Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Hamburg
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Professor Dr. med. Dieter Naber

PATHOLOGISCHES SPIELEN IM BLICKPUNKT ZWISCHEN SUCHT UND ZWANG

Eine vergleichende Pilotstudie
zu Persönlichkeitsmerkmalen und Komorbidität
bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit, pathologischem Spielen
und Zwangsstörung vor Therapiebeginn

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von

Susanne Tabrizian
aus Teheran

Hamburg, 1999

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: *20. Oktober 1999*

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin
der Universität Hamburg

Sprecher: *Prof. Dr. H.-P. Leichtweiß*

Referent: *Prof. Dr. I. Hand*

Koreferent: *Prof. Dr. D. Naber*

1 EINLEITUNG 6

1.1 VORBEMERKUNG 6
1.2 AUFBAU DER ARBEIT 7

2 THEORETISCHER HINTERGRUND 8

2.1 SUCHTMODELL VERSUS NEUROSEMODELL 8
2.2 THEORIE DER PERSÖNLICHKEITSDIAGNOSTIK 12
2.2.1 HANDLUNGS- UND LAGEORIENTIERUNG 13
2.2.2 FUNKTIONSKOMPONENTEN DES WILLENS 14
2.2.3 PERSÖNLICHKEITS-STIL- UND STÖRUNGS-INVENTAR (PSSI) 17
2.3 LITERATURRECHERCHE 21
2.3.1 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND KOMORBIDITÄT 21
2.3.1.1 Alkoholabhängigkeit und Angststörungen 21
2.3.1.2 Alkoholabhängigkeit und Affektive Störungen 22
2.3.1.3 Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen 24
2.3.2 PATHOLOGISCHES SPIELEN UND KOMORBIDITÄT 24
2.3.2.1 Pathologisches Spielen und Angststörungen 25
2.3.2.2 Pathologisches Spielen und Affektive Störungen 26
2.3.2.3 Pathologisches Spielen und Persönlichkeitsstörungen 26
2.3.3 ZWANGSSTÖRUNG UND ACHSE I-KOMORBIDITÄT 27
2.3.3.1 Zwangsstörung und Persönlichkeitsstörungen 28

3 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG 30

3.1 FRAGESTELLUNG 30
3.2 VORGEHEN 30
3.3 TESTVERFAHREN 31
3.3.1 ERFASSUNG VON ANGSTSTÖRUNGEN UND SOZIALEN DEFIZITEN 31
3.3.1.1 Unsicherheitsfragebogen 31
3.3.1.2 FSS-S: Fear-Survey-Schedule-Subscale 32
3.3.1.3 Fear Survey Schedule - Phobia (FSS-P) 32
3.3.1.4 Beck-Angstinventar 33
3.3.2 ERFASSUNG DEPRESSIVER SYMPTOMATIK 33
3.3.2.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI) 33
3.3.2.2 Montgomery and Asberg Depression-Rating-Scale (MADRS) 34
3.3.2.3 Hamilton Depression Scale (HAMD) 34

3.3.3 ERFASSUNG VON ZWÄNGEN 34
3.3.3.1 Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K) 34
3.3.3.2 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) 35
3.3.4 ERFASSUNG SOMATOFORMER STÖRUNGEN 36
3.3.4.1 Screening für Somatoforme Störungen (SOMS- 7T) 36
3.3.4.2 Beschwerdenliste (B-L) 36
3.3.5 STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW FÜR DSM-III-R (SKID) 36
3.3.6 PERSÖNLICHKEITSDIAGNOSTIK 37
3.3.6.1 HAKEMP 90 37
3.3.6.2 Fragebogen zur Erfassung von Selbststeuerungsformen (VCQ) 38
3.3.6.3 Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar (PSSI) 44

4 BEFUNDE UND ERGEBNISSE 49

4.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE 49
4.1.1 GRUPPE DER ALKOHOLABHÄNGIGEN PATIENTEN 49
4.1.2 GRUPPE DER PATIENTEN MIT PATHOLOGISCHEM SPIELVERHALTEN 49
4.1.2.1 Bevorzugte Spielart 49
4.1.2.2 Höhe der Gesamtschulden 50
4.1.2.3 Spielintensität 50
4.1.2.4 Belastungsgrad - Widerstandsgrad - Behinderungsgrad 51
4.1.3 GRUPPE DER PATIENTEN MIT ZWANGSSTÖRUNG 52
4.1.3.1 Ausprägung der Zwangssymptomatik 52
4.1.4 GRUPPENVERGLEICH DER SOZIODEMOGRAPHISCHEN DATEN N=51 53
4.2 ACHSE I-KOMORBIDITÄT 56
4.2.1 ERFASSUNG DEPRESSIVER SYMPTOMATIK 60
4.2.1.1 Beck -Depressions -Inventar (BDI) 60
4.2.1.2 Fremdratings: MADRS und HAMD 61
4.2.2 ERFASSUNG VON SOZIALEN DEFIZITEN UND ÄNGSTEN 61
4.2.2.1 Unsicherheitsfragebogen 61
4.2.2.2 FSS-S 62
4.2.2.3 FSS-P 62
4.2.2.4 Beck- Angstinventar (BAI) 62
4.2.3 ERFASSUNG VON ZWÄNGEN 63
4.2.3.1 Hamburger Zwangsinventar (HZI-K) 63
4.2.3.2 Yale-Brown-Obsessive-Scale (Y-BOCS) 64
4.2.4 ERFASSUNG SOMATOFORMER STÖRUNGEN 64
4.2.4.1 Screening für somatoforme Störungen (SOMS-7T) 64

4.2.4.2 Beschwerdeliste (B-L) 65
4.3 PERSÖNLICHKEITSDIAGNOSTIK 65
4.3.1 HAKEMP 90 65
4.3.2 FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG VON SELBSTSTEUERUNGSFORMEN (VCQ) 67
4.3.3 PERSÖNLICHKEITS- STIL- UND STÖRUNGSINVENTAR (PSSI) 69

5 DISKUSSION 73

5.1 PERSÖNLICHKEITSDIAGNOSTIK 73
5.1.1 HANDLUNGS- VERSUS LAGEORIENTIERUNG 74
5.1.2 SELBSTSTEUERUNG 75
5.1.3 PERSÖNLICHKEITSSTILE 78
5.2 ACHSE I-KOMORBIDITÄT 81
5.2.1 DEPRESSIVITÄT UND SOZIALE DEFIZITE / ÄNGSTE 81

6 ZUSAMMENFASSUNG 85

6.1 ERGEBNISSE 85
6.2 SCHLUßFOLGERUNGEN 87

7 LITERATURVERZEICHNIS 90

8 DANKSAGUNG 95

9 LEBENSLAUF 96

1 EINLEITUNG

1.1 Vorbemerkung

Die vorliegende Arbeit präsentiert erste Auswertungsergebnisse einer derzeit laufenden Therapie-Evaluationsstudie, die Patienten aus drei klinischen Diagnosegruppen - pathologische Spieler, Zwangspatienten und alkoholabhängige Patienten - vergleicht. Dabei liegt der Fokus auf der Gruppe der Spieler, die im Zentrum zwischen den anderen beiden Diagnosegruppen vergleichend untersucht wird. Warum haben wir diese Konstellation gewählt? Die ätiologische Einordnung des Störungsbildes „pathologisches Spielen“ mit den empfohlenen Behandlungskonsequenzen ist seit Jahrzehnten geprägt von ideologisch gefärbten kontroversen Diskussionen, die um die zentrale Frage kreisen: Ist das exzessive Spielen dem Formenkreis der „Suchterkrankung“ oder den „Zwangs- und Zwangsspektrumstörungen“ zuzurechnen? Viele Autoren haben aus verschiedensten Perspektiven diese Frage beleuchtet, angefangen mit Ausführungen über den Begriff „Sucht“ in seinen verschiedenen Dimensionen, über Sinn und Unsinn der diagnostischen Kriterien von DSM und ICD bis hin zu kontrollierten Therapieverlaufsstudien. Bei all dieser anscheinend bestehenden Widersprüchlichkeit und den kontroversen Ansichten wird ein Aspekt besonders deutlich: Es besteht eine ausgesprochene Komplexität und Heterogenität der Gruppe der pathologischen Spieler, die eine ätiologische und phänomenologische Beschreibung erschweren.

Aus diesem Grunde gilt das Hauptinteresse unserer übergeordneten Gesamtstudie der Identifizierung von Subgruppen innerhalb jeder der drei klinischen Hauptgruppen. In einem nächsten Schritt möchten wir unsere Hypothese, daß die gefundenen Subgruppen aus der jeweiligen Diagnosegruppe ‘untereinander ähnlicher’ sind als innerhalb des Gesamtspektrums ihrer primären Diagnosegruppe, überprüfen. Zudem möchten wir aus der Subgruppen-Diagnostik Prädiktoren für den Therapieverlauf extrahieren und anschließend therapeutische Interventionen ableiten. Diese Darlegung unserer Ziele und Anliegen im Gesamtprojekt dient dazu, den Stellenwert der vorliegenden Arbeit als einen Baustein innerhalb des ‘Gesamtgefüges’ einordnen zu können.

Ziel dieser Untersuchung ist in erster Linie die deskriptive Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei klinischen Diagnosegruppen hin-

sichtlich Persönlichkeitsmerkmalen und Achse I-Komorbidität. Auf der Grundlage dieser vergleichenden Analyse sollen erste Tendenzen zu Subgruppenbildungen und Ansatzpunkte für spezifische therapeutische Interventionen abgeleitet werden. Hierzu bedienten wir uns einer neu entwickelten Persönlichkeitsdiagnostik, deren Besonderheit in der differenzierteren Betrachtungsweise von persönlichkeitsspezifischen Aspekten liegt. In diesem Rahmen haben wir drei Bereiche untersucht: Persönlichkeitsmerkmale (entwickelt unter Bezugnahme auf die Persönlichkeitsstörungen des DSM IV); Kompetenzen und Defizite in der Selbststeuerung („Willensstärke"); Dispositionen zur „Lage-bzw. Handlungsorientierung".

Die zweite Untersuchungsebene betrifft die Achse I-Komorbidität, wobei hier v.a. depressive Störungen, Angststörungen und soziale Defizite erfaßt werden.

Bei einer insgesamt 51 Patienten umfassenden Stichprobe ergeben sich pro Achse I-Diagnosegruppe 16 Alkoholabhängige, 19 Pathologische Spieler und 16 Zwangspatienten. Da sich dadurch pro Gruppe lediglich eine kleine Stichprobe bei relativ umfassender Datenmenge ergibt, hat diese Arbeit den Stellenwert einer eher explorativen Pilotstudie zur Hypothesengenerierung für eine methodisch fundiertere Folgeuntersuchung.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit wird ein Überblick über den bisherigen Forschungsstand zu den Bereichen Achse I-Komorbidität und Achse II-Komorbidität (Persönlichkeitsstörungen) gegeben. Zudem werden die theoretischen Konzepte der Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik vorgestellt.

Der zweite Teil stellt Design und methodisches Vorgehen der empirischen Untersuchung vor.

Im dritten Teil werden die Ergebnisse der Persönlichkeitsdiagnostik und der Achse I-Symptomatik getrennt dargestellt.

Die Interpretation und Diskussion dieser Ergebnisse erfolgen im vierten Teil.

Im letzten Teil der Arbeit wird eine Zusammenfassung gegeben, die zugleich einen Ausblick auf weitergehende, notwendige Untersuchungen beinhaltet.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Suchtmodell versus Neurosemodell

Anfang der 80er Jahre wurde in den öffentlichen Medien und in der Fachliteratur überwiegend ein „Suchtmodell" des pathologischen Spielens vertreten. Das „klassische" Suchtmodell wurde von den Anonymen Alkoholikern entwikkelt und geht von der Annahme einer lebenslangen Krankheit aus, die nur durch lebenslange Abstinenz unter Kontrolle gebracht werden kann (z.B. Jellinek 1960). Kritiker dieses Modells sehen nicht nur Gefahren in der durch den Begriff „Sucht" erfolgten Stigmatisierung der Betroffenen und dadurch auch fehlenden Eigenverantwortlichkeit („Opferrolle"), sondern v.a. in der Einengung flexibler, problemspezifischer therapeutischer Handlungskonsequenzen. Im Rahmen eines sog. „Neurosemodells" bestehen nach HAND (1984) weitaus mehr Möglichkeiten, die vielfältigen Bedingungen und Funktionalitäten des heterogenen Störungsbildes des pathologischen Spielens einzuordnen. In diesem Zusammenhang bildet das pathologische Spielen im Zuge belastender Lebensereignisse bzw. im Sinne inadäquater Coping-Strategien eine Analogsymptomatik zu den bekannten „Symptombildungen" wie Angststörungen, Eßstörungen oder Zwangsstörungen. Zur Unterstützung dieser Argumentation bieten sich folgende klinische Beobachtungen der Parallelen zwischen einem Teil von exzessiven Spielern und Patienten mit exzessivem Zwangsverhalten an:

Beobachtbares Verhalten	**Zwangspatienten**	**pathologische Spieler**
1. Depressionsabwehr durch zwangsartige Verhaltensstereotype	kontinuierliche Wasch- oder Ordnungsrituale	stundenlange Beschäftigung mit Spielautomaten
2. Konfliktlösungsversuch; Autonomiebestreben	Symptomverhalten als Protest gegen Abhängigkeit/ Kontrolle durch nahestehende Andere; z.B. in ambivalenten Partnerbeziehungen. Dadurch soll der Partner zur Handlungskonsequenz, die der Betroffene sich selbst nicht zutraut, bewegt werden.	
3. Eskalation von weitestverbreitetem Normalverhalten	Verhalten wird als pathologisch eingestuft aus den Konsequenzen für die Umwelt und der Intensität des Verhaltens.	

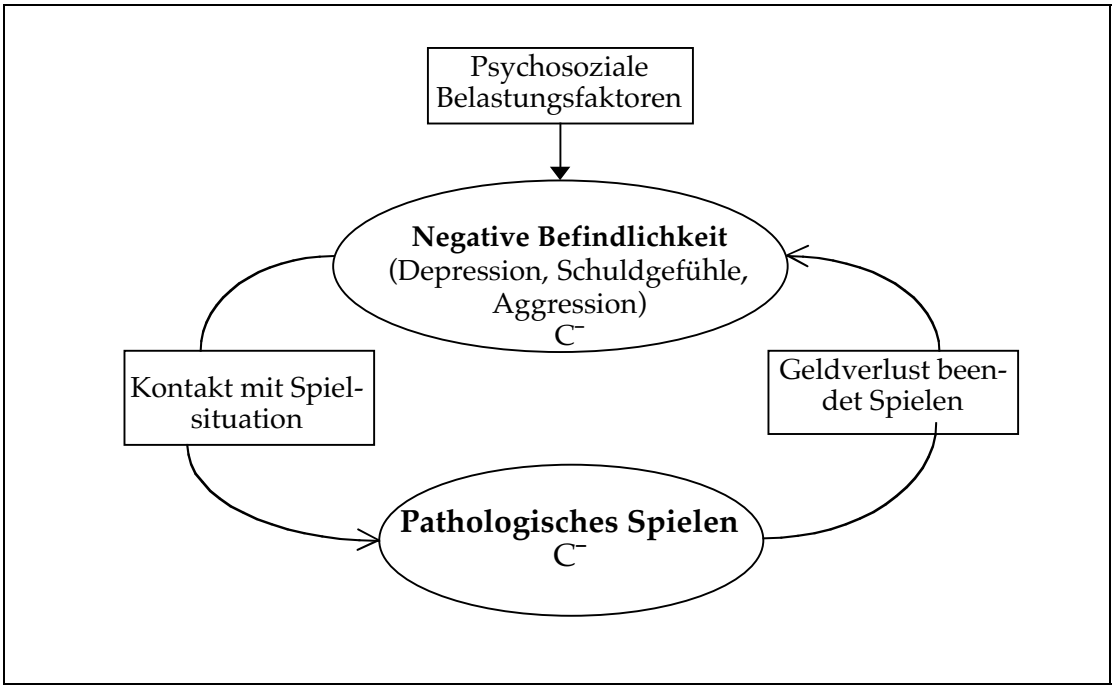
HAND & KAUNISTO (1984) entwickelten unter einer Reihe von ätiologischen Hypothesen eine Erstgesprächstechnik für die von ihnen behandelten Spieler und fanden dabei „Typen", für die Spielen eine interindividuell unterschiedliche Funktionalität hat. Dabei entstand durch Anlegung eines sehr groben Rasters eine vorläufige „Typisierung" der Spieler:

1. Der „**Glücksritter":** Dies sind meist junge Männer zwischen 17 und 25 Jahren, die eine ausgeprägte Geld- und Konsumorientierung haben und den erstrebten Lebensstandard rasch erreichen wollen. Aus unterschiedlichen Gründen sind sie bei der Suche nach einem möglichst einfachen Weg zu ihrem Ziel an das Glücksspiel geraten. Bei der Suche nach alternativen Strategien geht es häufig um Förderung der Berufsplanung und weniger geldgesteuerte Bedürfnisbefriedigung.
2. Der „**Desperado":** Er findet sich überwiegend bei den 30- bis 35 jährigen Männern, die ein „lonley rider"-Lebenskonzept in Berufen mit besonders guten sozialen Rückzugsmöglichkeiten lebten. Irgendwann geht er gegen seine vermeintlichen ursprünglichen Intentionen eine Zweierbeziehung ein. In der so entstehenden Ambivalenz provoziert er die Trennung, indem er durch eskalierendes Spielverhalten und hohe Schulden seiner Partnerin das Zusammenleben unerträglich macht.
3. Der „**Resignierer"**: Diese sind eher Männer um die 45 Jahre, die unter einer teils erlebten, teils „abgewehrten" Depression leiden, die zumeist aus einer als unlösbar erscheinenden privaten oder beruflichen Lebenssituation herrührt. Die stereotypisierte Interaktion mit dem Automaten hat hier hypothetisch die Funktion der Vermeidung der Depressionsbewältigung.

Diese sehr vorläufige Typisierung wird sicherlich nicht den individuellen und komplexen Bedingungen gerecht, die gerade für die heterogene Gruppe der Spieler charakteristisch zu sein scheint. Jedoch zeigt sich hier ein neues Verständnis, mit dem pathologisches Spielen aus der gesamten sozialen Situation heraus und im Kontext der intrapsychischen und interaktionellen Funktionalitäten betrachtet wird. Exzessives Spielen stellt sich als Symptom in einer problematischen Lebenssituation dar, in der dem Betroffenen keine adäquaten Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen.

Die Weiterentwicklung dieser aus klinischer Beobachtung entstandenen Typisierung läßt sich anhand eines lerntheoretischen „Modells negativer Verstärkung" verdeutlichen (HAND 1992).

Abbildung1: Pathologisches Spielen: Ein Modell negativer Verstärkung (nach HAND 1998) (gekürzt).



C ⁻ = Reduktion negativer Befindlichkeit= Negativer Verstärker

Dieses Hypothesen-Modell geht davon aus, daß psychosoziale Belastungsfaktoren (Konflikte bei Defiziten der sozialen Kompetenz und Problemlösung, mangelnde Lebensperspektive, Trauerreaktionen etc.) zu einer negativen Befindlichkeit führen, die verschiedene Formen annehmen kann: eine wahrgenommene oder larvierte Depression, Schuldgefühle, Angst- oder Aggressionsgefühle. In diesem Zustand negativer Befindlichkeit hat die Person nun einen bis mehrere zufällige Kontakte mit Spielsituationen und stellt fest, daß es ihr in der Spielsituation deutlich besser geht. Diese Ablenkung von negativen Gefühlszuständen wirkt als „negativer Verstärker", so daß die Spielsituation gehäuft aufgesucht wird. Es kommt früher oder später zu einem Teufelskreis: Durch anhaltende hohe Verluste beim Spielen wird zunächst das negative Selbstbild („Ich bin ein Verlierer") verstärkt, das wiederum die negative Befindlichkeit erhöht. Diese führt zu einer Zunahme des Drangs („Zwang") „Ich muß gewinnen, sonst ist das Leben unerträglich". Auf kognitiver Ebene zeigt sich ein magisches Denken („Ich werde gewinnen, wenn ich nur mein System richtig spiele") und optimistische Hoffnung („Ich gewinne jetzt gleich"). Es kommt zu einem neuen Einsatz, der wiederum den Teufelskreis in Gang setzt.

Zusammengefaßt scheint pathologisches Spielen, nach Ausschluß von hirnorganischen und psychotischen Erkrankungen, vor allem unter folgenden Bedingungen aufzutreten:

1. Ablenkung von Depressivität aufgrund von:
   - sozialer Schwierigkeiten (z.B. Arbeitslosigkeit)
   - privaten Problemen (Verlust/Trennung einer nahestehenden Person)
   - Fehlen einer sinnvollen Lebensperspektive (Mangel an Aufgaben, Zielen oder Herausforderung im Alltagsleben)
2. Abreagieren von inneren Spannungszuständen aufgrund von unlösbar erscheinenden Konfliktsituationen (z.B. Partnerschaft oder Familie).
3. Kompensation von sozialer Isolierung oder sozialen Ängsten (z.B. Spielautomat als Kontaktersatz bei „Einzelgängern").

Abbildung 2: Funktionalität und Verstärkung des Glücksspielens (nach Hand 1998)

<table>
<tr><th>„Soziales" Glücksspielen</th><th>„Pathologisches" Glücksspielen</th><th>„Süchtiges" Glücksspielen</th></tr>
<tr><td>C+ Modell:
Positive Verstärkung</td><td>C - Modell:
Negative Verstärkung</td><td>Prae- → Para-
Suizidales Verhalten</td></tr>
<tr><td rowspan="3">• Spaß am Spiel
• Stimulation bei Langeweile
• „NOW-ISM" Instant-Befriedigung (geweckter) Bedürfnisse</td><td>• „ESCAP(E)-ISM (aktive Meidung)
  • Alltagsleben=„Schmerz" (Depression, Angst, Schuldgefühle, Ambivalenz)
  • Meidung von Schmerz im ziellosen Spiel (Schein-/ Märchenwelt der Spielsituation)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Provokation der Umwelt (Versuch von Auflösung wie auch Aufrechterhaltung der Ambivalenzen)</td></tr>
<tr><td>• Mangel an Sinnorientierung in der Lebensführung</td><td>• Verlust der Sinnorientierung in der Lebensführung
• Nichtgewußte Intention zum Suizid via sozioökonomischer Selbstzerstörung</td></tr>
<tr><td>• Materielle Sinnorientierung in der Lebensführung</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

Pathologisches Spielen erscheint also als unangemessener 'Coping'-Versuch in einer belastenden, problematischen Lebenssituation. Der Suchtbegriff oder der Begriff der Suchtpersönlichkeit wird verzichtbar. Das schließt nicht eine nähere Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen aus, um sie zur weiteren Klassifizierung von Subgruppen innerhalb der heterogenen Gruppe der Spieler heranzuziehen und anschließend therapiespezifische Interventionen abzuleiten. Ein weiterer interessanter Aspekt, bei dem es sich lohnt, Persönlichkeitsmerkmale mitzuberücksichtigen, ergibt sich aus der klinischen Beobachtung, daß bei ähnlichen sozialen Problemkonstellationen Betroffene ganz unterschiedliche Symptome entwickeln: Der eine entwickelt eine Zwangsstörung, der andere ein exzessives Spielverhalten oder eine andere psychische Störung, wobei die Symptomatik häufig als inadäquate Bewältigungsstrategie imponiert. Aus neuropsychologischer Sicht GAZZANIGAs (1992) gehe es in der biologischen Forschung nicht (mehr) um den Nachweis spezifischer Gene für Suchtverhalten, sondern um die Klärung genetischer Grundlagen für Basis-Vulnerabilitäten (erhöhte Angstbereitschaft, Hyperaktivität etc.).

Ziel dieser Untersuchung ist es, in Form einer Pilotstudie den genannten Hypothesen ein Stück näher zu kommen. In erster Linie geht es um eine deskriptive Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der untersuchten drei Diagnosegruppen - Spieler, Alkoholabhängige und Zwangspatienten - hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen und Komorbidität. In einem weiteren Schritt werden aus den Ergebnissen des empirischen Teils Hypothesen zu Subgruppen innerhalb der Diagnosegruppen formuliert. Zudem wird ein Ausblick zu spezifischen therapeutischen Interventionen geschaffen, die sich aus der Interpretation der Persönlichkeitsdiagnostik ableiten lassen.

2.2 Theorie der Persönlichkeitsdiagnostik

Die in dieser Untersuchung verwendeten Selbstbeurteilungsfragebögen zu Persönlichkeitsaspekten wurden von der Osnabrücker Forschungsgruppe (KUHL et al.) am Lehrstuhl für Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung entwickelt. Diese Fragebögen wurden auf der Basis experimenteller Befunde aus experimentalpsychologischer Grundlagenforschung und vor dem Hintergrund theoretischer Konzepte konstruiert.

2.2.1 Handlungs- und Lageorientierung

Ein Hauptaspekt dieser Persönlichkeitsdiagnostik beschäftigt sich mit der Disposition von Personen zu einem handlungsorientierten Verhalten im Gegensatz zu der Disposition zu einem lageorientierten Persönlichkeitsstil. Dieses Interesse läßt sich auf die zentrale Beobachtung zurückführen, daß manche Personen - besonders bei auftretenden Schwierigkeiten oder drohenden Mißerfolgen - über *Handlungsmöglichkeiten* nachsinnen, während andere sich mehr mit einer eingetretenen oder erwarteten *Lage* beschäftigen (KUHL, 1972, 1978, 1997). Häufig erleben Menschen derartige Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit unter Belastung. Es fehlt oft nicht an Wissen und sonstigen Fähigkeiten, aber die vorhandenen Kompetenzen sind nicht immer einsetzbar. Der Modus der Lageorientierung ist häufig durch Kognitionen gekennzeichnet, die um die eingetretene *Lage* kreisen, ohne daß alternative Handlungsmöglichkeiten, um aus dieser Lage wieder herauszukommen, der Person in den Sinn kommen. Hingegen bezeichnet Handlungsorientierung eine Systemkonfiguration, die durch die Instruktion „alles zu tun, um aktiv zu werden" gekennzeichnet ist. Menschen mit dieser Disposition können ihre Handlungskompetenz unter Belastung genauso gut oder sogar besser ausschöpfen. Trotz dieser Dispositionsunterschiede hängt das Ausmaß der Lage- und Handlungsorientierung auch von der konkreten Situation ab. So kann nach wiederholten Rückschlägen die handlungsorientierte Person in einen lageorientierten Zustand geraten. Lageorientierte können unter entspannten Bedingungen u.U. ein größeres kreatives Potential entfalten als Handlungsorientierte mit vergleichbaren Fähigkeiten (KUHL, 1994). Folglich sollten im Idealzustand einseitige Fixierungen auf einen lage- oder handlungsorientierten Persönlichkeitsstil „flexibilisiert" werden, um eine größtmögliche Problemlösungskompetenz zu erreichen.

Zur Operationalisierung der Theorie der Handlungs- und Lageorientierung entwickelte KUHL den Fragebogen HAKEMP 90 (KUHL,1994), der den Grad der Handlungskontrolle nach Mißerfolg (HOM), bei Handlungsplanung (HOP) und bei der Tätigkeitsausführung (HOT) erfaßt.

Die HOM-Skala dient der Vorhersage von generalisierten Leistungsdefiziten nach Mißerfolgserlebnissen. An dieser Stelle differenziert Kuhl gegenüber der Theorie „der erlernten Hilflosigkeit" (Seligman; 1975). Nach Seligman führen Mißerfolgserlebnisse bei einer Aufgabenart zu Erwartungs- und Motivationsde-

fiziten bei anderen Aufgabentypen. Im Gegensatz zu dieser Annahme führt Kuhl die Leistungsdefizite nach Mißerfolg auf eine Störung der „Handlungskontrolle“ zurück, d.h. Lageorientierte haben bei der Bearbeitung einer neuen Aufgabe weniger Kontrolle über das Auftreten von störenden Kognitionen, die sich noch auf das vorausgegangene Mißerfolgserlebnis beziehen. Experimentelle Befunde bestätigen, daß Leistungsdefizite nach Mißerfolgsinduktion nur bei Lageorientierten auftraten (KUHL, 1981).

Die HOP-Skala erfaßt den Zusammenhang zwischen dem Intentionsgrad zur Ausführung von Aktivitäten und dem Ausmaß der tatsächlichen Ausführung. Die Korrelation zwischen Intention und Ausführung sind bei „Handlungsorientierten“ erheblich größer als bei „Lageorientierten“.

Die HOT-Skala mißt das Ausmaß, in dem eine Person in einer Tätigkeit „aufgeht“, ohne daß die Aufmerksamkeit von der Tätigkeitsausführung abgelenkt wird.

2.2.2 Funktionskomponenten des Willens

Im Rahmen der eingesetzten „Osnabrücker-Testdiagnostik“ liegt ein zweiter Hauptaspekt dieser Arbeit in der Untersuchung von Funktionsmerkmalen des Willens. Mit dem verwendeten Fragebogen VCQ sollen Selbststeuerungskompetenzen auf der Ebene von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen erfaßt werden, wie sie in typischen Handlungskonflikt-Situationen des Alltags auftreten, in denen der Wille gefordert ist. Dabei versucht der VCQ willentliche Kompetenzen, wie z.B. Planen, Initiative, Aufmerksamkeitskontrolle und Impulskontrolle unabhängig von Defiziten im Zugriff auf solche Kompetenzen zu erfassen. Diese eingeschränkte Effizienz solcher Willensfunktionen äußert sich z.B. in Form von Rigiditäts-und Perseverationserleben oder einer Handlungsunfähigkeit. Störungen der Selbststeuerung können durch belastende Lebensbedingungen ausgelöst werden oder auch durch Persondispositionen bedingt sein. Man spricht auch von einer situativ bzw. dispositionell bedingten “Hemmung“ der relevanten volitionalen Funktionsbereiche.

Wie läßt sich der Begriff „Wille“ definieren? Im alltagssprachlichen Gebrauch verstehen wir unter dem Begriff „Willen“ die Fähigkeit eines Menschen, sich Ziele zu setzen und sie effizient zu verfolgen. Daß es sich dabei nicht um ein fiktives Konstrukt handelt, belegen Hinweise aus der Neuropsychologie. Pati-

enten mit Verletzungen des präfrontalen Cortex zeigen genau die Ausfälle, die wir im Alltag mit Beeinträchtigungen des Willens in Verbindung bringen (LURIA, 1992/1973). Die Schwierigkeit bei der wissenschaflichen Explikation des Willensbegriffes liegt in seiner Komplexität. KUHL beschreibt den Begriff „Wille“ als zentrale Koordinationsfunktion zwischen verschiedenen psychischen Teilsystemen (z.B. Motivation, Stimmung, physiologisches Befinden, intuitive Gewohnheiten und Wertvorstellungen), so daß die Umsetzung eines aktuellen Ziels optimal unterstützt wird. Zur Veranschaulichung dieser systemtheoretischen Konstrukte ist es nach KUHL sehr hilfreich, analoge Vorgänge aus der sozialen Umwelt heranzuziehen. Zum Beispiel koordiniert die Führung eines Unternehmens Vorschläge und Interessen aus allen Unterabteilungen gemäß einer allgemeinen Zielvorgabe. Analog zu den in sozialen Organisationen auffindbaren Führungsstilen unterscheidet KUHL auch entsprechende „intrapsychische Führungsstile“, die er mit dem Willensbegriff bezeichnet. So kann der Wille seinen „Koordinationsauftrag“ diktatorisch durchsetzen oder seine Umsetzung durch demokratische Beteiligung vieler Stimmen vermitteln. Diese Analogie veranschaulicht die theoretische Differenzierung des Willens in **Selbstkontrolle** und **Selbstregulation**.

Bei der **Selbstregulation (SR)** handelt es sich um die demokratische Volitionsform, bei der *Zielverfolgung* und *Selbstbehauptung* Hand in Hand gehen. Um diese Differenzierung zu verstehen, ist es wichtig, auf die zentrale Annahme der Theorie von KUHL einzugehen. Diese orientiert sich an der Vorstellung eines „Selbst“ als einer Wissensbasis, bestehend aus „integrierten Repräsentationen von Erfahrungen, Überzeugungen, Einstellungen und Bedürfnissen einer Person“. Demzufolge sieht das idealtypische Modell willentlicher Prozesse so aus, daß „Ziele effektiv und effizient verfolgt werden, dabei aber die Integrität dieses so verstandenen *Selbst* nicht gefährden“ (KUHL 1996). Im Idealfall von *Zielverfolgung* herrscht also eine Übereinstimmung des Ziels mit Repräsentationen eines integrierten „Selbst“ (*Selbstbehauptung*) oder anders ausgedrückt: das Ziel „paßt“ zu der gespeicherten Basis von Erfahrungen, Gefühlen, Bedürfnissen und Werten einer Person. Durch dieses „intrinsisch motivierte Handeln“ werden nahezu automatisch und ohne Anstrengung einzelne Willensfunktionen wie Aufmerksamkeit, Motivation oder Impulskontrolle zur Überwindung von Realisierungsschwierigkeiten aktiviert, die durch die VCQ-Skalen erfaßt werden.

Die **Selbstkontrolle** entspricht dem autoritären Führungsstil, bei der die Selbstbehauptungprozesse (überprüfen, ob ein Ziel zum „Selbst“ paßt) zurückgestellt werden und die Zielverfolgung in den Vordergrund rückt. Diese Willensfunktion kann als die „pragmatische Form des Willens“ verstanden werden, wie sie in vielen alltäglichen Situationen erforderlich ist und hier häufig als „Standardmodus des Willens“ imponiert. Dieses strenge Selbstmanagement ist z.B. dann sinnvoll, wenn eine unangenehme Arbeit im Berufsleben bewältigt werden soll oder wenn ein Ziel unter Zeitdruck erreicht werden muß. Indikationen zur Selbstkontrolle sind auch im Therapiekontext gegeben, wenn z.B. bei der Nikotin- oder Alkoholentwöhnung der Patient zunächst „selbstfremde“ Ziele als seine Therapieziele definiert und verfolgt. „Selbstkontrolliertes Verhalten muß dabei nicht zwangsläufig zu einer Desintegration des Selbst führen, sondern kann sogar die Weiterentwicklung eines integrierten Selbst befördern, wie das Beispiel der Therapieziele zeigt“(KUHL).

Unter dem Begriff des **kooperativen Antagonismus** beschreibt KUHL das Zusammenspiel dieser beiden Primärfunktionen eines effizienten Willens: Während Selbstkontrolle in erster Linie der Zielverfolgung dient, entspringt bei der Selbstregulation die Verhaltenssteuerung aus der aktuellen Bedürfnisslage. Je nach Erfordernissen der aktuellen Situation besteht entweder ein flexibler Wechsel innerhalb der zwei Selbststeuerungsformen oder sogar ein gleichzeitiger Ablauf dieser in verschiedenen Teilsystemen. Entsprechend unserer Analogie bedeutet dies, daß einige Systeme selbstorganisiert arbeiten, andere demokratisch koordiniert werden, und wieder andere direktiv gelenkt oder unterdrückt werden, wenn sie die Umsetzung des aktuellen Ziels behindern. Als **konkurrierender Antagonismus** wird ein unausgewogenes Wechselspiel zwischen den Primärfunktionen bezeichnet: Bei der **Überkontrolle**, die als „zu starker Wille“ umschrieben werden kann, besteht ein chronisches Übergewicht der Zielverfolgung. Dies führt zu dem paradoxen Effekt, daß die volitionale Effizienz stetig abnimmt. KUHL begründet diese Hemmung volitionaler Prozesse damit, „daß die mit dem Selbst assoziierten positiven Emotionen nicht mehr zur Bahnung zielorientierten Verhaltens zur Verfügung stehen“. Die übersteigerte Verhaltenssteuerung aus der aktuellen Stimmungs-und Bedürfnislage heraus, ohne diese vorübergehend zugunsten der Zielverfolgung auszublenden, wird als **Unterkontrolle** bezeichnet. In der Folge besteht eine flüchtige,

unbeständige Zielverfolgung, und das Verhalten wird von impulsiven Einzelbedürfnissen bestimmt.

2.2.3 Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)

Was sind die Besonderheiten des PSSI im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsfragebögen?

1. Das PSSI ist im Unterschied zu gängigen Persönlichkeitstests nicht in erster Linie an psychometrischen Kriterien (z.B. faktorielle Homogenität) orientiert, sondern auf der Basis von klinischen Kategorien der psychiatrischen Diagnosemanualen DSM-IV und ICD-10 entwickelt worden. Diese Ausgangsbasis für die Konstruktion des PSSI beruht auf der Annahme, daß es zu jeder klinischen Persönlichkeitsstörungskategorie einen analogen Persönlichkeitsstil gibt. Hieraus wird vom Autor gefolgert, daß das PSSI auch im Bereich nicht-pathologischer Persönlichkeitsstile hinreichend differenziert.

2. Das PSSI wurde im Unterschied zu vielen anderen Persönlichkeitstests auf dem Hintergrund einer systemanalytischen Persönlichkeitstheorie (siehe hierzu Seite 19) entwickelt und validiert. Dadurch sollen die Anwendungsmöglichkeiten des PSSI in Forschung und Praxis erheblich erweitert werden. Die Diagnostik dispositioneller Stile ist sowohl in der klinischen Praxis als auch in vielen anderen Anwendungsbereichen, wie z.B. in der Arbeits- und Organisationspsychologie und der Pädagogischen Psychologie, nützlich.

3. Die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie) soll eine differenziertere Beschreibung der Persönlichkeitskonstrukte ermöglichen, die mit dem PSSI-Selbstbeurteilungsfragebogen erfaßt werden. Dies erfolgt dadurch, daß jedes Persönlichkeitskonstrukt in charakteristischen Basisparametern, wie Motivation, Emotionalität und kognitiven Interaktionsmustern, erklärt wird. „Die Erarbeitung dieser umfangreichen, theoretischen und empirischen Fortschritte bei der Interpretation klassischer Persönlichkeitskategorien lohnt sich auch für den Praktiker, weil sie Verbindungen zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstilen und vielen Persönlichkeitsphänomenen herstellt, die bei einem mehr deskriptiven Umgang mit persönlichkeitsdiagnostischen Daten nicht ableitbar sind. Beispiele für solche zusätzlichen Persönlichkeitsaspekte, die durch die theoretische Einbettung

der einzelnen Stile erschlossen werden, sind Phänomene wie Entfremdung, Introjektion, Selbst-Infiltration, Formen der Selbststeuerung und der Volitionshemmung“ (KUHL 1997).

Zusammengefaßt läßt sich also sagen, daß das PSSI ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung von Persönlichkeitsstilen ist, die als nicht-pathologische Entsprechungen der im DSM-IV (1994) beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert sind. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung kann allerdings in keinem Fall aufgrund der (Extrem-) Ausprägung eines Kennwertes allein, sondern darf nur unter Hinzuziehung zusätzlicher anamnestischer Kriterien gestellt werden. Hierdurch soll einer Inflation von pathologischen Diagnosen in der Persönlichkeitsdiagnostik entgegengewirkt werden. Gemäß dem DSM-IV sind bei einer rein belastungsbedingten Überspitzung von Persönlichkeitszügen, die nach der Therapie der Primärsymptomatik abklingen, die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt. Trotz dieser Vorbehalte könnte das PSSI klinische Bedeutung für folgende Bereiche bekommen:

- **Diagnostik** : der PSSI kann wichtige Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung geben.
- **Analyse** von Persönlichkeitsstörungen: Wenn die klinischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung aus der anamnestischen Exploration erfüllt sind, zeigt das Inventar die spezifische Art der Störung und ihre Einbettung in den Kontext anderer Persönlichkeitsstile an.
- **Phänomenologie**: Da der PSSI besonders im nicht-pathologischen Bereich differenziert, könnte es möglich werden, funktionale Grundlagen, Risikofaktoren und Entstehungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen bereits an gesunden Probanden zu untersuchen.
- **Persönlichkeitsprofil**: Hauptsächlich jedoch dient das PSSI der Identifikation der für eine Person typischen individuellen Stile, zwischen denen sie je nach situativer Anforderung wechseln kann.

Methodische und theoretische Grundlagen des PSSI

Im folgenden werden die Kriterien näher dargestellt, die das PSSI von faktorenanalytisch entwickelten Persönlichkeitstests unterscheiden.

1. Phänomenzentrierung:

Bei faktorenanalytischen Skalenkonstruktionen bilden Items, die miteinander hoch und mit anderen niedrig korrelieren, einen Faktor bzw. eine Fragebogenskala. Dadurch sollen voneinander unabhängige Persönlichkeitsdimensionen erfaßt werden (Cattell, 1965; Eysenck, 1967). Die faktorenanalytische Forschung hat entscheidend dazu beigetragen, „ein einheitliches Netz nomothetischer Bezugsbegriffe zur Beschreibung, Klassifikation und Diagnostik von Verhaltensunterschieden aufzustellen“ (Pawlik, 1974). „Sie hat die Ablösung von einseitig analytischen Ansätzen unterstützt und die Grundlagen für eine empirische Persönlichkeitsforschung geschaffen“ (Kuhl, 1997).

Jedoch fassen faktorenanalytische Persönlichkeitstests stark korrelierende Merkmale zu einer Kategorie zusammen, die im klinischen Kontext eher differenziert werden. So würden z.B. Persönlichkeitsmerkmale wie Abhängigkeit, Selbstunsicherheit und Passivität aufgrund ihrer hohen Korrelation zusammengefaßt werden, während im klinischen Alltag die Unterscheidung dieser Phänomene relevant ist. Da der PSSI auf einer Persönlichkeitstheorie basiert, rücken funktionale Aspekte in den Vordergrund. Dies schließt mit ein, daß auch faktorenanalytische Methoden angewendet worden sind, um zu erklären, wie es zu den beobachteten Zusammenhängen zwischen verschiedenen Variablen kommt.

2. Funktionsdiagnostischer Kontext:

Das PSSI ist Teil einer umfassenden Persönlichkeitsdiagnostik, die eine differenziertere Betrachtung der verschiedenen Funktionssysteme der Persönlichkeit zum Ziel hat, als dies durch faktorenanalytisch-konstruierte Tests ermöglicht wird. Letztere scheinen im wesentlichen affektive Grund- oder Motivationsdispositionen zu messen (Eysenck, 1967; Gray, 1987; Watson & Tellegen, 1985) und weniger zwischen anderen Funktionssystemen wie z.B. kognitiven Verarbeitungsstilen und Selbststeuerungsfunktionen zu differenzieren.

Zusätzlich wird der deskriptive Nutzen einer Faktorenanalyse zur Aufdeckung von Zusammenhangsstrukturen zwischen den einzelnen Persönlichkeitsvariablen eingesetzt.

3. Persönlichkeitstheoretischer Kontext:

Wie bereits erwähnt, basiert das PSSI neben der Orientierung an den klinischen Kategorien des DSM-IV auf einer systemischen Persönlichkeitstheorie (Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen: PSI-Theorie). Diese Theorie beschreibt jeden Persönlichkeitsstil durch Systemkonfiguration, d.h. durch ein bestimmtes Muster des Zusammenwirkens psychischer Makrosysteme: analytisches Denken, integratives Fühlen, konfliktsensibles Empfinden und intuitive Verhaltenssteuerung. Diese werden in funktionalem Zusammenhang mit positiven und negativen Emotionen sowie den analogen Belohnungs- und Bestrafungssystemen gesetzt.

1. Modulationshypothese: Positive Stimmungen dämpfen den Einfluß des analytischen Denkens und intensivieren den Einfluß der intuitiv-spontanen Verhaltenssteuerung bei der willentlichen Zielverfolgung.

2. Modulationshypothese: Negative Stimmungen dämpfen den Einfluß des integrativen Fühlens und intensivieren den Einfluß konflikthafter, oft widersprüchlicher Einzelempfindungen.

Jede Systemkonfiguration wird als vorteilhaft zur Bewältigung spezifischer Problemsituationen betrachtet, so daß Menschen zwischen verschiedenen Systemkonfigurationen je nach den situativen Anforderungen wechseln.
Zum Beispiel zwischen einer Systemkonfiguration, in dem die positive Stimmung gedämpft ist und das analytische Denken dominiert („Lageorientierung“) oder einem Zustand, in dem bei erhöhter positiver Stimmung die spontane, intuitive Verhaltenssteuerung das mentale Geschehen dominiert („Handlungsorientierung“). KUHL interpretiert einen Persönlichkeitsstil „als eine dispositionelle Bevorzugung einer Systemkonfiguration. Persönlichkeitsstörungen können als patholologische Fixierungen auf einzelne dieser Systemkonfigurationen aufgefaßt werden“.

2.3 Literaturrecherche

2.3.1 Alkoholabhängigkeit und Komorbidität

In einem neusten Buchbeitrag mit dem Titel „Sucht“ stellt JUNG (1996) zum Thema „Alkoholabhängigkeit und Komorbidität“ fest, daß es große Schwankungen der Prävalenz komorbider Störungen (3-98%) zwischen verschiedenen Studien gibt. Daher weist er auf einige kritische Punkte bezüglich der Erfassung psychiatrischer Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit hin: Der Zeitpunkt des Interviews und Abstinenzkriterien variieren sehr stark, angefangen von der Diagnosenstellung bei aktiver Substanzeinnahme oder in der Entzugsphase bis hin zu der Ansicht, daß reliable Diagnosen erst nach mehrmonatiger Abstinenz möglich sind. Zudem bestehen große Unterschiede bei der Datenerhebung hinsichtlich diagnostischer Kriterien und Interviewtechniken.

Als Übersicht zu der Thematik „Alkoholabhängigkeit und Komorbidität“ soll an dieser Stelle eine repräsentative Studie von PENICK et al. (1984) die Prävalenz psychiatrischer Syndrome bei 565 männlichen Alkoholpatienten aufzeigen.

Tabelle 1: Alkoholismus und psychiatrische Syndrome nach PENICK et al. 1984 (gekürzt)

SYNDROME	n	%
Alkoholismus allein	210	37%
Alkoholismus und mindestens ein weiteres Syndrom:	355	63%
darunter:		
Depression	238	42%
Manie	125	22%
antisoziale Persönlichkeit	115	20%
Panikattacken	71	13%
Zwänge	68	12%
Phobien	34	10%
Schizophrenie	23	4%

2.3.1.1 Alkoholabhängigkeit und Angststörungen

In vielen Studien wird von einem häufigen Auftreten von Angststörungen bei alkoholabhängigen Patienten berichtet, wobei sich wiederum starke Schwankungen der Prävalenzraten von 1% bis zu 69% zeigen (JUNG 1996).

Tabelle 2: Prävalenzraten für Angststörungen

Autoren	Stich-probe	Phobien	Panik-störung	Generalisierte Angststörung	Zwangs-störung
Powell et al. (1982)	565	10%	13%	_	12%
Bowen et al. (1984)	48	33%	20%	23%	_
Hesselbrock et al (1985)	321	27%	10%	_	12%
Helzer, Burnam, McEvoy (1991)	ECA Survey	1.4*	2.6*	_	2.0*

* Prävalenz-Quotient: Prävalenzraten bei Alkoholabhängigen geteilt durch Prävalenzraten bei Nicht-Alkoholabhängigen.

In einem Review der Literatur sehen SCHUCKIT und HESSELBROCK (1994) die berichteten Daten über komorbide Angststörungen kritisch aufgrund der Schwierigkeit, primäre bzw. unabhängige Angststörungen zu erfassen. Daher berücksichtigen sie lediglich die Angststörungen, die der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit vorausgehen. Aufgrund der Ergebnisse dieser korrigierten Werte, die z.T. beträchtlich geringer ausfallen als in den jeweiligen Originalartikeln, kommen die Autoren zu folgendem Schluß: Lediglich für Panikstörung, Generalisierte Angststörung und Soziale Phobie finden sich leicht erhöhte Raten im Vergleich zu Erhebungen bei Allgemeinpopulationen. Für die Diagnosen Agoraphobie und Zwangsstörung zeigte sich kein häufigeres Vorkommen bei Alkoholabhängigen.

2.3.1.2 Alkoholabhängigkeit und Affektive Störungen

Es besteht ein gehäuftes Vorkommen von depressiven Störungen bei Alkoholabhängigen. In der bereits erwähnten Studie von PENICK et al.(1984) bildeten Depressionen mit 42 % der Untersuchten die häufigste komorbide Zusatzdiagnose (siehe Tabelle 3). Dennoch weisen die Prävalenzraten von Affektiven Störungen bei Alkoholabhängigen einen hohen Streubereich auf. HERBIG (1990, in Schwoon & Krausz) faßt im Überblick über mehrere Studien zusammen, daß bei 4-12% der Patienten eine primäre und bei 12-51 % eine sekundäre Depression vorlag. Auch in neueren Untersuchungen variieren die Prävalenzraten:

Tabelle 3: Prävalenzraten für Depression

AUTOREN	STICHPROBE	DERZEIT	LIFETIME
Allan (1991)	n=100; ambulante und stationäre Patienten	10% ambulant 10% stationär	
Ross et al. (1988)	n=501; 72,3 % mit Diagnose Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit	27,3%	33,7%
Hasin et al. (1988)	n=123 stationäre Alkoholabhängige		66% Major Depression, wobei 20,3% als primäre Depression (d.h. vor Beginn der Alkoholabhängigkeit)
Hesselbrock et al. (1985)	n=321 stationäre Alkoholabhängige	23%	38%

Dieses Streuphänomen beruht neben methodischen Gründen v.a. auf den verschiedenen Möglichkeiten des Zusammenwirkens von Alkoholismus und Affektiven Störungen:

BAVING & OLBRICH (1996)	• Alkoholkonsum als Selbstmedikation bei primärer Depression. • Depression und Alkoholismus als unabhängige Konsequenz eines gemeinsamen Faktors, möglicherweise eines genetischen Faktors. • Depression als Folge der Alkoholabhängigkeit, entweder als psychoreaktive Folge oder aufgrund des übermäßigen Alkoholkonsums
SCHUCKIT (1986)	• Alkohol kann depressive Symptome verursachen. • Vorübergehende Anzeichen einer schweren Depression können auf lange Trinkperioden folgen. • Der Alkoholkonsum kann aufgrund primärer affektiver Episoden ansteigen (v.a. bei Manie). • Depressive Symptome und Alkoholismus können bei anderen psychiatrischen Störungen zusammen auftreten. • Ein kleinerer Anteil weist Alkoholabhängigkeit und Affektive Störung unabhängig voneinander auf.

2.3.1.3 Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen

In einem Buchbeitrag zur Komorbidität faßt JUNG (1996) zusammen, daß bei der Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Persönlichkeitsstörungen und Alkoholismus in der Literatur, unter Verwendung der DSM-III-R Kriterien, die Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Vordergrund steht. In einer Übersichtsarbeit von Verheul et al. (1995) wird von Prävalenzraten zwischen 34% und 52% für stationäre Patienten berichtet. Neben der Antisozialen Persönlichkeitsstörung ist auch die Borderline Persönlichkeitsstörung Gegenstand einiger Untersuchungen. In der Studie von v.d. STEIN u. PODOLL (1993) erfüllten 34% von 150 stationären Patienten die Kriterien der Borderline - Persönlichkeitsstörung nach Achse-II des DSM-III-R.

2.3.2 Pathologisches Spielen und Komorbidität

In einer Studie über 48 exzessive Spieler, die zur psychiatrischen Behandlung oder Begutachtung kamen, kommt KRÖBER (1991) zu dem Schluß, daß pathologisches Spielen bei einer Vielzahl von psychischen Störungen und Auffälligkeiten anzutreffen ist.

Tabelle 4: Diagnosen bei Roulette-und Automatenspieler (PS= Persönlichkeitsstörung)

Diagnosen	Roulette-und Automaten-spieler; n=48	
Dissoziale PS	10	(21%)
Narzißtische PS	6	(13%)
Schizoide u. paranoide PS	4	(8%)
Zyklothyme PS	5	(10%)
Borderline PS	3	(6%)
Dependente PS	4	(8%)
Chronisches hirnorganisches Psychosyndrom	4	(9%)
Anpassungsstörung	4	(9%)
Dysthymie/ Depression	5	(11%)
Bipolare manisch-depressive Erkrankung	2	(4%)
keine Diagnose	1	(2%)
GESAMT	48	

nach Kröber (1991) *(gekürzt)*

In einer Längsschnittstudie von 300 Spielern in Spielhallen stellen v.TÖRNE u. KONSTANTY (1989) fest, daß die Gruppe der belasteten Spieler in sich keine homogene Gruppe darstellt: Es bestehen Belastungen durch Partnerschaftsstörungen, soziale Unsicherheit, und es zeigt sich eine auffällig hohe Anzahl von Alkoholmißbrauch und depressiv-ängstlichen Verstimmungen. KLEPSCH et al. (1989) berichten in ihrer Katamnese-Studie, daß die Ergebnisse der Symptom- und Persönlichkeitsskalen der Patienten im Gruppenmittel im Normbereich liegen (für Ängste, Zwänge, körperliche Beschwerden); einzig die Depressionswerte waren erhöht. Insgesamt zeigt sich eine ausgeprägte Heterogenität und Komplexität der Spieler bezüglich Ergebnissen und Annahmen von Persönlichkeitsmerkmalen und Komorbidität.

2.3.2.1 Pathologisches Spielen und Angststörungen

In der o.g. Studie von TÖRNE und Konstanty werden über 65,9% der belasteten Spieler als defizitär im Bereich sozialer Kontakte eingestuft. Einige Autoren nehmen an, daß eine Subgruppe von Spielern das Glücksspiel im Sinne einer inadäquaten 'Coping'-Strategie benutzt, um neben der Depressionsabwehr v.a. Angst und Spannungen zu reduzieren oder das Selbstwertgefühl zu steigern (vgl. BLASZCZYNSKI & Mc CONAGHY, 1988; LEVY & FEINBERG, 1991; HAND 1998).

2.3.2.2 Pathologisches Spielen und Affektive Störungen

In der Literatur findet sich weitgehend Übereinstimmung über das häufige Vorkommen von depressiven Störungen bei pathologischen Spielern.

Tabelle 5: Prävalenzstudien (G. abgekürzt für Gruppe)

AUTOREN	STICHPROBE	METHODE	ERGEBNIS	
McCormick et al. (1984)	n=50 Patienten zur 4-wöchigen stationären Spieler-Therapie	SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)	Major Depression: Hypomanische Störung: Manische Störung: Schizoaffektive Störung, depressiver Typus:	38 (76%) 19 (38%) 4 (8%) 1 (2%)
Taber und McCormick (1987)	n=44 stationär behandelte Spieler		Aufgrund des Befundes von traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte bei 23% der Patienten, Annahme, daß bei einer Subgruppe von Spielern das Spielen als Depressionsabwehr fungiert.	
v.Törne und Konstanty (1989)	300 Automatenspieler, eingeteilt in: 1. unbelastete G. 2. belastete G.	1. D-S von Zerssen 2. DSI als Fremdrating	Nach dem D-S waren 23% der belasteten Spieler als „depressiv-ängstlich-verstimmt“ einzuordnen. Der DSI zeigte Mittelwertunterschiede zw. den Gruppen.	
Klepsch et al. (1989)	n=50 Patienten zur ambulanten VT	D-S von Zerssen	Mittelwert für Depressionswerte erhöht: M= 16,5 mit s= 9,5.	

2.3.2.3 Pathologisches Spielen und Persönlichkeitsstörungen

In der Studie von Kröber zeigen 73% der Roulettespieler eine Persönlichkeitsstörung (siehe Tabelle 4), wobei keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur „des“ Spielers festgestellt werden kann: Es überwogen narzißtische, schizoide und zyklothyme Muster. Auch andere Autoren kommen zu dem Schluß, daß es eine typische Spielerpersönlichkeit nicht gibt (Meyer 1993; Haase 1992), sondern vielmehr persönlichkeitsbedingte Risikofaktoren, die im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen. Eine weitere Schwierigkeit bei der empirischen Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften bei pathologischen Spielern liegt darin, daß es

sich nicht differenzieren läßt, ob die festgestellten Merkmale Ursachen oder Folgen der 'Spielerkarriere' sind.

Tabelle 6: Studien zu Persönlichkeitsstörungen

AUTOREN	INSTRUMENT	ERGEBNIS
Graham und Lowenfeld (1986)	„Minnesota Multifasic Personality Inventory" (MMPI)	typische Durchschnittsprofile mit erhöhten Werten auf den Skalen „Psychopathie" und „Depression". Clusteranalyse: MMPI-Profile: 1. Profil einer Persönlichkeitsstörung 2. Paranoide Persönlichkeitsstörung 3. Passiv-aggressive Persönlichkeit 4. Passiv-aggressive oder emotional labile Persönlichkeit.
Meyer (1989)	FPI-R an Mitgliedern von „Anonymen Spielern"	Zahlreiche signifikante Abweichungen von der Normstichprobe (unzufrieden, unsicher, körperliche Beschwerden, leicht erregbar, angespannt) Clusteranalyse: 1. emotional labil, depressiv-aggressive PS 2. emotional labile, depressive PS 3.-5. Cluster: unauffällige Persönlichkeitsstruktur
Klepsch et al. (1989)	FPI-R bei Spielern in ambulanter VT	keine FPI-R-Normabweichungen im Gruppenmittel, bis auf der Skala 1 mit Stanine-Wert von 2,5 (unzufrieden, negative Lebenseinstellung)
Bachmann (1989)	„16 Persönlichkeitsfaktoren Test" (Cattell)	Normabweichungen, die auf eine emotionale Störbarkeit und hohe Spontaneität hinweisen.
Kröber (1991)	siehe Tabelle 4	
Hand / v.Schinckel (1998)	PSSI, VCQ, HA-KEMP (Kuhl et al.)	keine signifikanten Abweichungen im Gruppenmittel von der Normierungsstichprobe

2.3.3 Zwangsstörung und Achse I-Komorbidität

Bei Patienten mit Zwangsstörungen besteht eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungsbildern. Besonders häufig wird die Zusatzdiagnose einer Depression und einer Angststörung gestellt. Ein Großteil der Patienten erfüllt die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Aus Gründen der Übersicht-

lichkeit werden die Ergebnisse der zitierten Studien zu den Zusatzdiagnosen Angststörungen und affektive Störungen gemeinsam in tabellarischer Form aufgezeigt.

Tabelle 7: Prävalenzstudien zur Achse I-Komorbidität bei Zwangsstörungen

Autoren	**Depression**		**Angststörung**					
			Einfache Phobie		Soziale Phobie		Panikstörung	
	derzeit	lifetime	derzeit	lifetime	derzeit	lifetime	derzeit	lifetime
KARNO et al (1988); n=468	31.7%		46.5%				13.8%	
RASMUSSEN u. EISEN (1988)	31%	67%	7%	22%	11%	18%	6%	12%
RONCCHI et al. (1992) n=131	32%		0%		0%		5,4%	
bei Kinder u. Jugendlichen:								
FLAMENT et al. (1993) n=20	25%		35%					
SWEDO et al. (1990) n=70	35%		50%					

Tabelle 7 zeigt, daß die Zusatzdiagnosen Depression und Angststörungen dominieren und die Ergebnisse der genannten Studien diesbezüglich korrespondieren

2.3.3.1 Zwangsstörung und Persönlichkeitsstörungen

Die vergleichende Betrachtung von Prävalenzstudien zu komorbiden Persönlichkeitsstörungen (PS) bei Zwangspatienten muß methodenkritisch erfolgen (s. Reviewartikel von PERRY 1992), da sie sich stark im Hinblick auf die zugrundeliegenden Diagnosekriterien (DSM-III vs. DSM-III-R), die Verwendung von standardisierten Methoden wie strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen unterscheiden. Zudem ist es bekannt, daß das klinische Urteil die Anzahl von PS eher unterschätzt, während Fragebogenmaße sie eher überschätzen (STEKETEE 1990). Auch bei sehr variierenden Prävalenzraten von Achse II-Störungen, wie aus der Studienübersicht in Tabelle 8 entnommen werden kann, besteht bei einem relevanten Prozentsatz der Zwangspatienten die Zusatzdiagnose einer Persönlichkeitsstörung. BAR et al. (1992) fand bei 60%

von n=55 eine Achse II-Zusatzdiagnose, MAVISSAKALIAN et al. (1993) bei 51% von n=51 Patienten, WINKELMANN et al. (1994) bei 65% von n=31 untersuchten Patienten und ECKER u. DEHMLOW (1994) stellten bei 15,2% von 178 Patienten klinische Zusatzdiagnosen einer PS. Hierbei dominieren insgesamt die Cluster C-Persönlichkeitsstörungen (Anxious Cluster: Selbstunsicher, Dependent, Zwanghaft, Passiv-aggressiv). Trotz dieses Befundes kann die frühere Annahme einer engen Assoziation von Zwangsstörung und zwanghafter Persönlichkeitsstörung (vgl. Review von POLLAK 1987) durch das Ergebnismuster nicht bestätigt werden.

Tabelle 8: Prävalenzstudien zur Achse II-Komorbidität bei Zwangsstörungen

DIAGNOSE PS*	RASMUS-SEN& Tsuang (1986)	BAER et al. (1990)	MAVISSA-KALIAN et al. (1993)	RONCCHI et al. (1992)	BLACK et al. (1993)
CLUSTER A					
Paranoid	0%	5%	7%	25,8%	16%
Schizoid	7%	1%	0%	0%	0%
Schizotypisch	0%	5%	16%	0%	19%
CLUSTER B					
Antisozial	0%	0%	0%	1,1%	0%
Borderline	0%	3%	5%	5,6%	19%
Histrionisch	9%	9%	26%	22.5%	9%
Narzisstisch	0%	0%	0%	15.7%	6%
CLUSTER C					
Selbstunsicher	0%	5%	30%	29,2%	22%
Dependent	5%	12%	19%	15,7%	50%
Zwanghaft	55%	6%	2%	18,1%	28%
Passiv-aggressiv	0%	0%	8%	10,1%	47%

*PS= Persönlichkeitsstörung

3 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

3.1 Fragestellung

Diese vergleichende Pilotstudie von drei klinischen Diagnosegruppen - pathologisches Spielverhalten, Alkoholabhängigkeit und Zwangsstörung - stellt erste Auswertungsergebnisse einer derzeit laufenden Therapie-Evaluationsstudie dar. Diese beziehen sich auf die Eingangsdiagnostik vor Therapiebeginn. Unsere vergleichende Untersuchung der drei Gruppen findet auf zwei Hauptebenen statt:

1. Ebene der Persönlichkeit: Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten gibt es hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen, Selbststeuerungskompetenzen und Handlungs- bzw. Lageorientierung?

2. Ebene der Achse I-Symptomatik: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigen sich hinsichtlich Komorbidität, sozialen Defiziten und Lifetime-Diagnosen?

3.2 Vorgehen

Kriterien für die Auswahl der Patientinnen und Patienten waren folgende:

- Ambulante oder stationäre Patienten, die unselektiert gefragt wurden und bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen.
- Die jeweilige Störung bildete die Hauptdiagnose.
- Bei den ambulanten Patienten handelte es sich entweder um Personen, die sich zur Erstsprechstunde bzw. Spielersprechstunde einfanden mit der Absicht, eine Therapie zu machen, oder um Patienten vor bereits geplantem Therapiebeginn.
- Bei den stationären Patienten erfolgte der Untersuchungszeitpunkt in den ersten beiden Wochen nach stationärer Aufnahme, wobei die alkoholabhängigen Patienten ausschließlich erst in der 2. Woche nach Abklingen der Entzugssymptomatik untersucht wurden.

Alle 51 Patienten erhielten folgendes Testpaket, das im Abschnitt „Testverfahren“ ausführlich beschrieben wird:

- Der größte Teil der Patienten erhielt die Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik als PC-Version, ein kleinerer Teil als Bleistift-Papier-Version. Während der gesamten Bearbeitungszeit stand ein Betreuer für Fragen und Instruktionen zur Verfügung.
- Bei allen Patienten wurde ein „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R“ (SKID), zwei Depressions-Fremdratings (HAMD und MARDS), ein Angst-Fremdrating (HAMA) und die „Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale“ (Y-BOCS) durchgeführt.
- Zusätzlich erhielten die Patienten Selbstbeurteilungsfragebögen zur Erfassung von Achse I-Symptomatik.

3.3 Testverfahren

Tabelle 8: Übersicht von Selbst- und Fremdratings

Achse I-Symptomatik	Selbstratings	Fremdratings
Soziale Defizite / Ängste	U-Fragebogen FSS-S	SKID
Depression	BDI	SKID MADRS HAMD
Angststörungen	BAI FSS-P	SKID HAMA
Zwänge	HZI-K	SKID Y-BOCS
Somatoforme Störungen	SOMS-7T B-L	SKID

3.3.1 Erfassung von Angststörungen und sozialen Defiziten

3.3.1.1 Unsicherheitsfragebogen

„Der U-Fragebogen sollte objektive, quantifizierbare Informationen über den Störungsbereich sozialer Angst und sozialer Inkompetenz ermöglichen. Er wurde speziell für die experimentelle Therapieforschung im Anwendungsgebiet des Trainings von Selbstsicherheit und sozialer Kompetenz entwickelt.“ (Rita und Rüdiger Ullrich 1977, S.3). Der Fragebogen setzt sich aus 6 Faktoren

zusammen: Die 3 Skalen „Fehlschlag- und Kritikangst“, „Kontaktangst“ und „Nicht-Nein-Sagen-Können“ beziehen sich auf spezifische Aspekte sozialer Defizite. Die 4. Skala „Fordern können“ gilt als Maß sozialer Kompetenz; während die Skalen „Schuldgefühle“ und „Anständigkeit“ relevante Einstellungen und Normen in sozialen Interaktionen anzeigen. Die innere Konsistenz liegt zwischen 0,91 und 0,95.

Die insgesamt 65 Items enthalten sechsfach abgestufte Antwortmöglichkeiten, die von „0: trifft nicht zu“ bis „5: trifft voll und ganz zu“ reichen.

Tabelle 9: Skalen des U-Fragebogens

Faktor I	Fehlschlag- und Kritikangst
Faktor II	Kontaktangst
Faktor III	Fordern können
Faktor IV	Nicht-Nein-Sagen-Können
Faktor V	Schuldgefühle
Faktor VI	Anständigkeit

Da es beim U-Fragebogen Überschneidungen der Standardabweichungen zwischen den Gruppen der Sozial-Phobiker und der Nichtpatienten in den Vertrauensintervallen gibt, haben wir als Cut-off-Punkt die obere Standardabweichung der Nichtpatienten-Gruppe festgelegt. Als zusätzliches Kriterium gilt, daß mindestens 3 Skalen auffällig sein müssen.

3.3.1.2 FSS-S: Fear-Survey-Schedule-Subscale

Zur Erfassung der sozialen Ängste wurde die Subskala des Fear-Survey-Schedule (HALLAM & HAFFNER 1978) verwendet. Diese Subskala umfaßt 10 Items, die soziale Situationen abbilden. Der Patient schätzt auf einer abgestuften 4-Punkte-Skala von 0-3 (0= keine Angst, 1= leichte Angst, 2= starke Angst, 3= panische Angst) sein subjektives Angstempfinden in der jeweiligen Situation ein. Der Maximalwert beträgt 30. Der klinisch relevante Cut-off-Wert für soziale Ängste liegt bei größer/gleich 13 (HAND & ZAWORKA 1982).

3.3.1.3 Fear Survey Schedule - Phobia (FSS-P)

Für den Symptombereich Phobien, die auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind, wurde der FSS-P (HALLAM & HAFFNER 1978) mit 45 Items

herangezogen: Agoraphobie, Kleintierphobie, Blut- und Verletzungsphobie und spezifische Situationsängste. Hinweise auf das Vorliegen von spezifischen Phobien oder einer Agoraphobie werden durch die Addition der angegebenen Zahlenwerte auf einer 4-Punkte-Skala gegeben.

3.3.1.4 Beck-Angstinventar

Das BAI (dt. Version: MARGRAF, EHLERS 1995) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Schwere klinisch relevanter Angst. Er besteht aus 21 Items, die sich an die Symptomlisten des DSM-III-R zur Klassifikation von Panikanfällen und generalisierter Angst anlehnen. Der Patient schätzt auf einer 4-stufigen Skala die Schwere seiner Beschwerden in den letzten 7 Tagen ein. Die Auswertung erfolgt durch Kodierung jedes der 21 Items auf einer Skala von 0 bis 3; durch Addition dieser Werte wird ein Gesamtwert berechnet. (Interne Konsistenz von alpha= .92 bei Patienten mit Angststörungen).

3.3.2 Erfassung depressiver Symptomatik

3.3.2.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI (dt. Version: HAUTZINGER et al. 1993) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument mit 21 Items zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik. Als Beantwortungsmodus wird das multiple choice mit jeweils 4 bezüglich der Zunahme depressiver Symptome aufsteigend angeordneten Auswahlantworten verwendet. Die angekreuzten Aussagen werden durch Addition ausgewertet; die Summe gibt Auskunft über die Schwere der Depression. Mit einer Reliabilität von .88 (HAUTZINGER 1991) wird eine gute Aussagekraft erwartet.

Tabelle 10: Auswertungskriterien des BDI

Testergebnis	Beurteilung
bis 11 Punkte	keine Depression
12 bis 17 Punkte	leichte Depression
18 bis 26 Punkte	mäßige Depression
27 Punkte und höher	schwere Depression

3.3.2.2 Montgomery and Asberg Depression-Rating-Scale (MADRS)

Die MADR-Skala (MONTGOMERY & ASBERG; dt. Fassung: NEUMANN und SCHULTE 1989) ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur psychometrischen Beurteilung depressiver Syndrome. Der Beurteiler schätzt auf der Grundlage einer psychiatrischen Exploration mit vorgegebenen abgestuften Auswahlantworten (multiple choice) den Schweregrad des jeweiligen Symptoms ein. Der Test besteht lediglich aus 10 Items und wird durch die Addition der gewählten Antworten ausgewertet. Die Übereinstimmungsvalidität mit dem HAMD liegt zwischen 0,72 und 0,92.

3.3.2.3 Hamilton Depression Scale (HAMD)

Bei der HAMD (HAMILTON, 1960; 1967) handelt es sich um eine Fremdbeurteilungs-Skala mit 21 Items zur Erfassung der Schwere depressiver Symptome. Bei 17 Items sind die Symptomschweregrade operational definiert, wobei der Beurteiler auf unterschiedlich gestuften Skalen (0-4; 0-3; 0-2) den Schweregrad der depressiven Symptomatik einschätzt. Auswertungsmodus in dieser Untersuchung bestand in der Ermittlung des Gesamt-Rohwertes (Score 1). Die Interraterrelibialität für den Gesamtwert liegt zwischen .89 und .90.

Tabelle 11: Schweregradeinteilung von HAMD und MADRS

Schweregrad	HAMD Summenscore	MADRS Summenscore
keine	0-8	0-12
leicht	9-16	13-21
mäßig	17-24	22-28
schwer	>24	>28

3.3.3 Erfassung von Zwängen

3.3.3.1 Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K)

Das HZI-K von KLEPSCH ET AL.(1993) ist mit 72 Items die Kurzform des ursprünglich 188 Items enthaltenden Hamburger Zwangsinventars(ZAWORKA u. HAND et al. 1983). Es handelt sich hierbei um verhaltensorientierte Operationalisierungen von Denk-und Handlungszwängen, die anhand einer dichtomen Einschätzung (stimmt/ stimmt nicht) beantwortet werden. Bei der Auswertung werden die positiv beantworteten Items 6 faktorenanalytisch ermit-

telten Dimensionen zugeordnet und in Stanine-Werte umgerechnet. Der Cut-off-Wert beträgt 5 Stanine-Punkte in mindestens einer der 6 Dimensionen, und die Bestimmung der Anzahl auffälliger Skalen gibt einen Hinweis auf die Schwere der Störung (HAND 1992). (Reliabilität von .74 bis .94 für Zwangsneurotiker).

Tabelle 12: Dimensionen des HZI

Faktor A	Kontrollieren, Wiederholen, Denken nach einer Handlung
Faktor B	Waschen, Reinigen
Faktor C	Ordnen
Faktor D	Zählen, Berühren, Sprechen
Faktor E	Denken von Worten, Bildern, Gedankenketten; Gedanken vor einer Handlung
Faktor F	Gedanken, sich selbst oder anderen ein Leid zuzufügen

Tabelle 13: Bestimmung der Schwere der Störung durch Ermittlung der Anzahl auffälliger Skalen (nach HAND 1992)

Anzahl der auffälligen Skalen (Cut-off-Wert ≥ 5 Stanine-Punkte)	Einschätzung der Zwanghaftigkeit
1 bis 2 Skalen	hoch zwanghaft
3 bis 4 Skalen	sehr hoch zwanghaft
5 bis 6 Skalen	extrem hoch zwanghaft

3.3.3.2 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Die Y-BOCS (Goodman et al. 1989; dt. Übersetzung von Büttner-Westphal & Hand 1991) ist ein zweigeteiltes Fremdbeurteilungsinstrument, das zum einen detailliert die Zwangsinhalte qualitativ und zum anderen den Ausprägungsgrad dieser Zwangssymptome quantitativ erfaßt. Der Ausprägungsgrad der Symptomatik setzt sich aus dem Summenwert von zwei Subscores zusammen, die sich getrennt auf Zwangsgedanken und Zwangshandlungen beziehen. Der Range der Subscores bewegt sich zwischen 1-20, so daß insgesamt ein Wert zwischen 0-40 erreicht werden kann. Auf einer abgestuften Antworten-Skala von 0 bis 4 schätzt der Beurteiler den Schweregrad folgender Bereiche ein:

Tabelle 14: Skalen der Y-BOCS

1. Zeitaufwand für Denkzwänge 2. Beeinträchtigung durch Denkzwänge 3. Leidensdruck durch Denkzwänge 4. Widerstand 5. Kontrolle über Denkzwänge	6. Zeitaufwand für Handlungszwänge 7. Beeinträchtigung d. Handlungszwänge 8. Leidensdruck durch Handlungszwänge 9. Widerstand 10. Kontrolle über Handlungszwänge

3.3.4 Erfassung Somatoformer Störungen

3.3.4.1 Screening für Somatoforme Störungen (SOMS- 7T)

Der SOMS (RIEF et al. 1992 a) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das die größte Nähe zum Konzept der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R aufweist. Er umfaßt insgesamt 53 Items, die alle relevanten somatoformen Symptome sowie weitere diagnostische Kriterien nach DSM für die vergangenen 7 Tage auf einer 5-stufigen Skala (0= gar nicht bis 4= sehr stark) abfragen. Zur Auswertung werden alle angekreuzten Symptome addiert und zu einem Summenwert zusammengefaßt. Aufgrund des SOMS-Befundes wird der Verdacht auf eine somatoforme Störung angezeigt, der mit Hilfe des SKID-Interviews überprüft werden kann. Für die interne Konsistenz des SOMS wurde ein Wert von 0,87 (Cronbach's Alpha) berechnet.

3.3.4.2 Beschwerdenliste (B-L)

Die B-L (ZERSSEN u. KOELLER, 1976) dient als Screening-Verfahren zur quantitativen Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche Beschwerden. Für jedes angeführte Item setzt der Patient in eine von vier Spalten („stark" = 3 Punkte bis „gar nicht" = 0 Punkte) ein Kreuz. Der Testrohwert errechnet sich durch Addition der Summen aus den vier Spalten. Die Werte für die Reliabilität liegen zwischen r= 0,87 (innere Konsistenz) und r= 0,95 (Spearman-Brown) und belegen eine hohe Zuverlässigkeit des Verfahrens.

3.3.5 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R (SKID)

Das SKID (WITTCHEN ET AL. 1989) ist ein diagnostisches Interview zur Erfassung psychischer Störungen, die auf Achse 1 des DSM-III-R kodiert sind. Der diagnostisch geschulte Interviewer gibt für sämtliche Kriterien eine klinische

Einschätzung ab, die auf den erhaltenen Angaben und ihrer klinischen Bewertung sowie auf Verhaltensbeobachtungen und eventuellen Vorinformationen beruhen. Das SKID ermöglicht, als relativ ökonomisches Verfahren einen Überblick über derzeitige und frühere psychische Störungen zu gewinnen. Das Verfahren gliedert sich in 10 Sektionen und wird mit der Kodierung der ermittelten Diagnosen abgeschlossen.

Tabelle 15: Gliederung des SKID

1. Explorationsleitfaden 2. Affektive Symptome 3. Psychotische Symptome 4. Psychotische Störungen 5. Affektive Störungen	6. Substanzabhängigkeiten 7. Angststörungen 8. Somatoforme Störungen 9. Eßstörungen 10. Anpassungsstörungen

Im Rahmen dieser Untersuchung dient das SKID zur grundlegenden Achse I-Diagnostik als zweiter Hauptschwerpunkt neben der Persönlichkeitsdiagnostik und zur Spezifizierung der in den Fragebögen erhobenen Daten.

3.3.6 Persönlichkeitsdiagnostik

3.3.6.1 HAKEMP 90

Der Fragebogen HAKEMP 90 zur Erfassung der Handlungskontrolle besteht aus drei Skalen mit insgesamt 36 Items. Jedes Item besteht aus einer alltäglichen Situationsbeschreibung, auf die zwei Antwortalternativen folgen, wobei die eine Alternative handlungsorientiertes und die andere Alternative lageorientiertes Verhalten erfaßt. Für die getrennte Berechnung der drei Testwerte ist eine Summierung der handlungsorientierten Antwortalternativen pro Skala erforderlich. Der Summenwert des HO-Testwertes jeder Skala liegt zwischen 0 und 12. Die HO- und LO-Items wurden jeweils gleichmäßig auf die erste bzw. zweite Antwortalternative („A“ oder „B“) verteilt, um Positionseffekte zu vermeiden.

Im Folgenden werden die drei Skalen mit Beispiel-Items dargestellt:

1. Handlungsorientierung nach Mißerfolgserfahrung (HOM) mit dem Gegenpol Lageorientierung nach Mißerfolg (LOM).

Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles mißlungen ist, dann
A. denke ich nicht lange darüber nach.
B. dauert es lange, bis ich mich damit abfinden kann.

2. Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung (HOP) mit dem Gegenpol Lageorientiertes Zögern bei Entscheidungen und dem Planen von Vorhaben (LOP).

Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müßte, dann
A. fällt es mir oft schwer mich an die Arbeit zu machen.
B. fange ich meist ohne weiteres an.

3. Handlungsorientierung bei erfolgreicher Tätigkeitsausführung (HOT) versus lageorientiertem „Aktionismus“ (LOT)

Wenn ich einen interessanten Artikel in der Zeitung lese, dann
A. bin ich meist sehr in das Lesen vertieft und lese den Artikel zu Ende
B. wechsle ich trotzdem oft zu einem anderen Artikel, bevor ich ihn ganz gelesen habe.

3.3.6.2 Fragebogen zur Erfassung von Selbststeuerungsformen (VCQ)

Der Fragebogen VCQ („Volitional Components Questionaire“) stellt eine Operationalisierung der von KUHL (1994) begründeten Theorie der Selbststeuerung bezüglich Zielverfolgung (Selbstkontrolle) und Selbstbehauptung (Selbstregulation) dar. Er wurde an der Universität Osnabrück im Fachbereich der Differenziellen- und Persönlichkeitspsychologie (von KUHL und FUHRMANN) entwickelt. Der VCQ ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung von Selbststeuerungskompetenzen mit 204 Items, die auf 19 Dimensionen verteilt sind. Innerhalb der Skalen besteht eine weitere Differenzierung zu Subskalen, so daß insgesamt 32 Aspekte der Selbststeuerung erfaßt werden. Pro Skala schwankt die Itemzahl zwischen 5 und 8. Die einzelnen Items beschreiben Gedanken, Ge-

fühle und Verhaltensweisen, wie sie in typischen Handlungskonflikt-Situationen im Alltag auftreten. Die Einschätzung erfolgt auf einer vierstufigen Antwortskala mit verbalen Ankern (trifft gar nicht zu, trifft etwas zu, trifft überwiegend zu, trifft ausgesprochen zu). Durchführbar ist der Fragebogen als PC-Version sowie als Papier-und Bleistift-Version. Die Dimensionen des Fragebogens lassen sich in zwei übergeordnete Kategorien aufteilen: Kategorie 1 (Skalen 1 bis 12) erfaßt **volitionale Kompetenzen**, wie z.B. In*itiative*, *Planen* und *Impulskontrolle*, während Kategorie 2 (Skalen 13 bis 19) **Defizite im Zugriff auf solche Kompetenzen** bzw. Symptome eingeschränkter Effizienz von Willensfunktionen enthält, wie sie unter Belastungsbedingungen auftreten können. Letzterer Aspekt soll z.B. von den *Skalen Rigidisierung des Handelns und Wahrnehmens*, *Emotionales Perseverieren* und *Energiedefizit* erfaßt werden. Im Folgenden sollen diese 2 Kategorien mit ihren 19 Dimensionen ausführlicher dargestellt werden.

I. Kategorie 1: Volitionale Basiskompetenzen

Skala	Beschreibung und Beispiele
1. Aufmerksamkeitskontrolle	Fähigkeit, bei einer Sache zu bleiben.
1.1 explizite Aufmerksamkeitskontrolle (bewußt)	*„Auch wenn es viele Ablenkungen gibt, kann ich das Wesentliche wie mit einem Scheinwerfer beleuchten."* Dies bezeichnet die bewußte Form der Aufmerksamkeitskontrolle.
1.2 implizite Aufmerksamkeitskontrolle (eher unbewußt)	*„Auch bei langwierigen Tätigkeiten behalte ich das Ziel wie von selbst im Auge."* Diese Form der Aufmerksamkeitskontrolle ist vermittelt durch eine stärkere Beteiligung des „Selbst".
2. Motivationskontrolle	*„Ich kann es schaffen, einer anfangs unangenehmen Tätigkeit zunehmend angenehme Seiten abzugewinnen".* Wissen und Fähigkeit, sich selbst trotz nachlassender Motivation zur Aufnahme oder Fortsetzung einer Handlung zu bewegen. Einerseits werden Strategien, die eine Vergegenwärtigung positiver Zielanreize bedeuten, benannt, oder es werden das Wissen und die Fähigkeit, sich zu einer Sache neu motivieren zu können, in allgemeiner Form angesprochen.

3. Emotionskontrolle	*„Ich kann mich gut aufheitern, wenn dann eine Sache besser klappt."* Bei dieser Skala geht es um die mehr oder weniger bewußte Beeinflussung und Steuerung der eigenen Stimmungslage. Ziel ist es, die handlungsförderlichen Wirkungen von Emotionen für die Umsetzung einer Absicht zu nutzen.
4. Erregungs-/Aktivationskontrolle	Fähigkeit, das eigene Aktivations- und Erregungsniveau entsprechend situativer Erfordernisse zu regulieren.
4.1 Aktivieren	*„Ich erreiche meine beste Form erst dann, wenn Schwierigkeiten auftauchen."* Dies bedeutet, auf erhöhte Anforderungen (Schwierigkeiten, Hindernisse) mit einer entsprechenden Erhöhung der Handlungsbereitschaft reagieren zu können.
4.2 Beruhigen	*„Wenn meine Aufregung Nachteile hat, werde ich ganz ruhig."* Eine Absenkung der allgemeinen Aktiviertheit kann z.B. in Situationen erforderlich sein, in denen eine „überschießende" Aktiviertheit wie Nervosität und Anspannung hinderlich für eine angemessene Absichtsumsetzung ist.
5. Entscheidungskontrolle	*„Wenn es nötig ist kann ich Entscheidungen sehr schnell fällen."* Fähigkeit, Entscheidungen in einer dem Kontext angemessenen Geschwindigkeit treffen zu können, z.B. gründliche Abwägungsprozesse zugunsten notwendiger schneller Entscheidungen abkürzen zu können.
6. Selbstbestimmung/ Freiheitserleben	*„Ich fühle mich meist im Einklang mit mir selbst."* Diese Skala erfaßt den Grad erlebter Freiheit bei der Wahl und Ausführung einer schwierigen und unangenehmen Handlung.. Hier wird u.a. das intrinsisch motivierte Handeln angesprochen.
7. Absichtskontrolle	Besteht aus 2 Skalen:
7.1 Monitoring	*„Vorsätze rufe ich mir immer wieder ins Gedächtnis."* Hier wird der Aspekt einer bewußten Vergegenwärtigung von Absichten und Zielen angesprochen.

7.2 Strategie	*„Wichtige Dinge schreibe ich mir auf, damit ich sie nicht vergesse."* Diese Skala betont die Fähigkeit oder Strategie des Gebrauchs externer Gedächtnishilfen.
8. Planen	*„Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe."* Dies betrifft vor allem die Fähigkeit, eine beabsichtigte Handlung in realistische Einzelschritte zu gliedern und die Schritte in einer zeitlichen Abfolge festzulegen.
9. Impulskontrolle	*„Ich habe oft Schwierigkeiten, Bedürfnisse zu unterdrücken, die zur momentanen Situation nicht passen."* Erfaßt werden soll die Fähigkeit, spontanes, impulsives Verhalten und damit zusammenhängende Gefühle und Gedanken unterdrücken zu können, wenn sie das Erreichen eines angestrebten Handlungszieles erschweren. Da die Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen Impulse eine ganz wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Selbstregulation ist, läßt sie sich neben den Konstrukten „Planen", „Initiative" und „Aufrechterhaltung" als eine vierte volitionale Grundfunktion einordnen.
10. Mißerfolgskontrolle	*„Meist dauert es eine Weile, bis ich aus Fehlern meine Lehren ziehe."* Die Items dieser Skala thematisieren die Fähigkeit, Fehler- oder Mißerfolgsrückmeldungen zu Optimierung des eigenen Handelns verwerten zu können. Diese Kompetenz dürfte effizienzmindernde Symptome wie Grübeln und Handlungslähmung nach Mißerfolgen mindern.
11. Initiative	*„Wenn etwas zu erledigen ist, beginne ich am liebsten sofort damit."* Diese Skala formuliert den spontanen Beginn mit einer beabsichtigten Handlung. Nach einer Entscheidung für ein bestimmtes Ziel ist dies der erste wichtige Schritt der Handlungsumsetzung. Aus theoretischer Sicht ist sie eine zentrale Grundfunktion des Willens.
12. Willensbezogenes Selbstvertrauen	Überzeugung einen "starken Willen" zu haben.

12.1 Volitionales Selbstvertrauen	*„Meist bin ich davon überzeugt, daß mein Wille stark genug ist, einen Vorsatz umzusetzen."* Die Betonung liegt bei dieser Skala auf spezifische Überzeugungen bezüglich der eigenen willentlichen Kompetenz und deren Wirksamkeit in entsprechenden Situationen.
12.2 Optimismus	*„Ich gehe bei den meisten Sachen davon aus, daß sie klappen."* Im Unterschied zu spezifisch willensbezogenen Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (BANDURA, 1977), thematisiert diese Skala einen allgemeinen Optimismus gegenüber Situationen, die den Willen erfordern.

II. Kategorie 2: Defizite im Zugriff auf volitionale Kompetenzen

13. Alienationstendenzen 13.1 Introjektionsneigung	Besteht aus 3 Skalen: *„Ich habe oft das Gefühl, die Erwartungen anderer erfüllen zu müssen."* Im Vordergrund stehen Kognitionen, die eine Furcht vor negativer sozialer Bewertung zum Ausdruck bringen. Die Person zeigt eine eher generelle Neigung, Einstellungen und Reaktionen vorgestellter Dritter als Beurteilungskriterien für das eigene Handeln und Wollen heranzuziehen. 'Introjektsteuerung' bedeutet eine nur unvollständige Verinnerlichung eines Handlungszieles.
13.2 Externale Kontrolle/ Fremdkontrolle 13.3 Entfremdung	*„Ich beginne viele Arbeiten erst dann, wenn jemand Druck macht."* *„ Wenn ich unter Druck gerate, spüre ich oft gar nicht richtig, was ich selbst will."* Die Person verliert unter Belastung den Zugriff auf ihre „innere Stimme" (Bedürfnisse, Werte, alternative Handlungsoptionen).
14. Energiedefizit	*„Manchmal muß ich mich regelrecht aufraffen, überhaupt etwas zu tun."* Hier wird eine mögliche Ursache mangelnder Initiative im Verhalten dargestellt: Niedergeschlagenheit und Schwächegefühle, die sich u.a. in selbstabwertenden Zweifeln äußern können.

15. Implizites Verweigern	Wird eine von außen angeregte Handlungsabsicht nur mangelhaft in das eigene System von Gefühlen und Überzeugungen integriert, und die handelnde Person ist sich dessen nicht bewußt, so kann dies zu impliziten Verweigerungssymptomen wie Intrusionen führen.
15.1 Intrusionsneigung	*„Meine Gedanken schweifen oft ganz unwillkürlich von der Sache ab, mit der ich mich gerade beschäftige."* Auftreten unkontrollierbarer Gedanken.
15.2 Vernachlässigen	*„Ich kann schlecht lange bei ein und derselben Sache bleiben."* Neigung zum Aufschieben unangenehmer oder schwieriger Handlungen.
16. Überkontrolle	Besteht aus 2 Skalen:
16.1 Druck	*„Ich setze mich selbst oft unter Druck."*
16.2 Negative Antizipationen	Die willentliche Handlung ist begleitet von negativen Emotionen. *„Nach einem Mißerfolg treibt mich oft die Angst, noch einmal zu versagen, zu immer neuen Anstrengungen."*
17. Rigidität	*„Ich habe Schwierigkeiten, wenn sich Regeln plötzlich ändern."*
17.1 Rigidität im Handeln 17.2 Rigidität der Wahrnehmung	Mangelnde Flexibilität, sich neuen Situationen anzupassen.
18. Emotionales Perseverieren	Ein „sich nicht lösen können" von einem unangenehmen Erlebnis.
18.1 Grübeln	*„Sorgenvolle Gedanken werde ich schlecht wieder los, wenn sie einmal da sind."*
18.2 Handlungslähmung	*„Nach einem Mißgeschick fällt es mir schwer, einfach noch einmal von vorn zu beginnen."*
19. Unterkontrolle	Mehr oder weniger bewußtes Verweigern, sich willentlich zu engagieren.
19.1 Anstrengungsvermeidung	*„Wenn sich ein Vorsatz als schwierig herausstellt, gebe ich ihn schnell wieder auf."* Bewußtes Vernachlässigen der angestrebten Sache.
19.2 Reaktanz	*„Ich lasse mir grundsätzlich nichts von anderen vorschreiben."*
19.3 Spontanität	*„Ich lasse mich oft von Augenblickseinfällen leiten."*

19.4 Fragmentierung	*„Mein Verhalten erscheint oft widersprüchlich, weil immer wieder eine andere Seite von mir hervortritt“.* Das Handeln einer Person erfolgt zunehmend unabhängig von ihren Einstellungen und Überzeugungen.

3.3.6.3 Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar (PSSI)

Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Differenzierung von verschiedenen Persönlichkeitsprofilen, die sich an den klinischen Kategorien von Persönlichkeitsstörungen der Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 orientieren. Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist dieses Instrument allein nicht ausreichend, es liefert jedoch wichtige Hinweise für eine solche Diagnose. Es wurde am Lehrstuhl für Differenzielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung der Universität Osnabrück entwickelt. Das Inventar besteht aus 140 Items, denen 14 Skalen zugeordnet sind. Es besteht zufriedenstellende interne Konsistenz der einzelnen Skalen mit einem Wert um 0,80 für Cronbachs alphas. Die Konstruktion der Items erfolgte in Anlehnung an die Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV. Der Fragebogen liegt sowohl als Papier-Bleistift- als auch Computerversion vor. Der Vorteil der PC-Version liegt darin, daß hier automatisch vom Rechner die Auswertung vorgenommen wird in Form einer graphischen Darstellung der Rohwerte in Bezug auf die Skalen. Diese ergeben sich für jede der 14 Skalen aus der Summe der 10 zugehörigen Itemwerte. Die Antwortalternativen des jeweiligen Items werden wie folgt berechnet: trifft gar nicht zu = 0 Punkte; trifft etwas zu = 1 Punkt; trifft überwiegend zu: 2 Punkte; trifft ausgesprochen zu = 3 Punkte. (Bei umgepolten Items ergeben sich die Werte in umgekehrter Reihenfolge.)

Im Folgenden werden die einzelnen Persönlichkeitsskalen beschrieben. In Klammern ist die entsprechende DSM-IV Kennzeichnung aufgeführt.

Selbstbestimmter Stil und antisoziale Persönlichkeitsstörung (301.70)

Hauptmerkmale dieses Persönlichkeitsstils sind selbstbestimmtes bzw. rücksichtsloses Durchsetzen eigener Ziele und fehlende Anpassungsfähigkeit an die rechtlichen Normen der Gesellschaft. Die antisoziale Störung ist durch verantwortungsloses, rücksichtsloses und unsoziales Verhalten sowie durch einen

Mangel an Schuldgefühlen bei Normverletzungen gekennzeichnet.

Eigenwilliger Stil und paranoide Persönlichkeitsstörung (301.00)

Personen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstruktur vertrauen sich nur zögernd anderen Menschen an und stellen die Loyalität von Freunden und Mitarbeitern häufig in Zweifel. Die paranoide Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch die durchgängige, unrealistische Neigung der Betroffenen aus, die Handlungen anderer Menschen als bedrohlich zu interpretieren. Paranoide Menschen fühlen sich von anderen ausgenutzt, benachteiligt oder können nicht vergeben

Zurückhaltender Stil und schizoide Persönlichkeitsstörung (301.20)

Die Items dieser Skala erfassen ein Verhaltensmuster, das durch Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen, nüchterne Sachlichkeit und eine eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit gekennzeichnet ist. Personen mit diesem Persönlichkeitsstil haben nicht den Wunsch nach engen Beziehungen und bevorzugen Unternehmungen, die sie alleine machen können. In der pathologischen Übersteigerung haben sie keine engen Freunde oder Vertraute, empfinden wenig starke Emotionen wie Zorn oder Freude und sind gleichgültig gegenüber Lob oder Kritik von anderen.

Selbstkritischer Stil und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (301.82)

Das Hauptmerkmal dieses Persönlichkeitsstils ist die Angst vor Kritik, negativer Beurteilung und Ablehnung durch andere. Deshalb meiden die Betroffenen soziale und berufliche Aktivitäten, die größere soziale Anforderungen oder enge zwischenmenschliche Kontakte bedingen. Selbstunsichere Menschen gehen nur Beziehungen ein, wenn sie sich ihrer Akzeptanz sicher sind wie im engsten Kreis der Familie. In Gesellschaft zeigen sie sich sehr zurückhaltend aus Angst vor Blamage, z.B. etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen.

Sorgfältiger Stil und zwanghafte Persönlichkeitsstörung (301.40)

Personen mit diesem Persönlichkeitsstil haben übermäßig strenge eigene Normen, sind sehr gewissenhaft und genau in der Ausführung eigener Tätigkeiten. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung ist durch einen übermäßigen Perfektionismus geprägt, der die Fertigstellung von Aufgaben oder Zielvorstellungen

behindert. Die Betroffenen beschäftigen sich ständig mit Details, Regeln, Ordnung, Organisation oder Plänen. Es besteht eine unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Kontakten.

Ahnungsvoller Stil und schizotypische Persönlichkeitsstörung (301.22)

Die Items dieser Skala erfassen einen Persönlichkeitsstil bzw. in der Extremform eine Persönlichkeitsstörung, die durch Eigentümlichkeit der Erscheinung, der Vorstellungen und des Verhaltens sowie durch Ängstlichkeit in sozialen Situationen und durch Defizite in den zwischenmenschlichen Beziehungen gekennzeichnet ist. Die Betroffenen sind häufig mißtrauisch, haben Beziehungsideen und seltsame Glaubensinhalte oder magisches Denken wie z.B. Aberglaube, Telepathie oder Hellseherei. In seiner Sprache ist der Betroffene oft vage, umständlich, metaphorisch oder stereotyp; in seinem Affekt inadäquat oder eingeschränkt, z.B. macht er einen spröden, unnahbaren Eindruck und erwidert selten Gesten oder Gesichtsausdrücke wie Lächeln oder Grüßen.

Optimistischer Stil und rhapsodische Persönlichkeitsstörung

Dieser Stil wird im DSM-IV oder ICD-10 nicht beschrieben, zeigt jedoch eine gewisse Überlappung mit dem histrionischen Typus, dessen selbstdarstellerische und verführerischen Anteile jedoch nicht zum rhapsodischen Stil gezählt werden. Personen dieses Stils sind durch eine durchweg positive Lebenseinstellung gekennzeichnet, bei der auch negativen Erlebnissen eine leicht positive Seite abgewonnen wird. Dies kann in der pathologischen Übersteigerung zu chronischer Schwärmerei und der Unfähigkeit führen, negative Seiten im Selbsterleben und bei anderen zu sehen und sich mit Konflikten auseinanderzusetzen.

Ehrgeiziger Stil und narzißtische Persönlichkeitsstörung (301.81)

Personen diesen Stils haben einen ausgeprägten Sinn für das Besondere, das sich z.B. in einer besonderen Leistungsorientierung oder einer elitären, statusbewußten Lebensweise und Erscheinung ausdrückt. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung ist geprägt durch ein durchgängiges Muster von Großartigkeit in der Phantasie oder im Verhalten, einen Mangel an Einfühlungsvermögen und eine Überempfindlichkeit gegenüber der Einschätzung durch ande-

re. Die Betroffenen sind in übertriebenem Maße von ihrer eigenen Bedeutung überzeugt, übertreiben ihre Fähigkeiten und erwarten, auch ohne besondere Leistungen außergewöhnliche Beachtung zu finden. Auf Kritik reagieren sie mit Wut, Scham oder Demütigung.

Kritischer Stil und passiv-aggressive bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung (301.84)

Dieser Persönlichkeitsstil ist durch ein ruhiges bis phlegmatisches Temperament charakterisiert, so daß insgesamt der Eindruck einer Gelassenheit oder Passivität gegenüber den Ereignissen entsteht. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch einen passiven indirekten Widerstand gegenüber Forderungen nach angemessenen Leistungen im sozialen und beruflichen Bereich z.B. durch Verzögerungsmanöver, Trödelei und „Vergeßlichkeit" bei Verpflichtungen. Es besteht die ungerechtfertigte Annahme, mißverstanden, ungerecht behandelt und übermäßig in die Pflicht genommen zu werden. Auf Autoritätspersonen reagiert der Betroffene mit unmäßiger Kritik und Verachtung.

Loyaler Stil und abhängige Persönlichkeitsstörung (301.60)

Hauptmerkmal dieses Persönlichkeitsstils ist ein loyales Verhalten mit der Bereitschaft, eigene Wünsche zurückzustellen, um nicht mit den Interessen anderer Menschen zu kollidieren. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung ist durch ein durchgängiges Muster von abhängigem oder unterwürfigem Verhalten und durch die Unfähigkeit, selbständige Entscheidungen zu treffen, gekennzeichnet. Die Betroffenen haben extrem große Angst davor, verlassen zu werden und sind bereit, für sie unangenehme Tätigkeiten zu übernehmen, um die Zuneigung anderer zu gewinnen. Sie haben wenig Selbstvertrauen und neigen dazu, sich anderen unterzuordnen. Die übermäßige Abhängigkeit von anderen erschwert jegliche Eigeninitiative.

Spontaner Stil und Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83)

Der mit dieser Skala erfaßte Persönlichkeitsstil ist durch eine intensive Emotionalität gekennzeichnet, die zwischen den Extremen - spontane Idealisierung und impulsive Ablehnung von Dingen oder Personen - häufig wechselt. Da spontane Menschen wenig nachtragend sind, können sie selbst starke Reaktio-

nen nach kurzer Zeit vergessen. Das Hauptmerkmal der entsprechenden Persönlichkeitsstörung ist eine Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes. Die Betroffenen zeigen eine ausgeprägte Impulsivität mit unkontrollierbaren Wutausbrüchen, potentiell selbstschädigende Verhaltensweisen und wiederholten Suiziddrohungen bzw. -versuchen. Andererseits beschreiben sie auch ein chronisches Gefühl der Leere und Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität.

Liebenswürdiger Stil und histrionische Persönlichkeitsstörung (301.50)

Die Items dieser Skala erfassen einen Persönlichkeitsstil, der durch ein warmherziges, intuitiv-spontanes Verhalten gegenüber anderen Menschen charakterisiert ist. Die entsprechende Persönlichkeitsstörung zeigt ein durchgängiges Muster übertriebener, oberflächlicher Emotionalität und ein ständiges Verlangen nach Anerkennung, Bestätigung und Aufmerksamkeit. Dieses versuchen die Betroffenen durch ein dramatisches Verhalten mit überzogenem impressionistischem Sprachstil und ein übertrieben attraktives, verführerisches Äußeres zu erreichen. Sie fühlen sich unwohl in Situationen, in denen sie nicht im Mittelpunkt stehen.

Passiver Stil und depressive Persönlichkeitsstörung

Personen mit dieser Persönlichkeitsstruktur sind sich selbst und anderen gegenüber sehr kritisch eingestellt und haben eine eher passive und kontemplative als eine pragmatische Grundhaltung. Die depressive Persönlichkeitsstörung ist durch häufige Niedergeschlagenheit, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit sowie einer pessimistischen Grundhaltung gekennzeichnet. Betroffene leiden häufig unter Schuldgefühlen und sind nicht in der Lage, positive Emotionen zu empfinden.

Altruistischer Stil und selbstlose Persönlichkeitsstörung.

Der mit dieser Skala erfaßte Persönlichkeitsstil ist gekennzeichnet durch Hilfsbereitschaft, Empathie und soziales Engagement. Die entsprechende, im DSM-IV nicht enthaltene, Persönlichkeitsstörung beschreibt ein durchgängiges Muster von übermäßig aufopferndem Verhalten, chronischer Unterordnung der eigenen Bedürfnisse unter die anderer Personen und mangelnder Genußfähigkeit.

4 BEFUNDE und ERGEBNISSE

4.1 Beschreibung der Stichprobe

4.1.1 Gruppe der alkoholabhängigen Patienten

Diese Gruppe umfaßt 16 Patienten im Alter zwischen 27 und 57 Jahren (Median= 38). Von diesen 16 Untersuchungsteilnehmern sind 15 männlichen und 1 weiblichen Geschlechts.

Bei dieser Gruppe handelt es sich ausschließlich um stationäre Patienten zur Entgiftungsbehandlung, die sich in den ersten zwei Wochen nach stationärer Aufnahme bereit erklärten, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Untersuchung erfolgte nach dem Abklingen evtueller körperlicher Entzugssymptomatik zu Beginn der zweiten Behandlungswoche, unter Ausschluß von hirnorganischen Erkrankungen. Die Rekrutierung erfolgte von Station 5 der Psychiatrischen Klinik des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf und aus der Suchtabteilung des Klinikum Nord.

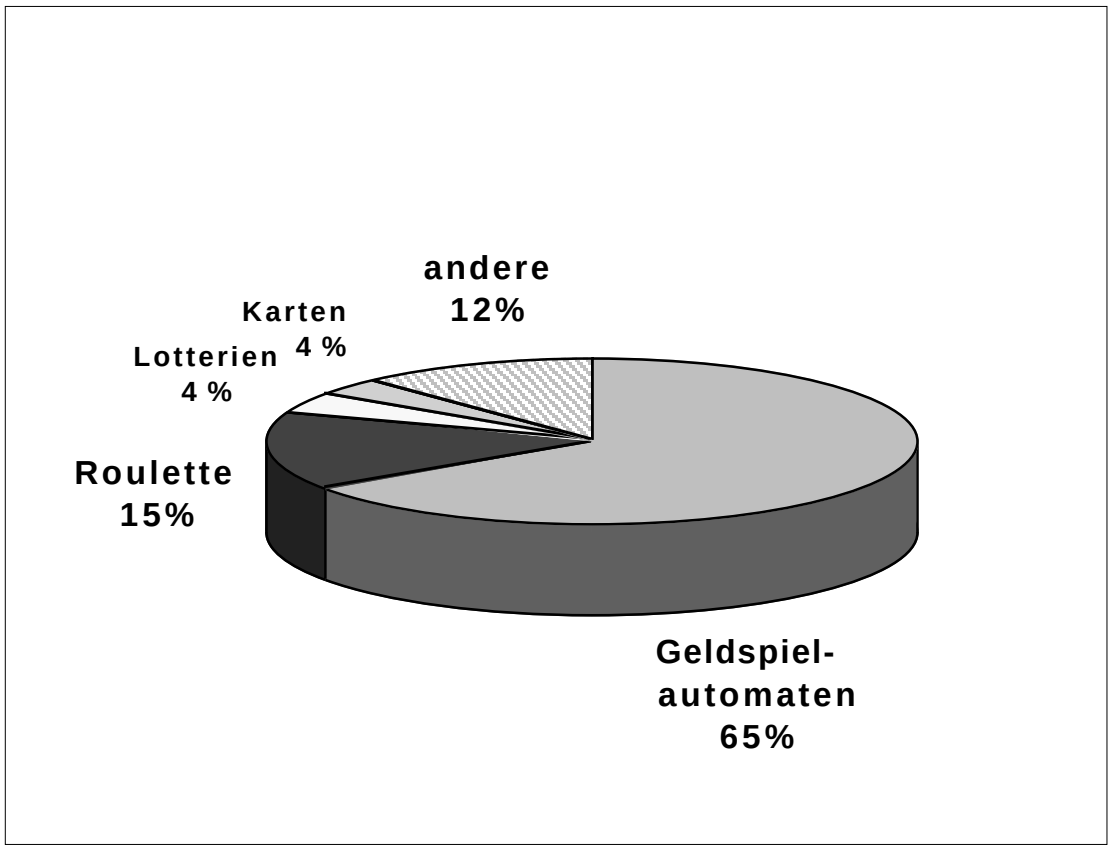
4.1.2 Gruppe der Patienten mit pathologischem Spielverhalten

Diese Gruppe umfaßt insgesamt 19 Personen mit folgender Geschlechtsverteilung: 2 weibliche Patientinnen und 17 männliche Patienten. Das Alter in dieser Untersuchungsgruppe verteilt sich zwischen 25 und 60 Jahren (Median=32).

4.1.2.1 Bevorzugte Spielart

17 Patienten (65%) spielten an Geldspielautomaten, 4 (15%) waren Roulettespieler, jeweils 1 Person spielte Karten bzw. Lotto/Toto (Mehrfachnennungen waren möglich).

Abbildung 1: Bevorzugte Spielart



4.1.2.2 Höhe der Gesamtschulden

Die Schuldenbelastung lag für 8 Patienten bei bis zu 25 000 DM, bei 12 Spielern bis zu 65 000 DM, und 1 Patient gab an, 250 000 DM Schulden zu haben.

Tabelle 16: Höhe der Gesamtschulden (in Tausend DM) für n=19

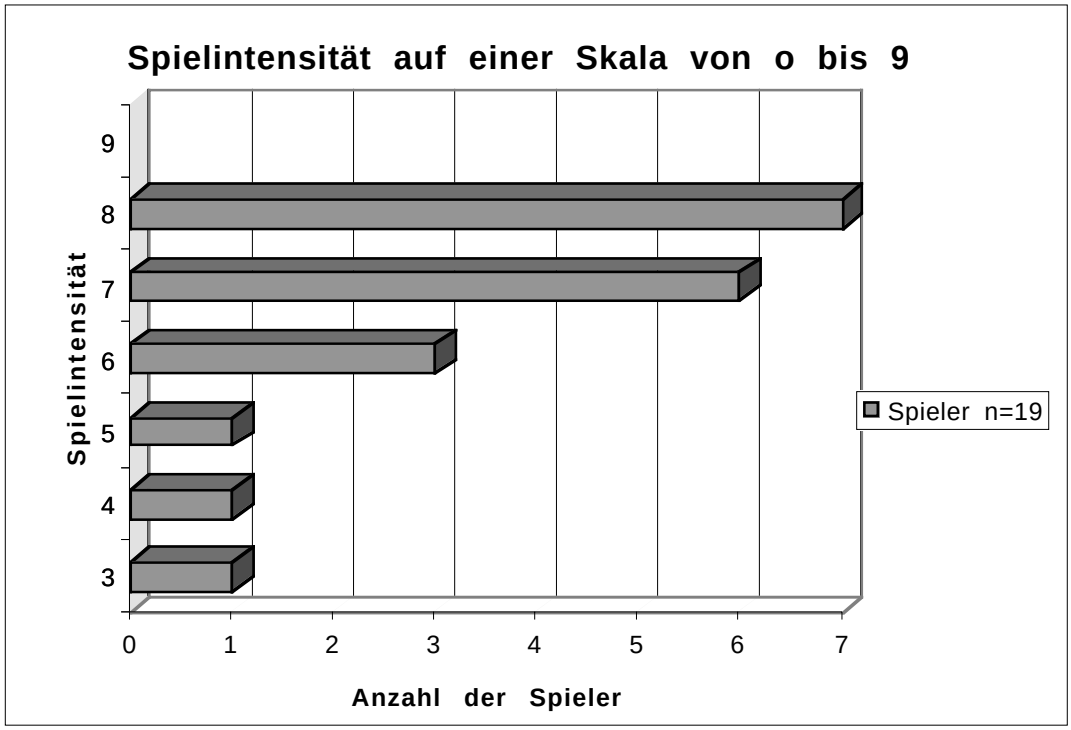
DM	N	DM	N
bis 2000	1	bis 50 000	7
bis 10 000	2	bis 65 000	3
bis 15 000	3	250 000	1
bis 25 000	2		

4.1.2.3 Spielintensität

Auf einer Ratingskala von 0 bis 9 gaben die Patienten eine Selbsteinschätzung ihrer Spielintensität an. Dabei schätzten 13 Patienten ihre Spielintensität bei 7

und 8 ein; 3 Spieler bei einem Wert von 6 und jeweils 1 Patient gab einen Intensitätswert von 3 bzw. 4 und 5 an.

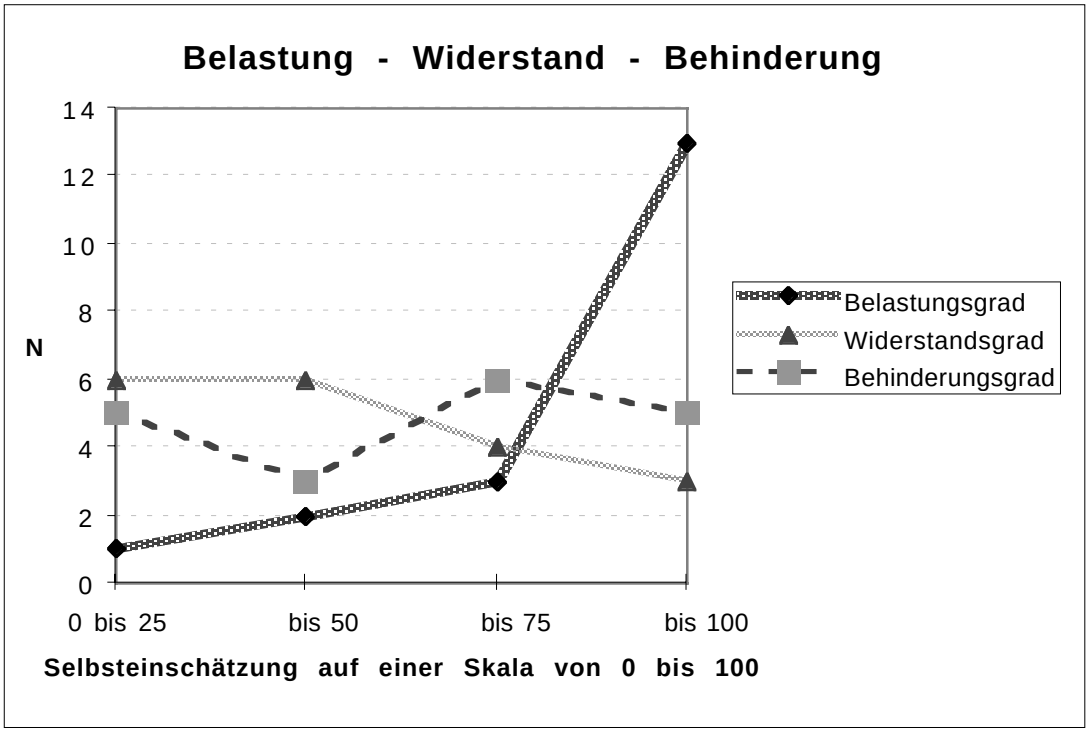
Abbildung 2: Spielintensität auf einer Skala von 0 bis 9



4.1.2.4 Belastungsgrad - Widerstandsgrad - Behinderungsgrad

Auf einer Rating-Skala von 0 bis 100% beurteilten 13 Spieler ihren individuellen Belastungsgrad durch das exzessive Spielen von 75 -100%. Jeweils 6 Patienten zeigten Widerstand in nur 25% bzw. 50% der Situationen, in denen Gedanken an das Spielen kamen. 8 Spieler fühlen sich bis 50% und weitere 11 bis 100% durch das Spielen in ihrem Tagesablauf behindert.

Abbildung 3: Belastungsgrad - Widerstandsgrad - Behinderungsgrad



4.1.3 Gruppe der Patienten mit Zwangsstörung

Diese Stichprobe umfaßt 16 Patienten im Alter zwischen 24 und 52 Jahren. Die Gruppe gliedert sich in 10 weibliche Patientinnen und 6 männliche Patienten.

4.1.3.1 Ausprägung der Zwangssymptomatik

Mit Hilfe der Y-BOCS wurden bei allen Patienten sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen erhoben, wobei sich die Zwangsgedanken inhaltlich zumeist auf die Zwangshandlungen bezogen (z.B. aggressive Zwangsgedanken bei Kontrollzwängen). In unserer Stichprobe verteilten sich die Y-BOCS Werte zwischen 14 und 31 Punkten mit einem Mittelwert von 24 (sd= 4.91).

4.1.4 Gruppenvergleich der soziodemographischen Daten N=51

Tabelle 17: Vergleich der soziodemographischen Daten N=51

	Alkoholiker n=16	Spieler n=19	Zwangspatienten n=16
Geschlecht			
Frauen	1	2	10
Männer	15	17	6
Alter, M ± Sd	39.0 ± 8.4	37.2 ± 11.0	34.8 ± 9.8
Familienstand			
ledig	9 (56%)	11 (58%)	9 (56%)
verheiratet	4 (25%)	6 (32%)	5 (31%)
geschieden/getrennt	3 (19%)	2 (11%)	2 (12%)
Partner			
feste Partnerbeziehung	9 (56%)	10 (53%)	11 (69%)
ohne Partnerbeziehung	7 (44%)	9 (47%)	5 (31%)
Zusammenleben			
allein	10 (62%)	5 (26%)	5 (31%)
mit Partner	3 (19%)	5 (26%)	4 (25%)
mit Familie/ Nichtverwandte	3 (19%)	9 (46%)	7 (44%)

Während die Gruppe der Alkoholabhängigen und die der pathologischen Spieler eine vergleichbare Geschlechtsverteilung mit deutlicher Unterrepräsentanz der weiblichen Patientinnen aufweisen, überwiegt bei den Zwangspatienten der weibliche Anteil. Die Altersverteilung ist bei allen drei Gruppen weitgehend gleich. Gemeinsamkeiten zwischen allen drei Gruppen bestehen bezüglich des Familienstandes und der aktuellen Partnersituation: 56% der Alkoholiker leben in einer festen Partnerbeziehung, 53% der Spieler und 69% der Zwangspatienten. Es fällt auf, daß 62% der Alkoholabhängigen allein im eigenen Haushalt leben, während es bei den Spielern 26% und bei den Zwangspatienten 31% sind. Im Kontrast hierzu leben 46 % der Spieler und 44% der Zwangspatienten mit Familienmitgliedern bzw. Nichtverwandten zusammen.

Tabelle 18: Arbeitsstatus

Arbeitsstatus	Alkoholiker (n=16)	Spieler (n=19)	Zwangspatienten (n=16)
berufstätig	10	8	6
Hausarbeit	0	0	1
Ausbildung/Umschulung	1	3	2
arbeitslos/erwerbsunfähig	3	5	7
Rentner	2	0	0
Kombinationen	0	3	0

10 von 16 Alkoholikern sind berufstätig, wohingegen 8 von 19 Spielern und 6 von 16 Zwangspatienten berufstätig sind. Die Gruppe der Zwangspatienten ist mit 7 von 16 am häufigsten arbeitslos bzw. erwerbsunfähig. Bei den Spielern betrifft letzterer Aspekt 5 Personen und bei der ersten Gruppe 3 Personen.

Tabelle 19: Gruppenvergleich bzgl. Ausbildungsstatus

Ausbildung	Alkoholiker n=16	Spieler n=19	Zwangspat. n=16
ohne Abschluß	1	0	0
Hauptschule	6	6	1
Real-/Handelsschule ohne Abschluß	2	2	3
Real-/Handelsschule mit Abschluß	5	4	5
Gymnasium ohne Abitur	1	1	0
Abitur		2	
Studium ohne Abschluß	1	3	4
Studium mit Abschluß	0	1	3

Bezüglich des Ausbildungsstatus zeigen Alkoholiker und Spieler einige Gemeinsamkeiten mit einer hohen Anzahl von Hauptschul- und Real-/Handelsschulabschlüssen. 2 Spieler haben Abitur, 3 ein Studium ohne Abschluß und 1 Spieler hat ein Studium abgeschlossen. Bei der Gruppe der Alkoholabhängigen hatte 1 Person das Gymnasium ohne Abschluß und 1 weitere ein Studium begonnen. In der Gruppe der Zwangspatienten gibt es 3 Akademiker und 4 Personen mit einem Studium ohne Abschluß. Ähnlich den anderen beiden Gruppen haben 5 einen Real-/Handelsschulabschluß und 3 ohne Abschluß. 1 Zwangspatient hat einen Hauptschulabschluß.

Tabelle 20: Gruppenvergleich der Berufsgruppen

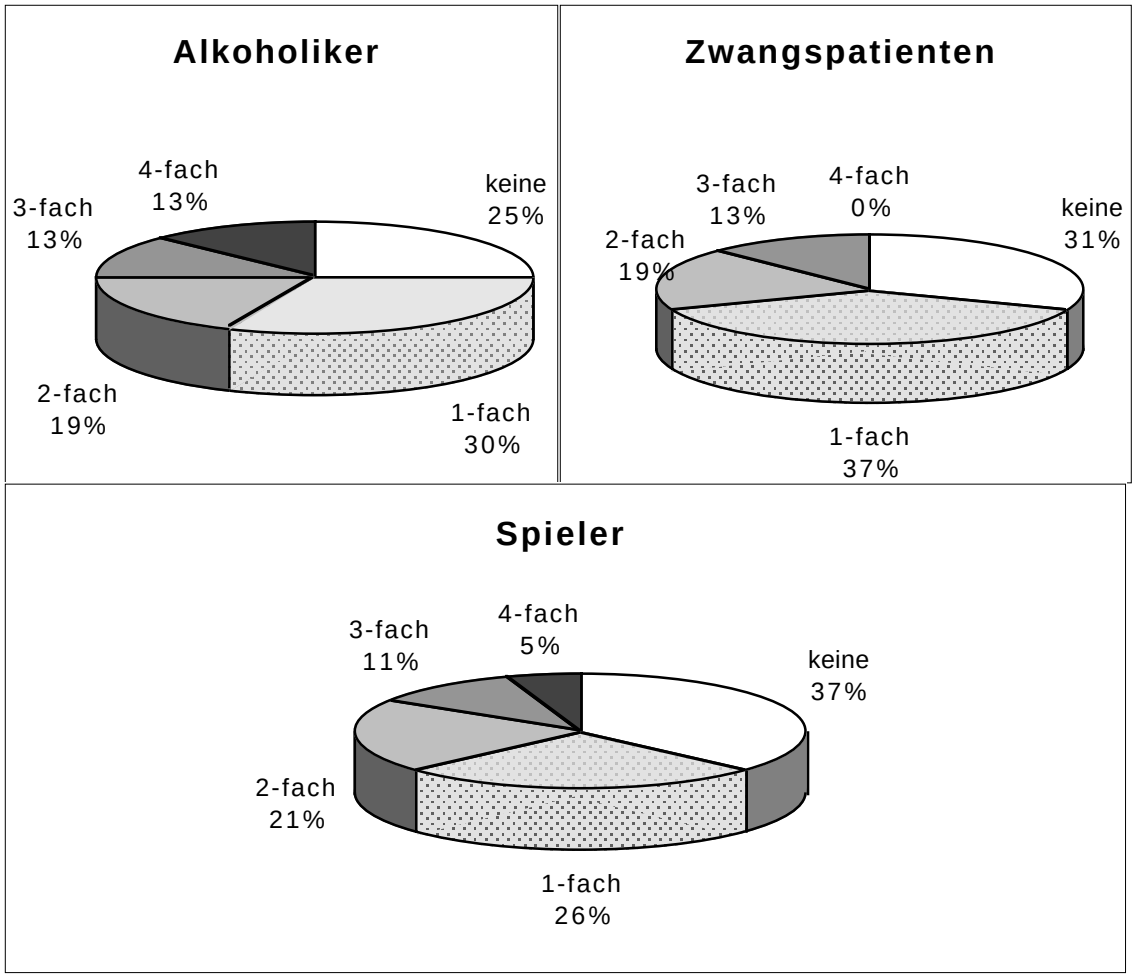
Berufsgruppe	Alkoholiker n=16	Spieler n=19	Zwangspat. n=16
Arbeiter	1	5	2
Facharbeiter/ Handwerker	6	1	1
mittlere Beamte/ Angestellte	2	8	7
gehobene Beamte/ leit. Angestellter	3	1	1
Selbständig/ freier Beruf	4	3	1
ohne Beruf	0	1	3

Bezüglich der Berufsgruppenverteilung gibt es bei der Gruppe der Spieler die meisten Arbeiter (5) und bei den Alkoholabhängigen die höchste Anzahl an Facharbeitern bzw. Handwerkern (6). Innerhalb der Berufsgruppe mittlere Beamte/Angestellte zeigen Spieler mit 8 und Zwangspatienten mit 7 Personen eine ähnliche Verteilung auf. Selbständig bzw. einen freien Beruf üben 4 der Alkoholiker und 3 der Spieler aus. 3 Zwangspatienten geben an, keinen Beruf zu haben, bei den Spielern ist es 1 Person.

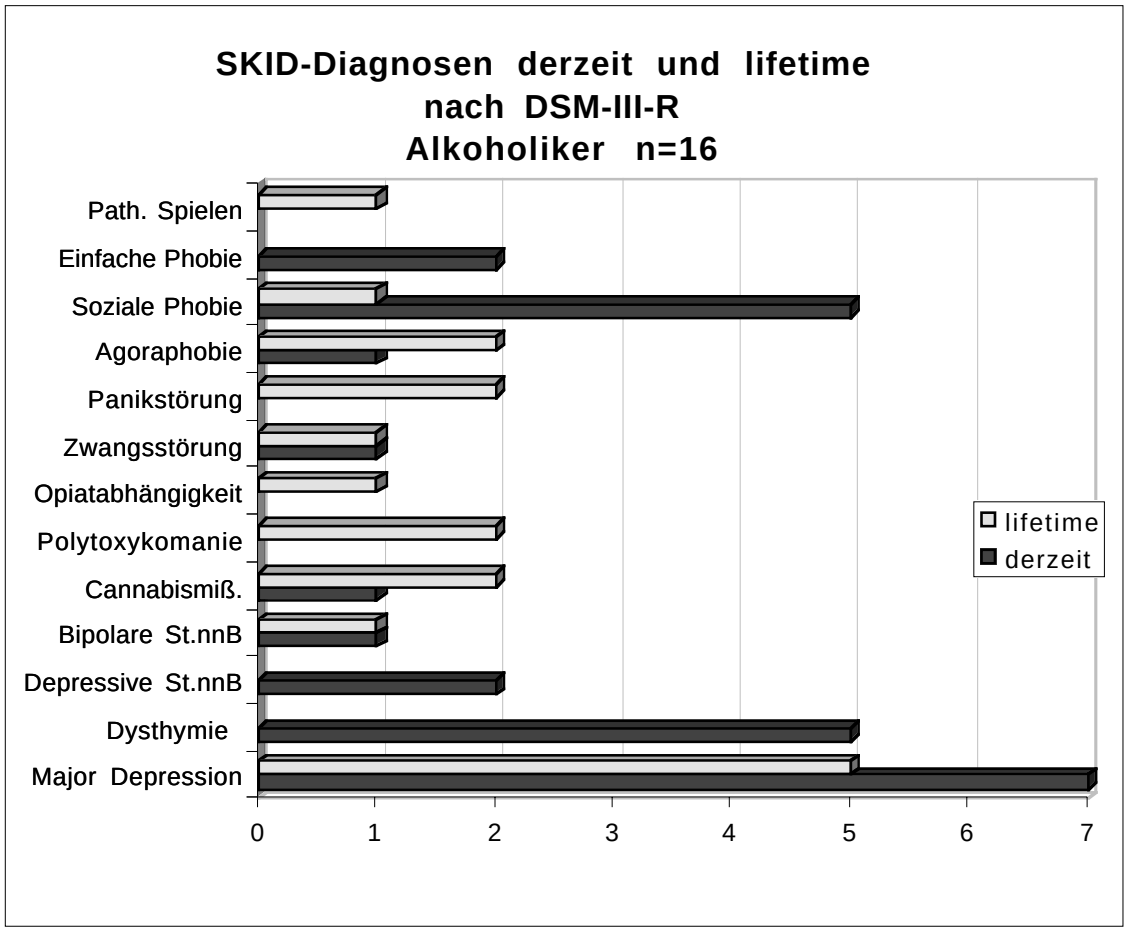
Bei Mittelwertvergleichen (T-Tests) der soziodemographischen Daten zeigten sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 klinischen Stichproben.

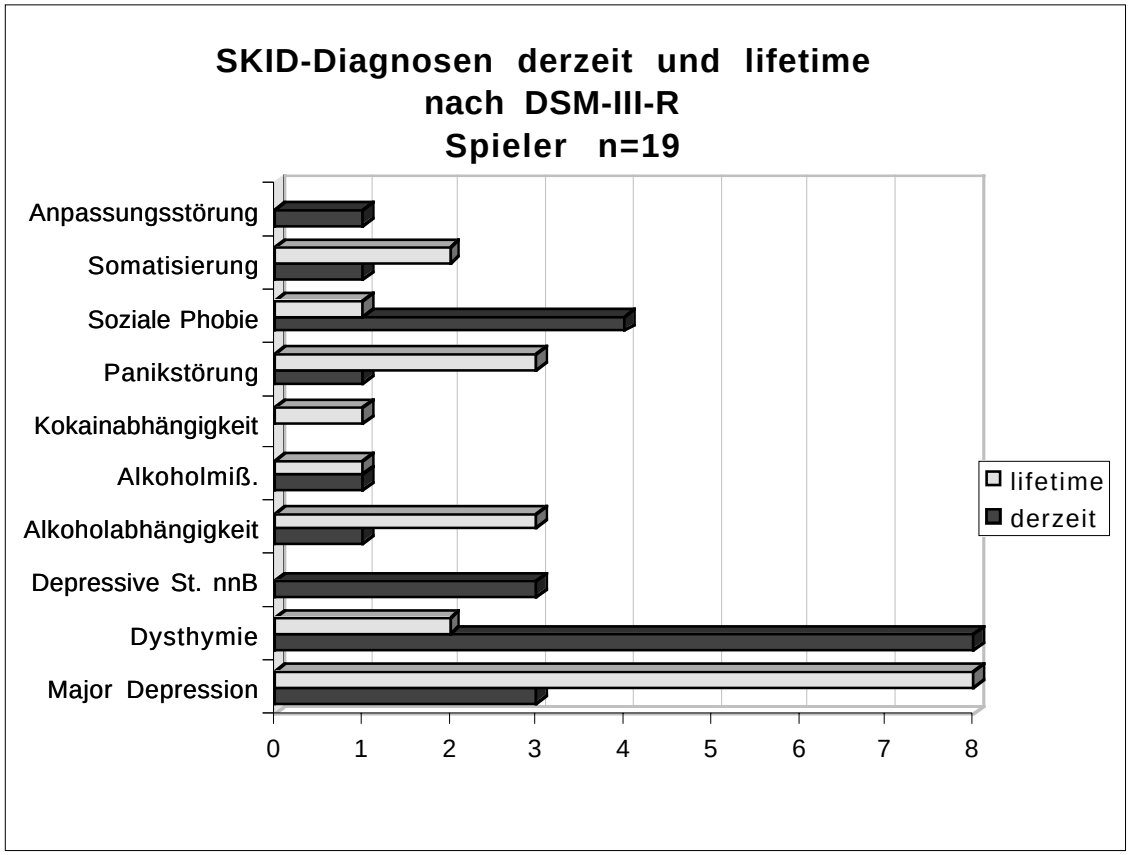
4.2 Achse I-Komorbidität

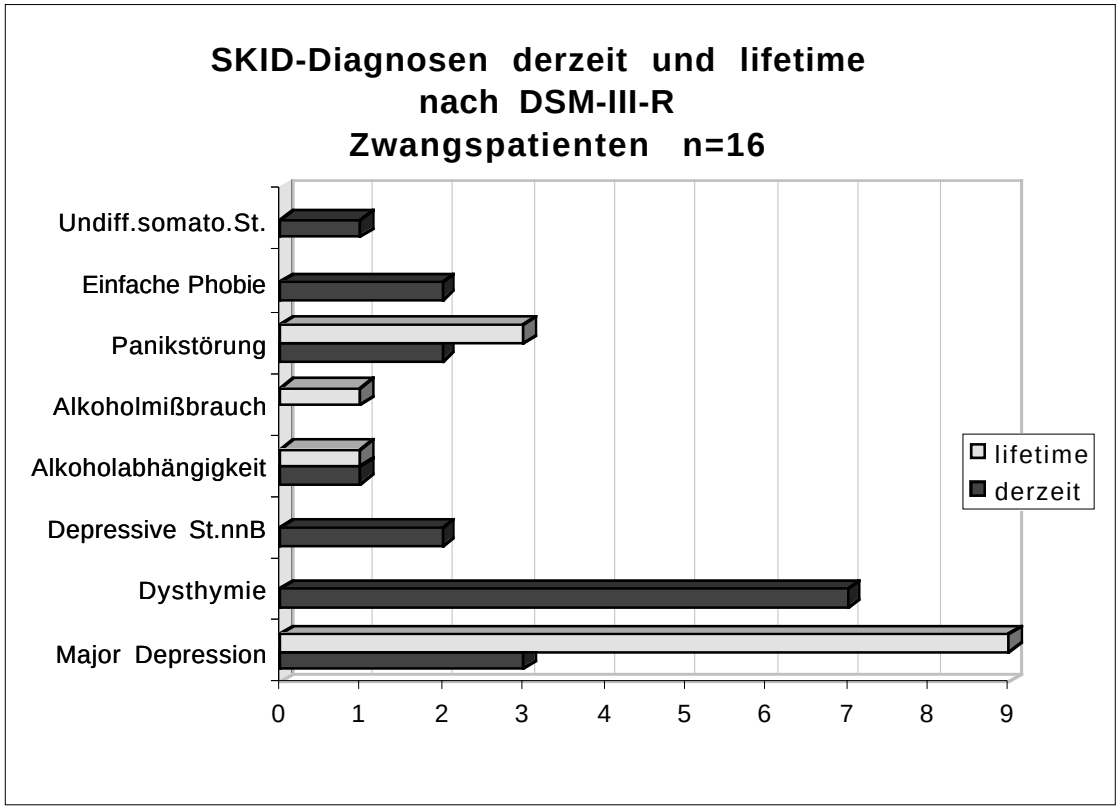
Abbildung 4: Gruppenvergleich der aktuellen Achse I-Komorbidität



Zur Diagnostik von komorbiden Achse I-Zusatzdiagnosen wurde bei allen Patienten das SKID durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, daß 75% der Alkoholiker, 63% der Spieler und 69% der Zwangspatienten an mindestens einer zusätzlichen Achse I-Diagnose litten. Dabei lagen die komorbiden Diagnosen sowohl derzeit als auch lifetime vorwiegend im affektiven Bereich, wie es aus den folgenden Graphiken zu sehen ist.


SKID-Diagnosen derzeit und lifetime
nach DSM-III-R
Alkoholiker n=16
Path. Spielen
Einfache Phobie
Soziale Phobie
Agoraphobie
Panikstörung
Zwangsstörung
Opiatabhängigkeit
Polytoxykomanie
Cannabismiß.
Bipolare St.nnB
Depressive St.nnB
Dysthymie
Major Depression
0
1
2
3
4
5
6
7
lifetime
derzeit


SKID-Diagnosen derzeit und lifetime
nach DSM-III-R
Spieler n=19
Anpassungsstörung
Somatisierung
Soziale Phobie
Panikstörung
Kokainabhängigkeit
Alkoholmiß.
Alkoholabhängigkeit
Depressive St. nnB
Dysthymie
Major Depression
0
1
2
3
4
5
6
7
8
lifetime
derzeit



Aktuelle Zusatzdiagnosen:

Im affektiven Bereich hatten 7 alkoholabhängige Patienten eine Major Depression, bei weiteren 5 konnte eine Dysthyme Störung festgestellt werden. Die depressive Symptomatik zweier Patienten fiel in die Restkategorie der depressiven Störung n.n.B. Bei einem Patienten wurde eine bipolare Störung n.n.B. klassifiziert. Im affektiven Bereich weisen Spieler und Zwangspatienten ein ähnliches Verteilungsmuster auf: Es dominiert die Zusatzdiagnose einer dysthymen Störung mit 8 Patienten in der Gruppe der pathologischen Spieler und bei 7 Patienten mit Zwangsstörung. Bei jeweils 3 Spielern wurde eine Major Depression bzw. eine Depressive Störung n.n.B. diagnostiziert; auch 3 Zwangspatienten erfüllten die Kriterien einer Major Depression und 2 weitere die der depressiven Störung n.n.B.

Insgesamt fallen 14 Alkoholabhängige, 14 Spieler und 12 Zwangspatienten in die Skid-Kategorie der depressiven Störungen.

Im Bereich Angststörungen fällt auf, daß 5 Alkoholiker und 4 Spieler an einer Sozialen Phobie litten, wohingegen bei den Zwangspatienten diese Diagnose zum Zeitpunkt des Interviews nicht vergeben wurde (Mehrfachnennungen der Diagnosen möglich). Im Unterschied hierzu zeigen auch Zwangspatienten im Unsicherheitsfragebogen soziale Defizite und Ängste (Vgl. Seite 61). In der Gruppe der Alkoholabhängigen gibt es einen Patienten mit der Zusatzdiagnose einer Zwangsstörung und jeweils einen Spieler und Zwangspatienten mit komorbider Alkoholabhängigkeit.

Lifetime-Zusatzdiagnosen:

Die vorausgehenden Abbildungen stellen die 'lifetime'-Zusatzdiagnosen im Vergleich zu den derzeit bestehenden komorbiden Diagnosen dar. Ähnlich der aktuellen Komorbidität überwiegen auch hier die depressiven Störungen in allen drei Gruppen. Interessanterweise zeigt sich in der Gruppe der Spieler und der Zwangspatienten, im Gegensatz zu den Alkoholabhängigen, ein gehäuftes Vorkommen von lifetime Major Depressions: Bei 8 Spielern und 9 Zwangspatienten bestanden im Verlauf ihres Lebens eine Major Depression, die zum aktuellen Zeitpunkt des Interviews (umfaßt die letzten 4 Wochen vor dem Skid) bei jeweils nur 3 Spielern und Zwangspatienten diagnostiziert wurde.

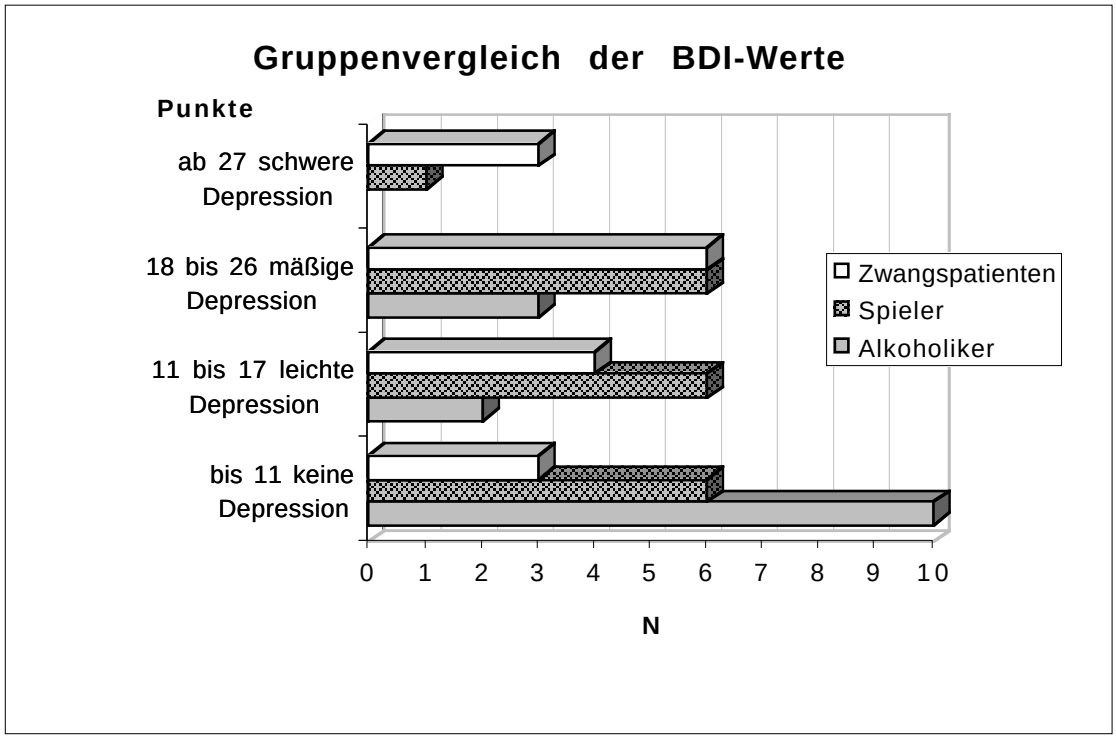
Im Bereich der Angststörungen lifetime bestanden bei jeweils 3 Zwangspatienten und Spielern und bei 4 Alkoholikern eine Panikstörung bzw. Agoraphobie. In der Gruppe der Zwangspatienten wurden wiederum keine sozialen Phobien diagnostiziert, wohingegen sie im Unsicherheitsfragebogen Hinweise für soziale Defizite aufweisen (Vgl. Seite 61).

Bezüglich Komorbidität aus den anderen Diagnosegruppen erfüllten 3 Spieler lifetime die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit. In der Gruppe der Alkoholabhängigen bestand bei jeweils einem Patienten pathologisches Spielverhalten und eine Zwangsstörung. Ein Zwangspatient zeigte lifetime eine Alkoholabhängigkeit. Bei keinem Spieler wurde lifetime eine Zwangsstörung diagnostiziert und bei keinem Zwangspatienten ein pathologisches Spielverhalten.

4.2.1 Erfassung depressiver Symptomatik

4.2.1.1 Beck -Depressions -Inventar (BDI)

Abbildung 5: Gruppenvergleich der BDI-Werte



	Alkoholiker	Spieler	Zwangspatienten
Median	8	15	18.5
Mittelwert ± sd	9.3 ± 6.7	15.5 ± 19.4	17.4 ± 8.3

Zusätzlich zu der Darstellung von Median und Mittelwert gibt die Abbildung 8 differenzierte Information zu der Verteilung depressiver Symptomatik durch den Selbstbeurteilungsfragebogen BDI in den 3 Gruppen. Die Zwangspatienten erscheinen stärker depressiv als die anderen beiden Gruppen; bei der Gruppe der Spieler fällt in den ersten 3 Kategorien eine Gleichverteilung auf, und in der Gruppe der Alkoholabhängigen wird der größte Teil der Patienten als klinisch nicht depressiv eingeordnet. Bei der zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigt sich ein signifikanter Gruppeneffekt zwischen Alkoholikern und Zwangspatienten ($p=0.005$).

4.2.1.2 Fremdratings: MADRS und HAMD

	Alkoholiker		Spieler		Zwangspat.	
	HAMD	MADRS	HAMD	MADRS	HAMD	MADRS
keine Depression	11	10	9	12	3	7
leichte Depression	4	4	7	3	9	8
mäßige Depression	1	1	2	1	4	1
schwere Depression	0	1	1	3	0	0
Mittelwert (sd)	7.2	10.6	10	14.1	12.8 (5.9)	13.9 (6.4)

Aus den Befunden der Depressions-Fremdratings läßt sich insgesamt feststellen, daß die Mittelwerte der Ergebnisse beim MADRS höher liegen als bei der HAMD. Weiterhin weisen bei der Fremdbeurteilung depressiver Symptomatik eine größere Anzahl von pathologischen Spielern keine Depression auf. Auch bei den Zwangspatienten zeigen sich differierende Ergebnisse einerseits zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung und andererseits zwischen HAMD und MADRS. Im MADRS wurde bei 7 Patienten keine Depression eingeschätzt und bei nur 1 Person eine mäßige Depression, wohingegen der HAMD bei 3 Zwangspatienten keine klinisch relevante Depression konstatiert und bei 4 Personen eine mäßige depressive Symptomatik beurteilt. Im Gegensatz hierzu fielen im BDI 3 Zwangskranke in die Kategorie schwere Depression.

4.2.2 Erfassung von sozialen Defiziten und Ängsten

4.2.2.1 Unsicherheitsfragebogen

Wie bereits eingangs erwähnt, haben wir als Cut-off-Wert für die Erfassung sozialer Defizite/Ängste im U-Fragebogen die obere Standardabweichung der Nicht-Patientengruppe und mindestens 3 auffällige Skalen festgelegt. Auf der Grundlage dieser Kriterien wurden 6 (37,5%) Alkoholiker, 8 (42%) pathologische Spieler und 7 (43%) Zwangspatienten als sozial ängstlich bzw. defizitär eingestuft. Die Berechnungen von zweifaktoriellen Varianzanalysen ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den 3 Gruppen. Es zeigten sich jedoch Signifikanzen zwischen den HOM- und LOM- Subgruppen (siehe Tabelle 19): Dem U-Fragebogen zufolge werden 6 Alkoholiker als sozial defizitär/ängstlich eingestuft, von denen gleichzeitig 5 Personen als *Lageorientierte*

nach Mißerfolg bezeichnet werden können. Von 8 als sozial defizitär/ängstlich eingestuften Spielern gelten 6 Spieler als *lageorientiert nach Mißerfolg*. Bei den Zwangspatienten wurden 7 Personen als sozial defizitär/ängstlich eingestuft, von denen 5 *Lageorientierte nach Mißerfolg* imponieren.

Tabelle 21: Zweifaktorielle Varianzanalysen by HOM/LOM und Gruppe:

SKALEN	**GRUPPE**				**HOM / LOM***				**WW**
	M1	M2	M3	P	M1	M2	M3	**P**	
Fehlschlag- und Kritik-angst	32.2	32.7	38.5	0.679	25.4 / 40.9	24.1 / 40.5	37.3 / 39.2	**0.016**	0.388
Kontaktangst	29.8	33.8	28.8	0.456	19.6 / 43.0	27.9 / 39.2	23.3 / 32.0	**0.002**	0.351
Nicht-Nein-Sagen können	26.3	26.5	25.1	0.832	22.6 / 31.0	21.9 / 30.6	25.5 / 24.9	0.074	0. 421
Fordern können	41.4	41.1	37.0	0.729	46.3 / 35.0	43.6 / 38.8	38.8 / 35.9	0.113	0.667
Schuldgefühle	5.9	4.7	6.0	0.668	4.8 / 7.3	2.8 / 6.5	6.7 / 5.6	0.155	0.317
Anständigkeit	11.6	11.3	9.5	0.297	9.6 / 14.3	8.2 / 14.0	7.8 / 10.5	**0.006**	0.713

* HOM= Handlungskontrolle nach Mißerfolg; LOM= Lageorientierung nach Mißerfolg

4.2.2.2 FSS-S

Im Screening für soziale Phobie waren 4 (25%) Alkoholiker, 4 (21%) Spieler und 3 (18.5%) Zwangspatienten auffällig. Bei Mittelwertsvergleichen unterschieden sich weder die 3 Diagnosegruppen noch die HOM-/LOM-Subgruppen.

4.2.2.3 FSS-P

Bei einem Cut-off-Punkt von M=64 (sd=15) zeigt nur 1 Zwangspatient im Screening für spezifische Phobien einen erhöhten Wert von 73 Punkten.

4.2.2.4 Beck- Angstinventar (BAI)

Als Cut-off-Punkt dient der Mittelwert von 23.5 für Angststörungen bei einer klinischen Population. Auffällig waren 1 Alkoholiker (6.25%), 3 Spieler (15.8%) und 4 Zwangspatienten (25%).

4.2.3 Erfassung von Zwängen

4.2.3.1 Hamburger Zwangsinventar (HZI-K)

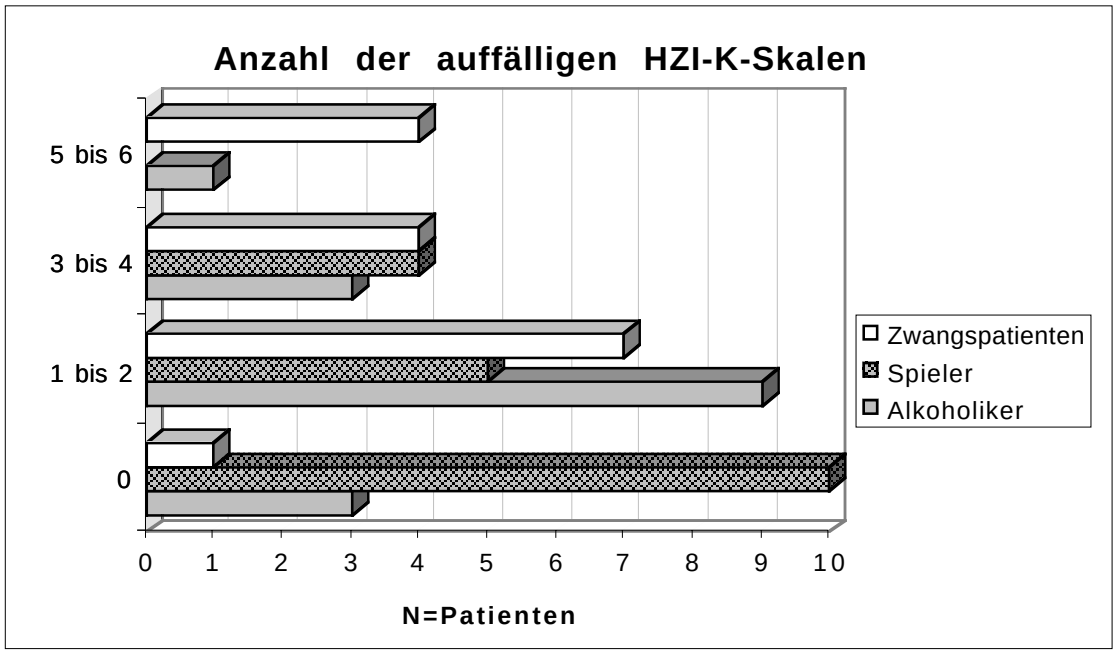
Tabelle 22: Auffällige HZI-K-Skalen im Gruppenvergleich

HZI-K-Skalen	Alkoholiker	Spieler	Zwangspat.
A: Kontrollieren, Wiederholen	3	4	7
B: Waschen, Reinigen	3	4	7
C: Ordnen	3	1	8
D: Zählen, Berühren, Sprechen	6	5	8
E: Gedanken, Bilder, Worte	6	3	5
F: Gedanken, jdn. Leid zufügen	8	6	7

Tabelle 23: Schwere der Störung in Abhängigkeit von der Anzahl der auffälligen Skalen

Anzahl auffälliger Skalen	Schweregrad der Störung	Alkoholiker n=16	Spieler n=19	Zwangspat. n=16
0	nicht zwanghaft	3 (18.5%)	10 (52.6%)	1 (6.3%)
1 bis 2	hoch zwanghaft	9 (56.3%)	5 (26.3 %)	7 (43.8%)
3 bis 4	sehr hoch zwanghaft	3 (18.8%)	4 (21%)	4 (25%)
5 bis 6	extrem hoch zwanghaft	1 (6.3%)	0 (0%)	4 (25%)

Abbildung 6: Tabelle 23 in graphischer Darstellung



Mit dem HZI-K wurden folgende Werte ermittelt: 13 Alkoholiker, 9 Spieler und 15 Zwangspatienten erreichten in mindestens einer Skala den Cut-off-Wert von 5 Stanine-Punkten und werden deshalb als „zwangsneurotisch“ klassifiziert. Auf der Skala ‘Ordnen’ unterschieden sich Spieler von den anderen beiden Gruppen signifikant (T-Test: Spieler - Alkoholiker: p= 0.009; Spieler - Zwangspatienten: p= 0.002); alle anderen Skalen weisen keine signifikanten Gruppenunterschiede auf.

4.2.3.2 Yale-Brown-Obsessive-Scale (Y-BOCS)

Zur Erfassung von aktuellen Zwangsgedanken und -handlungen wurde mit Hilfe der Y-BOCS folgendes festgestellt: Ein Spieler berichtete von Zwangsgedanken, die einen Subscore von 8 erreichten. Bei drei Alkoholikern fanden sich sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen; davon hatten 2 geringe Gesamtscores von 6 und 9 Punkten, und ein Patient erreichte 18 Punkte. Die Y-BOCS-Ergebnisse der Zwangspatienten wurden bereits unter 4.1.3.1. dargestellt. T-Test-Berechnungen zeigen signifikante Unterschiede unter dem 0.1% Niveau zwischen den Zwangspatienten und den anderen beiden Gruppen.

4.2.4 Erfassung somatoformer Störungen

4.2.4.1 Screening für somatoforme Störungen (SOMS-7T)

Tabelle 24: Median- und Mittelwerte von Beschwerdenanzahl (BZ) und Beschwerdenintensität (IT) des SOMS im Gruppenvergleich

Werte von:	**SOMS-BZ**			**SOMS-IT**		
	Gruppe1	Gruppe2	Gruppe3	Gruppe1	Gruppe2	Gruppe3
Median	7.5	7	12	12.5	11	19
Mittelwert	8.1	10.8	12.7	14.6	18.6	22.1
(sd)	(6.7)	(10.7)	(8.9)	(11.8)	(20.9)	(17.5)
Range	1 bis 28	1 bis 45	2 bis 31	1 bis 40	1 bis 87	2 bis 62
zweifaktorielle Varianz-analyse	Gruppenfaktor: n.s. HOM-LOM: p= 0.01			Gruppenfaktor: n.s. HOM-LOM: p= 0.03		

In der Variablen ‘Screening für somatoforme Störungen’ ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen; für die Subgruppen

HOM-LOM können signifikante Unterschiede auf dem 5%-Niveau festgestellt werden.

4.2.4.2 Beschwerdeliste (B-L)

Tabelle 25: Median- und Mittelwerte von B-L im Gruppenvergleich

Werte von:	Alkoholiker	Spieler	Zwangspatienten
Median Mittelwert ± sd Range	19 18.1 ± 8.4 4 bis 33	20 19.4 ± 12 2 bis 47	12 12.7 ± 8.9 2 bis 31
Varianzanalyse	n.s.	n.s.	n.s.

Bezüglich der Beeinträchtigung durch körperliche Beschwerden zeigten sich zwar höhere Medianwerte bei Spielern und Alkoholikern, jedoch ergaben sich keine statistischen Unterschiede zwischen den drei Gruppen.

4.3 Persönlichkeitsdiagnostik

Da dieser Arbeit der Stellenwert einer hypothesengenerierenden Pilotstudie zukommt, erfolgt die statistische Auswertung auf der Grundlage einer explorativen Datenanalyse. Zur Anwendung kommen deskriptive Statistiken (Skatter-Plots, Frequencies und univariate Statistiken) und Mittelwertvergleiche (zweifaktorielle Varianzanalysen mit z.T. anschließenden t-Tests und Scheffe´-Tests für Paarvergleiche). Letztere Verfahren gewinnen im Rahmen dieser Arbeit explorativen Charakter, d.h. es werden aus einem umfangreichen Datensatz hypothetische Konstrukte ermittelt.

Die Dateneingabe erfolgte in Excel und die Auswertung der Daten in SPSS.

4.3.1 HAKEMP 90

Zunächst wurden Skatter-Plots von den Auswertungsergebnissen des Fragebogens HAKEMP 90 zur Erfassung von Handlungs- und Lageorientierung erstellt, um auf deskriptiver Ebene Unterschiede zwischen den drei Diagnosegruppen feststellen zu können. Bei einem Cut-off-Wert von 4 Punkten zeigte sich sehr deutlich, daß die Gruppe der Zwangspatienten auf der 1. Skala

'Handlungs- versus Lageorientierung nach Mißerfolg (HOM ↔ LOM)' und auf der 2. Skala 'Handlungs- versus Lageorientierung bei Planung (HOP ↔ LOP)' im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ausgeprägt lageorientiert erscheinen. In anschließenden t-Tests konnte ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Spielern und Zwangspatienten für die HOM-Skala auf dem 1%-Niveau und für die HOP-Skala auf dem 5%-Niveau bestätigt werden. Im Gegensatz hierzu ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der Alkoholiker und den jeweils anderen beiden Gruppen. In der 3. Skala 'Handlungs- versus Lageorientierung bei der Tätigkeitsausführung (HOT ↔ LOT)' zeigten sich keine statistischen Gruppenunterschiede.

Tabelle 26: Mittelwertvergleiche für die drei Skalen des HAKEMP 90

HAKEMP-Skala	Alkoholiker (AL) n=16		Spieler (PS) n=19		Zwangspatienten (ZW) n=16		t-Test **Sig.** *
	M	sd	M	sd	M	sd	
HOM	4.3	3.3	5.2	3.8	2.4	1.9	AL / PS **PG / ZW** ** AL / ZW
HOP	4.4	3.6	4.9	3.7	2.8	1.9	AL / PS **PG / ZW** * AL / ZW
HOT	8.8	3.0	9.8	2.3	8.3	2.3	AL / PS PG / ZW AL / ZW

** **p≤ .01**
* **p≤ .05**

In einem nächsten Schritt teilten wir in der HOM-/LOM-Skala die drei Diagnosegruppen in zwei Subgruppen nach dem jeweiligen Medianwert. Mit diesem Vorgehen sollte die Berechnung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit folgender erweiterter Fragestellung ermöglicht werden:

3. Gruppenfaktor: Bestehen Unterschiede zwischen den drei Hauptgruppen hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen (PSSI) und Willensfunktionen (VCQ)?

4. HOM-/LOM-Subgruppenfaktor: Gibt es Unterschiede zwischen der HOM-Subgruppe (Handlungsorientierung nach Mißerfolg) und der LOM-Subgruppe (Lageorientierung nach Mißerfolg) ?
5. Bestehen Wechselwirkungen zwischen dem Hauptgruppenfaktor und dem HOM-/LOM-Subgruppenfaktor? Finden sich somit charakteristische Merkmale für eine Subgruppen-Unterscheidung innerhalb der Diagnosegruppen?

Im nächsten Schritt erfolgten zweifaktorielle Varianzanalysen der 32 Subskalen des VCQ (Fragebogen zur Erfassung von Selbststeuerungskompetenzen und -Defizite), deren Ergebnisse im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

4.3.2 Fragebogen zur Erfassung von Selbststeuerungsformen (VCQ)

Von den 32 VCQ-Skalen (abhängige Variable) zeigten sich in 8 Skalen signifikante Unterschiede zwischen den drei Gruppen (unabhängige Variable) . Mit Hilfe von post-hoc-Paarvergleichen (Scheffe´-Test) wurden 6 signifikante und 2 sehr signifikante Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe der pathologischen Spieler und der Zwangspatienten ermittelt. Bei der Gruppe der Alkoholabhängigen besteht nur 1 signifikanter Unterschied zu der Gruppe der Spieler in der Skala Emotionskontrolle; zwischen Alkoholabhängigen und Zwangspatienten fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Auf deskriptiver Ebene (Skatter-Plots) ist festzustellen, daß die Ergebnisprofile der Alkoholabhängigen und der Spieler mehr Ähnlichkeiten aufweisen als zwischen Alkoholabhängigen und Zwangspatienten. Bezüglich des HOM-/LOM-Subgruppenfaktors ergaben sich in 13 Skalen signifikante Ergebnisse. Eine Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren konnte nicht nachgewiesen werden. Aus diesem Grunde wird die Darstellung der Ergebnisse (einfaktorielle Varianzanalyse) in Tabelle 28 auf die 8 VCQ-Skalen beschränkt, die signifikante Gruppenunterschiede gezeigt haben.

Tabelle 27: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse der 8 signifikanten Subskalen des VCQ bezüglich der drei klinischen Gruppen.

VCQ-Skalen	AL M (sd)	PS M (sd)	ZW M (sd)	F-Werte mit Sig. F P	Scheffe´-Test
Stimmungs-management	6.9 (3.2)	10.1 (4.1)	5.1 (2.3)	10.09 0.0002	PS / ZW ** PS / AL *
belastungsab-hängige Selbst-beruhi-gung	4.9 (3.8)	8.0 (5.2)	4.1 (2.5)	4.49 0.16	PS / ZW *
Selbstbestimm-ung	6.4 (2.9)	7.7 (3.2)	4.5 (2.8)	5.1 0.009	PS / ZW **
Entscheidungs-fähigkeit	10.1 (3.5)	10.7 (3.4)	7.3 (3.0)	5.04 0.01	PS / ZW *
Volitionales Selbstvertrau-en	10.4 (4.6)	11.6 (4.5)	7.8 (3.9)	3.55 0.036	PS / ZW *
Allg. Selbstver-trauen	10.8 (6.4)	11.6 (4.8)	7.3 (2.9)	3.69 0.032	PS / ZW *
Zwanghafte Perseveration	6.5 (3.5)	6.3 (4.3)	9.6 (3.1)	4.25 0.02	PS / ZW *
Perzeptive Rigi-dität	6.9 (2.8)	6.2 (3.4)	8.9 (1.3)	4.48 0.016	PS / ZW *

** p≤ .01
* p≤ .05

Die Interpretation der ermittelten Ergebnisse in den einzelnen Skalen des VCQ erfolgt im Diskussionsteil.

4.3.3 Persönlichkeits- Stil- und Störungsinventar (PSSI)

Tabelle 28: Zweifaktorielle Varianzanalyse des Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventars (PSSI)

PSSI-Skalen	**Gruppenfaktor**				**HOM-/LOM-Subgruppenfaktor**		
	Mittelwerte			Sig.	Mittelwerte		Sig.*
	AL	**PS**	**ZW**	von F	**HOM**	**LOM**	von F
Abhängig	16.9	16.5	18.6	0.574	16.2	18.3	0.198
Antisozial	9.7	9.5	6.8	0.285	9.3	8.2	0.15
Borderline	12.9	11.6	14.1	0.466	11.9	13.6	0.306
Dependent	13.4	13.1	16.4	0.232	12.0	16.3	**0.007***
Histrionisch	14.6	14.8	13.4	0.867	16.1	12.7	**0.047***
Narzisstisch	13.6	13.3	14.4	0.807	13.4	14.0	0.694
Negativistisch	12.3	11.6	11.8	0.782	10.3	13.3	**0.029***
Paranoid	18.4	17.0	15.7	0.128	15.3	18.6	**0.006***
Rhapsodisch	13.4	13.5	11.4	0.634	14.7	11.2	**0.039***
Selbstlos	16.6	15.8	13.5	0.142	14.0	16.4	0.065
Schizotypisch	9.4	12.5	9.0	0.222	10.4	10.5	0.929
Selbstunsicher	14.9	13.7	12.1	0.254	12.9	17.2	**0.008***
Schizoid	13.8	11.5	11.6	0.296	10.4	13.9	**0.023***
Zwanghaft	16.5	14.0	18.5	0.106	13.8	18.4	**0.008***

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse ergaben in den 14 Subskalen des PSSI keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei klinischen Gruppen. Zusätzlich lagen die Mittelwerte der einzelnen PSSI-Skalen für jede Diagnosegruppe innerhalb der Range der Normierungsstichprobe (N=712). Bezüglich des HOM-/LOM-Subgruppenfaktors zeigten sich in 8 Skalen signifikante Unterschiede.

Da sich bei den Mittelwertvergleichen zwischen den 3 Stichproben und zwischen diesen und der Normierungsstichprobe keine Unterschiede feststellen ließen, sollen im Folgenden die sog. „Extrem-Scores“ der einzelnen klinischen Gruppen betrachtet werden. Als Cut-off-Punkt wurde die obere Standardabweichung der Mittelwerte aus den Normierungstabellen gesetzt.

Tabelle 29: Betrachtung der „Extremwerte“ in den Subskalen des PSSI im Gruppenvergleich

PSSI-Skalen	Alkoholabhängige	Pathologische Spieler	Zwangspatienten
Abhängig	5	3	**7**
Antisozial	1	1	1
Borderline	2	4	2
Dependent	2	5	5
Histrionisch	3	4	2
Narzisstisch	2	1	4
Negativistisch	3	4	5
Paranoid	5	**6**	2
Rhapsodisch	3	4	1
Selbstlos	3	5	2
Schizotypisch	1	**6**	0
Selbstunsicher	**6**	4	**6**
Schizoid	**6**	4	2
Zwanghaft	3	3	**6**

- Es fällt auf, daß die Spieler auf der Skala Schizotypisch mit 6 Patienten wesentlich stärker vertreten sind als die anderen beiden Gruppen (1 Alkoholabhängiger und 0 Zwangspatienten). Zudem haben 6 Spieler erhöhte Werte auf der Skala ‘Paranoid’ im Vergleich zu 2 Zwangspatienten und immerhin 5 Alkoholabhängigen.
- Unter den Zwangspatienten finden sich 7 Personen, die auf der Skala ‘Abhängig’ einen höheren Wert zeigten als die Normierungsstichprobe. Bei den

Spielern sind es 3 Patienten und in der Gruppe der Alkoholabhängigen zeigen 5 Personen auch einen abhängigen Persönlichkeitsstil. Weiterhin finden sich Extremwerte unter den Zwangspatienten auf den Skalen 'Zwanghaft' (n=6), 'Selbstunsicher' (n=6), 'Negativistisch' (n=5) und 'Dependent' (n=5).

- Die Gruppe der Alkoholabhängigen ist mit 6 Patienten am häufigsten auf der Skala 'Schizoid' vertreten (4 Spieler und 2 Zwangspatienten). Auch auf der Skala 'Selbstunsicher' zeigten 6 Personen gemeinsam mit den Zwangspatienten (n=6) erhöhte Werte.
-

Tabelle 30: Darstellung der assoziierten Skalen, in denen sich Extremwerte fanden, für die Gruppe der Spieler

PSSI-SKALEN			TTM-NR.
Schizotypisch			17
Schizotypisch	Histrionisch		20
Schizotypisch		Rhapsodisch	25
Schizotypisch	Histrionisch	Rhapsodisch	29
	Histrionisch		30

Paranoid	Histrionisch	Rhapsodisch	27

Schizotypisch	**Borderline**	Rhapsodisch	Paranoid	Negativistisch	Abhängig	Depressiv	Selbstlos	Zwanghaft	28
Schizotypisch	**Borderline**		Paranoid	Negativistisch	Abhängig	Depressiv	Selbstlos		32

Borderline		Selbstunsicher		Negativistisch	Abhängig	Depressiv		Zwanghaft	22
Borderline	Schizoid	Narzisstisch	Paranoid	Negativistisch	Selbstunsicher	Depressiv	Selbstlos		51

Selbstunsicher	Depressiv	19

Schizoid	Paranoid	Selbstunsicher	Zwanghaft	31

Schizoid	Paranoid	Antisozial	24

Schizoid	Selbstlos	26
	Selbstlos	21

In dieser Darstellung, die einen Versuch zur Annäherung an eine Subgruppendifferenzierung bildet, zeigt sich die Facettenvielfalt der Persönlichkeitsprofile innerhalb der Gruppe der Spieler: Bei 15 Spielern mit Extremwerten in einer oder mehreren Skalen ergaben sich 15 verschiedene Persönlichkeitsprofile. Zwei Tendenzen können jedoch formuliert werden:

1. In einem Bereich treten die Stile Schizotypisch - Histrionisch - Rhapsodisch in unterschiedlichen Kombinationen auf.
2. Der Persönlichkeitsstil Borderline ist mit einem gehäuften Auftreten auffälliger Skalen assoziiert.

5 Diskussion

Mit dem empirischen Teil dieser Arbeit werden erste Auswertungsergebnisse der Eingangsdiagnostik einer derzeit laufenden Therapie-Evaluationsstudie in der VT-Ambulanz vorgestellt. Im Rahmen dieses 'Spieler-Projektes' wird der Frage nachgegangen: Lassen sich hinsichtlich Achse I- und Persönlichkeitsmerkmalen für pathologische Spieler Prädiktoren für Therapie-Responder bzw. Non-Responder extrahieren? Als Vergleichsgruppen werden Zwangspatienten und Alkoholiker herangezogen. Diesem Untersuchungsinteresse liegt folgende Ausgangshypothese zugrunde: Innerhalb der drei Diagnosegruppen lassen sich im Hinblick auf die notwendigen therapeutischen Interventionen ähnliche Subgruppen differenzieren. Diese Subgruppen sind sich 'untereinander ähnlicher' bezüglich ihres Bedingungs- und Funktionsmodells und daraus abgeleiteter Behandlungsstrategien als innerhalb des Gesamtspektrums ihrer primären Achse I-Diagnosegruppe. Im Rahmen dieser Arbeit werden drei Hauptfragestellungen untersucht:

1. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen die drei Diagnosegruppen - Alkoholabhängige, pathologische Spieler und Zwangspatienten - hinsichtlich Persönlichkeitsmerkmalen auf?

2. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigen die drei Gruppen hinsichtlich Komorbidität, sozialer Defizite und Lifetime-Diagnosen?

3. Lassen sich aus der Persönlichkeitsdiagnostik bzw. aus dem Vergleich der Achse I-Komorbidität Tendenzen zu Subgruppenbildungen und Ansatzpunkte für spezifische therapeutische Interventionen ableiten?

Bei der Interpretation unserer Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, daß es sich hierbei, aufgrund der kleinen Stichproben innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppe, um 'relative Wahrscheinlichkeiten' im Rahmen einer explorativen Datenanalyse handelt.

5.1 Persönlichkeitsdiagnostik

Zunächst erfolgt eine Betrachtung der 1. Fragestellung vor dem Hintergrund der gewonnenen Daten. Auffallend ist eine Zweiteilung der Ergebnisse: Während in den Bereichen Handlungs- versus Lageorientierung und Selbststeue-

rungskompetenzen ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Spielern und Zwangspatienten deutlich wurde, zeigte die Differenzierung von Persönlichkeitsstilen keine prägnanten Unterschiede zwischen den drei Diagnosegruppen.

5.1.1 Handlungs- versus Lageorientierung

Im ersten Untersuchungsbereich konnte bei der Gruppe der Zwangspatienten eine deutliche Tendenz zur Lageorientierung nach Mißerfolg und bei der Handlungsplanung nachgewiesen werden. Experimentelle Befunde zeigten, daß Leistungsdefizite nach Mißerfolgsinduktion nur bei Lageorientierten auftraten (KUHL, 1981). In dem Versuch wurden Personen durch unlösbare Aufgaben gezielt hilflos gemacht und erhielten im Anschluß eine lösbare Testaufgabe. Entgegen der Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“ (SELIGMAN, 1975) führt KUHL die bei Lageorientierten beobachteten Leistungsdefizite nicht auf einen Motivationsabfall zurück, sondern eher auf funktionelle Defizite. So mußten Lageorientierte bei der 2.Testaufgabe noch zu häufig über die erste nachdenken, bei der sie versagt hatten. Somit kann für die Zwangspatienten angenommen werden, daß sie weniger Kontrolle über das Auftreten von Grübelgedanken haben, die durch die Mißerfolgserfahrung ausgelöst wurden und weiteres Handeln („aktiv werden“) behindern. Interessanterweise haben weitere experimentelle Befunde in diesem Zusammenhang ergeben, daß unter entspannten und freundlichen Bedingungen die vorhandenen Kompetenzen aktiviert werden können. Im Gegensatz hierzu können Handlungsorientierte ihre Kompetenzen unter Belastung genauso gut oder sogar besser ausschöpfen als unter entspannten Bedingungen. Es wäre jedoch falsch, Lageorientierung ausschließlich als Fehlanpassung erscheinen zu lassen. In bestimmten Situationen, z.B. nach schmerzvollen Erfahrungen, Unzufriedenheiten, Konflikten oder Defiziten in der Wahrnehmung von Bedürfnissen und Gefühlen, können Intrusionen bzw. Grübelgedanken Signalfunktion haben und sollen regelrecht „stören“. Übertragen auf ausgeprägt Handlungsorientierte könnte vermutet werden, daß solche Phasen der Bestandsaufnahme oder das Zulassen von negativen Emotionen zu kurz kommen. Diese Hypothese könnte man für einen Teil der Spieler annehmen. Auch die im nächsten Abschnitt dargelegten Ergebnisse des VCQ und des PSSI können in diesem Sinne interpretiert werden.

5.1.2 Selbststeuerung

Ein zweiter Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik rückt Willensfunktionen bzw. Selbststeuerungskompetenzen (alltagssprachlich ausgedrückt: „den Willen“) in den Mittelpunkt. Bei der ‘explorativen’ einfaktoriellen Varianzanalyse des VCQ zeichnete sich für die klinischen Gruppen ein deutliches Bild ab. Die Gruppe der pathologischen Spieler zeigte signifikant höhere Mittelwerte als die Gruppe der Zwangspatienten in 6 Subskalen, die insgesamt volitionale Kompetenzen für ‘erfolgreiche’ Selbststeuerung beschreiben:

- Emotionskontrolle: Die Spieler scheinen, ihre eigene Stimmungslage bewußt beeinflussen zu können, um die handlungsförderlichen Wirkungen von positiven Emotionen für die Umsetzung einer Absicht zu nutzen.
- Belastungsabhängige Selbstberuhigung: Diese Selbsteinschätzung der Spieler besagt, daß sie in schwierigen Situationen Nervosität und Anspannung herunterregulieren können, wenn sie hinderlich für eine angemessene Absichtsumsetzung sind.
- Selbstbestimmung: Die Spieler scheinen sich freier zu erleben bei der Wahl und Ausführung einer schwierigen und unangenehmen Handlung als die Zwangspatienten. Hier ist vor allem die Phänomenologie des intrinsisch motivierten Handelns angesprochen. Interessanterweise bestätigt sich hier KUHLs Annahme, daß für Lageorientierte, in diesem Fall die Zwangspatienten, in dieser Skala niedrige Werte erwartet werden.
- Entscheidungsfähigkeit: In ihrer Selbsteinschätzung zeigen die Spieler die Fähigkeit, schnelle Entscheidungen zu treffen, wenn die Situation es erfordert.
- Allgemeines Selbstvertrauen meint einen generellen Optimismus gegenüber Situationen, die den Willen beanspruchen.
- Volitionales Selbstvertrauen: Die Spieler zeigen die Überzeugung, daß sie einen ‘starken Willen’ haben, und daß dieser in entsprechenden Situationen wirksam ist.

Es scheint also, daß ein Großteil der Spieler dieser Stichprobe der Varianten des Willens zugeneigt ist, die in KUHLs Theorie als „Selbstregulation“ bezeichnet wird. Die Quelle der Verhaltenssteuerung entspringt bei der Selbstregulation der aktuellen Bedürfnislage des Organismus; somit ist diese Steuerungsform intrinsisch motiviert. Bei der deskriptiven Betrachtung der Daten in Skatter-Plots fällt auf, daß die alkoholabhängigen Patienten in diesen Subskalen der

„Selbstregulation“ den Spielern ähneln. Interessanterweise fanden SCHMID u. KNOPF (1994) in einer Vergleichsstudie von Patienten mit Alkoholabhängigkeit, Angst- und Eßstörungen ein vergleichbares Ergebnis: Bezüglich der Skalen, die Selbstregulationskompetenzen beschreiben, zeigte die Gruppe der Alkoholabhängigen (n=25) signifikant erhöhte Werte als die beiden anderen Gruppen, wobei sich die Werte der Alkoholabhängigen kaum von den Werten einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe unterschieden. Dieser Befund legt nahe, daß das Verhalten eines Alkoholikers häufig von der aktuellen Bedürfnislage dirigiert wird und auf unmittelbare Befriedigung ausgerichtet ist, Frustration durch Belohnungsaufschub wird nur schwer ertragen. In diesem Zusammenhang spricht KUHL von einer Selbstregulation-Förderungs-Hypothese: Die Bedürfnisorientierung der Alkoholiker scheint aktiv, durch kognitive und selbstregulatorische Funktionen unterstützt und aufrechterhalten zu werden (Rechtfertigung, Verharmlosung von Problemen oder sogar Selbstverstärkung des Verhaltens), d.h. Bedürfnisse speisen den Willen bzw. produzieren Koordinationsaufträge an den Willen.

Analog dieser dargelegten Hypothese kann für eine Subgruppe der pathologische Spieler angenommen werden, daß das pathologische Spielverhalten durch volitionale (selbstregulatorische) Funktionen unterstützt und gefördert wird. Es läßt sich daraus folgern, daß bei dieser Spieler-Subgruppe das Spielverhalten nicht durch impulsives Verhalten vermittelt wird, sondern vielmehr durch ‘einen starken Willen’, der wiederum durch das pathologische Spielen ‘infiltriert’ wird. Zwei Ansätze aus der Literatur, die sich in einigen Aspekten mit diesem Forschungsgegenstand überschneiden, sollen an dieser Stelle erwähnt werden. Ein Ansatz beschäftigt sich mit Impulsivität bzw. einem Mangel an Impulskontrolle. Im DSM-III-R wird das ‘pathologische Spielen’ unter Impulskontrollstörungen klassifiziert. BUSH (1983) und SWYHART (1976) fanden bei pathologischen Spielern signifikant höhere Impulsivitätswerte als bei Kontrollgruppen. Allerdings ist bisher nicht nachgewiesen worden, daß Impulsivität und Verlust der Impulskontrolle ein Ergebnis exzessiven Spielens ist. In unserer Studie zeigen die Ergebnisse der Subskala Impulskontrolle, im Skatter-Plot dargestellt, eine Zweiteilung der Gruppe der Spieler: Eine Subgruppe aus 7 Spielern zeigte mit Rohwerten zwischen 2 und 9 Punkten eine niedrigere Impulskontrolle als die andere Untergruppe, die in einer ganz ähnlichen Mittel-

range gemeinsam mit der Gruppe der Zwangspatienten und Alkoholabhängigen liegt.
Bei einem anderen Ansatz wurde Spielen mit Kontrollattribution in Zusammenhang gebracht. Hier finden sich widersprüchliche Annahmen: HIRSCH (1975) fand bei Spielern und deren Frauen eine internale Kontrollattribution. BRENGELMANN & WAADT (1985) stellten diesbezüglich in einer Übersichtsarbeit einige Arbeiten vor und kamen zu der Annahme, daß external gesteuerte Personen eher zu reinen Glücksspielen neigen, weil der negative Ausgang von ihnen nicht zu verantworten ist und somit die 'Ursache' im Zufallsmechanismus liegt. Hingegen würden internal Bestimmte eher Glücksspiele mit Kompetenzanteil (wie Poker) aufsuchen.

Für die Zwangspatienten läßt sich aus dem Vergleich der Befunde zu den anderen beiden Gruppen ableiten, daß ihr Verhalten weniger bedürfnisorientiert gesteuert ist, sondern vielmehr von der Selbstkontrolle als 'autoritäre' Variante der Selbststeuerung geprägt ist (im Gegensatz zu der 'demokratischen' Form der Selbstregulation). Der Selbstkontrolle liegen extrinsische Motivationszustände zugrunde, d.h. die Unterstützung für die jeweilige Tätigkeit muß mühsam erarbeitet werden und entspringt nicht aus der aktuellen Bedürfnislage des Organismus. Die zentrale Annahme der Theorie von KUHL orientiert sich an der Vorstellung eines 'Selbst' als einer Wissensbasis bestehend aus „integrierten Repräsentationen von Erfahrungen, Überzeugungen und Bedürfnissen einer Person". Von diesen 'Selbstrepräsentationen' aus werden die Willensfunktionen der 'Selbstregulation' gesteuert. Demnach kann vermutet werden, daß bei einem Teil der Zwangspatienten der Zugang zu diesem 'Selbst' gehemmt ist. Hierfür spricht insgesamt das Funktionsprofil mit geringeren Werten in den Subskalen der Selbstregulation: Allgemeines Selbstvertrauen, volitionales Selbstvertrauen, Selbstbestimmung, belastungsabhängige Selbstberuhigung, Emotionskontrolle und Entscheidungsfähigkeit. In zwei weiteren Skalen, die Symptome 'eingeschränkter Selbststeuerungsfähigkeit' (z.B. unter Belastungsbedingungen) beschreiben, zeigt ein Großteil der Zwangspatienten signifikant höhere Werte als die Spieler:

- Zwanghafte Perseveration: Die Zwangspatienten scheinen zum Grübeln von negativen, ängstlichen Gedanken zu neigen, die als unfreiwillig und als eine Blockierung des Denkens erlebt werden. Es besteht also eine innere Fixiertheit und „ein sich nicht lösen können von einem unangenehmen Ereignis".

Ein anderer Aspekt dieser Skala impliziert eine generalisierte Handlungslähmung. Hier besteht ein enger Zusammenhang zu der LOM-Skala (Lageorientierung nach Mißerfolg) des HAKEMP90 (FUHRMANN, 1994). Interessanterweise bestätigen die Ergebnisse unserer Studie diesen Zusammenhang: Auch bezüglich der LOM-Skala ergab sich ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen Zwangspatienten und Spielern.

- Perzeptive Rigidität: Ein signifikanter Teil der Zwangspatienten scheint mehr Schwierigkeiten zu haben , auf neue Situationen bzw. veränderte Regeln flexibel zu reagieren.

Diese Befunde scheinen zum klinischen Erscheinungsbild zwangsgestörter Patienten zu passen: Zwangspatienten können häufig angefangene Routinen, wie Kontrollzwänge beim Verlassen der Wohnung, nicht stoppen. Dieses Stoppen erfordert auch einen Zugriff auf das 'Selbst' - man muß wissen, was man will, welchen Verhaltenswechsel man durchführen will, um eine laufende Handlung zu unterbrechen.

Einschränkend ist jedoch zu sagen, daß der Vergleich der Befunde nur zwischen den drei klinischen Gruppen stattfinden kann, da Daten einer nichtklinischen Vergleichsgruppe derzeit noch nicht zur Verfügung stehen und im Rahmen dieser Studie nicht erhoben worden sind. Interessant wäre weiterhin, die Werte bisher noch „unauffälliger" Skalen mit denen einer Kontrollgruppe bzw. Normierungsstichprobe zu vergleichen und eventuell Werte „auffälliger" Skalen zu relativieren.

5.1.3 Persönlichkeitsstile

In dem angewendeten Instrument zur Erfassung von Persönlichkeitsstilen als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV beschriebenen Persönlichkeitsstörungen (PSSI) ergaben sich keine Mittelwertunterschiede zwischen den drei klinischen Gruppen. Bemerkenswerterweise zeigten sich auch keine Unterschiede zu der Normierungsstichprobe, da die Mittelwerte der einzelnen Diagnosegruppen für die Subskalen des PSSI innerhalb der Standardabweichung der Normierungsstichprobe lagen.

Im Rahmen einer deskriptiven Betrachtung von sog. „Extremwerten" sollen einige Aspekte hervorgehoben werden. Dabei handelt es sich um diejenigen

Rohwerte, für jede Skala getrennt betrachtet, die jenseits der oberen Standardabweichung liegen. Allerdings sollte hierbei berücksichtigt werden, daß

1. keine Aussagen über Korrelationen zwischen extremen Merkmalausprägungen der einzelnen Persönlichkeitsstile erfolgt, und
2. wenn bei der Normierungsstichprobe von einer Normalverteilung ausgegangen wird, mindestens 18 % einer nicht-klinischen Gruppe auch im Extrembereich liegt.

- Der erste Aspekt betrifft den antisozialen Persönlichkeitsstil: In der Literatur steht bei der Betrachtung des Zusammenhanges zwischen Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeit die antisoziale Persönlichkeitsstörung im Vordergrund. VERHEUL et al. (1995) berichten in einer Übersichtsarbeit von Prävalenzraten zwischen 34% und 52% für stationäre Patienten. Dagegen gelangen HASIN et al. (1988) zu einem deutlich anderen Ergebnis: Von 123 stationären Alkoholabhängigen erfüllten 1% die Kriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, wobei bis zu 40% einzelne Symptome dieser Störung aufwiesen. In unserer Studie zeigen die alkoholabhängigen Patienten keine Tendenz zur antisozialen Persönlichkeitsstörung: Lediglich 1 Patient zeigt einen Extremwert in dieser Skala.
- Interessanterweise paßt das PSSI-Persönlichkeitsprofil der Extremausprägungen bei den Zwangspatienten zu dem Ergebnis der Literaturrecherche hinsichtlich der Häufung von Cluster C-Persönlichkeitsstörungen (Anxious Cluster): In den Skalen 'Abhängig' (n=7), 'Selbstunsicher' (n=6), 'Zwanghaft' (n=6), 'Negativistisch bzw. Passiv-aggressiv' (n=5) und 'Depressiv' (n=5) liegen Scores im Extrembereich. JOFFE et al. (1988) stellten in einer Vergleichsstudie (n=46) zwischen Zwangspatienten und Patienten mit einer depressiven Störung fest, daß bei den Zwangspatienten eine 'gemischte' Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, dependenten und passiv-aggressiven Zügen am häufigsten diagnostiziert wurde. WINKELMANN et al. (1994) diagnostizierten in ihrer Stichprobe auch am häufigsten eine Persönlichkeitsstörung aus dem Anxious Cluster. Zu entsprechenden Ergebnissen kamen BAER et al. (1992), STEKETEE (1990), MAVISSAKALIAN et al. (1990), RICCIARDI et al. (1992), BLACK et al. (1993) und RONCCHI et al (1992).
- Die Ergebnisse der PSSI-Extremwerte stellen sich bei den Spielern recht facettenreich dar: Auffällig ist die Häufung in der Skala 'Schizotypisch' im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen (1 Alkoholabhängiger, kein

Zwangspatient). In Anbetracht dessen, daß der PSSI weniger die soziale Isolation und Ängstlichkeit als vielmehr seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken in den Vordergrund stellt, könnte dies eine mögliche Erklärung für den erhöhten Wert bei einem Teil der Spieler sein. Vor allem in der Spielsituation zeigt sich nach dem Teufelskreis-Modell (vgl. Abschnitt 2.1; HAND 1990) auf kognitiver Ebene ein magisches Denken („Ich werde gewinnen, wenn ich nur mein System richtig spiele"). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob bereits in der „prämorbiden" Persönlichkeitsstruktur eine Neigung zu schizotypischen Glaubensinhalten bestanden oder infolge des exzessiven Spielens sich entwickelt hat.

Zudem fällt das gemeinsame Auftreten von Extremwerten in der Skala 'Schizotypisch' mit den Persönlichkeitsstilen Histrionisch und/oder Rhapsodisch auf. Nach dem STAR-Modell von KUHL (1993) liegen der Histrionische und Rhapsodische Stil auf einem Pol und werden durch die intuitive Verhaltenssteuerung charakterisiert. Dieser Befund kann mit den Ergebnissen des HAKEMP und des VCQ in Zusammenhang gebracht werden. Für eine Subgruppe der Spieler kann ein spontaner Handlungstypus angenommen werden, dessen Verhalten weitgehend intuitiv ('Histrionisch') und bedürfnisorientiert ('Selbstregulation') gesteuert ist. Charakteristisch für den Rhapsodischen Persönlichkeitsstil ist eine durchweg optimistische Lebenseinstellung, wobei auch negativen Erlebnissen leicht eine positive Seite abgewonnen wird. In der pathologischen Übersteigerung kann diese Einstellung zu Defiziten führen, sich mit negativen Emotionen, schmerzvollen Erfahrungen und Konflikten auseinanderzusetzen. Dieser Aspekt wurde auch bereits mit der Handlungsorientierung in Verbindung gebracht.

Weiterhin fällt auf, daß das Vorkommen der Skala Borderline mit einer Häufung von Extremwerten in z.T. ganz unterschiedlichen Skalen assoziiert ist. Ein Erklärungsansatz könnte in den charakteristischen Merkmalen dieser Störung liegen: Die Instabilität des Selbstbildes, der Stimmungen sowie der zwischenmenschlichen Beziehungen sind einige der auffälligen Symptome.

Insgesamt zeichnen sich auch für unsere Stichprobe keine homogenen Persönlichkeitsprofile der pathologischen Spieler ab, vielmehr wird durch die Variabilität der 'Persönlichkeiten' innerhalb der Gruppe der Spieler ihre Komplexität und Heterogenität deutlich.

5.2 Achse I-Komorbidität

Die Ergebnisse des SKID ergaben, daß 75 % der Alkoholabhängigen, 63% der Spieler und 69% der Zwangspatienten an mindestens einer zusätzlichen Achse I-Diagnose litten, wobei die komorbiden Diagnosen vorwiegend im affektiven Bereich lagen. Bezüglich der Gruppe der Alkoholabhängigen wird in der Literatur von großen Schwankungen der Prävalenz komorbider Störungen berichtet. In einer repräsentativen Studie mit 565 Patienten wiesen PENICK et al. (1984) für 63% der Alkoholabhängigen mindestens ein weiteres Syndrom nach, wobei depressive Störungen mit 42% die häufigste komorbide Diagnose bildeten. Bei den Spielern finden sich diesbezüglich widersprüchliche Ergebnisse, bis auf die Übereinstimmung, daß depressive Störungen häufig diagnostiziert werden. Für die Gruppe der Zwangspatienten belegen eine Reihe von Studien eine hohe Komorbidität (siehe zitierte Studien im Abschnitt Literaturrecherche), die mit unseren Ergebnissen korrespondieren.

5.2.1 Depressivität und soziale Defizite/Ängste

Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Lageorientierung, Depression und sozialen Defiziten/Ängsten.

	Lageorientierung			
	Depression		Soziale Defizite/ Ängste	Depression + soziale Defizite/ Ängste
Meßinstrument	SKID derzeit	BDI	U-Fragebogen	BDI/SKID + U-Fragebogen
Alkoholiker (n=16) LOM* = 7 (44%)	6 (38%)	4 (25%)	5 (31%)	5 (31%)
Spieler (n=19) LOM* = 10 (53%)	7 (37%)	8 (42%)	6 (32%)	6 (32%)
Zwangspatienten (n=16) LOM* =10 (63%)	6 (38%)	8 (50%)	5 (31%)	5 (31%)

*LOM= Lageorientierung nach Mißerfolg (Teilung der drei Diagnosegruppen in zwei Subgruppen in der LOM-/HOM-Skala nach dem jeweiligen Medianwert)

Tabelle 32: Zusammenhang zwischen Handlungsorientierung, Depression und sozialen Defiziten/Ängsten.

	Handlungsorientierung			
	Depression		Soziale Defizite/ Ängste	Depression + soziale Defizite/ Ängste
Meßinstrument	SKID derzeit	BDI	U-Fragebogen	BDI/SKID + U-Fragebogen
Alkoholiker (n=16) HOM* = 9 (56%)	6 (38%)	2 (12.5%)	1 (6%)	1 (6%)
Spieler (n=19) HOM* = 9 (47%)	4 (21%)	4 (21%)	2 (11%)	2 (11%)
Zwangspatienten (n=16) HOM* =6 (37%)	3 (19%)	5 (31%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)

*HOM= Handlungsorientierung nach Mißerfolg (Teilung der drei Diagnosegruppen in zwei Subgruppen in der LOM-/HOM-Skala nach dem jeweiligen Medianwert)

In der Gruppe der Alkoholabhängigen fällt ein widersprüchliches Ergebnis zwischen den Fremd- und Selbstratings auf: Im SKID wurden bei insgesamt 12 Patienten eine affektive Störung diagnostiziert, während die Selbsteinschätzung im BDI bei 10 Patienten 'keine Depression' ergab. Diese Diskrepanz kann darauf zurückgeführt werden, daß der Erhebungszeitraum für 'derzeitige' SKID-Diagnosen die letzten 4 Wochen vor dem Zeitpunkt des Interviews umfaßt. Dieses wurde in der 2. Woche nach stationärer Aufnahme durchgeführt, d.h. also nach Abklingen eventueller akuter Entzugssymptomatik. Zu diesem Zeitpunkt berichteten die Patienten bereits von einer erheblichen Verbesserung ihres Allgemeinbefindens, einem Rückgang depressiver Verstimmungen und einer allgemeinen Zuversichtlichkeit, nachdem sie nun „das Schlimmste überstanden hätten" (den Entzug und die Krisenzeit davor, die meist zur stationären Aufnahme geführt hatten). Während der SKID depressive Symptome der 'letzten vier Wochen' erfragt, wird im BDI die aktuelle Depressivität erfaßt. Bei der diagnostizierten Major Depression 'derzeit' handelte es sich überwiegend um eine sekundäre MDS als Folge der Alkoholproblematik. In der Literatur variieren die Prävalenzraten hierfür zwischen 12-51% im Gegensatz zu primären Depressionen mit 4-12% (HERBIG, 1990).

Dem Unsicherheitsfragebogen zufolge wurden 6 (37,5%) Alkoholiker als sozial ängstlich und defizitär eingestuft. Innerhalb dieser Patientengruppe sind 5 Personen als lageorientiert zu bezeichnen, von denen alle eine aktuelle Depression aufweisen (siehe hierzu Tabelle 31).

Innerhalb der Gruppe der pathologischen Spieler wurden bei 11 Patienten (58%) eine derzeitige depressive Störung im SKID diagnostiziert. Laut BDI hatten 13 Spieler (68%) eine depressive Verstimmung (6x leichte, 6x mäßige und 1x schwere Depression). Weiterhin wurde im SKID festgestellt, daß bei 8 Spielern im Verlauf ihres Lebens eine Major Depression bestanden hat. Es zeigt sich ein bemerkenswerter Zusammenhang zwischen aktueller Depressivität und lifetime Major Depression: Es handelt sich um dieselben Spieler. Interessanterweise handelt es sich aber bei dieser Subgruppe der depressiven Spieler ***nicht*** um diejenigen, die im HAKEMP als Handlungsorientierte auffielen. Die Subgruppe der Handlungsorientierten umfaßt 9 Spieler, von denen lediglich 1 Spieler eine sekundäre Dysthyme Störung derzeit und eine sekundäre MDS lifetime hat. Bei der Subgruppe der depressiven Spieler kann eine klare Zuordnung zu der Gruppe der lageorientierten Spieler getroffen werden. Zusätzlich zeigen insgesamt 8 (42%) Spieler soziale Defizite und Ängste (Unsicherheitsfragebogen), von denen 6 (32%) Personen zugleich als lageorientiert und depressiv eingeordnet werden können. Dieser Befund könnte ein Hinweis für die Hypothese sein (HAND u. KAUNISTO, 1984; HAND, 1992; 1998), daß für eine Subgruppe von Patienten mit pathologischem Spielen die Symptomatik als Ablenkung von Depressivität anzunehmen ist. In der Literatur finden sich ähnliche Annahmen bei Taber u. McCormick (1987), McCormick et al. (1984) und Kröber (1991).
Zusammengefaßt lassen sich aus diesen Befunden folgende Merkmale für eine Subgruppe der Spieler hypothetisch formulieren:

- Ein Teil der Spieler zeigt eine aktuelle depressive Störung unterschiedlicher Schwere zu einem Zeitpunkt, zu dem sie sich bei bestehendem Therapiewunsch an unsere Verhaltenstherapie-Ambulanz wenden.
- Bei dieser Subgruppe der pathologischen Spieler kann häufig bereits lifetime eine depressive Episode, überwiegend eine primäre Major Depression, eruiert werden. Aus diesem Befund läßt sich vermuten, daß das pathologische Spielverhalten einen inadäquaten Bewältigungsversuch der Depression darstellt.

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Disposition zur Lageorientierung als Persönlichkeitsmerkmal, sozialen Defiziten/Ängsten und der Entwicklung einer depressiven Symptomatik.

Auch innerhalb der Gruppe der Zwangspatienten finden sich unter insgesamt 7 Personen (44%) mit sozialen Defiziten und Ängsten 5 Personen (31%), die gleichzeitig als lageorientiert und depressiv erscheinen.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit ist eine Pilotstudie, die erste Ergebnisse einer vergleichenden Therapie-Evaluationsstudie zwischen drei klinischen Gruppen - Alkoholabhängige, pathologische Spieler und Zwangspatienten - vor Therapiebeginn vorstellt.

6.1 Ergebnisse

Aus der Persönlichkeitsdiagnostik können folgende Ergebnisse zusammengefaßt werden.

- Handlungs- versus Lageorientierung: Es besteht ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen der Gruppe der Spieler und der Gruppe der Zwangspatienten. Ein Teil der pathologischen Spieler zeigte eine deutliche Tendenz zur „Handlungsorientierung nach Mißerfolg“ und bei der „Handlungplanung“, während die Zwangspatienten als lageorientiert einzustufen sind.
- Selbststeurerungskompetenzen: Die Gruppe der pathologischen Spieler zeigte signifikant höhere Mittelwerte als die Gruppe der Zwangspatienten in 6 Subskalen, die insgesamt volitionale Kompetenzen für „erfolgreiche“ Selbststeuerung beschreiben. Hieraus kann gefolgert werden, daß das Spielverhalten nicht durch impulsives Verhalten vermittelt wird, sondern durch einen „starken Willen“ unterstüzt wird.
- Für die Zwangspatienten läßt sich aus dem Gruppenvergleich ableiten, daß ihr Verhalten weniger bedürfnisorientiert gesteuert ist. Sie zeigen signifikant erhöhte Werte in 2 Skalen, die Symptome „eingeschränkter Selbststeuerungsfähigkeit“ beschreiben: Grübeln und Handlungslähmung nach einem negativen Erlebnis (*Zwanghafte Perseveration*); mangelnde Flexibilität *(Perzeptive Rigidität*).
- Die Differenzierung von Persönlichkeitsstilen (DSM-IV orientiert) ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede. Bemerkenswerterweise zeigten sich auch keine Mittelwertunterschiede zwischen den klinischen Stichproben und der Normierungsstichprobe.

- Bei der deskriptiven Betrachtung von „Extremwerten“ (jenseits der Standardabweichung) in einzelnen PSSI-Skalen können drei Aspekte hervorgehoben werden:

1. Der in der Literatur häufig beschriebene Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung konnte in dieser Untersuchung von Persönlichkeitsstilen nicht bestätigt werden. Lediglich 1 Patient hatte einen Extremwert auf der Skala „Antisozial“.
2. Bezüglich der Zwangspatienten berichten mehre Studien von einer Häufung von Cluster C-Persönlichkeitsstörungen (Anxious Cluster: selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv). Interessanterweise lagen PSSI-Extremwerte bei den Zwangspatienten in diesen Skalen.
3. Die Gruppe der Spieler zeigte ein sehr heterogenes Bild bezüglich Persönlichkeitsmerkmalen. Auffällig war eine relative Häufung in der Skala „Schizotypisch“ kombiniert mit „Rhapsodisch“ und/ oder „Histrionisch“. Weiterhin fiel auf, daß Extremwerte in der Skala „Borderline“ mit einer Häufung von erhöhten Werten in z.T. ganz unterschiedlichen Skalen assoziiert waren.

Die Diagnostik zur Achse I-Komorbidität erbrachte folgende Befunde:

- Die Ergebnisse des SKID zeigten eine hohe Komorbidität: 75% der Alkoholabhängigen, 63% der Spieler und 69% der Zwangspatienten litten an mindestens einer aktuellen zusätzlichen Achse I-Diagnose, die vorwiegend im affektiven Bereich lagen.
- Ein Großteil der Zwangspatienten und Spieler zeigen ein ähnliches Bild bezüglich depressiver Störungen: Bei 42% der Spieler und 56% der Zwangspatienten wurde eine Major Depression lifetime diagnostiziert, während aktuell die Diagnose einer Dysthymen Störung überwog.
- Nach dem Unsicherheitsfragebogen können 37,5% der Alkoholiker, 42% der Spieler und 43% der Zwangspatienten als sozial ängstlich bzw. defizitär eingestuft werden. Davon sind zugleich 31% der Alkoholabhängigen, 32% der Spieler und 31% der Zwangspatienten als **lageorientiert** zu bezeichen, von denen alle eine aktuelle Depression aufweisen.

6.2 Schlußfolgerungen

Aus den gewonnenen Daten können zwei Subgruppen für die drei Diagnosegruppen formuliert werden:

1. Die Subgruppe der **lageorientierten** Spieler/ Alkoholabhängigen/ Zwangspatienten:

Tabelle 33: Zusammenhang zwischen Lageorientierung, Depression und sozialen Defiziten/Ängsten.

	Lageorientierung			
	Depression		Soziale Defizite/ Ängste	Depression + soziale Defizite/ Ängste
Meßinstrument	SKID derzeit	BDI	U-Fragebogen	BDI/SKID + U-Fragebogen
Alkoholiker (n=16) LOM* = 7 (44%)	6 (38%)	4 (25%)	5 (31%)	5 (31%)
Spieler (n=19) LOM* = 10 (53%)	7 (37%)	8 (42%)	6 (32%)	6 (32%)
Zwangspatienten (n=16) LOM* =10 (63%)	6 (38%)	8 (50%)	5 (31%)	5 (31%)

*LOM= Lageorientierung nach Mißerfolg (Teilung der drei Diagnosegruppen in zwei Subgruppen in der LOM-/HOM-Skala nach dem jeweiligen Medianwert)

Für eine Subgruppe innerhalb der Hauptdiagnosegruppen läßt sich ein Zusammenhang zwischen Lageorientierung, sozialen Defiziten und depressiver Entwicklung vermuten. Hierbei zeigen alle Patienten, die dem U-Fragebogen zufolge als sozial ängstlich bzw. defizitär erscheinen zugleich eine aktuelle Depression und eine Disposition zur Lageorientierung. Für diese Subgruppe der Spieler/ Alkoholiker/ Zwangspatienten kann vermutet werden, daß die Symptomatik als ein inadäquater „Coping"-Versuch mit sozialen Ängsten/Defiziten bzw. mit der depressiven Symptomatik („Depressionsabwehr") darstellt.

Der Schwerpunkt therapeutischer Interventionen dürfte auf den Aufbau spezifischer sozialer Kompetenzen und auf Depressionsbewältigungsstrategien

(Aufbau alternativer Aktivitäten, Bearbeitung auslösender Problembereiche und depressionsfördernder Kognitionen) liegen.

2. Die Subgruppe der **handlungsorientierten** Spieler/ Alkoholiker/ Zwangspatienten:

Tabelle 34: Zusammenhang zwischen Handlungsorientierung, Depression und sozialen Defiziten/Ängsten.

	Handlungsorientierung			
	Depression		Soziale Defizite/ Ängste	Depression + soziale Defizite/ Ängste
Meßinstrument	SKID derzeit	BDI	U-Fragebogen	BDI/SKID + U-Fragebogen
Alkoholiker (n=16) HOM* = 9 (56%)	6 (38%)	2 (12.5%)	1 (6%)	1 (6%)
Spieler (n=19) HOM* = 9 (47%)	4 (21%)	4 (21%)	2 (11%)	2 (11%)
Zwangspatienten (n=16) HOM* =6 (37%)	3 (19%)	5 (31%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)

*HOM= Handlungsorientierung nach Mißerfolg (Teilung der drei Diagnosegruppen in zwei Subgruppen in der LOM-/HOM-Skala nach dem jeweiligen Medianwert)

Innerhalb der Subgruppe der **Handlungsorientierten** sind nur 1 Alkoholiker, 2 Spieler und 2 Zwangspatienten dem U-Fragebogen zufolge als sozial ängstlich/defizitär und zugleich depressiv einzuordnen.

Für die **Handlungsorientierten** kann angenommen werden, daß sie unter Belastungsbedingungen ihre Handlungskompetenz genauso gut oder sogar besser als bei fehlender Belastung ausschöpfen können. Durch Mißerfolge oder negative Erlebnisse werden keine Grübeleien ausgelöst, die das weitere Handeln behindern (wie bei der Lageorientierung), sondern sie „gehen sofort in die Aktivität". Als negative Konsequenz bei extremer Handlungskontrolle kann für diese Subgruppe angenommen werden, daß sie selbst die in bestimmten Lebenssituationen angemessenen oder gar notwendigen negativen Emotionen nicht zulassen (wie z.B. nach schmerzvollen Erfahrungen, Unzufriedenheiten, Konflikten). Negative Emotionen werden verleugnet und vorzeitig durch Positive ersetzt. Hierfür sprechen die hohen 'Selbstregulationskompetenzen', d.h. in

ihrer Selbststeuerung wird ihr Verhalten durch ihre aktuelle Bedürfnislage gesteuert; nach KUHLs Theorie wird die Selbstregulation durch positiven Affekt vermittelt. Folglich kann für diesen Teil der Patienten angenommen werden, daß das Symptomverhalten durch volitionale/selbstregulatorische Funktionen, also durch einen „starken Willen", unterstützt und gefördert wird. Das exzessive Spielen/Trinken bzw. die Zwangshandlungen sind also gewollt und mit positivem Affekt besetzt. Dieses bietet Ablenkung von negativer Befindlichkeit.
Aus diesen Überlegungen können als therapeutische Interventionen angeregt werden, daß die Wahrnehmung von negativen Emotionen sowie die Auseinandersetzung mit negativen Erlebnissen und Konflikten zentrale Themen der Therapie sein dürften. Dieses umfaßt Expositionen zu negativen Emotionen, wobei die Patienten lernen, diese zu identifizieren, Auslösefaktoren zu erkennen und negative Emotionen auszuhalten bzw. zu verbalisieren (Expositions-Reaktions-Management, HAND 1993).

Insgesamt lassen sich in unserer Vergleichsstudie aus den ermittelten Ergebnissen erste Ansätze zu einer Subgruppendifferenzierung formulieren. Sowohl das Literaturstudium als auch der empirische Teil zeigen die Komplexität und die Heterogenität der klinischen Diagnosegruppen. Das Verständnis über komorbide Persönlichkeitsmerkmale und komorbider Achse I-Symptomatik kann helfen, diese Variationsbreite besser zu erklären. Hierzu sind in weiterführenden Untersuchungen größere Stichproben und statistisch differenziertere Verfahren (z.B. Clusteranalysen) notwendig. Ziel sollte es sein, Ansätze für konkrete therapeutische Interventionen abzuleiten, um sowohl Patienten als auch Therapeuten „Subgruppen-spezifische" Strategien zu vermitteln.

7 LITERATURVERZEICHNIS

ALLAN CA (1991) Psychological symptoms, psychiatric disorder and alcohol dependence among men and women attending a community-based voluntary agency and an Alcohol Treatment Unit. British Journal of Addiction, 86, 419-427.

BACHMANN M (1989) Spielsucht: Krankheitsmodell, Therapiekonzept und stationäre Behandlungsergebnisse. Suchtgefahren, 35, 56-64.

BAER L, Jenike MA, Black DW, Treece C et al (1992) Effect of Axis II Diagnoses on Treatment Outcome with Clomipramine in 55 patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Archives of General Psychiatry, Vol 49, 862-866.

BAVING L, OLBRICH H (1996) Alcoholism and Depression. European Addiction Research, 2: 29-35.

BOWEN RC, Cipywnyk D, D'Àrcy C (1984). Alcoholism, anxiety disorders and agoraphobia. Alcohlism, 8, 48-50.

BÜTTNER-WESTPHAL H, Hand I (1991) Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. Verhaltenstherapie 1: 223-233.

CATTELL RB (1965) The scientific analysis of personality. Baltimore: Penguin.

ECKER W, DEHMLOW A (1994) Der Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Zwängen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 25, März 1994.

EYSENCK HJ (1967) The biological basis of personaality. London: Thomas.

FLAMENT MF (1993) Epidemiology of OCD in Adolescence. In: E Hollander, D Marrazziti & J Zahar (Hrsg.) Abstract book of the first International Obsessive Compulsive Disorder Conference. March 12-13, 1993, Capri, Italien.

GAZZANIGRA, MS (1992) Nature's Mind. Penguin Books, London.

GOODMAN WK, Price LH, Rasmussen SA et al. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Developement, use and reliability. Validity. Arch Gen Psychiatry 46: 1006-1016.

GRAHAM JR, Lowenfeld BH (1986) Personality dimensions of the pathological Gambler. Journal of Gambling Behavior, 2, 58-66.

GRAY JA (1987) The psychology of fear and stress. (2nd ed.). Cambridge: University Press.

HAASE H (1992) Der Spieler zwischen Wissenschaft und Propaganda. Livonia Verlag, Düsseldorf.

HALLAM RS, HAFFNER RJ(1978) Fear of phobic patients: Factor analysis of self-report data. Behaviour Research and Therapie, 1978, 16, 1-6.

HAMILTON M (1960) A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23, 56-62.

HAMILTON M (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. British Journal of Social and Clinical Psychologie, 6, 278-296.

HAMILTON M (1976) Hamilton Anxiety Scale. in: GUY, W. (Ed.): ECDEU Assessment manual for Psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland, 193-198.

HAND I, ZAWORKA W (1982) An operationalized multisymptomatic model of neuroses (OMMN): Toward a reintegration of diagnosis and treatment in behaviour therapy. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 232, 359-379.

HAND I, Kaunisto E (1984) Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen („Spielsucht"): Eine Kritik am „Suchtmodell" und erste empirische Ergebnisse nach einem „Neurosemodell" zur Ableitung therapeutischer Interventionen. Suchtgefahren, Sonderdruck, 1-11.

HAND I (1992) Pathologisches Spielen und delinquentes Verhalten. In: Payk TU (Hrsg) Dissozialität - psychiatrische und forensische Aspekte, S.97-117. Schattauer, Stuttgart, New York.

HAND I (1992): Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen. In: Hand I, Goodman WK, Evers U: Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse, duphar med communications Band 5, S. 157-180, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg.

HAND I (1993): Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie 3, I: 61-65.

HAND I (1997) „Zwangs-Spektrum-Störungen" oder „Nicht-Stoffgebundene Abhängigkeiten"? In: Psychotherapie in der Psychiatrie. Mundt Ch, Linden M, Barnett W (Hrsg). Heidelberg: Springer.

HAND I , SCHINKEL J v (1998): Pathologisches Glücksspielen: Welche Bedeutung haben Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen? In: PTT 3/98, Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie. Schattauer Verlag, Stuttgart, 134-41.

HASIN DS, Grant BF, Endicott J (1988) Lifetime psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics: subject and familial correlates. The International Journal of the Addictions, 23, 827-850.

HAUTZINGER M (1991) Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) in der Klinik. Nervenarzt 62: 689-696.

HELZER JE, BURNAM A, MCEVOY LT (1991): Psychiatric disorders in America - The epidemiologic catchment area study / edited by Lee N. Robins and Darrel A. Regier. The Free Press, 81-115.

HERBIG R (1990) Depression und Alkoholismus. In: Schwoon D R & Krausz M (Hrsg.) Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke Verlag.

HESSELBROCK MN, Meyer RE, Keener J (1985). Psychpathology in hospitalized alcoholics. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.

JELLINEK EM (1960) The disease concept of alcoholism, Hillhouse, New Bruswick.

JUNG M (1996) Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In:Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie / hrsg. von Mann K und Buchkremer G. Stuttgart; Jena; New York: G. Fischer, 157-167.

KARNO M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatrie 1988; 45: 1094-1099.

KLEPSCH R, Hand I, Wlazlo Z, Friedrich B, Fischer M, Bodek D (1989) Langzeiteffekte multmodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen III: Zweite Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie.

KLEPSCH R, ZAWORKA W, Hand I, Lünenschloß K, Jauernig G (1993) Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K). Beltz Test GmbH, Weinheim.

KRÖBER H-L (1991) Automatenspieler und Roulettespieler; Psychiatrische und kriminologische Differenzen. Nervenarzt, 62: 670-675.

KUHL J (1981). Motivational and functional helplessness: The moderating effect of action vs. state orientation, Journal of Personality and Social Psychology, 40, 155-170.

KUHL J (1993) Basisdimensionen der Persönlichkeit und das STAR-Modell. Vortragsmanuskript. Universität Osnabrück.

KUHL J (1994) Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action-Control-Syale (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Action control: From cognition to behavior. Göttingen/Toronto: Hofgrefe.

KUHL J (1994) Handlungs- und Lageorientierung. Forschungsbericht aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück. Erscheint in: W. Sarges (Ed.), Managementdiagnostik (2.Auflage). Göttingen: Hofgrefe.

KUHL J (1997) Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. Manuskript, erscheint in: Psychologische Rundschau.

KUHL J & FUHRMANN A (1996) Funktionskomponenten des Willens im Selbsterleben. Kurzmanual für den Fragebogen VCQ (vorläufige Fassung vom 20.03.96).

KUHL J & KAZEN M (1997) Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar (PSSI): Handanweisung. Göttingen: Hofgrefe.

LURIA, A (1992/1973) Das Gehirn in Aktion. Hamburg: Rowohlt.

MARGRAF J, Ehlers A (1995) Die deutschsprachige Version des Beck-Angstinventars. Bern: Huber-Verlag.

MAVISSAKALIAN MR, Hamann MS, Haidar SA & de Groot CM (1993) DSM-III Personality Disorders in Generalized Anxiety, Panic/Agoraphobia and Obsessive-Compulsive Disorders. Comprehensive Psychiatry, Vol 34, No 4, 243-248.

MCCORMICK A, Russo AM, Ramirez LF, Taber JI (1984). Affective disorders amoung pathological gamblers seeking treatment. Am J Psychiatry 141:215-218.

MEYER G (1989) Glücksspieler in Selbsthilfegruppen - erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Hamburg: Neuland. Dito: Suchtgefahren, 35, 217-234.

MEYER G (1991) Klassifikation von Glücksspielern aus Selbsthilfegruppen mittels Clusteranalyse. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychpathologie und Psychtherapie, 39, 261-282.

MONTGOMERY SA, ASBERG M (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry, 134, 382-389.

PAWLIK K (1977) Faktorenanalytische Persönlichkeitsforschung. In Strube G (Hg.) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. 5: Binet und die Folgen (617-712). Zürich: Kindler.

PENICK EC, Powell BJ, Othmer E, Bingham SF, Rice AS, Lie BR, Liese BS (1984) Subtyping alcoholics by coexisting psychiatric syndromes: course, family history, outcome. In: Goodwin DW, Teilman van Dusen K, Mednick SA (eds): Longitudinal research in alcoholism. Kluwer-Nijhoff, Boston.

POLLACK, J (1987) Relationship of Obsessive-Compulsive Personality to Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of the Literature. Journal of Psychology, 12 (2), 137-148

POLLAK J (1987) Relationship of obsessive-compulsive personality to obsessive-compulsive disorder: A review of the literature. Journal of Psychology, 12 (2), 137-148.

POWELL BJ, Penick EC, Othmer E, Bingham SF, Rice AS (1982). Prevalence of addictional psychiatric syndromes among male alcoholics. Journal of Clinical Psychiatry, 13, 404-407.

RASMUSSEN SA; EISEN JL (1988) Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. Psychophrmacologic Bulletin, 24, 466-470.

RIEF et al. (1992 a) Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)

RONCCHI P, Abbruzzese M, Erzegoveski S, Diaferia G et al (1992) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in an Italian population. European Psychiatry, 7, 53-59.

ROSS HE, Glaser FB, Germanson T (1988b) The prevalence of psychiatric disorders with alcohol and other drug problems. Archives of General Psychiatry, 45, 1023-1031.

SCHUCKIT MA (1986). Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. American Journal of Psychiatry, 143, 140-147.

SCHUCKIT MA, HESSELBROCK V (1994) Alcohol Dependence and Anxiety Disorders: What is the the relationship? Am J Psychiatry 151: 1723-1734

SCHULTE RM & NEUMANN NU (1988) Determination of the validity and inter-rater reliablity of the German version of the Montgomery-Asberg-Depression Rating Scale. Lecture, 16, C.I.N.P. Congress Munich, 15.-19. August 1988.

SELIGMAN MEP (1975) Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman.

STEIN v.d. B, PODOLL K (1993) Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit chronischem Alkoholismus. Sucht 2/1994.

STEKETEE G (1990) Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. Journal of Anxiety Disorders, Vol 4(4), 351-364.

SWEDO SE, Leonard HL, Rapoport JL (1990) Childhood-Onset Obsessive Compulsive Disorder. In: MA Jenike, L Baer & WE Minichiello (Hrsg) Obsessive-Compulsive Disorders. Theory and Management. Second Edition. Chicago, London, Boca Raton: Library of congress.

ULLRICH R, ULLRICH R (1977) Der Unsicherheitsfragebogen, Testmanual U, Anleitung für den Therapeuten Teil II. Verlag J.Pfeiffer, München.

v.TÖRNE I, KONSTANTY R (1989) Spielverhalten und Störungsbilder bei Spielern an Geldspielautomaten. Suchtgefahren 35, 14-34.

VERHEUL R, van den Brink W, Hartgers C (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. European Addiction Research, 1, 166-177.

WATSON D, TELLEGEN A (1985) Toward a consensual structure of mood. Psychological Bulletin, 98, 219-235.

WINKELMANN G, Rasche H, Hohagen F (1994) Zwangsstörungen: Komorbidität und Implikationen für die Behandlung. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 25, März 1994.

WITTCHEN HU, Schramm E, Zaudig M et al. (1989) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID), Version 2.0. Beltz Test GmbH, Weinheim

ZAWORKA W, Hand I, Lünenschloß K, Jauernig G (1983) Das Hamburger Zwangsinventar (HZI). Beltz Test GmbH, Weinheim

ZERSSEN v.D. und KOELLER D.-M. (1976), Weinheim: Beltz

8 Danksagung

Mein erster Dank gilt den in dieser Untersuchung befragten Patienten, die mit Ausdauer und Geduld die vielen Fragen beantworteten und mir mit ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie die Erstellung dieser Arbeit ermöglichten.

Weiterhin danke ich Herrn Prof. Dr. Iver Hand, der mir dieses interessante Thema überließ und mich in der Fertigstellung dieser Arbeit großzügig unterstützte. Herrn Prof. Dr. Julius Kuhl gilt an dieser Stelle ebenso mein herzlicher Dank, der nicht nur meine Fahrten nach Osnabrück durch ausführliche Einführungen in seine überaus interessante Persönlichkeitsforschung sehr lohnend machte, sondern auch mit seinem Ideenreichtum und seiner Unterstützung zum Gelingen dieser Arbeit beitrug.

Ganz besonders danke ich Frau Dipl.-Psych. Julia v. Schinkel, mit der ich viele Stunden mit der Einarbeitung in SPSS und der Datenauswertung zubrachte und Freud' und Leid unserer Studie teilen konnte.

Zudem gilt mein Dank der Station 5 im Hause und der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Haus 10 des Klinikum Nord Hamburg-Ochsenzoll, die mir durch ihre Kooperation die Befragung von alkoholabhängigen Patienten ermöglichten.

Ein Dankeschön auch an Frau Justine König und Herrn Frank Krahforst, die mich als Mitarbeiter unserer Bibliothek im Hause mit persönlichem Einsatz bei der Literaturrecherche unterstützten.

9 LEBENSLAUF

Persönliche Daten:

Name:	Susanne Tabrizian
Geburtsdatum:	21.09.67 in Teheran
Adresse:	Hoherade 5 in 20257 Hamburg

Schulbildung:

1973 - 1977	Grundschule der Deutschen-Schule-Teheran
1977 - 1979	Gymnasium der Deutschen-Schule-Teheran
1979 - 1986	Carl-Humann-Gymnasium in Essen
1986	Abschluß: Abitur

Hochschulausbildung/berufliche Tätigkeiten:

1987 - 1989	Studium der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
1987 - 1994	Wechsel an die Universität Hamburg
1994 - 1996	Ärztin im Praktikum, Verhaltensmedizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
1996 - 1997	wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Verhaltens-therapie-Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Eppen-dorf, Hamburg
seit 11/97	Assistenzärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Ep-pendorf, Hamburg

ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, 13. März 1999

Susanne Tabrizian