung zur Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe bedeuten. Entsprechendes gilt für die Variablen des BFI-2, die im Fragebogen (Anhang A, Frage 15) an den Positionen 2, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 20, 21 und 24 stehen, sodass höhere Merkmalsausprägungen für höhere Extraversion respektive Gewissenhaftigkeit stehen.

Für die jeweiligen Skalen und Subskalen von ATSPPH-SF und BFI-2 wurden im Anschluss pro Person die Mittelwerte gebildet.

Zur Analyse der Spielteilnahme in den letzten vier Wochen (Anhang A, Frage 10) wurden die Angaben zu den einzelnen Spielformen zunächst dichotomisiert (Spielteilnahme *ja* vs. *nein*) und die Anzahl der genutzten Spielformen anschließend drei Kategorien zugeordnet: (1) kein Glücksspiel in den letzten vier Wochen, (2) eine Glücksspielform in den letzten vier Wochen und (3) mehr als eine Glücksspielform in den letzten vier Wochen. Eine weitere Dichotomisierung erfolgte zur Auswertung der Variablen zum Migrationshintergrund (Anhang A, Frage 07, *ja* vs. *nein*), zur Inanspruchnahme verschiedener Hilfeformen (Anhang A, Frage 16, *nie* versus *jemals* genutzt) sowie zur Hoffnung auf gemeinsame Unternehmungen über die formellen Gruppentreffen hinaus (Anhang A, Frage 26 unten, *ja* vs. *nein*).

5.4.2 Datenanalyse

Für die übergeordnete Studie im Auftrag des Landes Niedersachsen (vgl. Hayer et al., 2020) war ein Gesamtstichprobenumfang von $N = 250$ Personen veranschlagt. Zur Berechnung der Teststärke bei vorgegebener Fallzahl von $N = 250$ ließen sich im Vorfeld der Erhebung unter Annahme konventioneller Fehlergrößen von 5% für einen Fehler 1. Art und einer mittleren Populationseffektgröße für die geplanten Analyseverfahren angemessene Teststärken erreichen. Alle Berechnungen führten die Kolle-

gen im Rahmen des Forschungsprojekts „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ (Hayer et al., 2020) mit der Software G*Power 3.1.9.2 (vgl. Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2007; Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2009) unter der Annahme zweiseitiger Hypothesentestung durch. Mögliche Alphafehlerkumulierungen durch multiples Testen blieben dabei unberücksichtigt.

Zur Beschreibung der Gesamtstichprobe, der Subgruppen sowie ihres Glücksspielverhaltens und -erlebens wurden zunächst Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellen mit SPSS 25 erstellt.

Für die anschließende Analyse sämtlicher Fragestellungen und Hypothesen kamen im ersten Schritt bivariate Verfahren mit einem Signifikanzniveau von $p < .05$ zum Einsatz. Die Überprüfung potenzieller Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen erfolgte mit der χ^2 -Teststatistik. Gruppenunterschiede hinsichtlich intervallskalierter Merkmale wurden beim Vergleich von drei Gruppen mit der einfaktoriellen Varianzanalyse getestet. Da nicht durchgehend Varianzhomogenität vorlag, wurde zur Prüfung der Mittelwertdifferenz der Post-hoc-Test nach Games-Howell gewählt, der weder Varianzhomogenität noch eine Normalverteilung voraussetzt. Bei Vergleichen zwischen zwei Gruppen bezüglich eines intervallskalierten Merkmals kam der T-Test für unabhängige Gruppen zur Anwendung, während bei ordinalskalierten Prädiktoren Spearmans Rang-Korrelationskoeffizient eingesetzt wurde. Die Durchführung mehrerer Hypothesentests an einer Stichprobe bringt den Nachteil einer Alphafehler-Kumulierung mit sich. Jedoch erhöht eine konservative Alphafehlerkorrektur, beispielsweise mit dem Bonferroni-Test, das Risiko, tatsächlich signifikante Effekte zu übersehen. Da es sich in der vorliegenden Untersuchung überwiegend um theoriegestützte Hypothesen mit überschaubarer empirischer Basis handelt, müssen signifikante Ergebnisse in jedem Fall durch weitere empirische Forschung überprüft werden. Folglich ist das Risiko falsch-positiver Ergebnisse von eher geringer praktischer Tragweite. Daher wurde hinsichtlich der Alphafehlerkorrektur ein Mittelweg beschritten, indem sie lediglich bei mehrfacher Testung innerhalb der einzelnen Hypothesen (Post-hoc-Tests) mit der Bonferroni-Holm-Methode erfolgte (Holm, 1979). Bei diesem Verfahren werden die p-Werte vor der Korrektur der Größe nach ansteigend sortiert und zur Signifikanzprüfung jeweils mit einem adjustierten, von Test zu Test großzügigerem Alpha-Niveau abgeglichen. Das adjustierte, lokale Alpha-Niveau ergibt sich aus dem

Verhältnis des globalen Alpha-Niveaus ($\alpha_{\text{global}} = .05$) zur Anzahl der Tests unter Einbeziehung der Position des Tests in der sortierten Reihenfolge.

Um die Effektstärken der signifikanten Prädiktoren für die Gruppenzugehörigkeit zu prüfen, wurden im abschließenden Analyseschritt binäre (bei zwei Gruppen) bzw. multinomiale (bei drei Gruppen) logistische Regressionen eingesetzt. Ein Vergleich erfolgte zwischen dem Einfluss der Prädiktoren auf bivariater Ebene (einfache logistische Regression) und auf multivariater Ebene (multiple logistische Regression). Dabei war die Anzahl der gleichzeitig untersuchten unabhängigen Variablen (UV) so zu begrenzen, dass in allen Gruppen (abhängige Variable, AV) mindestens 10 Fälle pro Schätzparameter vorhanden waren (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2018). Weiterhin war Multikollinearität, d. h. eine starke Assoziation der Prädiktoren untereinander, auszuschließen. Multikollinearität führt dazu, dass sich die Effekte der betreffenden Prädiktorvariablen nicht differenzieren lassen (Dormann et al., 2013). Die Prüfung auf Multikollinearität erfolgte über bivariate Zusammenhangsmaße in Abhängigkeit vom Skalenniveau der jeweiligen Prädiktoren. Als zu starke Multikollinearität galt ein absoluter Korrelationsbetrag von $|r| > .07$ (Dormann et al., 2013) bzw. Cramers $V \geq .06$ oder Cohens $D \geq .08$ (Kotrlík, Williams & Jabor, 2011). Die multivariaten Modelle sind als explorative Analyse einzuordnen, da die einbezogenen Prädiktoren sich aus dem ersten Analyseschritt der vorliegenden Studie ableiteten und anhand derselben Datenbasis geprüft wurden.

6 Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung und deskriptive Gesamtauswertung

Von den insgesamt 355 Teilnehmenden der Analyseeinheit gehörten 200 zum Zeitpunkt der Befragung einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige an und hatten jemals professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Gruppe SHPH). Ausschließlich eine Selbsthilfegruppe nutzten 40 Personen (Gruppe SH), während 115 Teilnehmende professionelle Hilfe und keine Selbsthilfegruppe in Anspruch nahmen (Gruppe PH). Einen Überblick über die Gruppenverteilung bietet Tabelle 2.

Tabelle 2.
Subgruppen nach Inanspruchnahme der Hilfeformen.

		Jemals Inanspruchnahme professioneller Hilfe		
		ja	nein	Summe
Aktuelle Teilnahme an Selbsthilfegruppe	ja	SHPH: $n = 200$	SH: $n = 40$	$n = 240$
	nein	PH: $n = 115$	--	$n = 115$
	Summe	$n = 315$	$n = 40$	$n = 355$

Im Folgenden wird die Gesamtstichprobe hinsichtlich soziodemographischer Daten (Tabelle 3) und Angaben zum Glücksspielverhalten sowie zur Problembelastung (Anhang F) beschrieben. Augenfällige Gruppenunterschiede sind hier ebenfalls dargestellt. Tabelle 4 und Anhang F zeigen alle diesbezüglichen Ergebnisse für die Gesamtstichprobe und die Subgruppen in tabellarischer Form. Eine Gesamtdarstellung zu den für diese Untersuchung nicht relevanten Themenbereichen „Teilnahme in der Selbsthilfegruppe“ sowie „Organisation und Gestaltung der Selbsthilfegruppe“ erscheint im Abschlussbericht zur Studie mit dem Titel „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ (Hayer et al., 2020).

Die Stichprobe umfasst eine Altersspanne von 19 bis 80 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 43.1 Jahren ($SD = 13.8$ Jahre). Das Durchschnittsalter von 36.8 Jahren der Gruppe PH fällt gegenüber den beiden anderen Gruppen mit jeweils 46.2 Jahren vergleichsweise gering aus. Zu 85.1%

($n = 302$) besteht die Stichprobe aus Männern. Der überwiegende Teil (46.5%, $n = 165$) lebt in einer festen Partnerschaft bzw. ist verheiratet, 34.1% ($n = 121$) sind ledig. Da hierbei keine Mehrfachauswahl möglich war, ist davon auszugehen, dass die Angabe „ledig“ mit „Single“ gleichzusetzen ist. Die übrige Stichprobe ist verwitwet, geschieden oder getrennt. In der Subgruppe PH überwiegt im Gegensatz zur Gesamtstichprobe der Anteil der Ledigen (50.4%, $n = 58$). In einem Haushalt mit dem oder der Partner*in bzw. anderen Familienangehörigen leben 56.3% ($n = 200$) und 6.8% ($n = 24$) haben „Sonstiges“ angegeben, dazu jedoch teilweise erläutert, dass sie mit Geschwistern, Eltern oder in einer Wohngemeinschaft zusammenleben. Alleine wohnen 36.9% ($n = 131$). Mit 42.6% ($n = 49$) ist der Anteil der alleine Lebenden in der Gruppe PH am stärksten ausgeprägt. Die Wohnlage eines Großteils der Stichprobe befindet sich in der Stadt (55.8%, $n = 198$) oder im städtischen Umland (28.2%, $n = 100$). Nur 15.5% ($n = 55$) leben ländlich ohne gute öffentliche Verkehrsverbindungen. Innerhalb der Gruppe SH sind es überdurchschnittlich viele Personen (25.0%, $n = 10$), die ländlich ohne gute öffentliche Verkehrsverbindungen wohnen. Einen Migrationshintergrund (eigene Herkunft oder Herkunft der Eltern außerhalb Deutschlands) haben 19.8% ($n = 70$) der Teilnehmenden, und der Anteil bewegt sich in allen drei Gruppen nahe 20.0%. Die Schule haben 42.4% ($n = 150$) mit einem Realschulabschluss bzw. mittlerer Reife, 26.6% ($n = 94$) mit einem Hauptschul- bzw. Volksschulabschluss und 20.1% ($n = 71$) mit Fachabitur oder Abitur beendet. Der Anteil mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss ist mit 8.8% ($n = 31$) relativ gering, weitere Angaben kommen nur vereinzelt vor. Fast zwei Drittel der Teilnehmenden (59.7%, $n = 210$) befindet sich als Arbeitnehmer*in in einem festen Beschäftigungsverhältnis, während 15.3% ($n = 54$) arbeitslos und 12.1% ($n = 43$) in Rente oder pensioniert sind. Schwerpunktmäßig selbständig tätig sind 5.1% ($n = 18$). Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil an Arbeitslosen in der Gruppe PH (25.2%, $n = 29$) sowie an verrenteten Personen in der Gruppe SH (25.0%, $n = 10$). Letztere sind dagegen in der Gruppe PH, passend zum geringeren Altersdurchschnitt, kaum vertreten (5.2%, $n = 6$).

Tabelle 3.
Häufigkeitsverteilungen soziodemographischer Daten

	Gesamt		SHPH		SH		PH	
	N= 355		n = 200		n = 40		n = 115	
Alter in Jahren	<i>M</i> = 43.1 J.		<i>M</i> = 46.2 J.		<i>M</i> = 46,2 J.		<i>M</i> = 36,8 J.	
	<i>SD</i> = 13.8 J.		<i>SD</i> = 13.4 J.		<i>SD</i> = 16,3 J.		<i>SD</i> = 11,4 J.	
	Min = 19 J.		Min = 22 J.		Min = 20 J.		Min = 19 J.	
	Max = 80 J.		Max = 80 J.		Max = 75 J.		Max = 70 J.	
Geschlecht	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Männlich	302	85.1	170	85.0	32.0	80.0	100	87.0
Weiblich	53	14.9	30	15.0	8.0	20.0	15	13.0
Familienstand	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ledig	121	34.1	50	25.0	13	32.5	58	50.4
Feste Partnerschaft	165	46.5	108	54.0	21	52.5	36	31.3
Verwitwet	7	2.0	5	2.5	2	5.0	0	0.0
Geschieden / getrennt	62	17.5	37	18.5	4	10.0	21	18.3
Haushalt	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alleine lebend	131	36.9	69	34.5	13	32.5	49	42.6
Mit Partner*in / Familie zusammen lebend	200	56.3	123	61.5	24	60.0	53	46.1
Sonstiges	24	6.8	8	4.0	3	7.5	13	11.3
Wohnlage	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
In der Stadt	198	55.8	119	59.5	14	35.0	65	56,5
Im städtischen Umland mit guten öffentlichen Verkehrsanbindungen	100	28.2	52	26.0	15	37.5	33	28.7
Ländlich ohne gute öffentliche Verkehrsanbindungen	55	15.5	29	14.5	10	25.0	16	13.9
Sonstiges	2	0.6	0	0.0	1	2.5	1	0.9
Migrationshintergrund^a	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ja	70	19.8	37	18.7	9	22.5	24	20.9
Nein	283	80.2	161	81.3	31	77.5	91	79.1

	Gesamt		SHPH		SH		PH	
	<i>N</i> = 355		<i>n</i> = 200		<i>n</i> = 40		<i>n</i> = 115	
Schulabschluss^b	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
In Schulausbildung	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.9
Ohne Abschluss	3	0.8	1	0.5	0	0.0	2	1.7
Sonder-/Förderschule	3	0.8	3	1.5	0	0.0	0	0.0
Hauptschule	94	26.6	54	27.1	10	25.0	30	26.1
Realschule	150	42.4	78	39.2	20	50.0	52	45.2
(Fach)-Abitur	71	20.1	46	23.1	8	20.0	17	14.8
FH / Uni	31	8.8	17	8.5	2	5.0	12	10.4
Sonstiges	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.9
Berufssituation^c	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Schüler*in	1	0.3	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Student*in	5	1.4	2	1.0	1	2.5	2	1.7
Ausbildung	7	2.0	1	0.5	1	2.5	5	4.3
Arbeitslos	54	15.3	20	10.2	5	12.5	29	25.2
Arbeiter*in/ Angestellt / Be- amter*in	210	59.7	126	64.0	20	50.0	64	55.7
Selbständig	18	5.1	13	6.6	2	5.0	3	2,6
Hausfrau/-mann	1	0.3	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Rentner*in	43	12.1	27	13.7	10	25.0	6	5.2
Sonstiges	13	3.7	6	3.0	1	2.5	6	5.2

Anmerkungen. SHPH: Selbsthilfegruppe und (jemals) professionelle Hilfe, SH: ausschließlich Selbsthilfegruppe, PH: ausschließlich professionelle Hilfe.

^a Gültige *n* = 353. ^b Gültige *n* = 354. ^c Gültige *n* = 352.

In der gesamten Stichprobe erfüllten vor Inanspruchnahme der aktuellen Hilfe laut eigener Erinnerung nur 6.8% (*n* = 24) weniger als vier DSM-5-Kriterien und konnten damit zu dem Zeitpunkt als Gelegenheitsspieler*innen gelten. Am höchsten ist ihr Anteil innerhalb der Gruppe SH (15.0%, *n* = 6). Die mit Abstand häufigste angegebene Problemspielform (Mehrfachauswahl möglich) ist das Automatenpiel in Spielhallen und gastronomischen Betrieben (77.7%, *n* = 276). An zweiter Stelle liegen mit 28.2% (*n* = 100) die Online-Kasinos, die nur in der Subgruppe SHPH mit 25.1% (*n* = 50) den dritten

Platz belegen, während sie in den Gruppen SH (32.5%, $n = 13$) und PH (32.2%, $n = 37$) von jeweils rund einem Drittel der Teilnehmenden als problematisch erlebt werden. In der Gesamtgruppe nimmt das Automatenpiel in Spielbanken (24.8%, $n = 88$) den dritten Platz der Problemspielformen ein, das in der Gruppe SHPH an zweiter Stelle (26.5%, $n = 53$) und in der Gruppe PH an vierter Stelle (22.6%, $n = 26$) liegt. Für Letztere erweisen sich Sport- und Pferdewetten (online oder offline) etwas häufiger als problematisch (25.2%, $n = 29$), die für die Gesamtgruppe an vierter Stelle liegen (20.0%, $n = 71$). Auch Lotto, Lotterien und Rubbellose erlebt ein kleiner Teil der Stichprobe (8.2%, $n = 29$) als problematisch. Eine Übersicht über die relativen und absoluten Häufigkeiten bezüglich der als problematisch empfundenen Spielformen gibt Tabelle 4, sortiert nach den Angaben der Gesamtgruppe.

Tabelle 4.
Angegebene Problemspielformen

Problemspielformen	Gesamt		SHPH		SH		PH	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Automatenpiel in Spielhallen / gastronomischen Betrieben	276	77.7	157	78.5	30	75.0	89	77.4
Online-Kasinos ^a	100	28.2	50	25.1	13	32.5	37	32.2
Automatenpiel Spielbanken	88	24.8	53	26.5	9	22.5	26	22.6
Sport-/Pferdewetten	71	20.0	38	19.0	4	10.0	29	25.2
Tischspiele Spielbanken	54	15.2	38	19.0	4	10.0	12	10.4
Lotto / Lotterien / Rubbellose	29	8.2	21	10.5	4	10.0	4	3.5
Sonstiges	14	4.2	10	5.0	2	5.0	2	1.7

Anmerkungen. Eine Mehrfachauswahl war möglich. ^a gültige $n = 354$.

Anhang F zeigt einen vollständigen Überblick zum Glücksspielverhalten und zur Nutzung informeller Hilfen. Von den informellen Hilfeformen werden aktuell oder wurden früher Gespräche mit der Familie und mit Freund*innen am häufigsten genutzt (81.0%, $n = 281$). Auf gedruckte Ratgeber greifen 41.9% ($n = 148$) zurück und auf Online-Informationen 30.4% ($n = 107$). Den Austausch in Online-Foren nutzen 15.7% ($n = 55$) der Teilnehmenden. Am geringsten ausgeprägt ist die Inanspruchnahme telefonischer Hotlines (7.3%, $n = 25$). Die Gruppen unterscheiden sich am auffälligsten in der Nutzung gedruckter Ratgeber, auf die 50.0% ($n = 99$) der Gruppe SHPH, 37.5% ($n = 15$) der Gruppe SH und 29.6% ($n = 34$) der Gruppe PH zurückgreifen.

6.2 Hypothesenprüfung zu Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige

Grundlage für die Prüfung der in Kapitel 4 vorgestellten Hypothesen bilden zum Teil die Angaben zu den Items der Subskalen des ATSPPH-SF sowie des BFI-2, zu denen im ersten Schritt die internen Konsistenzen in der vorliegenden Stichprobe geprüft wurden.

Die Varianzhomogenität ist in den Gruppen für alle drei Einstellungsskalen des ATSPPH-SF gegeben, es liegen jedoch rechtssteile Verteilungen vor. Das bedeutet, dass die Einstellungen zur Nutzung professioneller psychologischer Hilfe in der Gesamtstichprobe eine stark positive Tendenz aufweisen. Aufgrund einer sehr rechtssteilen Verteilung der 10 Items kann keine Faktorenanalyse in seriöser Weise durchgeführt werden. Die Berechnung der internen Konsistenzen für die drei angenommenen Subskalen ergibt jedoch, dass Item 4 („Menschen, die ihre Probleme und Ängste ohne professionelle Hilfe bewältigen, sind bewundernswert.“) die interne Konsistenz der Subskala 3 Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung von Cronbachs Alpha = .67 auf Cronbachs Alpha = .44 senkt. Deshalb wurde es aus der Berechnung der Subskalenmittelwerte und weiteren Analysen ausgeschlossen, jedoch auf seinen Einfluss bei der multivariaten Analyse geprüft. Die Messwerte zur internen Konsistenz der einzelnen Subskalen zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5

Interne Konsistenzen der Subskalen des ATSPPH-SF im bereinigten Datensatz

Subskala des ATSPPH-SF	Cronbachs Alpha
Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe	.51
Nutzen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe	.61
Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung ^a	.67

Anmerkung. ^a Nach Ausschluss eines Items.

Die internen Konsistenzen des BFI-2 bewegen sich in der Gesamtstichprobe geprüft für die Skalen Extraversion und Gewissenhaftigkeit sowie ihre jeweiligen Facetten zwischen Cronbachs Alpha = .64 (Facette Aktivität) und Cronbachs Alpha = .85 (Domänen Extraversion und Gewissenhaftigkeit) (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6

Interne Konsistenzen der Domänen und Facetten des BFI-2 im bereinigten Datensatz.

Domäne - Facette	Cronbachs Alpha
Extraversion Gesamtskala	.85
Extraversion – Geselligkeit	.73
Extraversion – Durchsetzungsfähigkeit	.73
Extraversion – Aktivität	.64
Gewissenhaftigkeit – Gesamtskala	.85
Gewissenhaftigkeit – Ordnungsliebe	.84
Gewissenhaftigkeit – Fleiß	.73
Gewissenhaftigkeit – Verlässlichkeit	.67

Die folgende Darstellung zeigt jeweils die Operationalisierung der in Kapitel 4 vorgestellten Hypothesen in Form von Nullhypothese und Alternativhypothese und daran anschließend die Ergebnisse der statistischen Prüfung auf bivariater und multivariater Ebene mit einem globalen Signifikanzniveau von $p < .05$ bzw. dem jeweiligen lokalen Signifikanzniveau nach Alphafehlerkorrektur pro Hypothese (s. Kapitel 5.4.2).

6.2.1 Prädiktoren für den Besuch einer Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige

Hypothese 1.1: Der Altersdurchschnitt ist bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen höher als bei Betroffenen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen.

- H_0 (Es gibt keinen Unterschied im Altersdurchschnitt zwischen den Gruppen.)
 $H_0: \mu_{SHPH} = \mu_{SH} = \mu_{PH}$
- H_1 (Der Altersdurchschnitt ist in den Gruppen SH und SHPH größer als in der Gruppe PH.)
 $H_1: \mu_{SHPH} > \mu_{PH}$ und $\mu_{SH} > \mu_{PH}$

In der einfaktoriellen Varianzanalyse erweist sich der Unterschied der Altersmittelwerte zwischen den Gruppen als signifikant ($F = 19.580, p < .001$). Es liegt jedoch keine Varianzhomogenität vor. Im Einzelnen gibt der Post hoc Test nach Games-Howell, der gegenüber der Verletzung der Varianzhomogenität robust ist, Aufschluss über die Mittelwertunterschiede (s. Tabelle 7). Die mittlere Differenz zwischen den Gruppen SHPH und PH beträgt 9.3 Jahre ($p < .001$) und zwischen den Gruppen SH und PH 9.4 Jahre ($p = .004$). Die Nullhypothese ist abzulehnen. Auf bivariater Ebene bestätigt sich, dass der Altersdurchschnitt bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige höher ist als bei Personen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen.

Tabelle 7
Post hoc-Test nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich des Alters zwischen den Subgruppen

Gruppenvergleich	Mittlere Differenz	Adjustiertes Alpha-Niveau ^a	Signifikanz
SHPH - PH	9.3 Jahre	$\alpha_{\text{lokal}} = .017$	p < .001
SH - PH	9.4 Jahre	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	p = .004
SH - SHPH	0.1 Jahre	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	p = 1.000

Anmerkung. ^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

In Kombination mit den oben beschriebenen soziodemographischen Angaben ergab sich in der Analyse an dieser Stelle die Frage, ob sich das jüngere Alter der Personen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen und auf Selbsthilfegruppen verzichten, in weiteren Aspekten einer früheren Lebensphase aus-

drücken – konkret darin, dass sie häufiger alleine leben (s. Abbildung 1) und eher ledig sind (s. Abbildung 2). Diese Frage wurde ergänzend explorativ mittels Zusammenhangsanalysen mit der Gruppenzugehörigkeit untersucht.

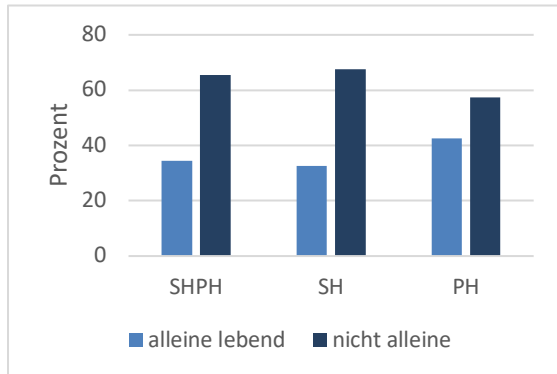


Abbildung 1. Wohnsituation im Haushalt

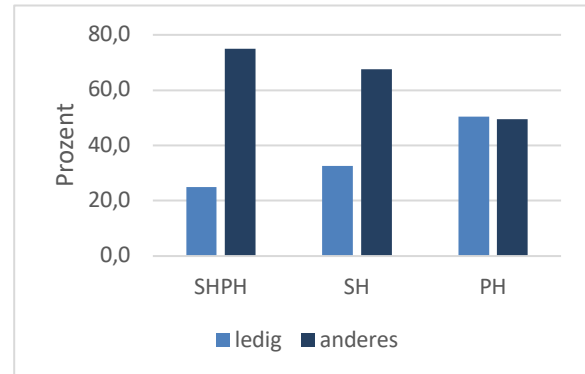


Abbildung 2. Familienstand

Ergänzende Fragestellung: Besteht ein Zusammenhang zwischen (a) der Haushaltssituation sowie (b) dem Familienstand mit dem Besuch einer Selbsthilfegruppe?

Zur Analyse dieser Fragestellung wurden die Antworten zur Haushaltssituation (*alleine lebend* vs. *nicht alleine lebend*) sowie zum Familienstand (*ledig* vs. *anderes*) dichotomisiert.

- H_{0a} (Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Haushaltssituation und der Gruppenzugehörigkeit.)
- H_{1a} (Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Haushaltssituation und der Gruppenzugehörigkeit.)

Bei einer Analyse mit der χ^2 -Teststatistik zeigt sich kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Haushaltssituation und der Gruppenzugehörigkeit ($df = 2$, $X^2 = 2.437$, $p = .296$). Daher ist die Nullhypothese beizubehalten.

- H_{0b} (Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Gruppenzugehörigkeit.)
- H_{1b} (Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Familienstand und der Gruppenzugehörigkeit.)

Zwischen dem Familienstand und der Gruppenzugehörigkeit ergibt sich dagegen ein signifikanter Zusammenhang ($df = 2$, $X^2 = 21.075$, $p < .001$). Den größten Anteil lediger Personen verzeichnet die

Gruppe PH mit 50.4% ($n = 58$), während in der Gruppe SH nur 32.5% ($n = 13$) und in der Gruppe SHPH nur 25.0% ($n = 50$) ledig sind.

Hypothese 1.2: Der Anteil der weiblichen Betroffenen ist in der Gruppe, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzt, größer als bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.

- H_0 (Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Gruppenzugehörigkeit.)
- H_1 (Der Anteil der weiblichen Betroffenen ist in der Gruppe PH größer als in den Gruppen SH und SHPH).

Der Anteil weiblicher Betroffener ist in der Gruppe PH mit 13.0% am geringsten (SHPH = 15.0%, SH = 20.0%). Die Gruppenunterschiede erweisen sich nicht als signifikant ($df = 2$, $X^2 = 1.133$, $p = .568$), und die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Gruppenzugehörigkeit besteht, ist beizubehalten.

Hypothese 1.3: Der Anteil Betroffener mit Migrationshintergrund ist in der Gruppe, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzt, größer als bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.

- H_0 (Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und der Gruppenzugehörigkeit.)
- H_1 (Der Anteil Betroffener mit Migrationshintergrund ist in der Gruppe PH größer als in den Gruppen SH und SHPH.)

In allen drei Gruppen weist etwa ein Fünftel der Personen einen Migrationshintergrund auf (SHPH = 18.7%, SH = 22.5%, PH = 20.9%). Es ist kein Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und der Gruppenzugehörigkeit erkennbar ($df = 2$, $X^2 = 0.420$, $p = .810$).

Hypothese 1.4: Mitglieder von Selbsthilfegruppen haben höhere Ausprägungen auf der Skala Extraversion als Betroffene, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen.

- H_0 (Es gibt keinen Unterschied in der Ausprägung der Extraversion zwischen den Gruppen.)

$$H_0: \mu_{SH} = \mu_{PH} = \mu_{SHPH}$$

- H_1 (Die Gruppen SH und SHPH haben höhere Ausprägungen auf der Skala Extraversion als die Gruppe PH.)

$$H_1: \mu_{SH} > \mu_{PH} \text{ und } \mu_{SHPH} > \mu_{PH}$$

Die einfaktorielle Varianzanalyse ergibt signifikante Gruppenunterschiede bezüglich der Ausprägung der Extraversion ($F = 6.039$, $p = .003$). Jedoch ist die Extraversion nicht durchgängig bei allen Selbsthilfegruppenmitgliedern (SH und SHPH) gegenüber denjenigen erhöht, die nur professionelle Hilfe nutzen (PH). Vielmehr haben nur diejenigen, die ausschließlich Selbsthilfegruppen (SH) besuchen, im Schnitt erhöhte Extraversionswerte gegenüber ausschließlichen Nutzern professioneller Hilfe (PH, s. Tabelle 8).

Tabelle 8

Post hoc-Test nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich der Extraversion zwischen den Subgruppen

Gruppenvergleich	Mittlere Differenz	Adjustiertes Alpha-Niveau ^a	Signifikanz
SH - PH	0.40	$\alpha_{\text{lokal}} = .017$	p = .002
SH - SHPH	0.27	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	p = .035
SHPH - PH	0.13	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	p = .185

Anmerkung. ^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

Hinsichtlich der hier untersuchten soziodemographischen Merkmale zeigt sich einzig im Altersmittelwert ein bedeutsamer Gruppenunterschied entsprechend der Hypothese. Es bestätigt sich die Annahme, dass die Selbsthilfegruppenmitglieder gegenüber denjenigen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen, im Schnitt älter sind. Bezüglich der Extraversion zeigt sich entgegen der Annahmen lediglich ein durchschnittlich erhöhter Wert bei denjenigen, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe nutzen gegenüber denjenigen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen. Der zusätzliche Besuch einer Selbsthilfegruppe (SHPH) ist dagegen unabhängig von der Ausprägung der Extraversion.

Die in den bivariaten Analysen – teilweise – gezeigten signifikanten Unterschiede der Gruppe PH gegenüber den Gruppen SH und SHPH wurden mittels multinomialer logistischer Regression in drei explorativen Modellen überprüft (s. Tabelle 9). Als AV diente die Gruppenzugehörigkeit mit der Gruppe PH als Referenzgruppe.

Modell 1 zeigt die Befunde der einfachen logistischen Regressionen mit dem Alter bzw. der Extraversion als Prädiktoren (s. Tabelle 9). Es bestätigt sich ein signifikant höheres Alter in den Gruppen SHPH (OR = 1.06) und SH (OR = 1.06) gegenüber der Gruppe PH. Ebenso bestätigt sich, dass die Extraversion zwar in der Gruppe SH gegenüber der Gruppe PH signifikant stärker ausgeprägt ist (OR = 2.87), nicht jedoch in der Gruppe SHPH gegenüber der Gruppe PH.

Bei gleichzeitiger Betrachtung der beiden Prädiktoren im Modell 2 bleibt der Alterseffekt in der Gruppe SHPH gegenüber der Gruppe PH gleich (OR = 1.06) und verstärkt sich leicht in der Gruppe SH (OR = 1.07, s. Tabelle 9). In diesem Modell ist auch die Ausprägung der Extraversion für beide Gruppen (SHPH: OR = 1.80, SH: OR = 3.74) gegenüber der Gruppe PH erhöht. Als zusätzliche Kontrollvariablen aus dem Spektrum der soziodemographischen Merkmale wurden im Modell 3 die Berufssituation (*erwerbstätig, Schüler*in oder Student*in vs. nicht erwerbstätig oder Sonstiges*) sowie die Wohnlage (*ländlich vs. in der Stadt oder im städtischen Umland*) aufgenommen – beides Variablen, die die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hilfe beeinflussen könnten. Die paarweisen Zusammenhangsmaße aller vier Prädiktoren im Modell 3 weisen nicht auf Multikollinearität hin (vgl. Anhang G). Unter Einbeziehung der Kontrollvariablen bleiben die signifikanten Zusammenhänge bestehen: In den Gruppen SHPH und SH ist der Altersdurchschnitt signifikant höher (jeweils OR = 1.07) als in der Gruppe PH und die Extraversion ist jeweils stärker ausgeprägt (SHPH: OR = 1.81, SH: OR = 3.91). Zugleich ergibt

sich im Modell 3, dass Personen der Gruppe SHPH signifikant häufiger erwerbslos sind oder Sonstiges angekreuzt haben als in der Gruppe PH (OR = 2.10) und Personen der Gruppe SH gegenüber denen der Gruppe PH eher ländlich leben (OR = 2.65, s. Tabelle 9).

Auf multivariater Ebene bestätigen sich damit die Hypothesen 1.1 und 1.4, die einen höheren Altersdurchschnitt bzw. eine erhöhte Ausprägung der Extraversion bei Selbsthilfegruppenmitgliedern gegenüber Personen annehmen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen.

Tabelle 9

Multinomiale logistische Regressionsanalysen (LR) mit UVs Alter und Extraversion zur Inanspruchnahme der Hilfeformen

Prädiktoren	Modell 1: Einfache LR		Modell 2: Multiple LR ^b		Modell 3: Multiple LR ^b mit Kontrollvariablen ^c	
	OR (95% KI) SHPH ^a	OR (95% KI) SH ^a	OR (95% KI) SHPH ^a	OR (95% KI) SH ^a	OR (95% KI) SHPH ^a	OR (95% KI) SH ^a
Alter	1.06 [1.04, 1.08]***	1.06 [1.03, 1.09]***	1.06 [1.04, 1.08]***	1.07 [1.04, 1.10]***	1.07 [1.05, 1.10]***	1.07 [1.04, 1.10]***
Extraversion	1.38 [0.96, 1.98]n.s.	2.87 [1.55, 5.31]***	1.80 [1.20, 2.72]**	3.74 [1.96, 7.13]***	1.81 [1.19, 2.75]**	3.91 [2.03, 7.51]***
Berufssituation: erwerbstätig / Schüler*in / Stu- dent*in					2.10 [1.20, 3.70]*	1.00 [0.43, 2.30]n.s.
Wohnlage: länd- lich					1.19 [0.58, 2.44]n.s.	2.65 [1.02, 6.89]*

Anmerkungen. ^a Referenzgruppe PH. ^b Unabhängige Variablen: Alter + Extraversion. ^c Kontrollvariablen: Berufssituation, Wohnlage.

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001, n.s. = nicht-signifikantes Ergebnis.

6.2.2 Prädiktoren für die ausschließliche Nutzung einer Selbsthilfegruppe

Analog zur Hypothese 1.1 wurden die Hypothesen zu Prädiktoren für die ausschließliche Nutzung einer Selbsthilfegruppe jeweils mit einer bivariaten Varianzanalyse und dem Post-hoc-Test nach Games-Howell geprüft

Hypothese 2.1: Betroffene, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, sind grundsätzlich offener für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe als Personen, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe besuchen.

- H_0 (Es gibt keinen Unterschied in der Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zwischen den Gruppen.)

$$H_0: \mu_{SH} = \mu_{PH} = \mu_{SHPH}$$

- H_1 (Die Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist in den Gruppen PH und SHPH größer als in der Gruppe SH.)

$$H_1: \mu_{PH} > \mu_{SH} \text{ und } \mu_{SHPH} > \mu_{SH}$$

Die einfaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Gruppenunterschied bezüglich der Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe ($F = 6.489$, $p = .002$). Entsprechend der Hypothese 2.1 zeigen sich im Post hoc-Test (s. Tabelle 10) Personen, die professionelle Hilfe ausschließlich oder zusätzlich nutzen (SHPH, PH) offener dafür als diejenigen, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe besuchen und nie professionelle Hilfe genutzt haben (SH). Somit ist die Nullhypothese abzulehnen. Die Mittelwerte betragen für die Gruppe SHPH 2.4 ($SD = 0.6$), für die Gruppe PH 2.3 ($SD = 0.6$) und für die Gruppe SH 2.0 ($SD = 0.6$). Der Wert 2 entspricht der Aussage *stimme eher zu* auf der vierstufigen Skala des ATSPPH-SF (s. Kapitel 5.2).

Tabelle 10

Post hoc-Test nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich der Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe zwischen den Subgruppen

Gruppenvergleich	Mittlere Differenz	Adjustiertes Alpha-Niveau ^a	Signifikanz
SHPH - SH	0.38	$\alpha_{\text{lokal}} = .017$	p = .002
PH – SH	0.33	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	p = .009
SHPH – PH	0.04	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	p = .813

Anmerkung. ^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

Hypothese 2.2: Betroffene, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, sehen einen größeren Nutzen in professioneller Hilfe als solche, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe besuchen.

- H_0 (Es gibt keinen Unterschied in der Einstellung zum Nutzen professioneller Hilfe zwischen den Gruppen.)

$$H_0: \mu_{\text{SH}} = \mu_{\text{PH}} = \mu_{\text{SHPH}}$$

- H_1 (Die Gruppen PH und SHPH sehen einen größeren Nutzen in professioneller Hilfe als die Gruppe SH.)

$$H_1: \mu_{\text{PH}} > \mu_{\text{SH}} \text{ und } \mu_{\text{SHPH}} > \mu_{\text{SH}}$$

Für die Subskala Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe ergeben sich Gruppenmittelwerte von 2.3 (SHPH), 2.2 (PH) und 1.9 (SH). Auch hier zeigt die Varianzanalyse signifikante Zusammenhänge zwischen der Gruppenzugehörigkeit und dem Mittelwert auf der Subskala ($F = 6.808$, $p = .001$). Jedoch bestätigt der Post hoc-Test nur zwischen den Mittelwerten der Gruppen SHPH und SH einen signifikanten Unterschied, nicht dagegen zwischen PH und SH (s. Tabelle 11). Es lässt sich feststellen, dass zwar gewisse Unterschiede zwischen den Gruppen in der Einstellung zum Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe bestehen, dass diese jedoch nicht durch die tatsächliche Inanspruchnahme professioneller Hilfe bestimmt sind.

Tabelle 11

Post hoc-Test nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich des Nutzens professioneller psychologischer Hilfe zwischen den Subgruppen

Gruppenvergleich	Mittlere Differenz	Adjustiertes Alpha-Niveau ^a	Signifikanz
SHPH – SH	0.33	$\alpha_{\text{lokal}} = .017$	p = .006
PH – SH	0.24	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	p = .075
SHPH – PH	0.09	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	p = .288

Anmerkung. ^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

Hypothese 2.3: Betroffenen, die ausschließlich Selbsthilfegruppen besuchen, ist es wichtiger, ihre Probleme selbst zu bewältigen als Personen, die (auch) professionelle Hilfe nutzen.

Bei Hypothese 2.3 ist zu beachten, dass ein höherer Wert auf der Subskala 3 des ATSPPH-SF für einen geringeren Wunsch nach eigenständiger Bewältigung ohne professionelle Hilfe steht. Entsprechend drückt sich ein hoher Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung in einem niedrigen Mittelwert auf dieser Skala aus.

- H_0 (Es gibt keinen Unterschied im Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung zwischen den Gruppen.)

$$H_0: \mu_{\text{SH}} = \mu_{\text{PH}} = \mu_{\text{SHPH}}$$

- H_1 (Der Gruppe SH ist es wichtiger, Probleme ohne professionelle Hilfe zu bewältigen als den Gruppen PH und SHPH.)

$$H_1: \mu_{\text{SH}} < \mu_{\text{PH}} \text{ und } \mu_{\text{SH}} < \mu_{\text{SHPH}}$$

Die mittlere Zustimmung der Gruppe SH zur Subskala Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung beträgt 2.0 und hat damit gegenüber den Gruppen SHPH (2.4) und PH (2.5) die niedrigste Ausprägung. Die Gruppenunterschiede erweisen sich varianzanalytisch als signifikant ($F = 8.916, p < .001$). Das Ergebnis der Post hoc-Analyse (s. Tabelle 12) unterstützt Hypothese 2.3, dass die ausschließliche Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen mit einem stärkeren Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung einhergeht.

Tabelle 12

Post hoc-Test nach Games-Howell ($\alpha_{\text{global}} = .05$): Mittlere Differenzen bezüglich des geringen Wunsches nach eigenständiger Problembewältigung zwischen den Subgruppen

Gruppenvergleich	Mittlere Differenz	Adjustiertes Alpha-Niveau^a	Signifikanz
SH – SHPH	-0.46	$\alpha_{\text{lokal}} = .017$	p = .006
SH - PH	-0.50	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	p = .002
SHPH – PH	-0.04	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	p = .834

Anmerkung. ^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

Im nächsten Schritt wurden die bivariat signifikanten Prädiktoren für die Nutzung professioneller Hilfe (SHPH und PH) gegenüber der ausschließlichen Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe explorativ in logistischen Regressionsmodellen geprüft (s. Tabelle 13). Aufgrund der Signifikanz in einer Subgruppe wurde die Subskala Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe aus Hypothese 2.1. mit aufgenommen. Im Modell 1 zeigen die Gruppen SHPH und PH gegenüber der Gruppe SH bivariat signifikant höhere Werte auf den Skalen Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe (SHPH: OR = 2.55, PH: OR = 2.26), Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe (SHPH: OR = 3.00, PH: OR = 2.14) und Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung (SHPH: OR = 2.23, PH: OR = 2.47).

Bei gleichzeitiger Analyse aller drei Subskalen im Modell 2 sind nur noch die Werte der Skala Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung (SHPH: OR = 1.67, PH: OR = 2.07) signifikant höher als in der Gruppe SH. Aufgrund der varianzanalytischen Ergebnisse zu Hypothese 1.4 (s. Kapitel 6.2.1) ist im Modell 3 schließlich die Extraversion als Kontrollvariable inkludiert⁵. Multikollinearität liegt nicht vor (s. Anhang G). Analog zu den Ergebnissen im Modell 2 ist von den drei Subskalen des ATSPPH-SF nur jeweils der Wert der dritten Skala Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung (SHPH: OR = 1.67, PH: OR = 2.05) signifikant gegenüber der Referenzgruppe SH erhöht. Zusätzlich zeigen die Personen, die professionelle Hilfe nutzen, im Schnitt eine signifikant geringere

⁵ Das aufgrund der internen Konsistenz ausgeschlossene Item der Subskala Geringes Bedürfnis nach eigenständiger Problembewältigung wurde gesondert geprüft und zeigte keinen signifikanten Einfluss.

Ausprägung auf der Skala Extraversion als die ausschließlichen Selbsthilfegruppenmitglieder (SHPH: OR = .43, PH: OR = 0.31).

Die auf bivariater Ebene signifikanten Effekte der Subskalen Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe und Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe lassen sich auf multivariater Ebene nicht bestätigen. Somit sind die Aussagen zu den Hypothesen 2.1 und 2.2 zu revidieren und die Nullhypothesen anzunehmen, während Hypothese 2.3 auch in multivariaten Analysen unterstützt wird: Betroffenen, die ausschließlich Selbsthilfegruppen besuchen (SH), ist es wichtiger, ihre Probleme selbst zu bewältigen als Personen, die (auch) professionelle Hilfe nutzen (SHPH und PH).

Tabelle 13

Multinomiale logistische Regressionsanalysen (LR) mit UVs ATSPPH-SF-Subskalen und Extraversion zur Inanspruchnahme der Hilfeformen

Prädiktoren	Modell 1: Einfache LR		Modell 2: Multiple LR ^b		Modell 3: Multiple LR ^c	
	OR [95% KI] SHPH ^a	OR [95% KI] PH ^a	OR [95% KI] SHPH ^a	OR [95% KI] PH ^a	OR [95% KI] SHPH ^a	OR [95% KI] PH ^a
Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe	2.55 [1.49, 4.34]***	2.26 [1.28, 3.97]**	1.61 [0.87, 2.99]n.s.	1.52 [0.79, 2.94]n.s.	1.74 [0.92, 3.29]n.s.	1.70 [0.86, 3.36]n.s.
Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe	3.00 [1.62, 5.57]***	2.14 [1.13, 4.05]*	1.94 [0.98, 3.83]n.s.	1.31 [0.64, 2.69]n.s.	1.82 [0.92, 3.61]n.s.	1.19 [0.57, 2.47]n.s.
Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung	2.23 [1.44, 3.45]***	2.47 [1.52, 4.00]***	1.67 [1.02, 2.73]*	2.07 [1.21, 3.55]**	1.67 [1.01, 2.76]*	2.05 [1.18, 3.59]*
Extraversion					.43 [0.23, 0.82]*	0.31 [0.16, 0.61]**

Anmerkungen. ^a Referenzgruppe SH. ^b Unabhängige Variablen: Subskalen 1, 2 und 3. ^c Zusätzliche Kontrollvariable: Extraversion.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, n.s. = nicht-signifikantes Ergebnis.

6.2.3 Selbsthilfegruppenbezogene Erwartungen und Verhaltensweisen

Zur Prüfung der Hypothesen zu selbsthilfegruppenbezogenen Erwartungen und Verhaltensweisen wurden in Abhängigkeit von der Gruppenanzahl bzw. dem Skalenniveau unterschiedliche Teststatistiken eingesetzt. Als Analysebasis dienten die Daten der Selbsthilfegruppenmitglieder (SHPH und SH; $n = 240$).

Hypothese 3.1: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung auf der Skala (a) Extraversion, insbesondere bei den Facetten (b) Aktivität und (c) Geselligkeit, und dem Bedürfnis nach informellen gemeinsamen Unternehmungen unter den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen.

Hypothese 3.1 besteht aus drei Teilhypothesen, für die nach Dichotomisierung der Angaben zur Hoffnung auf gemeinsame Unternehmungen (*trifft gar nicht zu* oder *trifft eher nicht zu* = *nein*, *trifft eher zu* oder *trifft voll zu* = *ja*) jeweils der T-Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz kam. Da es sich um gerichtete Teilhypothesen handelt, ist das einseitige Testniveau relevant. Einen Überblick über die Ergebnisse aller drei Teilhypothesen gibt Tabelle 14.

- H_{0a} (Es gibt innerhalb der Gruppen SH/SHPH keinen Unterschied in der Ausprägung der Extraversion zwischen denjenigen, die sich gemeinsame informelle Unternehmungen wünschen und denjenigen, die daran kein Interesse haben.)

$$H_{0a}: \mu_{ja} = \mu_{nein}$$

- H_{1a} (Die Selbsthilfegruppenmitglieder, die sich gemeinsame Unternehmungen wünschen, haben höhere Ausprägungen auf der Skala Extraversion als diejenigen, die daran kein Interesse haben.)

$$H_{1a}: \mu_{ja} > \mu_{nein}$$

Selbsthilfegruppenmitglieder, die (eher) informelle gemeinsame Unternehmungen wünschen, unterscheiden sich in ihrer Extraversionsausprägung nicht signifikant von denjenigen, die das (eher)

nicht wünschen ($t[206] = -1.040$, $p_{\text{einseitig}} = .150$). Beide Gruppen weisen durchschnittlich eine mittlere Ausprägung auf der Extraversionsskala auf (s. Tabelle 14). Somit ist die Nullhypothese anzunehmen.

- H_{0b} (Es gibt innerhalb der Gruppen SH/SHPH keinen Unterschied in der Ausprägung der Subskala Aktivität zwischen denjenigen, die sich gemeinsame informelle Unternehmungen wünschen und denjenigen, die daran kein Interesse haben.)

$$H_{0b}: \mu_{ja} = \mu_{nein}$$

- H_{1b} (Die Selbsthilfegruppenmitglieder, die sich gemeinsame Unternehmungen wünschen, haben höhere Ausprägungen auf der Subskala Aktivität als diejenigen, die daran kein Interesse haben.)

$$H_{1b}: \mu_{ja} > \mu_{nein}$$

Hinsichtlich der Skala Aktivität unterscheiden sich die Gruppen nach Alphafehlerkorrektur (Tabelle 14) nicht signifikant voneinander ($t[206] = -1.784$, $p_{\text{einseitig}} = .038$, $\alpha_{\text{lokal}} = .017$). Der Durchschnittswert derjenigen, die sich (eher) informelle gemeinsame Unternehmungen wünschen, liegt auf der Aktivitätsskala bei 3.25, während er bei der Gruppe, die dies (eher) nicht wünschen, 3.07 beträgt. Aufgrund mangelnder Signifikanz ist auch hier die Nullhypothese anzunehmen.

- H_{0c} (Es gibt innerhalb der Gruppen SH/SHPH keinen Unterschied in der Ausprägung der Subskala Geselligkeit zwischen denjenigen, die sich gemeinsame informelle Unternehmungen wünschen und denjenigen, die daran kein Interesse haben.)

$$H_{0c}: \mu_{ja} = \mu_{nein}$$

- H_{1c} (Die Selbsthilfegruppenmitglieder, die sich gemeinsame Unternehmungen wünschen, haben höhere Ausprägungen auf der Subskala Geselligkeit als diejenigen, die daran kein Interesse haben.)

$$H_{1c}: \mu_{ja} > \mu_{nein}$$

In ihren Angaben zur Subskala Geselligkeit liegen die beiden Mittelwerte der beiden Gruppen nahe beieinander ($M_{ja} = 3.38$, $M_{nein} = 3.30$). Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede

($t[206] = -.715$, $p_{\text{einseitig}} = .238$). Auch für die Facette Geselligkeit gilt demnach die Nullhypothese, dass sie zwischen denjenigen, die sich gemeinsame informelle Unternehmungen wünschen und denjenigen, die daran kein Interesse angeben, nicht unterschiedlich ausgeprägt ist.

Zusammengefasst lässt sich für Hypothese 3.1 feststellen, dass bei bivariater Prüfung weder die Extraversion noch ihre Facetten Aktivität oder Geselligkeit positiv mit dem Bedürfnis nach informellen gemeinsamen Unternehmungen assoziiert sind.

Tabelle 14

Bivariate Zusammenhänge zwischen Extraversion und dem Bedürfnis nach informellen gemeinsamen Unternehmungen

Skala	Bedürfnis nach informellen gemeinsamen Unternehmungen		T-Wert	Adjustiertes Alpha-Niveau ^a	Signifikanz
	M_{ja} (SD) $n = 103$	M_{nein} (SD) $n = 105$			
Extraversion	3.32 (0.65)	3.23 (0.68)	-1.040	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	$p = .150$
Aktivität	3.25 (0.71)	3.07 (0.74)	-1.784	$\alpha_{\text{lokal}} = .017$	$p = .038$
Geselligkeit	3.38 (0.81)	3.30 (0.84)	-0.715	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	$p = .238$

Anmerkungen. Globales Signifikanzniveau: $p < .05$.

^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

Hypothese 3.2: Es gibt bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Facette Geselligkeit und der Häufigkeit der eigenen Beiträge in Selbsthilfegruppen.

- H_0 (Es gibt bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen keinen Zusammenhang zwischen der Subskala Geselligkeit und der Häufigkeit der eigenen Beiträge in Selbsthilfegruppen.)

$H_0: \rho = 0$

- H_1 (Es gibt bei den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen einen positiven Zusammenhang zwischen der Subskala Geselligkeit und der Häufigkeit der eigenen Beiträge in Selbsthilfegruppen.)

$H_1: \rho > 0$

Für die Analyse des Zusammenhangs zwischen den Angaben zur Häufigkeit eigener Erfahrungsberichte in der Selbsthilfegruppe (*nie, selten, oft, immer*) und der Facette Geselligkeit kam Spearmans Rho mit einseitiger Signifikanzprüfung zur Anwendung. Der statistische Befund zeigt den

erwarteten positiven Zusammenhang zwischen Geselligkeit und der Häufigkeit eigener Erfahrungsberichte ($\rho = .255, p < .001$) und widerspricht damit der Nullhypothese. Tabelle 15 verdeutlicht, dass knapp 87% ($n = 182$) der Selbsthilfegruppenmitglieder, von denen Angaben dazu vorliegen, oft oder immer von eigenen Erfahrungen berichten.

Tabelle 15
Häufigkeit eigener Erfahrungsberichte in Selbsthilfegruppen

	<i>n</i>	%
Nie	2	1.0%
Selten	26	12.4%
Oft	114	54.3%
Immer	68	32.4%
gesamt	210	100%

Anmerkung. Angegeben sind die gültigen Prozentsätze von $n = 210$.

Hypothese 3.3: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung (a) der Gewissenhaftigkeit, insbesondere (b) der Facette Verlässlichkeit, und der Regelmäßigkeit der Gruppenbesuche von Selbsthilfegruppenmitgliedern.

Hypothese 3.3 besteht aus zwei Teilhypothesen, zu deren Prüfung jeweils der T-Test für unabhängige Stichproben mit einseitiger Signifikanzanalyse zum Einsatz kam.

- H_{0a} (Es gibt bei den Selbsthilfegruppenmitgliedern keinen Unterschied in der Ausprägung der Gewissenhaftigkeit zwischen denjenigen, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen und denjenigen, die eher unregelmäßig teilnehmen.)

$$H_{0a}: \mu_{\text{regelmäßig}} = \mu_{\text{unregelmäßig}}$$

- H_{1a} (Die Selbsthilfegruppenmitglieder, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen, haben höhere Ausprägungen auf der Skala Gewissenhaftigkeit als diejenigen, die unregelmäßig teilnehmen.)

$$H_{1a}: \mu_{\text{regelmäßig}} > \mu_{\text{unregelmäßig}}$$

Der Befund ($t[210] = 2.216$, $p_{\text{einseitig}} = .014$; s. Tabelle 16) bestätigt, dass Selbsthilfgruppenmitglieder, die regelmäßig an den Gruppentreffen teilnehmen ($n = 177$) signifikant höhere Ausprägungen auf der Skala Gewissenhaftigkeit zeigen ($M = 3.51$) als diejenigen, die eher unregelmäßig teilnehmen ($n = 35$, $M = 3.26$).

- H_{0b} (Es gibt bei den Selbsthilfgruppenmitgliedern keinen Unterschied in der Ausprägung der Subskala Verlässlichkeit zwischen denjenigen, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen und denjenigen, die eher unregelmäßig teilnehmen.)

$$H_{0a}: \mu_{\text{regelmäßig}} = \mu_{\text{unregelmäßig}}$$

- H_{1a} (Die Selbsthilfgruppenmitglieder, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen, haben höhere Ausprägungen auf der Subskala Verlässlichkeit als diejenigen, die unregelmäßig teilnehmen.)

$$H_{1a}: \mu_{\text{regelmäßig}} > \mu_{\text{unregelmäßig}}$$

Auch für die Subskala Verlässlichkeit ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Regelmäßigkeit der Teilnahme an den Selbsthilfgruppentreffen ($t[210] = 2.675$, $p_{\text{einseitig}} = .004$; s. Tabelle 16). In der Gruppe der regelmäßig Teilnehmenden beträgt der Mittelwert 3.56 und in der Gruppe der eher unregelmäßig Teilnehmenden 3.22.

Tabelle 16

Bivariate Zusammenhänge zwischen Gewissenhaftigkeit und der Regelmäßigkeit der Selbsthilfegruppenteilnahme

Skala	T-Wert	Adjustiertes Alpha-Niveau^a	Signifikanz
Gewissenhaftigkeit	2.216	$\alpha_{\text{lokal}} = .050$	p = .014
Verlässlichkeit	2.675	$\alpha_{\text{lokal}} = .025$	p = .004

Anmerkungen. Globales Signifikanzniveau: $p < .05$.

^a Alphafehlerkorrektur mit der Bonferroni-Holm-Methode.

In einfachen logistischen Regressionsanalysen bestätigen sich die bivariaten Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Dimension Gewissenhaftigkeit (OR = 0.51) sowie ihrer Facette Verlässlichkeit (OR = 0.50) mit der regelmäßigen Teilnahme an den Gruppentreffen. Aufgrund der Kodierung unregelmäßiger Teilnahme mit dem Wert 2 ergeben sich Odds Ratios < 1.00 . Da die Subskala Verlässlichkeit in der Dimension Gewissenhaftigkeit enthalten ist, lag erwartungsgemäß Multikollinearität vor (Anhang G), und es wurden getrennte multiple Modelle für beide Variablen berechnet. Bei gleichzeitiger Betrachtung der Berufssituation sowie der Wohnlage als Kontrollvariablen bleiben die signifikanten Effekte jeweils erhalten (s. Tabelle 17).

Tabelle 17

Binäre logistische Regressionsanalysen (LR) mit UV Gewissenhaftigkeit und AV Regelmäßigkeit der Teilnahme

Prädiktoren	Modell1: Einfache LR	Modell 2: Multiple LR^a	Modell 3: Multiple LR^b
	OR (95% KI)	OR (95% KI)	OR (95% KI)
Gewissenhaftigkeit	0.51 [0.28, 0.94]*	0.53 [0.29, 0.99]*	-
Gewissenhaftigkeit, Facette Verlässlichkeit	0.50 [0.30, 0.85]**	-	0.51 [0.30, 0.87]*
Berufssituation: erwerbstätig / Schüler*in / Student*in		0.49 [0.19, 1.25]n.s.	.46 [0.18, 1.18]n.s.
Wohnlage: ländlich		0.60 [0.24, 1.50]n.s.	0.62 [.25, 1.56]n.s.

Anmerkungen. ^a Unter Ausschluss von Verlässlichkeit. ^b Unter Ausschluss von Gewissenhaftigkeit. ^c 1 = regelmäßige Teilnahme, 2 = unregelmäßige Teilnahme.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, n.s. = nicht-signifikantes Ergebnis.

6.3 Zusammenfassung der hypothesenprüfenden Befunde

Zur Hypothesenprüfung kamen bei allen drei Hypothesengruppen zunächst bivariate statistische Verfahren zum Einsatz, während im Anschluss die signifikanten Prädiktoren sowie plausible Kontrollvariablen in die explorative multivariate Betrachtung aufgenommen wurden (s. Kapitel 5.4.2). Einen Überblick über die Befunde bietet Tabelle 18.

Sowohl die bivariaten Tests als auch die multivariaten Überprüfungen weisen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Altersdurchschnitt und der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen gegenüber der ausschließlichen Nutzung von professioneller Hilfe aus (Hypothese 1.1). Für die Extraversion zeigt sich der erwartete positive Zusammenhang bivariat nur für die Gruppe SH, multivariat dagegen für alle Selbsthilfegruppenmitglieder (Hypothese 1.4). Keine signifikanten Zusammenhänge mit der Gruppenzugehörigkeit ergeben sich für die Geschlechterverteilung (Hypothese 1.2) und für den Anteil der Personen mit Migrationshintergrund (Hypothese 1.3).

Zwischen der Nutzung professioneller Hilfe und allen drei Subskalen des ATSPPH-SF (Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe, Nutzen der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe, Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung) ergibt sich bivariat ein positiver Zusammenhang in Abgrenzung zur ausschließlichen Teilnahme an Selbsthilfegruppen (Hypothesen 2.1, 2.2 und 2.3). Multivariat bleibt er nur für die Skala Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung signifikant. Betroffene, die ausschließlich Selbsthilfegruppen besuchen, zeigen einen verstärkten Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung gegenüber denjenigen, die (auch) professionelle Hilfe aufsuchen (Hypothese 2.3).

Der Wunsch nach gemeinsamen Unternehmungen erweist sich als unabhängig von der Ausprägung der Extraversion sowie ihren Facetten Aktivität und Geselligkeit (Hypothese 3.1). Hypothese 3.2 wurde ausschließlich bivariat untersucht und bestätigt: Zwischen der Facette Geselligkeit und der Häufigkeit der eigenen Beiträge in Selbsthilfegruppen besteht ein positiver Zusammenhang. Ebenso lassen sich beide Teile der Hypothese 3.3 bivariat und multivariat unter Kontrolle der Wohnlage und der Be-

rufssituation empirisch untermauern: Selbsthilfegruppenmitglieder, die regelmäßig an den Gruppentreffen teilnehmen, haben höhere Ausprägungen auf der Skala Gewissenhaftigkeit sowie der Facette Verlässlichkeit als diejenigen, die unregelmäßig teilnehmen.

Ergänzend zeigen sich einige Kontrollvariablen als bedeutsam für die Gruppenzugehörigkeit. So ergibt sich eine höhere Ausprägung der Extraversion bei ausschließlicher Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe als bei zusätzlicher oder ausschließlicher Nutzung professioneller Hilfe. Die Berufssituation erweist sich als relevant für die kombinierte Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe und professioneller Hilfe. Die ausschließliche Nutzung einer Selbsthilfegruppe ist eher mit einer ländlichen Wohnlage verbunden als die zusätzliche oder ausschließliche Nutzung professioneller Hilfe.

Tabelle 18

Ergebnisübersicht Hypothesenprüfungen

Hypothese ^a	bestätigt		nicht bestätigt
	bivariat	multivariat	
1.1: Der Altersdurchschnitt ist in den Gruppen SH und SHPH größer als in der Gruppe PH.	√	√	-
1.2: Der Anteil der weiblichen Betroffenen ist in der Gruppe PH größer als in der Gruppe SH/SHPH.	-	-	√
1.3: Der Anteil Betroffener mit Migrationshintergrund ist in der Gruppe PH größer als in der Gruppe SH/SHPH.	-	-	√
1.4: Die Gruppen SH und SHPH haben höhere Ausprägungen auf der Skala Extraversion als die Gruppe PH.	-	√	-
2.1: Die Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist in den Gruppen PH und SHPH größer als in der Gruppe SH.	√	-	-
2.2: Die Gruppen PH und SHPH sehen einen größeren Nutzen in professioneller Hilfe als die Gruppe SH.	(√) ^b	-	-
2.3: Der Gruppe SH ist es wichtiger, Probleme ohne professionelle Hilfe zu bewältigen als den Gruppen PH und SHPH.	√	√	-
3.1 a): SHG-Mitglieder, die sich gemeinsame Unternehmungen wünschen, sind extravertierter als diejenigen, die daran kein Interesse haben.	-	-	-
3.1 b): SHG-Mitglieder, die sich gemeinsame Unternehmungen wünschen, sind aktiver als diejenigen, die daran kein Interesse haben.	-	-	-

3.1 c) SHG-Mitglieder, die sich gemeinsame Unternehmungen wünschen, sind geselliger als diejenigen, die daran kein Interesse haben.	-	-	-
3.2: Es gibt bei den SHG-Mitgliedern einen positiven Zusammenhang zwischen Geselligkeit und der Häufigkeit der eigenen Beiträge.	√	-	-
3.3 a): Die SHG-Mitglieder, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen, sind gewissenhafter als diejenigen, die unregelmäßig teilnehmen.	√	√	-
3.3 b): Die SHG-Mitglieder, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen, sind verlässlicher als diejenigen, die unregelmäßig teilnehmen.	√	√	-

Anmerkungen. SHPH: Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppe und professioneller Hilfe, SH: ausschließlicher Besuch einer Selbsthilfegruppe, PH: ausschließliche Nutzung professioneller Hilfe, SHG: Selbsthilfegruppe.

^a Die Hypothesen sind in Kurzform dargestellt. ^b Signifikanz nur in logistischer Regression.

7 Diskussion der Ergebnisse

In Deutschland besteht ein vielfältiger, für die Anbieter lukrativer Glücksspielmarkt. Ein Teil der Spieler*innen entwickelt eine Glücksspielproblematik mit schwerwiegenden Folgen für sich und ihr Umfeld. Laut Hochrechnungen waren im Jahr 2019 circa 429 000 Personen von einem problematischen bis pathologischen Glücksspielverhalten betroffen (Banz, 2019). Während der Niederschrift dieser Dissertation ist eine weitere Liberalisierung des Glücksspielmarktes mit möglichen Folgen für die Verbreitung der glücksspielbezogenen Problematik absehbar (G. Meyer & Hayer, 2020). Aufgabe des Hilfesystems ist es, betroffene Personen bei der Überwindung ihrer Problematik zu unterstützen. Klassische Selbsthilfegruppen, in denen sich Gleichbetroffene in regelmäßigen Treffen miteinander austauschen, stellen eine Ergänzung zur professionellen ambulanten oder stationären Hilfe dar, die zusätzlich, im Anschluss oder ausschließlich genutzt werden kann.

Die vorliegende Dissertation zielt darauf ab, erstmalig interindividuelle Unterschiede in der Nutzung von und Erwartung an Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige in Deutschland zu untersuchen, aus denen sich ein potenzieller Veränderungsbedarf des Angebots oder der diesbezüglichen Information ableiten lässt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Unterschieden im soziodemographischen Profil, in Persönlichkeitsmerkmalen sowie auf Einstellungen bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe. Die Datenbasis von 355 Betroffenen in Deutschland, die entweder professionelle Hilfe (PH) oder Selbsthilfegruppen (SH) oder beides (SHPH) in Anspruch nehmen, bildet eine gute Ausgangsbasis sowohl für einen deskriptiven Überblick als auch für die Prüfung der in Kapitel 4 dargestellten Hypothesen.

7.1 Diskussion deskriptiver Ergebnisse

Zunächst wird hier auf die deskriptiven Ergebnisse (s. Kapitel 6.1) eingegangen. Obwohl die soziale Unterstützung als ein wichtiger Wirkfaktor von Selbsthilfegruppen gilt (Groh et al., 2008; Humphreys et al., 1999; Kaskutas et al., 2002), scheint es nicht so zu sein, dass alleine lebende Personen diese Unterstützung eher suchen. Vielmehr verzeichnet die Gruppe, die keine Selbsthilfegruppe besucht, den höchsten Anteil alleine lebender sowie den höchsten Anteil lediger Personen. Diese augenscheinlichen Zusammenhänge wurden bei der späteren inferenzstatistischen Untersuchung explorativ aufgegriffen. Von denjenigen, die ausschließlich eine Selbsthilfegruppe besuchen, lebt ein Viertel ländlich ohne

gute Verkehrsanbindungen. Möglicherweise füllen innerhalb dieser Stichprobe einzelne Selbsthilfegruppen eine Lücke im ländlichen Versorgungsangebot.

Die deskriptiven Ergebnisse bestätigen darüber hinaus die zahlreichen Befunde, denen zufolge die Inanspruchnahme von Hilfe erst bei einem hohen Problemausmaß erfolgt (Evans & Delfabbro, 2005; Harries et al., 2018; Hodgins & El-Guebaly, 2000; Suurvali et al., 2008; Wieczorek & Dąbrowska, 2018). Das gilt innerhalb dieser Stichprobe auch für Selbsthilfegruppen. In ähnlicher Weise ergibt sich bei Kalke und Buth (2017) ein höheres Problemausmaß bei Personen mit mindestens zehnmalem Selbsthilfegruppenbesuch als bei eigenständig remittierten Glücksspielsüchtigen. Demnach stellen Selbsthilfegruppen kein niedrighschwelliges Angebot im Sinne einer Ansprache von Personen mit subklinischer Problematik dar. Neben den in Kapitel 3.1 erwähnten Hürden wie Scham und Stolz (Evans & Delfabbro, 2005; Pulford et al., 2009a; Suurvali et al., 2009; Wieczorek & Dąbrowska, 2018), können auch die Genesungsziele eine Rolle für die Vermeidung der Selbsthilfegruppenteilnahme bei geringerer Problembelastung spielen. In einer Untersuchung von Hing, Nuske, Tolchard und Russel (2015) erweist sich das Abstinenzziel als Prädiktor für die parallele Inanspruchnahme einer professionellen Beratung und der Selbstsperr-Option. Die Empfehlung zu reduziertem Konsum zeigt sich dagegen in einer Längsschnittstudie mit exzessiven Raucher*innen, die keinen Konsumverzicht innerhalb der nächsten sechs Monate planen, als effektiver als eine Abstinenzempfehlung (C. Meyer et al., 2016). Im Fokus der klassischen Suchtselbsthilfe auf völlige Konsum- bzw. Spielfreiheit könnte daher einer der Gründe liegen, aus denen Personen mit geringerer Problembelastung wenig Interesse an Selbsthilfegruppen zeigen. Fokusgruppenteilnehmer*innen aus Selbsthilfegruppen lehnten in der Diskussion mit Berater*innen jedoch Gruppen mit gemischten Zielen unter den Mitgliedern, also sowohl Abstinenzziele als auch kontrolliertes Spiel, ab (Hayer & Girndt, 2018). Ob Personen mit subklinisch problematischem Glücksspielverhalten und dem Wunsch nach reduzierter Spielteilnahme genügend Motivation für eine Selbsthilfegruppengründung oder -teilnahme aufbringen, kann aufgrund der bisherigen Forschung zum Hilfesuchverhalten bezweifelt werden (s. Kapitel 3.1), da ein alternatives Ziel Hürden wie Scham, Furcht vor Stigmatisierung (Clement et al., 2015; Cooper, 2004; Hayer & Girndt, 2018; Rockloff & Schofield, 2004) oder Verleugnung und Verharmlosung (Evans & Delfabbro, 2005; Pulford et al., 2009a; Suurvali et al., 2009) nicht aufhebt.

In der hohen Bedeutung der gewerblichen Geldspielautomaten als Problemspielform stimmen die Ergebnisse mit denen der DSHS (Braun et al., 2019a) überein. Da es sich in dieser Studie um Mehrfachangaben handelt, sind die weiteren Prozentzahlen mit denen der DSHS, die die Hauptspielform der Klient*innen berichtet, nicht vergleichbar. Circa ein Drittel der Befragten erlebt Online-Kasinospiele als problematisch. Das gilt trotz des höheren Altersdurchschnitts auch innerhalb der Gruppe mit ausschließlichem Selbsthilfegruppenbesuch. Offen bleibt, ob eine weitere Liberalisierung des Marktes zu einer Verschiebung in der Verteilung der Problemspielformen führen wird, und ob die online spielenden Personen, die über die hier untersuchten Hilfeangebote nicht erreicht werden, eher für Online-Hilfeangebote ansprechbar sind, für die sie sich aus dem virtuellen Raum nicht heraus bewegen müssen. Aus dem Spektrum der informellen Hilfen wurden oder werden besonders häufig Gespräche mit inner- und außerfamiliären nahestehenden Menschen genutzt. Dieser Befund legt nahe, dass Angehörigengespräche seitens der professionellen Hilfe sowie Angehörigengruppen bzw. gemischte Gruppen seitens der Selbsthilfe nicht zu vernachlässigen sind. Weitere Forschung zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen durch Angehörige Glücksspielsüchtiger wäre eine sinnvolle Ergänzung zur vorliegenden Datenbasis.

7.2 Diskussion der Hypothesenprüfungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen diskutiert. Die erste Gruppe von Hypothesen (1.1 bis 1.4, Kapitel 4) bezieht sich auf Besonderheiten der Selbsthilfegruppenmitglieder (SHPH / SH) gegenüber Betroffenen, die ausschließlich professionelle Hilfe nutzen (PH). Die Analysen ergeben für die Selbsthilfegruppenmitglieder ein signifikant höheres Durchschnittsalter sowie – bei multivariater Testung – erhöhte Werte auf der Skala Extraversion. Passend zum höheren Durchschnittsalter haben die Selbsthilfegruppenmitglieder seltener angegeben, ledig zu sein, wie die ergänzende explorative Untersuchung des Familienstandes ergibt. Beides weist auf eine spätere Lebensphase hin, in der Selbsthilfegruppen eher genutzt werden, die sich jedoch nicht darin ausdrückt, ob die Teilnehmenden alleine leben oder nicht. Auch zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede oder Unterschiede im Anteil der Personen mit Migrationshintergrund gegenüber der Gruppe PH. Der höhere Altersdurchschnitt der Gruppen SHPH und SH kann zum Teil darauf beruhen, dass das Setting Selbsthilfegruppe Menschen jüngerer Generationen nicht anspricht, zum Teil jedoch auch darauf, dass der

Beratungs- bzw. Behandlungsprozess im Rahmen der professionellen Hilfe spätestens mit der Zielerreichung von wiedererlangter Kontrolle oder Spielfreiheit endet, wohingegen Selbsthilfegruppen auch zur langfristigen Rückfallprophylaxe genutzt werden. Für viele Betroffene bildet die Rückfallprophylaxe ein grundlegendes Motiv für den Selbsthilfegruppenbesuch (McGrath et al., 2018) und zählt innerhalb der vorliegenden Stichprobe zu den am häufigsten genannten positiven Effekten (Hayer et al., 2020). Im *Maintenance*-Stadium des TTM (Prochaska et al., 1992; s. Kapitel 3.1) stellt die Selbsthilfegruppe im Sinne der Rückfallprophylaxe neben zeitlich begrenzten Nachsorgemaßnahmen langfristig vermutlich das hauptsächliche bzw. einzige Hilfeangebot dar (Hayer & Girndt, 2018). In jedem Fall bestätigt die Altersdifferenz die in Fokusgruppen (Hayer & Girndt, 2018) geäußerte Wahrnehmung, dass jüngere Betroffene durch Selbsthilfegruppen vergleichsweise schlechter erreicht werden. Digitale Selbsthilfemodule scheinen dieser Altersgruppe näher zu liegen (Farrand et al., 2006). Rodda et al. (2018) fordern, unabhängig von der Altersgruppe die Autonomie der online hilfesuchenden Spieler*innen zu unterstützen. Die stärkste Wirkung entfalten individuelle Selbsthilfemaßnahmen laut Rash und Petry (2014) in Kombination mit einem wenigstens minimalen therapeutischen Kontakt. In einem Vergleich der Effekte eines kurzen Online-Assessments (Check your Gambling, CYG) mit dem in ein Online-Programm umgewandelten Manual von Hodgins und Makarchuk (2002), ergibt sich unter beiden Bedingungen eine signifikante Reduktion der Spieltage nach zwölf Monaten sowie der glücksspielbezogenen Problemschwere (Hodgins, Cunningham, Murray & Hagopian, 2019). Entgegen der Annahme der Autor*innen unterscheiden sich die Effekte der Maßnahmen nicht voneinander. Sie folgern daraus, dass sich Online-Ressourcen für Betroffene mit Glücksspielproblemen ebenso als vielversprechend erweisen wie in weiteren Studien für Personen mit anderen psychischen Störungen oder Süchten, zugleich jedoch noch viele Fragen offen sind, wie, bei wem und warum sie wirken. Ein deutsches Selbsthilfemanual stellt die AG Spielsucht der Charité Berlin zum Download bereit⁶. Wirksamkeitsstudien stehen jedoch noch aus. Für deutsche jugendliche und erwachsene Glücksspieler*innen stehen auch darüber hinaus

⁶ Verfügbar unter <https://ag-spielsucht.charite.de/gluecksspiel/selbsthilfemanual/>

bereits Online-Assessments und -Hilfen zur Verfügung⁷, die eine lebensweltnähere Ergänzung für die jüngere Zielgruppe bieten können.

Die ebenfalls in Fokusgruppen geäußerte Wahrnehmung, dass Frauen in Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige kaum erreicht werden, wird im Vergleich mit der reinen Nutzung professioneller Hilfe nicht empirisch gestützt. Hierzu bieten sich mehrere Interpretationsmöglichkeiten an. Zum einen kann der Eindruck dadurch entstehen, dass tatsächlich deutlich weniger Frauen von einer Glücksspielsucht betroffen sind als Männer (Bischof et al., 2014). In vielen Selbsthilfegruppen erscheinen entsprechend nur vereinzelt weibliche Betroffene. In den Suchtselbsthilfegruppen der großen Verbände beläuft sich der Anteil der Frauen auf knapp ein Drittel (Naundorff et al., 2018). Der geringe Anteil an Frauen in dieser Stichprobe entspricht jedoch den Daten der DSHS zu Glücksspielsüchtigen in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen (Dauber et al., 2019) sowie der geringen Tendenz von Frauen laut BZgA (Banz, 2019), bei glücksspielbezogenen Problemen Beratung in Anspruch zu nehmen. Um Letztere mit dem Hilfesystem zu erreichen, wenn ihr Anteil unter den Betroffenen tatsächlich zunimmt, könnte eine Entstigmatisierung der Glücksspielsucht insbesondere bei Frauen notwendig sein. Weiterhin lässt sich nicht ausschließen, dass die Ergebnisse auf einer Stichprobenverzerrung beruhen, insofern als weibliche Selbsthilfegruppenmitglieder möglicherweise eine höhere Bereitschaft zur Studienteilnahme gezeigt haben. Andererseits bleibt bei dieser Deutung offen, warum dieser Effekt in der Gruppe PH keine Rolle spielen sollte. Somit sollten die Entwicklung des Frauenanteils unter den Glücksspielsüchtigen sowie ihr spezifischer Hilfebedarf Gegenstand weiterer Forschung sein.

Der im Vergleich zur DSHS (Dauber et al., 2019; s. Kapitel 3.2) geringere Anteil von Betroffenen mit Migrationshintergrund in allen drei Gruppen lässt sich als Hinweis darauf interpretieren, dass die Form der schriftlichen Befragung in ausschließlich deutscher Sprache zu einer diesbezüglichen Stichprobenverzerrung geführt hat. Es ist demnach einerseits möglich, dass die professionelle Hilfe diese Risikogruppe in gleichem Ausmaß erreicht bzw. nicht erreicht wie die Selbsthilfegruppen, ande-

⁷ Beispiele für deutschsprachige Online-Angebote sind <https://www.verspiel-nicht-dein-leben.de/playoff.html>, <https://onlineverzockt.de> und <https://www.check-dein-spiel.de>

rerseits, dass eine Studienteilnahme aufgrund von Sprachproblemen für viele Personen mit Migrationshintergrund nicht in Frage kam. Sprachprobleme werden am häufigsten als Schwierigkeit bei der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund genannt (Ruf, 2014). Die Anteile von Personen mit Migrationshintergrund in niedersächsischen Beratungseinrichtungen (Brosowski, 2018) liegen für den Zeitraum 2009 bis 2017 mit einem knappen Viertel zwischen dem hier ermittelten Anteil von knapp einem Fünftel der Teilnehmenden und dem von Dauber et al. (2019) erwähnten Anteil von knapp einem Drittel in ambulanten Einrichtungen. In jedem Fall liegen die durch das Hilfesystem erreichten Anteile von Personen mit Migrationshintergrund deutlich unter den 45.8% der Spieler*innen mit mindestens problematischem Glücksspielverhalten in den Jahren 2015 bis 2019, die laut BZgA (Banz, 2019) einen Migrationshintergrund aufweisen. Buth et al. (2017) kategorisieren die Hintergründe für eine besondere Vulnerabilität in migrationsspezifische und kulturspezifische Gründe. Kultursensible (Kastirke et al., 2015; Milin et al., 2017) Angebote sowie der Einsatz von Muttersprachler*innen (Milin et al., 2017; Ruf, 2014) gehören daher zu den empfohlenen Maßnahmen. Erwähnenswert ist an dieser Stelle das Angebot eines türkeistämmigen professionellen Helfers, mit seiner angeleiteten Gruppe an der vorliegenden Studie teilzunehmen. Da hier ausschließlich klassische Selbsthilfegruppen ohne professionelle Anleitung untersucht wurden, sind bereits bestehende Angebote dieser Art nicht aufgeführt.

Signifikant erhöhte Extraversionswerte zeigen sich auf bivariater Ebene nur für die Gruppe SH, nicht jedoch für Betroffene der Gruppe SHPH gegenüber der Gruppe PH. Die Unterschiede im Ausmaß der Extraversion erscheinen damit weniger eindeutig als die Altersdifferenzen. Bei Betrachtung der hohen Bedeutung sozialer Aspekte in Selbsthilfegruppen (Groh et al., 2008; McGrath et al., 2018; Oei & Gordon, 2008) und des grundsätzlichen Gruppensettings (Haller & Gräser, 2012) liegt es nahe, dass eine mindestens mittlere Ausprägung von Extraversion die Entscheidung für die Inanspruchnahme fördert. Da jedoch extravertierte Verhaltensweisen in Selbsthilfegruppen auch weniger extravertierte Personen in ihrem Genesungsprozess unterstützen können (Krentzman, Brower, Cranford, Bradley, & Robinson, 2012), lohnt es sich, die Hürden für eher introvertierte Personen nach Möglichkeit abzubauen (s. Kapitel 8.1). Anzunehmen ist, dass Online-Angebote zum Austausch in Form von Foren oder ausdrücklicher Selbsthilfe introvertierten Menschen ebenso wie den jüngeren Personen den Schritt zur Vernetzung mit anderen Betroffenen erleichtern können. Ob die Qualität der sozialen Unterstützung, die als bedeutsamer

Wirkfaktor gilt (s. Kapitel 2.2), an die persönlichen Bindungen in klassischen Selbsthilfegruppen heranreichen kann, gehört dabei zu den offenen Fragen. Die von Borgetto (2013) erwähnten Wirkmechanismen des Modell-Lernens und der emotionalen Unterstützung in klassischen Selbsthilfegruppen könnten bei rein schriftlicher Kommunikation abgeschwächt werden.

Die zweite Gruppe von Hypothesen betrifft Prädiktoren der ausschließlichen Selbsthilfegruppenteilnahme (SH) und somit Vermeidung professioneller Hilfe. Während die Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe und der wahrgenommene Nutzen professioneller Hilfe nur auf bivariater Ebene mit dem ausschließlichen Selbsthilfegruppenbesuch assoziiert sind, zeigt sich für die Subskala Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung des ATSPPH-SF auch multivariat ein signifikanter Zusammenhang mit der Gruppenzugehörigkeit. Der Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung passt inhaltlich gut zur internalen Kontrollüberzeugung, für die McWilliams et al. (2006) einen Zusammenhang mit einer Präferenz für Selbsthilfe vermuten. Allerdings wäre die Assoziation der Konstrukte interne Kontrollüberzeugung und Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung noch empirisch zu prüfen. In jedem Fall stellt dieser Befund eine Besonderheit des Angebots von Selbsthilfegruppen heraus, die sich gegebenenfalls stärker nutzen lässt als bisher (s. Kapitel 8.1). Denn der Wunsch nach eigenständiger Problemlösung gilt als Hürde bei der Inanspruchnahme von Hilfe bei Glücksspielproblemen im allgemeinen (Hodgins & El-Guebaly, 2000; Pulford et al., 2009a) sowie für Jugendliche und junge Erwachsene im Besonderen (Gulliver et al., 2010; Wilson & Deane, 2012). Eine Maßnahme zur Förderung der Hilfesuche kann darauf abzielen, die Einstellung zu verändern, wozu sich Überzeugung durch Argumente (*Persuasion*) oder äußere Anreize bzw. Sanktionen anbieten (Stroebe, 2014). Der Besuch einer Selbsthilfegruppe als Sanktionsmaßnahme widerspricht dem Grundprinzip der Freiwilligkeit (Haller & Gräser, 2012; s. Kapitel 2.1). Während die Überzeugungsarbeit darauf setzt, die Einstellung durch Argumente zu ändern, kommen Mojtabai et al. (2016) zu dem Schluss, dass es hilfreicher wäre, die emotionale Akzeptanz zu fördern. Der Befund, dass mehr Personen unter den ausschließlichen Selbsthilfegruppenmitgliedern einen starken Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung zeigen, kann bedeuten, dass emotionale Akzeptanz sich durch eine Betonung der Eigenständigkeit der Betroffenen in der Selbsthilfegruppe und damit der Konformität des Selbsthilfegruppenbesuchs mit der angestrebten Autonomie fördern lässt. Insbesondere schwer belastete Betroffene, die einerseits

die Glücksspielbezogenen Probleme nicht ganz alleine bewältigen können, andererseits ihre Unabhängigkeit wahren möchten, könnten das Angebot von Selbsthilfegruppen als erträglichen Kompromiss erleben.

Bezüglich der untersuchten selbsthilfegruppenbezogenen Erwartungen und Verhaltensweisen in der dritten Hypothesengruppe zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Domäne Extraversion sowie den Facetten Aktivität und Geselligkeit mit dem Wunsch nach gemeinsamen Unternehmungen. Zur Erklärung liegt die Vermutung nahe, dass Betroffene, die ihre Freizeit gerne aktiv und mit anderen verbringen, ausreichend die Möglichkeiten dazu außerhalb der Selbsthilfegruppe nutzen und von dieser nicht in besonderer Weise erwarten. Eine positive Assoziation besteht dagegen zwischen der Facette Geselligkeit und der Häufigkeit eigener Beiträge innerhalb der Selbsthilfegruppe. Da eigene Beiträge sowohl bei McGrath (2018) als auch innerhalb dieser Stichprobe (Hayer et al., 2020) zur Zufriedenheit mit der Selbsthilfegruppe beitragen, lässt sich ableiten, dass geselligere Gruppenmitglieder in dieser Hinsicht etwas stärker profitieren. Jedoch ist die Beteiligungshäufigkeit unter den Nutzer*innen der Selbsthilfegruppen insgesamt so stark ausgeprägt (86.7% *oft* oder *immer*), dass sich daraus kein Handlungsbedarf ableiten lässt. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass überschaubare Gruppengrößen und geregelte Abläufe, bei denen jedes Gruppenmitglied der Reihe nach Gelegenheit zur Äußerung bekommt, auch bei weniger geselligen Personen zur Überwindung anfänglicher Zurückhaltung führen und sie sich deshalb zumindest *oft*, wenn auch nicht *immer*, mit einem eigenen Beitrag beteiligen. Für Gruppen, in denen die Häufigkeit eigener Beiträge sehr unterschiedlich verteilt ist, kann es nützlich sein, weniger geselligen Mitgliedern bewusst mehr Raum zu geben und ohne Druck öfter zur Äußerung eigener Erlebnisse einzuladen. Auch dieser Befund lässt sich dahingehend deuten, dass die Online-Selbsthilfe, die die Möglichkeit zum stillen Mitlesen bietet (Cooper, 2004), für die Betroffenen mit sehr geringer Extraversion eine Alternative oder erste Anlaufstelle sein kann.

Die Gesamtskala Gewissenhaftigkeit sowie ihre Facette Verlässlichkeit sind positiv mit der Regelmäßigkeit der Gruppenbesuche assoziiert. Zu bedenken ist hier, dass Gewissenhaftigkeit mit Glücksspielsucht eher negativ assoziiert ist (Bagby et al., 2007; s. Kapitel 3.3). Daher dürfte der in Selbsthilfegruppen erwartete regelmäßige Gruppenbesuch vielen Betroffenen zunächst schwerfallen und sie möglicherweise von der initialen Kontaktaufnahme abhalten. Ist der Kontakt jedoch einmal hergestellt, kann

die Selbsthilfegruppe auch als Lernfeld für ein verlässliches Miteinander gedeutet werden, in dem ein hohes Verständnis für anfängliche und zwischenzeitliche Umsetzungsschwierigkeiten herrscht.

In der Zusammenschau lässt sich festhalten, dass über das Problemausmaß hinaus individuelle Unterschiede die Wahl der Hilfeform Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige als ausschließliche oder zusätzliche Maßnahme vorhersagen. Als relevante Prädiktoren erweisen sich das Alter, die Ausprägung der Extraversion, der Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung sowie auf bivariater Ebene die Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Darüber hinaus hängen einzelne Persönlichkeitsaspekte mit dem Verhalten innerhalb der Selbsthilfegruppe zusammen. Während eine höhere Geselligkeit mit der Häufigkeit eigener Beiträge assoziiert ist, sind es die Gewissenhaftigkeit und ihre Facette Verlässlichkeit mit der Regelmäßigkeit der Teilnahme.

7.3 Limitationen

Die größten Stärken dieser Studie liegen in ihrer bisher in Deutschland einmaligen Datenbasis zur Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige sowie der erstmaligen Untersuchung der Assoziationen mit Persönlichkeitsmerkmalen und Einstellungsaspekten. Dennoch sind bei der Interpretation der Ergebnisse auch einige Limitationen zu beachten. Zunächst ist festzustellen, dass die Analysen auf Selbstberichtsdaten einer selbstselektiven Stichprobe beruhen und somit eine Generalisierung der Befunde nicht zulässig ist. Weiterhin lassen sich aus einer Querschnittuntersuchung keine kausalen Zusammenhänge ableiten. Das konservative Vorgehen beim Ausschluss von Fällen mit unvollständigen Angaben (s. Kapitel 5.4.1) sowie der Verzicht auf Incentives für die Teilnahme stellen sicher, dass es sich weitgehend um ernsthaft ausgefüllte Fragebögen handelt. Gleichzeitig setzt dieses Vorgehen ein relativ hohes Engagement der Teilnehmenden voraus, was zu Stichprobenverzerrungen führen kann. So ist es beispielsweise möglich, dass die durchschnittliche Ausprägung auf der Skala Gewissenhaftigkeit bei den Teilnehmenden, die den kompletten Fragebogen ausgefüllt haben, höher ist als bei denjenigen, die eine Teilnahme abgelehnt oder den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben. Ebenso sind Missverständnisse in einzelnen Fragestellungen nicht auszuschließen. So ist die Verwechslung von Motivationsgruppen mit Selbsthilfegruppen zwar bei einer Gruppe von Teilnehmenden auf Hinweis der Kontaktperson korrigiert worden, könnte jedoch auch bei anderen vorgekommen sein. Für langjährige

Selbsthilfegruppenmitglieder kann sich die Frage nach den DSM-5-Kriterien vor Inanspruchnahme der aktuellen Hilfe auf einen weit zurückliegenden Zeitraum beziehen. Trotz der damit einhergehenden potenziellen Erinnerungsverzerrungen erschien diese Frageform als die bestmögliche, um den Problemstatus bei der Kontaktaufnahme zum Hilfeangebot zu ermitteln. Die stark rechtssteile Verteilung in den Subskalen des ATSPPH-SF weist auf eine überdurchschnittlich positive Einstellung dieser Stichprobe zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe hin, was sich durch die Tatsache, dass sich alle Teilnehmenden im Hilfesystem bewegen und durch die reziproke Beziehung zwischen Verhalten und Einstellung (Holland et al., 2002; s. Kapitel 3.4) beeinflusst sind, erklären lässt. Darüber hinaus bewegen sich die internen Konsistenzen der Subskalen zwar in einem annehmbaren, aber nicht optimalen Bereich. Statistische Kennzahlen sind mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Zugleich können jedoch Unterschiede im Ausmaß der positiven Einstellung zwischen den Gruppen für die Auswahl der Hilfeform durchaus relevant sein. Der Fokus auf individuelle Unterschiede in der Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige birgt das Risiko, strukturelle Hürden wie beispielsweise lange Anfahrtswege für ihre Nutzung zu übersehen, die jedoch im Fragebogen enthalten sind. Für einen erweiterten Blick auf die Befunde zu den hier nicht dargestellten Themenbereichen des Fragebogens sei auf den Bericht zur Studie „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Entwicklungspotenziale“ (Hayer et al., 2020) verwiesen. Um eine neue Gruppe zu etablieren, sind manche Selbsthilfegruppen zunächst professionell angeleitet. Ob die Ergebnisse dieser Studie auch für solche Gruppen gelten, lässt sich wegen der Fokussierung auf klassische, reine Betroffengruppen nicht feststellen. Weiterhin kann diese Untersuchung aufgrund der mangelnden Kontrollgruppe außerhalb des Hilfesystems keine Prädiktoren für die grundsätzliche Ablehnung von Hilfe ermitteln.

8 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die dargestellten Befunde sprechen für die Fortführung und den Ausbau eines gut vernetzten, differenzierten Hilfesystems und zugleich des Angebots fundierter individueller Selbsthilfematerialien.

8.1 Schlussfolgerungen für das Hilfesystem

Selbsthilfegruppen bieten über die Rückfallprophylaxe hinaus für schwer belastete Glücksspielsüchtige, denen eine eigenständige Problembewältigung sehr wichtig ist, einen Rettungsanker. Für einen Teil dieser Betroffenen könnte die Selbsthilfegruppe auch eine Brückenfunktion in die Akzeptanz professioneller Hilfe darstellen, wenn sie in der Gruppe gestandene Personen erleben, die für einige Zeit professionelle Hilfe nutzen oder genutzt haben, und sich dadurch die eigene Bewertung, was normal und akzeptabel ist, ändert. Der Befund weist darüber hinaus darauf hin, dass der Besuch von Selbsthilfegruppen durch die Botschaft angeregt werden könnte, dass Selbsthilfegruppen die eigenständige Problemlösung unter Zuhilfenahme von Tipps und Erfahrungen anderer Betroffener stärken. Dabei ist jedoch zu vermeiden, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe als Weg für die Schwächeren darzustellen und so eine Stigmatisierung zu fördern. Vielmehr kann der Aspekt der eigenständigen Problemlösung auch in der Kommunikation über professionelle Hilfe herausgestellt werden, da Psychotherapeut*innen und Berater*innen zwar Erkenntnis fördern und Methoden an die Hand geben können, die eigentliche Veränderung jedoch immer durch die Betroffenen zu leisten ist. Jüngere Personen und sehr introvertierte Betroffene brauchen dagegen eher Alternativen oder zusätzliche Argumente und Anreize. So könnten Zweiergespräche mit der Gruppenleitung und deutliche Hinweise darauf, dass neue Mitglieder zunächst zuhören dürfen, Introvertierten den initialen Gruppenbesuch erleichtern. Der bisherige Forschungsstand (s. Kapitel 3) weist darauf hin, dass das digitale Selbsthilfeangebot bei Jüngeren Akzeptanz findet. Checklisten und Manuale in digitaler und analoger Form können eigenständige Remissionen fördern und so das Hilfesystem entlasten. Virtuelle Foren und Gruppen bieten einen Erfahrungsaustausch und damit Aspekte der klassischen Selbsthilfegruppen. Selbst wenn sie nicht die gleiche soziale Bindung schaffen und die Glaubwürdigkeit anderer Beteiligter schwerer einschätzbar ist, können sie über die Möglichkeit, zunächst oder auf Dauer nur anonym mitzulesen, vermutlich für introvertierte Personen einen Zugang zu Gleichbetroffenen darstellen, den sie sonst meiden würden. Darüber hinaus entspricht

der virtuelle Raum der Lebenswelt, in der jüngere Menschen viel Zeit zubringen. Daher scheint es sinnvoll, diesen ergänzenden Bereich zu fördern und hinsichtlich seiner Nutzung sowie Effektivität zu prüfen. Da Selbsthilfegruppen in gleichem Ausmaß weibliche Betroffene erreichen wie professionelle Hilfeangebote und aufgrund der geringen Prävalenz kaum flächendeckend eigenständige geschlechtsspezifische Gruppen zustande kommen dürften, ergeben die Befunde keinen Handlungsbedarf in dieser Richtung. Jedoch können die Ergebnisse aus der frühen Studie von Kaskutas (1994; s. Kapitel 3.2) als Anregung dienen, Selbsthilfegruppen mit mindestens zwei weiblichen Mitgliedern beispielsweise einmal im Monat oder im Quartal für einen gewissen Zeitraum während eines Gruppentreffens nach Geschlecht aufzuteilen, um Raum für den Austausch über geschlechtsspezifische Themen zu schaffen.

Der Zusammenhang zwischen Geselligkeit als Persönlichkeitsfacette und der Häufigkeit eigener Beiträge kann für einzelne Selbsthilfegruppen als Anregung dienen: Gruppen, in denen die eigenen Beiträge sehr unterschiedlich verteilt sind, sollten bewusst darauf achten, auch zurückhaltenden Personen im Ablauf genügend Raum zu bieten und sie zu eigenen Berichten anzuregen. Die Einhaltung von Strukturen und Vereinbarungen kann für weniger gewissenhafte und verlässliche Personen ein wichtiges Lernfeld bedeuten. Bei unregelmäßiger Teilnahme ohne Sachgründe kann es daher hilfreich sein, wenn andere Gruppenmitglieder dieses Verhalten vorwurfsfrei spiegeln und Phasen regelmäßiger Teilnahme positiv hervorheben.

Klassische Selbsthilfegruppen bleiben vorerst ein wichtiger Baustein eines vielfältigen Hilfesystems, das unterschiedliche problembezogene, soziodemographische und persönlichkeitsbezogene Bedarfe berücksichtigt. Ob Online-Angebote sie nicht nur sinnvoll ergänzen, sondern eine solche soziale Unterstützung bieten, dass sie sie in jüngeren Generationen zukünftig auch ersetzen können, ist bis dato noch offen. Damit Betroffene die für sie passenden Hilfeangebote problemlos identifizieren können, sollten übersichtliche Informationen über das komplette Hilfesystem leicht zugänglich sein. Darüber hinaus ist eine gute Vernetzung der Akteur*innen im Hilfesystem, die zielgerichtete Hinweise und Vermittlungen für Betroffene ermöglicht, empfehlenswert.

8.2 Ausblick zum weiteren Forschungsbedarf

Die beschriebenen Schlussfolgerungen für das Hilfesystem sind als erste Anregungen zu verstehen, da die Befunde aufgrund der dargestellten Limitationen nicht generalisierbar sind. Darüber hinaus sind ergänzende deutschsprachige Online-Angebote noch unzureichend evaluiert. Einerseits bedarf es weiterer empirischer Überprüfung der hier gefundenen Ergebnisse, andererseits der Überprüfung der Nutzung und der Wirksamkeit auch der neueren, digitalen Hilfeangebote. Die Kontaktbeschränkungen, zu denen es ab März 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie in allen gesellschaftlichen Bereichen gekommen ist, haben die Nutzung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten in der Bevölkerung intensiviert. Ob es in der Folge zu einer verstärkten Kombination digitaler und analoger Selbsthilfeformen kommt und wie diese sich gegebenenfalls auf die Nutzung und Zusammensetzung von Selbsthilfegruppen auswirken, bleibt abzuwarten und wissenschaftlich zu analysieren. Insbesondere die Risikogruppe der Betroffenen mit Migrationshintergrund, die in dieser Untersuchung unzureichend erreicht wurde, gilt es hinsichtlich ihres Hilfesuchverhaltens genauer zu untersuchen. Es ist offen, ob spezifische Selbsthilfegruppen angenommen würden oder gänzlich andere Angebote benötigt werden. Für eine Anpassung der Gestaltung und der Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen sowie individuelle Selbsthilfematerialien mit der Zielsetzung, Betroffene außerhalb des Hilfesystems anzusprechen, sind Untersuchungen eben dieser Zielgruppe erforderlich. Dafür erscheint es lohnenswert, spezifischere Einstellungsskalen zu erarbeiten, die sich auf die Glücksspielproblematik und Selbsthilfegruppen beziehen. Darüber hinaus ist es nicht ausgeschlossen, dass die übrigen drei Domänen des Fünf-Faktoren-Modells – Neurotizismus, Verträglichkeit und Offenheit für Erfahrungen – mit der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen assoziiert sind und sich daher eine Erfassung des kompletten Modells in weiteren Untersuchungen lohnt. Die hohen eigenständigen Remissionsraten (Kalke & Buth, 2017) sprechen dafür, sowohl gemeinschaftliche als auch individuelle Selbsthilfoptionen hinsichtlich ihrer Nutzung und Effektivität weiterhin zu prüfen und sie auf Grundlage der Befunde kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei sollten auch solche Selbsthilfegruppen Beachtung finden, die aus dieser Untersuchung ausgeschlossen waren. Dazu zählen angeleitete Gruppen, suchtübergreifende Gruppen und Angehörigen-Gruppen.

Literaturverzeichnis

- Albarracín, D., Zanna, M. P., Johnson, B. T. & Kumkale, G. T. (2005). Attitudes: Introduction and Scope. In D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Hrsg.), *The handbook of attitudes* (S. 3-19). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2018). *Multivariate Analysemethoden* (15. vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E. L., Toneatto, T., Quilty, L. C. & Costa, P. T. (2007). Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 873-880.
- Banz, M. (2019). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Baumgartner, C., Bilevicius, E., Khazaal, Y., Achab, S., Schaaf, S., Wenger, A., Haug, S., Keough, M., Hodgins, D. C. & Schaub, M. P. (2019). Efficacy of a web-based self-help tool to reduce problem gambling in Switzerland: study protocol of a two-armed randomised controlled trial. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032110>
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Guertler, D., Kastirke, N., John, U. & Rumpf, H. J. (2014). Association of sociodemographic, psychopathological and gambling-related factors with treatment utilization for pathological gambling. *European Addiction Research*, 20(4), 167-173.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W. & Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 321-324.
- Borgetto, B. (2013). Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen. *SuchtMagazin*, 4, 20-24.

- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen. 3 Alle Betreuungen mit Einmalkontakten*. München: IFT Institut für Therapieforchung. Online-Bericht. Verfügbar unter <http://www.suchthilfestatistik.de>
- Braun, B., Dauber, H., Künzel, J. & Specht, S. (2019b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2018. Alle Bundesländer. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. 4 Beender mit Einmalkontakten*. München: IFT Institut für Therapieforchung. Online-Bericht. Verfügbar unter <http://www.suchthilfestatistik.de>
- Brosowski, T. (2018). *Ambulante Versorgung von Personen mit Glücksspielproblemen in Niedersachsen – Abgleich mit Bevölkerungsdaten und weitere Detailanalysen*. Unveröffentlicher Bericht an die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Universität Bremen.
- Buth, S., Milin, S. & Kalke, J. (2017). Migration und Glücksspiel. *SuchtMagazin*, 5, 22-26.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11-27.
- Cooper, G. (2004). Exploring and understanding online assistance for problem gamblers: The pathways disclosure model. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1(2), 32-38.
- Danner, D., Rammstedt, B., Bluemke, M., Treiber, L., Berres, S., Soto, C. & John, O. (2016). Die deutsche Version des Big Five Inventory 2 (BFI-2). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. <https://doi.org/10.6102/zis247>
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. & Braun, B. (2019). *Suchthilfe in Deutschland 2018. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München: IFT Institut für Therapieforchung. Verfügbar unter <http://www.suchthilfestatistik.de>
- Do, R., Park, J. R., Lee, S. Y., Cho, M. J., Kim, J. S. & Shin, M. S. (2019). Adolescents' attitudes and

- intentions toward help-seeking and computer-based treatment for depression. *Psychiatry Investigation*, 16(10), 728-736.
- Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. & Zaudig, M. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttinge: Hogrefe.
- Dormann, C. F., Elith, J., Bacher, S., Buchmann, C., Carl, G., Carré, G., Marquéz, J. R. G., Gruber, B., Lafourcade, B., Leitao, P. J., Münkemüller, T., McClean, C., Osborne, P. E., Reineking, B., Schröder, B., Skidmore, A. K., Zurell, D. & Lautenbach, S. (2013). Collinearity: A review of methods to deal with it and a simulation study evaluating their performance. *Ecography*, 36(1), 027-046.
- Elhai, J. D., Schweinle, W. & Anderson, S. M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 159(3), 320-329.
- Evans, L. & Delfabbro, P. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 133-155.
- Farrand, P., Perry, J., Lee, C. & Parker, M. (2006). Adolescents' preference towards self-help: Implications for service development. *Primary Care and Community Psychiatry*, 11(2), 73-79.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. Verfügbar unter <http://gpower.hhu.de/>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 149-1160. Verfügbar unter <http://gpower.hhu.de/>

- Ferentzy, P., Skinner, W. & Antze, P. (2004). *Exploring mutual aid pathways to recovery from gambling problems*. Final report submitted to the Ontario Problem Gambling Research Centre after a sixteen months study of Gamblers Anonymous. Verfügbar unter [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferentzy%20et%20al\(2004\)Exploring_mutual_aid_pathways_to_recovery.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferentzy%20et%20al(2004)Exploring_mutual_aid_pathways_to_recovery.pdf)
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Hrsg.), *The handbook of attitudes* (S. 173-222). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Giralt, S., Müller, K. W., Beutel, M. E., Dreier, M., Duven, E. & Wölfling, K. (2018). Prevalence, risk factors, and psychosocial adjustment of problematic gambling in adolescents: *Results from two representative German samples*. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 339-347.
- Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Lyons, J. S. & Stein, M. B. (2002). Mental health service utilization in the United States. The role of personality factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(12), 561-566.
- Grall-Bronnec, M., Caillon, J., Humeau, E., Perrot, B., Remaud, M., Guilleux, A., Rocher, B., Sauvaget, A. & Bouju, G. (2016). Gambling among European professional athletes. Prevalence and associated factors. *Journal of Addictive Diseases*, 35(4), 278-290.
- Groh, D. R., Jason, L. A. & Keys, B. C. (2008). Social network variables in Alcoholics Anonymous: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 430-450.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Haddock, G. & Maio, G. (2014). Einstellungen. In K. Jonas, W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (6. Aufl., S. 198-228). Heidelberg: Springer.
- Haller, F. & Gräser, H. (2012). *Selbsthilfegruppen. Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen*.

Weinheim: Beltz.

- Hanss, D., Mentzoni, R. A., Blaszczynski, A., Molde, H., Torsheim, T. & Pallesen, S. (2015). Prevalence and correlates of problem gambling in a representative sample of Norwegian 17-year-olds. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 659-678.
- Harries, M. D., Redden, S. A. & Grant, J. E. (2018). An analysis of treatment-seeking behavior in individuals with gambling disorder. *Journal of Gambling Studies*, 34(3), 999–1012.
- Hayer, T. (2012). *Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Hayer, T. & Girndt, L. (2018). *Förderung der Selbsthilfe für Glücksspielende und ihre Angehörigen: Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen zur Bedeutung der Selbsthilfe im Glücksspielbereich*. Unveröffentlichte Publikation, Universität Bremen.
- Hayer, T., Girndt, L. & Brosowski, T. (2020, in Vorbereitung) *Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale*.
- Hing, N., Breen, H., Gordon, A. & Russell, A. (2014). Gambling harms and gambling help-seeking amongst indigenous Australians. *Journal of Gambling Studies*, 30(3), 737-755.
- Hing, N., Nuske, E., Tolchard, B. & Russell, A. (2015). What influences the types of help that problem gamblers choose? A preliminary grounded theory model. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(2), 241-256.
- Hodgins, D. C., Cunningham, J. A., Murray, R. & Hagopian, S. (2019). Online self-directed interventions for gambling disorder: Randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 635-651.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G. & Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 950-960.
- Hodgins, D. C. & El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems : A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95, 777-789.

- Hodgins, D. C. & Holub, A. (2007). Treatment of problem gambling. In G. Smith, D. C. Hodgins & R. J. Williams (Hrsg.), *Research and measurement issues in gambling studies* (S. 371-397). Amsterdam: Elsevier.
- Hodgins, D. C. & Makarchuk, K. (2002). *Becoming a winner: Defeating problem gambling*. Calgary, University of Calgary.
- Holland, R. W., Verplanken, B. & van Knippenberg, A. (2002). On the nature of attitude-behavior relations: The strong guide, the weak follow. *European Journal of Social Psychology*, 32(6), 869-876.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6(2), 65-70.
- Humphreys, K., Mankowski, E. S., Moos, R. H. & Finney, J. W. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 54-60.
- Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel (2019). *Jahresreport 2018 der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder. Der deutsche Glücksspielmarkt 2018 - eine ökonomische Darstellung*. Wiesbaden: Gemeinsame Geschäftsstelle Glücksspiel.
- Janowsky, D. S., Boone, A., Morter, S. & Howe, L. (1999). Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol and Alcoholism*, 34(3), 359-369.

- Jiménez-Murcia, S., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Santamaría, J. J., Penelo, E., Granero, R., Gómez-Pena, M., Aymamí, N., Soto, A. & Menchón, J. M. (2011). Are online pathological gamblers different from non-online pathological gamblers on demographics, gambling problem severity, psychopathology and personality characteristics? *International Gambling Studies*, *11*(3), 325-337.
- Johansson, A, Grant, J., Kim, S. Odlaug, B. & Gøtestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, *15*(1), 67-92.
- Kalke, J. & Buth, S. (2017). Selbstheilung bei pathologischen Glücksspielern: Die Bedeutung suchtunspezifischer Hilfen und persönlicher Vermeidungsstrategien. *Suchttherapie*, *18*(1), 27–33.
- Kaskutas, L. A. (1994). What do women get out of self-help? Their reasons for attending Women for Sobriety and Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *11*(3), 185-195.
- Kaskutas, L. A., Bond, J., Humphreys, K. & Ann, L. (2002). Social networks as mediator of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, *97*(7), 891-900.
- Kastirke, N., Rumpf, H. J., John, U., Bischof, A. & Meyer, C. (2015). Demographic risk factors and gambling preference may not explain the high prevalence of gambling problems among the population with migration background: Results from a German nationwide survey. *Journal of Gambling Studies*, *31*(3), 741-757.
- Kelly, J. F. & Hoepfner, B. B. (2013). Does alcoholics anonymous work differently for men and women? A moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, *130*(0), 186-193.
- Kelly, J. F., Hoepfner, B., Stout, R. L. & Pagano, M. (2012). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: A multiple mediator analysis. *Addiction*, *107*(2), 289-299.
- Komiya, N., Good, G. E. & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, *47*(1), 138-143.
- Kotrlík, J., Williams, H. & Jabor, K. (2011). Reporting and interpreting effect size in quantitative

- agricultural education research. *Journal of Agricultural Education*, 52(1), 132-142.
- Krentzman, A. R., Brower, K. J., Cranford, J. A., Bradley, J. C. & Robinson, E. A. (2012). Gender and extroversion as moderators of the association between alcoholics anonymous and sobriety. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(1), 44-52.
- Kreuzbund e. V. (2014). *Positionspapier zur Bescheinigung über den Besuch von Kreuzbundgruppen*. Verfügbar unter <https://www.kreuzbund.de/de/downloads.html>
- Krosnick, J. A., Charles, M. J. & Wittenbrink, B. (2005). The measurement of attitudes. In D. Albarracín, B. T. Johnson & M. P. Zanna (Hrsg.), *The handbook of attitudes* (S. 21-76). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kuerbis, A. & Tonigan, J. S. (2018). More than taking a chair: The perceived group social dynamics of alcoholics anonymous related to changes in spiritual practices. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36(3), 314-329.
- Mackenzie, C. S., Heath, P. J., Vogel, D. L. & Chekay, R. (2019). Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2259-2272.
- MacLaren, V. V., Fugelsang, J. A., Harrigan, K. A. & Dixon, M. J. (2011). The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1057-1067.
- Matzat, J. (2009). Zum Stand der Selbsthilfe in Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung der Sucht-Selbsthilfe. *European Journal of Mental Health*, 4(1), 101-114.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 57(1), 17-40.
- McGrath, D. S., Kim, H. S., Hodgins, D. C., Novitsky, C. & Tavares, H. (2018). Who are the Anonymous? Involvement and predictors of Gamblers Anonymous attendance among disordered gamblers presenting for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 34(4), 1423-1434.

- McMillan, J., Marshall, D., Murphy, L., Lorenzen, S. & Waugh, B. (2004). *Help-seeking by problem gamblers, friends and families: A focus on gender and cultural groups*. Canberra: Australian National University.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., Enns, M. W. & Clara, I. P. (2006). Personality correlates of outpatient mental health service utilization: Findings from the U.S. national comorbidity survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(5), 357-363.
- Meyer, C., Ulbricht, S., Haug, S., Broda, A., Bischof, G., Rumpf, H.-J. & John, U. (2016). Motivating smokers to quit using computer-generated letters that target either reduction or cessation: A population-based randomized controlled trial among smokers who do not intend to quit. *Drug and Alcohol Dependence*, 166, 177-186.
- Meyer, G. (1989). *Glücksspieler in Selbsthilfegruppen*. Hamburg: Neuland.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2017). *Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (4.). Berlin: Springer.
- Meyer, G. (2020). Glücksspiel - Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2020*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Meyer, G. & Hayer, T. (2020). *Stellungnahme zu dem Entwurf eines Staatsvertrags zur Neuregelung des Glücksspielwesens in Deutschland (Glücksspielneuregulierungsstaatsvertrag) – Stand des Entwurfs nach der Sonder-CdSK am 17./18. Januar 2020*. Universität Bremen.
- Milin, A., Buth, S., Karakuş, D. & Kalke, J. (2017). *Glücksspielprobleme bei türkeistämmigen Migranten – Ursachen, Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützungsbedarfe*. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_tuerkeistaemmigeGS.pdf

- Miller, J. D., Mackillop, J., Fortune, E. E., Maples, J., Lance, C. E., Campbell, K. & Goodie, A. S. (2013). Personality correlates of pathological gambling derived from big three and big five personality models. *Psychiatry Research*, 206(1), 50-55.
- Mojtabai, R., Evans-Lacko, S., Schomerus, G. & Thornicroft, G. (2016). Attitudes toward mental health help seeking as predictors of future help-seeking behavior and use of mental health treatments. *Psychiatric Services*, 67(6), 650-657.
- Müller, R. & Schneider, W. (2015). Sucht-Selbsthilfe: Das Erfolgsrezept zur Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen. In M. Danner & R. Meierjürgen (Hrsg.) *Gesundheitsselbsthilfe im Wandel* (S. 171–178). Baden-Baden: Nomos.
- Naundorff, J., Kornwald, C., Bosch, A., Hansen, B. & Janßen, H.-J. (2018). *Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände*. Verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Selbsthilfe/Erhebung_der_5_SSHV_2017.pdf
- Navas, J. F., Billieux, J., Perandrés-Gómez, A., López-Torrecillas, F., Cándido, A. & Perales, J. C. (2017). Impulsivity traits and gambling cognitions associated with gambling preferences and clinical status. *International Gambling Studies*, 17(1), 102-124.
- Neyer, F. J., & Asendorpf, J. B. (2018). *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer.
- Nickel, S., von dem Knesebeck, O., Werner, S. & Kofahl, C. (2016). Die quantitativen Umfragen bei Selbsthilfegruppen, -organisationen und Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. In C. Kofahl, F. Schulz-Nieswandt & M.-L. Dierks (Hrsg.), *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland* (S. 63–68). Berlin: Lit Verlag Dr. W. Hopf.
- Oei, T. P. S. & Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 91-105.
- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W. & Rüsch, N. (2015). Predicting perceived need for mental health care in a community sample: An application of the self-regulatory model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(10), 1593-1600.
- Park, S., Lee, Y., Seong, S. J., Chang, S. M., Lee, J. Y., Hahm, B. J. & Hong, J. P. (2017). A cross-

- sectional study about associations between personality characteristics and mental health service utilization in a Korean national community sample of adults with psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-6.
- Picco, L., Abidin, E., Chong, S. A., Pang, S., Shafie, S., Chua, B. Y., Vaingankar, J. A., Ong, L. P., Tay, J. & Subramaniam, M. (2016). Attitudes toward seeking professional psychological help: Factor structure and socio-demographic predictors. *Frontiers in Psychology*, 7, 1–10.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D. & Williams, J. (2009a). Barriers to help-seeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 33-48.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D. & Williams, J. (2009b). Reasons for seeking help for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 19–32.
- Rash, C. & Petry, N. M. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 285-295.
- Rockloff, M. J. & Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 121-126.
- Rodda, S. N., Dowling, N. A. & Lubman, D. I. (2018). Gamblers seeking online help are active help-seekers: Time to support autonomy and competence. *Addictive Behaviors*, 87, 272-275.

- Ruf, D. (2014). *Suchtberatung, Suchtbehandlung und Suchtselbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund*. Freiburg: Deutscher Caritas-Verband. Verfügbar unter https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/fachthemen/sucht/suchtberatung-suchtb/3_dcv-handreichung_sucht_migration.pdf
- Rughani, J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2011). Rural adolescents' help-seeking intentions for emotional problems: The influence of perceived benefits and stoicism. *Australian Journal of Rural Health, 19*(2), 64-69.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht, 46*(1), 9-17.
- Rumpf, H., Petzold, M., Bischof, A. & Bischof, G. (2018). Mini-Review : Recovery without treatment in gambling disorder and problematic gambling. *Sucht, 64*(5-6), 275-282.
- Schuler, A., Ferentzy, P., Skinner, W., McIsaac, K. E., Ziegler, C. P. & Matheson, F. I. (2016). Gamblers Anonymous as a recovery pathway: A scoping review. *Journal of Gambling Studies, 32*, 1261-1278.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry, 163*(2), 297-302.
- Soto, C. J. (2018). Big Five personality traits. In M. Bornstein, M. Artberry, K. Fingerman & J. Lansford (Hrsg.), *The SAGE encyclopedia of lifespan human development* (S. 240-241). Verfügbar unter http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Big_Five_personality_traits&oldid=489142277
- Stewart, R. M. & Brown, R. I. F. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry, 152*, 284-288.

- Stötzner, K. (2004). Selbsthilfeunterstützung und Patientenbeteiligung. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004* (S. 136–145). Gießen: Focus Verlag GmbH. Verfügbar unter <https://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2004/DAGSHG-Jahrbuch-04.pdf>
- Stroebe, W. (2014). Strategien zur Einstellungs- und Verhaltensänderung. In K. Jonas, W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (6. Aufl., S. 232-268). Heidelberg: Springer.
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C. & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3), 407-424.
- Suurvali, H., Hodgins, D. C. & Cunningham, J. A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 1-33.
- Suurvali, H., Hodgins, D., Toneatto, T. & Cunningham, J. (2008). Treatment seeking among Ontario problem gamblers: Results of a population survey. *Psychiatric Services*, 59(11), 1343-1346.
- Ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 153-163.
- Ten Have, M., Oldehinkel, A., Vollebergh, W. & Ormel, J. (2005). Does neuroticism explain variations in care service use for mental health problems in the general population? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 425-431.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M. & Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470.

- Vollrath, M. & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1185-1197.
- Wieczorek, L. & Dąbrowska, K. (2018). What makes people with gambling disorder undergo treatment? Patient and professional perspectives. *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(3), 196-214.
- Wilson, C. J. & Deane, F. P. (2012). Brief report: Need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *Journal of Adolescence*, 35(1), 233-237.

Anhang A

Fragebogen

(Nicht vom Teilnehmenden auszufüllen) Einwilligungserklärung liegt vor: ja nein ID: ____

Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielende

Dieser Fragebogen ist Bestandteil eines **Forschungsprojektes der Universität Bremen** mit dem Ziel, nähere **Erkenntnisse über die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und anderen Hilfeangeboten für Glücksspieler*innen** zu erhalten. Daher bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Kreuzen Sie dabei immer die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft. Die Bearbeitung dauert **ca. 30 Minuten**. Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt und ausnahmslos für Forschungszwecke verwendet. Ein Rückschluss auf Ihre Person oder einzelne Selbsthilfegruppen ist nicht möglich. Soweit nicht anders angegeben, sind mit „Selbsthilfegruppe“ immer spezifische Gruppen für Glücksspieler*innen gemeint.

ANGABEN ZU IHRER PERSON UND LEBENSITUATION

01. Wie alt sind Sie? ____ Jahre

02. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

weiblich männlich

03. Leben Sie im Bundesland Niedersachsen?

ja nein

04. Ihr Familienstand:

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

ledig

feste Partnerschaft / verheiratet

verwitwet

geschieden / getrennt

05. Haushalt:

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

- alleinlebend
- mit Partner*in / Familie zusammenlebend
- Sonstiges, und zwar: _____
-

06. Ihre Wohnlage:

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

- in der Stadt
- im städtischen Umland mit guten öffentlichen Verkehrsverbindungen
- ländlich ohne gute öffentlichen Verkehrsverbindungen
- Sonstiges, und zwar: _____
-

07. Sind Sie selbst oder Ihre Eltern nach Deutschland eingewandert?

- ja, ich selbst ja, meine Eltern nein

Mein Herkunftsland: _____

Ihr Herkunftsland: _____

08. Welchen *höchsten* allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

- Derzeit in Schulausbildung
- Schule ohne Abschluss beendet
- Sonderschul- / Förderschulabschluss
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Fach-/Hochschulreife / Abitur
- Universitäts- / Fachhochschulabschluss
- Sonstiges, und zwar:
- _____
-

09. Ihre derzeitige Berufssituation (schwerpunktmäßig):

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

- Schüler*in
- Student*in
- in Berufsausbildung
- Arbeitslos
- Arbeiter*in / Angestellte*r / Beamter*in
- Selbständig / freiberuflich tätig
- Hausfrau / Hausmann
- Rentner*in / Pensionär*in
- Sonstiges, , und zwar:
-

**FRAGEN ZU IHREM AKTUELLEN + FRÜHEREN
GLÜCKSSPIELVERHALTEN UND -ERLEBEN**

10. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen durchschnittlich an den folgenden Glücksspielen teilgenommen?

☞ Bitte eine Angabe pro Zeile

- | | gar nicht | weniger
als 1x pro
Woche | 1-2x pro
Woche | mehr als
2x pro
Woche |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Lotto / Lotterien / Rubbellose (online oder offline) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sportwetten / Pferdewetten (online oder offline) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Automatenspiele in Spielhallen und Gaststätten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Automatenspiele („Kleines Spiel“) in Spielbanken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tischspiele in Spielbanken („Großes Spiel“,
z. B. Roulette, Poker, Black Jack) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glücksspiele in Online-Kasinos (z. B. Online-Poker,
Online-Automaten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

11. Bezogen auf Ihr ganzes Leben: Welche Glücksspielformen haben bei Ihnen zu Problemen geführt?

☞ Mehrfachnennungen möglich

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Lotto / Lotterien / Rubbellose (online oder offline) | <input type="checkbox"/> |
| Sportwetten / Pferdewetten (online oder offline) | <input type="checkbox"/> |
| Automatenspiele in Spielhallen und Gaststätten | <input type="checkbox"/> |
| Automatenspiele („Kleines Spiel“) in Spielbanken | <input type="checkbox"/> |
| Tischspiele in Spielbanken („Großes Spiel“, z. B. Roulette, Poker, Black Jack) | <input type="checkbox"/> |
| Glücksspiele in Online-Kasinos (z. B. Online-Poker, Online-Automaten) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: _____ | <input type="checkbox"/> |
-

12. Trafen die folgenden Aussagen für Sie im letzten Jahr, bevor Sie sich die aktuelle Hilfe gesucht haben, zu?

☞ Bitte eine Angabe pro Zeile

- | | ja | nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie das Bedürfnis verspürt, mit immer höheren Einsätzen zu spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich beim Versuch, die Spielaktivitäten einzuschränken oder aufzugeben, unruhig oder gereizt gefühlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie wiederholt erfolglos versucht, die Spielaktivitäten zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie stark gedanklich durchs Glücksspiel eingenommen (haben zum Beispiel sehr häufig an vergangene Spielerfahrungen oder die Planung zukünftiger Spielaktivitäten gedacht oder daran, wie Sie die Spielaktivitäten finanzieren könnten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie gespielt, um Probleme auszublenden oder um unangenehme Gefühle wie Hilflosigkeit, Schuld, Angst oder Depressionen abzubauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie oft am nächsten Tag zurückgekehrt, um spielbedingte Verluste vom Vortag durch erneutes Spielen auszugleichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Familienmitglieder, Therapeuten oder andere Bezugspersonen angelogen, um das Ausmaß der Spielaktivitäten zu vertuschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie wegen des Spielens eine wichtige Beziehung, den Arbeits-/ Ausbildungsplatz oder berufliche Aufstiegschancen gefährdet bzw. verloren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich auf die finanzielle Unterstützung durch andere verlassen, um die durch das Glücksspielen verursachte finanzielle Notlage zu überwinden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Bezogen auf Ihr ganzes Leben: Haben Sie über das Glücksspiel hinaus schon einmal Probleme gehabt durch ...?

☞ Mehrfachnennungen möglich

	ja	nein
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige bewusstseinsverändernde Stoffe, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Andere psychische Störungen (z. B. Depression, Angststörung, ...) und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IHRE MEINUNG ZUM UMGANG MIT PERSÖNLICHEN PROBLEMEN

14. Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen heute zu?

	stimme gar nicht zu	stimme e- her nicht zu	stimme e- her zu	stimme voll zu
Wenn ich einen Nervenzusammenbruch hätte, würde ich professionelle Hilfe suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über psychische Probleme zu reden ist eine schlechte Art, seelische Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie würde mich in einer emotionalen Krise entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menschen, die ihre Probleme und Ängste ohne professionelle Hilfe bewältigen, sind bewundernswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir psychologische Hilfe suchen, wenn ich längere Zeit beunruhigt oder verstimmt wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielleicht brauche ich zukünftig einmal psychologische Beratung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Mensch mit einem psychischen Problem kann es wahrscheinlich schlecht alleine lösen; mit professioneller Hilfe kann er es besser in den Griff bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich den Zeitaufwand und die Kosten einer Psychotherapie denke, bin ich mir unsicher, ob sich das für jemanden wie mich lohnen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme gar nicht zu	stimme e- her nicht zu	stimme e- her zu	stimme voll zu
Menschen sollten ihre Probleme selbst lösen und psychologische Beratung sollte der letzte Ausweg sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche und emotionale Schwierigkeiten erledigen sich, wie die meisten Dinge im Leben, normalerweise von selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IHRE EINSCHÄTZUNG ZU IHREM TYPISCHEN ALLTAGSVERHALTEN

15. Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie zustimmen.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme e- her nicht zu	teils, teils	stimme e- her zu	stimme voll und ganz zu
Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher unordentlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin durchsetzungsfähig, energisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schäume selten vor Begeisterung über.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin stetig, beständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin systematisch, halte meine Sachen in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, die Führung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, Aufgaben vor mir herzuschieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin weniger aktiv und unternehmungslustig als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin manchmal ziemlich nachlässig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher schüchtern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag es sauber und aufgeräumt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme überhaupt nicht zu	stimme e- her nicht zu	teils, teils	stimme e- her zu	stimme voll und ganz zu
Mir fällt es schwer, andere zu beein- flussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin effizient, erledige Dinge schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin voller Energie und Taten- drang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin verlässlich, auf mich kann man zählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin gesprächig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher der chaotische Typ, mache selten sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einer Gruppe überlasse ich lie- ber anderen die Entscheidung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bleibe an einer Aufgabe dran, bis sie erledigt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal verhalte ich mich ver- antwortungslos, leichtsinnig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRAGEN ZU IHRER NUTZUNG VON HILFEANGEBOTEN

16. Welche Hilfeformen nutzen Sie aktuell oder haben Sie früher genutzt, um Glücksspiel- probleme in den Griff zu bekommen?

	noch nie	früher	aktuell
Gespräche mit / Hilfe von FreundInnen oder Familien- mitgliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon-Hotline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Informationen, Online-Programme, Apps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedruckte Ratgeber (Bücher, Broschüren, Arbeitsbü- cher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch in Online-Foren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	noch nie	früher	aktuell
Ambulante Therapie / Ambulante Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar _____	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Welche Gründe ließen Sie zögern, sich Hilfe zu suchen?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Ich hatte das Gefühl, dass das Glücksspiel kein so großes Problem in meinem Leben darstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mir nicht eingestehen, dass ich süchtig sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich dachte, dass ich damit alleine fertig werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mir nicht eingestehen, dass ich Hilfe brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich nicht in der Lage, meine Probleme mit anderen zu besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich dachte, dass eine Behandlung mich zu viel Zeit und Energie kostet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir Sorgen gemacht, was andere über mich denken würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war mir unangenehm oder peinlich, Hilfe in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war zu stolz, um Hilfe in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wusste nicht, wohin ich gehen sollte, um Hilfe zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	--	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welches der folgenden Ziele möchten Sie mit Hilfe der Unterstützung erreichen / beibehalten?

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

alle Glücksspielformen wieder kontrolliert spielen können	<input type="checkbox"/>
(nur) auf die problematischen Glücksspielformen komplett verzichten	<input type="checkbox"/>
komplett glücksspielfrei leben	<input type="checkbox"/>
keines dieser Ziele	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>

GRÜNDE, FALLS SIE KEINE SELBSTHILFEGRUPPE BESUCHEN

Bitte beantworten Sie diese Frage nur, falls Sie aktuell keine Selbsthilfegruppe aufgrund von Glücksspielproblemen besuchen.

Ansonsten fahren Sie bitte bei Frage Nr. 20 auf der nächsten Seite fort.

19. Wie stark halten die folgenden Gründe Sie bisher davon ab, eine Selbsthilfegruppe für Glücksspielende zu besuchen?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Ich kenne keine Selbsthilfegruppe für Glücksspieler*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die nächste passende Selbsthilfegruppe ist zu weit weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Termine der Gruppentreffen passen mir nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme bereits genug Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube nicht, dass Kranke anderen Kranken helfen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fürchte, dort Bekannte zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte nicht komplett aufs Spielen verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertraue nicht auf die Verschwiegenheit der anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin unsicher über den Ablauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin skeptisch, ob mir das etwas bringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schlechte Erfahrungen damit gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich traue mich einfach nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie aktuell keine Selbsthilfegruppe aufgrund von Glücksspielproblemen besuchen, endet der Fragebogen hier für Sie.

FORTSETZUNG, FALLS SIE EINE SELBSTHILFEGRUPPE BESUCHEN

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen nur, falls Sie aktuell eine Selbsthilfegruppe für Glücksspielende besuchen. Die Fragen beziehen sich, falls nicht anders angegeben, auf die aktuelle Gruppe.

FRAGEN ZU IHRER TEILNAHME IN DER SELBSTHILFEGRUPPE

20. Wie lange besuchen Sie schon Selbsthilfegruppen für Glücksspielende?

*☞ Bitte in Jahren, Monaten **oder** Wochen angeben ...*

___ __ Jahr(e) ___ __ Monat(e) ___ __ Woche(n)

21. Wodurch sind Sie auf die Selbsthilfegruppe für Glücksspielende aufmerksam geworden?

☞ Mehrfachnennungen möglich

- Familienangehörige
 - Freunde / Bekannte
 - Arbeitgeber
 - Ambulante Suchtberatungsstelle
 - Stationäre Suchtbehandlung
 - Arzt / Ärztin / Psychotherapeut*in
 - Telefonseelsorge / Telefonische Hotline
 - Bewährungshelfer / Gericht / Rechtsanwalt
 - Internet
 - Zeitung oder öffentlicher Aushang
 - Rundfunk / Fernsehen
 - Teilnehmer*in der Selbsthilfegruppe
 - Sonstiges, und zwar:
-

22. Wie regelmäßig nehmen Sie an den Gruppentreffen teil?

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

regelmäßig, möglichst bei jedem Treffen eher unregelmäßig, nicht bei jedem Treffen

23. Wie häufig berichten Sie in der Gruppe von eigenen Erfahrungen?

☞ Bitte hier nur Zutreffendes ankreuzen!

nie

selten

oft

immer

24. Welche der folgenden Gründe haben Sie dazu veranlasst, Kontakt zur Selbsthilfegruppe aufzunehmen?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Das Drängen von Angehörigen oder Freunden, etwas gegen das Spielen zu unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Drängen des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlendes Verständnis von Angehörigen und Bekannten für meine Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Suche nach Gleichgesinnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die schwierige finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Spielbedingte) Schwierigkeiten in der Partnerschaft oder in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Probleme durch das Spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktschwierigkeiten zu anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme am Arbeitsplatz, in der Ausbildung, in der Schule oder im Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlendes Verständnis bei Ärzten / Psychotherapeuten oder in Beratungsstellen für die Probleme eines* Spielers*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein anstehendes Strafverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sehnsucht nach einem gesunden Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erkenntnis, dass ich das Spielen alleine nicht in den Griff bekomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Die Überzeugung, dass andere Betroffene mir helfen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Wunsch nach langfristiger, flexibler Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Welche inneren und äußeren Hürden mussten Sie überwinden, bevor Sie Kontakt zur Selbsthilfegruppe aufgenommen haben?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Die Sorge, dort Bekannte zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die mangelnde Bereitschaft, das Spielen aufzugeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unkenntnis über das Selbsthilfeangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Unsicherheit über den Ablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheiten bezüglich der Gruppensituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Skepsis, ob mir das hilft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abneigung dagegen, mit anderen über meine Probleme und Gefühle zu reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weite oder komplizierte Anfahrt zu den Gruppentreffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unpassende Termine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Welche Hoffnungen und Wünsche verbinden Sie mit der Selbsthilfegruppe?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Verständnis (für Glücksspielprobleme) bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus der Erfahrung anderer Betroffener lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipps / Vorschläge, was ich in bestimmten Situationen tun soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderen Betroffenen mit meiner Erfahrung helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu einer Gemeinschaft gehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Schutz vor Rückfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei Rückfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe und Tipps bei anderen privaten oder beruflichen Problemen und Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemeinsame Unternehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	--	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Welche Erwartungen haben Sie an die anderen Teilnehmer*innen der Selbsthilfegruppe?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
gut zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipps geben und Vorschläge machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kritisch nachfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mir deutlich die Meinung sagen / mich konfrontieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mich ermutigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von eigenen Erfahrungen berichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
positives Vorbild sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Teilnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Gruppentreffen hinaus für mich ansprechbar sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Welche positiven Effekte hat die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe für Sie?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Ich sehe die eigene Situation klarer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es erleichtert mich, Ansprechpartner für meine Schwierigkeiten zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Gruppe weniger einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnahme stärkt mein Selbstwertgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe wieder Zugang zu meinen Emotionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
--	------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------

Ich nehme eigene Fortschritte und Erfolge besser wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Wert des Geldes wird mir wieder bewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schöpfe Hoffnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erfahrungsberichte motivieren mich, auch schwierige Phasen durchzuhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekomme Anregungen und Lösungsansätze für meine Probleme, z. B. Konflikte in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppe hilft, Rückfälle zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppe hilft, Rückfälle aufzufangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Gruppe bekomme ich Tipps, wo ich Hilfe für andere Themen finde, z. B. Schuldnerberatung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Gruppe kann ich auf professionelle Hilfe verzichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Welche negativen Effekte / Aspekte hat die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe für Sie?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu
Die Berichte der anderen verstärken mein Glücksspielverlangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertraue nicht allen, weil ich weiß, dass einige in der Gruppe lügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es stört mich, dass manche Teilnehmenden geschickt wurden statt aus eigener Motivation zur Gruppe zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist oft langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach manchen Gruppentreffen fühle ich mich schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Teilnehmenden in der Gruppe wechseln zu häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppentreffen sind mir zu unstrukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gruppentreffen sind mir zu stark strukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Selbsthilfegruppe?

sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRAGEN ZUR GESTALTUNG UND ORGANISATION IHRER AKTUELLEN SELBSTHILFEGRUPPE

31. Wie häufig finden die offiziellen Gruppentreffen statt?

seltener als
1x pro Monat

1x pro Monat

14-tägig

1x wöchentlich

häufiger als
1x wöchentlich

32. Wie lange dauert ein Gruppentreffen in der Regel?

bis circa 1
Stunde

circa 1,5 Stunden

circa 2 Stunden

länger als
2 Stunden

nach Bedarf, das
Ende ist offen

33. Wie viele Mitglieder besuchen die Gruppentreffen in der Regel?

männlich: __ __ weiblich: __ __

34. Welche Inhalte kommen in den Gruppentreffen vor?

	nie	manch- mal	immer
Aktuelle glücksspielbezogene Erfahrungen und Probleme von Teilnehmer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Probleme von Teilnehmer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche oder ausbildungsbezogene Schwierigkeiten von Teilnehmer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Fragen von Teilnehmer*innen zum Umgang mit Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Austausch über glücksspielbezogene Themen, z. B. Rückfall und Rückfallprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge von Expert*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaudern, allgemeine Unterhaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche über eigene Gefühle wie Ängste, Traurigkeit, Freude usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wie wichtig sind bzw. wären mir diese Inhalte?

	gar nicht wichtig	kaum wichtig	ziemlich wichtig	außeror- dentlich wich- tig
Aktuelle glücksspielbezogene Erfahrungen und Probleme von Teilnehmer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private Probleme von Teilnehmer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche oder ausbildungsbezogene Schwierigkeiten von Teilnehmer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Fragen von Teilneh- mer*innen zum Umgang mit Behörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeiner Austausch über glücksspielbe- zogene Themen, z. B. Rückfall und Rückfall- prävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Themenabende, z. B. zu Rückfall, Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorträge von Expert*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaudern, allgemeine Unterhaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche über eigene Gefühle wie Ängste, Traurigkeit, Freude usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang B

*12 Schritte der Anonymen Spieler*innen*

Das Genesungsprogramm

1. Wir gaben zu, daß wir dem Spielen gegenüber machtlos sind - und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Wir kamen zu dem Glauben, daß eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Wir faßten den Entschluß, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes - wie wir ihn verstanden - anzuvertrauen.
4. Wir machten gründlich und furchtlos eine moralische und finanzielle Inventur in unserem Innern.
5. Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Demütig baten wir ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.
8. Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wiedergutzumachen.
9. Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut - wo immer es möglich war - es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewußte Verbindung zu Gott - wie wir ihn verstanden - zu vertiefen. Wir baten ihn, nur seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Nachdem wir durch diese Schritte ein seelisches Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an süchtige Spieler weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.

(Quelle: <https://www.anonyme-spieler.org/ueber-uns/12-schritte>, abgerufen am 21.02.2020)

Anhang C

Inhalte der Studieninformationsseite im Internet

Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielende

Auf dieser Seite stellen wir Ihnen eine Studie zur Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielende vor. Die Forschungsgruppe Glücksspiel der Universität Bremen führt sie im Auftrag des **Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport** durch. Unsere Mitarbeiterin, Dipl.-Psych. Lydia Girndt, erhebt in diesem Zusammenhang bundesweite Daten für ihre Dissertation.

Zum Hintergrund

Glücksspielsucht ist eine anerkannte **Krankheit**, die das Alltagsleben von Betroffenen dominiert. Betroffene verspüren ein **unwiderstehliches Verlangen** nach dem Glücksspiel und nehmen nahezu jede Gelegenheit zum Spielen wahr. Dadurch vernachlässigen sie wichtige berufliche Verpflichtungen und soziale Kontakte, verspielen manchmal Haus und Hof.

Die ambulante Beratung steht Betroffenen und ihren Angehörigen mit **Fachwissen** und **Methodenkenntnissen** zur Seite. In Selbsthilfegruppen profitieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vom **Erfahrungswissen** der anderen. So scheinen ambulante Suchtberatung und Selbsthilfegruppen sich ideal zu ergänzen. Während viele Betroffene beide Unterstützungsformen nutzen, bevorzugen andere entweder die professionelle Hilfe oder die Selbsthilfe. Über die Nutzung von und Erwartungen an Selbsthilfegruppen für Glücksspielende in Deutschland ist dennoch wenig bekannt.

Fragestellung

Die Studie geht den Fragen nach,

- wie und von welchen Personengruppen verschiedene Hilfeangebote genutzt werden,
- warum insbesondere Selbsthilfegruppen aufgesucht oder gemieden werden und
- wie sich das Angebot verbessern lässt, um mehr Betroffene zu erreichen.

Die Doktorarbeit wird untersuchen,

- welche Unterschiede es zwischen verschiedenen Personengruppen in der Nutzung von Selbsthilfegruppen für Glücksspielende gibt.

Zur Analyse dieser Fragen vergleichen wir die Antworten der Personen, die (auch) eine Selbsthilfegruppe besuchen mit denjenigen, die ausschließlich die Suchtberatung nutzen.

Mitmachen

Den abschließenden Ergebnisbericht stellt das Team den Teilnehmenden zur Verfügung.

Wenn Sie die Studie unterstützen mögen oder weitere Informationen brauchen, wenden Sie sich bitte **mit einem Anruf oder einer E-Mail** an:

Dipl.-Psych. Lydia Girndt

Tel.: 0421 / 218 68705

E-Mail: lydia.girndt@uni-bremen.de

Selbstverständlich werden alle Erfordernisse der **Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)** berücksichtigt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität Bremen positiv bewertet. Alle Mitarbeitenden und Kontaktpersonen unterzeichnen die folgende **Verschwiegenheitserklärung**:

„Hiermit verpflichte ich mich, alle personenbezogenen Daten die mir im Rahmen der Studie mit dem vollständigen Titel „Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer Glücksspieler*innen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale“ bekannt werden, und alle weiteren Angelegenheiten, die die Teilnehmenden der Studie betreffen, vertraulich zu behandeln und hierüber gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.“

Anhang D

Subskalen des Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help – Short Form (ATSPPH-SF; nach Picco et al., 2016)

Nr.	Item	Polung ^a
Subskala 1: Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe		
2	Über psychische Probleme zu reden, ist eine schlechte Art, seelische Probleme zu lösen.	-
3	Psychotherapie würde mich in einer emotionalen Krise entlasten.	+
8	Wenn ich den Zeitaufwand und die Kosten einer Psychotherapie denke, bin ich mir unsicher, ob sich das für jemanden wie mich lohnen würde.	-
Subskala 2: Nutzen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe		
1	Wenn ich einen Nervenzusammenbruch hätte, würde ich professionelle Hilfe suchen.	+
5	Ich würde mir psychologische Hilfe suchen, wenn ich längere Zeit beunruhigt oder verstimmt wäre.	+
6	Vielleicht brauche ich zukünftig einmal psychologische Beratung.	+
7	Ein Mensch mit einem psychischen Problem kann es wahrscheinlich schlecht alleine lösen; mit professioneller Hilfe kann er es besser in den Griff bekommen.	+
Subskala 3: Geringer ^b Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung		
4	Menschen, die ihre Probleme und Ängste ohne professionelle Hilfe bewältigen, sind bewundernswert. ^c	-
9	Menschen sollten ihre Probleme selbst lösen und psychologische Beratung sollte der letzte Ausweg sein.	-
10	Persönliche und emotionale Schwierigkeiten erledigen sich, wie die meisten Dinge im Leben, normalerweise von selbst.	-

Anmerkungen. Eigene Übersetzung der Skalen und Items. ^a + = entspricht positiver Einstellung, - = entspricht negativer Einstellung, bedarf Rekodierung; ^b Skalenbezeichnung angepasst; ^c aus Analysen ausgeschlossen

Anhang E

Subskalen des Big Five Inventory (BFI-2; nach Danner et al., 2016)

Nr. ^a	Item	Polung ^b
Domäne Extraversion, Facette Geselligkeit		
01	Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	+
16	Ich bin eher ruhig.	-
31	Ich bin eher schüchtern.	-
46	Ich bin gesprächig.	+
Domäne Extraversion, Facette Aktivität		
11	Ich schäume selten vor Begeisterung über.	-
26	Ich bin weniger aktiv und unternehmungslustig als andere.	-
41	Ich bin voller Energie und Tatendrang.	+
56	Ich bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	+
Domäne Extraversion, Facette Durchsetzungsfähigkeit		
06	Ich bin durchsetzungsfähig, energisch.	+
21	Ich neige dazu, die Führung zu übernehmen.	+
36	Mir fällt es schwer, andere zu beeinflussen.	-
51	In einer Gruppe überlasse ich lieber anderen die Entscheidung.	-
Domäne Gewissenhaftigkeit, Facette Fleiß		
08	Ich bin bequem, neige zu Faulheit.	-
23	Ich neige dazu, Aufgaben vor mir herzuschieben.	-
38	Ich bin effizient, erledige Dinge schnell.	+
53	Ich bleibe an einer Aufgabe dran, bis sie erledigt ist.	+
Domäne Gewissenhaftigkeit, Facette Ordnungsliebe		
03	Ich bin eher unordentlich.	-
18	Ich bin systematisch, halte meine Sachen in Ordnung.	+
33	Ich mag es sauber und aufgeräumt.	+
48	Ich bin eher der chaotische Typ, mache selten sauber.	-

Domäne Gewissenhaftigkeit, Facette Verlässlichkeit		
13	Ich bin stetig, beständig.	+
28	Ich bin manchmal ziemlich nachlässig.	-
43	Ich bin verlässlich, auf mich kann man zählen	+
58	Manchmal verhalte ich mich verantwortungslos, leichtsinnig.	-

Anmerkungen. ^a Nummer des Items im vollständigen BFI-2. ^b + = Zustimmung entspricht höherer Ausprägung, - = Zustimmung entspricht geringerer Ausprägung, bedarf Rekodierung.

Anhang F

Häufigkeitsverteilungen Glücksspielverhalten und Nutzung informeller Hilfen

	Gesamt N= 355		SHPH n = 200		SH n = 40		PH n = 115	
Problemstatus vor Inanspruchnahme der Hilfe	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gelegenheitsspieler*in	24	6.8	10	5.0	6	15.0	8	7.0
Glücksspielsucht	331	93.2	190	95.0	34	85.0	107	93.0
Anzahl genutzter Spielformen (4 Wochen)^a	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Keine	253	71.9	148	74.0	29	72.5	76	67.9
Eine	58	16.5	36	18.0	8	20.0	14	12.5
> Eine	41	11.6	16	8.0	3	7.5	22	19.6
Problemspielformen	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Lotto / Lotterien / Rubbellose	29	8.2	21	10.5	4	10.0	4	3.5
Sport-/Pferdewetten	71	20.0	38	19.0	4	10.0	29	25.2
Automatenspiel Spielhallen / Gastro	276	77.7	157	78.5	30	75.0	89	77.4
Automatenspiel Spielbanken	88	24.8	53	26.5	9	22.5	26	22.6
Tischspiele Spielbanken	54	15.2	38	19.0	4	10.0	12	10.4
Online-Kasinos ^b	100	28.2	50	25.1	13	32.5	37	32.2
Sonstiges	15	4.2	10		2		2	
Jemals genutzte informelle Hilfe	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Familie, Freunde, Bekannte ^d	281	81.0	163	83.6	31	77.5	87	77.7
Hotline ^d	25	7.3	13	6.5	4	10.0	8	7.1
Print-Ratgeber ^c	148	41.9	99	50.0	15	37.5	34	29.6
Online-Informationen / -Programme / Apps ^a	107	30.4	63	32.0	11	27.5	33	28.7
Austausch in Online-Foren ^e	55	15.7	38	19.5	6	15.0	11	9.6

Anmerkungen. SHPH: Selbsthilfegruppe und (jemals) professionelle Hilfe, SH: ausschließlich Selbsthilfegruppe, PH: ausschließlich professionelle Hilfe.

^a Gültige *n* = 352. ^b Gültige *n* = 354. ^c Gültige *n* = 347. ^d Gültige *n* = 351. ^e Gültige *n* = 353.

^e Gültige *n* = 350.

Anhang G

Bivariate Zusammenhangsmaße zur Prüfung der Multikollinearität

Prädiktoren	Absolutbetrag des Zusammenhangs
Alter x Extraversion	r = .116
Alter x Berufssituation (dichotomisiert)	r _{PB} = .247
Alter x Wohnlage (dichotomisiert)	r _{PB} = .063
Extraversion x Berufssituation (dichotomisiert)	r _{PB} = .075
Extraversion x Wohnlage (dichotomisiert)	r _{PB} = .012
Beruf x Wohnlage	Phi = .034
Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe x Nutzen (Effekt) der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe	r = .421
Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe x Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung	r = .371
Nutzen (Effekt) der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe x Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung	r = .319
Extraversion x Offenheit für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe	r = .049
Extraversion x Nutzen (Effekt) der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe	r = .043
Extraversion x Geringer Wunsch nach eigenständiger Problembewältigung	r = .048
Gewissenhaftigkeit x Verlässlichkeit	 r = .779
Gewissenhaftigkeit x Berufssituation (dichotomisiert)	r _{PB} = .027
Gewissenhaftigkeit x Wohnlage (dichotomisiert)	r _{PB} = .053
Verlässlichkeit x Berufssituation (dichotomisiert)	r _{PB} = .063
Verlässlichkeit x Wohnlage (dichotomisiert)	r _{PB} = .009

Anmerkungen. r_{PB} = punktbiserialer Korrelationskoeffizient. Grenzwerte für Multikollinearität: |r| > .7 und |Phi| ≥ .4. Eine Überschreitung des Grenzwertes ist fett dargestellt.

Erklärung

Erklärung gemäß § 6 Abs. 5 Promotionsordnung Dr. phil. der Universität Bremen für die Fachbereiche 8 bis 12 vom 29. Mai 2012:

Hiermit versichere ich, dass ich

1. diese Arbeit ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe,
2. keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und
3. wörtliche oder inhaltliche Übernahmen der benutzten Werke als solche kenntlich gemacht habe.



Bremen, 10.06.2020

(Ort, Datum und Unterschrift)