

Aspekte der Glücksspielsucht:  
Selbstkonzept, Affektregulation und  
Achse-I-Komorbidität

Eine empirische Untersuchung

Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde  
durch den  
Promotionsausschuß Dr. phil.  
der Universität Bremen

vorgelegt von  
Susanne Rahman

Hamburg, den 30.1.2000



<b>1</b>	<b>EINLEITUNG: PROBLEMSTELLUNG</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>STAND DER FORSCHUNG</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Das Selbstkonzept</b>	<b>3</b>
2.1.1	Historische Wurzel und Überblick über die Entwicklung des Begriffs „Selbstkonzept“	3
2.1.2	Symbolischer Interaktionismus	4
2.1.3	Strukturmodell der Psychoanalyse	4
2.1.4	Neopsychoanalyse	5
2.1.5	Die kognitive Orientierung - Informationsverarbeitungsmodelle	5
2.1.6	Selbstkonzept und seine affektiv-evaluative Komponente: der Selbstwert innerhalb hierarchischer, kognitiver Modelle	8
<b>2.2</b>	<b>Cognitive-Experiential-Self-Theory (CEST)</b>	<b>8</b>
2.2.1	CEST und die Aufrechterhaltung eines negativen Selbstwertgefühls	11
2.2.2	CEST und psychopathologische Phänomene	11
2.2.3	Selbstkonzept und seine affektiv-evaluative Komponente	12
2.2.4	Zusammenfassung des zugrundegelegten Selbstkonzeptbegriffs	13
<b>2.3</b>	<b>Die Störung des Selbstwerts</b>	<b>13</b>
2.3.1	Selbstwertstörung und Affektregulation in der psychodynamischen Konzeption	14
2.3.2	Selbstdiskrepanztheorie und negative Emotionen	16
2.3.3	Das Escape-Modell	17
2.3.4	Das Escape-Modell und Pathologisches Spielverhalten - Befunde	19
2.3.5	Selbstwertinstabilität und Ärger	21
<b>2.4</b>	<b>Konzepte dysfunktionaler Affektregulation: Alexithymie und Affektintoleranz</b>	<b>21</b>
2.4.1	Die Wahrnehmung von Emotionen	21
2.4.2	Affekt und Emotion	22
2.4.3	Affektregulation	22
2.4.4	Alexithymie	23
2.4.5	Affektintoleranz	24
<b>2.5</b>	<b>Pathologisches Glücksspiel</b>	<b>25</b>
2.5.1	Definition und Prävalenz	25
2.5.2	Das Suchtmodell	26
2.5.2.1	Suchtdefinitionen und konzeptionelles Chaos	26
2.5.2.2	Das psychodynamisch orientierte Suchtmodell	27
2.5.2.3	Sucht und stoffungebundene oder psychische Abhängigkeit in lerntheoretisch-behavioristischer Konzeption	28
2.5.2.4	Kombination lerntheoretischer und psychodynamischer Gesichtspunkte	30
2.5.3	Das Neurosenmodell	31
2.5.3.1	Exkurs: Zwangsspektrumsstörungen (ZSS) und Pathologisches Glücksspiel	32
2.5.4	Das "Nivellierungsmodell"	34

2.5.5	Selbstwertstörung und Pathologisches Glücksspiel	35
2.5.6	Pathologisches Glücksspiel, affektive Dysregulation und Alexithymie	36
2.5.7	Pathologisches Glücksspiel und negativer Affekt: Depression, Angst und Ärger	36
2.5.8	Pathologisches Glücksspiel und positiver Affekt	37
2.5.9	Untersuchungen zur Komorbidität	37
<b>2.6</b>	<b>Offene Fragen zum Stand der Forschung</b>	<b>40</b>
2.6.1	Spezifische Hypothesenformulierung der vorliegenden Untersuchung	41
<b>3</b>	<b>METHODE</b>	<b>43</b>
3.1	Beschreibung der Ein- und Ausschlußkriterien	43
3.2	Rahmenbedingungen der Untersuchung	43
3.3	Statistik	44
3.4	Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer	45
3.4.1	Soziodemographische Daten	45
3.4.2	Merkmale der Gruppe der pathologischen Glücksspieler	46
3.4.2.1	Ausprägung des pathologischen Glücksspiels	46
3.4.2.2	Art des Glücksspielverhaltens	46
3.5	Erhebungsinstrumente	46
3.5.1	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)	46
3.5.2	Frankfurter Selbstkonzeptskalen	47
3.5.3	Toronto Alexithymia Scale, revidierte 20-Item-Version	48
3.5.4	Affective Control Scale	49
3.5.5	Beck-Depressionsinventar	50
3.5.6	State-Trait-Angstinventar	50
3.5.7	State-Trait-Ärger-Ausdrucksinventar	51
3.5.8	Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten	51
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>52</b>
4.1	Statistische Absicherung	52
4.1.1	Überprüfung der Normalverteilung: Kolmogorov-Smirnov-Test	52
4.1.2	Überprüfung der Varianzhomogenität: Levene-Test	53
4.2	Überprüfung Hypothese 1:	55
4.3	Überprüfung Hypothese 2	56
4.4	Überprüfung Hypothese 3	59

<b>4.5</b>	<b>Überprüfung Hypothese 4</b>	<b>60</b>
<b>4.6</b>	<b>Überprüfung Hypothese 5</b>	<b>61</b>
<b>4.7</b>	<b>Ergänzende Ergebnisse</b>	<b>62</b>
4.7.1	Faktorenanalyse der Testvariablen	62
4.7.1.1	Faktor 1: Positiver Selbstwert vs. negative Gefühle und Affektdysregulation	62
4.7.1.2	Faktor 2: Soziale Standfestigkeit vs. Angst und externale Orientierung	63
4.7.1.3	Faktor 3: Anger-Control vs. Anger-Out	64
4.7.1.4	Faktor 4: Psychische Stabilität und Kontaktfähigkeit vs. Zustandsangst	64
4.7.1.5	Faktor 5: Alterskorrelierter Ärgerfaktor	64
4.7.2	Gruppenunterschiede zwischen den Faktoren	65
4.7.3	Diskriminanzanalyse	66
4.7.3.1	Standardisierte Diskriminanzfunktion	67
4.7.3.2	Vorhersage der Gruppenmitgliedschaft	67
<b>5</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b>	<b>68</b>
<b>5.1</b>	<b>Hypothese zum Selbstkonzept</b>	<b>68</b>
<b>5.2</b>	<b>Hypothesen zu negativen Emotionen</b>	<b>69</b>
<b>5.3</b>	<b>Hypothesen zu Affektdysregulation</b>	<b>72</b>
<b>5.4</b>	<b>Hypothese zum Zusammenhang zwischen Selbstkonzept und Affekten</b>	<b>73</b>
<b>5.5</b>	<b>Hypothese zur Achse-I-Komorbidity</b>	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>SYNOPSIS, INTEGRATION UND OFFENE FRAGEN</b>	<b>75</b>
<b>6.1</b>	<b>Synopsis und Integration</b>	<b>75</b>
6.1.1	Beitrag der Befunde zur nosologischen Frage und zur Psychotherapie	78
6.1.2	Fazit	82
<b>6.2</b>	<b>Offene Fragen</b>	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>85</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>87</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG ERHEBUNGSINSTRUMENTE</b>	<b>102</b>

## **Verzeichnis der Tabellen**

TABELLE 1 DAS MENTALE SYSTEM NACH CEST	10
TABELLE 2 GRUNDBEDÜRFNISSE NACH CEST	10
TABELLE 3 DAS ESCAPE-MODELL UND PATHOLOGISCHES SPIELVERHALTEN - BEFUNDE	20
TABELLE 4 UNTERSUCHUNGEN ZUR KOMORBIDITÄT AN PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERN	40
TABELLE 5 ALTER, SCHULBILDUNG UND GESCHLECHT DER PROBANDEN	45
TABELLE 6 ERGEBNISSE DES KFG UND CHRONIZITÄT DES GLÜCKSSPIELS	46
TABELLE 7 HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER GLÜCKSSPIELARTEN	46
TABELLE 8 ÜBERPRÜFUNG DER NORMALVERTEILUNG (KOLMOGOROV-SMIRNOV-TEST)	53
TABELLE 9 BDI-MITTELWERTSUNTERSCHIEDE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	57
TABELLE 10 STAI-MITTELWERTSUNTERSCHIEDE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	57
TABELLE 11 : STAXI-MITTELWERTSUNTERSCHIEDE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	58
TABELLE 12 : TAS-20-MITTELWERTSUNTERSCHIEDE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	59
TABELLE 13 ACS-MITTELWERTSUNTERSCHIEDE DER UNTERSUCHUNGSGRUPPEN	60
TABELLE 14 INTERKORRELATIONEN DER FÜR DIE FRAGESTELLUNG RELEVANTEN SUBSKALEN	61
TABELLE 15 DSM-III-R -LIFETIME-DIAGNOSEN NACH DIPS (MARGRAF ET AL. 1991)	62
TABELLE 16 HAUPTKOMponentENANALYSE DER TESTVARIABLEN	65
TABELLE 17 T-TEST BZGL. HAUPTKOMponentENScores ZWISCHEN DEN GRUPPEN	66
TABELLE 18 DISKRIMINANZANALYSE DER TESTVARIABLEN	66
TABELLE 19 STANDARDISIRTER DISKRIMINANZKoeffIZIENT	67
TABELLE 20 VORHERSAGE DER GRUPPENMITGLIEDSCHAFT	67

## **Verzeichnis der Schaubilder**

SCHAUBILD 1 ERARBEITETES STÖRUNGSMODELL - HYPOTHESEN UND RESULTATE	77
--	----

## 1 Einleitung: Problemstellung

Pathologisches Glücksspielverhalten wird in den internationalen Klassifikationssystemen psychischer Störungen DSM-IV und ICD-10 (APA, 1994; WHO, 1992) den Störungen der Impulskontrolle zugeordnet. In seiner pathologischen Progredienz erfüllt die Ausübung des Verhaltens die drei Grundzüge, durch die die Störung einer Impulskontrolle definiert ist:

- Wiederholung von (für sich oder andere) schädlichen Handlungen ohne rationale Motivation;
- erhöhte Anspannung vor der Ausübung des jeweiligen Verhaltens;
- Reduktion der Anspannung bei der Ausübung des Verhaltens.

Diese sehr allgemeine Definition läßt zusätzliche Diagnoseschlüsse zu, die ohne weiteren theoretischen und empirischen Hintergrund bisher zum Teil willkürlicher und unbefriedigender bleiben, als es sowohl aus wissenschaftlicher als auch psychotherapeutischer Sicht und nicht zuletzt für die Betroffenen wünschenswert wäre. Laut ICD-10 sind die Ursachen einer Störung der Impulskontrolle, also auch die des pathologischen Glücksspielverhaltens, unklar.

Sowohl Selbstwertstörungen als auch eine dysfunktionale Emotionsverarbeitung bzw. affektive Störungen nach DSM-IV werden in der Forschung zu pathologischem Glücksspielverhalten und zu Suchtstörungen als die Störung essentiell mitverursachende und aufrechterhaltende Bedingungen (z.B. Petry, 1996, 1998a, 1998b; Bensel, 1998) trachtet. Hierbei wurden in empirischen Untersuchungen zum pathologischen Glücksspiel bisher eine affektive Dysregulation, negative Affekte, affektive Störungen oder eine Selbstwertproblematik bei pathologischen Glücksspielern isoliert voneinander untersucht.

Der vorliegenden Arbeit liegt neben der Cognitive-Experiential-Self-Theory (Epstein, 1998) die Selbstdiskrepanz-Theorie von Higgins (1985, 1986, 1987) und das Escape-Modell von Baumeister zugrunde (1988a, 1988b, 1990, 1991). Diese Theorien enthalten Annahmen über Zusammenhänge zwischen negativem Selbstkonzept (Selbstwertproblematik), dysfunktionalen Kognitionen, dysfunktionaler Emotionsverarbeitung bzw. Affektregulation (Affektintoleranz, Alexithymie) und psychopathologischen Phänomenen. Diese genannten Variablen werden - im Unterschied zu vorigen Studien - in der vorliegenden Untersuchung nicht isoliert voneinander, sondern "en bloc" an einer Gruppe pathologischer, behandlungsbedürftiger Glücksspieler untersucht.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, vor dem genannten theoretischen Hintergrund empirisch zu überprüfen, ob zwischen den oben genannten Problembereichen Zusammenhänge bestehen und welcher Art diese im Vergleich zu einer Kontrollgruppe gegebenenfalls sind. In dieser Arbeit geht es also gezielt um die Präzisierung und Erweiterung des Störungswissens zu pathologischem Spielverhalten. Je genauer die psychische Konstellation pathologi-

scher Glücksspieler auf empirischer Basis benannt und diagnostisch eingeordnet werden kann, desto effizienter kann daraufhin therapeutische Intervention geplant werden.



## 2 Stand der Forschung

### 2.1 Das Selbstkonzept

#### 2.1.1 Historische Wurzel und Überblick über die Entwicklung des Begriffs „Selbstkonzept“

James (1890, 1892, zit.n. Bracken, 1996) ist als Begründer einer ersten wissenschaftlich-psychologischen Theorie des Selbst zu sehen. Er formulierte als erster die Unterscheidung zweier fundamentaler Aspekte des Selbst:

- a) das Selbst als erkennendes Subjekt („I“), das sich
- b) selbst Erkenntnisobjekt („Me“) sein kann.

Das Selbst als Objekt („Me“) stellt als empirisches Aggregat aller Sachverhalte über das Selbst den Aspekt dar, der heute als *Selbstkonzept* bezeichnet wird.

Dieses Aggregat wird von dem Selbst als Subjekt („I“) konstruiert - es organisiert und strukturiert gemachte Erfahrungen. Darüber hinaus beinhaltet das Selbst als Subjekt („I-self“) spezifische Inhalte hinsichtlich des Bewußtseins über die Einzigartigkeit und Kontinuität der eigenen Person.

Das Selbst als Objekt („Me-self“) wurde von James weiter differenziert in seine es konstituierenden Dimensionen, welche sich gleichzeitig hierarchisch organisieren:

1. das „*material self*“ unten in der Hierarchie, das die Basis für die weiteren Bestandteile des „Me-self“ bildet. Hierunter werden sowohl das Körper-Selbst als auch die Besitztümer einer Person subsumiert;
2. das „*social self*“, das in der Mitte der Hierarchie, die Meinung anderer Menschen über die eigene Person und seiner verschiedenen sozialen Rollen reflektiert und
3. das „*spiritual self*“. In ihm werden an der Spitze der Hierarchie mehr überdauernde mentale Inhalte komprimiert, wie z.B. moralische Einstellungen und Dispositionen.

James (1890) bemerkte über das spirituelle Selbst, daß es so wertvoll sei, daß man eher bereit sei, Freunde, Ruhm, Besitz und sogar das eigene Leben aufzugeben als diese spirituelle Dimension des Selbst.

Als „*conflict of different Me's*“ bezeichnete James die Inkompatibilität verschiedener Rollen, die der Mensch potentiell einnehmen kann. Hier wird der Aspekt der Identität angesprochen. Um zu einem umfassenden Verständnis des „Me“-Aspekts des Selbst zu gelangen, müssen nach James auch die von den Dimensionen ausgelösten Gefühle (Selbstwertgefühl) und Handlungen (zentrales Motiv der Suche nach dem Selbst und der Selbststabilisierung) berücksichtigt werden. Selbstwert wird von ihm als Verhältnis von Erfolgen zu Ansprüchen definiert, wobei eine Übereinstimmung von Anspruch mit Erfolg hohem Selbstwertgefühl entspricht.

Die hier zusammengefaßte Konzeptualisierung des Selbst von James bahnte den Weg für zukünftige Selbst- Modelle, in denen das Selbst als multidimensional und hierarchisch organisiert gesehen wird.

### **2.1.2 *Symbolischer Interaktionismus***

Die Theorie von James erfuhr eine Weiterentwicklung durch die symbolischen Interaktionisten Cooley (1902) und Mead (1934). Für diese Theoretiker war das Selbst vor allem eine soziale Konstruktion, gespeist durch den sozialen Kontext, den sprachlichen Austausch mit anderen (symbolischer Interaktionismus).

Zusammengefaßt konstituiert sich nach Cooley und Mead das Selbstkonzept und das davon abhängige Selbstwertgefühl durch Internalisierungen der Meinung und Einstellung anderer über die eigene Person (*"looking glass self"*). Diese Sichtweise bahnte eine entwicklungspsychologisch-interaktionistische Perspektive, die auch für aktuelle klinische Fragestellungen relevant ist.

U.a. ist durch Rogers (1959) die Bedeutung der Wertschätzung durch andere für die seelische Gesundheit herausgestellt worden.

### **2.1.3 *Strukturmodell der Psychoanalyse***

1923 entwickelte Freud die Strukturtheorie der menschlichen Persönlichkeit. In der Strukturtheorie stellt sich die Psyche in 3 im Laufe der psychosexuellen Entwicklungsphasen entstandenen Instanzen dar:

1. im „Es“ , welches (Überlebens-) Instinkte, Triebe, primäre Motivationen und basale Bedürfnisse (Hunger, Durst, Schlaf etc.), z.T. angeborene Affekte und unbewußte Vorgänge umfaßt (Orale Phase);
2. im „Ich“ mit der Hauptfunktion der Realitätsprüfung, welches optimalerweise für eine Kompromißbildung zwischen andrängenden Triebimpulsen und soziokulturell übermittelten Normen, Gesetzen, Moral und Regeln sorgt;
3. im „Über-Ich“, welches auf transindividueller Ebene die gesellschaftlich soziokulturellen Normen, Regeln und Ideale (z.B. Gesetz und Religion, Ideal der Askese) und auf individueller Ebene das Gewissen repräsentiert (Ödipale Phase).

Mit Hilfe der Strukturtheorie ließen sich erstmals intersystemische Konflikte und ihre entwicklungspsychologische Ansässigkeit genauer beschreiben. Bezüglich klinisch auffälliger Störungen ermöglichte das Modell eine Einordnung in strukturelle Störungen des Ichs (Ich-Störungen, „frühe Störungen“) und eher konfliktpathologischen Manifestationen (Psychoneurosen) entlang der Entwicklungsachse der Psyche (s.a. 2.3.1). Aus neuerer psychoanalytischer Sicht ist allerdings eine obligate Beziehung von bestimmten psychopathologischen Symptomen oder Syndromen zu spezifischen Konflikten oder einem spezifischen Strukturniveau zu relativieren.

Das Selbst ist in der psychoanalytischen Theorie nicht etwa mit der Gesamtheit der 3 psychischen Instanzen gleichzusetzen, sondern findet in ihrer Verwendung als übergeordnetes Konstrukt (Persönlichkeit, Identität), in welchem die Instanzen u.a. enthalten sind. Eine Verwendung des Selbstbegriffs im Sinne von Selbstkonzept oder Selbstkonzeptstörung findet sich später im Rahmen der Ich-Psychologie der Psychoanalyse (s. 2.1.4).

#### **2.1.4 Neopsychoanalyse**

Anna Freud (1936) lenkte das psychoanalytische Interesse von der frühen Beschäftigung mit dem Es und sexuellem Material hin auf das Verhalten des Individuums und sein Unbewußtes. Sie betonte die Funktion des Ich (Ich-Psychologie) bei der Beherrschung von Impulsen, Anpassungsleistungen, Problemlösekompetenzen und der Errichtung von Abwehrmechanismen.

Der Terminus „Selbst“ wurde innerhalb der Psychoanalyse von Hartmann (1950) eingeführt. Sein Selbstbegriff bezieht sich auf die gesamte Person eines Individuums, einschließlich seines Körpers und seiner Körperteile, ebenso wie seiner psychischen Organisation und deren Teile.

Innerhalb der Ich-Psychologie befaßte sich Edith Jacobson (1964) eindrucksvoll auf klinisch-empirischer Basis mit der Entwicklung der inneren Repräsentanzen des Selbst und der Objekte in der Psyche. Von ihr stammt eine dimensionale Definition des Selbst in der Begrifflichkeit: psychophysiologisches Selbst, Körper-Selbst und seelisches bzw. psychisches Selbst.

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Pathologie des Selbst (Narzißmus, Störung der Selbstwertregulation) erfolgte von Kohut (1971, 1980, 1993) und Kernberg (1975, 1998) (s.a. 2.3.1).

#### **2.1.5 Die kognitive Orientierung - Informationsverarbeitungsmodelle**

In den kognitiven Ansätzen rückt das James'sche „Me-self“ als Forschungsgegenstand in den Mittelpunkt: das „Me“ wird als Theorie über sich selbst, als Selbsttheorie konzeptualisiert. Es wird die kognitive Repräsentation der eigenen Person oder mit Filipp (1975, 1979) „interne Selbstmodelle“ thematisiert. Eine Selbsttheorie hat demnach die Funktion, die Kognitionen eines Individuums über sich selbst in bezug auf seine soziale Umwelt zu organisieren, z.B. u.a. in Kelly's (1955) Theorie der persönlichen Konstrukte.

Innerhalb dieser Forschungstradition unterteilte Sigrun-Heide Filipp (1980) die verschiedenen Definitionsansätze in 3 Kategorien:

1. Definition des Selbstkonzepts als individuelle Form des Person-Umwelt-Bezugs. Untersuchungsgegenstand ist die inter- und intraindividuelle Variabilität, mit der Grenzziehungen zwischen „Ich“ und „Außenwelt“ auf der kognitiven Repräsentationsebene vorgenommen werden. Dieser Ansatz ist besonders für die Selbstkonzeptforschung in

genommen werden. Dieser Ansatz ist besonders für die Selbstkonzeptforschung in den ersten Lebensjahren relevant.

2. Definition des Selbstkonzepts als die Gesamtheit der (mehr oder weniger) stabilen Sichtweisen (im Sinne eines Selbstbilds), die eine Person von sich geformt hat. Untersuchungsgegenstand sind hier Attribute, Merkmale, Kategorien, mittels derer eine Person sich selbst definiert und welche sich schließlich zu einem internen Selbstmodell zusammensetzen. Als einer der herausragenden Ansätze dieser Definition ist die empirisch validierte Selbst-Schemata-Theorie von Hazel Markus (1977) zu nennen. Sie definiert:

*„Versuche, das eigene Verhalten auf einem bestimmten Gebiet zu organisieren, zusammenzufassen und zu erklären resultiert in der Bildung von kognitiven Strukturen über das Selbst bzw. in Selbst-Schemata. Selbst-Schemata sind aus vergangenen Erfahrungen abgeleitete kognitive Generalisierungen über das Selbst. Sie organisieren und strukturieren die Verarbeitung selbstbezogener, im sozialen Kontext entstandener Informationen (S. 63, übersetzt von der Verf. der vorliegenden Arbeit).“*

Die Funktion von gebildeten Selbst-Schemata besteht nach Markus darin, die Informationsverarbeitung über das Selbst zu ermöglichen und zu erleichtern. So werden z.B. mit einem Selbst-Schema (z.B. das Schema: *„Ich bin ein guter Tennisspieler“* oder als Beispiel für ein generelles Schema: *„Ich bin ein guter Athlet“*) konsistente Informationen schneller verarbeitet, als inkonsistente. Aschematische Informationen, d.h. Informationen, für die kein Selbst-Schema entwickelt wurde, werden in der Regel undifferenziert und eher indifferent verarbeitet. Einmal etabliert, funktionieren Selbstschemata als selektiver Mechanismus, welcher bestimmt, ob eine bestimmte Information über das Selbst wahrgenommen, welche Wichtigkeit ihr beigemessen und was in der Folge mit ihr geschehen wird. Das Ergebnis einer solchen Organisation und Kategorisierung ist ein erkennbares Muster, welches eine Basis für zukünftige Schlußfolgerungen, Urteile und Entscheidungen bezüglich des Selbst bildet. Durch die Ansammlung wiederholter Erfahrungen werden Selbst-Schemata zunehmend resistent - wenn auch nicht völlig invulnerabel - gegen inkonsistente oder widersprüchliche Informationen. Damit erfüllen sie häufig die Funktion von *„self-fulfilling-prophecies“* (s.a. Epstein, 1979). Entsprechend haben Selbst-Schemata Implikationen für attributionstheoretische Überlegungen (s. z.B. Seligman, 1975).

Die ordnungsstiftende Funktion von Selbst-Schemata wird ebenfalls von Philipp (1978,1979) herausgestrichen. Ohne ein internes Selbst- und Außenweltmodell ist ein Individuum kaum in der Lage, *„Vorgänge zu antizipieren, Erwartungen aufzubauen oder eingetretene Ereignisse zu erklären (1978, S.113)“*.

In Bezug auf die unterschiedlichsten Erfahrungsdaten vermitteln Selbst-Schemata also ein essentielles Erlebnis personaler Kontinuität und Identität anstelle von Chaos und Desorientierung. Es ist demnach davon auszugehen, daß eine grobe Verletzung des Selbstsystems (z.B. durch Folter, Vergewaltigung, Mobbing oder andere traumatisierende, selbstwertverletzende Ereignisse) einer Person eine Destabilisierung der gesamten Persönlichkeitsstruktur zur Folge haben und u.a. klinisch relevante Angstzustände produzieren kann (Epstein, 1979, Epstein&Morling, 1995):

*„Sobald das Selbstsystem einer Person bedroht wird, kann die Person das bedrohliche Ereignis entweder assimilieren und dadurch das Selbstsystem um den Preis momentaner Angstzustände erweitern; sie kann aber auch Abwehrmechanismen entwickeln, das Selbstsystem schützen und so Angst vermeiden. Die allgemeinste Form der Verteidigung gegen Desorganisation ist eine Einengung des Selbstsystems. Die Person verschließt sich neuen Informationen, klammert sich in rigider Weise an vorgeschriebene Verhaltens- und Denkstrategien, verliert emotionale Spontaneität und versucht, Forderungen an das Selbstsystem zur Assimilation neuer Daten auf jede mögliche Weise zu reduzieren. Andere Abwehrreaktionen sind jene, wie sie von den Psychoanalytikern beschrieben werden, wie etwa Verleugnung, Projektion und Rationalisierung. Wie die Bedrohung der Selbsttheorie zu einer defensiven Einengung führt, so bewirkt ihre Bestätigung ... eine vermehrte Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, positive Affekte und vermehrte Spontaneität ( Epstein, 1979, S.21)“.*

Innerhalb dieses mehr oder weniger permanenten Wachstumskonflikts außerhalb von Extrembedingungen ist das Wachstum einer Persönlichkeit also u.a. von dem Ausmaß seiner Angsttoleranz abhängig. Optimales Wachstum kann erfolgen, wenn die Angst für die Person bewältigbar dosiert ist.

Der Aspekt der Angst- und allgemeiner der Affekttoleranz bei pathologischen Glücksspielern wird in der vorliegenden Studie untersucht.

3. Definition des Selbstkonzepts unter dem Gesichtspunkt seiner affektiv-evaluativen Tönung im Sinne einer Einstellung gegenüber der eigenen Person (z.B. Rosenberg, 1965; Deusinger, 1986, Mummendey, 1995). Selbstkonzept wird hier begrifflich gleichgesetzt mit Selbstwertgefühl und Selbstakzeptanz (self-esteem): *„Dieser Bedeutungsgehalt ist auch mitgedacht, wenn Selbstkonzepte mit dem Zusatz „positiv“ oder „negativ“ versehen und zur Umschreibung der globalen Selbstwertschätzung einer Person verwendet werden ( Filipp, S.107).“*

Der „Selbstwert- Ansatz“ ist auf theoretischer Ebene zunächst von der Definition des Selbst als kognitive Repräsentation (s. 1. und 2.) der eigenen Person, in der der Bewertungsaspekt eine geringere Rolle spielt, zu unterscheiden. Für diese Unterscheidung scheint allerdings v.a. unter Einschluß aktueller Selbsttheorien (s. 2.2) eine relative Perspektive

adäquat: „Die kognitive Repräsentationsebene der eigenen Person, des Selbst, ist stets eng assoziiert mit einer affektiv-evaluativen Repräsentationsebene der eigenen Person, mit Aspekten der Selbstbewertung, der Selbstwertschätzung, der Selbstakzeptierung, mit einem Selbstwertgefühl (Deusinger, 1987, S.258; s. a. 3.5.2)“.

### **2.1.6 Selbstkonzept und seine affektiv-evaluative Komponente: der Selbstwert innerhalb hierarchischer, kognitiver Modelle**

Bereits James (1890 zit.n. Bracken, 1996) führte das Konzept eines *globalen Selbstwertgefühls* ein, indem er einen „*average tone of self-feeling which every one of us carries about with him, and which is independent from the objective reasons we may have for satisfaction or discontent (S. 171)*“ postulierte. In seiner Definition des Selbstwerts als Relation zwischen Ansprüchen und Erfolgen (s. 2.1.1) werden andererseits Fluktuationen des Selbstwertgefühls angesprochen.

In der aktuellen Selbstwertforschung wird sowohl global-stabilen (self-esteem level) als auch spezifischen, mehr momentanen Fluktuationen unterworfenen Selbstbewertungen (self-esteem instability) einer Person in bestimmten Bereichen Rechnung getragen (z.B. Rosenberg, 1979, 1995; Deusinger, 1986; Bracken, 1992; Greenier et al., 1995; s.a. Bracken, 1996). Über den Zusammenhang zwischen globalen und bereichsspezifischen Selbstwertschätzungen entstanden zahlreiche Spekulationen, welche in die Entstehung hierarchischer Modelle mündeten. Als ein Vertreter hierarchischer Modelle ist Epstein (1973, 1979) zu nennen.

Der hierarchische Ansatz läßt sich auch innerhalb einer neueren global-integrativen Persönlichkeitstheorie (Verbindung von psychodynamischen [s. 2.1.3 und 2.1.4], bindungstheoretischen und kognitiven Annahmen), der **Cognitive-Experiential-Self-Theory (CEST)** wiederfinden (Epstein&Morling, 1995, Epstein, 1998). CEST versucht eine Integration zwischen dem kognitiven Unbewußten aktueller kognitiver Ansätze und dem Unbewußten psychodynamischer Tradition, indem postuliert wird, daß das Unbewußte durch *Lernerfahrungen* dem *affektiv-erfahrungsbezogenen* System entstammt und eine adaptive Funktion hat.

Aufgrund ihres weiten Geltungsbereichs läßt sich empirisches Material aus verschiedenen Selbstkonzeptansätzen in CEST integrieren. Als theoretische Grundposition wird dieser Arbeit daher CEST zugrundegelegt.

## **2.2 Cognitive-Experiential-Self-Theory (CEST)**

Gemäß CEST läßt sich die menschliche Persönlichkeit am besten durch die Benennung ihrer impliziten Realitätstheorie - bestehend aus Selbst- und Umwelttheorie und den (kognitiven) Bezügen, die Selbst- und Umwelttheorie verbinden - erfassen. Selbst- und Umwelttheorien enthalten hierarchisch organisierte, implizite Postulate bzw. Überzeugungen,

welche durch die kognitiven Prozesse der Assimilation und Akkomodation (Piaget, 1965) zunehmend differenziert und integriert werden:

- Postulate unterster Ordnung innerhalb der Selbsttheorie (z.B.: „*ich habe ein Freispiel gewonnen*“ ) beziehen sich dabei auf Generalisierungen unmittelbarer Erfahrungen und sind so relativ flexibel revidierbar. Werden Postulate unterster Ordnung generalisiert, entstehen
- Postulate höherer Ordnung (z.B.: „*ich bin ein guter Spieler*“).
- Postulate höchster Ordnung sind schließlich Generalisierungen auf abstraktem Niveau (z.B.: „*ich bin ein Gewinner im Leben*“). Sie sind so breit generalisiert, daß sie einer unmittelbaren Realitätstestung kaum noch unterworfen und daher nur schwer falsifiziert werden können, also eher änderungsresistent sind (s. 2.1.5).

Nach Epstein bedarf es einer Unzahl emotional bedeutsamer Erfahrungen, um frühe Erfahrungen, aufgrund derer sich Grundannahmen gebildet haben, zu widerlegen. Diese subjektiven Konstrukte sind wirksam im Sinne der „*believes*“ bei Beck (1976) und Ellis (1973) und finden in der vertikalen Verhaltensanalyse innerhalb der modernen kognitiven Verhaltenstherapie Verwendung. Nach Epstein (1979) ist die globale Selbstwertschätzung ein solches Postulat höchster Ordnung. Empirische Untersuchungen (Epstein, 1976, 1978) belegen diese Annahme und somit die Zentralität (s.a. Deusinger, 1986; s.3.5.2) des Selbstwerts innerhalb einer Selbsttheorie.

Generell gewährleistet die hierarchische Struktur innerhalb der Selbst- und Umwelttheorie Stabilität auf höheren Ebenen und Flexibilität auf den niederen.

CEST postuliert weiterhin zwei voneinander unabhängige, jedoch synchronisierte Informationsverarbeitungssysteme: ein rational-explizites und ein erfahrungsbezogen-affektmotiviertes, welches implizit wirkt. Letzteres ist durch Lernerfahrungen determiniert und hat eine adaptive Funktion im Sinne einer Lust-Unlust-Balance. Die Hauptfunktionsweisen dieser Systeme lassen sich nach Epstein&Morling wie folgt zusammenfassen:

**Tabelle 1 Das MENTALE SYSTEM nach CEST**

<b>Parameter</b>	<b>Rationales System</b>	<b>Erfahrungsbezogen-emotionales System</b>
Evolutionär	Neu	Alt
Wissenseinheit	Bewußte Überzeugungen, verbal, Regeln der formalen Logik, Abstraktionen	Unbewußte Schemata, heuristische Kompetenzen, konkrete Representation: Bilder, Imagination, Erzählungen, Scripts
Wissensbasis	Logische Schlußfolgerungen	Direktes Erfahrungslernen
Motivationsbasis	Soziale Vorschriften, erfahrungsbezogene, theoretische Interferenz	Affekt
Leitfunktion	Bewußte, kognitive Intentionalität	Automatische Assoziation bzgl. emotional signifikanter, vergangener Erfahrung, Gewohnheit
Zeitrahmen	Berücksichtigung langfristiger Konsequenzen	Betonung kurzfristiger Konsequenzen
Art der Generalisierung	Abstrakte Regeln der Kategorisierung	Konkrete Form der Repräsentation von Generalisierungen: z.B.: Prototypen, Metaphern

(nach Epstein & Morling, 1995, übers. V.d. Verf.)

Schließlich werden von CEST vier dem erfahrungsbezogen-affektmotivierten System zugehörige Grundbedürfnisse, mit denen die Entwicklung bestimmter impliziter Überzeugungen korrespondiert, postuliert:

**Tabelle 2 Grundbedürfnisse nach CEST**

<b>Bedürfnis nach</b>	<b>Korrespondierende Überzeugungen</b>
Selbstwerterhalt	Selbst = wertvoll <i>versus</i> wertlos
Selbstwerterhöhung	Selbst = wertvoll <i>versus</i> wertlos
Erhalt eines kohärenten Realitätsmodells	Welt = gut, bedeutungsvoll, vorhersagbar, gerecht, kontrollierbar <i>versus</i> Welt = schlecht, willkürlich, ungerecht, unkontrollierbar
Sozialer Bindung	andere Menschen = vertrauenswürdig, unterstützend <i>versus</i> andere Menschen = bedrohlich, unzuverlässig



Gemäß CEST wird menschliches Verhalten als eine Kompromißbildung zwischen diesen vier fundamentalen Bedürfnissen gesehen, wobei sie sich gegenseitig kontrollieren und balancieren, d.h. eine hierarchische Organisation ist an dieser Stelle aufgehoben.

Da es zwei konzeptionelle Systeme gibt (rational und erfahrungsbezogen-emotional), gibt es auch zwei Bewertungen des Selbst, die koinizidieren oder dissoziieren können. Dies führt zu der Konzeption von *implizitem* und *explizitem* Selbstwertgefühl. Das heißt, daß z.B. bei Inkongruenz beider Systeme eine Person verbal-explizit einen hohen Selbstwert angeben kann, auf der Verhaltensebene (implizit) jedoch ein niedriges Selbstwertgefühl zeigt (auch als defensives Selbstwertgefühl bezeichnet). Je unbewußter dem Individuum seine Selbsttheorien sind, desto mehr erscheinen emotionale Erfahrungen nicht durch eigene Konzepte determiniert, sondern als von außen bestimmt und unkontrollierbar. Methodisch gesehen sollten implizite Überzeugungen aufgrund ihres Modus (emotional, nonverbal, imaginativ) entweder durch Verhalten oder durch das Wissen über den Zusammenhang zwischen Schemata und Emotionen erschlossen werden. Letzteres entspricht dem Ansatz der vorliegenden Untersuchung.

### **2.2.1 CEST und die Aufrechterhaltung eines negativen Selbstwertgefühls**

Die Aufrechterhaltung eines negativen Selbstwertgefühls (gegenläufig zum Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung) wird in CEST über die Tendenz zur Kompromißbildung der vier Grundbedürfnisse und die Zentralität des Selbstwerts innerhalb einer Selbsttheorie erklärt: ein negativ bewertetes Selbstsystem ist *vergleichsweise* weniger belastend als eines, das Gefahr läuft, sich zu desorganisieren, so daß Menschen ein nachvollziehbares Interesse haben, ihre fundamentalen Selbstüberzeugungen - seien sie nun positiv oder negativ - aufrechtzuerhalten (s. 2.1.5).

Die Kompromißbildung zwischen den Bedürfnissen Selbstwerterhalt und Selbstwerterhöhung konnte unter einem anderen Aspekt von Epstein&Morling (1998) empirisch nachgewiesen werden.

### **2.2.2 CEST und psychopathologische Phänomene**

Psychopathologische Phänomene entstehen nach CEST durch Inkongruenzen und Ungleichgewichte innerhalb und zwischen den Systemen (z.B. Überbetonung des rationalen Systems auf Kosten des emotionalen oder umgekehrt).

Emotional signifikante Erfahrungen werden üblicherweise automatisch vom Erfahrungssystem enkodiert. Nach mehr oder weniger großem Akkomodationsaufwand werden sie in die vorhandene persönliche Theorie integriert (s. 2.1.5). Bei unassimilierbaren Ereignissen (z.B. traumatischen Erfahrungen oder mit der z.B. persönlichen Theorie hochinkompatiblen, z.B. selbstwertverletzenden Informationen) sind nach CEST zwei Reaktionen möglich: Dekompensation des konzeptuellen Systems oder Dissoziation. Dissoziationen wirken

nach CEST wie „*Zeitbomben*“: lassen sie sich nicht mehr aufrechterhalten, z.B. durch Konfrontation mit für die abgespaltene Erfahrung verbundenen Hinweisreizen ist das gesamte Persönlichkeitssystem gefährdet im Sinne von destabilisiert (Epstein, 1998): es kommt zu psychopathologischen Phänomenen.

Für die vorliegende Arbeit ist die Annahme einer chronischen Unterrepräsentation der Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwerterhalt bzw. -erhöhung innerhalb des affektiven Systems bei pathologischen Glücksspielern relevant (s. 2.2.1).

### **2.2.3 *Selbstkonzept und seine affektiv-evaluative Komponente***

Die aktuelle, eher sozialpsychologisch ausgerichtete Selbstkonzeptforschung nimmt sich vor allem der Ausdifferenzierung der schon von James entworfenen Dimensionen und Hierarchien des Selbstkonzepts auf empirischer Basis an (z.B. Bracken, 1992).

In der behavioristischen Tradition wird das Thema Selbstkonzept trotz seiner klinischen Relevanz (z.B. negatives Selbstkonzept als Mediator bzw. Ursache für depressives oder suizidales Verhalten) eher stiefmütterlich behandelt. Dies mag daran liegen, daß seine Funktion als abhängige oder unabhängige Variable bisher unklar spezifiziert ist (s.a. Silverstone, 1992). Hier wird quasi als Ausweg über Konzepte wie Selbsteffizienz, Kontrollüberzeugung oder Selbstwahrnehmung die funktionale Rolle von Selbstrepräsentationen betont (z.B. Rotter, 1966; Bandura, 1977, Bem, 1979; Kanfer, 1980; Wicklund&Frey, 1980).

In neueren Ansätzen (z.B. Harter, 1993) wird das Selbstkonzept als Selbstwert im Sinne der Philippschen 3. Kategorie sowohl als abhängige als auch als unabhängige Variable gesehen. So wird das Konstrukt Selbstkonzept in seiner Rolle als Determinante zur unabhängigen Variable, in seiner Mediatorrolle zur abhängigen.

Auf empirischer Ebene konnten Metzke&Steinhausen (1999) in einer Kohorte von 1110 Schülern im Alter von 10-17 Jahren mit Bezug auf eines im Rahmen der Resilienceforschung entwickelten Konzepts zeigen, daß querschnittlich Selbstwert als kompensatorischer Faktor für psychische Risikofaktoren bzw. psychische Störungen bei beiden Geschlechtern unabhängig von einer Stressorexposition wirksam werden. Daß demnach externe Stressoren nicht ausschließlich ausschlaggebend für die Entwicklung von Störungen sind, scheint die interne Wirksamkeit des Selbstwertgefühls zu unterstreichen.

Ungeachtet der bisherigen, nur durch Längsschnittstudien zu lösenden Unklarheiten (Determinante oder Mediator) scheint bei Durchsicht der dazugehörigen klinischen Literatur die Wirksamkeit eines negativen oder fragilen Selbstkonzepts die Entstehung von psychischen Störungen zu begünstigen, die sich in so (scheinbar) unterschiedlichen klinischen Phänomenen wie Eßstörungen, Alkoholismus, Glücksspielsucht, Depressionen, Angststörungen, (narzißtischen) Persönlichkeitsstörungen oder Suizid zeigen (z.B.: Van Gastel et

al., 1997; Ehlers et al. 1994; Bense, 1998; Silverstone, 1990, 1991, Hartouni, 1992; Hurlbert et al., 1994, Petry, 1998a, 1998b).

#### **2.2.4 Zusammenfassung des zugrundegelegten Selbstkonzeptbegriffs**

Zusammenfassend läßt sich das Selbstkonzept im Sinne seiner affektiv-evaluativen Definition (Selbstwert) als dem erfahrungsbezogen-affektmotivierten konzeptuellen System des Menschen entstammend zuordnen und nimmt hier eine zentrale Stellung ein. Als solches wird die Selbstwertschätzung als hochgeneralisiertes Postulat im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung *implizit* wirksam, wobei der Überschneidungsgrad mit dem explizit-rationalen konzeptuellen System variieren kann. Die Rolle einer Störung des Selbstwertgefühls (Determinante oder Mediator) für die Verursachung psychischer Störungen konnte bisher nicht abschließend geklärt werden. Die Relevanz eines guten Selbstwertgefühls für die Kompensation von Risikofaktoren die psychische Gesundheit betreffend kann allerdings als unumstritten gelten.

### **2.3 Die Störung des Selbstwerts**

Zu der Entwicklung eines Selbstwertgefühls oder zu den Ursachen einer Störung des Selbstwerts wird innerhalb kognitiver Selbsttheorien mit wenigen Ausnahmen eher sparsam und sehr allgemein Stellung bezogen. Ein Ansatz zur Entwicklung des Selbst findet sich bei Filipp (1980):

1. Phase: 1.-4. Lebensmonat, Aufbau des Körperschemas aufgrund von propriozeptiven und kinästhetischen Informationen;
2. Phase: 4.-8. Lebensmonat; Differenzierung von „Ich“ und „Nicht-Ich“;
3. Phase: 8.-12. Lebensmonat, Auftreten erster Selbstkategorisierungen;
4. Phase: 2. Lebensjahr, Konsolidierung von Selbstkategorisierungen, Sprachliche Differenzierung der eigenen Person .

Nach Pior (1998) besteht weitgehend Konsens darüber, daß Kinder ab dem 3. Lebensjahr sich selbst *explizit* zum Gegenstand ihres Denkens machen können. Auch in dieser relativ neuen Arbeit zum Thema „Selbstkonzepte von Vorschulkindern“ wird über den o.g. Ansatz von Filipp zur Selbstentwicklung nicht hinausgegangen.

Psychodynamisch orientierte Ausführungen zur Entwicklung des Selbst in der präverbalen, prärepräsentativen Phase der frühkindlichen Entwicklung finden sich bei Emde (1983). Affekte werden hier als zentrale Komponente des frühen Selbst („*affective self*“, „*affective core*“) postuliert (s.a. 2.3).

Die wenigen weiteren kognitiven Ansätze (s. z.B. in Pior, 1998) unterscheiden sich - außer in ihrer Terminologie und geringerer Differenziertheit - nicht von psychodynamischen An-

sätzen, was ihre Betonung (früh-) kindlicher interaktioneller Erfahrungen für die Entwicklung des Selbst anbelangt (s.a. Coopersmith, 1967). Es werden in ihr lediglich operante Mechanismen expliziter betont und Störungen der Selbstentwicklung nicht näher behandelt.

Für die weitere Entwicklung von Jugendlichen konnten Metzke&Steinhausen (1999) in ihrer bereits erwähnten Kohortenstudie die Relevanz eines vorliegenden positiven Selbstwerts im Sinne eines kompensatorischen Faktors nachweisen. Das heißt, daß in Anwesenheit von Risikovariablen ein vorliegendes gutes Selbstwertgefühl eine protektive Wirkung auf die Entstehung von psychischen Störungen hat (internalisierende und externalisierende Störungen bei Jugendlichen).

In der psychodynamischen Theorie werden klinische Phänomene traditionell stärker in ihrer Entwicklung berücksichtigt und begründet. Daher wird die Darstellung des Modells zur Entstehung von Selbstwertstörungen den psychodynamischen Theorien (s.a. 2.3.1) - wobei die Kompatibilität mit CEST gegeben ist (s. 2.2) - entnommen.

### ***2.3.1 Selbstwertstörung und Affektregulation in der psychodynamischen Konzeption***

Eine der wichtigsten Funktionen des Selbstsystems ist die Aufrechterhaltung eines optimalen Niveaus des Selbstwertgefühls, also die Selbstwertregulation oder auch - in psychoanalytischer Terminologie - der narzißtischen Homöostase. Diese wird auch im nicht-pathologischen Bereich bei einem bereits entwickelten Selbst z.B. durch schmerzhaftes Kränkungen, Mißerfolge oder soziale Ablehnung kurzfristig mehr oder weniger gefährdet. Reaktionen eines kohäsiven Selbst auf Frustrationen lassen sich allerdings bezüglich ihrer Intensität und Dauer von einer *Selbstwertstörung* unterscheiden. Es ist im Unterschied zu einem beeinträchtigtem Selbst davon auszugehen, daß ein stabiles Selbst in der Lage ist, Frustrationen im Alltagsbereich adäquat und ohne gravierende Selbstschädigung oder Schädigung anderer zu kompensieren.

Als Ausgang für die Entwicklung einer Selbstwertstörung bzw. Störung der Selbstregulation werden übereinstimmend traumatische frühe Erfahrungen mit den engen Bezugspersonen des Säuglings bzw. Kindes gesehen. Traumatische Erfahrungen werden hier im Sinne einer mangelnder Einfühlung in die Bedürfnisse des Säuglings bzw. Kindes wie z.B. Reizschutz; spannungsbehebende, beruhigende Befriedigung; adäquate Spiegelung; Möglichkeit der Identifizierung mit den Bezugspersonen und ihrer Idealisierung verstanden, durch die das narzißtische Gleichgewicht gestört wird. Das Kind ist so nicht in der Lage, durch schrittweise Frustrationen die Aufgaben nach und nach intrapsychisch zu übernehmen, die vorher die Bezugsperson übernommen haben (Kohut, 1971; Battegay, 1988; Kernberg, 1975). Stattdessen wird durch z.B. nicht phasenadäquate Frustration, Überstimulation oder Verlust der Beziehungsperson die optimale Verinnerlichung bzw. Internalisierung guter

Beziehungspersonen im Sinne einer versorgenden, affektregulierenden, wertschätzenden Instanz verhindert. Es entfällt so die Etablierung eines „guten Objekts“ als intrapsychische Struktur, der entsprechenden inneren Repräsentanz, die die Voraussetzung für die Entwicklung eines positiven, kohärenten Selbstwertgefühls ist. Die Entwicklung des Selbst oder Selbstwertgefühls bleibt im Sinne eines strukturellen Mangels defizient. Das Selbst, das aufgrund oben genannter Bedingungen nicht „lernen“ konnte, sich *autonom* zu regulieren, bleibt bedürftig, fragil und hochvulnerabel (s.a. Metzke & Steinhausen, 1999). Die Persönlichkeit bleibt von gewissen Objekten bezüglich der Affekt- und Selbstwertregulation pathologisch abhängig (Kohut, 1971; Wilson et al., 1989). Das strukturelle Defizit hat ebenso eine Affektintoleranz zur Folge, da die Kapazität zur Emotionsverarbeitung nur begrenzt zur Verfügung steht und Affekte so eher global-undifferenziert verarbeitet werden (s.a. Levine et al., 1997; Wilson et al., 1989; Krystal, 1998). Es besteht zusätzlich eine Neigung, von negativen Gefühlen überwältigt zu werden (Gunderson, 1984).

Wurmser (1997) definiert zusammenfassend:

*„Narzißmus bezieht sich auf die Besetzung des Selbst mit psychischem Interesse. ... Narzißmus meint daher alles, was sich auf Selbstachtung und Selbstbewertung bezieht, ob hoch oder niedrig. Er kann gesund oder pathologisch sein. ... Folglich sind narzißtische Konflikte solche um Selbstachtung, und Selbstwert, um Macht und Selbstliebe. Archaische narzißtische Konflikte (um die es hier in erster Linie geht) beziehen sich jedoch auf die beiden von Kohut und Kernberg beschriebenen „Strukturen“, auf das grandiose Selbst und das idealisierte Objekt, da diese aus einer Zeit herrühren, in der es noch keine scharfe Trennung zwischen Selbst und Objekt gibt. Sie beeinhalten das Verlangen nach massiver Überbewertung des Selbst und des wesentlichen Mitmenschen, die unvermeidliche Desillusionierung, die darauf folgenden überwältigenden Affekte (Wut, Scham, Neid, Einsamkeit) und die für gewöhnlich primitiven Abwehrformen gegen diese Affekte. Sie enthalten dadurch auch immer Konflikte um Grenzen und Schranken (S.139).“*

Übertragen auf CEST würde eine Selbstwerstörung ein chronisches Ungleichgewicht im erfahrungs - affektbezogenen System im Sinne einer Unterrepräsentanz der Selbstwert-Bedürfnisse bedeuten, und entsprechende dysfunktionale Überzeugungen hervorrufen (s. Tabelle 2) und so eine Psychopathologie, wie z.B. eine Spielsucht, begünstigen. Aus tiefenpsychologischer Sicht wird das o.g. von Wurmser definierte „narzißtische“ Szenario in der Spielhallensituation entpersonifiziert wiederholt und die damit einhergehenden, problematischen Affekte ausagiert (s.a. Voigtel, 1996; Walter, 1997).

Psychosen, Borderline-Störungen, narzißtische Persönlichkeitsstörungen und narzißtische Verhaltensstörungen - hierunter werden nach Kohut (1971) Perversionen, Delinquenz und

Süchte subsumiert - werden in der psychodynamischen Konzeption den Störungen des Selbst bzw. der Selbst- (wert) regulation zugeordnet (s.a. Kohut&Wolf, 1980; Kernberg, 1975, Battegay, 1988). Neuere Längsschnittuntersuchungen (Antezedensbedingungen im Säuglingsalter für die Entstehung von Alkoholismus) scheinen Aspekte der ätiologischen psychodynamischen Formulierungen zumindest für den Bereich der stoffgebundenen Suchtstörungen (s. Goodwin et al., 1999) zu bestätigen. Eine im Vergleich zu Kontrollprobanden reduzierte Fähigkeit unter anderem zur Affektdifferenzierung und -toleranz sowie zur Impulskontrolle bei Opiatabhängigen wurde von Wilson et al. (1989) nachgewiesen. Eine geringere Kapazität zur Emotionsverarbeitung (Emotionserkennung, -differenzierung und

-integration ) an Patienten mit Borderline-Persönlichkeits-Störung im Vergleich zu Kontrollprobanden konnte von Levine et al. (1997) empirisch belegt werden.

Weitere empirische Untersuchungen zu narzißtischen Persönlichkeitsstörungen bestätigen ein signifikant ungünstigeres Selbstwertgefühl im Vergleich zu Kontrollprobanden (Hurlbert et al., 1994) und einen Zusammenhang zwischen Selbstwertinstabilität und emotionaler Labilität bezüglich Alltagserfahrungen (Rhodewalt et al., 1998).

Anmerkung: Grundsätzlich bleibt zum Thema „Narzißmus“ festzuhalten, daß es als vorurteilsüberfrachtet gelten kann (s. z.B. bei Kellermann, 1999). Diese Problematik wurde bereits von Kohut (1993) thematisiert. Seine Ausführungen ermöglichen eine wissenschaftlich-neutrale Annäherung an die sehr komplexe Thematik. Darauf sei an dieser Stelle nur hingewiesen, da die vorliegende Arbeit wiederum nicht die Vorurteile über den Narzißmußbegriff zum Thema hat. Allerdings erscheint es zeitgemäßer, bei dem heutigen Stand der Literatur anstelle von Narzißmus von einer Selbstwertstörung oder einer Selbstwertproblematik zu sprechen. Diese Begrifflichkeit hätte auch den Vorteil, daß sie mit verschiedenen therapeutischen Schulen kompatibel ist.

### **2.3.2 Selbstdiskrepanztheorie und negative Emotionen**

Higgins (1985, 1987, 1989) postuliert in seiner Selbstdiskrepanztheorie (self-discrepancy theory) drei Bereiche des Selbstkonzepts:

- a) das „*actual self*“, d.h. Vorstellungen einer Person darüber, wie sie tatsächlich ist (Selbstbild);
- b) das „*ought self*“, d.h. die von anderen übernommenen Vorstellungen einer Person darüber, wie sie sein sollte (Vergleich des Selbstbildes mit sozialen Normen);
- c) das „*ideal-self*“, d.h. die an den Idealen einer Person orientierten Vorstellungen, darüber, wie sie sein möchte (Idealbild).

Darüberhinaus beschreibt Higgins zwei grundsätzliche Standpunkte des Selbst: den eigenen Standpunkt und denjenigen bedeutsamer anderer (significant others). Die Kombination der drei Bereiche des Selbstkonzepts mit den zwei Standpunkten resultiert in 6 verschiedenen Möglichkeiten, den Zustand des Selbst zu repräsentieren: *actual-own* bzw. *actual-other*; *ought-own* bzw. *ought-other*; *ideal-own* bzw. *ideal-other*.

Nach Higgins konstituiert sich aus den beiden „*actual*“-Repräsentationen das, was gemeinhin als Selbstkonzept bezeichnet wird, während die verbleibenden vier Kombinationen als Leitlinien für das Selbst („*self-guides*“) bezeichnet werden. Es wird eine generelle Motivation im Menschen postuliert, die eigenen Leitlinien bzw. Standards zu realisieren (s.a. Deci&Ryan, 1995).

Die Selbstdiskrepanztheorie thematisiert primär chronische Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept und Leitlinien („*self-guides*“), die je nach Art der Diskrepanz spezifische emotionale Syndrome bzw. Vulnerabilitäten zur Folge haben sollen. Implizit wird davon ausgegangen, daß situationsbedingte Selbstwertverletzungen sich nur vor dem Hintergrund chronischer Diskrepanzen nicht langfristig kompensieren lassen und entsprechende emotionale Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Chronische Diskrepanzen zwischen dem „*actual*“-Selbstkonzept und dem „*ought*“-Konzept führen demnach zu depressionsassoziierten Affekten (z.B. Schuld, Scham), Diskrepanzen zwischen „*actual*“-Konzept und Ideal-Konzept zu agitationsassoziierten Affekten (z.B. Angst, Unruhe). Es wird weiter davon ausgegangen, daß Selbstdiskrepanzen als kognitive Strukturen zu konzeptualisieren sind, die automatisch aktiviert werden, wenn eine einzelne Komponente der Struktur angesprochen wird. Die postulierten Zusammenhänge wurden überprüft und bestätigt (Higgins, 1985, 1987, Higgins et al., 1986). In einer neueren Untersuchung zur Überprüfung der Selbstdiskrepanztheorie (Tangney et al., 1998) konnten die Ergebnisse von Higgins hinsichtlich ihrer Spezifität bezüglich emotionaler Vulnerabilitäten nicht repliziert werden. Tangney et al. (1998) fanden, daß Selbstdiskrepanzen generell und in unspezifischer Art zu negativen Emotionen (Scham, Depression, Angst) in Beziehung stehen.

Für die vorliegende Arbeit ist das mehrfach nachgewiesene Resultat relevant, daß chronische Selbstdiskrepanzen mit einer resultierenden negativen Bilanz für die eigene Person (d.h. negatives Selbstkonzept bzw. Selbstwertgefühl) mit negativen Emotionen wie Scham, Depression und Angst bzw. Unruhe in Beziehung stehen. Das Vorliegen eines negativen Selbstwertgefühls und das Vorliegen negativer Emotionen bzw. affektiver Störungen (Angst, Depression) bei pathologischen Spielern wird in dieser Arbeit vor dem Hintergrund der Selbstdiskrepanztheorie überprüft.

### **2.3.3 Das Escape-Modell**

Eine frühe, praxisorientierte Benennung des Escape-Motivs erfolgte im Kontext von Suchtstörungen von Wurmser (1970):

*„If we try to answer the question: Why do people take drugs? we can say that they either want to escape from or to fight against something, or else they want to search for something else, something new and better. All drug abuse can be explained by this general law of escape and quest, though the emphasis may vary. If we ask our patients what they flee*

*from, they tell us in descending frequency: boredom and a sense of meaninglessness; a lack of identity and a sense of not belonging; anger and guilt; a sense of worthlessness; emptiness and shame; and a general frustration and tension (S.63).“*

Das Escape-Modell von Baumeister (1990, 1991, Heatherton&Baumeister, 1991) basiert auf Arbeiten aus dem Bereich der persönlichkeits- und sozialpsychologischen Forschung, nämlich der Handlungs-Identifikations-Theorie (Vallacher& Wegener, 1985, 1987, zit.n. Baumeister, 1990), Theorien zu Denkebenen (Pennebaker, 1989, zit.n. Baumeister, 1990), der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit (Carver&Scheier, 1981, Duval&Wicklund, 1972,1975, zit.n. Baumeister, 1990; Ingram, 1990; Woody et al., 1997), der Selbstdiskrepanztheorie (s. 2.3.2) und Attributionstheorien (z.B. Seligman, 1975).

Ausgehend von dem Befund, daß die chronische Wahrnehmung von Unzulänglichkeiten der eigenen Person negative bzw. schmerzhaftige Emotionen hervorruft (s. 2.3.2), wird in dem Escape-Modell von Baumeister postuliert, daß aversive Selbstwahrnehmung eine Flucht in einen Zustand der Wahrnehmungseinengung und verringerten Selbstaufmerksamkeit motiviert. Diese Einengung der Sichtweise (nach Baumeister „*kognitive Demontage*“) gewährleistet, daß die aversive Wahrnehmung des Selbst bzw. der Selbstdiskrepanzen und der dazugehörigen, schmerzhaften Emotionen vermindert oder eliminiert wird. Die kognitive Demontage hat jedoch modellgemäß gleichzeitig die Aufhebung der üblichen kognitiven und handlungsbezogenen Kontrollmechanismen zur Folge (Disinhibition, reduzierte Impulskontrolle) und hinterläßt ein „*interpretatorisches Vakuum*“. Die Disinhibition führt auf der Handlungsebene zu Aktivitäten, die durch mangelnde Zukunftsorientierung, Passivität, kurzfristige Orientierung und Suspendierung von Entscheidung und Verantwortung gekennzeichnet sind („*low level action*“). Auf der kognitiven Ebene führt sie zu einem illusionären, irrationalen und rigiden Denkstil („*low level thinking*“). Die demonitierte Antwort auf aversive Selbstwahrnehmung ist das Unvermögen, Kontexte, bedeutsame Interpretationen, Implikationen und damit einhergehende Emotionen wahrzunehmen. Das Ausmaß, zu dem die Flucht vor der Selbstwahrnehmung erreicht und aufrechterhalten wird, ist proportional zu dem eigentlichen Ziel der Flucht - der Vermeidung der damit einhergehenden, schmerzhaften Emotionen - zu sehen. Der Prozeß der Demontage hat die Tendenz, sämtliche Emotionen, also auch positive, zu eliminieren. Schließlich befindet sich eine Person, die den Prozeß der Demontage durchlaufen hat, in einem Zustand, der durch einen generellen Mangel an Emotionen (negativen und positiven: emotionales Vakuum) charakterisiert ist. Ein solcher Zustand der emotionalen Betäubung und verringerter Impulskontrolle erhöht dem Modell zufolge die Wahrscheinlichkeit von parasuizidalen und suizidalen Handlungen (u.a. Drogen - und Alkoholkonsum, s.a. Hull&Young, 1983; Eßanfälle, suizidales Verhalten, s. Baumeister, 1988a, 1988b, 1990, 1991, Heatherton&Baumeister, 1991). Die Gültigkeit einiger Aspekte des Modells konnten über ihre ho-



he intuitive Plausibilität hinaus empirisch bestätigt werden (Reich et al., 1996; Beebe et al., 1995).

#### ***2.3.4 Das Escape-Modell und Pathologisches Spielverhalten - Befunde***

Symptome, wie sie in dem Escape-Modell (s.2.3.3) postuliert werden, wurden verschiedentlich an pathologischen Glücksspielern dokumentiert und untersucht (hier nur exemplarisch zitiert):

**Tabelle 3 Das Escape-Modell und Pathologisches Spielverhalten - Befunde**

<b>Literaturhinweise bzgl. vom Escape-Modell postulierter Symptome</b>	<b>Autoren (exemplarisch) entsprechender Arbeiten zu patholog. Glücksspiel</b>
Wahrnehmungseinengung („tunnel vision“), dissoziatives und ich-fremdes Erleben, Erinnerungslücken	Anderson&Brown (1984), Jacobs (1988), Kofoed et al. (1997), Specker et al. (1995)
Störung der Impulskontrolle bzw. Disinhibition	Dickerson (1994), Specker et al. (1995), Carlton et al. (1995), Steel (1998), Vitaro (1997), Castellani et al. (1995), Blaszczynski et al. (1997, 1999)
Leblosigkeit, Langeweile, reduzierte Emotionalität	Steel et al. (1996), Lumeley&Roby (1995), Carroll et al. (1995), Blaszczynski et al. (1990)
Dysfunktionaler Denkstil: Kontrollillusionen, Omnipotenzideen bzgl. des Spielvorgangs, selektive Wahrnehmung bzgl. der Gewinn- bzw. Verlustrelation incl. Verlustverleugnung, irrationales und magisches Denken, makroanalytisch: „winner-loser“-Dichotomie als generelle Lebenseinstellung, Denkstörungen	Toneatto et al. (1998, 1999), Krampen et al. (1988), Selzer (1992), Griffiths (1990), Toneatto (1999), Rosenthal (1995), Walters (1994), Griffiths (1995), Ladouceur et al. (1988), Gaboury & Ladouceur (1989), Graham (1986) zit.n. Wildman (1996)
Kurzfristige Orientierung der Handlung, „sensation seeking“	Rachlin (1990), Anderson&Brown (1984),
Suspendierung von Verantwortung, („pseudo-responsibility“)	Walters (1994)
Suizidalität	Moran (1970), Schwarz&Lindener (1990), Frank et al. (1991), Nabelek et al.(1997), Bensel (1998)

In der vorliegenden Arbeit werden insbesondere die Aspekte der dysfunktionalen Affektregulation (Affektintoleranz und Alexithymie) an pathologischen Spielern vor dem theoretischen Hintergrund des Escape-Modells und der Selbstdiskrepanztheorie überprüft.

### **2.3.5 Selbstwertinstabilität und Ärger**

Untersuchungen von Greenier et al. (1995) zufolge besteht bei vorliegender Selbstwertproblematik bzw. Selbstwertinstabilität eine erhöhte Ärgerneigung.

Greenier et al. (1995) untersuchten intraindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Variable „Selbstwertinstabilität“. Sie fanden, daß bei Personen, deren Selbstwert bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten ständig auf dem Prüfstand stand (high ego involvement), eine höhere Selbstwertinstabilität vorlag. Das heißt, daß das Selbstwertgefühl dieser Personen in hohem Ausmaß davon abhängig war, ob sie von anderen als fähig oder beliebt eingeschätzt wurden. In Abwesenheit von externer Evaluation war diese Personengruppe verstärkt in interne Selbstbewertungsprozesse eingespannt.

Eine emotionale Labilität bei Personen mit narzißtischer Persönlichkeit (also Personen mit einer chronischen Selbstwertproblematik) in Abhängigkeit von Alltagsereignissen konnte entsprechend von Rhodewalt et al. (1998) belegt werden.

Personen mit hoher Selbstwertinstabilität und einhergehendem „high ego involvement“ sind Untersuchungen von Greenier et al. zufolge besonders vulnerabel für selbstwertbedrohliche Ereignisse, und zeigen als Manifestation einer defensiven Haltung intensivere Ärgerreaktionen. Ärger, Aggression, und Feindseligkeit dienen demnach unter solchen Umständen der Externalisierung und Abwehr negativer selbstbezogener Emotionen und werden defensiv eingesetzt, um einen (vermeintlichen) Gesichtsverlust wiederherzustellen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Kernis et al. (1989).

Neben Angst und Depression (s. 2.3.2) scheinen also noch weitere negative Emotionen mit einem instabilen bzw. negativen Selbstwertgefühl in Beziehung zu stehen. Ob auch bei pathologischen Spielern eine erhöhte Ärgerneigung in Zusammenhang mit einer Selbstwertproblematik vorliegt, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

## **2.4 Konzepte dysfunktionaler Affektregulation: Alexithymie und Affektintoleranz**

### **2.4.1 Die Wahrnehmung von Emotionen**

Emotionalem Erleben gehen Informationsverarbeitungsprozesse voraus: ein Sachverhalt muß zunächst perzipiert werden, damit er psychologisch wirksam werden kann. Diese fast triviale Feststellung hat insofern Bedeutung, als auch emotionalen Erlebnissen die Aufmerksamkeit entzogen werden und anderen Sachverhalten zugewandt werden kann. In einem solchen Fall würden emotionale Ereignisse nicht (als solche) wahrgenommen werden. So sind z.B. emotionale Reaktionen, die im Widerspruch zu den Werthaltungen einer Person stehen, also einen Konflikt erzeugen, fast schon dafür prädestiniert, nicht wahrgenommen zu werden. Aus psychodynamischer Sicht würden sie dann mithilfe der Abwehrmechanismen "verdrängt" und "verleugnet".

Eine weitere Möglichkeit (die auch Konsequenz einer Verdrängung oder Verleugnung sein kann) für eine mangelnde Wahrnehmung von Emotionen besteht in einer stark externalisierten Aufmerksamkeit, die in der Regel mit einer erniedrigten Tendenz zur Selbstaufmerksamkeit und Introspektion einhergeht (Schneider, 1990).

#### **2.4.2 *Affekt und Emotion***

Nach Schneider (1967, zit.n. Herpertz et al., 1998) ist mit Affekt in Abgrenzung zu Emotion und Stimmung "ein reaktives seelisches Gefühl von akutem Charakter" gemeint, und geht mit einem stärkeren Gerichtetsein einher, als eine Emotion oder die noch vagere Stimmung. Mit Herpertz et al. (1998) läßt sich feststellen, daß in der neueren Literatur häufig sprachlich nicht zwischen Emotion und Affekt unterschieden wird, was möglicherweise auf die Verwandtschaft der Begriffe zurückzuführen ist, bzw. versuchte Differenzierungsversuche nicht einheitlich sind. In der experimentellen Psychologie wird der Emotionsbegriff eher bevorzugt, wo er z.B. als eine Handlungsdiposition definiert ist, die in basale Motivationssysteme der Abwehr oder Annäherung eingebettet ist (Lang et al., 1990, zit.n. Herpertz et al., 1998).

Innerhalb der verschiedenen Emotionstheorien, die an dieser Stelle nicht detailliert aufgezählt werden, jedoch entweder mehr kognitiv, neuronal oder psychodynamisch orientiert sind, wird von Mandler (1990) eine konstruktivistisch-subjektive Perspektive vertreten. Mandler unterscheidet hierbei Emotionen von Affekten. Subjektiv erfahrbare emotionale Zustände definiert er als das synchrone Auftreten einer viszeralen Aktivität mit einem kognitiven Bewertungsprozeß. Nach Mandler entspricht die viszerale Aktivität dem quantitativen Aspekt einer Emotion, während die kognitive Bewertung den qualitativen Aspekt darstellt. Hingegen muß nach Mandler affektives Verhalten, das beobachtbar ist, nicht zwingend ein Emotionserleben beeinhalteln (Mandler, 1990, 1992). Hier wird eine mögliche Dissoziation zwischen Affekten und emotionalem Erleben angesprochen. Im folgenden soll der Begriff *Affekt* im Sinne von Mandler und Schneider verwendet werden.

#### **2.4.3 *Affektregulation***

Auf die enge Verzahnung von Selbstwertgefühl und Affekt als Komponenten der Selbstregulation wurde bereits von Kernberg (1975) hingewiesen. Für die weiteren Ausführungen wird der Begriff Affektregulation als Aspekt des übergeordneten Begriffs Selbstregulation (s.a. Wilson et al., 1989; Labouvie-Vief et al., 1989; s.a. 2.3) mit Westen (1998) wie folgt definiert:

„I will use the term *affect regulation*, or *affect regulation strategies*, to refer to conscious and unconscious procedures used to maximize pleasant and minimize unpleasant emotions. By this definition, *affect regulation* is purposive. It is aimed a goal: *managing affect*. (S.395).“

#### **2.4.4 Alexithymie**

Mit Alexithymie (*griechisch = keine Worte für Gefühle*) wird seit Sifneos & Nemiah (1970, Sifneos, 1973) in Anlehnung an die französische psychosomatische Schule (Marty & M'Uzan, 1963) ein kognitiv-affektives Syndrom beschrieben, das durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und beschreiben;
- Schwierigkeiten, emotional bedingtes autonomes Arousal als solches zu erkennen und Gefühle körperlich zu lokalisieren;
- external und mechanistisch orientierter Denstil, der wenig Verbindung zu imaginativen Prozessen (Phantasiearmut) und affektiven Komponenten aufweist (*„pensée opératoire“*);
- hohes Ausmaß an sozialer Konformität und externaler Orientierung (*„Pseudonormalität“*);
- empathieärmer, reduplikativer Beziehungsmodus (*„relation blanche“*) (s.a. Sifneos, 1973, 1996; Taylor et al., 1984, 1985, 1997; Franz et al., 1996; Schaible, 1997).

Das Konzept der Alexithymie wurde u.a. von Ahrens (1987) hinsichtlich seiner Ätiologie (Konflikt, Defizit, Reaktion, neuronaler interhemisphärischer Transferdefekt), Konstruktvalidität und Spezifität für psychosomatische Störungen kritisch diskutiert. Ahrens betrachtete alexithyme Merkmale als ausschließlich situativ bedingt.

Auf psychometrischer Ebene sind alexithyme Charakteristika inzwischen für verschiedene klinische Populationen nachgewiesen worden, so z.B. für Alkoholismus (Kauhanen et al., 1992), Eßstörungen (Jimerson, 1994), somatoforme Störungen (Shipko, 1982), Persönlichkeitsstörungen (Bach, 1994) oder Posttraumatische Belastungsstörungen (Fukunishi et al., 1994). Für posttraumatische Belastungsstörungen sind alexithymie Merkmale als Reaktion im Sinne einer sekundären Alexithymie auf das traumatisierende Ereignis bekannt (s. z.B. Wise, 1990). Hinweise für das Vorliegen einer Alexithymie bei psychosomatischen Patienten auf psychophysiologischer Ebene finden sich bei Franz et al. (1996). Zur Stabilität von alexithymen Charakteristika liegt die Untersuchung von Martinez-Sanchez et al. (1998) vor.

Basierend auf weiteren empirischen Befunden wird in neueren Ansätzen ein ätiologischer Ansatz vertreten, der auf der Grundlage elaborierter entwicklungspsychologischer Erkenntnisse bezüglich der emotionalen Entwicklung und Affektregulation (z.B. Lane & Schwartz, 1987; Emde, 1984, 1988 a, 1988b, zit.n. Taylor et al., 1997, s.a. 2.3.1) ein komplexes multikausales Modell (s. o.g. ätiologische Bedingungen) postuliert (s. Taylor et al., 1997):

Alexithymie wird hier als entwicklungspsychologisch bedingtes, situationsübergreifendes Defizit (*trait*) in der kognitiven Verarbeitung von Emotionen konzeptualisiert, woraus eine unzureichende Affektregulation resultiert. Chronisch dysregulierte Affekte wiederum begünstigen dem Ansatz zufolge sowohl psychosomatische als auch psychische Störungen.

#### **2.4.5 Affektintoleranz**

Affektive Dysregulation unter dem Aspekt der Affektintoleranz und damit einhergehender Emotionsvermeidung ist einerseits traditionell in der psychodynamischen Konzeption der Sucht (sog. *Reizschutzhypothese*, s. Wurmser, 1972, Raskin, 1970, zit.n. Feuerlein, 1980) und ihrer empirischen Erforschung (z.B. Wilson et al., 1989), in der empirischen Forschung zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Levine, 1997) und innerhalb der Psychosomatik (z.B. Krystal, 1998) thematisiert worden. Ebenso ist dieses Konstrukt andererseits in der Verhaltenstherapie und Erforschung der Angststörungen („Angst vor der Angst“, s. z.B. Margraf & Ehlers, 1994; Williams, Chambless & Ahrens, 1997) oder als Angst vor Traurigkeit (Taylor & Rachman, 1991, 1992) untersucht worden. In einer Untersuchung von Taylor & Rachman (1992) konnte belegt werden, daß die Variablen „Angst vor Angst“ und „Angst vor Traurigkeit“ auf unterschiedlichen Faktoren laden und nicht von anderen Angstkategorien subsumiert werden.

Eine prägnante Definition der Affektintoleranz findet sich bei Krystal (1998):

*Nach Krystal läßt sich Affektintoleranz als reduzierte Fähigkeit verstehen, mit den Reaktionen auf eine Emotion umzugehen und die Emotion zu bewahren. Menschen, die Affekte schwer tolerieren, erleben demnach insbesondere die körperlichen Auswirkungen einer Emotion als unerträglich und belastend und versuchen daher, diese auf jede erdenkliche Art abzublocken (übers.v.d. Verf.).*

Krystal zufolge ist diese Personengruppe neben psychosomatischen Störungen besonders anfällig für die Entwicklung einer Sucht: „*These individuals tend to develop the world's spectrum of addictions*“ (S. 306).

Eine Affektintoleranz im Sinne einer Vermeidung von Emotionen ist an pathologischen Spielern nach Wissen der Autorin bisher nicht empirisch untersucht worden.

## 2.5 Pathologisches Glücksspiel

### 2.5.1 Definition und Prävalenz

Nach der WHO (1992) wird pathologisches Glücksspiel ähnlich wie im DSM-IV (APA, 1994) als Störung der Impulskontrolle wie folgt beschrieben:

*„Die Störung besteht in häufig wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.*

*Die hierfür auch verwendete Bezeichnung „zwanghaftes“ Glücksspiel ist weniger zutreffend, denn das Verhalten ist weder im engeren Sinne zwanghaft noch steht es mit der Zwangsneurose in Beziehung. ICD-10, S. 237-238).“*

Differentialdiagnostische Hinweise bezüglich einer Zwangsstörung entfallen im DSM-IV. Die DSM-IV-Kriterien sind implizit eher an Störungen des Substanzmißbrauchs orientiert (s.a. Blaszczyński, 1999) und es wird im DSM-IV zusätzlich auf emotionale Störungen (Dysphorie, Angst, Depression, Schuldgefühle) hingewiesen.

Laut Meyer&Bachmann (2000) gibt es bislang keine verlässlichen Angaben zur Prävalenz des pathologischen Glücksspiels für die Bundesrepublik Deutschland. Derartige Schätzungen liegen den Autoren zufolge vor allem aus Ländern des angelsächsischen Sprachraums vor, wobei die meisten Erhebungen anhand der „South Oaks Gambling Screen“ erfolgten. Dem DSM-IV zufolge legen die wenigen vorhandenen Daten nahe, daß die Prävalenz des pathologischen Spielens in der Erwachsenenbevölkerung bei 1-3% liegt, d.h. nach Bühringer (1992, zit.n. Meyer&Bachmann, 1993), daß die Betroffenen 5 Stunden und mehr pro Woche vor dem Spielautomaten verbringen. In wie weit die Daten aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum auf die BRD übertragbar sind, ist bisher nicht befriedigend überprüft worden.

Nach Witt (1995) gehören ca. 93% aller pathologischen Glücksspieler dem männlichen Geschlecht an. Einer Untersuchung von Bühringer&Türk (1997, zit.n. Meyer&Bachmann, 2000) zufolge entspricht das Frauen-Männer-Verhältnis in bezug auf das pathologische Glücksspiel 1:10 in den neuen und 1:4 in den alten Bundesländern. Wahrscheinlich ist von einer hohen Dunkelziffer weiblicher Spieler aufgrund einer stärkeren Stigmatisierung von Spielerinnen auszugehen, da Glücksspiele u.a. mit „männlichen“ Attributen wie Risiko-

freude und Machtstreben assoziiert sind und traditionell als „Domäne des Mannes“ betrachtet werden (s. Meyer&Bachmann, 2000). Sozialpsychologisch orientiert stellt Rost in diesem Zusammenhang (1990) fest: *"Für nicht wenige Spieler sind die Automaten so etwas wie 'das letzte Abenteuer'. Sie aktivieren in hohem Maße, führen zu einer großen Erwartungsspannung und zur Erregung, die als starker Reiz und Nervenkitzel, oft als eine Art von Angstlust erlebt werden. Der männliche Kampfgeist wird herausgefordert. Der Automat wird phantasiert als starker Gegner, den es zu besiegen, über den es Macht zu gewinnen gilt. ... Der Kampfplatz des Mannes ist der Automat im Spielsalon, und der Ausgang dieses Kampfes steht immer von vorneherein fest: seine Niederlage (S. 213)."*

## **2.5.2 Das Suchtmodell**

### *2.5.2.1 Suchtdefinitionen und konzeptionelles Chaos*

An dieser Stelle sei zunächst einmal vorweggeschickt, daß - trotz verschiedener vorliegender Modelle - letztlich (noch) keine verbindliche Definition der Sucht existiert. Eine empirische Validierung der vorliegenden theoretischen Modelle zur Sucht steht zum großen Teil aus.

Shaffer (1997) stellt dementsprechend fest, daß das wichtigste ungelöste Problem innerhalb der Suchtforschung das konzeptionelle Chaos sei: da die Substanzabhängigkeit keine notwendige Voraussetzung für Sucht darstelle (s.a. 2.5.2.3), seien weitere als an Substanzabhängigkeit orientierte Operationalisierungen der Sucht vonnöten. Sowohl bei Wissenschaftlerinnen als auch bei Therapeuten läge eine gewisse Unsicherheit vor, was genau unter „Sucht“ zu verstehen sei. Ohne eine klare Definition bzw. Arbeitshypothese der Sucht aber sei es einerseits für Wissenschaftlerinnen schwierig, ätiologische Bedingungen, Prävalenzraten oder therapeutische Wirkvariablen zu bestimmen. Für Therapeuten wird es dem Autor zufolge ohne vorliegende Arbeitshypothese schwierig sein, Diagnostik und Therapie aufeinander abzustimmen und zuverlässige Outcome-Variablen zu benennen. Durch das Fehlen einer Arbeitsdefinition sei es auf der gesundheitspolitischen Ebene schwierig, angemessene Leitlinien für den Umgang mit der Sucht zu erarbeiten. Nicht zuletzt spiegelt sich das konzeptionelle Chaos in den Patienten und Patientinnen wieder: für sie bliebe undurchschaubar, ob es sich bei einem entsprechenden Verhaltensmuster um eine Gewohnheit, Leidenschaft, eine Obsession, einen Zwang oder eine Sucht - bzw. Abhängigkeitsproblematik handle. Aufgrund dieser Verunsicherung würde eine Behandlung oftmals nicht in Anspruch genommen.

Schließlich zentriere sich das aktuelle konzeptionelle Chaos um die Klärung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede – falls letztere existieren sollten - zwischen Tätigkeits- und



Substanzsüchten. Präzise und klar operationalisierte Ursachen- und Behandlungskonzepte, die für Forschungszwecke replizierbar sein sollten, wären ein Schritt aus der Konfusion.

#### 2.5.2.2 *Das psychodynamisch orientierte Suchtmodell*

Lürßen (1980) unterscheidet unter den Entstehungsbedingungen der Sucht drei Problemkreise:

1. die Droge mit ihren Eigenschaften und der Art ihrer Anwendung;
2. das Milieu und soziokulturelle Faktoren;
3. die Persönlichkeit des bzw. der Süchtigen.

Der dritte Problemkreis, die Persönlichkeit des bzw. der Süchtigen, wird im psychodynamisch orientierten Suchtmodell besonders fokussiert. Dabei führt die Anwendung selbst- bzw. ich-psychologischer Konzepte auf Suchterkrankungen zu der Annahme, daß Personen, die ein Suchtverhalten aufweisen, durch früh gestörte Objektbeziehungen ichstrukturelle Defizite und Störungen des Selbstgefühls beeinträchtigt sind (s. 2.3). Aus psychodynamischer Sicht ist hierbei nicht der Drogen- oder Alkoholkonsum bzw. eine exzessive Tätigkeit das Entscheidende, sondern die innere Problematik des Süchtigen: „*Ursprung und Wesen der Sucht werden also nicht durch die chemische Wirkung der Rauschmittel bestimmt, sondern durch die seelische Struktur eines Patienten. Die prämorbidie Persönlichkeit entscheidet...*“ (Fenichel, 1979, S. 259, zit.n. Lürßen, 1980).“ Pointiert kommt diese Einstellung auch in dem Buchtitel „*Drugs don't take people, people take drugs*“ von Wieder&Kaplan (zit.n. Wurmser, 1997) zum Ausdruck.

Die Sucht dient dem Modell zufolge dazu, eine artifizielle Ich-Funktion herzustellen („*Plombe im Selbst*“), um das Ich gegen nicht bewältigbare Emotionen zu schützen (s. 2.3.1). Der Suchtmittelgebrauch wird somit als Selbstheilungsversuch betrachtet, der zur Wiederherstellung einer gestörten Selbstwertregulation führen soll (Büchner, 1993, zit.n. Petry, 1996). Als „*narzißtische Reparatur*“ wird das pathologische Glücksspielverhalten u.a. auch von Schütte (1987) und Walter (1997) konzeptualisiert.

In seinem triadischen Bedingungsgefüge der Glücksspielsucht faßt Petry (1996) die Ergebnisse des auf die Tiefenstruktur konzentrierten psychodynamischen und des auf die Oberflächenstruktur des gerichteten suchtherapeutischen Ansatzes unter pragmatischen Gesichtspunkten zusammen. Im Hinblick auf die sogenannte „Sucht-Neurose“-Kontroverse hinsichtlich pathologischen Spielverhaltens ist nach Petry bei Vorliegen der drei Strukturmerkmale: *Erregungs- und Gefühlsdysregulation, Selbstwertproblematik und Bindungsstörung* das problematische Verhalten als Ausdruck einer Sucht anzusehen. Süchtiges Verhalten wird dabei als zielgerichtete Bewältigungsreaktion verstanden, die im Sinne einer gescheiterten Problemlösestrategie langfristig zu Defiziten in der Handlungsregulation führt. Im Gegensatz zu Zwangskranken erleben demnach Süchtige ihren Drang nicht als ich-

dyston oder leiden unter der Sinnlosigkeit ihres Verhaltens. Nach Petry suchen pathologische Spieler ähnlich wie Alkoholiker die Betäubung von negativen Gefühlen, um der Realität zu entfliehen und leiden dabei unter einem „*Nicht-Aufhören-Können*“. Nach Pongratz (1986 zit.n. Wanke, 1987) werden in der Sucht im Unterschied zur Neurose Belastungen und Konflikte durch euphorisches Verhalten vorübergehend notgelöst.

Als suchtzentral wird die das problematische Verhalten begleitende intensive psychophysiologische Reaktion (Erregung, Entspannung) gesehen. Eine progressiv verlaufende psychophysiologische Fehlregulation kann dem Modell zufolge das Suchtverhalten im Sinne eines Teufelskreises stabilisieren.

#### *2.5.2.3 Sucht und stoffungebundene oder psychische Abhängigkeit in lerntheoretisch-behavioristischer Konzeption*

Bei dem progredienten Konsum von pharmakologisch wirksamen Substanzen mit Suchtpotential wird zwischen **physischer und psychischer Abhängigkeit** unterschieden. Während körperliche Abhängigkeit (einschließlich Toleranzentwicklung und Entzugssyndrom) als physiologischer Prozeß definiert ist, mit dem der Körper auf bestimmte Drogen reagiert, bezeichnet man das ungezwingbare Verlangen (Craving, Suchthunger, Suchtdruck) nach ständig wiederholter Einnahme der Droge, um einen lustvollen bzw. positiven Zustand zu erreichen und Unlustgefühle zu vermeiden als psychische Abhängigkeit (s. Davison&Neale, 1991, Bühringer, 1990). Zur Veranschaulichung der lerntheoretischen Konzeption von Sucht soll hier das Schema von Wikler's Zwei-Stadien-Modell der konditionieren Abhängigkeit angeführt werden. Innerhalb dieses Modells werden Drogenkonsumenten als aktive, selbstbestimmte Individuen gesehen, die nicht einfach nur Opfer von Lebensbedingungen oder Konditionierungen sind. Problematisch an dieser Sichtweise ist, daß u.a. entwicklungspsychologisch bedingte Prädispositionen für die Entwicklung einer Suchtstörung nicht berücksichtigt werden (s.2.3, 2.3.1). Es ist davon auszugehen, daß eine derartige Prädisposition eine Selbstbestimmung über den Konsum von Drogen oder die süchtige Ausführung von Tätigkeiten passager behindern kann.

Dem Modell zufolge wird eine Sucht über klassische Konditionierung erworben, bevor sie durch operante Konditionierung aufrechterhalten wird.

### **Definition 1: Wikler's 2-Stadien Modell konditionierter Abhängigkeit**

#### ***Stadium 1: Erwerb (Klassische Konditionierung)***

1. Konditionierter Stimulus (CS, z.B. Umgebung, Arbeit, Gedanken, Gefühle)
2. Unkonditionierter Stimulus (UCS, z.B. Droge, Alkohol)
3. Unkonditionierte Reaktion (UCR, z.B. Euphorie, Rausch, Beruhigung)
4. Toleranzentwicklung, d.h. UCS löst UCR nicht mehr aus

#### ***Stadium 2: Aufrechterhaltung (Operante Konditionierung)***

1. Entzugssyndrom (d.h. unangenehme Effekte, wenn Droge nicht verfügbar)
2. Anwendung der Droge (sogenanntes „hochschießen“)
3. Negative Verstärkung (d.h. heißt Beendigung des Entzugssyndroms durch erneuten Konsum)

(nach Shaffer&Schneider, 1985)

Neueren Untersuchungen zufolge sind die Kriterien körperlicher Abhängigkeit (Toleranzentwicklung und Entzugssyndrom) nicht mehr unbedingt als suchtzentral zu betrachten. Schuckit et al. (1999) identifizierten bei Abhängigen (Marijuana, Kokain, Amphetamine, Opiate) Subgruppen, die weder Toleranzentwicklung noch Entzugssymptome aufweisen. Das heißt, daß bei einigen Drogen (u.a. LSD, Haschisch) keine körperliche Abhängigkeit eintritt. Das Verlangen, den Konsum fortzusetzen, sei dennoch sehr stark und nicht mehr steuerbar (s. z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren, 1998). Zu entsprechenden Ergebnissen kamen Schuckit et al. (1998) darüberhinaus auch bei Drogen, bei denen eine physische Abhängigkeit eintritt: 48,7% der untersuchten 3395 Alkoholikern berichteten nicht über Toleranzentwicklung und bzw. oder Entzugerscheinungen.

Eine physische Komponente scheint demnach für eine Sucht bei Drogen bzw. Alkohol, bei denen eine physische Abhängigkeit eintritt, nach aktuellen Erkenntnissen nicht mehr essentiell, allerdings weist sie, wenn vorhanden, zusätzlich auf die Schwere der Störung hin. Anders formuliert: Sucht beginnt entsprechend dem Modell von Wikler, bevor sich ihr physiologisches Korrelat manifestiert (s. Stadium 1), d.h. durch die Wirkung der Droge operant aufrechterhalten wird (s. Stadium 2). Diese und andere Resultate innerhalb der aktuellen Suchtforschung machen eine Revision traditioneller, medizinischer Konzepte und biologistisch-wissenschaftlicher Mythen über Suchtstörungen erforderlich, dergestalt, daß die Relevanz der psychischen Abhängigkeit als ursächlicher und aufrechterhaltender Faktor für Suchtstörungen deutlicher herausgestellt wird. Im Vergleich zu z.B. dramatischer erscheinenden körperlichen Entzugerscheinungen stellt sich die - nicht minder wirksame - psychische Abhängigkeit subtiler dar, so daß sie gerade aus organmedizinischer Sicht weniger Berücksichtigung findet und häufig völlig übersehen wird.

Im Kontext der Thematisierung exzessiv betriebener Aktivitäten als sogenannte Tätigkeits-süchte (z.B. Kaufen, Glücksspiel, Essen, Sport, Sex, Internet-surfen etc., z.B. Peele, 1975, 1985; Jensen, 1987; Gross, 1991; Rahman, 1994; Young, 1996) ist von Jacobs (1986) ein Modell der psychischen Abhängigkeit entwickelt worden. Demnach kann stoffungebunde-ne Sucht bzw. psychische Abhängigkeit als überdauerndes Verhaltensmuster definiert wer-den, das durch folgende Merkmale charakterisiert ist:

**Definition 2: Kriterien psychischer Abhängigkeit nach Jacobs (1986)**

1. Wunsch oder Drang eine Aktivität zu wiederholen, der mit Kontrollverlust verbunden ist;
2. Tendenz zur Erhöhung des Umfangs der Aktivität;
3. Psychische Abhängigkeit von den angenehmen Effekten der Aktivität, d.h. von C+;
4. schädigende Auswirkungen auf das Individuum und die Gesellschaft .

Der Vorteil dieses Modells liegt nach Walker (1989) darin, daß zunächst unabhängig von einer ideologischen Debatte überprüft werden kann, ob ein potentiell, zu untersuchendes Verhalten überhaupt auf die genannten Kriterien zutrifft. Weitere Vorteile sind darin zu sehen, daß durch die Aufnahme des Kriteriums des Kontrollverlustes kein externer Beobachter über die Pathologie des Verhaltens entscheidet, sondern das involvierte Individuum selbst zu einer Beurteilung kommt. Dieser Aspekt wird u.a. unter systemischer Perspektive relevant. Gleichzeitig läßt sich mit der Aufnahme der Kriterien 3 und 4 das Problemverhalten von anderen Störungen, z.B. von Zwangsstörungen oder von unproblematischen Gewohnheiten bzw. „Leidenschaften“ abgrenzen.

Grundsätzlich läßt sich konstatieren, daß der Bereich exzessiv betriebener Verhaltenswei-sen in seinem Spektrum empirisch wenig beforscht ist.

Auf selbstkonzeptrelevante Aspekte bei Tätigkeits-süchten oder nach Wilson-Schaef (1989) und Shaffer (1997) „*Prozeßabhängigkeiten*“ wird immer wieder hingewiesen. In einer Untersuchung zu Sportabhängigkeit und psychischen Entzugserscheinungen (Rahman, 1994) wurde an hochaktiven Freizeitsportlern eine signifikante Verschlechterung eines Aspektes des Körper-Selbstkonzepts in einer Sport-Deprivationsphase gefunden, jedoch keine psychischen Entzugserscheinungen im Sinne einer Dysphorie.

*2.5.2.4 Kombination lerntheoretischer und psychodynamischer Gesichtspunkte*

Folgendermaßen ließe sich eine Kombination von lerntheoretischen und psychodynami-schen Gesichtspunkten konzeptualisieren:

Unter Einschluß psychodynamischer Überlegungen (s. 2.5.2.2) werden im Abhängigkeits-modell persönlichkeitsbedingte aversive Antezedenzen vermieden. Dies wird durch die Wirkung einer Droge oder Aktivität erzielt, die lerntheoretisch gesehen positive und nega-tive Verstärkerwirkung (C+, "C– gestrichen") hat. Der Abhängigkeitsaspekt besteht darin,

daß das Individuum auf die Droge oder das Verhalten als affekt- und selbstregulatorische Instanz angewiesen ist, da zunächst (u.a. aufgrund von entwicklungspsychologischen Bedingungen) keine inneren Strategien zur Verfügung stehen. Die „Problemlösung Droge“ wird dann durch die Wirkung der Droge verstärkt und in der Regel langfristig aufrechterhalten.

### **2.5.3 Das Neurosenmodell**

Im Neurosenmodell (Klepsch et al. 1989, Hand, 1992, 1998) wird die Symptomebene pathologischen Spielverhaltens fokussiert und argumentiert, daß exzessives Spielen und Zwangserkrankungen (s. 2.5.3, 2.5.3.1) beobachtbare Parallelen wie z.B. den Wiederholungszwang aufweisen. Exzessiv betriebenes Glücksspiel wird hier als Eskalation einer sonst sozial akzeptierten Verhaltensweise betrachtet (Hand & v. Schinckel, 1998). Eine ätiologische Ebene bleibt unbenannt.

Die Funktionalität des pathologischen Spielverhaltens steht im Mittelpunkt der Argumentation (sog. „*Negative-State-Modell*“). So dient demnach das Problemverhalten der Ablenkung von situationsbedingter Depressivität aufgrund sozialer Schwierigkeiten, der Kompensation von sozialen Ängsten und Defiziten, der Regulation eines Nähe-Distanz-Konfliktes oder dem Ausdruck des Protestes gegen Kontrolle durch nahestehende Personen: „*Pathologisches Spielverhalten entwickelt sich ... bei Menschen, die ihre gesamte Lebensführung als überwiegend aversiv und von negativen Gefühlen (Angst, Depression, Schuldgefühle etc.) geprägt ansehen, und die diesem Negativzustand (C-) in die Schein- und Traumwelt (Trugwelt?) des Spielmilieus und -Geräte ausweichen und sich dort von sich selbst ablenken. (S. 106, Hand, 1992)*“. Pathologisches Glücksspiel wird als Symptom einer fehlerhaften Lebensführung gesehen. Innerhalb dieser aversiven Lebensführung soll das pathologische Glücksspiel in verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischer Terminologie als entlastend im Sinne einer negativen Verstärkung wirken: für den Moment des Spiels sind aversive Reize ausgeschaltet. Das empirisch unüberprüfte *Negative-State-Modell* (Hand, 1998) geht also von situationsabhängigen negativen emotionalen Zuständen gegebenenfalls einhergehend mit einer „*co-abhängigen*“ Paarbeziehungskonstellation bei pathologischen Glücksspielern aus, die das Glücksspielverhalten provozieren sollen: "*The woman is the cogambler (the "woman who loves too much"), while the man behaves in the typical "loner-desporado cowboy" fashion (S.64, Hand, 1998)*". Die Zuordnung des pathologischen Glücksspiels zu den Suchtstörungen, die angesichts der von Hand verwendeten Terminologie durchaus konsequent wäre, wird innerhalb dieser Konzeption abgelehnt, da davon ausgegangen wird, daß die Übernahme des Suchtkrankheitsbegriffs ein biologisch verkürztes Krankheitsverständnis impliziert: "*The addiction model claims the presence of a genetically determined impulse to engage in the behavior, as well as a*

*withdrawal state both leading to reduced self-control and free will. The neurosis model posits the occurrence of an unbearable NEST (negative state, Anm. der Verf.) resulting from environmental distress and coping deficits, as well as from other problems (including psychiatric disorders) in the person (S.63, 64, Hand, 1998)."* Innerhalb des Neurosenmodells wird das therapeutische Ziel der Selbstkontrolle des exzessiven Verhaltens propagiert: *"Das klassische Suchtmodell mit seinem imperativen Abstinenzgebot, wie es etwa von den Anonymen Alkoholikern vertreten wird, ist - zumindest bei einem Allgemeingültigkeitsanspruch - auf viele Verhaltensexzesse nicht anwendbar, da es zum Tode des Individuums (z.B. Eßsucht), der Spezies (z.B. Sexsucht) oder der Gesellschaft führen würde (Hand, 1997, S. 182)."*

Bereits Schütte (1987) kommentierte das "Neurosen-Modell" von Hand kritisch, indem er feststellte, daß die beschriebenen funktionalen Aufgaben des Glücksspiels für sich nicht ausschließlich die klinische Diagnose einer Neurose begründen.

Zudem stellen sie, insbesondere auch was die von Hand beschriebene häufig typisch suchtspezifische Paarbeziehungskonstellation anbelangt, eine innerhalb der Suchtforschung und -therapie bekannte Tatsache dar.

#### *2.5.3.1 Exkurs: Zwangsspektrumsstörungen (ZSS) und Pathologisches Glücksspiel*

Da pathologisches Glücksspiel von einigen Autoren (z.B. Hollander et al., 1995, 1997; Hand, 1997) auch den sogenannten Zwangsspektrumsstörungen (ZSS) zugeordnet wird, soll an dieser Stelle der Stand der Forschung zu ZSS unter besonderer Berücksichtigung des pathologischen Glücksspiels skizziert werden.

Nach Hollander werden unter ZSS folgende Störungen subsumiert: Anorexia Nervosa, Binge Eating, Soziopathie, Autismus, Körperdysmorphie Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, wahnhafte Zwangsstörung (delusional obsessive-compulsive disorder), Depersonalisationsstörung, Epilepsie, Huntington'sche Erkrankung, Hypochondrie, Kleptomanie, zwanghafte Schizophrenie (obsessional schizophrenia), pathologisches Spielen, schizotypische Zwangsstörung, sexuelle Zwänge, selbstverletzendes Verhalten, Sydenham-Chorea, Trichotillomanie und das Tourette-Syndrom (Hollander&Wong, 1995; Hollander& Benzaquen, 1997).

Hollander schlägt vor, sich oben genannte Störungen als entlang eines dimensionalen Kontinuums angeordnet vorzustellen: an dem einen Ende befände sich der Pol "Zwanghaftigkeit" bzw. "Risikovermeidung", an dem anderen "Impulsivität" bzw. "Risikofreude". In pharmakologischen Untersuchungen konnte Hollander zeigen, daß sowohl Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (am impulsiven Ende) als auch mit klassischen Zwangsstörungen, Anorexia Nervosa und dem Tourette-Syndrom (am zwanghaften Ende) eine Reagibilität auf m-Chlorphenylpiperyazin (Wirkung auf das serotonerge System) zei-

gen (s. Hollander, 1995 et al.). Er meint daraus schließen zu können: „*Thus , ICD's and OCD may be seen as lying at the opposite ends of a spectrum based on serotonergic regulation and assessment of risk (Hollander, 1998, S.76).*“

An pathologischen Spielern (n=10, davon 3 non-responder) wurde in diesem Kontext bisher eine empirisch-pharmakologische Studie durchgeführt (Hollander, 1998).

In einer weiteren Untersuchung von Blaszczynski (1999) zum Thema Pathologisches Spielen und Zwangs(spektrum)störungen wurden an den Spielern (n=40) Depressionswerte im klinisch relevanten Bereich und im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhte Gesamtwerte in dem Padua-Inventar zu Zwangsstörungen (Padua Inventory) gefunden. Diese Erhöhung war in erster Linie auf signifikante Unterschiede bezüglich der Faktoren 1 und 4 („impaired control over mental activities“; „worries of losing control over motor behaviours“, s.a. 2.3.4) zurückzuführen. Dieses Ergebnis spricht dem Autor zufolge für das Vorliegen einer Störung der Impulskontrolle. Die Unterschiede zwischen den Faktoren 2 und 3 („fear of becoming contaminated“; „checking behaviors“) waren demgegenüber deutlich geringer. Blaszczynski schließt daraus, daß die Resultate zunächst augenscheinlich (bezüglich des Gesamtwertes) die Hypothese, pathologisches Spielen weise Charakteristika einer Zwangsstörung auf, bestätigen. Allerdings beziehen sich nach Blaszczynski diese Gruppenunterschiede nicht auf die Kernmerkmale der jeweiligen Störungen: es sei weiterhin zu überprüfen, ob die Resultate nicht vielleicht ein Artefakt der Sekundärproblematik (Faktoren 1 und 4 könnten z.B. auch Symptome einer erhöhten Depressivität aufgrund von Verschuldung sein) darstellen, die durch das pathologische Spielen bedingt ist.

Kritisch ist die Anwendung des Begriffs ZSS auf pathologisches Glücksspiel auch aus lerntheoretischer Sicht: nach Maze (zit.n.Walker, 1989) werden Zwangsstörungen aufrechterhalten, um negative Konsequenzen zu vermeiden (z.B. Furcht vor Kontamination bei unzureichender Säuberung, daher werden exzessive Reinigungsrituale aufrechterhalten). Diese Kontingenzen lassen sich nicht ohne weiteres auf pathologisches Glücksspielverhalten übertragen. Hier werden nicht negative Konsequenzen vermieden, sondern aversive Antezedensbedingungen (s. 2.3.3, 2.5.2.2). Zusätzlich wird beim pathologischen Glücksspiel ein positiver Zustand angestrebt (z.B. der Geldgewinn, der „kick“ oder „high“-Gefühle), dieser entfällt bei der Zwangsstörung. Hier werden auf kognitiver Ebene erfreuliche Ereignisse antizipiert - dort unerfreuliche (s.a. Beck et al., 1997).

Problematisch erscheint generell die bisher nicht hinreichend explizierte Systematik, anhand derer Störungen den ZSS zugeordnet bzw. nicht zugeordnet werden (z.B. Suchtstörungen). So wird die Bulimie bei Yaryura-Tobias & Neziroglu (1997) unter dem Aspekt der ZSS erörtert, taucht jedoch nicht in der Aufzählung von Hollander auf.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß eine theoretische Klärung des hypothetischen Konstrukts ZSS, die theoriegeleitete Explikation des Zusammenhanges mit „klassischen“

Zwangsstörungen nach DSM-IV oder ICD-10, die Entwicklung eines ätiologischen Modells und die theoriegeleitete empirische Überprüfung der Zugehörigkeit der einzelnen oben genannten Störungen zu ZSS noch ausstehen. Diese Aspekte bleiben bisher auch bei weiteren ZSS-Autoren (z.B. Yaryura-Tobias&Neziroglu, 1997, Hand, 1997) offen.

Zum derzeitigen Stand der Forschung zu ZSS scheint es adäquat mit Zohar (1997) bei der Feststellung zu bleiben, daß eine Reihe von psychischen Störungen Zwangssymptomatiken aufweisen (z.B. Schizophrenie, Autismus, Soziopathie, Suchtstörungen), ohne daß primär auch in Hinblick auf eine *differenzierte* psychotherapeutische Indikation eine Zwangsstörung zu diagnostizieren ist. Dies entspricht dem nosologischen Grundsatz, daß ein Symptom alleine noch kein Syndrom oder eine Krankheitsentität konstituiert.

#### **2.5.4 Das "Nivellierungsmodell"**

Bühringer& Türk (2000) vertreten in ihrer jüngsten Veröffentlichung eine Art "Zwischenposition" - in der vorliegenden Arbeit etwas provokativ als Nivellierungsmodell bezeichnet - , indem aus den Ergebnissen von ca. 50 von den Autoren durchgeführten empirischen Untersuchungen geschlossen wird, daß weder das Suchtmodell noch das Neurosenmodell Gültigkeitsanspruch erheben kann. Zum Inhalt der von den Autoren angeführten Untersuchungen läßt sich festhalten, daß sich 26 Studien dieser Studien auf die Untersuchung der Prävalenz ausgewählter Parameter des Spielverhaltens beziehen, wie Spielerfahrung oder Spieldauer. Weitere 12 aufgeführte Untersuchungen beziehen sich auf die Frequentierung von Personen mit Spielproblemen in therapeutischen Einrichtungen. Weitere 2 Längsschnittstudien erfassen Veränderungen im jährlichen Abstand in bezug auf die Entwicklung des pathologischen Glücksspiels bei Vielspielern. Zusammenfassend läßt sich also zum Inhalt der Untersuchungen sagen, daß sie im wesentlichen die Erfassung von deskriptiven, Merkmalen zum Ziel hatten.

Im Nivellierungsmodell wird versucht zu argumentieren, daß der empirisch orientierte Versuch einer nosologischen Einordnung des pathologischen Glücksspiels sowohl unmöglich als auch irrelevant sei:

- *"These 1: Die Gültigkeit des Suchtkonzepts oder eines anderen Konzepts für die Entstehung und Aufrechterhaltung pathologischen Glücksspiels kann empirisch nicht entschieden werden, sondern ist eine Frage der Konvention als Folge eines Prozesses der Konsensbildung (S.56)."*
- *"These 2: Die Entscheidung für das Sucht- oder ein anderes Konzept hat, zumindest nach dem heutigen Stand der Forschung, weder gesundheits- und rechtspolitische noch therapeutische Konsequenzen (S. 57)."*



Hierzu wäre anzumerken, daß - da die von den Autoren aufgelisteten Untersuchungen zumindest nicht ersichtlich dazu konzipiert waren, Daten zu erheben, die sich explizit auf eine Gültigkeitsüberprüfung des Sucht- oder Neurosenmodells pathologischen Spielverhaltens beziehen - auch keine Ergebnisse zu erwarten sind, die eine Annäherung an die Klärung dieser Fragestellung erlauben. Die verallgemeinernde Schlußfolgerung und Prognose der Autoren, daß sich die Sucht-Neurose-Kontroverse grundsätzlich einer empirischen Untersuchung entzöge, basiert also auf Untersuchungsdesigns, die für diese Fragestellung nicht zielführend sind. Angesichts der von den Autoren angeführten Untersuchungsdesigns wäre es umgekehrt erstaunlich, könnte anhand der von ihnen eruierten Ergebnisse eine Aussage in bezug auf die genannte Fragestellung gemacht werden.

Weiterhin wäre kritisch anzumerken, daß die Einnahme einer (zumindest scheinbar) indifferenten Haltung angesichts der unter 2.5.1. erörterten ohnehin schon vorliegenden konzeptionellen Unklarheit, unter der insbesondere die Betroffenen leiden, als problematisch zu bewerten ist. Insgesamt ist daher der in These 1 und 2 zum Ausdruck kommende empirische Pessimismus und seine Konsequenzen für die Praxis in Frage zu stellen (s.a. 6.1.1, 6.1.2).

### ***2.5.5 Selbstwertstörung und Pathologisches Glücksspiel***

Nach Bense (1998) zeigt sich eine Selbstwertstörung bei pathologischen Glückspielern in geringem Selbstvertrauen, einer ablehnenden Haltung der eigenen Person gegenüber, selbstabwertenden Kognitionen, selbstschädigendem Verhalten, Insuffizienzerleben, depressiver Befindlichkeit, Anspannung, Unzufriedenheit und Schuldgefühlen. Eine Selbstwertproblematik bei pathologischen Spielern wird hier als tiefsitzende Grundhaltung verstanden, die einer wie auch immer gearteten Kompensation bedarf. Ergänzend soll hier unter anderem in Anlehnung an Denzin (1987) und Kernberg (1998) angefügt werden, daß das Charakteristikum einer Selbstwertproblematik in bezug auf die Affekte nicht in einer permanent negativen Affektlage besteht, sondern eher in einer Oszillation zwischen

- passageren positiven Gefühlen kompensatorisch überhöhten Selbstwerts (hypomani-sche Phasen bis hin zur Manie),
- zugrundeliegenden negativen Gefühlen von Selbstablehnung bzw. Ärger oder Verzweiflung und
- emotionaler Leere bzw. Anhedonie (s.a. 2.3.3, 2.4.5) besteht.

Die Unfähigkeit, eine eher positiv getönte, gleichzeitig realitätsbezogene Bewertung des Selbst langfristig aufrechtzuerhalten ist hier als kennzeichnend zu betrachten.

Obwohl ein geringes Selbstwertgefühl von verschiedenen Autoren (z.B. Petry, 1996; Walters, 1994; Jacobs, 1988; Custer&Milt, 1985) als die Störung zentral mitbedingende und aufrechterhaltende Variable betrachtet wird, liegen nach Wissen der Autorin mit Bense (1998) und Petry (1998) nur zwei empirische Untersuchungen zur Selbstwertproblematik an pathologischen Spielern vor. Anhand der ESA (Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung) zeigte sich bei 29 stationär behandelten pathologischen Glücksspielern im Vergleich zur Normalstichprobe ein signifikant geringerer Selbstwert, wobei der Mittelwert der Patienten noch unterhalb des Wertes der Depressiven-Stichprobe lag (Bense, 1998). Petry (1998) fand in seiner Studie, daß 4/5 einer Stichprobe pathologischer Glücksspieler (n = 48) hinter einer Fassade von Selbstsicherheit und Abwehrmechanismen eine narzißtische Störung und einhergehend ein geringes Selbstwertgefühl aufwiesen (*s.2.3.3 zu implizitem und explizitem Selbstwertgefühl, s. 2.2 zu defensivem Selbstwertgefühl*).

### **2.5.6 Pathologisches Glücksspiel, affektive Dysregulation und Alexithymie**

Eine Gefühlsdysregulation bei pathologischen Spielern wird in einem heuristischen Modell der individuellen Vulnerabilität zur Glücksspielsucht von Petry (1996; s.a.2.5.2) postuliert. Eine empirische Untersuchung zur Affektdysregulation bei pathologischen Spielern unter dem Aspekt der Alexithymie liegt bislang lediglich von Lumeley&Roby (1995) vor. Sie fanden eine signifikant höhere Rate psychometrisch erhobener alexithymer Charakteristika (TAS) bei pathologischen Spielern im Vergleich zur Kontrollgruppe und diskutieren den Befund als Risikofaktor für die Entwicklung pathologischen Spielens: undifferenzierte Affekte werden über exzessives Spielen reguliert. Sie schlußfolgern weiter: eine vorliegende Alexithymie könnte demzufolge über einen external orientierten Denkstil dazu führen, daß interne affektive Zustände nicht wahrgenommen und deshalb nicht adäquat reguliert werden. Über diese Studie hinaus ist nach Wissen der Autorin eine Affektdysregulation an pathologischen Spielern auf empirischer Basis bisher nicht explizit untersucht worden.

### **2.5.7 Pathologisches Glücksspiel und negativer Affekt: Depression, Angst und Ärger**

Über eine negative Affektivität im Sinne von Angst und Depression ist an pathologischen Glücksspielern in der Literatur verschiedentlich berichtet worden. Exemplarisch werden an dieser Stelle Studien zitiert, die auf einer empirischen Grundlage basieren.

Im Vergleich zu anderen, somatischen Patienten fanden Blaszczyński et al. (1990) pathologischen Glücksspielern eine erhöhte Rate depressiver Werte (BDI, s. 3.5.5) und Langeweile. Eine klinisch relevante Erhöhung der BDI-Werte konnte auch in einer neueren Untersuchung des Autors (BDI-Wert=21) an pathologischen Glücksspielern in Behandlung (n=40) gefunden werden (Blaszczyński, 1999). Pathologisches Glücksspielverhalten wird in diesem Zusammenhang im Einklang mit den Hypothesen der vorliegenden Arbeit als fehlge-

leitete Copingstrategie bezüglich des Umgangs mit diesen Gefühlen interpretiert. Darüberhinaus konnten signifikant erhöhte Depressionswerte anhand des SCL an pathologischen Spielern gefunden werden (Blaszczynski et al., 1988). Von Glen (Glen, 1979, in Gaski, 1987, zit.n. Wildman, 1997) wurde gefunden, daß der häufigste Subtyp der pathologischen Glücksspieler durch Angst und Depression bei zugrundeliegender schizoider Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet ist. Taber et al. (1987, zit.n. Wildman, 1997) setzten Depression und Angst bei pathologischen Glücksspielern zu belastenden Lebensereignissen und einem vermeidendem Persönlichkeitsstil in Beziehung.

Neben der Studie von Glen wurde von Steven (zit.n. Wildman, 1996) ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Ängstlichkeit und dem Drang zum Spielen gefunden.

13% der untersuchten Glücksspieler zeigten in der Studie von Graham et al. (1996, zit.n. Wildman, 1997) das MMPI-Profil einer angstgetriebenen, neurotischen Persönlichkeit. Zimmerman et al. (1985, zit.n. Wildman, 1997) legten pathologischen Glücksspielern das „Inventory of Gambling Behavior“ vor und fanden, daß der signifikanteste, dem Problemverhalten zugrundeliegende Faktor in neurotischer Angst und Fehlanpassung besteht.

Zu dem Bereich *pathologisches Glücksspiel und Ärger* liegen in der Glücksspielforschung nach Wissen der Autorin keine Untersuchungen vor. Der Ärgeraspekt wird als eine weitere Variante gegebenfalls selbstwertbedingter negativer Affektivität neben Angst und Depression für die vorliegende Untersuchung relevant (s. 2.3.5).

### **2.5.8 Pathologisches Glücksspiel und positiver Affekt**

Dieser Bereich wurde nach Wissen der Autorin bisher nicht explizit untersucht. Isen et al. (Isen, 1983, 1987, 1988, zit. n. Wildman, 1997) schließen jedoch aus einer Reihe von Untersuchungen, daß zufriedene Menschen ihren positiven oder zumindest neutralen affektiven Zustand nicht durch hohe Einsätze in Glücksspielsituationen, also potentiellen Verlustsituationen, „auf's Spiel setzen“ würden.

Hypomanische Phasen bei pathologischen Spielern (38% bei einem n = 50), die unter anderem durch kompensatorisch überhöhte positiv-euphorische Gefühle gekennzeichnet sind (s.a. Meyer & Bachmann, 2000), sind von McCormick et al. (1984) gefunden worden.

### **2.5.9 Untersuchungen zur Komorbidität**

Nach Wissen der Autorin liegen zur Komorbidität bei pathologischen Glücksspielern sowohl im deutschen als auch angloamerikanischen Sprachraum einige wenige Untersuchungen vor. So konnte Kröber (1991) bei 48 Glücksspielern an der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg folgende Problembereiche eingruppiieren:

- depressive Störungen,
- dissoziale Entwicklungen,

- kritische Entwicklungen bei Persönlichkeitsstörungen, vor allem bei narzißtischen Persönlichkeiten,
- hirnorganische Beeinträchtigungen mit deutlicher Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz.

Schürgers&Haustein (1988) untersuchten psychoanalytische Aspekte des süchtigen bzw. exzessiven Automatenspiels und kamen in diesem Zusammenhang zu folgender Einteilung:

1. Spieler mit schweren ich-strukturellen Defiziten mit früher Störung der Persönlichkeitsentwicklung,
2. exzessives und ruinöses Spielen als Konfliktlösungsversuch bei Spielern mit einer neurotischen Problematik,
3. Spieler, die im Rahmen einer kurzfristigen Krise oder schwierigen persönlichen Situation exzessive Spielphasen haben.

In einer Untersuchung an Glücksspielern aus Selbsthilfegruppen (n=437) klassifizierte Meyer (1991) mittels Clusteranalyse fünf, voneinander abgrenzbare, homogene Subgruppen, deren Unterschiede sich hauptsächlich auf psychologische Variablen beziehen. Hierbei stellten die Spieler der Cluster 1 und 2 zusammen die größte Subgruppe (n=189) dar:

1. Pathologische Automatenspieler mit emotional labiler, depressiv-aggressiver Persönlichkeitsstruktur,
2. Pathologische Automatenspieler mit emotional labiler, depressiver Persönlichkeitsstruktur,
3. Pathologische Automatenspieler ohne Persönlichkeitsauffälligkeiten,
4. Pathologische Spieler klassischer Glücksspiele mit unauffälliger Persönlichkeitsstruktur,
5. Subjektiv belastete Geldautomatenspieler.

Kröber (1996) faßt die bisherigen Klassifikationsversuche folgendermaßen zusammen: *"Es erweist sich, daß tendenziell immer wieder die gleichen Untergruppen beschrieben werden, wobei in Abhängigkeit von der besonderen Klientel einzelne Untergruppen stärker sichtbar werden. Bei den Populationen an einer psychiatrischen Klinik finden sich verständlicherweise häufiger Spieler, bei denen Spielen Symptom einer psychischen Krankheit ist, bei den großen Erhebungen - zumal in Selbsthilfegruppen - häufiger Spieler, die sich als unauffällig darstellen und diesbezüglich auch nicht intensiver untersucht wurden. Offenbar gibt es aber eine Übergangsreihe von prädominanter Bedeutung akuter, externer, Belastungsfaktoren (Anpassungsstörung) zu einer Prädominanz interner, psychischer und Persönlichkeitsfaktoren (schwere Persönlichkeitsstörung, psychische Krankheit). Die dissozialen Entwicklungen liegen dazwischen (S. 404)."*

Unterschiedliche strukturierte diagnostische Interviews zur Untersuchung von psychischen Störungen bei pathologischen Glücksspielern kamen nach Wissen der Autorin in bisher 4 Studien zur Anwendung (s. Tabelle 4). Zum Teil beschränkte sich die Anwendung der strukturierten Interviews auf bestimmte Störungsbereiche (s. Linden et al., 1986). Bezüglich der affektiven Störungen läßt sich der in Tabelle 3 genannten Untersuchungen zufolge sagen, daß von einer hohen Prävalenz vor allem bezüglich schwerer depressiver Episoden (35-76%); in etwas geringerem Maße von bipolaren Störungen (6-24%) und einer hypomanischen Störung (38%) auszugehen ist. Zu Angststörungen bei pathologischen Glücksspielern diagnostiziert durch ein standardisiertes klinisches Interview liegen die Untersuchungen von Specker et al. (SCID-P, SCID-II) und Black et al. (Diagnostic Interview Schedule for DSM-III-Disorders) vor. Hier wurde im Vergleich zu Kontrollprobanden eine hohe Prävalenz von Angststörungen (37,5% bzw. 40%) gefunden. Das Vorliegen psychischer und substanzinduzierter Störungen wird von Specker et al. generell als mögliches Risiko für die zusätzliche Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens diskutiert. Bezüglich des Zeitpunkts des Auftretens der komorbiden Beeinträchtigungen konnte von Specker et al. festgestellt werden, daß die Mehrzahl der affektiven Störungen vor dem problematischen Spielverhalten auftrat. In einer Untersuchung von Rupcich et al. (1997) wurden umgekehrt bei Alkoholikern komorbid hohe Raten pathologischen Glücksspiels gefunden. Generell läßt sich beobachten, daß das pathologische Glücksspiel häufig mit substanzbezogenen Süchten, insbesondere Alkoholismus, assoziiert ist.

Die Relevanz von Achse-I-Störungen zur Beschreibung von pathologischen Glücksspielern wird kontrovers diskutiert. In einer Untersuchung von pathologischen Glücksspielern (n = 20) von Hand & v.Schinckel (1998) in der das auch für nicht-klinische Populationen entwickelte Osnabrücker Persönlichkeitsinventar und ein von Damasio (1994) für neurologische Patienten konzipiertes Glücksspielexperiment, jedoch keine Achse-I-Diagnostik zur Anwendung kam, zeigten die Ergebnisse keine Unterschiede zwischen Glücksspielern und Kontrollgruppe. Sie schließen daraus, daß durch ihre Ergebnisse die Vermutung unterstützt wird, daß das auf Achse-I operationalisierte Störungsverhalten die entsprechende Population nicht adäquat definiert.

**Tabelle 4 Untersuchungen zur Komorbidität an Pathologischen Glücksspielern**

<b>Autoren</b>	<b>Anzahl (n)</b>	<b>Untersuchungsmethode</b>	<b>Befunde</b>
<b>McCormick et al. (1984)</b>	50	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia	76% Schwere Depressive Störung 38% Hypomanische Störung 36% Drogen- bzw. Alkoholabusus 8% Manische Störung 6% Bipolare Störung 2% Schizoaffektive Störung
<b>Linden et al. (1986)</b>	25	Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID-P)	72 % Schwere depressive Episode 52% Bipolare Störung 28% Angststörungen
<b>Specker et al. (1996)</b>	40	SCID-P, SCID-II	Lifetime (Current)-Achse-I-Diagnose: 77.5% (37,5%) Affektive Störung 60% (7,5%) Substanzabusus 37,5% (22,5%) Angststörungen Achse-II-Diagnosen: 25% Persönlichkeitsstörungen
<b>Black et al. (1998)</b>	30	Schedule for DSM-III-Disorders; Personality Diagnostic Questionnaire-IV	Lifetime-Achse-I-Diagnose: 60% Affektive Störungen 64% Substanzabusus 40% Angststörungen Achse-II-Diagnostik: 87% Persönlichkeitsstörungen

Affektive Störungen finden in der vorliegenden Arbeit ebenso wie Angststörungen besondere Berücksichtigung, da angenommen wird, daß sie möglicherweise als Eskalation affektiver Dysregulation mit einer Selbstwertproblematik in Zusammenhang stehen.

## **2.6 Offene Fragen zum Stand der Forschung**

Die Befundlage zu den Bereichen Selbstwert und Affektregulation bzw. affektive Störungen bei pathologischem Glücksspiel wurde in den vorigen Ausführungen ausführlich dargestellt. Es läßt sich feststellen, daß sich der Datenbestand zu oben genannten Themen auf wenige empirische Untersuchungen beläuft. Für die vorliegende Untersuchung stellt sich

also zunächst die Frage, ob sich die bisherigen Befunde in ihrer Gesamtheit an der vorliegenden Stichprobe pathologischer Glücksspieler replizieren lassen.

Die zentralen Fragestellungen der Arbeit haben demgegenüber hauptsächlich Erkundungscharakter:

Sämtliche oben genannten Themenbereiche sind bisher nur isoliert voneinander untersucht worden. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Bereichen Selbstwertproblematik, negative Affektivität (bzw. Affektlabilität) und Affektintoleranz, wie sie sich aus oben dargelegten Theorien ableiten lassen, sind bisher noch nicht an pathologischen Glücksspielern überprüft worden. In der vorliegenden Untersuchung soll daher zentral überprüft werden, ob sich Annahmen über Zusammenhänge zwischen negativem Selbstwertgefühl und negativer Affektivität bzw. Affektdysregulation bzw. affektiven Störungen (Achse-I) bei pathologischen Glücksspielern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe empirisch niederschlagen. Für dieses Anliegen wird in einem ersten Schritt überprüft, ob eine Selbstwertproblematik vorliegt und in einem zweiten Schritt, ob diese mit einer eventuell parallel vorliegenden negativen Affektivität, Affektdysregulation (Alexithymie) und kompensatorisch überhöhter positiver Affektivität im Vergleich zu der Kontrollgruppe in Zusammenhang zu bringen ist. Darüberhinaus liegen keine Daten zu dem Bereich Affektintoleranz bzw. Affektvermeidung als weiterer Möglichkeit affektiver Dysregulation über eine von Lumeley&Roby (1995) untersuchte Alexithymie hinaus bei pathologischen Glücksspielern vor. In der vorliegenden Arbeit wird daher in einem dritten Schritt versucht, den Bereich der Affektdysregulation bei pathologischen Spielern durch die zusätzliche Untersuchung der Affektintoleranz zu präzisieren.

Schließlich stellt sich viertens die zu überprüfende Frage, ob eine Bestätigung der oben genannten Hypothesen zusätzlich mit einer erhöhten Achse-I-Komorbidität bei pathologischen Glücksspielern einhergeht (s. 2.2.2, 2.5.9).

Unter Bezugnahme auf die Selbstdiskrepanztheorie (s. 2.3.2), das Escape-Modell (s. 2.3.3) und CEST (s. 2.2) ergeben sich folgende spezifische Hypothesen:

### ***2.6.1 Spezifische Hypothesenformulierung der vorliegenden Untersuchung***

1. Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich von den Kontrollprobanden durch eine vorliegende Selbstwertproblematik im Sinne eines signifikant negativeren Selbstkonzepts.
2. Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden in ihrem Ausmaß erlebter negativer Affektivität.
  - a) Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Depressivität.
  - b) Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Angst (trait- und state- Angst, Achse-I-Angststörungen).

- c) Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Ärgerwerte.
  - d) Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden hinsichtlich kompensatorisch überhöhter, positiver Emotionen (Manie, bipolare Störung).
3. Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von gesunden Kontrollprobanden durch dysfunktionale Affektregulation.
- a) Pathologische Spieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden durch erhöhte Alexithymiewerte.
  - b) Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von Kontrollprobanden durch eine signifikant höhere Affektintoleranz im Sinne einer Angst vor dem Verlust von Kontrolle über verschiedene Emotionen (Angst, Ärger, Depression, positive Gefühle).
4. Es existiert ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstwertproblematik, negativer Affektivität und Affektdysregulation bei pathologischen Glücksspielern.
5. Aufgrund der Annahme einer affektiver Dysregulation in Zusammenhang mit einer Selbstwertstörung besteht bei pathologischen Glücksspielern im Vergleich zu den Kontrollprobanden eine signifikant höhere Achse-I-Komorbidität v.a. in Hinblick auf affektive Störungen (s. 2.5.9).



### **3 Methode**

#### **3.1 Beschreibung der Ein- und Ausschlußkriterien**

*Ausschlußkriterien für beide Untersuchungsgruppen:*

- Eine psychotische oder schwerwiegende körperliche Erkrankung.
- Probanden im Alter unter 20 Jahren.
- Weibliches Geschlecht.

*Ausschlußkriterium für die Kontrollgruppe:*

- Teilnahme an Glücksspielen häufiger als einmal im Monat.

*Einschlußkriterium für die Gruppe der pathologischen Glücksspieler:*

- Mindestpunktzahl von 16 Wertpunkten im Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (Petry&Bauling, 1996, s. 3.5.8) als diagnostisches Kriterium für das Vorliegen einer klinisch relevanten, behandlungsbedürftigen Glücksspielproblematik.

#### **3.2 Rahmenbedingungen der Untersuchung**

Die Rekrutierung der pathologischen Spieler erfolgte hauptsächlich durch Zeitungsaufrufe in gängigen Hamburger Tageszeitungen (n=26). Einige Spieler konnten durch direkte Ansprache in Hamburger Spielhallen für die Untersuchung gewonnen werden (n=4). Durch Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen war die zusätzliche Rekrutierung von einigen Spielern möglich (n=2). Von den insgesamt 32 rekrutierten Spielern wurden 4 aufgrund der definierten Ausschlußkriterien (s. 3.1) von der Untersuchung ausgeschlossen.

Die Rekrutierung einiger weniger Kontrollprobanden erfolgte durch Aushänge am Psychologischen Institut. Weiterhin wurde das Projekt in Hauptvorlesungen anderer Fachbereiche kurz vorgestellt. Freiwillige Interessenten verschiedener Fachbereiche konnten sich auf einer Teilnehmerliste eintragen. Aus dieser Gruppe rekrutierte sich der größte Anteil der Kontrollprobanden. Um entsprechend der Spieler-Stichprobe eine Teilnahme von nicht-akademischen und älteren Probanden zu gewährleisten, wurden zusätzlich Bedienstete der Universität rekrutiert. Einige Praktikantinnen und Praktikanten, die der Autorin bei der Durchführung des Experiments assistierten, steuerten freundlicherweise über ihren Bekanntenkreis nicht-akademische männliche Probanden bei. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von Juni 1998 bis März 1999.

Die Untersuchung fand im psychophysiologischen Labor und weiteren Räumen des Psychologischen Instituts der Universität Hamburg statt. Das zusätzlich mit den Teilnehmern der Untersuchung durchgeführte psychophysiologische Experiment wird im Rahmen dieser Arbeit nicht dokumentiert.

Mit den Teilnehmern beider Gruppen wurde nach Abschluß des Experiments ein strukturiertes, klinisches Interview zur Achse-I-Diagnostik (DIPS, s. 3.5.1) durchgeführt. Anschließend wurden die Probanden angeleitet, die Testdiagnostik zu bearbeiten. Die Teilnehmer der Gruppe der pathologischen Glücksspieler wurden danach hinsichtlich ihres Problemverhaltens exploriert und erhielten daraufhin auf Wunsch Informationen über die DIPS-Resultate und Behandlungsmöglichkeiten.

### **3.3 Statistik**

Zunächst wurde die Hypothese normalverteilter Daten mittels des Kolmogorov-Smirnov Einstichproben tests und der Potenzmomente Schiefe und Kurtosis überprüft (s. Tabelle 8). Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mittels des t-Tests für unabhängige Stichproben evaluiert, wobei Varianzhomogenitäten (Test von Levene) durch eine Anpassung der Anzahl der Freiheitsgrade bei der Interpretation berücksichtigt wurden. Es wurde grundsätzlich eine einseitige t-Test-Überprüfung durchgeführt, da a priori gerichtete Gruppenunterschiede angenommen wurden. Nach Bortz (1993) erhöht sich mit ansteigender Anzahl der Untertests zur Überprüfung einer Hypothese die Irrtumswahrscheinlichkeit. Daher wurde eine Adjustierung zur Verringerung des  $\alpha$ -Fehlers vorgenommen. Hierbei wurde aufgrund der vorliegenden Hypothesenformulierung nicht der Scheffé -Test durchgeführt, der zur Verringerung der Irrtumswahrscheinlichkeit bei ungerichteten Hypothesen zur a posteriori Überprüfung vorgesehen ist (s. Bortz, 1993), sondern die Bonferroni-Korrektur. Um die Möglichkeit des Fehlers erster Art zu minimieren, wurde in der vorliegenden Untersuchung – wie in Bortz (1993) beschrieben - das Signifikanzniveau pro Test der Anzahl der Subtests angepaßt, das heißt mit der Anzahl der Untertests multipliziert.

Es bleibt zum Verfahren des t-Tests grundsätzlich anzumerken, daß der t-Test laut Bortz (1993) insbesondere bei gleichgroßen, normalverteilten Stichproben gegenüber Verletzungen der Varianzhomogenitätsvoraussetzungen und der Normalitätsvoraussetzung relativ robust ist.

Mittelwertsunterschiede bei den Kategorialdaten (DIPS-Diagnostik) wurden mittels des exakten Fisher-Tests überprüft. Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den kontinuierlich gemessenen Daten wurden die Produkt-Moment Interkorrelationen zwischen ihnen berechnet und einer Hauptkomponentenanalyse (z.B. Pawlik, 1974; Jolliffe, 1986) unterworfen. Eigenvektoren mit Eigenwerten  $> 1$  wurden extrahiert, normalisiert und zur Erleichterung ihrer Interpretation 'varimax'-rotiert (Kaiser, 1958). Mittels der Regressionsmethode wurden dann die Meßwerte der einzelnen Probanden auf den extrahierten Hauptkomponenten geschätzt. Unterschiede in den Hauptkomponentenscores zwischen den Gruppen wurden sodann mittels des t-Tests für unabhängige Stichproben bestimmt. Die

durchgeführte Faktorenanalyse beinhaltet so einen multivariaten Mittelwertsvergleich, wobei die Variablengruppierung durch die Hauptkomponentenanalyse vorgegeben wurde. Die Fähigkeit der gemessenen Variablen zwischen beiden Gruppen zu trennen und Gruppenzugehörigkeit vorherzusagen, wurde mit einer schrittweisen linearen Diskriminanzanalyse bestimmt, wobei die Kovarianzmatrix innerhalb der Gruppen zur Klassifikation herangezogen wurde. Als Kriterium zur Inkludierung einer Variable wurde Wilks-Lambda benutzt.

Als Signifikanzniveau gilt:  $p^* \leq 0.05$ ;  $p^{**} \leq 0.01$ . Für den t-Test gelten die pro Test jeweils adjustierten Signifikanzniveaus (s. die entsprechenden Tabellen).

Sämtliche Rechnungen wurden unter Verwendung des Programmpaketes „Statistical Package for the Social Sciences“, Version 9 (SPSS Inc, 1999) durchgeführt.

### 3.4 Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer

#### 3.4.1 Soziodemographische Daten

Das durchschnittliche Alter der ausschließlich männlichen Kontrollgruppe beträgt 29,71 Jahre, das der Spielergruppe 33,46 Jahre. In beiden Gruppen überwiegen die Teilnehmer mit gymnasialer Schulbildung. Die Anzahl der Teilnehmer mit Realschulabschluß ist in beiden Gruppen gleich. Zahlenmäßig überwiegt in der Kontrollgruppe der Anteil der Teilnehmer mit Abitur mit einem  $n = 4$ . In der Spielergruppe überwiegt die Anzahl der Teilnehmer mit Hauptschulabschluß mit einem  $n = 4$ .

**Tabelle 5 Alter, Schulbildung und Geschlecht der Probanden**

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>Path. Spieler</b>	<b>Kontrolle</b>
<i>Geschlecht</i>	männlich (n)	28	28
	weiblich (n)	0	0
<i>Alter</i>	Min	23	22
	Max	54	48
	M±SD	33,46±6,5	29,71±6,22
<i>Schulbildung</i>	Hauptschule(n)	35,71% (10)	21,43% (6)
	Realschule (n)	21,43% (6)	21,43% (6)
	Gymnasium (n)	42,86% (12)	57,14% (16)

### 3.4.2 Merkmale der Gruppe der pathologischen Glücksspieler

#### 3.4.2.1 Ausprägung des pathologischen Glücksspiels

Der durchschnittlich von den Glücksspielern erzielte Wert im KFG betrug 31 und liegt damit nach den Auswertungsrichtlinien des KFG (cut-off-Wert = 16) deutlich in dem Bereich einer klinisch relevanten Glücksspielproblematik (s. 3.5.8). Die untersuchten Glücksspieler haben im Durchschnitt knapp 16 Jahre lang an Glücksspielen teilgenommen.

**Tabelle 6 Ergebnisse des KFG und Chronizität des Glücksspiels**

<b>Gruppe: Spieler (n=28)</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Kurzfragebogen Glücksspielverhalten</i>	16	60	31,03 (10.48)
<i>Chronizität des Glücksspiels (in Jahren)</i>	6	41	15.76

#### 3.4.2.2 Art des Glücksspielverhaltens

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer der Glücksspielgruppe präferierten das Spiel an Glücksspielautomaten mit Gewinn - und Verlustmöglichkeit (60,71%). Ca. 1/3 der Teilnehmer legten sich nicht auf eine Art des Glücksspiels fest, sondern nahmen an fast allen verfügbaren Glücksspielen teil (28.57%). Der kleinste Anteil der Teilnehmer der pathologischen Spieler (10,71%) spielte ausschließlich Roulette.

**Tabelle 7 Häufigkeitsverteilung der Glücksspielarten**

<i>Gruppe der Spieler (Total n=28)</i>		
<i>Art des Spiels</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Prozentsatz</i>
Automaten	17	60,7%
Roulette	3	10,7%
Diverses (Automaten, Roulette, Karten, Pferdewetten, Würfel, Lotto etc.)	8	28,6%

## 3.5 Erhebungsinstrumente

### 3.5.1 Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)

Das für den Gebrauch von DIPS-trainierten Klinikern bestimmte DIPS (Margraf, Schneider&Ehlers, 1991) erfasst in Form eines vollstrukturierten, standardisierten klinischen Interviews folgende DSM-III-R Störungskategorien anhand der DSM-III-R-Kriterien: alle Angststörungen (incl. Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung), schweres depressives Syndrom, dysthymes Syndrom, Cyclothymes Syndrom, bipolare Störung, Anore-

xia nervosa, Bulimia nervosa und alle somatoformen Störungen. Es enthält einen allgemein klinisch-demographischen Teil und Screenings für Alkohol- und Drogenmißbrauch, körperliche Krankheiten, nicht-organische Psychosen, Tabak-und Koffein-Konsum sowie für Medikamentengebrauch. Der Auswertungsschlüssel ist wiederum eng an die DSM-III-R Diagnosekriterien gebunden, so daß eine standardisierte Operationalisierung der einzelnen Störungen gegeben ist.

Insgesamt zeigte das DIPS in zahlreichen Untersuchungen zur Reliabilität und Validität gute Werte bezüglich der einzelnen Störungskategorien auch an „schwierigen“ klinischen Populationen (s. Manual von Margraf et al., 1991).

### **3.5.2 Frankfurter Selbstkonzeptskalen**

Das von Deusinger entwickelte Frankfurter Selbstkonzeptinventar (FSKN, Deusinger, 1986) basiert auf dem Selbstkonzeptbegriff der sozialpsychologischen Einstellungsforschung. Die Einstellungen sich selbst gegenüber (auch im Sinne eines Selbstbildes) schließen demnach Kognitionen, Verhalten und Emotionen ein. Mit der spezifischen „Ich-Nähe“, die die Einstellungen zur eigenen Person charakterisieren, wird eine besondere emotionale Beteiligung der Person verknüpft. So wird gefolgert: „Selbstkonzepte gehören zu den Einstellungen der Person, bei denen die emotionale Komponente eine hervorragende Bedeutung gewinnen kann“ (Deusinger, 1986, S12 ; s.a. 2.2 , 2.3.2, 2.3.3).

Die Anwendung des FSKN wird für Diagnostik im klinischen Bereich, Therapieindikation und Effizienzkontrolle empfohlen.

Der FSKN setzt sich aus 10 Skalen mit insgesamt 78 Items zusammen, in denen auf einer 6-stufigen Rating-Skala Selbstbeschreibungen angeboten werden. Die 10 Skalen bilden vier übergeordnete Bereiche des Selbstkonzepts nach:

- der Leistungsbereich (Unterskalen: Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit (FSAL), Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (FSAP), Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE);
- Bereich der allgemeinen Selbstwertschätzung (Unterskala: Selbstkonzept der allgemeinen Selbstwertschätzung (FSSW);
- Bereich Stimmung und Sensibilität (Unterskala: Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG);
- der psychosoziale Bereich (Unterskalen: Selbstkonzept der eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (FSST), Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU), Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere (FSWA), Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA), Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA).

Zu den 3 Strukturmerkmalen von Selbstkonzepten gelten nach Deusinger folgende Annahmen bezüglich:

1. der Richtung der jeweiligen Einstellung zur eigenen Person und die Valenz der damit einhergehenden Emotion (positiv - negativ): hierbei weist ein negatives Selbsterleben auf psychische Instabilität bzw. Störungen; ein positives Selbsterleben auf psychische Stabilität (Ich-Stärke) hin.
2. des Grades der Ausprägung und damit verbunden die Intensität der jeweiligen Einstellung der eigenen Person gegenüber: je ausgeprägter die Richtung der Einstellung, um so ausgeprägter ist das Gefühl, das mit der jeweiligen Aussage assoziiert wird.
3. der Zentralität der einzelnen Selbstkonzepte: darunter wird der Grad der Assoziation (bestimmt durch Interkorrelation) eines Selbstkonzepts mit allen anderen Selbstkonzepten des Systems verstanden. Ein Selbstkonzept ist umso zentraler, je höher das Selbstkonzept mit dem Gesamtkonzept (Summen-Score) korreliert, das aus allen übrigen differenzierten Selbstkonzepten gebildet wird. Das Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit, das Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung und zum eigenen Selbstwert werden von Deusinger a priori als zentral festgelegt.

Gütekriterien: Die Reliabilität des Gesamttests kann Untersuchungen zufolge als sehr hoch gelten (split-half-Koeffizient: .93 - .97). Die Reliabilität der Einzelskalen ist niedriger und fällt in Abhängigkeit von Länge, Stichprobe und Inhalt unterschiedlich aus (.40-.95). Besonders hohe Reliabilitätskoeffizienten erlangen die Skalen FSSW, FSST, FSAL und FSAP. Die Retest-Reliabilität liegt nach 4-5 Monaten bei  $r = .82$ . Interkorrelationen der Selbstkonzepte werden aufgrund der formulierten Hypothesen erwartet, so weisen diverse Unterskalen in Abhängigkeit von der Stichprobe z.T. hohe Interkorrelationen auf. Die Korrelation der Unterskalen mit dem Gesamttest ist sehr hoch. Verschiedene Validierungsuntersuchungen zeigen, daß sich die vorher formulierten Hypothesen über die Struktur von Selbstkonzepten weitgehend bestätigen lassen.

Die Interpretation der ermittelten Summenscores orientiert sich an den a priori definierten Grenzwerten zur Bestimmung eines positiven oder negativen Selbstkonzepts. Im Rahmen der Validitätskontrolle sind zudem Untersuchungen zum Selbstkonzept an verschiedenen klinischen Populationen durchgeführt worden (Depressive, Schizophrene, Alkoholiker, Delinquente; s. Manual von Deusinger, 1986), so daß hier Referenzwerte vorliegen.

### ***3.5.3 Toronto Alexithymia Scale, revidierte 20-Item-Version***

Die Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Parker et al., 1993) zur Erfassung der Alexithymie wurde von Bach et al. (1996) ins Deutsche übersetzt und überprüft. Sie besteht aus 20 Feststellungen, die auf einer 5-stufigen Selbstbeurteilungsskala einzuschätzen sind.

Die von Bach et al. durchgeführten Untersuchungen zu den Gütekriterien weisen eine adäquate innere Konsistenz, Split-Half und Test-Retest Reliabilität nach. Ebenso wie für die englische Originalversion ergibt sich auch für die deutsche Version eine 3-Faktoren Struktur, die die inhaltlichen Hauptmerkmale des Alexithymie-Konstrukts abbildet:

- Faktor 1: „Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen und bei der Diskriminierung körperlicher Sensationen“;
- Faktor 2: „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“;
- Faktor 3: „Extern orientierter Denkstil“.

Das Testergebnis wird als Gesamtsummenwert zwischen 20 - 100 ausgedrückt. Ein Cut-Off-Point bei einem Punktwert von 51 wurde von Parker et al. (1993a) festgelegt. Demzufolge werden Patienten mit einem Wert unter 51 als nicht alexithym, zwischen 51 - 61 als fraglich alexithym und über 61 als alexithym eingestuft (s.a. Taylor et al., 1997).

#### **3.5.4 *Affective Control Scale***

Die Affective Control Scale (ACS, Williams et al., 1997) ist eine Skala zur Erfassung der Angst vor dem Verlust von Kontrolle über verschiedene Emotionen oder ihren verhaltensbezogenen Reaktionen. Anders formuliert läßt sich über die Skala eine Affektintoleranz ermitteln. Die insgesamt 42 Items sind jeweils auf einer 7-stufigen Selbstbeurteilungsskala angeordnet, die sich zu 4 Subskalen zusammensetzten:

- Angst vor Ärgergefühlen,
- Angst vor positiven Gefühlen,
- Angst vor depressiven Gefühlen,
- Angst vor Angstgefühlen.

Die Gesamtestwerte und die Subtestwerte verteilen sich in der amerikanischen College - Eichstichprobe normal.

Gütekriterien: Für die ACS konnte gute interne Konsistenz für den Gesamtest (Cronbach's  $\alpha$  .94) und für die Subskalen ( .72 Ärger, .91 Depression, .89 Angst, .84 positive Gefühle) festgestellt werden. Die Test-Retest-Reliabilität über 2 Wochen belief sich auf .78. Eine Übereinstimmungsvalidität konnte über eine hohe Korrelation des ACS mit dem Emotional Control Questionnaire (.72) und bzgl. der Neurotizismus-Skalen des Eysenck Personality Questionnaire (.69,  $p = .001$ ) gezeigt werden (Berg et al., 1998). Bezüglich der Vorhersagevalidität kann gesagt werden, daß die ACS an einer studentischen Stichprobe die Angst der Studenten vor induzierten panikbezogenen, körperlichen Empfindungen vorhersagte, selbst wenn State und Trait- Angst kontrolliert wurden. Die geringe Korrelation mit dem Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (-0.17) zeigt die relative Resistenz des ACS gegen eine Antworttendenz im Sinne einer sozialen Erwünschtheit.

Die ACS befindet sich auch in den USA noch in der Erprobungsphase. Da die ACS dort bisher an studentischen Stichproben durchgeführt wurde, liegen keine Cut-off-Scores für den klinischen Bereich vor.

Die Anwendung des ACS in der vorliegenden Arbeit in der von der Verfasserin übersetzten und überarbeiteten Form (Rückübersetzung durch einen *Native Speaker*) ist u.a. aus soziokulturellen Gesichtspunkten als vorläufig zu betrachten, da für den deutschen Sprachraum noch keine weitere Untersuchung vor allem an größeren Stichproben auch unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsdifferenzierung vorliegt. Die ACS wurde für die vorliegende Untersuchung dennoch ausgewählt, da die Erfassung einer Angst vor den Reaktionen auf die eigenen Gefühle für die Erfassung und Präzisierung einer möglichen Affektdysregulation an pathologischen Spielern aufgrund der formulierten Hypothesen zentral ist (s. 2.6.1).

### **3.5.5 Beck-Depressionsinventar**

Das Beck-Depressionsinventar (BDI, Beck et al., 1961; überarbeitete Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1993) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Ausprägung einer depressiven Symptomatik. Die 21 Items des Inventars enthalten die klassischen Symptome einer Depression, z.B. Pessimismus, Entschlußunfähigkeit, sozialer Rückzug, Ermüdbarkeit etc. Jedem der 21 Einzelitems des BDI sind vier abgestufte, die in aufsteigender Reihenfolge 0 bis 3 Punkte erhalten. Alle Items sind in gleicher Weise gepolt, so daß ein höherer Punktwert für eine höhere Ausprägung der Depressivität steht.

Gütekriterien: Die Reliabilität der überarbeiteten Version, die an unterschiedlichen klinischen Stichproben und einer Normalstichprobe untersucht wurde, ist mit .88 (Cronbach's  $\alpha$ ) sehr zufriedenstellend. Der BDI korreliert mit anderen Selbstbeurteilungsfragebögen ( $r = .76$ ) und kann als inhaltlich valide gelten. Ein BDI-Gesamtwert unter 11 wird als unauffällig bezeichnet, Werte zwischen 11 - 17 gelten als milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptomatik, bei Werten ab 18 liegt eine klinisch relevante Depression vor.

### **3.5.6 State-Trait-Angstinventar**

Das State-Trait-Angstinventar (STAI; Laux, Glanzmann, Schaffner, Spielberger, 1981) ist ein Inventar zur Messung der Zustands- und Eigenschaftsangst. Die zwei Skalen des STAI (trait, state) bestehen aus jeweils 20 Items, die zur Selbstbeurteilung auf einer 4-stufigen Skala angeordnet sind. Einsatz: klinischer Bereich und experimentelle Angst- und Streßforschung.

Gütekriterien: Innere Konsistenz  $r = .90$  für beide Skalen; Retestreliaibilität für die Trait-Angstskala:  $r = .77 - .90$  (nach 63 Tagen), für die State-Angstskala  $r = .22 - .53$ .

Die Skaleninterkorrelation ist mit  $r = .70$  recht hoch: Dennoch konnten Majcen et al. (1988) in ihrer Untersuchung mit einem alternativ zum herkömmlichen Reliabilitätsmodell



entwickelten Konsistenzmodell feststellen, daß eine empirische Untersuchung von State- und Trait- Angst möglich ist und zwischen Eigenschafts - und Zustandsangst zu differenzieren sei.

Die kriteriumsbezogene Validität wurde durch Korrelation mit anderen Testskalen ermittelt (s. Laux et al. 1981). Das normierte Inventar gibt Erwartungswerte in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht vor, so daß eine Zuordnung zu einer klinisch relevanten Trait-Angstausprägung möglich ist. Nach Laux et al. kann aufgrund der multiplen Abhängigkeit des State-Angstwertes hingegen die Interpretation eines individuellen Wertes nur vor dem Hintergrund eines Gruppenvergleiches erfolgen.

### **3.5.7 State-Trait-Ärger-Ausdrucksinventar**

Das State-Trait-Ärger-Ausdrucksinventar (STAXI, Schwenkmezger, Hodapp, Spielberger, 1992) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Messung der Intensität von situationsbezogenem Ärger (Zustandsärger) und vier dispositionellen Ärgerdimensionen (Eigenschaftsärger, nach innen gerichteter Ärger, nach außen gerichteter Ärger und Ärgerkontrolle).

Gütekriterien: Innere Konsistenz der einzelnen Teilskalen:  $r = .71$  –  $r = .95$ . Validität: Faktorenanalytisch lassen sich die Trait- und State Skala gut trennen, ebenso die 3 Skalen der Ärgerausdrucksdimension. Es liegen zahlreiche Befunde zur konvergenten und diskriminanten Validität vor. Das normierte Inventar gibt Erwartungswerte in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht vor, so daß eine Aussage zu überdurchschnittlich hohen Ärgerausprägungen möglich ist.

### **3.5.8 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten**

Der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG, Petry & Bauling, 1996 in Petry, 1996) ist ein klinisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht. Der Test besteht aus 20 Items, die zur Selbstbeurteilung auf einer 4-stufigen Likert-Skala angeordnet (0-3 Wertpunkte) sind. Durch die Summation der Rohwerte ergeben sich die individuellen Testwerte von 0-60.

Als Eichstichprobe wurden 558 Glücksspieler herangezogen (s. Denzer & Petry et al., 1995 in Petry, 1996). Die Reliabilitätskontrolle über Cronbach's  $\alpha$  ergab einen Wert von .79. Die Retest-Reliabilität nach 2 Wochen lag bei .80. Die diskriminante Validität wurde anhand einer normalen Vergleichsstichprobe überprüft und so auch der Cut-off-Point zur Trennung von nicht bzw. unproblematisch Spielenden und behandlungsbedürftigen Spielern festgelegt. Der Cut-off-Point liegt bei 16 Wertpunkten.

Der KFG ist der erste und bisher einzige im deutschen Sprachraum vorliegende Test zur Diagnostik pathologischen Glücksspielverhaltens.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Statistische Absicherung

#### *4.1.1 Überprüfung der Normalverteilung: Kolmogorov-Smirnov-Test*

Die Normalverteilung der Stichprobe wurde mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft (s. Tabelle 8), wobei eine Normalverteilung ab  $p(z) \geq 0.05$  vorliegt. Alle Testdaten erfüllen somit die für weitere statistische Aussagen relevante Voraussetzung der Normalverteilung.

**Tabelle 8 Überprüfung der Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test)**

<b>Test</b>	<b>KS(z)</b>	<b>KS p (z)</b>
ACS-Gesamt	.856	.39200
ACS F1	.717	.47337
ACS F2	.581	.56142
ACS F3	.791	.42894
ACS F4	.442	.65849
TAS-Gesamt	.539	.934
TAS-F1	.614	.845
TAS-F2	.994	.277
TAS-F3	.703	.706
FSKN-Gesamt	.634	.816
FSKN-GA	.536	.936
FSKN-WA	.558	.876
FSKN-ST	.894	.401
FSKN-EG	.695	.720
FSKN-AL	.534	.938
FSKN-SW	.709	.697
FSKN-IA	.609	.852
FSKN-VE	.513	.955
FSKN-KU	.705	.703
FSKN-AP	.679	.745
BDI	.830	.496
STAXI-AI	.860	.450
STAXI-AC	.626	.828
STAXI-AO	.620	.837
STAXI-AT	.817	.517
STAXI-AR	1.049	.222
STAI-S	.748	.630
STAI-T	.931	.352

#### **4.1.2 Überprüfung der Varianzhomogenität: Levene-Test**

Varianzhomogenität bzw. -heterogenität der Daten wurde mit Hilfe des Levene-Tests überprüft (s. Tabelle 9). Bei vorhandener Varianzheterogenität (also bei Signifikanz des Levene-Tests) wurde dies beim t-Test durch Anpassung der Freiheitsgrade zur Bewertung des t-Tests berücksichtigt.

**Tabelle 9 Levene-Test**

<b>Test</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>df</b>
ACS-Gesamt	7.482	.008**	45
ACS F1	7.278	.009**	47
ACS F2	1.828	.182	54
ACS F3	6.176	.016*	42
ACS F4	5.085	.028*	43
TAS-Gesamt	.670	.417	54
TAS-F1	13.703	.001**	39
TAS-F2	.764	.386	54
TAS-F3	.596	.444	54
FSKN-Gesamt	5.186	.027*	48
FSKN-GA	.280	.599	54
FSKN-WA	1.453	.233	54
FSKN-ST	.012	.912	54
FSKN-EG	.291	.592	54
FSKN-AL	11.989	.001**	43
FSKN-SW	11.697	.001**	39
FSKN-IA	.961	.331	54
FSKN-VE	2.308	.135	54
FSKN-KU	1.120	.295	54
FSKN-AP	1.174	.283	54
BDI	16.487	.000**	35
STAXI-AI	.135	.741	54
STAXI-AC	.012	.913	54
STAXI-AO	1.979	.165	54
STAXI-AT	2.831	.098	54
STAXI-AR	1.778	.188	54
STAI-S	.228	.635	54
STAI-T	.218	.643	54

## 4.2 Überprüfung Hypothese 1:

*Hypothese 1: Pathologische Spieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden durch ein signifikant negativeres Selbstkonzept im Sinne einer Selbstwertproblematik.*

Ergebnis: Die einseitige Rechnung des t-Tests ergab hochsignifikante Mittelwertsunterschiede, sowohl für den FSKN-Gesamtwert als auch sämtliche Unterskalen betreffend mit Ausnahme der Unterskala „Selbstkonzept zu Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU, s. Tab.10)“. Bei pathologischen Spielern liegt demzufolge ein im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch bedeutsam negativeres Gesamt-Selbstkonzept vor, einschließlich der zentralen Unterbereiche der Selbstwertschätzung, der allgemeinen Leistungsfähigkeit und Problemlösefähigkeit (s. 3.5.2). Die Hypothese hinsichtlich eines insgesamt signifikant negativeren Selbstkonzepts bei pathologischen Spielern im Vergleich zu Kontrollprobanden ist somit bestätigt.

**Tabelle 10 : FSKN-Mittelwertsunterschiede der Untersuchungsgruppen**

Frankfurter Selbst-konzeptskalen	Kontrollgruppe M (SD)	Spielergruppe M (SD)	t	df	p	p Bonferro-ni Kor- rektur
FSKN-Gesamt	379,28 (33,07)	311,14 (48,26)	-6,16	48	0,00000**	0,00000**
Gefühle bzw. Beziehung zu anderen: GA	29,35 (4,06)	24,46 (4,17)	-4,44	54	0,00004**	0,0004**
Wertschätzung durch andere: WA	28,75 (4,23)	23,25 (4,75)	-4,56	54	0,00003**	0,0003**
Standfestigkeit in Gruppen: ST	58,60 (10,06)	50,42 (8,56)	-3,27	54	0,00188**	0,0188*
Empfindlichkeit EG	25,10 (4,44)	20,53 (4,97)	-3,69	54	0,00052**	0,0052**
Allg. Leistungsfähigkeit: AL	51,71 (4,08)	42,46 (7,25)	-5,88	43	0,00000**	0,00000**
Selbstwert: SW	54,28 (5,42)	41,78 (11,15)	-5,33	39	0,00000**	0,00000**
Irritierbarkeit durch andere: IA	27,42 (3,80)	22,50 (5,05)	-4,12	54	0,00013**	0,0013**
Verhaltens- bzw. Entscheidungssicherheit: VE	29,82 (3,25)	23,32 (4,69)	-6,01	54	0,00000**	0,00000**
Kontaktfähigkeit: KU	26,17 (6,18)	24,50 (5,05)	-1,11	54	0,27192 n.s.	2,7192 n.s.
allg. Problemlösefähigkeit: AP	48,03 (7,16)	37,89 (7,77)	-5,07	54	0,00001**	0,0001**

Einseitiger t-Test; \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Die Bonferroni-Korrektur wurde hier entsprechend der Anzahl der Untertests für 10 Variablen durchgeführt.

### 4.3 Überprüfung Hypothese 2

*Hypothese 2a: Pathologische Spieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden signifikant in ihrem Ausmaß erlebter negativer Affektivität.*

Ergebnis: Die Erfassung depressiver Affektivität (BDI) ergab im Mittel einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (s. Tabelle 9). Der Mittelwert (BDI = 13) weist dabei auf eine milde bis mäßige Ausprägung einer Depression bei den pathologischen Spielern hin (s. 3.5.5). Bei den Kontrollprobanden liegen im Mittel keinerlei Hinweise für depressi-

ve Tendenzen vor. Die Hypothese eines Unterschiedes zwischen den Gruppen hinsichtlich erhöhter Depressivität bei den pathologischen Spielern ist so bestätigt.

**Tabelle 9 BDI-Mittelwertsunterschiede der Untersuchungsgruppen**

<b>Beck-Depressions Inventar</b>	<b>Kontrollgruppe M (SD)</b>	<b>Spielergruppe M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Ausprägung Depression	3,60 (3,63)	13,46 (8,87)	5,44	36	0,00**

Einseitiger t-Test, \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

*Hypothese 2b: Pathologische Spieler unterscheiden sich signifikant von Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Angst.*

Ergebnis: Die Erfassung von angstbezogener Affektivität (STAI: Trait-Angst, State-Angst) ergab Bonferroni-korrigiert für die Unterskalen Trait-Angst und State-Angst signifikante Mittelwertsunterschiede (s. Tabelle 10). Die Spielergruppe zeichnet sich im Vergleich zur Kontrollgruppe durch signifikant höhere Eigenschafts-Angst im Sinne einer situationsübergreifenden Angst aus. Bezüglich des gemittelten Trait-Angst Rohwertes der Spielergruppe (Rohwert = 46; dazugehöriger Prozentrang: 86) läßt sich feststellen, daß er einem t-Wert von 61 und einem Staninewert von 7 entspricht. Der Erwartungswert der Population (= 33 Wertpunkte) liegt außerhalb des Vertrauensbereiches des Wertes der Gruppe der pathologischen Spieler, so daß das Ausmaß des Trait-Angst-Wertes zusätzlich als klinisch relevant zu bezeichnen ist. Die Hypothese läßt sich somit sowohl für Skala „Eigenschafts-angst“ und als auch für die „Zustandsangst“ im Sinne einer mehr situationsbezogenen Angst bestätigen.

**Tabelle 10 STAI-Mittelwertsunterschiede der Untersuchungsgruppen**

<b>State-Trait-Angst-Inventar</b>	<b>KS M (SD)</b>	<b>SG M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>BK</b>
State-Angst	35,60 (9,46)	42,62 (9,52)	2,78	54	0,024*	0,048*
Trait-Angst	34,07 (6,99)	45,78 (8,61)	5,58	54	0,00**	0,00**

Einseitiger t-Test, \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

KS=Kontrollgruppe, SG=Spielergruppe, BK=Bonferroni-Korrektur

*Hypothese 2c: Pathologische Spieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden signifikant hinsichtlich erhöhter Ärgerwerte.*

Ergebnis: Die Erfassung von ärgerbezogenem Affekt (STAXI) ergab Bonferroni-korrigiert bei einseitiger Hypothesentestung einen signifikanten Mittelwertsunterschied für die Unter-

skala Anger-In, nicht aber für die Skalen Anger-Out, Anger-Control und Trait-Anger (s. Tabelle 11). Die Hypothese läßt sich demnach für die Unterskala des „nach innen gerichteten Ärgers“ bestätigen. Für die anderen Unterskalen sind allerdings Trends zu einem Mittelwertsunterschied zu erkennen.

**Tabelle 11 : STAXI-Mittelwertsunterschiede der Untersuchungsgruppen**

State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar	KG M (SD)	SG M (SD)	t	Df	P	BK
Anger-In	13,92 (2,95)	17,60 (3,40)	4,31	54	0,00**	0,01*
Anger-Out	12,50 (4,23)	16,03 (5,03)	2,84	54	0,02	0,1
Anger-Control	23,28 (5,23)	20,78 (5,22)	1,78	54	0,16	0,8
Anger-Reaktion	9,36 (2,36)	10,78 (3,41)	1,82	54	0,16	0,8
Trait-Anger	17,03 (3,62)	20,35 (5,44)	2,68	54	0,02	0,1

Einseitiger t-Test,  $p^* \leq 0,05$ ;  $p^{**} \leq 0,01$

KG=Kontrollgruppe, SG=Spielergruppe, BK= Bonferroni-Korrektur

*Hypothese 2d : Pathologische Spieler unterscheiden sich signifikant von Kontrollprobanden hinsichtlich kompensatorisch überhöhter positiver Emotionen (Cyclothymes Syndrom).*

Ergebnis: Die Anwendung des DIPS für Achse-I-Störungen ergab, daß 21,4% von einem Cyclothymen Syndrom betroffen sind und keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich einer hypomanischen Episode oder der bipolaren Störung bestehen. Hingegen ließen sich klinisch relevante überhöhte positive Emotionen im Sinne von Achse-I-Störungen nicht in der Kontrollgruppe diagnostizieren. Der Gruppenunterschied hinsichtlich des Cyclothymen Syndroms ist signifikant: die Hypothese kann somit als bestätigt gelten (s. Tabelle 15).



#### 4.4 Überprüfung Hypothese 3

*Hypothese 3a: Pathologische Spieler unterscheiden sich signifikant von Kontrollprobanden durch erhöhte Alexithymiewerte.*

Ergebnis: Der Mittelwertsvergleich der Alexithymiewerte zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen sowohl alle Unterskalen als auch den Gesamtwert betreffend (s. Tabelle 12). Der aufgerundete Mittelwert (= 55) der Spielergruppe liegt darüberhinaus im Bereich einer fraglich vorliegenden Alexithymie (s. 3.5.3). Die Hypothese ist somit als bestätigt zu betrachten.

**Tabelle 12 : TAS-20-Mittelwertsunterschiede der Untersuchungsgruppen**

Toronto-Alexithymia-Scale-20	Kontrollgruppe M (SD)	Spielergruppe M (SD)	t	df	P	BK
TAS-Gesamtwert	39,71 (9,25)	54,82 (10,76)	5,63	54	0,00**	0,00**
F1	11,28 (2,94)	17,67 (6,04)	5,03	46,5	0,015**	0,046*
F2	12,03 (3,63)	15,39 (3,47)	3,53	54	0,00**	0,01**
F3	16,39 (4,66)	21,75 (5,16)	4,07	54	0,00**	0,01**

Einseitiger t-Test;  $p^* \leq 0,05$ ;  $p^{**} \leq 0,01$

F1:Identifizierung bzw. Differenzierung von Gefühlen, F2:Beschreibung von Gefühlen

F3:Extern orientierter Denkstil ; BK=Bonferroni-Korrektur

*Hypothese 3b: Pathologische Spieler unterscheiden sich signifikant von Kontrollprobanden durch höhere Emotionsvermeidung bzw. Affektintoleranz im Sinne einer Angst, die Kontrolle über verschiedene Emotionen (Angst, Depression, Ärger, positive Gefühle) zu verlieren.*

Ergebnis: Bis auf die Subskala „Angst vor positiven Gefühlen“ un "Angst vor Angstgefühlen" ergaben sich bezüglich sämtlicher ACS-Subskalen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen (s. Tabelle 13). Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich also statistisch bedeutsam von den Kontrollprobanden in dem Ausmaß ihrer Angsttoleranz bezüglich der Emotionen Angst, Ärger und Depression. Die Hypothese ist somit für diese Emotionen, nicht aber für die Variablen „Angst vor positiven Gefühlen“ und "Angst vor Angstgefühlen" als bestätigt anzusehen. Für die zuletzt genannten Variablen zeichnen sich allerdings bezüglich eines Mittelwertsunterschieds numerische Trends ab.

**Tabelle 13 ACS-Mittelwertsunterschiede der Untersuchungsgruppen**

<b>Affective-Control-Scale</b>	<b>Kontrollgruppe M (SD)</b>	<b>Spielergruppe M (SD)</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>BK</b>
ACS-Gesamt	106,03 (20,35)	141,53 (32,99)	4,84	44,9	0,00**	0,00**
Angst vor Ärgergefühlen	24,17 (5,72)	31,03 (8,75)	3,46	46,5	0,004**	0,01**
Angst vor positiven Gef.	33,17 (8,15)	41,50 (12,76)	2,90	42,5	0,038	0,15
Angst vor depr. Gefühlen	16,14 (6,02)	28,21 (10,74)	5,18	42	0,00**	0,00**
Angst vor Angstgefühlen	32,53 (7,85)	37,85 (13,60)	1,79	43,2	0,15	0,6

Einseitiger t-Test;  $p^* \leq 0.05$ ;  $p^{**} \leq 0,01$

BK=Bonferroni-Korrektur

#### 4.5 Überprüfung Hypothese 4

*Hypothese 4: Es existiert ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstwertproblematik, negativer Affektivität und Affektdysregulation (Gefühlsvermeidung) bei pathologischen Spielern.*

Ergebnis: Der FSKN-Gesamtwert korreliert hochsignifikant und negativ mit Maßen negativer Affektivität (Trait und State-Angst: STAI-T, STAI-S, Depression: BDI, Trait und State Ärger: STAXI) und mit Maßen affektiver Dysregulation (Alexithymie: TAS, Affektintoleranz: ACS, s. Tabelle 14). Das heißt, ein negatives Selbstkonzept steht statistisch bedeutsam sowohl mit negativen Gefühlen (Angst, Depression und Ärger) als auch mit Emotionsvermeidung bzw. Affektintoleranz (ACS) und alexithymen Tendenzen (TAS) in Zusammenhang. Bei den Variablen Anger-In, Zustandsärger und Depression gilt für die korrelativen Zusammenhänge eine Altersabhängigkeit, die allerdings nur wenig Varianz aufklärt. Hypothese 4 ist somit als bestätigt anzusehen.

**Tabelle 14 Interkorrelationen der für die Fragestellung relevanten Tests**

	FSKN	TAS-20	ACS	BDI	STAI/S	STAI/T	AI	AO	AC	AT	Alter
FSKN	1	-.74**	-.83**	-.71**	-.55**	-.76**	-.59**	-.41**	.30*	-.47**	-.15
TAS-20	-.74**	1	.68**	.62**	.45**	.55**	.60**	.30*	-.14	.43**	.16
ACS	-.83**	.68**	1	.75**	.52**	.61**	.52**	.49**	-.33**	.48**	.11
BDI	-.71**	.62**	.75**	1	.38**	.64**	.48**	.45**	-.30**	.43**	.23*
STAI/S	-.55**	.45**	.52**	.38**	1	.67**	.47**	.15	-.10	.28**	.17
STAI/T	-.76**	.55**	.61**	.64**	.67**	1	.61**	.30*	.12	.42**	.17
AI	-.59**	.62**	.52**	.48**	.47**	.61**	1	.11	.17	.62**	.32**
AO	-.41**	.30*	.49**	.45**	.15	.30*	.11	1	-.73**	.40**	.06
AC	.30*	-.14	-.33*	.75**	-.10	-.12	.17	-.73**	1	-.08	.01
AT	.47**	.43**	.48**	.43**	.29*	.42**	.62**	.40**	-.08	1	.31**
Alter	-.15	.16	.11	.23	.17	.17	.32**	.06	.01	.31**	1

p\* ≤ 0,05; p\*\* ≤ 0,01

#### 4.6 Überprüfung Hypothese 5

*Hypothese 5: Im Vergleich zu Kontrollprobanden besteht aufgrund der Annahme affektiver Dysregulation im Zusammenhang mit einer Selbstwertproblematik eine signifikant höhere Achse-I-Komorbidität bei pathologischen Spielern (s. 2.5.9).*

Ergebnis: Kontrollgruppe und Spielergruppe unterscheiden sich signifikant hinsichtlich folgender DSM-III-R Achse-I-Störungen: Panikstörung, Sozialphobie, Generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsreaktion, Dysthymes Syndrom, Schweres Depressives Syndrom, Cyclothymes Syndrom, Hypomanische Episode und Alkoholismus (s. Tabelle 15). Diese Störungen liegen in der Spielergruppe signifikant häufiger vor. In der untersuchten Spielergruppe liegen pro Spieler durchschnittlich eine Anzahl von 3 Achse-I-Störungen vor.

Die Annahme einer signifikant höheren Achse-I-Komorbidität bei pathologischen Spielern bei gleichzeitig vorliegender Selbstwertproblematik und affektiver Dysregulation ist somit bestätigt.

**Tabelle 15 DSM-III-R -Lifetime-Diagnosen nach DIPS (Margraf et al. 1991)**

DIPS Achse-I-Lifetime- Komorbidität Mehrfachnennung möglich	Kontrollgruppe		Spielergruppe		Fischer-Test
	n	%	n	%	p
Panikstörung	0	0%	5	17,9%	0,02*
Agoraphobie	0	0%	2	7,1%	n.s.
Sozialphobie	1	3,6%	11	39,3%	0,001**
Spezifische Phobie	1	3,6%	4	14,3%	n.s.
Generalisierte Angststörung	0	0%	9	32,1%	0,001**
Bulimie bzw. Anorexie	0	0%	0	0%	n.s.
Zwangsstörung	0	0%	0	0%	n.s.
Posttraumat. Belastungsreaktion	0	0%	8	28,6%	0,002**
Dysthymes Syndrom	0	0%	8	28,6%	0,002**
Schweres depressives Syndrom	1	3,6%	14	50%	<0,00**
Cyclothymes Syndrom	0	0%	6	21,4%	0,01**
Hypomanische Episode	0	0%	2	7,1%	n.s.
Bipolare Störung	0	0%	0	0%	n.s.
Drogenmißbrauch	0	0%	4	14,3%	0,056 n.s.
Alkoholismus	2	7,1%	9	32,1%	0,02*
Sexuelle Funktionsstörung	0	0%	2	7,1%	n.s.
Somatoformes Schmerzsyndrom	0	0%	4	14,3%	0,056 n.s.
Hypochondrie	0	0%	2	7,1%	n.s.
Somatisierungsstörung	3	10,7%	6	21,4%	n.s.

Fischer-Test; p\* ≤ 0,05; p\*\* ≤ 0,01

## 4.7 Ergänzende Ergebnisse

### 4.7.1 Faktorenanalyse der Testvariablen

Zur Datenreduktion und um Aufschluß über verschiedene Dimensionen der Testvariablen zu gewinnen, wurde eine Faktorenanalyse nach dem Hauptkomponentenmodell mit Varimax-Rotation durchgeführt (s.3.3). Die Faktoren werden wie folgt interpretiert:

#### 4.7.1.1 Faktor 1: Positiver Selbstwert vs. negative Gefühle und Affektdysregulation

Faktor 1 läßt sich als bipolarer Faktor beschreiben. Er ist gekennzeichnet durch hohe Ladungen auf Selbstkonzeptvariablen an einem Ende des Pols (in der Reihenfolge absteigender Ladungen: „Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung“, „Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit“, „Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwerts“,

„Selbstkonzept zur Wertschätzung durch andere“, „Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit“, „Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Selbstkonzept zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“, „Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere“, „Selbstkonzept zu Gefühlen und Beziehungen zu anderen“). Das entgegengesetzte Ende des Pols ist gekennzeichnet durch hohe Ladungen auf den Variablen negativer Emotionalität und Affektdysregulation ( in der Reihenfolge absteigender Ladungen: ACS 3: „Angst vor depressiven Gefühlen“, TAS 1: „Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen und bei der Diskriminierung körperlicher Sensationen“, BDI: „Depression“, TAS 2: „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“, STAI-T: „Zustandsangst“, ACS 1: „Angst vor Ärgergefühlen“, AI: „Anger-In“). Die Ladung entspricht der hohen negativen Interkorrelation der Testvariablen in Tabelle 14. Faktor 1 klärt knapp 1/3 (31,4%) der Varianz aller Testvariablen auf. Darüberhinaus wird die Bedeutung des Faktors durch die Ergebnisse des t-Tests unterstrichen: es existiert hinsichtlich des Faktors 1 ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Die formulierten Annahmen zu den Zusammenhängen zwischen negativem Selbstkonzept und Affektdysregulation bei pathologischen Glücksspielern werden so an dieser Stelle nochmals bestätigt.

#### 4.7.1.2 Faktor 2: Soziale Standfestigkeit vs. Angst und externale Orientierung

Faktor 2 ist gekennzeichnet durch hohe Ladungen auf den Variablen der „Zustandsangst“, der „Angst vor Angstgefühlen“, der „Angst vor positiven Gefühlen“ und dem TAS-Faktor „External orientierter Denkstil“. Weiterhin negativ hoch laden auf dem Faktor die Variablen „Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere“ und „Selbstkonzept zur eigenen Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen“, so daß sich wiederum ein bipolarer Faktor ergibt: auf der einen Seite Angstgefühle und external orientierter Denkstil, auf der anderen Selbstkonzeptvariablen zum sozialen Bereich.

Dieser Faktor scheint Parallelen zu den Erkenntnissen von Deci&Ryan (1995) zu externaler Orientierung und Selbstwertgefühl aufzuweisen: Deci&Ryan bezeichnen ein Selbstwertgefühl, das externen Kriterien unterworfen ist, als „kontingentes Selbstwertgefühl“. Nach Deci&Ryan ist ein kontingentes Selbstwertgefühl - welches auch eine Motivationsquelle darstellen kann - durch soziale Vergleichsprozesse begleitet: Selbstwertkriterien werden durch soziale und gesellschaftliche Standards oder ihre internalisierten Versionen gesetzt. Bestimmte Statussymbole stellen häufig solche Kriterien dar. Deci&Ryan sprechen an dieser Stelle auch von einem „sozial implantierten Selbst“ (vs. einem „authentischen Selbst“). Personen mit einem kontingenten Selbstwertgefühl sind den Autoren zufolge ängstlich darauf bedacht, externen Kriterien zu entsprechen, da sonst das Bedürfnis nach Selbstwerterhalt (s. 2.2.1) verletzt würde. Gefühle der Angst, (internalisierten) externen

Standards nicht gerecht zu werden, sind bei gegebenem kontingenten Selbstwertgefühl also bedeutsam involviert.

#### *4.7.1.3 Faktor 3: Anger-Control vs. Anger-Out*

Die hohe positive Ladung der Variablen Anger-Control und die hohe negative Ladung der Variablen Anger-Out auf Faktor 3 entspricht Spielbergers Differenzierung des Ärgerzustands (Spielberger et al., 1985, 1988 zit.n. Schwenkmezger et al., 1992). Seine Item- und Faktorenanalysen ergaben eine statistische Unabhängigkeit der Teildimensionen Anger-In und Anger-Out sowie Indizien für die Differenzierung der weiteren Dimension der Ärgerkontrolle. In bezug auf die vorliegende Untersuchung ergibt sich für die Ärgervariablen Anger-Control im Sinne von einer Steuerung von Ärgergefühlen und Anger-Out im Sinne von verbalen Attacken oder physischen Angriffen gegen Menschen oder Objekte ein bipolarer Faktor.

#### *4.7.1.4 Faktor 4: Psychische Stabilität und Kontaktfähigkeit vs. Zustandsangst*

Auch Faktor 4 entpuppt sich als bipolarer Faktor: während die Variablen „Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit“ und „Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ hoch positiv auf dem Faktor laden, lädt die Variable Zustandsangst hoch negativ auf ihm.

Dies entspricht den signifikanten negativen Korrelation zwischen FSKU und STAI-T (-.36\*\*) und zwischen FSEG und STAI-T (-.55\*\*) und der signifikant hohen Korrelation zwischen FSKU und FSEG (.41\*\*).

Geht man davon aus, daß interpersonelle Situationen sich häufig auch als emotional anspruchsvoll erweisen (s. z.B. Schulz v. Thun, 1981), werden die Resultate auf inhaltlicher Ebene plausibel: Kontaktfähigkeit scheint ein gewisses Maß an psychischer Stabilität vorauszusetzen, um die damit einhergehenden Emotionen adäquat verarbeiten zu können. Ein chronisch erhöhtes Angstniveau steht dem entgegen.

#### *4.7.1.5 Faktor 5: Alterskorrelierter Ärgerfaktor*

Auf Faktor 5 laden die Variablen Alter, Trait-Anger und Anger-In hoch (s. Tabelle 16). Dies spricht für eine gewisse Altersabhängigkeit der Variablen Ärgerzurückhaltung und Ärgerkontrolle, wie sie auch in der Interkorrelationstabelle ersichtlich wird (s. Tabelle 14).

**Tabelle 16 Hauptkomponentenanalyse der Testvariablen**

Skalen	F1	F2	F3	F4	F5
ACS3: Angst vor depr. Gefühlen	<b>.84</b>	.12	-.17	-.16	
TAS-20/F1 : Identifikation bzw. Differenzierung von Gefühlen	<b>.74</b>	.41	-.17		.25
FSAP:Sk. allg. Problemlösefähigkeit	<b>-.73</b>	-.31			-.13
FSEG: Sk. Empfindlichkeit bzw. Gestimmtheit	<b>-.72</b>		.15	<b>.49</b>	-.11
FSSW: Sk. allg. Selbstwert	<b>-.71</b>	-.40	.29	.15	-.12
FSWA: Sk. Wertschätzung d. andere	<b>-.70</b>	.26	.13	.23	
FSAL: Sk. allg. Leistungsfähigkeit	<b>-.70</b>	-.44	.19		
BDI: Depression	<b>-.69</b>	.19	-.29		.20
FSVE:Sk.. Verhaltens-u. Entscheidungssicherheit	<b>-.69</b>	-.40	.22	.20	
FSIA: Sk. Irritierbarkeit d. andere	<b>-.64</b>	<b>-.51</b>		.35	
TAS20/F2: Beschreibung v. Gefühlen	<b>.64</b>	.16	.19		.21
FSGA: Sk. zu Gefühlen bzw. Beziehungen zu anderen	<b>-.62</b>	-.17	.22	.37	-.19
STAI-T: Zustandsangst	<b>.60</b>	.32		<b>-.52</b>	.13
ACSF1: Angst vor Ärgergefühlen	<b>.58</b>	.45	-.23		.19
TAS3: Extern orientierter Denkstil	.23	<b>.73</b>			.14
STAI-S: Zustandsangst	.14	<b>.73</b>		-.46	.13
ACSF4: Angst vor Angstgefühlen	.39	<b>.66</b>	-.32	.12	
FSST: Sk. Zu Standfestigkeit in Gruppen	-.45	<b>-.60</b>		.46	
ACSF2: Angst vor positiven Gefühlen	.44	<b>-.51</b>	-.42		.16
AC: Änger-Control		-.12	<b>.90</b>	.12	.11
AO: Anger-Out	.28		<b>-.86</b>		.16
AI: Anger-In	<b>.52</b>	.35	.25	-.17	<b>.53</b>
FSKU:Sk. Zu Kontaktfähigkeit			.15	<b>.82</b>	-.10
Alter					<b>.82</b>
TraitA: Zustandsärger	.47		-.26	-.18	<b>.61</b>
Eigenwerte	7.8	3.8	2.4	2.1	1.7
Aufgeklärte Varianz, total (%)	31.39	15.06	9.72	8.36	6.83

(Sk= Abkürzung für Selbstkonzept)

#### 4.7.2 Gruppenunterschiede zwischen den Faktoren

Um zu überprüfen, ob zwischen den Hauptkomponentenscores Gruppunterschiede vorliegen, wurde der t-Test (einseitig) für unabhängige Stichproben durchgeführt (s. Tabelle 17). Die Resultate zeigen, daß hochsignifikante Gruppenunterschiede für die Faktoren 1 und 2 vorliegen, nicht jedoch für die Faktoren 3 und 4. In bezug auf Faktor 4 ist der nicht signifikante Gruppenunterschied möglicherweise auf die verzerrten Antworttendenzen in der Spielergruppe hinsichtlich des Untertests FSKU zurückzuführen (s. 3.5.2).

Es ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich Faktor 5, der jedoch nicht viel Varianz aufklärt. Die signifikanten Ergebnisse aus der Interkorrelationstabelle werden so nochmals untermauert (s. Tabelle 14).

**Tabelle 17 t-Test bzgl. Hauptkomponentenscores zwischen den Gruppen**

Faktoren		t	df	sig.
F1	Positives Selbstkonzept vs. negative Gefühle und Affektdysregulation	5.2	54	.000**
F2	Soziale Standfestigkeit vs. Angst und externale Orientierung	2.2	54	.01**
F3	Anger-Control vs. Anger-Out	-1.1	54	.15
F4	Psychische Stabilität und Kontaktfähigkeit vs. Zustandsangst	-.40	54	.36
F5	Alterskorrelierter Ärgerfaktor	1.7	54	.05*

#### 4.7.3 Diskriminanzanalyse

Um zu überprüfen, ob und welche der Testvariablen zwischen den Untersuchungsgruppen trennen und die Gruppenmitgliedschaft vorhersagen, wurde eine schrittweise lineare Diskriminanzanalyse gerechnet (Tabelle 18, s. 3.3). Wilk's Lambda gibt dabei den Anteil der gesamten Varianz der Diskriminanzscores an, der nicht durch Gruppenunterschiede erklärt wird. Demnach wird durch diese Variablen 40% der Varianz nicht durch Gruppenunterschiede aufgeklärt. Der Chi-Quadrat-Wert gibt hierbei einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppenzentroiden an.

Demnach trennt die Variablenkombination "Selbstkonzept zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit", "Anger-In", "Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit", "Angst vor Angstgefühlen" und "Anger-Out" hochsignifikant zwischen den Untersuchungsgruppen.

**Tabelle 18 Diskriminanzanalyse der Testvariablen**

Testvariablen	Wilk's $\lambda$	$\chi^2$	sig.
FSVE:Selbstkonzept z. Verhaltens-und Entscheidungssicherheit	.60	45.87	.000**
AI:Anger-In	.51		.000**
FSAL: Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit	.48		.000**
ACS4: Angst vor Angstgefühlen	.44		.000**
AO : Anger-Out	.41		.000**



#### 4.7.3.1 Standardisierte Diskriminanzfunktion

Die Linearkombination der gewichteten Variablen lautet:

$$\text{Score} = 0,568 \times \text{ACS4} + 0,451 \times \text{FSAL} + 0,684 \times \text{FSVE} - 0,559 \times \text{AI} - 0,378 \times \text{AO}$$

Hinsichtlich der Gewichtung der Variablen nach ihrer Fähigkeit zwischen den Gruppen innerhalb der Variablenkombination zu unterscheiden ergibt sich folgende Reihenfolge: Die Variablen „Selbstkonzept zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit“ tragen demnach gefolgt von den Variablen „Angst vor Angstgefühlen“, „Selbstkonzept zur allgemeinen Leistungsfähigkeit“, „Anger-In“ und „Anger-Out“ mit der höchsten Gewichtung zur Unterscheidung der beiden Gruppen bei.

**Tabelle 19 Standardisierter Diskriminanzkoeffizient**

Variable	Koeffizient
1. FSVE	.68
2. ACS 4	.57
3. FSAL	-.45
4. AI	-.56
5. AO	-.38

#### 4.7.3.2 Vorhersage der Gruppenmitgliedschaft

Hinsichtlich der Vorhersage der Gruppenmitgliedschaft ergibt die Diskriminanzanalyse, daß die Kombination der oben genannten Variablen 93% der Kontrollprobanden und 82% der pathologischen Glückspieler identifiziert (s. Tabelle 20).

**Tabelle 20 Vorhersage der Gruppenmitgliedschaft**

	Spieler	Kontrolle	Total
Spieler (n)	23	5	28
Kontrolle (n)	2	26	28
Spieler (%)	82.1	17.9	100
Kontrolle (%)	7.1	92.9	100

## 5 Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen zunächst im einzelnen diskutiert, bevor in einer Gesamtschau die Integration der Resultate erfolgt.

### 5.1 Hypothese zum Selbstkonzept

*Hypothese 1: Pathologische Spieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden durch ein negativeres Selbstkonzept im Sinne einer Selbstwertproblematik.*

In der vorliegenden Untersuchung konnte die Hypothese mit Ausnahme einer Subskala bestätigt werden. In der Gruppe der pathologischen Spieler liegt sowohl bei 90% aller Subskalen als auch den FSKN-Gesamtwert betreffend ein signifikant ungünstigeres Selbstkonzept vor. Der Gesamtwert (311) der pathologischen Spieler ist dabei nahezu identisch mit dem Gesamtwert einer weiteren klinischen Population, nämlich einer von Deusinger (1986) untersuchten Gruppe von Alkoholikern (n =193 ; FSKN-Gesamtwert der Alkoholiker = 312). Als weiterer Referenzwert läßt sich der FSKN-Gesamtwert einer Gruppe depressiver, stationär behandelter Männer (n=31) anführen: FSKN-Gesamt=267.

Das in der untersuchten Spielergruppe gefundene Resultat ist sowohl konkordant zu weiteren Untersuchungen, die das Selbstwertgefühl bei pathologischen Spielern zum Thema hatten (Petry, 1998; Bensel, 1998), als auch mit dem psychodynamischen Ursachenmodell zu Sucht und Abhängigkeit (s.2.3, 2.5.2.2). Die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen auch in den zentralen Unterbereichen des Selbstkonzepts, nämlich der Selbstwert-schätzung der eigenen Person, der allgemeinen Leistungsfähigkeit und der Problemlösefähigkeit lassen auf eine grundlegende Selbstwertproblematik schließen. Auf der Grundlage der angeführten Theorien (s. 2.2, 2.4.2, 2.4.4) lassen sich daraufhin weitere der hier eruierten Störungsbereiche ableiten. Anders formuliert: Dieser Befund schafft die Voraussetzung, mögliche Zusammenhänge zwischen einer Selbstwertproblematik und affektbezogenen Störungsbereichen in der vorliegenden Untersuchung zu überprüfen.

Grundsätzlich schwierig bei nicht-prospektiven Designs wie dem vorliegenden ist die Beurteilung, ob eruierte Störungsbereiche bereits vor der manifesten Problematik vorlagen, oder ob sie durch das Problemverhalten (mit-)bedingt sind. Selbstverständlich ist denkbar und wahrscheinlich, daß das Selbstwertgefühl der untersuchten Spieler durch chronifiziertes Spielverhalten (zusätzlich) in Mitleidenschaft gezogen wurde. Durch die Befunde von Kohortenstudien an Jugendlichen zu negativem Selbstwert als Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen (Metzke & Steinhausen, 1999) und entwicklungspsychologischen Erkenntnissen (s. 2.3, 2.3.1) läßt sich jedoch nicht ausschließen, daß ein negatives

Selbstwertgefühl als Risikofaktor für die Entstehung des pathologischen Spielverhaltens bei den Untersuchten entscheidend beteiligt war.

Der nicht signifikante Gruppenunterschied im Selbstkonzeptunterbereich Kontakt- und Umgangsfähigkeit war nicht zu erwarten. Der Befund steht weiterhin im Widerspruch zu den signifikanten Ergebnissen aller weiteren Selbstkonzeptskalen im sozialen Bereich (FSST, FSWA, FSIA, FSGA) und zu der signifikant höheren Rate an Sozialphobie (s. Tabelle 15) in der Spielergruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe (DIPS-Diagnostik).

Der Befund läßt sich dahingehend erklären, daß dieser Bereich möglicherweise besonders sensibel ist und die Glücksspieler im Sinne einer Dissoziation zwischen explizitem und implizitem Selbstwertgefühl geantwortet haben. Das heißt, daß in diesem Bereich explizit ein positiveres Selbstkonzept angegeben wurde, als implizit vorliegt (s. 2.2). Aufgrund der Befunde aller weiteren Skalenwerte im sozialen Bereich und der DIPS-Diagnostik ist de facto jedoch – trotz des angegebenen positiven Selbstkonzeptes hinsichtlich der Kontakt- und Umgangsfähigkeit – von Schwierigkeiten bei pathologischen Glücksspielern im sozialen Bereich auszugehen.

Die hier eruierte Inkonsistenz der Selbstkonzepte der Spieler im sozialen Bereich verweist auf einen weiteren Sachverhalt: Campbell&Lavelle (1993) fanden in einer Reihe von Untersuchungen, daß Personen mit geringer Selbstwertschätzung eine Selbstkonzept-Konfusion (*versus* Selbstkonzept-Klarheit) erleben. Das heißt, sie verfügen über weniger definitive Überzeugungen darüber, wie sie sind. Was sie über sich wissen, ist eher unsicher, instabil, widersprüchlich, global-neutral und inkohärent. Campbell&Lavelle sprechen daher von einem Defizit bezüglich des Wissens über sich selbst (*self-knowledge*). Legt man angesichts des hier ermittelten ungünstigen Selbstkonzeptes der pathologischen Spieler in anderen Bereichen ein solches Defizit an „Selbsterfahrung“ zugrunde, wird die Inkonsistenz bezüglich der Unterskala zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit - vor allem auch unter Berücksichtigung der von Petry (1998) postulierten Bindungsstörung bei pathologischen Glücksspielern - erklär- und integrierbar.

## 5.2 Hypothesen zu negativen Emotionen

*Hypothese 2a): Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Depressivität.*

Ergebnis: Die Hypothese wird durch die Resultate dieser Arbeit bestätigt und stimmt mit der Befundlage weiterer Untersuchungen an pathologischen Glücksspielern zur Depression überein. Allerdings läßt sich feststellen, daß der BDI-Wert der vorliegenden Untersuchung im unteren klinisch relevanten Bereich liegt. Er weicht somit in seiner Höhe von BDI-Werten anderer Untersuchungen an pathologischen Spielern ab (das heißt er fällt niedriger

aus, s. 2.5.7), die unter stationären Bedingungen gewonnen wurden. Denkbar ist, daß Spieler unter Behandlungsbedingungen eventuell larvierte depressive Gefühle eher wahrnehmen und entsprechend angeben. Andererseits kann u.a. eine Erhöhung der Depressivität im Vorfeld dazu geführt haben, daß die Glücksspieler sich überhaupt in Behandlung begeben haben, so daß sich die Werte in der stationären Testdiagnostik dieser Untersuchungen dann entsprechend höher abbilden.

Die signifikante Korrelation zwischen Depression und Selbstkonzept-Gesamtwert (.71) klärt 50% der Variabilität der Daten auf (s. Tabelle 14). Vor dem Hintergrund der Selbstdiskrepanz-Theorie (s. 2.3.2) steht dieser Depressionsanteil in Zusammenhang mit einem negativen Selbstwertgefühl.

*Hypothese 2b): Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Angst.*

Ergebnis: Übereinstimmend mit der aktuellen Befundlage bezüglich pathologischem Glücksspielverhalten und Angst (s. 2.5.7) belegen die Befunde sowohl eine signifikant höhere Zustands- wie auch Eigenschaftsangst bei den untersuchten pathologischen Glücksspielern.

Nach Laux et al. (Laux, 1981, s. 3.5.6) entzieht sich das Konstrukt der Zustandsangst einer klinischen Einordnung und läßt sich ausschließlich vor dem Hintergrund eines Gruppenvergleichs bewerten. Dieser zeigt in der vorliegenden Untersuchung einen hochsignifikanten Unterschied. Eine klinisch relevante Eigenschaftsangst in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler läßt sich definitiv konstatieren. Bei den untersuchten pathologischen Spielern ist somit über situativ bedingte Ängste hinaus von einer chronischen emotionalen Beeinträchtigung im Angstbereich auszugehen.

Die signifikante Korrelation zwischen Zustandsangst und Selbstkonzept-Gesamtwert (.76) klärt 58% der Variabilität der Daten auf. Vor dem Hintergrund der Selbstdiskrepanz-Theorie (s. 2.3.2) steht dieser Angstanteil in Zusammenhang mit einem negativen Selbstwertgefühl.

*Hypothese 2c): Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden hinsichtlich erhöhter Ärgerwerte.*

Ergebnis: Zum untersuchten Ärgerbereich „Anger-In“ ergibt sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Untersuchungsgruppen, hinsichtlich der weiteren Ärgerbereiche numerische Trends. Aus der Korrelationsmatrix ergibt sich für die Variablen „Ärgerunterdrückung“ und „Eigenschaftsärger“ ein statistisch bedeutsamer, jedoch nicht übermäßig hoher Alterseinfluß. Für die Variablen Anger-Out („Abreagieren nach außen“)

und Anger-Control („Kontrollieren von Ärgergefühlen“) ist hingegen das Alter der Probanden ohne Bedeutung.

Die Skala „Anger-In“ („nach innen gerichtetem Ärger“) versucht insbesondere das Unterdrücken von Ärger bzw. das Nicht-Äußern von ärgerlichen Gefühlen zu erfassen. Die hochsignifikante Interkorrelation zwischen der Unterskala „Anger-In“ mit dem Gesamtwert der „Affective Control Scale“ unterstreicht die Tendenz der untersuchten Glücksspieler, negative Affekte, hier Ärgergefühle, über ein Unterdrücken zu regulieren. Die Vermutung liegt nahe, daß das pathologische Glücksspiel u.a. dysfunktional als Ventil für die unterdrückten Emotionen fungiert.

Im Zusammenhang mit einer Selbstwertproblematik ist davon auszugehen, daß erhöhte Anger-In und Trait-Anger-Werte einen indirekten Hinweis auf hohes „ego-involvement“ im Sinne einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit bezüglich selbstwertrelevanter Informationen darstellen können (s. 2.3.5). Hierbei stehen die Resultate für diese beiden Ärgervariablen in einer Abhängigkeit zum Alter, die jedoch gering ist.

*Hypothese 2d): Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden hinsichtlich kompensatorisch überhöhter positiver Emotionen (Cyclothymes Syndrom).*

Ergebnis: Die Befunde zeigen, daß pathologische Spieler gegenüber der Kontrollgruppe in statistisch bedeutsamen Ausmaß von einem Cyclothymen Syndrom betroffen sind. Im DSM-IV und der ICD-10 wird die "zyklothyme Störung" bzw. die Zyklouthymia als lang andauernde "subaffektive" Störung verstanden, d.h. betroffenen Personen schwanken zwischen zwischen hypomanischer und subdepressiver Stimmung.

Das eruierte Ergebnis stimmt mit Resultaten weiterer Untersuchungen an pathologischen Glücksspielern zu diesem Bereich überein (s. 2.5.9, 2.5.8). Weiterhin stützt das Ergebnis die Hypothese des Suchtmodells, daß innerhalb einer Suchtstörung Belastungen und Konflikte durch euphorisches Verhalten passager aufgelöst werden (s. 2.5.2.2) ebenso, wie die Annahme zur affektiven Instabilität bei klinisch relevanten Selbstwertstörungen im allgemeinen (s. 2.3.1).

Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle, daß durch Gewinnereignisse während des Glücksspiels euphorische Gefühle ausgelöst werden können. Das Selbstwertgefühl erfährt so eine Steigerung und die Einschätzung des Verlustrisikos kann so in der Folge optimistisch verzerrt werden (s. Meyer&Bachmann, 2000). Inwieweit nun das Cyclothyme Syndrom auf die Glücksspielabhängigkeit zurückzuführen ist, (also hypomanische Symptome in der Gewinnphase oder in phantasierten Gewinnphasen und depressive Symptome in der Verlustphase) oder ob die Stimmungsschwankungen bereits vor der Manifestation einer

Glücksspielproblematik vorgelegen haben und möglicherweise durch das Spielverhalten verstärkt werden, ist lediglich über ein prospektives Untersuchungsdesign zu klären.

### 5.3 Hypothesen zu Affektdysregulation

*Hypothese 3a): Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich von Kontrollprobanden durch erhöhte Alexithymiewerte.*

Ergebnis: Die Befunde zeigen signifikante Mittelwertsunterschiede sowohl alle Unterskalen (Faktor 1: „Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen und bei der Diskriminierung körperlicher Sensationen“, Faktor 2: „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“, Faktor 3: „Extern orientierter Denkstil“) als auch entsprechend den Gesamtwert betreffend: die Nullhypothese muß verworfen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, daß sich pathologische Spieler durch alexithyme Tendenzen im mindestens fraglich klinischen Bereich auszeichnen. Der Befund kann als Hinweis darauf gewertet werden, daß die untersuchten Glücksspieler ihren Emotionen gewissermaßen hilflos gegenüberstehen (s.a. 4.7.1, Faktor 1 und 2). Entsprechen den Erkenntnissen von Campbell&Lavelle (s. 5.1) könnte man auch von einer Verwirrung über die eigenen Emotionen oder einem Mangel an Selbsterfahrung in diesem Bereich sprechen. Das hieße gleichzeitig, daß nicht auf die Signalwirkung und -funktion von Emotionen bei Entscheidungs- und Handlungsprozessen zurückgegriffen werden kann (LeDoux, 1992), da diese nicht dementsprechend wahrgenommen und verarbeitet werden. Stattdessen ist davon auszugehen, daß der Mangel an Skills zur autonomen Bewältigung von Emotionen bzw. ihrer adaptiven Nutzung sich in einer externen Orientierung niederschlägt (Faktor 3). In ähnliche Richtung verweisen u.a. die Resultate der Untersuchungen von Kusyszyn&Rubenstein (1985, zit.n. Wildman, 1996) oder von Kweitel&Allen (1998), die eine signifikante positive Korrelation zwischen pathologischem Glücksspiel und externalen Kontrollüberzeugungen an 21-jährigen studententischen pathologischen Glücksspielern feststellten.

Das hier gefundene Ergebnis stimmt darüberhinaus mit der Befundlage der Forschung zum Thema pathologisches Glücksspiel und Alexithymie (s. 2.5.6) überein.

*Hypothese 3b): Pathologische Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von Kontrollprobanden durch eine höhere Affektintoleranz bzw. Emotionsvermeidung.*

Ergebnis: Aufgrund der signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen die Unterskalen *Angst vor Ärgergefühlen* und *Angst vor depressiven Gefühlen*, als auch den Gesamtwert betreffend, ist die Hypothese als bestätigt anzusehen. Hinsichtlich der Variablen *Angst vor positiven Gefühlen* und *Angst vor Angstgefühlen* sind numerische Trends hin-

sichtlich eines Mittelwertsunterschieds deutlich erkennbar. Es ist demnach davon auszugehen, daß die untersuchten Spieler im Vergleich zur Kontrollgruppe die negative Affekte Ärger und Depression in signifikant geringerem Maße tolerieren und zu unterdrücken versuchen.

Ein Erklärungsansatz für diese Resultate findet sich, wenn man den Demontageprozeß des Escape-Modells zugrundelegt. Dann ist davon auszugehen, daß - basierend auf der eruierten Selbstwertproblematik - negative selbstbezogene Emotionen vermieden werden (s. 2.3.3). Entsprechend des Modells befänden sich pathologische Glücksspieler generell in einem eher emotionsvermeidendem Zustand.

#### **5.4 Hypothese zum Zusammenhang zwischen Selbstkonzept und Affekten**

*Hypothese 4: Es existiert ein Zusammenhang zwischen Selbstwertproblematik, negativer Affektivität und Affektdysregulation bei pathologischen Spielern.*

Ergebnis: Zwischen den für die Hypothese relevanten Variablen zeichnen sich statistisch signifikante Zusammenhänge ab, so daß die Hypothese als bestätigt zu betrachten ist (s. Tabelle 14).

Der FSKN- Gesamtwert (Selbstkonzept) korreliert negativ und hochsignifikant mit negativer Affektivität, insbesondere mit Zustandsangst, Depressivität und Anger-In. Vor dem Hintergrund der Selbstdiskrepanztheorie (s. 2.3.2) ist davon auszugehen, daß das vorliegende (z.T. implizite) negative Selbstkonzept der pathologischen Glücksspieler über chronische Selbstdiskrepanzen zu einer chronischen, negativ getönten Affektlage führt.

Unter Einbezug des Escape-Modells (s. 2.3.3) läßt sich die hochsignifikante negative Korrelation des Selbstkonzept-Gesamtwertes mit Maßen der Affektintoleranz bzw. Affektvermeidung (Affective Control Scale) erklären: es besteht bei den untersuchten Glücksspielern definitiv eine Tendenz, negative Affekte zu unterdrücken und auszublenden, um dem als hauptsächlich aversiv erlebten emotionalen Bereich auszuweichen. Diese Tendenz geht einher mit einem grundlegenden Defizit im Bereich der Affektregulation (Toronto Alexithymia Scale-20), das sowohl mit negativer Affektivität als auch negativ mit dem Selbstkonzept korreliert. Anders formuliert: es besteht eine basale negative Affektlage und eine Affektdysregulation in Zusammenhang mit einer Selbstwertproblematik.

Aus den in der vorliegenden Arbeit ermittelten Befunden ergibt sich so folgende mögliche, für die Praxis relevante Schlußfolgerung: werden selbstbezogene, negative Emotionen ständig vermieden, ergibt sich kaum die Möglichkeit, Ansätze zu ihrer Bewältigung zu erproben, so daß - im Sinne eines Teufelskreises - eine Unsicherheit und Mangel an Verarbeitungsstrategien ihnen gegenüber aufrechterhalten würde (s. 6.1.1).

## 5.5 Hypothese zur Achse-I-Komorbidität

*Hypothese 5: Aufgrund der Annahme einer affektiven Dysregulation in Abhängigkeit von einer Selbstwertstörung besteht bei pathologischen Glücksspielern eine - im Vergleich zu der Kontrollgruppe - signifikant höhere Achse-I-Komorbidität vor allem in Hinblick auf affektive Störungen.*

Ergebnis: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen für die Achse-I-Störungsbereiche: Angststörungen, Depressive Störungen, Cyclothymes Syndrom und Alkoholismus bestätigen die Hypothese. Demnach ließe sich schlußfolgern, daß eine u.a. mit einem negativen Selbstkonzept zusammenhängende, basale negative Affektlage und eine mangelnde Emotionsverarbeitung eine hohe Achse-I-Komorbidität begünstigen.

Legt man CEST (s. 2.2) zugrunde, ergibt sich ein zusätzlicher Erklärungsansatz für die relativ hohe Komorbidität bei pathologischen Glücksspielern. Laut CEST entwickelt sich eine Psychopathologie unter anderem durch Inkongruenzen im erfahrungsbezogen-emotionalen mentalen System. Eine Selbstwertproblematik stellt eine solche Inkongruenz im Sinne einer Unterrepräsentanz von Selbstwertbedürfnissen im emotionalen System dar. Ohne daß spezifische Voraussagen hinsichtlich der Art der Psychopathologie getroffen werden, begünstigt gemäß CEST eine derartige Konstellation psychische Störungen, wie sie in der vorliegenden Untersuchung an den pathologischen Glücksspielern anhand des DIPS diagnostiziert wurden. Die in dieser Arbeit eruierte Achse-I-Komorbidität bei pathologischen Glücksspielern befindet sich darüberhinaus weitestgehend in Übereinstimmung mit dem aktuellen Forschungsstand hinsichtlich affektiver und Angststörungen sowie substanzbezogener Abhängigkeit. Damit wird die in der Literatur kursierende Aussage, Achse-I-Störungen seien für die Beschreibung von pathologischen Glücksspielern nicht relevant, mindestens in Frage gestellt (s. 2.5.9).



## 6 Synopsis, Integration und offene Fragen

### 6.1 Synopsis und Integration

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Gruppe behandlungsbedürftiger pathologischer Glücksspieler hinsichtlich einer Achse-I-Diagnostik, des Selbstkonzepts und verschiedener emotionaler Maße vor dem Hintergrund der Selbstdiskrepanz-Theorie (s. 2.3.2) und des Escape-Modells (s. 2.3.3) mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die untersuchten Glücksspieler nahmen im Durchschnitt knapp 16 Jahre an Glücksspielen teil, so daß von einem chronifizierten Glücksspielverhalten auszugehen ist.

Die Selbstdiskrepanztheorie und das Escape-Modell haben Annahmen zum Zusammenhang zwischen negativem Selbstwert und negativer Emotionalität zum Inhalt. Aus psychodynamischer Perspektive wird bei Abhängigkeits- und Selbstwertstörungen zusätzlich eine emotionale Labilität (z.B. Denzin, 1987; s. 2.5.5) postuliert. Die in der vorliegenden Arbeit eruierten Resultate und Zusammenhänge stützen die psychodynamisch orientierten ätiologischen Annahmen zur Suchtentstehung.

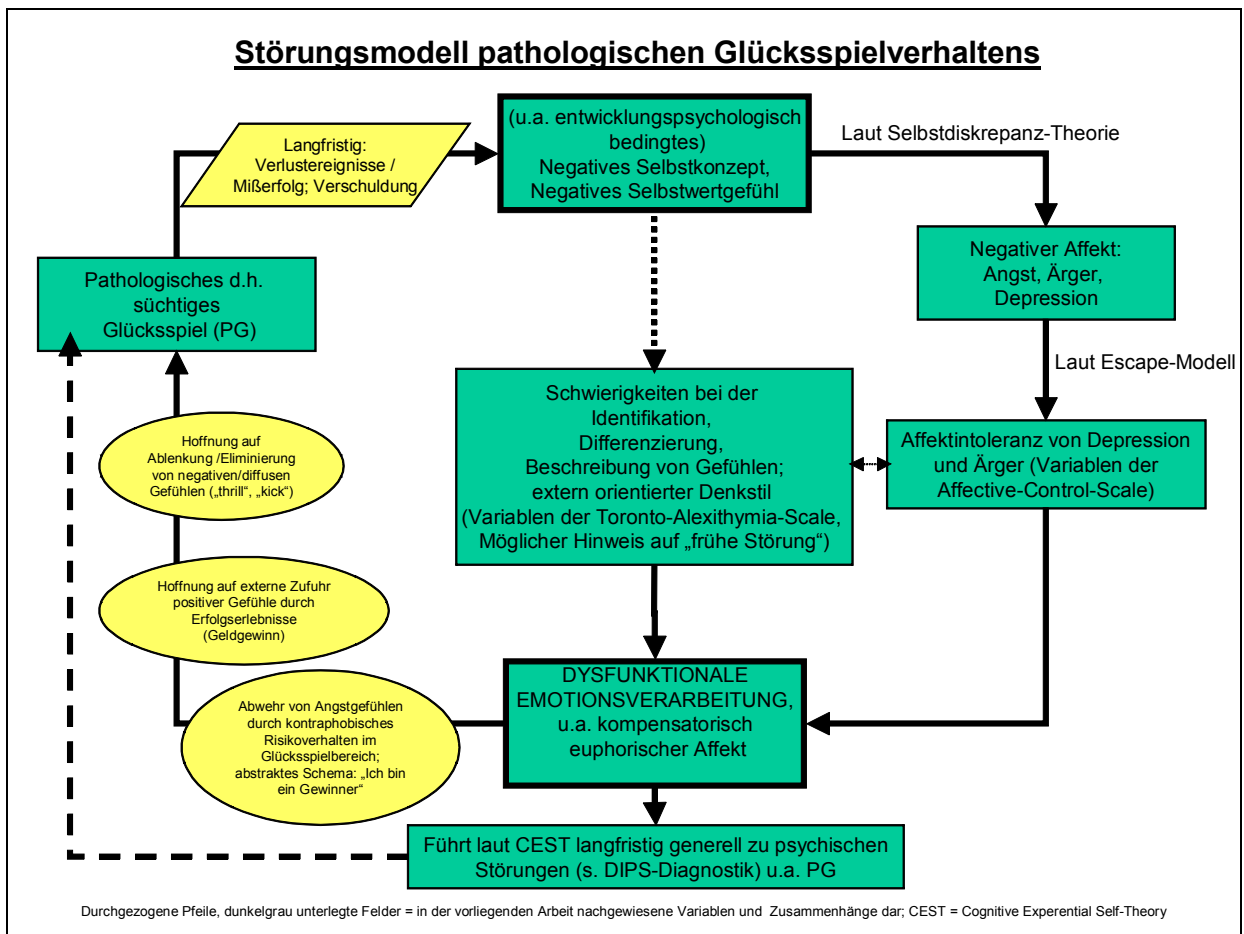
Innerhalb der von Lürßen (1980) definierten Grobkategorisierung der drei Entstehungsbedingungen der Sucht entspricht dieser Ansatz der besonderen Fokussierung *der Persönlichkeit des Süchtigen*, wobei die Kategorien der *Droge mit ihren Eigenschaften und Art der Anwendung* und dem *Milieu und soziokulturellen Faktoren* in dieser Untersuchung nicht explizit miteinfaßt wurden. Da es sich bei dieser Untersuchung nicht um ein prospektives Design handelt, ist die Frage, ob die signifikanten Unterschiede auf prämorbid Bedingungen oder auf das pathologische Glücksspiel zurückzuführen sind, an dieser Stelle nicht abschließend zu klären. Legt man die Resultate weiterer Untersuchungen ebenso wie psychodynamische Entstehungstheorien der Sucht zugrunde (s. 2.3.1, 2.5.2.2), machen die vorliegenden Resultate allerdings das prämorbid Vorliegen zumindest einiger der untersuchten Variablen wahrscheinlich. Verfolgt man diese Annahme weiter, wäre davon auszugehen, daß das pathologische Glücksspielverhalten die Funktion erhält, beängstigende Affekte, die mit selbstwertbedrohlichen internen oder externen Ereignissen oder auch mit für den Betroffenen diffusen Affekten in Zusammenhang stehen, defensiv zu regulieren.

Zieht man das von Garber&Hollon (1991) thematisierte Modell der ursächlichen Unspezifität heran, wäre denkbar, daß die hier gefundenen Variablen für die Entwicklung pathologischen Glücksspiels vulnerabel machen, daß aber noch weitere Einflüsse zur Manifestierung einer Glücksspielssucht, wie z.B. Wirkung des Glücksspiels (s. Meyer, 1983) oder die sozio-kulturellen Bedingungen (z.B. Modellernen), unter denen das Glücksspiel aufgenommen wird, eine Rolle spielen. Ursächliche Unspezifität meint hier, daß gewisse (Persönlichkeits-) Variablen durchaus ursächlich zur Entstehung einer Störung beitragen kön-

nen, es jedoch noch von zusätzlichen anderen Einflußgrößen abhängt (wie eben z.B. dem sozialen Umfeld, der Verfügbarkeit und Wirkung eines Suchtmittels etc.), welche Störung sich dominant manifestiert. Beispielsweise wäre denkbar, daß bei einer Person einige der in der vorliegenden Arbeit eruierten Variablen vorliegen, sie aber aufgrund des sozialen Kontextes (z.B. Modellernen, „Vater hatte immer körperliche Beschwerden“), anderen Umgebungsvariablen (z.B. keine Verfügbarkeit von Drogen) und zusätzlichen organischen Determinanten eine psychosomatische Störung und keine Abhängigkeitsstörung im Glücksspielbereich entwickelt.

Innerhalb der Forschung zu pathologischem Glücksspiel wurden viele der vorliegend überprüften Variablen bisher mehr oder weniger isoliert voneinander untersucht und thematisiert. Die Selbstdiskrepanztheorie, das Escape-Model und die Cognitive-Experiential-Self-Theory legen jedoch Zusammenhänge zwischen den Variablen nahe. Daher war es das vorrangige Anliegen dieser Arbeit, an einer Gruppe pathologischer Glücksspieler das parallele Auftreten der Variablen, das sich aus den genannten Theorien schlußfolgern läßt, zu überprüfen. Die verifizierten signifikanten Gruppenunterschiede und Zusammenhänge lassen wiederum aufgrund von psychodynamischen Theorien zur Suchtentwicklung die Schlußfolgerung zu, daß es sich bei pathologischen Glücksspielverhalten um eine Abhängigkeitsstörung (und nicht etwa um eine Zwangsstörung oder anderes, s.a. 2.5.3.1) handelt. Dies ist wiederum aufgrund der nosologischen Kontroverse hinsichtlich der diagnostischen Einordnung pathologischen Glücksspiels und psychotherapeutischer Maßnahmen relevant (s. 2.5.2.1, 2.5.4). Insgesamt wurde versucht, eine schulenübergreifende, dem aktuellen Stand der Forschung angepaßte Perspektive zu wählen.

Das folgende Schaubild faßt die an den untersuchten pathologischen Glücksspielern eruierten Befunde und die daraus abgeleitete, das Störungsverhalten aufrechterhaltende Dynamik modellhaft zusammen:



**Schaubild 1 Abgeleitetes Störungsmodell - Hypothesen und Resultate**

Ausgehend von einem - wahrscheinlich entwicklungspsychologisch bedingten ( s. 2.3.1) - vorliegenden, negativen Selbstkonzept konnten hiermit in Zusammenhang stehende negative Affekte (Angst, Ärger, Depression) in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler eruiert werden (s. Tabelle 14). Laut Escape-Modell motivieren selbstbezogene, negative Emotionen über eine Wahrnehmungseinengung eine Unterdrückung bzw. eine Flucht vor diesen Gefühlen, was zu einer dysfunktionalen Emotionsverarbeitung führt (s.2.3.3). Variablen der dysfunktionalen Emotionsvermeidung (ACS) sind in der untersuchten Spielergruppe nachgewiesen worden.

Als weitere Variable dysfunktionaler Emotionsverarbeitung wurde die Alexithymie untersucht und in der Gruppe der pathologischen Glücksspieler nachgewiesen. Alexithymie wird in der aktuellen Literatur als entwicklungspsychologisch bedingtes, situationsübergreifendes Defizit (Trait) in der kognitiven Verarbeitung von Emotionen konzeptualisiert. Demnach ist bei Vorliegen alexithymer Merkmale im klinischen bzw. wie hier im fraglich klini-

schen Bereich an eine mögliche "frühe Störung", also an ein strukturelles Defizit im Sinne einer Persönlichkeitsstörung, wie sie auch von psychodynamisch orientierten Autoren für die Entstehung von substanzgebundenen Suchtstörungen postuliert wird (s. Schretzenmayer, 1993), zu denken. Lassen sich im individuellen Fall keine klinisch relevanten alexithymen Merkmale, jedoch eine dysfunktionale Affektkontrolle feststellen, wäre mehr von einer neurotischen, konflikthaften Konstellation auszugehen.

Auf jeden Fall begünstigt sowohl dem Alexithymie-Ansatz zufolge als auch gemäß der Cognitive-Experiential-Self-Theorie (s. 2.2) und dem "Selbstwert-Ansatz" (s. 2.3.1) eine dysfunktionale Emotionsregulation generell die Entwicklung psychischer Störungen, die bei den pathologischen Glücksspielern anhand der DIPS Diagnostik eruiert werden konnte: diese Resultate verweisen auf eine im Vergleich zu der Kontrollgruppe hohe Achse-I-Komorbidität bei den Glücksspielern.

Werden Affekte und Emotionen nicht funktional bzw. unzureichend verarbeitet, liegt es dem Escape-Modell zufolge nahe, daß sich die betroffene Person suchtartig zu Aktivitäten hingezogen fühlt, die eine (kurzfristige) Ablenkung von diesen aversiven und beängstigenden Affekten gewährleisten (z.B. Glücksspiel, Bulimie, exzessives Arbeiten, exzessives Kaufen etc.), jedoch langfristig aufgrund der Folgeproblematik das negative Selbstwertgefühl im Sinne einer self-fulfilling prophecy bestätigen. Insbesondere im Glücksspielbereich wird eine externe Zufuhr von selbstwerterhöhenden positiven Gefühlen durch den angestrebten Geldgewinn oder kontraphobisches, "hypermaskulines" Risikoverhalten antizipiert. Eine interne, autonome Regulation und Zufuhr von angenehmen Gefühlen wird hingegen nicht geleistet. Darüber, daß die langfristige, süchtige Teilnahme an Glücksspielen vielfältige soziale und persönliche negative Konsequenzen mit sich bringt (Verschuldung, mangelnde Konzentration auf andere Aufgabenbereiche, soziale Isolation, Verheimlichung des Glücksspielverhaltens, Kriminalität etc., s. Meyer&Bachmann, 2000), ist in der Literatur hinreichend berichtet worden. Diese sekundäre Symptomatik erhält das negative Selbstwertgefühl aufrecht bzw. verstärkt es. Im Sinne eines Teufelskreises wird das Glücksspiel erneut aufgesucht, um so die mit dem aufrechterhaltenem bzw. verstärktem negativen Selbstwertgefühl einhergehenden negativen bzw. diffusen Gefühle wiederum "auszuschalten".

Im folgenden soll erläutert werden, was die hier gefundenen Resultate zu der nosologischen Frage und zu der Durchführung von Psychotherapie bei pathologischen Glücksspiel beitragen können.

### ***6.1.1 Beitrag der Befunde zur nosologischen Frage und zur Psychotherapie***

Das psychodynamisch orientierte Ursachenmodell zur Entstehung von Suchtstörungen fokussiert neben der Wirkung der Droge und soziokulturellen Einflüssen besonders persön-

lichkeitsbezogene Variablen (s. 2.6.1). Es wird davon ausgegangen, daß süchtiges Verhalten durch ein negatives bzw. fragiles Selbstkonzept und eine daraus resultierende unzureichende Affektverarbeitung bedingt ist. Das stoffgebundene oder stoffungebundene Suchtmittel erhält die Funktion einer affektregulierenden, entäußerten Instanz bei negativen oder diffusen Gefühlen. Hierbei wird von einem Defizit der abhängigen Person ausgegangen, diese Affekte zu tolerieren und interne Lösungsmöglichkeiten zu finden, so daß das Suchtmittel immer wieder - eben abhängig - aufgesucht werden muß.

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung bestätigen diese Annahmen sowohl zu einem ungünstigen Selbstkonzept als auch bezüglich des Vorliegens einer negativen und labilen Affektivität und einem dysfunktionalen Emotionsmanagement. Darüberhinaus sind die hier untersuchten Variablen (Eigenschaftsangst, Depression, negatives Selbstkonzept, dysfunktionale Affektregulation sowie eine generell erhöhte Achse-I-Komorbidität) auch an Patienten mit einer substanzgebundenen Suchtstörung (Drogen, Alkohol) nachgewiesen worden (z.B. Hull&Young, 1983, Taylor&Pilar, 1992, Abraham&Fava, 1992, Deusinger, 1986, Wilson et al., 1989, Kushner et al., 1990, Krausz et al., 1998).

Eine Einordnung Pathologischen Glücksspiels als stoffungebundene Abhängigkeit wäre unter Einbezug weiterer Kernmerkmale von Suchtstörungen (z.B. Kontrollverlust), wie in der Literatur zu Pathologischem Glücksspiel hinreichend beschrieben (s. z.B. Meyer, 1983, Meyer&Bachmann, 2000), demnach konsequent.

Alternativ wird in der Literatur zu pathologischem Glücksspiel auch eine bisher nicht empirisch untermauerte Zuordnung des Pathologischen Glücksspiels zu den Zwangsstörungen bzw. Zwangsspektrumsstörungen versucht (s. 2.6.2.1). Hierzu existiert bisher kein expliziertes ätiologisches Modell, so daß auch die Überprüfung anhand eines solchen noch zu entwickelnden Modells aussteht. Empirisch konnten Kernmerkmale der Zwangsstörung an pathologischen Glücksspielern bisher nicht nachgewiesen werden (s. Blasczynski, 1999). Darüberhinaus scheint auch aus theoretischen Überlegungen heraus diese Zuordnung eher unplausibel. Sowohl bei Zwangsstörungen als auch beim Pathologischen Glücksspiel sind Angstgefühle bedeutsam involviert. Bei der Zwangsneurose werden sie jedoch anders reguliert als beim Pathologischen Glücksspiel, nämlich über antizipierte, unrealistische Katastrophen (z.B. Angst vor Kontamination), die durch übermäßiges Sicherheitsverhalten "in Schach" gehalten, also abgewehrt werden sollen (pathologisches Kontrollverhalten). Der Glücksspielpatient hingegen antizipiert in unrealistischem Ausmaß Gewinn- und Erfolgsergebnisse im Glücksspielbereich, blendet Gefahren im Sinne einer Angst vor finanziellen Verlusten aus. Er ist eher pathologisch risikobereit. Eine Angstregulation erfolgt kontraphobisch und nicht wie beim Zwangspatienten phobisch-vermeidend. Aus diesem Grund ist in der Therapie von Zwangspatienten ein angemessenes Risikoverhalten auch zu fördern, während dies beim Glücksspielpatienten kontraindiziert wäre. Auch ist fraglich, ob bei Zwangspatienten - wie bei den hier

ob bei Zwangspatienten - wie bei den hier untersuchten Glücksspielern - eine emotionale Labilität im Sinne eines Cyclothymen Syndroms vorliegt. U.a. emotional bedingte Belastungen und Konflikte werden in der Zwangsstörung nicht durch euphorisches Verhalten passager notgelöst, wohl aber beim Glücksspieler (s.2.6.1).

Vermutlich geschieht die Zuordnung des Pathologischen Glücksspiels zu Zwangsstörungen aus der Beobachtung heraus, daß auch beim Pathologischen Glücksspiel neurotische Mechanismen am Werke sind (sog. "Neurosenmodell des Pathologischen Glücksspiels", s. 2.5.2). Es sind allerdings auch nur diese Mechanismen, die in diesem Modell betrachtet werden. Das Vorhandensein neurotischer Merkmale allein rechtfertigt jedoch nicht die Zuordnung zu einer Neurose und gleichzeitig schließt die Zuordnung zu einer Neurose - wie implizit im Neurosenmodell zu Pathologischem Glücksspiel angenommen - eine Suchtstörung nicht aus. Wurmser (1997, 1999) stellt fest, daß die Übergänge zwischen schwerer Neurose und "früher Störung" fließend sein können (hierauf könnte auch die hochsignifikante Interkorrelation der Variablen "Alexithymie" mit der Affective Control Scale verweisen). Einer Suchtstörung könnte demnach sowohl eine frühe Störung (hier wäre traditionell gesehen in der Therapie verstärkt Defizite im Bereich der Affektregulation zu bearbeiten) als auch eine

Neurose (hier wäre traditionell gesehen eine verstärkt konfliktzentrierte Intervention indiziert und dysfunktionale Affektvermeidung zu bearbeiten) zugrunde liegen.

Die nosologische Einordnung des Pathologischen Glücksspiels als Zwangsstörung hat Konsequenzen für die Therapie: innerhalb dieses Modells spielt der Abstinenzgedanke eine untergeordnete Rolle. Statt dessen ist die Selbstkontrolle des Glücksspielverhaltens erklärtes Ziel der Therapie.

Vor dem Hintergrund der hier eruierten Resultate ist dieses Therapieziel als kritisch zu bewerten. Anhand der an der vorliegend untersuchten Stichprobe gewonnenen Ergebnisse wäre zu schließen, daß das Glücksspielverhalten die Funktion erhält, beängstigende, bedrohliche Affekte zu regulieren. Wird nun die Abstinenz nicht als therapeutisches Ziel definiert, so hat der Patient die Möglichkeit, über das exzessive Glücksspiel weiterhin eine Konfrontation mit diesen Gefühlen zu vermeiden. Genau diese Vermeidung verhindert aber das (mühsame) Erlernen von sinnvollen und weniger langfristig selbstdestruktiven Strategien zum Emotionsmanagement. Der Glücksspiel-Patient kann sich ohne definiertes Abstinenzziel innerhalb der Therapie „ein Hintertürchen“ offen lassen und wann immer die Gefühle „unerträglich“ werden, das Glücksspiel weiter aufsuchen. Anders formuliert: das Ziel der Selbstkontrolle des Glücksspielverhaltens bei vorliegender negativer und labiler Affektivität kann insbesondere in der Anfangsphase der Therapie zu einer Überforderung des Patienten und so zu einem erneuten Kontrollverlust und Rückfall führen, solange dieser keine alternativen Emotionsbewältigungsstrategien entwickelt hat. Wird dies nicht proble-

matisiert, sind dem Patienten Möglichkeiten genommen, therapiegeleitet Affektregulationskompetenzen zu erlangen. Sinnvoller wäre es, mit dem Patienten diese Funktion des Glücksspiels zu erörtern und unter Berücksichtigung des ungünstigen Selbstwertgefühls einen funktionaleren Umgang mit Emotionen zu erarbeiten als durch das Aufsuchen von Spielsituationen. Der automatisierte, selbstschädigende Mechanismus: *diffuse bzw. negative Affekte* → *exzessives, ruinöses Spielen* kann nur dann unterbrochen werden, wenn der Patient Einblick in Ursachenzusammenhänge gewinnt, eine alternative Strategie zum Emotionsmanagement zur Verfügung hat und somit an Entscheidungsfreiheit über seine Verhaltensweisen gewinnt. Idealerweise würde sich der Patient, der es mit der Therapie ernst meint, u.a. aus dieser Logik heraus auch aus eigener Motivation zunächst auf eine Abstinenz vom Glücksspiel einlassen können. Hierbei können Cue-Exposure-Übungen hilfreich sein, also das geleitete, begleitete Aufsuchen von Spielhallensituationen ohne zu spielen, wobei die dabei entstehenden Kognitionen und Emotionen verbalisiert und bearbeitet werden.

Da vor dem Hintergrund der vorliegenden Resultate u.a. die Modifikation des emotionalen Bereichs besonders wichtig erscheint, bietet sich die Anwendung psychotherapeutischer Techniken an, die diesen Bereich gezielt ansprechen. Solche z.B. imaginativen Verfahren sind aus verschiedenen Therapieschulen bekannt (z.B. Lazarus, 1980, Singer&Pope, 1986, Leuner, 1994). Techniken zur Modifikation eines negativen Selbstkonzepts sind u.a. von Zimmer (1996) beschrieben worden, wobei zu berücksichtigen ist, daß das negative Selbstkonzept - gerade bei pathologischen Glücksspielern - in bestimmten Bereichen implizit vorliegen kann.

Grundsätzlich sollte in der Therapie von Glücksspielverhalten auch immer eine Thematisierung der sich aus dem chronifiziertem Glücksspielverhalten entwickelten Eigendynamik erfolgen (z.B. pathologisches Glücksspiel als automatisierte und einzige „Problemlösestrategie“, „Verlustjagen“, Verheimlichung des Glücksspiels im sozialen Umfeld, Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche, Verschuldung, Kriminalität, Kritikunfähigkeit, Unzuverlässigkeit; kritisches Gewöhnungsstadium, s. Meyer&Bachmann, 2000). Ebenso ist in diesem Zusammenhang auch eine Thematisierung der oft gegebenen sozialen bzw. interaktionalen Defizite der Patienten (s.a. 5.1) wesentlich. Für die Psychotherapie von behandlungsbedürftigen Glücksspielern läßt sich ausgehend von den hier gefundenen Resultaten jedenfalls die Abstinenz von Glücksspielaktivitäten zumindest in der Anfangsphase der Therapie befürworten (bei strukturellen Defiziten eher längerfristig), bis eine alternative Affektregulationskompetenz erworben werden konnte. Hierbei ist auch aus praktischer Sicht zu berücksichtigen, daß der Einhalt einer klaren Abstinenz für viele Personen mit einer Abhängigkeitsstruktur "einfacher" durchzuführen ist, als eine Selbstkontrolle des Suchtverhaltens, da diese zumindest für Patienten mit strukturellen Defiziten wie bereits

erwähnt eine Überforderung darstellt. Anders formuliert: Könnte der Patient das Verhalten selbst kontrollieren, wäre er nicht süchtig und bräuchte zumindest in dieser Hinsicht keine Therapie.

Zusammenfassend gesagt legen die Resultate der vorliegenden Arbeit bei gegebener pathologischem Glücksspielverhalten eine Abstinenz von Glücksspielaktivitäten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Therapiephasen und der persönlichkeitsbedingten, individuellen Funktion des Spielverhaltens nahe, was den Grundsätzen jeder Suchttherapie bei der Abhängigkeit von nicht lebensnotwendigen Stoffen entspräche.

### **6.1.2 Fazit**

Solange eine diagnostische Unklarheit hinsichtlich des Störungsbereiches Pathologisches Glücksspiel bzw. stoffungebundene Sucht herrscht (s. 2.5.2.1), kann das Pathologische Glücksspiel als eigenständige Diagnose nicht offiziell als behandlungsbedürftige stoffungebundene Abhängigkeitsstörung in gängige diagnostische Systeme aufgenommen werden. Entsprechend werden auch völlig unterschiedliche, bisher nicht unbedingt wissenschaftlich abgeleitete Therapieziele hinsichtlich abhängigen Glücksspielverhaltens propagiert und aufrechterhalten.

Dies hat für die Betroffenen zur Folge, daß eine Finanzierung ihrer Therapie nur unter inadäquaten, nicht suchtspezifischen „Labeln“ wie z.B. der Depression erfolgen kann. Damit wird der ohnehin schon häufig gegebenen, suchtypischen Tendenz der Betroffenen Vorschub geleistet, ein abhängiges Spielverhalten zu bagatellisieren, zu leugnen und nicht als das zu thematisieren, was es ist, nämlich eine individuell mehr oder weniger schwer ausgeprägte stoffungebundene Abhängigkeit. Die individuelle Krankheitseinsicht und das rechtzeitige Aufsuchen professioneller Suchttherapie wird so erschwert (s. Meyer&Bachmann, 2000).

Für Therapeuten hat die fehlende Aufnahme der Glücksspielsucht in die diagnostischen Systeme zur Folge, daß sie - wollen sie pathologische Glücksspieler z.B. ambulant therapieren - dieses „Spiel“ der unkorrekten diagnostischen Einordnung z.T. „mitmachen müssen“, da sonst die Genehmigung und Finanzierung der Therapie in Frage gestellt ist. Statt eine Therapie für die Störung "Glücksspielsucht" beantragen zu können, muß auf eine diagnostische Hilfskonstruktion zurückgegriffen werden, z.B. *Störung der Impulskontrolle-pathologisches Glücksspiel - mit depressiver Episode*, die unpräzise ist und aus der sich auch keine eindeutigen Therapieziele ableiten lassen. Schließlich gibt es die offizielle Diagnose der Glücksspielabhängigkeit (bisher) nicht. Innerhalb der traditionell-medizinischen Orientierung ist es wahrscheinlich, daß Suchtdiagnosen mit den daraus abgeleiteten suchtspezifischen Therapiezielen nur im Sinne einer substanzgebundenen Sucht



akzeptiert werden, obwohl diese Einstellung angesichts der aktuellen Resultate überholt ist (s. 2.3.1.3).

Dies alles sind äußerst ungesunde Ausgangsbedingungen für eine Psychotherapie, ganz besonders der Therapie einer Abhängigkeitsstörung. Hier besteht dringend Änderungsbedarf, insbesondere da diese diagnostische Unentschlossenheit angesichts der Resultate zum Thema zumindest aus klinisch-wissenschaftlicher Sicht überflüssig erscheint.

## **6.2 Offene Fragen**

An die Befunde und Schlußfolgerungen schließen sich weiterführende und methodenkritische Fragen an:

- Vor dem Hintergrund des aktuellen Wissens über Borderline-Persönlichkeitsstörungen und narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, die in dieser Arbeit nicht explizit eruiert wurden, wäre von Interesse, empirisch abzuklären, inwieweit Achse-II-Störungen die hier vorliegenden Befunde möglicherweise begründen und somit zusätzlich verifizieren oder auch nicht. Laut Kipp & Stolzenburg (2000) sind Suchterkrankungen (stoffgebundene) nicht zwangsläufig auf eine strukturelle (frühe) Persönlichkeitsstörung zurückzuführen.
- Bisherige Studien zu pathologischem Glücksspielverhalten haben in der Regel eine negative Affektivität, vor allem Depressivität als verursachende und aufrechterhaltende Bedingung für das Spielverhalten postuliert (z.B. im „Negative-State-Modell“ von Hand, 1998; s. 2.5.3). Untersuchungen zur Achse-I-Komorbidity und Impulsivität bei pathologischen Glücksspielern (s. 2.3.4, 2.5.9) und die vorliegenden Ergebnisse weisen auf eine komplexere emotionale Dynamik hin, die neben der Depressivität auch klinisch relevante kompensatorisch-euphorische Phasen sowie Angststörungen und unterdrückte Ärgergefühle beinhaltet (s. Tabelle 15). Es ist also eher von einer Affektlabilität auszugehen, deren Rolle hinsichtlich süchtigen Glücksspielverhaltens auch vor dem Hintergrund der oben genannten Persönlichkeitsstörungen noch genauer zu eruiieren und abzuklären wäre.
- Hinsichtlich der in der vorliegenden Arbeit eruierten Selbstwertproblematik bei pathologischen Glücksspielern wäre unter Entwicklung adäquater Überprüfungsdesigns angesichts neuerer Erkenntnisse zur Selbstkonzeptforschung genauer zu untersuchen, ob das Selbstwertgefühl bei pathologischen Glücksspielern stabil oder instabil niedrig vorliegt.
- Hinsichtlich des kompensatorisch positiven Affekts (das heißt der passageren Selbstwerterhöhung), der im Sinne einer kontraphobischen Abwehr während einer Spielsequenz eine vorübergehende Angstfreiheit gewährleistet, wäre bezüglich psychothera-

peutischer Maßnahmen von Interesse, ob die hohe Rückfallquote in dieser affektregulatorischen Funktion des Problemverhaltens begründet ist.

- Die Affective-Control-Scale (ACS) ist in der hier von der Verfasserin vorgenommenen vorliegenden Übersetzung erstmalig im deutschen Sprachraum zur Anwendung gekommen. Geht man von einer noch zu überprüfenden Validität der Skala in der zur Anwendung gekommenen Übersetzung aus, weisen die vorliegenden Resultate eine signifikante Korrelation mit der Toronto-Alexithymia-Scale-20 auf. Dies kann als Hinweis auf eine vorhandene innere Validität der ACS hinsichtlich des Konzepts der Affektdysregulation gewertet werden. In zukünftigen Untersuchungen wäre es von Interesse, die (plausible) Beziehung zwischen Affektintoleranz und alexithymen Merkmalen - ob über die Anwendung des ACS oder anderweitig - genauer abzuklären.
- Es wird vermutet, daß sich die Ergebnisse auch an größeren Stichproben replizieren lassen - eine weitere, dahingehende Überprüfung wäre wünschenswert.
- Grundsätzlich besteht ein Defizit an Längsschnittstudien hinsichtlich der Eruierung von Risikofaktoren für die Entwicklung süchtigen Glücksspielverhaltens. Das Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie war ebenso nicht zur abschließenden Klärung dieser Frage konzipiert, sondern hatte vielmehr die Thematisierung und Klärung von bisher nicht untersuchten Zusammenhängen zwischen diversen Problembereichen zum Ziel. Dennoch besteht weiterhin dringend Bedarf, die Rolle einer Selbstwertproblematik für die Entstehung der Glücksspielsucht zu definieren und entsprechende langfristig angelegte Überprüfungsdesigns durchzuführen.

## 7 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden hypothetische Zusammenhänge zwischen negativem Selbstkonzept, affektiver Dysregulation und DSM-III-Achse-I-Komorbidität an 28 pathologischen, durchschnittlich seit 16 Jahren spielenden behandlungsbedürftigen Glücksspielern im Vergleich zu 28 Kontrollprobanden untersucht. Zu diesem Zweck kamen folgende Untersuchungsinstrumente zum Einsatz: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS), Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), Toronto-Alexithymia Scale – 20 (TAS 20), Affective Control Scale (ACS), Beck-Depressionsinventar (BDI), State-Trait-Angstinventar (STAI), State-Trait-Ärger-Ausdrucksinventar (STAXI), Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG).

Es konnten folgende Nachweise geführt werden:

- Die pathologischen Glücksspieler unterscheiden sich signifikant von den Kontrollprobanden durch ein negativeres Selbstkonzept im Sinne einer Selbstwertproblematik.
- Bei den pathologischen Glücksspielern liegt im Vergleich zu Kontrollprobanden ein signifikant höheres Ausmaß negativer Emotionalität (Angst, unterdrückter Ärger, Depression) vor.
- Bei den pathologischen Glücksspielern liegt im Vergleich zu Kontrollprobanden eine signifikant erhöhte Affektdysregulation sowohl im Sinne einer Alexithymie als auch einer Affektintoleranz vor.
- Bei den pathologischen Glücksspielern besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Selbstwertproblematik, negativer Affektivität und Affektdysregulation. Vor dem Hintergrund der Selbstdiskrepanztheorie und des Escape-Modells kann daher als nachgewiesen gelten, daß die negative Affektlage der pathologischen Glücksspieler u.a. aus einer Selbstwertproblematik resultiert.
- Bei den pathologischen Glücksspielern mit eruiertem Selbstwertproblematik und Affektdysregulation liegt im Vergleich zu Kontrollprobanden eine signifikant höhere DSM-III-Achse-I-Komorbidität vor, vor allem in Hinblick auf affektive Störungen. Im Einzelnen konnte der Nachweis für Angststörungen, depressive Störungen und das Cyclothyme Syndrom geführt werden. Darüber hinaus liegt bei pathologischen Glücksspielern hinsichtlich des Gruppenvergleichs eine signifikant höhere Rate an Alkoholismus vor.
- Resultate einer ergänzend durchgeführten Faktorenanalyse der Variablen ergaben hauptsächlich eine bipolare Struktur der ermittelten Faktoren. Für die Faktoren *Positives Selbstkonzept versus negative Gefühle und Affektdysregulation* sowie *Soziale Standfestigkeit versus Angst und externale Orientierung* ließen sich hochsignifikante Gruppenunterschiede zwischen den Hauptkomponentenscores ermitteln.

- Eine Diskriminanzanalyse ergab, daß die Kombination von fünf der untersuchten Variablen, nämlich das *Selbstkonzept der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit*, *Angst vor Angstgefühlen*, *Selbstkonzept der allgemeinen Leistungsfähigkeit*, *Anger-In* und *Anger-Out* zwischen den Gruppen mit einer sehr hohen Vorhersagewahrscheinlichkeit zu trennen vermögen.

Die sogenannte „Sucht-Neurose-Kontroverse“ (Zwangsspektrumsstörung vs. stoffungebundene Abhängigkeit) wird hinsichtlich der diagnostischen Einordnung pathologischen Glücksspielverhaltens aus einer schulenübergreifenden Perspektive kritisch erörtert und die Resultate der vorliegenden Untersuchung in den aktuellen Stand der Forschung zu diesen Themen eingereiht. Die erzielten Ergebnisse unterstützen das psychodynamisch orientierte Ursachenmodell zu Sucht- und Abhängigkeitsstörungen, in dem den untersuchten Aspekten *Selbstkonzept bzw. Selbstwertproblematik*, *Affektdysregulation* und eine damit einhergehende Komorbidität eine zentrale, die Störung bedingende und aufrechterhaltende Rolle zugewiesen wird. Anhand der in der vorliegenden Untersuchung eruierten Ergebnisse wurde ein Störungsmodell pathologischen Glücksspiels entwickelt. Diagnostische und psychotherapeutische Implikationen der Resultate, auch in Hinblick auf die „Abstinenz-Kontroverse“, werden thematisiert. Auf der Basis der vorliegenden Resultate wird für eine Aufnahme der eigenständigen Diagnose "Glücksspielsucht" in gängige diagnostische Systeme plädiert.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

- Abraham, H.D., Fava, M. (1999). Order of Onset of Substance Abuse and Depression in a Sample of Depressed Outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 44-50.
- Ahrens, S. (1987). Alexithymie und kein Ende? Versuch eines Resümees. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 33, 201-220.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R*, 4th Edition. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA, 1998), *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Anderson, G.& Brown R.I.F. (1984). Real and Laboratory Gambling, Sensation Seeking, and Arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.
- Bach, M., de Zwaan, M., Ackard, D., Nutzinger, D.D., Mitchell J.E. (1994). Alexithymia: Relationship to Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 239-243.
- Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M., Serim, M., Böhmer, F. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 23-28.
- Battegay, R. (1988). *Autodestruktion*. Hans Huber: Bern.
- Baumeister, R.F. (1991). The Self against the Self: Escape or Defeat? In C.C. Curtis (Ed): *The relational self: Theoretical Convergences in Psychoanalysis and Social Psychology*. NY:Guilford Press.
- Baumeister, R.F. (1988 a). Self-defeating behavior Patterns among normal Individuals: Review and Analysis of Common Self-Destructive Tendencies. *Psychological Bulletin*, 104, 3-22.
- Baumeister, R.F. (1988 b). Masochism as an Escape from Self. *Journal of Sex Research*, 25, 28-59.
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as an Escape from Self. *Psychological Review*, 97, 1, 90-113.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bem, D.J. (1979). Theorie der Selbstwahrnehmung. In S.H. Filipp (Hrsg.) *Selbstkonzeptforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bensel, W. (1998). Zur Selbstwertproblematik bei Glücksspielsüchtigen. In I. Füchtenschnieder; Witt, H. : *Sehnsucht nach dem Glück- Adoleszenz und Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland.

- Berg, C.Z., Shapiro, N., Chambless, D.L., Ahrens, A.H. (1998). Are Emotions Frightening? II: An Analogue Study of Fear of Emotion. *Behavior Research and Therapy*, 36,1.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Medelson, M., Mock, F., Erbaugh, F. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. NY: International Universities Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.C. (1993, dt. Übersetzung 1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beebe, D.W., Holmbeck, G.N.; Albright, J.S.; Noga, K. et al. (1995). Identification of „Binge-Prone“ Women: An Experimentally and Psychometrically Validated Cluster Analysis in a College Population. *Addictive Behaviours*, 20, 451-462.
- Bensel, W. (1998). Zur Selbstwertproblematik bei Glücksspielsüchtigen. In I. Füchterschnieder / H. Witt (Hrsg.). *Sehnsucht nach dem Glück*. Geesthacht: Neuland.
- Black, D.W. , Moyer, T. (1998). Clinical Features and psychiatric Comorbidity of Subjects with Pathological Gambling Behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Blaszczynsky, A. & McConaghy, N. (1988). SCL-Assessed Psychopathology in Pathological Gamblers. *Psychological Reports*, 62, 547-552.
- Blaszczynsky, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1989). Boredom Proneness in Pathological Gambling. *Psychological Reports*, 67, 35-42.
- Blaszczynski, A., Steel, Z., McConaghy, N. (1997). Impulsivity in Pathological Gambling: The Antisocial Impulsivist. *Addiction*, 92, 75-87.
- Blaszczynski, A. (1999). Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Psychological Reports*, 84, 107-113.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 4. Auflage. Berlin: Springer.
- Bracken, B.A. (1992). *Multidimensional Self Concept Scale*. Austin, TX:Pro-Ed.
- Bracken, B.A. (1996). *Handbook of Self-Concept. Developmental, Social and Clinical Considerations*. NY: John Wiley.
- Bühringer, G. (1990). Mißbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen und Medikamenten. In H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G. & Türk, D. (2000). *Geldspielautomaten: Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher?: Ergebnisse empirischer Studien von 1984-1997*. Göttingen: Hogrefe.
- Calamari, J.E., Wiegartz, P.S., Janeck, A.S. (1999). Obsessive-Compulsive Disorder Subgroups: a Symptom- Based Clustering Approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.

- Campbell & Lavelle (1993). Who am I? The Role of Self-Concept Confusion in Understanding the Behavior of People with Low Self-Esteem. In R.F. Baumeister (Ed.): *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. NY: Plenum Press.
- Carlton, P.L., Manowitz, P. (1995). Factors Determining the Severity of Pathological Gambling in Males. *Journal of Gambling Studies*, 10, 147-157.
- Carroll, D., Huxley, J.A.A. (1994). Cognitive, Dispositional and Psychophysiological Correlates of Dependent Slot Machine Gambling in Young People. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1070-1083.
- Castellani, B., Rugie, L. (1995). A Comparison of Pathological Gamblers to Alcoholics and Cocaine Misusers on Impulsivity, Sensation Seeking, and Craving. *International Journal of the Addictions*, 30, 275-289.
- Cooley, C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. NY: Scribner's.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Custer, R. & Milt, H. (1985). *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and their Families*. NY: Facts on File Publications.
- Damasio, A.R (1994). *Descartes Error*. NY: Putnam's Son.
- Davison, G. & Neale, J. (1991). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: PsychologieVerlags-Union.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1995). Human Autonomy. The Basis for True Self-Esteem. In M.H. Kernis (Ed.): *Efficacy, Agency and Self-esteem*. NY: Plenum Press.
- Deusinger, I.M. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Deusinger, I.M. (1987). Selbstkonzept und Selbstwertgefühl bei psychischen Störungen. In H.P. Frey & K. Hausser (Hrsg.), *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*. Stuttgart: Enke.
- Denzin, N.K. (1987). *The Alcoholic Self*. London: Sage Publications.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (1998). *Was ist eigentlich Sucht? Eine Deutung aus gesellschaftlicher und psychologischer Sicht*. Hamm.
- Dickerson, M.G. (1993). Internal and External Determinants of Persistent Gambling: Problems in Generalizing from one Form of Gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9, 225-245.
- Douglas, N.T. & Pilar, J.D. (1992). Self-esteem, Anxiety, and Drug Use. *Psychological Reports*, 71, 896-898.
- Ehlers, W.; Plassmann, R. (1994). Diagnosis of Narcissistic Self-Esteem Regulation in Patients with Factitious Illness (Münchhausen Syndrome). *Psychotherapie & Psychosomatics*, 62, 69-77.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychotherapy*. NY: Macmillan.

- Emde, (1983). The Prerepresentational Self and it's Affective Core. *Psychoanalytic Studies of the Child*, 38, 165-192.
- Epstein, S. (1976). Anxiety, Arousal and the Self Concept. In : Sarason, I.G.&Spielberder, C.D. (Ed) *Stress and Anxiety*, Vol 3., 183-224. Washington,D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Epstein, S. (1978). The Ecological Study of Emotions in Humans. In Blankstein, K. (Ed). *Advances in the Studies of Communication and Affect*. NY: Plenum.
- Epstein, S. (1973). The Self-Concept Reviseted or a Theory of a Theory. *American Psychologist*, 28, 405-416.
- Epstein, S. (1979). Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Selbstkonzeptforschung: Probleme, Befunde, Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Epstein, S. & Morling, B. (1995). Is the Self Motivated to Do More than Enhance and/or Verify Itself? In M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, Agency and Self-esteem*. NY/London: Plenum Press.
- Epstein, S. (1998). Emotions and Psychopathology from the Perspective of Cognitive Experiatial Self-Theory. In W.F. Flack&J.D. Laird (Ed.). *Emotions in Psychopathology: Theory and Research*.
- Feuerlein, W. (1980). Psychologische Theorien von Sucht und Abhängigkeit. In: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band X, Zürich: Kindler.
- Filipp, S.H. (1975). Korrelate des internen Selbstmodells: Situation, Persönlichkeit und elterlicher Erziehungsstil. Trier: Psychologisches Institut der Universität Trier. Dissertation.
- Filipp, S.-H. (1978). Aufbau und Wandel von Selbstschemata über die Lebensspanne. In R. Oerter (Hrsg.), *Entwicklung als lebenslanger Prozeß* (S.111-135). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Filipp, S.H. (1979). Entwurf eines heuristischen Bezugsrahmens für Selbstkonzeptforschung: Menschliche Informationsverarbeitung und naive Handlungstheorie. In S.H. Filipp (Hrsg.). *Selbstkonzeptforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Filipp, S.-H. (1980). Entwicklung von Selbstkonzepten. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, Band 12, Heft 2, 105-125.
- Frank, M.L., Lester, D, &Wexler, A. (1991). Suicidal Behavior among Members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 7, 249-254.
- Franz, M.; Krafft, W.; Croissant, B. (1996). Alexithymie - psychometrisches Phantom oder psychophysiologische Realität? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 1-10.
- Freud, S. (1938). *Abriß der Psychoanalyse*. Fischer: Frankfurt.



- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Fischer: Frankfurt.
- Fukunishi, I., Chishima, Y. & Anze, M. (1994). Posttraumatic Stress Disorder and Alexithymia in Burn Patients. *Psychological Reports*, 75, 1371-6.
- Garber, J., & Hollon, S.D. (1991). What can Specificity Designs say about Causality in Psychopathology Research? *Psychological Bulletin*, 110, 129-136.
- Goodwin, D.W.; Gabrielli, W.F.; Penick, E.C.; Nickel, E.J.; Chibber, S.; Knop, J.; Jensen, P.; Schulsinger, F. (1999). Breast-Feeding and Alcoholism: The Trotter Hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 650-652.
- Greenier, K.D., Kernis, M.H., Waschull, S.B. (1995). Not all High (or Low) Self-Esteem People are the Same: Theory and Research on Stability of Self-esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, Agency and Self-esteem*. NY/London: Plenum Press.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington, D.C.: APA Press.
- Gaboury, A. & Ladouceur, R. (1989). Erroneous Perceptions and Gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.
- Greenier, K.D. (1995). Not all High (or Low) Self-Esteem People are the Same. Theory and Research on Stability of Self-Esteem. In M.H. Kernis (Ed). *Efficacy, Agency and Self-Esteem*. NY/ London: Plenum Press.
- Griffiths, M.D. (1990). The Cognitive Psychology of Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 6, 31-42.
- Griffiths, M.D. (1994). The Role of Cognitive Bias and Skill in Fruit Machine Gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 351-369.
- Griffiths, M. (1995). Towards a Risk Factor Model of Fruit Machine Addiction: A Brief Note. *Journal of Gambling Studies*, 11, 343-346.
- Gross, W. (1991). *Sucht ohne Drogen*. Frankfurt: Fischer.
- Hand, I. (1992). Pathologisches Spielen und delinquentes Verhalten. In R. Payk (Hrsg.): *Dissozialität-Psychiatrische und forensische Aspekte*. Stuttgart: Schattauer.
- Hand, I. (1997). „Zwangsspektrumsstörungen“ oder „Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten“? In C. Mundt, M.Linden & W.Barnett (Hrsg.). *Psychotherapie in der Psychiatrie*, 209-219. Berlin: Springer.
- Hand, I. (1998). Out-Patient, Multi-Modal Behaviour Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl.35), 45-52.
- Hand, I. & v. Schinckel, J. (1998). Pathologisches Glücksspiel: Welche Bedeutung haben Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen? *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 134-141.
- Harter, S. (1993). Causes and Consequences of Low Self Esteem in Children and Adolescents. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-Esteem: the Puzzle of Low Self-Regard*. NY. Plenum.

- Hartouni, Z.S. (1992). Effects of Narcissistic Personality Organization on Causal Attributions. *Psychological Reports*, 71, 1339-1346.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (Hrsg. der dt. Auflage). (1993). *Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch*. Bern: Hans Huber.
- Heatherton, T.F. & Baumeister, R.F. (1991). Binge Eating as an Escape from Self-Awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 1, 86-108.
- Herpertz, S., Gretzer, A., Stienmeyer, E.M., Saß, H. (1998). Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patientinnen mit selbstschädigendem Verhalten. *Nervenarzt*, 69, 410-418.
- Hull, J.G. & Young, R.D. (1983). Self-consciousness, Self-Esteem and Success-Failure as Determinants of Alcohol Consumption in Male Social Drinkers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1097-1109.
- Hurlbert, D.; Apt, C.; Gasar, S.; Wilson, N.E. et al. (1994). Sexual Narcissism: A Validation Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, 24-34.
- Higgins, E.T., Klein, R., Steaumann, T. (1985). Self-Concept Discrepancy Theory: A psychological Model for Distinguishing Among Different Aspects of Depression and Anxiety. *Social Cognition*, 1, 1 51-76.
- Higgins, E.T. (1987). Self Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94, 3, 319-340.
- Higgins, E.T.; Bond, R.N., Klein, R., & Straumann, T.J. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5-15.
- Hull, J.G. & Young, R.D. (1983). Self consciousness, self-esteem, and success-failure as determinants of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 6, 1097-1109).
- Hollander, E. & Wong, C.M. (1995). Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, Suppl.* 4, 56, 3-6.
- Hollander, E. & Benzaquen, S.D. (1997). The Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *International Review of Psychiatry*, 9, 99-109.
- Hollander, E. (1998). Pharmacological Approaches in the Treatment of Pathological Gambling. *Central Nervous System Spectrums*, 3, 6, 72-76.
- Ingram, R.E. (1990). Self Focused Attention in Clinical Disorders: Review and a Conceptual Model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
- Jacobs, D. (1986). A General Theory of Addictions: A New Theoretical Model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- Jacobs, D.F. (1988). Evidence for a Common Dissociative-Like Reaction among Addicts. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 27-37.

- Jacobs, D.F. (1989). A general Theory of Addictions: Rationale for and evidence Supporting a New Approach for Understanding and Treating Behaviors. In Shaffer, H.J. et al. (Eds.). *Compulsive Gambling*. Lexington (USA): Lexington.
- Jacobson, E. (1936). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Jensen, M.A. (1987). Understanding Addictive Behaviors: Implications for Health Promotion Programming. *American Journal of Health Promotion*, Winter, 1987, 48-57.
- Jolliffe, I.T. (1986). *Principal Component Analysis*. Berlin: Springer.
- Jimerson, D.C., Wolfe, B., Franko, D.; Covino, N.; Sifneos, P.E. (1994). Alexithymia Ratings in Bulimia Nervosa: Clinical Correlates. *Psychosomatic Medicine*, 59, 48-57.
- Kaiser, H.F. (1958). The Varimax Criterion for Analytic Rotation in Factor Analysis. *Psychometrika*, 23, 187-200.
- Kauhanen, J., Julkunen, J., Salonen, J.T. (1992). Coping with Inner Feelings and Stress: Heavy Alcohol Use in the Context of Alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18, 121-125.
- Krampen, G. (1988). Spielpräferenzen und Kontrollüberzeugungen: Analysen zu einem vernachlässigten Entwicklungskontext. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 20, 214-224.
- Kellermann, B. (1999). Suchtkrankheit - Ein altmodischer Begriff? In *Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland.
- Kelly, E. (1955). Consistency of the Adult Personality. *American Psychologist*, 10, 659-681.
- Kanfer, F.H. (1980). Self-Management Methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change. A Textbook of Methods*. New York: Pergamon.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline-Störungen und Pathologischer Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1998). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Background and Diagnostic Classification. In E.F. Ronningstam: *Disorders of Narcissism - Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kernis, M.H., Grannemann, B.D., & Barclay, L.C. (1989). Stability and Level of Self-Esteem as Predictors of Anger Arousal and Hostility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Kipp, J. & Stolzenburg, H.-L. (2000) Sucht und Abhängigkeit im Zusammenhang mit der Aktivierung früher Persönlichkeitsstrukturen. *Psychotherapeut*, 45,1, 32-38.
- Klepsch, R., Hand, I., Wlazlo, Z., Kaunisto, E., Friedrich, B. (1989). Pathologisches Spielen. In Hand, I., Wittchen, H.U. (Hrsg). *Verhaltenstherapie in der Medizin*, S. 313-326. Springer: Berlin.

- Kofoed, L.; Morgan, T.J.; Buchkowski, J.; Carr, R. (1997). Dissociative Experiences Scale and MMPI-2 Scores in Video Poker Gamblers, other Gamblers, and Alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 58-60.
- Köhler, T. (1998). Biologische Aspekt von Persönlichkeitsstörungen und ihre möglichen Beziehungen zur Sucht. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 151-7.
- Kohut, H. (1971). *Narzißmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kohut, H. & Wolf, E. (1980). Die Störungen des Selbst und ihre Behandlung. In: *Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band X, 667-682. München: Kindler.
- Kohut, H. (1993). Auf der Suche nach dem Selbst. Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie (Hrsg. M. Elson). München: Pfeiffer.
- Krausz, M., Vertheim, U., Degwitz, P. (1998). Prävalenz psychischer Störungen bei Opiat-abhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Der Nervenarzt*, 69, 557-567.
- Kröber, H.L. (1996). Die Differenzierung unterschiedlicher Störungsbilder bei pathologischen Glücksspielern als Grundlage gezielter Therapiestrategien. *Sucht*, 42, 399-409.
- Kröber, H.L. (1991). Automatenspieler und Roulettespieler. Psychiatrische und kriminologische Differenzen. *Der Nervenarzt*, 62, 670-679.
- Krystal, H. (1998). Affect Regulation and Narcissism - Trauma, Alexithymia and Psychosomatic Illness in Narcissistic Patients. In Ronningstam, E.F. : *Disorders of Narcissism - Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990). The Relation between Alcohol Problems and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Kweitel, R., & Allen, F.C.L. (1998). Cognitive Processes Associated with Gambling Behavior. *Psychological Reports*, 82, 147-153.
- Labouvie-Vief, G.; Hakim-Larson, J.; DeVoe, M.; Schoeberlein, S. (1989). Emotions and Self Regulation: A life span view. *Human Development*, 32, 279-299.
- Lane, R.D. & Schwartz, G.E. (1987). Levels of Emotional Awareness: A Cognitive-Developmental Theory and it's Application to Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lazarus, A.A. (1980). *Innenbilder*. München: Pfeiffer.
- Ladouceur, R. & Gaboury, A., Dumont, N. & Rochette, P. (1988). Gambling: Relationship Between the Frequency of Wins and Irrational Thinking. *The Journal of Psychology*, 122, 409-414.
- Laux, L., Glanzmann, P., schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981). *State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
- LeDoux, J. (1992). Emotion as Memory: Anatomical Systems Underlying Indelible Neural Traces. In S.A. Christianson (Ed.): *Handbook of Emotion and Memory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Leuner, H. (1994). Lehrbuch der Katathym-Imaginativen Psychotherapie, 3. Aufl., Göttingen: Hans Huber.
- Levine, D.; Marziali, E.; Hood, J. (1997). Emotion Processing in Borderline Personality Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 240-346.
- Linden, R.D.; Harrison, G.P.; Jonas, J.M. (1986). Pathological Gambling and Major Affective Disorder: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry, Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 201-203.
- Lürßen, E. (1980). Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band X. Zürich: Kindler.
- Lumeley, M.A.&Roby, K.J. (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy, Psychosomatics*, 63, 201-206.
- Majcen, A.M., Steyer, R.& Schwenkmezger, P.(1988). Konsistenz und Spezifität bei Eigenschafts- und Zustandsangst. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 9, 105-120.
- Mandler, G. (1990), A Constructivist Theory of Emotion. In N.S. Stein, B.L. Leventhal& T. Tabasso (Ed.).*Psychological and Biological Approaches to Emotion*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum Ass.
- Mandler, G. (1992). Memory, Arousal and Mood: a Theoretical Integration. In S.A. Christianson (Hrsg.). *Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory*, 93-110. Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum Ass.
- Margraf, J., Schneider, S, & Ehlers, A. (1991). *Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen*. 2. Aufl. 1994. Berlin: Springer.
- Margraf, J.& Ehlers, A. (1994). Agoraphobien und Panikanfälle. In: H. Reinecker: *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*, 2.Aufl., Göttingen: Hogrefe.
- Markus, H. (1977). Self-Schemata and Processing Information about the Self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 2, 63-78.
- Martinez-Sanchez, F.; Ato-Garcia; M; Adam, E.C.; Medina, T.B. H.; Espana, J.J.S. (1998). Stability in Alexithymia Levels: A Longitudinal Analysis on Various Emotional Answers. *Personality&Individual Differences*, 24, 767-772.
- Marty, P. &M'Uzan, M. (1963). La "pensee operateire". *Revue francaise de psychoanalyse*, 27, 345-356.
- McCormick, R.A.; Russo, A.M.; Ramirez, L.F.&Taber, J.I. (1984). Affective Disorders among Pathological Gamblers Seeking Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Mead, G.H. (1925). The Genesis of Self and Social Control. *International Journal of Ethics*, 35, 251-273.

- Merikangas, K. et al. (1985). Familial Transmission of Depression and Alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, April, 1985 zit.n. D. Goleman (1995), *Emotionale Intelligenz*. München: dtv.
- Metzke, C.W.& Steinhausen, H.-C. (1999). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 1, 45-53.
- Meyer, G. (1983). Glücksspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit - Objekte pathologischen Glücksspiels. Bochum: Brockmeyer.
- Meyer, G.& Bachmann, M. (2000). *Spielsucht - Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Moran, E. (1970). Clinical and Social Aspects of Risk-Taking. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, 63, 1273-1277.
- Mummendey, H.D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung (2.Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Nabelek, L.; Vongrej,J.; Loskova, R. (1997). Suicide in the Syndrome of Pathological Gambling. *Ceska Slovenska Psychiatrie*, 93, 75-80.
- Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E. (1970). Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders. In O.W. Hill (Hrsg.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine II* (S. 26-34). London: Butterworths.
- Oliver, J.M.&Klocek, J. (1995). Depressed and Anxious Moods Mediate Relations among Perceived Socialization, Self-Focused Attention, and Dysfunctional Attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 51,6.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and the Processing of Emotional Stimuli: An Experimental Study. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 9, 9-14.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., Schmitz, P. (1993a ). Factorial Validity of the 20-Item Toronto-Alexithymia-Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-223.
- Pawlik, K. (1974). Psychologische EEG-Forschung : Methoden, Ergebnisse, Anwendungen. In: W.J. Schraml und U. Baumann (Hrsg.) , *Klinische Psychologie II*, 416-456. Bern: Huber
- Peele, S. (1975). *Love and Addiction*. NY: American Library.
- Peele, S. (1985). How can Addiction occur with other than Drug Involvements? *British Journal of Addiction*, 80, 23-25.
- Peterson, S. &Seligman, M.E.P. (1984). Causal Explanation as a Risk Factor for Depression.Theory and Evidence. *Psychological Review*,91,347-374.
- Petry, J. & Bauling (1996). Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten. In J.Petry, *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (1998a). Developmental Vulnerability and Differential Psychopathology of Inpatient pathological gamblers. Abstractband der 3rd European Conference on Gambling Studies and Political Issues: European Association for the Study of Gambling, 1.-4. Juli 1998, München.
- Petry, J. (1998b). Diagnostik und Behandlung der Glücksspielsucht. *Psychotherapeut*, 43, 53-64.
- Piaget, J. *The Child's Conception of the World*. Paterson, New Jersey: Littlefield, Adams.
- Pior, R. (1998). *Selbstkonzepte von Vorschulkindern: Empirische Untersuchungen*. Waxmann:Münster.
- Rad von, M. (1983). *Alexithymie*. Heidelberg: Springer.
- Rahman, S. (1994). Führt Sportdeprivation bei aktiven Freizeitsportlern zu psychischen Entzugserscheinungen? Unv. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Philipps-Universität Marburg.
- Rachlin, H. (1990). Why do People Gamble and Keep Gambling Despite Heavy Losses? *Psychological science*, 1, 5, 294-297 .
- Reich, J.W., Newsom, J.T., Zandra, A.J. (1996). Health Downturns and Predictions of Suicidal Ideation: An Application of the Baumeister-Model. *Suicide&Life-Threatening Behavior*, 23 (3), 282-291.
- Röhling, G. (1977). Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens. *Dynamische Psychiatrie*, 1, 4-23.
- Rhodewalt, F.; Madrian, J.C.; Cheney, S. (1998). Narcissism, Self-knowledge Organization, and Emotional Reactivity: The Effect of Daily Experiences on Self-Esteem and Affect. *Personality & Social Psychology Bulletin*, Vol 24, 75-87.
- Rogers, C.R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client Centered Framework . In S.Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science* (S.184-256), Vol 3 , NY: McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. NY: Basic Books.
- Rosenberg, M., schooler, C.; Schoenbach, C.&Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Psychological Review*, 60, 141-156.
- Rosenthal, R.J. (1995). The Phenomenology of Bad Beats: Some Clinical Observations. *Journal of Gambling Studies*, 367-373.

- Rost, W.-D. (1990). Suchtpersönlichkeit aus psychoanalytischer Sicht am Beispiel von Bulimie und Spielsucht. In W. Gross: Sucht ohne Drogen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control or Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Rupcich, N.; Frisch, G.R.; Govoni, R (1997). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 573-4.
- Schaible, R. (1997). Alexithymie und persönliche Konstrukte in der Differenzierung von Emotionen. Hamburg: Univ. Dissertationsschrift.
- Schneider, K. (1990). Emotionen. In H. Spada (Hrsg.): *Lehrbuch der Allgemeinen Psychologie*, 403-449.
- Schretzenmayer, K. (1993). *Psychodynamik von Alkoholismus und Drogensucht*. München: Selbstverlag.
- Schmidt, L. (1997). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch*. 4.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuckit, M.A., Daepfen, J.B., Danko, G.P.; Tripp, M.L., Smith, T.L., Hesselbrock, V.M., Buchholz, K.K. (1999). Clinical Implications for Four Drugs of the DSM-IV Distinction between Substance Dependence with and without a Physiological Component. *American Journal of Psychiatry*, 156, 41-49.
- Schulz v. Thun, F. (1981). *Miteinander Reden 1 - Störungen und Klärungen*. Reinbek: rororo.
- Schütte, F. (1987). *Glücksspiel und Narzißmus: Der pathologische Spieler aus soziologischer und tiefenpsychologischer Sicht*. Dissertation, 2.Aufl. Bochum: Studienverlag Brockmeyer.
- Schwarz, J.& Lindner, A. (1990). Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. *Suchtgefahren*, 36, 402-415.
- Schwenkmezger, P. Hodapp, V., Spielberger, C.D. (1992). *State-Trait-Ärgerausdrucksinventar*. Göttingen: Hans Huber.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Learned Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Selzer, J. (1992). Borderline Omnipotence in Pathological Gambling. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 215-218.
- Shaffer, H.& Schneider, R. (1985). Trends in Behavioral Psychology and the Addictions. In H. Milkman & H. Shaffer (Ed.), *The Addictions: Multidisciplinary Concepts and Treatments*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Shaffer, H.J. (1997). The most Important Unresolved Issue in the Addictions: Conceptual Chaos. *Substance Use and Misuse*, 32, 1573-80.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy, Psychosomatics*, 37, 193-201.



- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy, Psychosomatics*, 22, 255-263.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and Present. *American Journal of Psychiatry*, 7, Suppl., 137-142.
- Silverstone, P.H. (1990). Low self-esteem in Eating Disordered Patients in the Absence of Depression. *Psychological Reports*, 67, 276-278.
- Silverstone, P.H. (1991). Low Self-Esteem in Different Psychiatric Conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 185-188.
- Silverstone, P.H. (1992). Is Chronic low Self-Esteem the Cause of Eating Disorders? *Medical Hypotheses*, 39, 311-315.
- Singer, J. & Pope, K.S. (1986). *Imaginative Verfahren in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Specker, S.M.; Carlson, D.A.; Christenson, G.A.; Marcotte, M. (1995). Impulse Control Disorders and Attention Deficit Disorder in Pathological Gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 175-179.
- Specker, M.S.; Carlson, G.A.; Edmondson, K.M.; Johnson, P.E.; Marcotte, M. (1996). Psychopathology in Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-81.
- Steel, Z.; Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity Personality Disorders and Pathological Gambling Severity. *Addiction*, 93, 895-905.
- Steel, Z.; Blaszczynski, A. (1996). The Factorial Structure of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, Vol 12(1), 3-20.
- Steel, Z.; Blaszczynski, A. (1996). The factorial Structure of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 3-20.
- Tangney, J.P., Niedenthal, P.M., Covert, V.M., Hill Barlow, D. (1998). Are Shame and Guilt Related to Distinct Self-Discrepancies? A Test of Higgins's (1987) Hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1, 256-268.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, Measurement, and Implications for Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 6, 725-733.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., (1985). Toward the Development of a New Self Report Alexithymia Scale. *Psychotherapy, Psychosomatic*, 44, 191-199.
- Taylor, D.N. & Del Pilar, J. (1992). Self Esteem, Anxiety and Drug Use. *Psychological Reports*, 71, 896-898.
- Taylor, G.J.; Bagby, R.M.; Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Taylor, S. & Rachman, S.J. (1991). Fear of sadness. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 375-381.
- Taylor, S. & Rachman, S.J. (1992). Fear and Avoidance of Aversive Affective States: Dimensions and Causal relations. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 15-25.
- Toneatto, T.; Blitz-Miller, T.; Calderwood, K.; Dragonetti, R.; Tsanos, A. (1997). Cognitive Distortions in Heavy Gambling. *Journal of gambling studies*, 13, 253-266.
- Toneatto, T. (1999). Cognitive Psychopathology of Problem Gambling. *Substance Use and Misuse*, 11, 1593-604.
- Van Gastel, A.; Schotte, C.; Maes, M. (1997). The Prediction of Suicidal Intent in Depressed Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 254-259.
- Vitaro, F., Arsenuit, L., Trembley, R.E. (1997). Dispositional Factors of Problem Gambling in Male Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1769-1770.
- Voigtel, R. (1996). Die Überlassung an das unbelebte Objekt. Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht. *Psyche*, 8, 715-741.
- Walker, B.W. (1989). Some Problems with the Concept of „Gambling Addiction“: Should Theories of Addiction be Generalized to Include Excessive Gambling? *Journal of Gambling Behavior*, 5, 179-201.
- Walter, C. (1997). Zum Begriff des Spielsucht am Beispiel von Dostojewskis „Der Spieler“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 279-290.
- Walters, G.D. (1994). The Gambling Lifestyle I: Theory. *Journal of Gambling Studies*, 10, 159-182.
- Wanke, K. (1987). *Zur Psychologie der Sucht. Psychiatrie der Gegenwart 3: Abhängigkeit und Sucht*. Berlin: Springer.
- Westen, D. (1998). Affect Regulation and Psychopathology: Applications to Depression and Borderline Personality Disorder. In W.M. Flack & J.D. Laird (Ed.). *Emotions in Psychopathology: Theory and Research*. New York: Oxford University Press.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation), 1992. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Dilling, H., Mombour, W. Schmidt, M.H. (Hrsg.). Bern: Hans Huber.
- Wicklund, R.A. & Frey D. (1980). Self-awareness Theory: when the Self makes a Difference. In D.M. Wegner & R.R. Vallacher (Eds.). *The Self in Social Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Wicklund, R.A. & Frey, D. (1980). Self-Awareness Theory: When the Self makes a Difference: In D.M. Wegner & R.R. Vallacher (Eds.), *The self in social psychology*. NY: Oxford University Press.
- Wildman, R.W. (1997). *Gambling - An Attempt to an Integration*. Wynne Ressources.

- Williams, K.E., Chambless, D.L., Ahrens, A. (1997). Are Emotions frightening? An Extension of the Fear of Fear Construct. *Behavior Research and Therapy*, 35,3, 239-49.
- Wilson, A.; Passik, S.D.; Faude, J.; Abrams, J.&Gordon, E. (1989). A hierarchical Model of Opiate Addiction. Failures of Self-Regulation as a Central Aspect of Substance Abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 390-399.
- Wilson-Schaefer, A. (1989). *Im Zeitalter der Sucht*. Hamburg: Hoffmann&Campe.
- Wise, T.N., Mann, L.S., Mitchell, J.D., Hryvniak, M.&Hill, B. (1990). Secondary Alexithymia: An Empirical Validation. *Comprehensive Psychiatry* 31, 284-288.
- Witt, H. (1995). Stationäre psychoanalytische Therapie mit Glücksspielsüchtigen. Zur Entwicklung einer stabilen Identität: Lösung des Adoleszenzkonflikts. Leipzig.
- Woody, S.R., Chambless, D.L., Glass, C.R. (1997). Self-focused Attention in the Treatment of Social Phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35,2, 1997.
- Wurmser, L. (1970). Why People take Drugs: Escape and Search. *Maryland State Medical Journal*, 19, 62-64.
- Wurmser, L. (1997). *Die verborgene Dimension - Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Wurmser, L. (1999). *Magische Verwandlung und tragische Verwandlung. Die schwere Neurose - Symptom, Funktion, Persönlichkeit*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Yaryura-Tobias, J.A.&Neziroglu, F.A. (1997). *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Young, K.S. (1996). Psychology of Computer Use: XL. Addictive Use of the Internet: A Case that Breaks the Stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.
- Zimmer, F.T. (1996). Kontrolle verdeckter Prozesse: Aufbau eines positiven Selbstkonzepts. In M. Linden& M. Hautzinger (Hrsg.). *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Zohar, J. (1995). Panel Discussion: Obsessive-Compulsive Disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, Suppl.4, 53-54.

## **9 Anhang Erhebungsinstrumente**

**ÜBERBLICK**

Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon privat: \_\_\_\_\_  
 Tel. beruflich: \_\_\_\_\_  
 Ausbildung Patient/in: \_\_\_\_\_  
 Partner/in: \_\_\_\_\_  
 Berufliche Entwicklung Patient/in:  
 (derzeit/ Datum) \_\_\_\_\_  
 (davor/ Datum) \_\_\_\_\_  
 Berufliche Entwicklung Partner/in:  
 (derzeit/ Datum) \_\_\_\_\_  
 (davor/ Datum) \_\_\_\_\_  
 Religion: \_\_\_\_\_  
 Kinder:  
 Alter Geschlecht Zuhause Wann ausgezogen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Anzahl Haushaltsmitglieder: \_\_\_\_\_  
 Interviewer/in: \_\_\_\_\_  
 Familienstand:  
 Verheiratet ( Datum ) \_\_\_\_\_  
 Ledig \_\_\_\_\_  
 Feste Partnerschaft ( Datum ) \_\_\_\_\_  
 Getrennt ( Datum ) \_\_\_\_\_  
 Geschieden ( Datum ) \_\_\_\_\_  
 Verwitwet ( Datum ) \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Frühere Ehen: Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
 (Daten: \_\_\_\_\_)  
 Probleme/Überblick: \_\_\_\_\_  
 Familie/Freunde/Bekannte: \_\_\_\_\_  
 Beruf/Schule: \_\_\_\_\_  
 Gesundheit: \_\_\_\_\_  
 Finanzielle Angelegenheiten: \_\_\_\_\_  
 Gesetzliche Angeleg./Polizei: \_\_\_\_\_

**ANGSTANFÄLLE/PANIKSYNDROM**

\*1. Angstanfälle? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 \*2. Situationen: \_\_\_\_\_  
 \*2.1 Unerwartet? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 \*2.2 Soziale Situationen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 \*2.3 Verspätet? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 \*3. Anstiegsdauer: \_\_\_\_\_ Minuten  
 \*4. Höhepunktdauer: \_\_\_\_\_ Minuten  
 \*5.1 Schwere Phase: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 \*5.2 Häufigkeit: \_\_\_\_\_  
 \*5.2.1 Waswegen? \_\_\_\_\_  
 \*6. Letzter Anfall? \_\_\_\_\_  
 \*7.8. Symptom-Einschätzungen (0-4)  
 typischer A. schwerster A. begrenzter A.  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_  
 6. \_\_\_\_\_  
 7. \_\_\_\_\_  
 8. \_\_\_\_\_  
 9. \_\_\_\_\_  
 10. \_\_\_\_\_  
 11. \_\_\_\_\_  
 12. \_\_\_\_\_  
 13a. \_\_\_\_\_  
 13b. \_\_\_\_\_  
 \*9.1 Anzahl (letz. Mon.) \_\_\_\_\_ vollst. \_\_\_\_\_ begr.  
 \*9.2 Anzahl (6 Mon.) \_\_\_\_\_ vollst. \_\_\_\_\_ begr.  
 \*9.3 Sorgen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 Dauer: \_\_\_\_\_  
 \*9.4 Beginn FS \_\_\_\_\_  
 9.5 Sorgen/Angst \_\_\_\_\_  
 10. Schlafanfälle? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 Dauer: \_\_\_\_\_  
 Häufigkeit: \_\_\_\_\_  
 11.1 Gedanken vorher? \_\_\_\_\_  
 11.2 Gedanken während? \_\_\_\_\_  
 12. Erster Anfall  
 1. Wann: \_\_\_\_\_  
 2. Wo: \_\_\_\_\_  
 3. Mit wem: \_\_\_\_\_  
 4. Anfang: \_\_\_\_\_  
 5. Was taten Sie? \_\_\_\_\_

6. Streß: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 7. Lebensumstände: \_\_\_\_\_  
 8. Vorher ähnliches? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
 Was? \_\_\_\_\_  
 \*13. Drogen etc.: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 Art? \_\_\_\_\_  
 Dosis/Menge? \_\_\_\_\_  
 Körp. Beschwerden? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 14. Remissionen? \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_  
 Was geschah? \_\_\_\_\_  
 Wiederbeginn? \_\_\_\_\_  
 15. Jetziger Umgang: \_\_\_\_\_  
 \*16. Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0-4)

Diagnosekriterien:

A1	ja	nein	C1	ja	nein
A2	ja	nein	D1	ja	nein
B1	ja	nein	E1	ja	nein

**AGORAPHOBIE**

\*1. Angst/Vermeidung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 \*1.1 Agoraphob. Angst? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 \*1.2 Begleitung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 Sichere Personen? \_\_\_\_\_  
 \*1.3 Auf der nächsten Seite protokollieren  
 2.1 Sicherheits Signale? \_\_\_\_\_  
 \*2.2 Befürchtungen: \_\_\_\_\_  
 \*2.3 Verhalten: \_\_\_\_\_

Situation	Altersrisikostadium Allianz	Alkohol/Spieldraum in Begleitung	Angst Allianz (0-4)	Vermeidung Allianz (0-4)
Autofahren als Fahrer				
Autofahren als Beifahrer				
Geschäfte/ Supermärkte				
Kaufhäuser/ Einkaufszentren				
Menschenmengen				
Fliegen				
Anderer öffentliche Verkehrsmittel				
Schlange stehen				
Zu Fuß gehen (wie weit?)				
Fahrrad				
Brücken				
Zuhause sein				
Weit weg von Zuhause sein				
Öffentliche Orte: Kino, Theater etc.				
Restaurants				
Kirchen, Gottesdienste				
Geschlossene, enge Räume, Tunnel etc.				
Große, offene Plätze, Parks, Parkplätze				
Arbeitsplatz				
Sonstiges				

- 2.4 Modulatoren:
- Tageszeit? \_\_\_\_\_
  - Wochentag? \_\_\_\_\_
  - Konflikt? \_\_\_\_\_
  - Krankheit? \_\_\_\_\_
  - Starker Stress? \_\_\_\_\_
  - 3.1 Erinnerung an 1. Mal? ja \_\_\_ nein \_\_\_
  - 3.2 Wann? \_\_\_\_\_
  - 3.3 Wo? \_\_\_\_\_
  - 3.3 Wer? \_\_\_\_\_
  - 3.4 Nach 1. Angstanf.? ja \_\_\_ nein \_\_\_ Monate
  - 3.4 Wie lange danach? ja \_\_\_ nein \_\_\_
  - 3.5 Belastungen? ja \_\_\_ nein \_\_\_
- 3.6 (1) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (2) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (3) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (4) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (5) Was zuerst (1-4)?  
 Am wichtigsten? \_\_\_\_\_  
 (6) Unklar: \_\_\_\_\_ ja \_\_\_ nein \_\_\_
- \*4. Organisch? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_ nein \_\_\_
5. Funktionen/Auslöser:  
 Wann? \_\_\_\_\_  
 Was geschah? \_\_\_\_\_  
 Wiederbeginn? \_\_\_\_\_
- \*6. Beeinträchtigung \_\_\_\_\_ (0-4)

Diagnostikriterien:

PS mit AG	nein	PS ohne AG	nein
A1 ja	nein	A2 ja	nein
B1 ja	nein	B2 ja	nein
C1 ja	nein	C2 ja	nein

SOZIALPHOBIE

- \*1.1 Soziale Angst? ja \_\_\_ nein \_\_\_
  - \*1.2 Sorgen übermäßig? ja \_\_\_ nein \_\_\_
  - \*2. Situations-Einschätzungen (0-4)  
 Angst Vermeid.Kommentare
- Parties \_\_\_\_\_  
 Treffen \_\_\_\_\_  
 Essen \_\_\_\_\_  
 Toilette \_\_\_\_\_

- Sprechen \_\_\_\_\_
  - Schreiben \_\_\_\_\_
  - Rendezv. \_\_\_\_\_
  - Autorität \_\_\_\_\_
  - Sicher 1 \_\_\_\_\_
  - Sicher 2 \_\_\_\_\_
  - Gespr. 1 \_\_\_\_\_
  - Gespr. 2 \_\_\_\_\_
  - Anderer 2 \_\_\_\_\_
- Für wichtigste Situation:  
 Befürchtungen: \_\_\_\_\_

- \*4. Übertriebene Angst? ja \_\_\_ nein \_\_\_
5. Symptom-Einschätzungen (0-4)  
 1. \_\_\_ 2. \_\_\_ 3. \_\_\_ 4. \_\_\_ 5. \_\_\_  
 6. \_\_\_ 7. \_\_\_ 8. \_\_\_ 9. \_\_\_ 10. \_\_\_  
 11. \_\_\_ 12. \_\_\_ 13a. \_\_\_ 13b. \_\_\_
- \*6. Jedemal Angst? ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 \*7.1 Angstbeginn sofort verzögert  
 \*7.2 Vermeidung wg. A.? ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 7.3 Vermeidung ohne körp. Symptome? ja \_\_\_ nein \_\_\_
- 7.4 Hauptbelastung Angst Objekt/Situation  
 8. Modulatoren?  
 weiblich? \_\_\_\_\_ männlich k.U.  
 älter \_\_\_\_\_ jünger k.U.  
 attraktiv \_\_\_\_\_ weniger a. k.U.  
 verheiratet \_\_\_\_\_ unverheirat. k.U.  
 Freunde \_\_\_\_\_ Fremde k.U.  
 gr. Gruppe \_\_\_\_\_ kleine G. k.U.  
 informell \_\_\_\_\_ formell k.U.
9. Beginn Soz.phobie: ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 \*10. Organisch? ja \_\_\_ nein \_\_\_

11. (1) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (2) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (3) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (4) ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 (5) Was zuerst (1-4)?  
 Am wichtigsten? \_\_\_\_\_
12. (6) Unklar: \_\_\_\_\_ ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 Erste Erfahrung? ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 Vorher angstfrei? ja \_\_\_ nein \_\_\_
13. Remissionen ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 von \_\_\_ bis \_\_\_  
 \*14. Beeinträchtigung \_\_\_\_\_

Diagnostikriterien:

A1 ja	nein	D1 ja	nein
B1 ja	nein	E1 ja	nein
C1 ja	nein	F1 ja	nein

SPEZIFISCHE PHOBIEEN

- \*1. Situations-Einschätzungen (0-4)  
Angst Vermeid. Kommentar
- Höhen \_\_\_\_\_
- Fliegen \_\_\_\_\_
- Tiere \_\_\_\_\_
- Räume \_\_\_\_\_
- Blut s. \_\_\_\_\_
- Blut a. \_\_\_\_\_
- Auto \_\_\_\_\_
- Sonst. \_\_\_\_\_
- \*2. Befürchtungen: \_\_\_\_\_
- \*3. Übermäßig? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 4. Symptom-Einschätzungen (0-4)  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_  
9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_ 11. \_\_\_\_\_ 12. \_\_\_\_\_  
13. \_\_\_\_\_  
14. \_\_\_\_\_ 15. \_\_\_\_\_ 16. \_\_\_\_\_ 17. \_\_\_\_\_  
18. \_\_\_\_\_
- \*5. Vermeidung wegen  
6.1 Vermeidung wegen ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
6.2 Vermeidung ohne körp. Symptome? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
\*6.3 Angstbeginn sofort verzögert  
6.4 Hauptbelastung Angst Objekt/Situation
- 7. Beginn Spez. Phobie: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*8. Organisch? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 9. (1) ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
(2) ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
(3) ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
(4) ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
(5) Was zuerst (1-4)?  
Am wichtigsten? \_\_\_\_\_
- (6) Unklar: \_\_\_\_\_
- 10. Erste Erfahrung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
vorher angstfrei? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 11. Remissionen ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(0-4)
- \*12. Beeinträchtigung \_\_\_\_\_

Diagnostikriterien:  
A: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ D: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
B: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ E: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
C: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ F: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

GENERALISIERTES ANGSTSYNDROM

- \*1.1 Sorgen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSREAKTION

- \*1. Trauma? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*1.1 Was? \_\_\_\_\_
- 1.2 Wann? \_\_\_\_\_  
gegenw. früher  
wiedererleben (mindestens 1)  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_
- \*3. Vermeidung (mindestens 3)  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_
- \*4. Erregung (mindestens 2)  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_
- 5. Symptom-Einschätzungen (0-4)  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_  
11. \_\_\_\_\_ 12. \_\_\_\_\_ 13a. \_\_\_\_\_ 13b. \_\_\_\_\_
- 6. Jedemal Angst? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 7. Angstbeginn sofort? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*8. Organisch? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 9. Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0-4)

Diagnostikriterien:  
A: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ D: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
B: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ E: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
C: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ F: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

SCHWERES DEPRESSIVES SYNDROM

- \*1. Depressive Stimmung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- Interesseverlust? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 2. Mehrere Phasen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 2.1 Erstes Mal? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- 2.2 Schlimmstes Mal? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- 2.3 Letzte Phase? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- \*3. Zwei Wochen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- Dauer: \_\_\_\_\_
- \*4. Symptom-Einschätzungen (0-4)  
gegenw. schwerste  
a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_  
e. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_  
g. \_\_\_\_\_
- \*5.1 Wahn/Halluzination? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*5.2 Dauer erste E: \_\_\_\_\_  
Dauer schlimmste E: \_\_\_\_\_  
Dauer letzte E: \_\_\_\_\_
- \*6.1 Auslöser? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

- A2: Zwangshandlungen ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*1. Zwangshandlungen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*2. Inhalt: \_\_\_\_\_  
pro Tag  
pro Tag  
\*2.1 Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Minuten  
\*2.2 Dauer: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*3.1 Widerstand? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*3.2 Vermeidung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*3.3 Andere einbezogen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
beschreiben: \_\_\_\_\_
- 4. Angst bei Unterlassung: \_\_\_\_\_ (0-4)
- \*5. Befürchtungen: \_\_\_\_\_
- \*6. Übertrieben/unagemessen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*7. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0-4)
- 8.1 Beginn ZS: \_\_\_\_\_
- 8.2 Lebensumstände? \_\_\_\_\_
- \*9. Organisch? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 10.1 Fluktuationen/Auslöser: \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_
- Was geschah? \_\_\_\_\_
- Wiederbeginn? \_\_\_\_\_
- 10.2 Schwankungen? \_\_\_\_\_
- 11. Während Gedanken? \_\_\_\_\_
- Widerstand Gedanken? \_\_\_\_\_
- Während Handlung? \_\_\_\_\_
- Widerstand Handlung? \_\_\_\_\_
- 12. Symptom-Einschätzungen (0-4)  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_  
11. \_\_\_\_\_ 12. \_\_\_\_\_ 13a. \_\_\_\_\_ 13b. \_\_\_\_\_
- 13.1 Jedemal Angst? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- 13.2 Angstbeginn sofort? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Diagnostikriterien:  
A1: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ A2: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
B1: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ B2: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
C1: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ C2: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

ZWANGSSYNDROM

- A1: Zwangsgedanken: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*1. Zwangsgedanken? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*2. Gedanke  
Vorstellung  
Impuls  
\_\_\_\_\_ pro Tag  
\_\_\_\_\_ Minuten
- \*2.2 Dauer: während Zwang  
außerhalb Zwang
- \*3.1 Überzeugung (0-100): \_\_\_\_\_
- \*3.2 \_\_\_\_\_
- \*4. Gedankeneingebung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- \*5.1 Widerstand? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*5.2 Vermeidung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*5.3 Andere einbezogen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_
- beschreiben: \_\_\_\_\_
- \*6. Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_ (0-4)

ALKOHOLISMUS UND DROGENMISSBRAUCH

1. Alkohol/Droge? ja \_\_\_ nein \_\_\_

Substanzen:

1.1 Gegenwärtig: ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 Vergangenheit: ja \_\_\_ nein \_\_\_

1.2 Gegenwärtig: ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 Vergangenheit: ja \_\_\_ nein \_\_\_

2. Gegenwärtig: ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 Vergangenheit: ja \_\_\_ nein \_\_\_

3. Gegenwärtig: ja \_\_\_ nein \_\_\_  
 Vergangenheit: ja \_\_\_ nein \_\_\_

4. Seit wann nicht? ja \_\_\_ Monate  
 Zur Angstredukt.? ja \_\_\_ nein \_\_\_

5. Wieviel Prozent? ja \_\_\_ nein \_\_\_

5.1 Substanz/Situation? ja \_\_\_ nein \_\_\_

5.2 Wann? ja \_\_\_ nein \_\_\_

GEGENWÄRTIGE KÖRPERLICHE PROBLEME

1. Letzte ärztliche U.? ja \_\_\_ nein \_\_\_

2. Körperl. Probleme? ja \_\_\_ nein \_\_\_

2.1 Welcher Art? ja \_\_\_ nein \_\_\_

2.2 Beginn: ja \_\_\_ nein \_\_\_

3. Häufige Sorgen? ja \_\_\_ nein \_\_\_

HYPOCHONDRIE

\*1. Krankheitsfurcht? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*2. Keine körperl. Urn.? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*3. Beruhigung? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*3.1 Nachlassen? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*3.2 Dauer Beruhigung? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*4. Beginn Hypochond. ja \_\_\_ nein \_\_\_

5. Beeinträchtigung: ja \_\_\_ nein \_\_\_ (0-4)

Diagnosekriterien:

A	ja	nein	Diagn.	nein
B	ja	nein	E	ja
C	ja	nein	F	ja

SOMATISIERUNGSSYNDROM

\*1. Viele körp. Probl.? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*1.1 Beginn vor 30. LJ? ja \_\_\_ nein \_\_\_

Atzt Sitl Med. Angst

Gastrointestinal

(1) J \_\_\_ N \_\_\_

(2) J \_\_\_ N \_\_\_

\*6.2 Organisch? ja \_\_\_ nein \_\_\_

7. Daten Auslöser Behandlung

8. Beeinträchtigung (0-4)

Diagnosekriterien:

A(1)	ja	nein	B(2)	ja	nein
A(2)	ja	nein	C	ja	nein
A(3)	ja	nein	D	ja	nein
B(1)	ja	nein			

DYSTHYMES SYNDROM

(ohne SDS)

\*1. Zwei Jahre depres.? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*1.1 Mehrzahl der Tage? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*1.2 Größten Tagsteil? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*2. 2 Monate normal? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*3. Jemals 2 Jahre depr.? ja \_\_\_ nein \_\_\_ (mit SDS)

\*1. 2 Jahre außer SDS? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*1.1 Mehrzahl der Tage? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*1.2 Größten Tagsteil? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*2. 2 Monate normal? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*3. Vor oder nach SDS? ja \_\_\_ nein \_\_\_

vor SDS Dauer: \_\_\_

nach SDS Dauer: \_\_\_

\*3.1 Ohne depr. Sympt.? Dauer: \_\_\_

\*4. Symptom-Einschätzungen (0-4)

gegenw. vergangen gegenw. vergangen

a. \_\_\_ b. \_\_\_

c. \_\_\_ d. \_\_\_

e. \_\_\_ f. \_\_\_

\*5. Wahn/Halluzinat.? ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*6. Organisch? ja \_\_\_ nein \_\_\_

7. Daten Auslöser Behandlung

8. Beeinträchtigung (0-4)

Diagnosekriterien:

A	ja	nein	E	ja	nein
B	ja	nein	F	ja	nein
C	ja	nein	G	ja	nein
D	ja	nein	H	ja	nein

Atzt Sitl Med. Angst

(3) J \_\_\_ N \_\_\_

(4) J \_\_\_ N \_\_\_

(5) J \_\_\_ N \_\_\_

(6) J \_\_\_ N \_\_\_

Schmerz

(7) J \_\_\_ N \_\_\_

(8) J \_\_\_ N \_\_\_

(9) J \_\_\_ N \_\_\_

(10) J \_\_\_ N \_\_\_

(11) J \_\_\_ N \_\_\_

Kardiopulmonal

(12) J \_\_\_ N \_\_\_

(13) J \_\_\_ N \_\_\_

(14) J \_\_\_ N \_\_\_

(15) J \_\_\_ N \_\_\_

Konversion/pseudoneurologisch

(16) J \_\_\_ N \_\_\_

(17) J \_\_\_ N \_\_\_

(18) J \_\_\_ N \_\_\_

(19) J \_\_\_ N \_\_\_

(20) J \_\_\_ N \_\_\_

(21) J \_\_\_ N \_\_\_

(22) J \_\_\_ N \_\_\_

(23) J \_\_\_ N \_\_\_

(24) J \_\_\_ N \_\_\_

(25) J \_\_\_ N \_\_\_

(26) J \_\_\_ N \_\_\_

(27) J \_\_\_ N \_\_\_

Psychoseriell

(28) J \_\_\_ N \_\_\_

(29) J \_\_\_ N \_\_\_

(30) J \_\_\_ N \_\_\_

(31) J \_\_\_ N \_\_\_

Weibliche Genitalsymptome

(32) J \_\_\_ N \_\_\_

(33) J \_\_\_ N \_\_\_

(34) J \_\_\_ N \_\_\_

(35) J \_\_\_ N \_\_\_

2. Beginn körp. Probl. ja \_\_\_ nein \_\_\_

\*3. Organisch? ja \_\_\_ nein \_\_\_

Atzt Sitl Med. Angst

4. Hauptbelastung durch: Symptome Glaube Gleich \_\_\_

5. Beeinträchtigung: \_\_\_ (0-4)

Diagnosekriterien:

A	ja	nein	B	ja	nein
---	----	------	---	----	------

KONVERSIONSSYNDROM

\*1. Konversionssympt.? ja \_\_\_ nein \_\_\_



Andere Probleme? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GEISTIGER ZUSTAND

\_\_\_\_\_

INTERVIEWVERHALTEN

\_\_\_\_\_

ERZÄHLENDE ZUSAMMENFASSUNG

\_\_\_\_\_

**DSM-III-R-Diagnose**  
 Primäre Diagnose (0-3) \_\_\_\_\_  
 Schwere zusätzliche Symptome (0-4) \_\_\_\_\_  
 Abheilung \_\_\_\_\_  
 Abheilung \_\_\_\_\_  
 Abheilung (177) ja/kein \_\_\_\_\_  
 Abheilung (190) gegenwärtig/lebenslang \_\_\_\_\_  
 Frühere Episoden Schwere Frühere Episoden Schwere \_\_\_\_\_  
 Zeit: Beginn \_\_\_\_\_ Ende \_\_\_\_\_  
 Sicherheit der Diagnose (0-100) \_\_\_\_\_  
 (falls unter 70)

**Diagnosekriterien:**  
 A ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ C ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 B ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ D ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

BULIMIA NERVOSA

\*1. Essanfälle? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
\*1.1 Typischer Essanfall: \_\_\_\_\_

\*2. Kontrollverlust? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*3. Erbrechen etc.? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

4. Typisches Essen/Tag: \_\_\_\_\_

\*5. Sorgen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*5.1 Angst bei 3-5 kg: \_\_\_\_\_ (0-4)

6. Körpergröße: \_\_\_\_\_ (m)

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

Niedrigstes Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

\*7. 3 Monate 2/Woche? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

8. Geschichte: \_\_\_\_\_

(1) Beginn: \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

(2) Wo? \_\_\_\_\_

(3) Mit wem? \_\_\_\_\_

(4) Wie lang es an? \_\_\_\_\_

(5) Streß? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

(6) Was geschah? \_\_\_\_\_

(7) Wann Gegeum.? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

(8) Welche Gegenm.? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*9. Organisch? \_\_\_\_\_

10. Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0-4)

**Diagnosekriterien:**  
 A ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ D ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 B ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ E ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 C ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

NICHT-ORGANISCHE PSYCHOSE

1a. Halluzinationen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

1b. Stimmehören? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

1c. Visionen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

1d. Paranoia? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

1e. Kommunikation? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

1f. Wann? \_\_\_\_\_

VERGANGENE PSYCHIATRISCHE GESCHICHTE

Wann Einrichtung Problem/Therapie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*2. Streß? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*3. Beinlaufbar? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*4. Organisch? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

5. Beginn Kayndrom: \_\_\_\_\_

**Diagnosekriterien:**  
 A ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ D ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 B ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ E ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 C ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

SOMATOFORMES SCHMERZSYNDROM

\*1. 6 Monate? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*2. Starke Schmerzen? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*3. Keine org. Ursache? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*3.1 Organische Ursache ausreichend? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

4. Beginn Schmerzstör.: \_\_\_\_\_ (0-4)

\*5. Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_

**Diagnosekriterien:**  
 A ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_ B(1) ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
 B(2) ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

ANOREXIA NERVOSA

\*1. Gewichtsproblem? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*1. Mindestens 15%? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ (m)

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

Niedrigstes Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ (kg)

\*2.1 Angst vor Dicksein? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*2.1 Angst bei 3-5 kg: \_\_\_\_\_ (0-4)

3. Typisches Essen/Tag: \_\_\_\_\_

4. Erbrechen etc.? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*5. Dickegefühl? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*6. Regelblutung? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*6.1 3 x ausgesetzt? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

\*6.2 Pille? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

7. Geschichte: \_\_\_\_\_

(1) Beginn: \_\_\_\_\_

(2) Streß? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

(3) Was geschah? \_\_\_\_\_

\*8. Organisch? ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

9. Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_ (0-4)

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 6 Feststellungen zum Umgang und Kontakt mit Menschen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	X	4	5	6

**Beispiel**

Ich lerne gerne fremde Menschen kennen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich lerne gerne fremde Menschen kennen“ die Antwort „trifft etwas zu“ (3) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft etwas zu“ (3) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1. Ich habe eine gute Art, mit anderen umzugehen. . . . .

2. Es fällt mir leicht, Kontakte mit anderen Menschen zu bekommen. . . . .

3. Ich scheue mich nicht, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten. . . . .

4. Ich sollte höflicher zu anderen sein. . . . .

5. Ich bin ziemlich scheu und unsicher im Kontakt mit anderen Menschen. . . . .

6. Es ängstigt mich nicht, mit fremden Menschen zusammenzutreffen. . . . .

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 10 Feststellungen über das Befassen mit eigenen Problemen im Alltag. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	X	3	4	5	6

**Beispiel**

Mit Problemen zerbreche ich mir häufiger den Kopf. Wenn für Sie für die Aussage „Mit Problemen zerbreche ich mir häufiger den Kopf“ die Antwort „trifft zu“ (2) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1. Ich verliere leicht den Kopf. . . . .

2. Ich kann mit meinen persönlichen Problemen gut fertig werden. . . . .

3. Ich werde auch in Zukunft meine Probleme meistern. . . . .

4. Ich kann in jeder Situation für mich selbst sorgen. . . . .

5. Meine persönlichen Probleme sind dazu da, um von mir gelöst zu werden. . . . .

6. Ich kann genauso gut zurechtkommen wie andere. . . . .

7. Ich versuche, vor meinen Problemen davonzulaufen. . . . .

8. Ich wünsche, ich würde nicht so schnell aufgeben. . . . .

9. Ich sehe der Zukunft hoffnungsvoll entgegen. . . . .

10. Mich wirft so schnell nichts aus der Bahn. . . . .

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen, die eigene Gedanken zu und Erfahrung mit anderen Personen ausdrücken. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft eher nicht zu“ (3), „trifft nicht zu“ (4), „trifft gar nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Beispiel**

Ich fühle mich als Person zumeist meinen Freunden überlegen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich fühle mich als Person zumeist meinen Freunden überlegen“ die Antwort „trifft eher nicht zu“ (4) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft eher nicht zu“ (4) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1. Ich fühle mich als Person meinen Freunden unterlegen. ....
2. Ich kann anderen in der Regel vertrauen. ....
3. Ich habe Schwierigkeiten, Sexualität und Liebe miteinander zu verbinden. ....
4. Ich wünsche, ich wäre vertrauenswürdig. ....
5. Ich habe bei vielen Freunden Angst, daß sie mich alleine lassen, wenn ich sie brauche. ....
6. Ich habe keine Schwierigkeiten zuzugeben, daß ich etwas falsch gemacht habe. ....

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen über Personen, mit denen Sie im Alltag zusammentreffen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Beispiel**

Den meisten Menschen scheint meine Gesellschaft Freude zu machen. Wenn für Sie für die Aussage „Den meisten Menschen scheint meine Gesellschaft Freude zu machen“ die Antwort „trifft etwas zu“ (3) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft etwas zu“ (3) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1. Ich habe wenig Ansehen bei meiner Familie. ....
2. Es gibt Menschen, gegenüber denen ich mich für zu unwichtig halte, als daß ich mich um ihre Bekanntheit bemühen würde. ....
3. Meine Familie vertraut mir wenig. ....
4. Ich habe das Gefühl, daß ich für manche Menschen nicht interessant genug bin, um mit ihnen befreundet zu sein. ....
5. Ich fühle mich von meiner Familie geliebt. ....
6. Ich habe oft das Gefühl, daß Fremde mich kritisch betrachten. ....

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen, die sich auf Stimmung und Verhalten im Alltag beziehen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Beispiel**

Ich bin selten schlecht gestimmt. Wenn für Sie für die Aussage „Ich bin selten schlecht gestimmt“ die Antwort „trifft zu“ am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte beantworten Sie zügig und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1. Ich bin ein fröhlicher Mensch. . . . .
2. Ich bin sensibler, als es für mich gut ist. . . . .
3. Oft bin ich recht linkisch\*. . . . .
4. Meine Gefühle sind leicht vertetzbar. . . . .
5. Ich bin zu empfindlich. . . . .
6. Ich kann Anschuldigungen ertragen, ohne gleich aus der Haut zu fahren. . . . .

\* linkisch, das heißt ungeschickt

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 12 Feststellungen über Situationen des Alltags, die sich vor allem auf Gespräch und Austausch mit anderen Personen beziehen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Beispiel**

Den Meinungen anderer stimme ich auch dann zu, wenn sie mir nicht ganz einleuchten. Wenn für Sie für die Aussage „Den Meinungen anderer stimme ich auch dann zu, wenn sie mir nicht ganz einleuchten“ die Antwort „trifft nicht zu“ (5) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft nicht zu“ (5) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte beantworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1. Wenn ich mich in einer Gruppe befinde, traue ich mich nicht, etwas zu sagen. . . . .
2. Ich kann Auffassungen von Bekannten oft nicht zustimmen, habe aber Hemmungen, meine Kritik offen vorzubringen. . . . .
3. Ich vertrete meine Meinung auch konsequent in der Gruppe, die nicht mit mir übereinstimmt. . . . .
4. Wenn ich anderer Meinung bin, widerspreche ich auch Autoritätspersonen. . . . .
5. Es beunruhigt mich, wenn ich den Eindruck erhalte, daß jemand eine andere Auffassung hat als ich. . . . .
6. Ich richte mich in meinem Leben zu sehr nach den Auffassungen anderer. . . . .
7. Um mir keine Feinde zu schaffen, stimme ich häufiger auch Auffassungen und Entscheidungen zu, die ich im Grunde nicht für gut oder vertretbar halte. . . . .
8. Ich habe Furcht, ich selbst zu sein. . . . .
9. Es fällt mir schwer, meine Meinung vor einer größeren Gruppe zu vertreten. . . . .
10. Ich habe Schwierigkeiten, meine Meinung in einer Gruppe zu äußern, auch wenn ich etwas Wichtiges zu sagen habe. . . . .
11. Es fällt mir schwer, einer Gruppe gegenüber eine gegensätzliche Auffassung zu vertreten. . . . .
12. In einer Gruppe fühle ich mich nicht so sicher, da den anderen meist mehr einfällt als mir. . . . .

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

Anleitung

Im folgenden finden Sie 10 Feststellungen über Leistung, Erfolg und Mißerfolg. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich kann alleine nichts erreichen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich kann alleine nichts erreichen“ die Antwort „trifft zu“ (2) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft zu“ (2) an.  
Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

- Ich bin bestimmt so leistungsfähig und intelligent wie andere. . . . .
- Ich fühle mich als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines Bekannten höre. . . . .
- Ich bin mit meinen eigenen Leistungen zufrieden. . . . .
- Was ich mir vorgenommen habe, kann ich auch erreichen. . . . .
- Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an mehr Erfolge als an Mißerfolge erinnern. . . . .
- Im großen und ganzen neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten. . . . .
- Was ich mir auch vornehme, stets habe ich Schwierigkeiten, es zu erreichen, meistens schaffe ich es nicht. . . . .
- Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an viel mehr Mißerfolge als an Erfolge erinnern. . . . .
- Ich glaube, daß ich genauso viel taugte wie andere. . . . .
- Ich habe oft Angst, daß ich im entscheidenden Augenblick versage. . . . .

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Anleitung

Im folgenden finden Sie 10 Aussagen, die eigene Gedanken über die Bewertung der eigenen Person ausdrücken. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Beispiel

Ich akzeptiere meine Schwächen. Wenn für Sie für die Aussage „Ich akzeptiere meine Schwächen“ die Antwort „trifft eher nicht zu“ (4) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft eher nicht zu“ (4) an.  
Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig, und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

- Manchmal glaube ich, daß ich zu überhaupt nichts gut bin. . . . .
- Ich bin ein Niemand. . . . .
- Ich verachte mich. . . . .
- Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden. . . . .
- Manchmal wünschte ich, ich wäre nicht geboren. . . . .
- Ich wollte, ich könnte mehr Achtung vor mir haben. . . . .
- Manchmal fühle ich mich zu nichts nütze. . . . .
- Wenn ich mich mit anderen Menschen meines Alters vergleiche, schneide ich eigentlich ganz gut ab. . . . .
- Ich finde mich ganz in Ordnung. . . . .
- Ich bin zufrieden mit mir. . . . .

trifft sehr zu	trifft zu	trifft etwas zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	trifft gar nicht zu
1	2	3	4	5	6

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 6 Feststellungen zu Überlegungen und Verhalten im Alltag. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Beispiel**

Was ich tue, ist meistens richtig. Wenn für Sie für die Aussage „Was ich tue, ist meistens richtig“ die Antwort „trifft sehr zu“ (1) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft sehr zu“ (1) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6
trifft zu	<input type="checkbox"/>					
trifft etwas zu	<input type="checkbox"/>					
trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/>					
trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>					
trifft gar nicht zu	<input type="checkbox"/>					

trifft sehr zu	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6
trifft zu	<input type="checkbox"/>						
trifft etwas zu	<input type="checkbox"/>						
trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/>						
trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>						
trifft gar nicht zu	<input type="checkbox"/>						

1. Ich bin eigentlich ziemlich sicher in der Einschätzung meiner Fähigkeiten. . . . .
2. Ich habe öfters das Bedürfnis, mich für mein Verhalten zu entschuldigen. . . . .
3. Ich kann mich in den meisten Fällen schnell und sicher entscheiden. . . . .
4. Ich kann wichtige Entscheidungen ohne Hilfe treffen. . . . .
5. Ich glaube, daß ich in den meisten Fällen mein Verhalten vor mir rechtfertigen kann. . . . .
6. Ich habe Schwierigkeiten, das zu tun, was richtig ist. . . . .

**Anleitung**

Im folgenden finden Sie 6 Aussagen über Gedanken und Verhalten im Alltag. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es gibt für Sie sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten: Die Aussage „trifft sehr zu“ (1), „trifft zu“ (2), „trifft etwas zu“ (3), „trifft eher nicht zu“ (4), „trifft nicht zu“ (5), „trifft gar nicht zu“ (6). Kreuzen Sie bitte das für Sie entsprechende Kästchen an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

**Beispiel**

Häufiger gebe ich ein Vorhaben auf, weil andere meinen, ich würde es nicht richtig anfangen. Wenn für Sie für die Aussage „Häufiger gebe ich ein Vorhaben auf, weil andere meinen, ich würde es nicht richtig anfangen“ die Antwort „trifft etwas zu“ (3) am besten paßt, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit „trifft etwas zu“ (3) an.

Haben Sie noch irgendwelche Fragen? Bitte antworten Sie zügig und entscheiden Sie sich umgehend für eine Antwort. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

trifft sehr zu	<input type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
trifft zu	<input type="checkbox"/>						
trifft etwas zu	<input type="checkbox"/>						
trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/>						
trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>						
trifft gar nicht zu	<input type="checkbox"/>						

trifft sehr zu	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6
trifft zu	<input type="checkbox"/>						
trifft etwas zu	<input type="checkbox"/>						
trifft eher nicht zu	<input type="checkbox"/>						
trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>						
trifft gar nicht zu	<input type="checkbox"/>						

1. Wenn ich den Eindruck habe, daß mir jemand geistig überlegen ist, gehe ich ihm aus dem Weg. . . . .
2. Ich zweifle, ob man meine Meinung auch ernst nimmt, vor allem, wenn ich selbst in der Sache noch nicht ganz sicher bin. . . . .
3. Es ist mir sehr wichtig, daß ich stets einen guten Eindruck mache. . . . .
4. Ich würde mich sicherer fühlen, wenn ich nicht so verschieden von anderen wäre. . . . .
5. Um sympathisch zu wirken, bin ich eher so, wie mich andere haben wollen, als wie ich selbst sein möchte. . . . .
6. Es macht mir Angst, wenn sich jemand aktiv um mich bemüht. . . . .

TAS-20

Bitte kreuzen Sie an, in wie weit die folgenden 20 Aussagen auf Sie zutreffen. Sie können den Grad Ihrer Zustimmung oder Ablehnung anhand einer 5-Punkte-Skala einschätzen:

- 1 = trifft überhaupt nicht zu
  - 2 = trifft selten zu
  - 3 = trifft teilweise zu, teilweise auch nicht
  - 4 = trifft oft zu
  - 5 = trifft immer zu
1. Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe. 1-2-3-4-5
  2. Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden. 1-2-3-4-5
  3. Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen. 1-2-3-4-5
  4. Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben. 1-2-3-4-5
  5. Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben. 1-2-3-4-5
  6. Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin. 1-2-3-4-5
  7. Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt. 1-2-3-4-5
  8. Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade so passiert sind. 1-2-3-4-5
  9. Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen. 1-2-3-4-5
  10. Sich mit Gefühlen zu beschäftigen finde ich sehr wichtig. 1-2-3-4-5
  11. Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde. 1-2-3-4-5
  12. Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben. 1-2-3-4-5
  13. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht. 1-2-3-4-5

TAS-20

- 1 = trifft überhaupt nicht zu
- 2 = trifft selten zu
- 3 = trifft teilweise zu, teilweise auch nicht
- 4 = trifft oft zu
- 5 = trifft immer zu

14. Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin. 1-2-3-4-5
15. Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gerne über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen. 1-2-3-4-5
16. Ich sehe mir lieber "leichte" Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an. 1-2-3-4-5
17. Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen. 1-2-3-4-5
18. Ich kann mich jemandem sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen. 1-2-3-4-5
19. Ich finde, daß das Mir-Klarwerden über meine Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muß. 1-2-3-4-5
20. Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken. 1-2-3-4-5

Score A
Score B
Summenscore

Bitte kreuzen Sie an, in wie weit die einzelnen Feststellungen auf Sie zutreffen. Sie können dabei abstimmen zwischen 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 = „trifft genau zu“.

Die Daten werden streng vertraulich behandelt und in der Untersuchung nur anonymisiert weiterverwendet.

1. Wenn ich ärgerlich werde, befürchte ich, Dinge zu sagen, die ich hinterher bereue. 1 2 3 4 5 6 7
2. Ich kann übermäßig mitgerissen werden, wenn ich glücklich bin. 1 2 3 4 5 6 7
3. Eine Depression könnte mich wirklich übermannen, so daß es wichtig für mich ist, traurige Gefühle zu bekämpfen. 1 2 3 4 5 6 7
4. Wenn ich depressiv werde, lasse ich mich davon nicht unterkriegen. 1 2 3 4 5 6 7
5. Wenn ich nervös bin, bin ich so durcheinander, daß ich nicht mehr klar denken kann. 1 2 3 4 5 6 7
6. Von Freude erfüllt zu sein klingt zwar gut, aber ich befürchte, daß ich die Kontrolle über meine Handlungen verlieren würde, wenn ich zu begeistert bin. 1 2 3 4 5 6 7
7. Es ängstigt mich, wenn ich zittere. 1 2 3 4 5 6 7
8. Ich befürchte, jemanden zu verletzen, wenn ich ärgerlich werde. 1 2 3 4 5 6 7
9. Ich finde es angenehm, daß ich das Ausmaß meiner Angst im Griff habe. 1 2 3 4 5 6 7
10. Einen Orgasmus zu haben verängstigt mich, da ich befürchte, die Kontrolle zu verlieren. 1 2 3 4 5 6 7
11. Wenn die Leute wütten, wie zornig ich manchmal bin, könnte es negative Folgen haben. 1 2 3 4 5 6 7
12. Wenn ich mich gut fühle, lasse ich mich gehen und genieße es aus vollen Zügen. 1 2 3 4 5 6 7
13. Ich befürchte manchmal, ich könnte in eine Depression verfallen, die mich zu Grunde richten würde. 1 2 3 4 5 6 7
14. Wenn ich glücklich bin, bin ich sehr aufgeregt, so daß ich ungern übermäßig ekstatisch bin. 1 2 3 4 5 6 7
15. Wenn ich nervös werde, denke ich: "gleich drehst du durch". 1 2 3 4 5 6 7
16. Ich finde es sehr angenehm, meinen Gefühlen von Ärger Ausdruck zu verleihen. 1 2 3 4 5 6 7
17. Ich kann es verhindern, übermäßig ängstlich zu werden. 1 2 3 4 5 6 7
18. Egal wie sehr ich mich freue, ich bleibe immer auf dem Boden. 1 2 3 4 5 6 7
19. Ich befürchte, mir etwas anzutun, wenn ich in eine zu niedergeschlagene, depressive Stimmung gerate. 1 2 3 4 5 6 7
20. Es beunruhigt mich, nervös zu sein. 1 2 3 4 5 6 7

21. Nervös zu sein ist nicht angenehm, aber ich kann damit umgehen. 1 2 3 4 5 6 7
22. Ich bin gerne begeistert - das ist ein tolles Gefühl. 1 2 3 4 5 6 7
23. Ich befürchte, die Selbstkontrolle zu verlieren, wenn ich auf „Wolke 7“ schwebe. 1 2 3 4 5 6 7
24. Ich kann nichts tun, um die Angst aufzuhalten, wenn sie einmal da ist. 1 2 3 4 5 6 7
25. Wenn ich anfangs, mich niedergeschlagen zu fühlen, denke ich, die Traurigkeit könnte mich zu sehr herunterziehen. 1 2 3 4 5 6 7
26. Wenn ich nervös bin, denke ich, die Angst könnte überhand nehmen. 1 2 3 4 5 6 7
27. Depressiert zu sein ist nicht so schlimm, denn ich weiß, daß es bald vorübergehen wird. 1 2 3 4 5 6 7
28. Es wäre mir extrem peinlich, würde ich vor anderen meine Fassung verlieren. 1 2 3 4 5 6 7
29. Wenn ich niedergeschlagen bin, habe ich Angst, daß mich die Gefühle zu sehr überwältigen könnten. 1 2 3 4 5 6 7
30. Wenn ich mich ärgere, mache ich mir keine Sorgen darüber, die Fassung zu verlieren. 1 2 3 4 5 6 7
31. Ob ich mich freue oder nicht - meine Selbstkontrolle bleibt immer auf einem Level. 1 2 3 4 5 6 7
32. Wenn ich mich wirklich über etwas freue, befürchte ich, daß mein Enthusiasmus überhand nehmen könnte. 1 2 3 4 5 6 7
33. Wenn ich nervös werde, könnte ich schreien. 1 2 3 4 5 6 7
34. Ärgerlich zu sein macht mich unnützig: Ich befürchte, daß ich dann zu weit gehen könnte und es hinterher bereue. 1 2 3 4 5 6 7
35. Ich befürchte, daß ich dummes Zeug rede, wenn ich nervös bin. 1 2 3 4 5 6 7
36. Wirklich begeistert zu sein ist problematisch für mich, weil zu große Freude manchmal meine Urteilskraft beeinträchtigt. 1 2 3 4 5 6 7
37. Depressionen machen mir Angst. Ich befürchte, wenn ich einmal depressiv bin, nicht mehr davon loszukommen. 1 2 3 4 5 6 7
38. Es stört mich nicht, nervös zu sein; ich weiß, daß das vorübergeht. 1 2 3 4 5 6 7
39. Ich befürchte, wenn ich mich meinem Ärger hingeebe, würde ich in unendliche Rage geraten. 1 2 3 4 5 6 7
40. Wenn ich nervös werde, befürchte ich, mich dumm zu verhalten. 1 2 3 4 5 6 7



Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, d. h. in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt

	ÜBERHAUPT NICHT				EIN WENIG				ZIEMLICH				SEHR			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Ich bin ruhig																
2. Ich fühle mich geborgen																
3. Ich fühle mich angespannt																
4. Ich bin bekümmert																
5. Ich bin gelöst																
6. Ich bin aufgeregt																
7. Ich bin besorgt, daß etwas schiefgehen könnte																
8. Ich fühle mich ausgeruht																
9. Ich bin beunruhigt																
10. Ich fühle mich wohl																
11. Ich fühle mich selbstsicher																
12. Ich bin nervös																
13. Ich bin zappelig																
14. Ich bin verkrampt																
15. Ich bin entspannt																
16. Ich bin zufrieden																
17. Ich bin besorgt																
18. Ich bin überreizt																
19. Ich bin froh																
20. Ich bin vergnügt																

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.

	FAST NIE				MANCHMAL				OFT				FAST IMMER			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
21. Ich bin vergnügt																
22. Ich werde schnell müde																
23. Mir ist zum Weinen zumute																
24. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten																
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann																
26. Ich fühle mich ausgeruht																
27. Ich bin ruhig und gelassen																
28. Ich glaube, daß mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen																
29. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge																
30. Ich bin glücklich																
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen																
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen																
33. Ich fühle mich geborgen																
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick																
35. Ich fühle mich niedergeschlagen																
36. Ich bin zufrieden																
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich																
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann																
39. Ich bin ausgeglichen																
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke																

# STAXI

Datum \_\_\_\_\_  
 Alter \_\_\_\_\_  
 Jahr \_\_\_\_\_

## Teil 1

Anleitung: Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten auf Sie zutrifft, d. h. in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.  
 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. Ich bin ungehalten	1	2	3	4
2. Ich bin wütend	1	2	3	4
3. Ich bin sauer	1	2	3	4
4. Ich bin enttäuscht	1	2	3	4
5. Ich bin zornig	1	2	3	4
6. Ich bin aufgebracht	1	2	3	4
7. Ich bin schlecht gelaunt	1	2	3	4
8. Ich könnte vor Wut in die Luft gehen	1	2	3	4
9. Ich bin ärgerlich	1	2	3	4
10. Ich könnte laut schimpfen	1	2	3	4

## Teil 2

Anleitung: Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten auf Sie zutrifft, d. h. in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.  
 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
11. Ich werde schnell ärgerlich	1	2	3	4
12. Ich rege mich leicht auf	1	2	3	4
13. Ich bin ein Hitzkopf	1	2	3	4
14. Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde	1	2	3	4
15. Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und ich schlecht beurteilt werde	1	2	3	4
16. Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse	1	2	3	4
17. Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde	1	2	3	4
18. Wenn ich gereizt werde, könnte ich losschlagen	1	2	3	4
19. Wenn ich wütend werde, sage ich häßliche Dinge	1	2	3	4
20. Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde	1	2	3	4

## Teil 3

Anleitung: Von Zeit zu Zeit fühlen wir uns ärgerlich oder wütend, aber Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie reagieren, wenn sie ärgerlich sind. Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die benutzt werden können, um seinen ärgerlichen oder wütenden Gefühlszustand zu beschreiben. Lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie oft Sie in der beschriebenen Weise im allgemeinen handeln oder fühlen.  
 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort anzukreuzen, die am besten beschreibt, wie Sie im allgemeinen handeln oder fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
21. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle	1	2	3	4
22. Ich fresse Dinge in mich hinein	1	2	3	4
23. Ich bewahre meine Ruhe	1	2	3	4
24. Ich koche innerlich, zeige es aber nicht	1	2	3	4
25. Ich empfinde Groll, rede aber mit niemandem darüber	1	2	3	4
26. Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen	1	2	3	4
27. Ich mache Dinge wie Türen zuschlagen	1	2	3	4
28. Ich bin ärgerlicher als ich es zugeben möchte	1	2	3	4
29. Ich kontrolliere mein Verhalten	1	2	3	4
30. Ich bin weit mehr erzürnt als andere es wahrnehmen	1	2	3	4
31. Ich mache häßliche Bemerkungen	1	2	3	4
32. Ich kann mich selbst daran hindern, wütend zu werden	1	2	3	4
33. Nach außen bewahre ich die Haltung	1	2	3	4
34. Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren	1	2	3	4
35. Ich werde wütend	1	2	3	4
36. Ich kontrolliere meinen Ärger	1	2	3	4
37. Ich platze heraus, so daß andere meinen Ärger zu spüren bekommen	1	2	3	4
38. Ich werde laut	1	2	3	4
39. Ich fahre aus der Haut	1	2	3	4
40. Ich sage mir: Reg' Dich nicht auf	1	2	3	4
41. Ich könnte platzten, aber ich lasse es niemanden merken	1	2	3	4
42. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück	1	2	3	4
43. Ich verliere die Fassung	1	2	3	4
44. Ich bin ärgerlicher als ich es mir anmerken lasse	1	2	3	4

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig.
  - 1 Ich bin traurig.
  - 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
  - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.
- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
  - 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
  - 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
  - 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.
- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
  - 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
  - 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
  - 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
  - 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
  - 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
  - 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
  - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
  - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
  - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.
- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
  - 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
  - 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
  - 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
  - 1 Ich bin von mir enttäuscht.
  - 2 Ich finde mich fürchterlich.
  - 3 Ich hasse mich.
- H**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
  - 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
  - 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
  - 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.
- I**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
  - 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
  - 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
  - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.
- J**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
  - 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
  - 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
  - 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

Subtotal Seite 1

- K**
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
  - 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
  - 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
  - 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

- L**
- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
  - 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
  - 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
  - 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

- M**
- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
  - 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
  - 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
  - 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

- N**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszu-sehen als früher.
  - 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
  - 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintraten, die mich häßlich machen.
  - 3 Ich finde mich häßlich.

- O**
- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
  - 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
  - 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
  - 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

- P**
- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
  - 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
  - 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
  - 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

- Q**
- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
  - 1 Ich ermüde schneller als früher.
  - 2 Fast alles ermüdet mich.
  - 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

- R**
- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
  - 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
  - 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
  - 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
- S**
- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
  - 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
  - 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
  - 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

- Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:  
 JA  NEIN
- T**
- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
  - 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
  - 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
  - 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

- U**
- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
  - 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
  - 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
  - 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Subtotal Seite 2  
 Subtotal Seite 1  
 Summenwert

# Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)

(Petry & Baulig)

Name: \_\_\_\_\_

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

trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
------------------------------	-------------------------------	----------------------	-----------------------

- 01 Ich habe meistens gespielt, um den Verlust wieder auszugleichen. 

--	--	--	--
- 02 Ich kann mein Spielen nicht mehr kontrollieren. 

--	--	--	--
- 03 Meine Angehörigen oder Freunde dürfen nicht wissen, wieviel ich verspiele. 

--	--	--	--
- 04 Im Vergleich zum Spielen erscheint mir der Alltag langweilig. 

--	--	--	--
- 05 Nach dem Spielen habe ich oft ein schlechtes Gewissen. 

--	--	--	--
- 06 Ich benutze Vorwände, um spielen zu können. 

--	--	--	--
- 07 Ich schaffe es nicht, das Spielen längere Zeit einzustellen. 

--	--	--	--
- 08 Ich spiele fast täglich um Geld. 

--	--	--	--
- 09 Durch mein Spielen habe ich berufliche Schwierigkeiten. 

--	--	--	--
- 10 Beim Spielen suche ich Nervenkitzel. 

--	--	--	--
- 11 Ich denke ständig ans Spielen. 

--	--	--	--
- 12 Um mein Spiel zu finanzieren, habe ich oft unrechtmäßig Geld besorgt. 

--	--	--	--
- 13 Den größten Teil meiner Freizeit spiele ich. 

--	--	--	--
- 14 Ich habe schon fremdes bzw. geliehenes Geld verspielt. 

--	--	--	--
- 15 Ich war wegen meiner Spielprobleme schon in Behandlung. 

--	--	--	--
- 16 Ich habe häufig mit dem Spielen aufhören müssen, weil ich kein Geld mehr hatte. 

--	--	--	--
- 17 Weil ich so viel spiele, habe ich viele Freunde verloren. 

--	--	--	--
- 18 Um spielen zu können, leihe ich mir häufig Geld. 

--	--	--	--
- 19 In meiner Phantasie bin ich der große Gewinner. 

--	--	--	--
- 20 Wegen des Spielens war ich schon oft so verzweifelt, daß ich mir das Leben nehmen wollte. 

--	--	--	--

Rohwert: \_\_\_\_\_

Prozentrang: \_\_\_\_\_