

**Aus der psychosomatischen und psychotherapeutischen Abteilung der
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**

Abteilungsleiterin: Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

Validierung der Bestandsaufnahme zur Erfassung des pathologischen Kaufens
Reliabilität und Validität des Fragebogens zum zwanghaften Erwerb

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von

Simone Linsenbühler

aus

Treuchtlingen



**Gedruckt mit Erlaubnis der
Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg**

Dekan:	Prof. Dr. J. Schüttler
Referent:	Prof. Dr. M. de Zwaan
Korreferent:	Priv.-Doz. Dr. A. Müller
Tag der mündlichen Prüfung:	22. Dezember 2010

Widmung

Wenn Du auch ab und an stolperst, Du bewegst dich wenigstens

Für Papa und Georg

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	Seite 1
EINLEITUNG	Seite 3
A. THEORETISCHER TEIL	Seite 4
1. Pathologisches Kaufen	Seite 4
1.1. Definition und Phänomenologie	Seite 4
1.2. Klassifikation	Seite 7
1.3. Epidemiologie	Seite 8
1.4. Psychiatrische Komorbidität	Seite 10
1.5. Theorien zur Pathologie	Seite 12
1.6. Diagnostik	Seite 13
1.7. Behandlung	Seite 15
1.7.1 Medikamentöse Therapie	Seite 15
1.7.2. Selbsthilfegruppen	Seite 16
1.7.3. Psychotherapeutischer Ansatz	Seite 16
1.7.4. Das Erlanger Therapieprogramm	Seite 17
2. Zwanghaftes Horten	Seite 18
3. Zusammenhang Kaufen und Horten	Seite 22
4. Testgütekriterien	Seite 24
4.1. Objektivität	Seite 24
4.2. Reliabilität	Seite 25
4.3. Validität	Seite 27

B.	EMPIRISCHER TEIL	Seite 29
1.	Material und Methoden	Seite 29
1.1.	Erhebungsinstrumente	Seite 29
1.1.1	Compulsive Acquisition Scale CAS-FZE	Seite 29
1.1.2.	Compulsive Buying Scale CBS	Seite 32
1.1.3.	Saving Inventory- Revised SI-R-FZH	Seite 32
1.1.4.	Maudsley Obsessive Compulsive Inventory MOCI	Seite 33
1.2.	Stichprobenbeschreibung	Seite 33
1.2.1.	Bevölkerungsbasierte Stichprobe	Seite 34
1.2.2.	Stichprobengruppe I: Studenten	Seite 35
1.2.3.	Stichprobengruppe II: Messie-Selbsthilfegruppe	Seite 35
1.2.4.	Stichprobengruppe III: Stationäre Patienten mit Zwangserkrankung	Seite 35
1.2.5.	Stichprobengruppe IV: Patienten der psychiatrischen Ambulanz	Seite 35
1.2.6.	Stichprobengruppe V: Patienten der Psychosomatik	Seite 35
1.3.	Statistische Auswertung	Seite 36
2.	Ergebnisse	Seite 38
2.1.	Deskriptive Merkmale	Seite 38
2.2.	Reliabilität des FZE	Seite 39
2.3.	Validität des FZE	Seite 40
C.	DISKUSSION	Seite 46

ANHANG

- | | | |
|----|-----------------------|----------|
| 1. | Tabellen | Seite 51 |
| 2. | Fragebögen | Seite 52 |
| 3. | Literaturverzeichnis | Seite 72 |
| 4. | Abkürzungsverzeichnis | Seite 89 |
| 5. | Danksagung | Seite 90 |
| 6. | Lebenslauf | Seite 91 |

ZUSAMMENFASSUNG

Theoretischer Hintergrund: Nach Frost und Kollegen (2009) können pathologisches Kaufen und die zwanghafte Mitnahme kostenloser Dinge zu dem Konstrukt zwanghafter Erwerb zusammengefasst und mit der Compulsive Acquisition Scale (CAS; Frost et al. 2002) erhoben werden. Die CAS wurde ins Deutsche übersetzt und heißt nun Fragebogen zum zwanghaften Erwerb (Müller et al. 2009).

Fragestellung: Überprüfung der Reliabilität und Validität des Fragebogens zum zwanghaften Erwerb.

Methode: Der FZE, sowie weitere konstruktnahe und konstruktferne Fragebögen wurden von einer bevölkerungsbasierten Stichprobe sowie mehreren Vergleichsstichproben beantwortet.

Ergebnisse: Die FZE Summenskala und zum Teil auch die Subskala FZE-Buy erwiesen sich als reliabel und valide und differenzieren gut das Ausmaß zwanghaften Erwerbs zwischen kaufsüchtigen Patienten, Mitgliedern von Messie-Selbsthilfegruppen, anderen Patientengruppen und Kontrollpersonen. Die anderen Subskalen brachten keine eindeutig replizierbare Ergebnisse.

Schlussfolgerung: Der FZE ermöglicht mit seiner Summenskala mit Fragen zum pathologischen Kaufen und zur exzessiven Mitnahme kostenloser Dinge die Erhebung von zwanghaftem Erwerb, grenzt sich aber aufgrund der Subskalen mit zum Teil zu wenig Items etwas ein.

ABSTRACT

Background: The Compulsive Acquisition Scale (CAS; Frost et al. 2002) is a self-rating-scale, that measures the extent to which individuals acquire and feel compelled to acquire possessions. The CAS was translated into German language and was titled “Fragebogen zum zwanghaften Erwerb” (FZE) (Müller et al. 2009).

Objective: To evaluate the reliability and validity of the FZE.

Method: The study investigated the psychometric properties of the FZE in a population-based sample, different clinical samples and controls.

Results: The FZE total score and the subscore FZE-Buy showed adequate internal consistency and validity and differentiated in the extent of compulsive acquisition between patients with compulsive buying, individuals with compulsive hoarding, clinical groups, and controls. The other subscales did not show adequate results.

Conclusion: The results of the present study suggest, that the total score of the FZE is a measure to assess compulsive acquisition symptoms, but is restricted by the lacks of items in its subscales.

EINLEITUNG

In der heutigen Zeit treten Verhaltensexzesse immer häufiger in den Vordergrund, sei es zum Beispiel die Person, welche in einer völlig überladenen Wohnung lebt, immer mehr sammelt und nichts wegwerfen kann oder die Person, die sich aufgrund ihres Kaufzwangs hoch verschuldet. Diese und ähnliche Krankheitsformen nehmen zu und erzielen bei den Betroffenen einen enormen Leidensdruck, Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben und Isolation sind die häufige Folge. In der klinischen Praxis ist es nicht immer einfach, diese Krankheitsbilder zu erfassen. Häufig wird sogar eine Überschneidung beider Krankheitsbildern vermutet (Frost et al. 1998, 2002) und auch die Komorbidität zu anderen psychischen Störungen, zum Beispiel zur Zwangsstörung, wird immer wieder beschrieben (Christenson et al. 1994).

Zur Erfassung des pathologischen Kaufens stehen bereits zwei deutschsprachige Screeninginstrumente zur Verfügung: das Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK; Raab et al. 2005) und die deutsche Version der Compulsive Buying Scale (CBS) von Faber und O'Guinn (1992), welche für Deutschland bereits validiert wurde (Müller et al. 2008). Zur Erfassung des zwanghaften Hortens wurde von Frost und Kollegen der Saving Inventory Revised (SI-R) entwickelt (Frost et al. 2004). Dieser wurde auch für Deutschland validiert (Müller et al. 2009) und findet als Fragebogen zum zwanghaften Erwerb (FZH) Anwendung. Nach Frost und Kollegen (2009) können pathologisches Kaufen und die zwanghafte Mitnahme kostenloser Dinge zu dem Konstrukt zwanghafter Erwerb zusammengefasst werden. Eine Screeningmöglichkeit hierfür bietet die von Frost et al. (1998) entwickelte Compulsive Acquisition Scale (CAS), ein Selbsterhebungsinstrument zur Erfassung des zwanghaften Erwerbs. Die Faktorenstruktur und Schwellenwerte wurden bereits in einer bevölkerungsbasierten Stichprobe ermittelt (Müller et al., *inger.*). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Testgütekriterien Reliabilität und Validität der modifizierten deutschen Version der Compulsive Acquisition Scale, des Fragebogens zum zwanghaften Erwerb, zu überprüfen.

A. THEORETISCHER TEIL

1. Pathologisches Kaufen

1.1 Definition und Phänomenologie

Als pathologisches Kaufen bezeichnet man ein Verhalten, bei dem sich das Konsumieren vom Bedarf gelöst hat. Die betroffene Person ist nicht abhängig von den Konsumgütern, sondern vom Gefühlsrausch, welcher während des Einkaufens erlebt wird (Frost et al. 2007). Die gekauften Waren haben meist keine Bedeutung, keinen Gebrauchswert und werden häufig nicht einmal ausgepackt, geschweige denn benutzt (Krueger 1988). Oft werden die gekauften Waren auch versteckt, verschenkt oder weggeworfen, um den Verhaltensexzess vor anderen Menschen zu verbergen (Raab, Neuner, Reisch et al. 2006).

Das Phänomen des pathologischen Kaufens ist aber kein Begriff der Gegenwart, sondern wurde bereits Anfang des 20. Jahrhunderts von den Psychiatern Kraepelin (1909) und Bleuler (1923) in deren Lehrbüchern erwähnt und den Störungen der Impulskontrolle zugeordnet (Kraepelin 1909).

Kraepelin bezeichnete das Phänomen als Oniomanie. Er beschrieb es folgendermaßen:

„... die krankhafte Kauflust, die den Kranken veranlasst, sobald sich ihm dazu Gelegenheit bietet, ohne jedes wirkliche Bedürfnis in großen Mengen einzukaufen, Hunderte von Halsbinden oder Handschuhe, Dutzende von Anzügen, Hüten, Überröcke, Schmucksachen, Spazierstöcke, Uhren. In einzelnen Fällen verbindet sich damit der Trieb, allen möglichen Personen Geschenke zu machen. Es gibt indessen noch andere Gründe für triebhaftes Kaufen. Ich kannte eine Frau, die sich aus verschiedenen Geschäften massenhaft Waren kommen ließ, um sie sofort hinter dem Rücken ihres Mannes zu Schleuderpreisen wieder zu verkaufen, ohne sie auch nur anzusehen. Obgleich sie sich dadurch den schwersten Unannehmlichkeiten aussetzte und ihren Mann wirtschaftlich zugrunde richtete, war sie doch gänzlich außerstande, von ihrem Treiben zu lassen. Nach gelegentlichen, allerdings von ihr später verleugneten Äußerungen musste man schließen, dass die Triebfeder dieses unsinnigen Handelns der Reiz der Gefahr bildete, die Unruhe und Aufregung, die mit ihren heimlichen Geschäften verknüpft war“ (Kraepelin 1909, S.408-409).

Im Laufe des Jahrhunderts gelangte das Thema nach und nach ins Interesse der Forschung und wird seit den 80er Jahren sowohl in den Bereichen Soziologie und Konsumforschung, als auch in der Psychiatrie / Psychologie / Psychosomatik untersucht (Müller, de Zwaan, Mitchell, 2008). Tabelle 1.1. aus dem Erlanger Therapieprogramm von Müller, de Zwaan und Mitchell ist als Tabelle 8 im Anhang übernommen. Sie zeigt einen historischen Überblick zur Thematik des pathologischen Kaufens.

Grundsätzlich zählt das pathologische Kaufen zu den eher unauffällig entstehenden Krankheiten, da die Betroffenen selbst wie auch ihre näheren Mitmenschen die Anzeichen des abnormen Verhaltens erst spät oder gar nicht erkennen (vgl. Frost et al. 2007). Der Grund hierfür könnte darin bestehen, dass Konsumieren in der heutigen Gesellschaft eher erwünscht ist. Die gesellschaftliche Akzeptanz führt dazu, dass ein schlechtes Gewissen erst ausbleibt, wenn man sich wieder etwas „gegönnt“ hat (Scherhorn/Raab/Reisch 1996). So wird das Verhalten lange nicht als ein pathologisches angesehen. Zusätzlich fördern bestimmte Rahmenbedingungen ein leichtes Konsumieren, zum Beispiel das Einführen von Kundenkarten, modernen Zahlungssystemen wie das bargeldlose Zahlen mit Kreditkarten und die relativ leichte Möglichkeit Kredite zu bekommen (Raab 2006).

Die Betroffenen selbst empfinden Unruhe, Aufregung, erhöhte Anspannung oder schlechte Laune, bevor eine Kaufattacke auftritt. Wenn Sie ihrem Verlangen nachgeben und sich ihrem Kaufrausch hingeben, kommt es zur Stimmungsverbesserung, Beruhigung und Ablenkung von anderen Problemen. Kurz danach vergeht dieses „Glücksgefühl“ allerdings wieder und die Betroffenen werden von Schuld- und / oder Schamgefühlen geplagt, sie befinden sich in einem Teufelskreis.

Langfristig führt ein solch exzessives Konsumverhalten nicht nur zu finanziellen, sondern auch zu immensen privaten Problemen. Selbst wenn der Betroffene soweit ist, dass er sein Verhalten als Krankheit begreift, ist er nicht in der Lage seinen Trieb zu kontrollieren und sein Kaufverhalten zu normalisieren (vgl. Müller, de Zwaan, Mitchell 2008). Zur Veranschaulichung des Problems werden zwei Fallbeispiele aus dem Erlanger Therapieprogramm von Müller, de Zwaan und Mitchell übernommen.

Frau A

Frau A ist 36 Jahre alt, sie lebt seit 12 Jahren in einer festen Partnerschaft, hat keine Kinder. Sie ist von Beruf Sekretärin und seit mehreren Monaten arbeitslos. Wenn sie Geld habe, müsse sie jeden Tag einkaufen gehen. Sie kaufe ausschließlich Dinge, „die die Wohnung und die Menschen schöner machen“, z.B. Schmuck, Kleidung, Kosmetik, teure Bilder, Rattanmöbel, Gardinen oder Geschenke für Andere, weil „man sich Freundschaft erkaufen muss“. Nach außen hin sei ihre Wohnung ordentlich, aber in den Schränken herrsche Chaos. Die Kaufattacken würden phasenweise meist in Verbindung mit gesundheitlichen oder beruflichen Problemen auftreten. Dann würde sie sich „in eine Traumwelt versetzen“. Kurz vor oder während des Einkaufens sei sie in Hochstimmung. „Da will ich mich verschönern, kann mir Gutes tun.“ Die Verkäuferinnen würden ihr Komplimente machen und betonen, wie gut sie mit diesem und jenem aussehe würde. Sie wisse, dass das Kaufen sinnlos sei, könne aber nicht damit aufhören und habe viele Schulden damit gemacht, v.a. bei Bekannten und Freunden (insg. € 130.000,00). Solange „die Quelle sprudelte“, sei auch immer alles gut gegangen. Wenn es finanziell nicht mehr ging, sei „die Bombe geplatzt und die Traumwelt war chaotisch und blöde“. Dann habe sie einkaufen „angeekelt“. Sie sei auch schon wegen nicht erstatteter Schulden vorbestraft. Ihr Lebensgefährte könne sie nicht verstehen, sie verstehe sich selbst nicht mehr.

Herr D

Herr D. ist 60 Jahre alt. Der ehemalige Angestellte befinde sich wegen Depressionen und einer neurologischen Erkrankung seit 5 Jahren im frühzeitigen Ruhestand, er sei ledig und sozial zurückgezogen. Seit ungefähr 2 Jahren sei sein Konsumverhalten entgleist. Um Einsamkeitsgefühle oder Langeweile zu vermeiden, verlasse er täglich das Haus, gehe dann in die Stadt und kaufe ein. Bei der Ware handele es sich vorrangig um „Schnäppchen“, v.a. Bekleidung, Schuhe und Lederwaren, die er dann günstig erwerbe. Bisher seien noch keine Schulden entstanden. Allerdings würde sich die Ware bei ihm zu Hause ansammeln. So besitze er z.B. 120 Paar Schuhe, die in seinen Schränken längst keinen Platz mehr fänden. Außerdem tendiere er dazu, alle Waren in mehrfacher Ausfertigung zu kaufen. Unsinnigerweise hätte er alles mindestens 3-fach, manches sogar 10-fach. Er habe Schwierigkeiten, die Dinge wegzuerwerfen oder sich von ihnen zu trennen und mittlerweile sei ziemlich Unordnung in seinem Haus entstanden („mindestens 40 große Plastiksäcke voll mit allem“). Er fühle sich zu Hause überhaupt nicht

mehr wohl, eigentlich müsse er aufräumen und „ausmisten“. Obwohl Herr D. unter seinem unkontrollierten Kaufverhalten leide, seien bisherige Versuche, dies zu stoppen, gescheitert. (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008, S.6-7)

1.2. Klassifikation

In der Regel wird unkontrolliertes Kaufen als nicht näher bezeichnete „abnormale Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ diagnostiziert (Raab, Neuner, Reisch, 2005). Im ICD-10 (ICD-10F63.9) werden diese abnormen Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen als wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation beschrieben, welche im Allgemeinen die Interessen der Betroffenen selbst oder anderer Menschen schädigen (Dilling et al. 2000).

Das DSM-IV beschreibt das „Ausführen von Handlungen trotz negativer Konsequenzen“ und „die Unwiderstehlichkeit der Impulse“ als wichtiges diagnostisches Kriterium (Saß et al. 2003). Das Verhalten, das trotz schädigender psychosozialer Konsequenzen anhält, die Unwiderstehlichkeit des Kaufimpulses trotz Fehlen einer vernünftigen Kaufmotivation, die mangelnde Selbstkontrolle, all dies spricht für eine Einordnung des pathologischen Kaufens als nicht näher bezeichnete abnorme Störung der Impulskontrolle (Müller et al. 2008).

Auch nach dem Zwangsspektrumsmodell (Hollander und Wong 1995) wird pathologisches Kaufen zu den Impulskontrollstörungen gerechnet. Es wird darüber nachgedacht, im kommenden DSM-V eine eigene Kategorie Zwangsspektrumsstörung mit der Untergruppe Impulskontrollstörung aufzunehmen (Dell’Osso et al. 2006, Hollander et al. 2006). Viele Autoren, zum Beispiel die Hohenheimer Forschungsgruppe Scherhorn, Reisch und Raab sind der Meinung, dass es sich beim pathologischem Kaufen um das Erleben eines eigenen Bedürfnisses handelt und nicht, wie beim Zwang, um eine Handlung gegen den persönlichen Wunsch und Willen (Scherhorn et al. 1996). Sie sehen, wie auch Poppelreuther & Groß (2000), Grüsser et al. (2004) und Grüsser und Thalemann (2006) darin die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllt.

Parallelen im Erleben und Verlauf zwischen Verhaltenssexzessen und stoffgebundenen Abhängigkeiten können nicht übersehen werden. Der Drang zum Kaufen, der Kontrollverlust, die Dosissteigerung und Entzugssymptome sowie experimentell nachgewiesene

Aktivierungsmuster in präfrontalen und striatalen Gehirnbereichen würden die Eingliederung als Verhaltenssucht rechtfertigen. Gleichwohl ergeben sich nach den Erfahrungen der Erlanger Forschungsgruppe aber für das pathologische Kaufen ganz zentrale Unterschiede (Müller et al 2008), vor allem in den Bereichen organischer und zentralnervöser Veränderungen und der Ausprägung des Rauscherlebnisses. Die Patientengruppe mit extremen Kaufexzessen ist vor allem durch eine hohe psychische Komorbidität gekennzeichnet, was neurophysiologische Befunde in ein kritisches Licht rücken lässt. Eine Dosissteigerung in der Form, dass immer mehr, öfter und teurer eingekauft werden muss, konnte in Erlangen nur bei einem Teil der Patienten festgestellt werden. Angesprochen auf Entzugssymptomatik beschrieben die Patienten, ähnlich wie stoffgebundene Suchterkrankte, negative Gefühle, Unruhe und Anspannung beim Verzicht auf die Kaufattacke. Detaillierte Verhaltensanalysen zeigten jedoch, dass es sich dabei um die ursprüngliche Auslösesymptomatik handelt, welche durch die Kaufattacke kompensiert wurde (Müller et al 2008).

1.3. Epidemiologie

Man kann vermuten, dass der Hang zum pathologischen Kaufen ein weit verbreitetes Phänomen ist, da die bisher geschätzten Prävalenzraten sich auf jeweils einmalige Fragebogenuntersuchungen stützen.

1991 wurde mit dem „Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten“ (SKSK) erstmals in Deutschland eine bevölkerungsrepräsentative Befragung durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass ca. 5% der Menschen in den alten Bundesländern und ca. 1% in den neuen Bundesländern „stark kaufsuchtgefährdet“ sind. Zehn Jahre später wurde das Procedere noch einmal durchgeführt, mit dem Ergebnis, dass sich das pathologische Verhalten verstärkt hat und sich die alten und neuen Bundesländer prozentual annähern. So stieg in den alten Bundesländern der Anteil auf 8%, in den neuen Bundesländern auf stolze 6% (Scherhorn et al. 1990, 1996, Neuner et al. 1998, Neuner 2005).

Auch in Österreich (Arbeitskammer Wien 2004) und der Schweiz (Maag 2004) kam man mit dem SKSK auf ähnliche Ergebnisse.

2002 untersuchten Lange und Mitarbeiter anhand des SKSK das Einkommens-Konsum- und Verschuldungsmuster von deutschen Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren. Das

Ergebnis zeigte eine starke Gefährdung bei insgesamt 6% der Untersuchten. Außerdem konnte als Tendenz festgestellt werden, dass v.a. Mädchen und junge Frauen von der Problematik betroffen sind (Lange 2004).

Teilweise gab es in klinischen Studien Annahmen von einem Frauenanteil von bis zu 95% (Black 2007). In vielen Studien schwankte der Frauenanteil zwischen 80 und 95%. Dies konnte aber in bevölkerungsbasierten repräsentativen Untersuchungen nicht belegt werden; man zweifelt sogar an einer Geschlechtsdifferenz (Koran et al. 2006), beziehungsweise bezweifelt man die Aussagekraft der hohen Prozentzahlen und vermutet ein erhebungstechnisches Artefakt (Reisch und Neuner 2002). Es ist zum Beispiel denkbar, dass Frauen eher dazu neigen sich an Studien zu beteiligen, da sie sich stärker von den Medien angesprochen fühlen. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Messinstrumente die Geschlechterrollen und das unterschiedliche Kaufverhalten von Männern und Frauen nur ungenügend berücksichtigen, zudem lässt die Selektionsrate bei klinischen Studien nur bedingt Rückschlüsse auf die Basisrate zu (Müller, Reinecker 2005).

Neben der Geschlechtszugehörigkeit stellte sich auch die Frage, ob Familienstand, Bildung und Einkommen in einem Zusammenhang mit dem Kaufverhalten stehen. Es ergaben sich meist nur sehr interpretationsbedürftige Aussagen, welche hier nicht näher beschrieben werden sollen. Erwähnenswert ist nur, dass zum Beispiel von Black und Kollegen (2001) festgestellt wurde, dass die Impulsivität und Unkontrolliertheit des Kaufens mit sinkendem Einkommen wächst (Black et al. 2001).

In Amerika wurde eine Repräsentativbefragung mit der „Compulsive Buying Scale“ (CBS; Faber und O’Guinn 1992) durchgeführt, knapp 6% der 2513 befragten Erwachsenen waren vom pathologischen Kaufen betroffen (Koran et al. 2006).

In Deutschland wurde die CBS-G angewendet, um die CBS auch für den deutschen Sprachraum zu validieren. Die Ergebnisse der von der USUMA bei 2394 Erwachsenen durchgeführten Befragung ergaben, dass knapp 7% der Befragten von Kaufpathologie betroffen waren, auch hier ohne relevanten Geschlechterunterschied (Müller et al., einger.).

1.4. Psychiatrische Komorbidität

In klinischen Studien manifestiert sich immer wieder ein enger Zusammenhang zwischen pathologischem Kaufen und anderen psychischen Krankheiten.

In einer Untersuchung von Christenson und Mitarbeiter (1994) mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-III-R (SKID) wurden bei den Patienten / Patientinnen mit Kaufstörung viel häufiger Achse-I-Störungen (Substanzmissbrauch, Essstörung und Angststörungen) diagnostiziert. Ebenso wurde bei gleichzeitiger Befragung mit dem Minnesota Impulsive Disorder Interview (MIDI) eine sehr hohe Komorbidität mit Impulskontrollstörungen (z.B. Kleptomanie, Pyromanie, Trichotillomanie) festgestellt (Christenson et al. 1994, Müller, Reinecker et al. 2005). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Black und Mitarbeiter, die affektive Störungen bei den pathologischen Käufern / Käuferinnen signifikant häufiger feststellten (Black et al. 1998, 2002).

In der Erlanger Komorbiditätsstudie, in der man Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten, freiwillige nichtklinische Teilnehmerinnen und adipöse Patientinnen vor Adipositaschirurgie verglich, kam man zu folgenden Ergebnissen, was die Lebenszeitprävalenz für Achse-I-Störungen bei den Kaufpatientinnen betrifft:

Mindestens eine Achse-I-Störung bei 93% der Untersuchten, Angststörungen bei 87%, affektive Störungen bei 80%, eine somatoforme Störung bei 17%, Essstörungen bei 33% und Abhängigkeitserkrankungen bei 23% (Müller et al. 2008).

Aber nicht nur die Achse-I-Störungen zeigen eine hohe Komorbidität zum pathologischen Kaufen, auch Achse-II-Störungen sind zu beobachten. 1994 fanden Schlosser und Kollegen bei 22% ihrer Probanden / Probandinnen eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung, bei 15% eine Borderline-Persönlichkeit und bei weiteren 15% eine vermeidende Persönlichkeitsstörung (Schlosser et al. 1994).

Lejoyeux und Mitarbeiter konnten bei ihren Untersuchungen und Therapien von depressiven Patienten und Patientinnen einen engen Zusammenhang zwischen Depression und Kaufexzessen feststellen (Lejoyeux et al. 1999, 1997, 1995).

Auch gab es Untersuchungen mit der CBS von Faber et al. (1995) und Mitchell et al. (2002), die sich mit dem Zusammenhang zwischen Kaufsucht und Binge Eating Disorder beschäftigten.

Zu erwähnen noch die Studie von du Toit und Mitarbeitern (2001) über Patienten mit einer Zwangserkrankung. Es fanden sich hohe Komorbiditäten bei den untersuchten

Personen, 22,4% mit selbstverletzendem Verhalten, 10,6% mit intermittierender explosiver Störung und 10,6% mit pathologischem Kaufen.

In der Erlangen Untersuchung wurde hinsichtlich Achse-II-Störungen folgendes festgestellt:

In der Gruppe der pathologisch Kaufenden erfüllten 73% die diagnostischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung. Bei 37% der Untersuchten traten auch depressive Störungen auf, bei 37% ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen, bei 20%

Borderline-Persönlichkeiten und bei 17% paranoides Verhalten (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Patienten mit pathologischem Kaufverhalten leiden im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen signifikant häufiger an weiteren Impulskontrollstörungen. Es handelt sich vor allem um eine intermittierende explosive Störung als Komorbidität zum pathologischen Kaufen, die so genannte „Wutanfallserkrankung“, welche bei 17% der Untersuchten diagnostiziert wurde. Sie ist gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

- Betroffene berichten mehrere aggressive Kontrollverluste, die Angriffe oder Vandalismus zur Folge hatten.
- Das Ausmaß der Aggression ist unangemessen bzw. übertrieben.
- Die aggressiven Episoden lassen sich nicht besser durch eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychose, Manie, Störung des Sozialverhaltens, ADHS, physiologische Störung oder medikamentöse Beeinflussung erklären (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008, S.13).

Vergleichend mit einer amerikanischen Studie von Kessler et al. (2007), in der die Lebenszeitprävalenz der intermittierenden explosiven Störung bei 7,3% und die 12-Monatsprävalenz bei 3,9 % liegt, hat es den Anschein, dass die intermittierende explosive Störung bei Patienten mit Kaufsuchtpathologie häufiger vorkommt.

Aufgrund der vielen Komorbiditäten im psychiatrischen Bereich stellt sich immer wieder die Frage, ob es sich bei der Kaufsucht überhaupt um ein eigenes Krankheitsbild handelt, oder nur um eine Begleiterkrankung anderer psychiatrischer / psychosomatischer Krankheitsbilder. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass es sich eher um ein eigenes Krankheitsbild handelt, da die Kaufsucht nach erfolgreicher Behandlung der anderen psychiatrischen / psychosomatischen Krankheit meist immer noch besteht (vgl. Müller, de Zwaan, Mitchell 2005).

1.5. Theorien zu Pathologie

Man geht davon aus, dass Defizite in der Impulskontrolle, gepaart mit einer hohen Impulsivität, bei Menschen mit Kaufsuchtproblematik häufig vorkommen (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Ebenso wird vermutet, dass das exzessive Kaufen der Vermeidung negativer Gefühle dient und durch eine negative Verstärkung aufrecht erhalten wird (Hand et al. 1998). Dass ein enger Zusammenhang zwischen Kaufanfall und Stimmungslage besteht, bewiesen auch schon mehrere Studien wie zum Beispiel die Selbstbeobachtungsstudie von Miltenberg et al. (2003), in der kaufsüchtige Probanden / Probandinnen vor, während und nach den Kaufattacken ihre Gefühle skalieren sollten. Die Ergebnisse ließen Schlussfolgerungen dahingehend zu, dass das Kaufen durch eine negative Gefühlslage ausgelöst wird. Aufrechterhalten wird die Pathologie durch die positiv erlebten Emotionen während des Kaufens und die Wiederverschlechterung aversiver Gefühle nach dem Kaufrausch (Müller, Reinecker 2005).

Zusammenhänge sieht man auch im Grad der Ausprägung materialistischer Orientierung. Bei stark materialistisch denkenden Menschen ist es nach Watson et al. (2003) nicht negativ belegt, Geld auszugeben und Schulden zu machen, was nach Dittmar und Drury (2000) auch die Akzeptanz gegenüber den zum Teil sehr hohen Verschuldungen erklärt.

Betroffene Patienten zeigen auch sehr irrationale Verhaltensmuster. Längerfristige Handlungskonsequenzen werden nicht bedacht, das Einkaufen der Waren orientiert sich nicht am eigentlichen Bedarf (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008) und die Patienten verlieren komplett den Überblick, ob sie sich die Waren überhaupt leisten können oder nicht.

Viele Studien von Faber (1992), Christenson et al. (1994), Scherhorn et al. (1996), um nur einige zu nennen, zeigen auf, dass die Kaufsüchtigen neben einer erhöhten Impulsivität und einer schlecht ausgeprägten Selbstkontrolle vermehrt auch unter Depressivität und Defiziten im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen, sozialen Ängsten, Entscheidungsunsicherheiten, mangelnder Stresstoleranz und zwanghaften Persönlichkeitszügen leiden.

Laut der Erlanger Arbeitsgruppe sind diese in der Literatur häufig erscheinenden Zusammenhänge aber nur korrelativer Natur, wodurch sich noch kein kausaler Zusammenhang definieren lässt.

Anzumerken ist, dass es bisher noch nicht gelang, einen vermuteten Zusammenhang zwischen Kaufsucht und Bildungsniveau, sozialer Herkunft oder dem Einkommen herzustellen (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008). Eher wird eine soziale Beeinflussung durch unsere heutige Konsumgesellschaft, kulturelle Sozialisation, Geschlechterrollen, Massenmedien, Werbung, immenses und immer weiter steigendes Produktangebot, eigene Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten für Unzufriedenheit und Langeweile dafür verantwortlich gemacht, dass pathologisches Kaufen entsteht und auch aufrecht erhalten wird (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Zuletzt müssen noch neurobiologische Ansätze angesprochen werden, die davon ausgehen, dass es im serotonergen-, dopaminergen- oder Opiat-System zu Störungen kommt. Offene Behandlungsstudien mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) lassen vermuten, dass bei pathologischen Käufern eine Dysbalance im Serotoninsystem vorliegt, bewiesen wurde aber diesbezüglich noch nichts (Devor et al. 1999).

1.6. Diagnostik

Nach den diagnostisch formulierten Kriterien von Susan McElroy (1994) kann im klinischen Gespräch eine Diagnosestellung ermöglicht werden. Folgende Kriterien sollten zutreffen:

- Unwiderstehliche, sich aufdrängende, intrusive oder sinnlose Kaufimpulse oder der Erwerb von mehr Waren als man sich leisten kann. Erwerb unnötiger Dinge. Einkaufen über längere Zeiträume als eigentlich geplant.
- Der Zwang und Drang zu kaufen. Die Kaufhandlung selbst verursacht einen enormen Leidensdruck. Es kommt zu sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen, da der Zeitaufwand sehr hoch ist. Es kann auch zu finanziellen Problemen bis hin zur Verschuldung kommen.
- Die Kaufattacken treten nicht nur im Rahmen manischer oder hypomanischer Phasen auf.

Zur weiteren Diagnostik stehen eine Reihe von Messinstrumenten zur Verfügung. Es handelt sich dabei um Fragebögen, die eine Selbsteinschätzung ermöglichen und um halbstrukturierte Interviews, welche der Fremdeinschätzung dienen.

SCREENINGVERFAHREN

1988 entwickelten die kanadischen Forscher Valence, d'Astous und Fortier die „Compulsive Buying Original Measurement Scale“, welche anhand von 13 Items den pathologischen Kaufzwang erfasst (Valence et al. 1988).

Dieser kanadische Test wurde von Scherhorn, Raab und Reisch (1990) später für den deutschsprachigen Raum als Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK) modifiziert. Der Test, welcher 2005 im Hogrefe-Verlag erschienen ist, beinhaltet 16 Fragen, die nach einem Antwortschema von 1 (trifft nicht zu) bis 4 (trifft zu) aufgebaut sind. Zur Auswertung werden die Rohwerte addiert, der Summenwert liegt zwischen 16 und 64. Das Ergebnis kann auch in T-Werte umgewandelt werden. Nach einer kritischen Grenzwertbestimmung der Autoren bedeutet ein Summenwert größer 45 eine starke Kaufsuchtgefährdung (Neuner et al. 2005, Raab et al. 2005).

COMPULSIVE BUYING SCALE

Amerikanische Studien verwenden zur Bestimmung vom pathologischem Kaufzwang meistens die kurze, aus sieben Items bestehende, Compulsive Buying Scale (CBS), welche von Faber und O'Guinn (1992) entwickelt wurde. Ebenso findet die von Frost (1998, 2002) verfasste Compulsive Acquisition Scale (CAS) mit 18 Items gerne Verwendung. Auf beide Fragebögen wird im empirischen Teil näher eingegangen.

RATINGVERFAHREN

Diese sollen den Schweregrad und die Symptomatik erfassen. Christenson und Mitarbeiter (1994) verwendeten das halbstrukturierte Interview „Minnesota Impulsive Disorder“, welches folgende im DSM-III-R klassifizierte Impulskontrollstörungen erfasst: Trichotillomanie, Pyromanie, intermittierende explosive Störung, Kleptomanie, pathologisches Spielen und pathologisches Kaufen.

Zur Erfassung von Handlungs- und Denkwängen dient die Yale Brown-Obsessive-Compulsive-Scale Shopping-Version (Y-BOCS-SV), ein Interview, welches mit zehn Fragen sowohl die Ausprägung des zwanghaften Kaufens, als auch das Ausmaß an funktioneller Beeinträchtigung, Leidensdruck, Widerstand und Kontrolle, jeweils in Bezug auf Kaufgedanken und -verhalten erfasst. Die Antworten werden auf einer Ratingskala von 1 bis 4 eingeschätzt. Es ergibt sich ein Summenwert zwischen 0 und 40,

wobei sich ein Summenwert von 16 als Schwellenwert für eine Pathologie bewährt hat (Monahan u. Black 1996).

Zu erwähnen ist noch die amerikanische Forschungsversion des SCID-I Moduls für Impulskontrollstörungen, welche folgende Impulskontrollstörungen messen kann: Intermittent Explosive Disorder, Kleptomania, Pyromania, Pathological Gambling, Trichotillomania, Impulsive-Compulsive Buying Disorder, Impulsive-Compulsive Nonparaphilic Sexual Behavior Disorder, Impulsive-Compulsive Internet Use Disorder, Impulsive-Compulsive Skin Picking Disorder. Die Validierung der Version ist aber noch nicht abgeschlossen (First et al. 2007).

1.7. Behandlung

1.7.1. Medikamentöse Therapie

Es gibt noch keine evidenzbasierte medikamentöse Behandlung von pathologischem Kaufen, aber einige Studien über den Versuch, die Kaufsucht mit Antidepressiva in den Griff zu bekommen. Die ersten Versuche fanden bereits 1991 statt, als erfolgreich Patientinnen mit Bupropion, Nortriptylin und Fluoxetin behandelt wurden (McElroy et al. 1991).

Bupropion ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der atypischen Antidepressiva, welcher die Wiederaufnahme der Neurotransmitter Dopamin und Adrenalin und geringfügig auch von Serotonin im Gehirn hemmt und in Deutschland v.a. Anwendung in der Raucherentwöhnung findet.

Nortriptylin aus der Reihe der trizyklischen Antidepressiva ist der aktive Metabolit des trizyklischen Antidepressivums Amitriptylin und hat trotz der gleichen Wirkweise weniger Nebenwirkungen. Deswegen gilt es als Medikament der zweiten Generation, welches vor allem bei Depressionen, Enuresis, Migräne und chronischen Schmerzen Verwendung findet.

Fluoxetin ist ein selektiver Serotonin Reuptake Hemmer (SSRI), der vor allem bei Depressionen, Zwangsstörungen und Bulimie eingesetzt wird (Lüllmann, Mohr, Wehling 1999).

In den Jahren darauf folgten weitere Versuche mit Anxiolytika, Phasenprophylaktika und Antidepressiva in unterschiedlichen Arbeitsgruppen (Müller, deZwaan, Mitchell 2008).

Tabelle 9 im Anhang, übernommen aus Müller, de Zwaan, Mitchell (2008) zeigt eine Übersicht über placebo-kontrollierte Medikamentenstudien mit SSRI zur Überprüfung ob eine Therapie mit Medikamenten aus dieser Wirkstoffgruppe wirksam ist. Dies würde auch die These eines Defizits der zentralen Serotonintransmission bei Impulskontrollstörungen von Hollander und Mitarbeitern (1995, 1998 und 2000) stützen. Da aber die Placeboraten hoch sind und das Medikament nicht besser zu wirken scheint als das Placebo, gilt diese These als nicht bestätigt (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Weitere Fallberichte wurden über Opioid-Antagonisten veröffentlicht. Zum Beispiel Naltrexon, ein Wirkstoff, der in Deutschland zur medikamentösen Unterstützung bei geführten Entwöhnungsbehandlungen Verwendung findet, da er im Gehirn den für die euphorischen Gefühle verantwortlichen Opiatrezeptor blockiert (Karow und Roth 2006).

Da noch keine überzeugenden Ergebnisse kontrollierter Medikamentenstudien mit ausreichend großer Stichprobe vorliegen, erscheint zum derzeitigen Zeitpunkt eine alleinige Behandlung der Kaufsucht mit Medikamenten als therapeutisch nicht sinnvoll.

1.7.2. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen organisieren sich in Amerika schon seit Jahren. Aber auch in Deutschland bewegt sich langsam etwas auf diesem Gebiet. So gibt es zum Beispiel in Hannover seit 2002 die von Sieglinde Zimmer-Fiene gegründete „Lindes Selbsthilfegruppe“. Oder in Berlin und Dresden, die nach dem amerikanischen Modell benannten Shopoholics Anonymous. Zuletzt noch zu nennen eine Selbsthilfegruppe in Franken, die seit 2006 in Fürth aktiv ist.

1.7.3. Psychotherapeutischer Ansatz

Seit den 80er Jahren gab es immer wieder Falldiskussionen über verhaltenstherapeutische (Bernik et al. 1996, Bongers 2000, Grüsser et al. 2004) und auch psychodynamische (Krueger 1988, Winestine 1985, Lawrence 1990) Behandlungsansätze. Auch wurden störungsspezifische gruppentherapeutische Verhaltenstherapiekonzepte veröffent-

licht (Damon 1988, Burgard und Mitchell 2000, Villarino et al. 2001, Benson und Gengler 2004).

Im Rahmen einer kontrollierten Studie wurde 2006 von Mitchell und Mitarbeitern ihr in den USA entwickeltes *cognitiv-behavioral* Gruppentherapieprogramm (Mitchell et al. 2006) überprüft.

Ziel war es, Kaufattacken zu reduzieren, negative Gefühle und dysfunktionale Gedanken, die zum pathologischen Kaufverhalten führen, zu erkennen und zu modifizieren und zu versuchen, den Betroffenen wieder ein normales Kaufverhalten beizubringen (Müller et al. 2008).

In diesem Projekt wurden 39 Betroffene behandelt. Elf Patientinnen waren der Wartekontrollgruppe zugeteilt, 28 der Versuchsgruppe. Nach zwölf Wochen Gruppentherapie hatte sich das Kaufverhalten der Versuchsgruppenteilnehmerinnen signifikant gegenüber den Kontrollgruppenpatientinnen verbessert. Es war anzunehmen, dass dieser Effekt auf die Therapie zurückzuführen ist (Mitchell et al. 2006).

1.7.4 Das Erlanger Therapieprogramm

In Ahnlehnung an das oben erwähnte Behandlungsprogramm von Burgard und Mitchell wurde das Erlanger Therapieprogramm entwickelt und evaluiert. Es ist damit in Deutschland erstmalig gelungen, einen wirksamen Therapieansatz gegen Kaufsucht wissenschaftlich nachzuweisen (Müller et al. 2008).

Von November 2003 bis Mai 2007 wurden in Erlangen 60 Patienten / Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten im Rahmen einer monozentrischen kontrollierten Psychotherapiestudie mit dem entwickeltem Therapieplan behandelt (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Ziel des Behandlungsplanes war es, das Kaufverhalten über das Erlernen von Selbstkontrolle und den Aufbau alternativer Verhaltensweisen zu normalisieren. Im Mittelpunkt stand die Kaufsucht, andere komorbide psychiatrische Störungen sollten nur soweit thematisiert werden, wie es für die Kaufsuchtbehandlung dringend notwendig erschien (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Das Konzept arbeitet mit Kaufprotokollen zur Selbstbeobachtung, Aufbau von Änderungsmotivationen anhand der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2005), Verhaltensanalysen, die der Problemstrukturierung dienen,

Stimuluskontrolle und Aufbau von Alternativverhalten (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Kognitionsverändernde Techniken sind auch ein wesentlicher Bestandteil des Therapieprogramms, ebenso Expositionsübungen und Geldmanagement. Auch finden sich ergänzende Therapiemodule, welche sich mit Problemen des Selbstkonzepts, Stressmanagement und Problemlösen beschäftigen (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Gearbeitet wird optimalerweise in einer Gruppengröße von sechs bis acht Teilnehmern / Teilnehmerinnen. Diese treffen sich einmal wöchentlich zu zwölf ambulanten, 90minütigen Therapiesitzungen. Da die Sitzungen aufeinander aufbauen, sollten sie in einem geschlossenen Gruppensetting stattfinden. Jede Sitzung sollte mit einer Eingangsrunde begonnen werden, in der die Kaufprotokolle und die Hausaufgaben besprochen werden. Danach folgt der thematische Teil. In den letzten fünf bis zehn Minuten werden dann Arbeitsblätter und Aufträge für die kommende Woche bis zur nächsten Therapiestunde verteilt, bevor die Schlussrunde, in der jeder kurz benennen soll, inwieweit er von den Gruppensitzungen profitiert, die Sitzung beendet. Tabelle 10 im Anhang zeigt detailliert den Inhalt der Therapiesitzungen auf.

Nach der Auswertung der Evaluation konnten signifikante Verbesserungen des Kaufverhaltens in der Versuchsgruppe festgestellt werden (Müller et al. 2008). Selbst sechs Monate nach Abschluss der Therapie kam es zu keinen Rückfällen. Mit dem Therapiemanual ist ein großer Fortschritt in der Behandlung von Kaufsüchtigen gelungen.

2. **Zwanghaftes Horten**

Da zwanghaftes Horten immer wieder im Zusammenhang mit pathologischem Kaufen genannt wird und die Compulsive Acquisition Scale mit den Skalen Buy and Free (vgl. Teil B, S. 29, Abs. 1.1.1) sowohl pathologisches Kaufen als auch einen Bereich des Hortens erfasst, soll an dieser Stelle kurz auf diesen Begriff eingegangen werden.

Die deutsche Übersetzung für compulsive hoarding, wie es in wissenschaftlichen, meist englischsprachigen Publikationen genannt wird, lautet zwanghaftes Horten. Deswegen wird auch hier der Begriff zwanghaftes Horten gewählt, wobei das Phänomen im deutschsprachigen Raum üblicherweise als zwanghaftes Horten und Sammeln bezeichnet wird (vgl. Müller und de Zwaan 2009).

Der Begriff „zwanghaftes Horten“ hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung in der psychiatrischen Literatur gewonnen, es wird in der Fachliteratur zunehmend als ein Problemverhalten mit Krankheitswert diskutiert (vgl. Abramowitz et al. 2008, Saxena 2008, Samuels 2008). Aber was versteht man eigentlich unter diesem Begriff? Aus historischer Sicht erwähnte Kraepelin (1904) die so genannte „Sammelwut“, indem er Kranke beschreibt, die Abfälle ihres Körpers wie Ohrenschmalz, Hautschuppen, Haare oder Nägel sammeln und sorgfältig in Verpackungen aufbewahren und diese Leidenschaft zur Vernachlässigung alles Anderen führt.

Auch Erich Fromm (1947) beschrieb den „hortenden Charakter“, wonach für Menschen mit dieser Persönlichkeitsorientierung die Werte Ordnung, Sicherheit und Verteidigung sehr wichtig scheinen.

Ursprünglich wurde der Begriff „Horten“ in die wissenschaftliche Sprache eingeführt, um das Sammelverhalten von Nahrung bei Tieren zu beschreiben, vor allem bei Nagern. Es werden auch nach wie vor Tierversuche durchgeführt, um dieses Hortenverhalten unter verschiedenen Bedingungen zu untersuchen (Maier 2004).

1966 gebrauchten Bolmann und Katz zum ersten Mal den Begriff des Hortens, um ein psychopathologisches Problem zu beschreiben (Maier 2004).

In der deutschsprachigen Literatur hat das zwanghafte Horten in den 80er Jahren Einzug gehalten durch einen Artikel von Klosterkötter über das Diogenes-Syndrom (Maier 2004).

Der Begriff „Vermüllungsyndrom“ wurde 1984/85 von dem Hamburger Arzt und Psychologen Peter Dettmering eingeführt (Maier 2004) und beschränkt sich auf die extremen Fälle, in denen es Menschen nicht mehr möglich ist, die eigene Wohnung in Ordnung zu halten. Die Wohnungen sind extrem vermüllt, die Menschen sind nicht in der Lage, sich von wertlosen Dingen zu trennen, da sie diese nicht mehr als wertlos erkennen können. Der Begriff des „zwanghaften Hortens“ ist aber in der deutschen Laien- und Fachliteratur nicht so gebräuchlich, man verwendet eher die Bezeichnung „Messie-Syndrom“ (‘to mess’ engl.: Durcheinander, Unordnung) (Steins, 2000, Pritz et al. 2009).

Der Begriff „Messie“ wurde in den 80er Jahren von der amerikanischen Initiatorin der Selbsthilfegruppe „Messy Anonymous“, Sandra Felton, geprägt (Felton 1995, 1996).

Die Bezeichnungen „Messie-Syndrom“ und „zwanghaftes Horten“ werden seitdem oft synonym verwendet, da es schwierig ist, beide voneinander abzugrenzen, und sie sich in vielen Bereichen überschneiden (vgl. Müller 2009).

Obwohl Horten als eine chronisch fortschreitende Störung erscheint, weiß man nach wie vor sehr wenig über Entstehung und Verlauf. Um diese Fragestellung zu erörtern, wurden in Amerika Studien durchgeführt, in denen die Teilnehmer zum Beispiel gebeten wurden, Ereignisse aus ihrem Leben zu schildern und zwar vor allem aus der Zeit, in der sich die Hortenproblematik entwickelte (Frost, Steketee, Grisham 2004). Es zeigte sich, dass Horten für manche Menschen ein lebenslanges Problem ist, das oft schon im Jugendalter beginnt während es sich bei anderen erst später entwickelt, als Folge einer Reaktion auf Stress oder Verlust oder ein anderes Life-Event (Frost, Steketee, Grisham 2004).

Eine Studie von Samuels und Anderen (2008) zeigt auf, dass Horten in älteren Generationen häufiger vorkommt, dass mehr Männer als Frauen betroffen sind, und dass ein niedriges Haushaltseinkommen eher damit korreliert. Ebenso kann zwanghaftes Horten mit Alkoholabhängigkeit assoziiert sein, vermeidendem Verhalten und zwanghafter Persönlichkeitsstörung, und vor allem auch mit biographisch einschneidenden Kindheitserlebnissen (Samuels et al. 2008).

Der Geschlechterunterschied wurde auch in einer Studie von Wheaton (2008) aufgegriffen, die Arbeitsgruppe fand Unterschiede bezüglich der Zwangsstörungen bei hortenden Männern und Frauen.

In einer anderen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass zwanghaftes Horten mit einer starken Einschränkung der beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit, mit gesundheitlichen Problemen und einer hohen Anspruchshaltung gegenüber Sozialdiensten einhergeht (Tolin, Frost, Steketee et al. 2008).

Horten wurde auch schon früher bei unterschiedlichen neuropsychiatrischen Störungen beobachtet inklusive Schizophrenien, Demenz, Ess-Störungen, Autismus und geistiger Retardierung, aber eben auch in der nichtklinischen Bevölkerung (Wheaton, Cromer, et al. 2007).

Komorbiditäten kommen demnach vor, scheinen aber nicht Voraussetzung für die Entwicklung der Pathologie zu sein.

Im Rahmen einer Zwillingsstudie zum Tourette-Syndrom wurde berichtet, dass der Hortenphänotyp signifikant mit genetischen Markern auf Chromosom 4, 5 und 17 assoziiert sei (Zhang et al. 2002). In anderen genetischen Studien werden Zusammenhänge zu Chromosom 14 in Familien mit Zwangsstörungen diskutiert (Saxena 2007).

Andere Studien sehen einen Zusammenhang im cerebralen Glucosestoffwechsel bei obsessivem zwanghaftem Horten, es wurde versucht, cerebrale Stoffwechsellmuster per

Positronen-Emissions-Tomographie zu identifizieren, die speziell mit Symptomen zwanghaften Hortens verbunden sind. „Horter“ wiesen deutlich niedrigere Glucose-Stoffwechsel-Muster im hinteren Gyrus cinguli und cuneatus auf, ebenso wie im dorsalen vorderen Gyrus cinguli (Saxena, Brody et al. 2004, Saxena 2008).

Menschen mit dem Problem des zwanghaften Hortens, im deutschen Sprachgebrauch auch „Messies“ genannt, werden in Deutschland nach ICD-10 meist als Menschen mit Zwangsstörungen (ICD-10F.42.8) diagnostiziert.

Es kann sich um eine Störung der exekutiven Funktionen im Rahmen einer Zwangskrankheit, aber auch um eine Depression, Persönlichkeitsstörung oder um andere psychische Erkrankungen handeln. Demenz, Schizophrenie und das Prader-Willi-Syndrom sind hier zu nennen.

Da die Problematik des zwanghaften Hortens bei psychiatrischen Patienten häufig vorkommt, es auch Untersuchungen gibt (v. Holland, LaSalle-Ricci et al. 2005, Samuels 2006, 2008, Wheaton et al. 2007, 2008, Pertusa et al. 2008), die vermuten lassen, dass es sich beim Horten um einen Untertypus der Zwangsstörung handelt, Zwangsstörung an sich aber ein sehr weiträumiger Begriff ist, wäre es gut, ein sicheres Erhebungsinstrument speziell für die Problematik des zwanghaften Hortens zur Verfügung zu haben. Bislang wurde zwanghaftes Horten zu den Zwangsstörungen gezählt. Im Hinblick auf das kommende DSM-V wird jedoch die Klassifikation als eigenständiges Störungsbild erwogen (Rachmann et al. 2009).

Im Amerika wurde von Frost und seiner Arbeitsgruppe schon 2004 das Saving Inventory Revised (SI-R) entwickelt, eine Weiterentwicklung der schon bestehenden Hoarding Scale. Anlass war, ein neues Messinstrument für Compulsive Hoarding zu entwickeln und zu validieren. Es werden folgende drei Schlüsselsymptome definiert:

1. Difficulty Discarding
2. Exzessive Clutter
3. Compulsive Acquisition

Mit diesen drei Subskalen Difficulty Discarding, Exzessive Clutter und Compulsive Acquisition erlaubt die Untersuchung eine valide und verlässliche Beleuchtung des zwanghaften Hortens und ermöglicht Verlaufskontrollen bei medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen (Frost, Steketee, Grisham 2004).

3. **Zusammenhang Kaufen und Horten**

Nach Frost und Hartl (1996) stellt zwanghafter Erwerb eine Komponente des zwanghaften Hortens dar. Zwanghaftes Horten wird nach Ansicht dieser Autoren durch folgende Kriterien charakterisiert:

1. exzessiver Erwerb von Dingen, die unnütz und relativ wertlos sind
2. Unfähigkeit, sich von unnützen, objektiv wertlosen Dingen zu trennen beziehungsweise diese zu entsorgen
3. eine daraus resultierende Unordnung und Vermüllung, so dass eine adäquate Nutzung des Wohnraumes nicht mehr möglich ist

Das erste Kriterium, der zwanghafte Erwerb, fand in der Vergangenheit wenig Beachtung in Forschung und Klinik. Frost und Kollegen (2009) verstehen unter zwanghaftem Erwerb, pathologisches Kaufen und die zwanghafte Mitnahme kostenloser Dinge. Mit zwanghaftem Erwerb kostenloser Dinge ist die exzessive Mitnahme von Flyern, Zeitungen, Fundsachen, Müll und Ähnlichem, gemeint. Das Verhalten wird auch als pathologisches Sammeln bezeichnet und zu den Zwangsspektrumsstörungen gezählt (Pritz et al. 2009). Diese Form des Erwerbs scheint bei Personen, die zwanghaft horten, zu dominieren (Frost et al. 2009).

Frost und seine Mitarbeiter gehen davon aus, dass das pathologische Kaufverhalten eine Voraussetzung für das zwanghafte Horten ist und somit ein Charakteristikum für zwanghaftes Horten darstellt (Frost et al. 2004). Bei einer Untersuchung mit über 500 Hortern und Horterinnen mittels des SI-R (Saving Inventory Revised) konnte man eine signifikante Korrelation zwischen den Skalen difficulty discarding (Schwierigkeiten etwas wegzuwerfen) und acquisition problems (Problemen mit Erwerb) feststellen. Laut Frost und Kollegen messen beide Skalen zwar unterschiedliche Sachverhalte, die signifikante Korrelation spreche aber für eine Zuordnung beider Problembereiche zu zwanghaftem Horten (Frost et al. 2004).

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe von Frost zeigen auch, dass sowohl Horten als auch zwanghaftes Einkaufen eng mit Kontrollverlust verbunden sind und Horter häufig den Drang verspüren, Dinge unbedingt aufheben zu müssen (Frost et al. 1998).

Horter scheinen emotional sehr an Dingen zu hängen, eine aktuelle Studie zeigt auf, dass der emotionale Wert von Objekten eng damit korreliert, diese zwanghaft erwerben

beziehungsweise besitzen zu müssen. Dieses Bindungsverhalten gegenüber Objekten spielt eine wichtige Rolle, aber nur in Bezug zum Erwerb, nicht bezüglich der beiden anderen Kriterien des zwanghaften Hortens, Unordnung und die Schwierigkeit etwas wegzuwerfen (Grisham, Frost, Steketee 2008).

Frost und Mitarbeiter untersuchten 2002 die Problematik des Hortens anhand eines Vergleichs der „Hoarding Scale“ mit den Subskalen CAS-Buy und CAS-Free der Compulsive Acquisition Scale (CAS) sowie anhand eines Vergleichs der „Hoarding Scale“ mit der Compulsive Buying Scale (CBS). Die Subskala CAS Buy erfasst mit zwölf Fragen pathologisches Kaufverhalten, die Subskala CAS Free mit sechs Fragen die exzessive, zwanghafte Mitnahme kostenloser Dinge. Hier wurde deutlich, dass zwanghafte Käufer nicht nur bei der CBS und der Subskala CAS Buy höhere Werte erzielten als die Vergleichsgruppe, sondern auch bei CAS Free, wenn es um den Erwerb kostenloser Dinge ging. So lagen in dieser Untersuchung die Korrelationen der CBS mit CAS Buy bei 0,83 und mit der CAS Free bei 0,50, wobei beide Subskalen auch eng miteinander korrelierten ($r = 0,68$; $p < 0,001$) (vgl. Frost, Steketee, Williams 2002). Bei der Studie zur Therapie des zwanghaften Kaufens in Erlangen wurde auch der Zusammenhang zwischen pathologischem Kaufen und zwanghaftem Horten untersucht (Müller et al. 2007). In der Untersuchung von Müller et al. (2007) berichteten ca. 2/3 der pathologischen Käufer und Käuferinnen, dass sie mit zwanghaftem Horten auch ein Problem hätten (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008).

Die Patienten, welche von beiden Pathologien betroffen sind, zeigen zudem auch mehr Zwangssymptome und andere psychiatrische Komorbiditäten auf (Müller, de Zwaan, Mitchell 2008). Auch Frost und Kollegen (2002) stellten in ihrer Untersuchung Zusammenhänge zwischen zwanghaftem Erwerb und Zwangstörungen fest. Die Subskala CAS Buy korrelierte zum Beispiel stark mit Zwangsstörungen, stärker als die Messung mit der CBS (vgl. Frost, Steketee, Williams 2002).

4. Testgütekriterien

Eine Validierung von Fragebögen erfolgt in mehreren Stufen. Man benötigt zunächst eine große repräsentative Zufallsstichprobe, welche den jeweiligen Fragebogen beantwortet. Mit Hilfe dieser Ergebnisse können dann die Faktorenstrukturen und Schwellenwerte bestimmt werden. Des Weiteren sollten die Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität, erfüllt sein (Bortz und Döring, 2006).

4.1. Objektivität

Objektivität beschreibt die Unabhängigkeit der Versuchsergebnisse vom Versuchsleiter oder anderen Rahmenbedingungen.

Die Objektivität als wissenschaftliches Gütekriterium kann in drei Bereiche unterteilt werden:

- *Durchführungsobjektivität:*
Diese beschreibt den Grad der Unabhängigkeit der Testergebnisse von zufälligen oder systematischen Verhaltensvariationen der personellen Versuchsleitung. Ziel ist es, eine maximale Standardisierung der Testsituation und eine minimale soziale Interaktion zwischen Versuchsleitung und Testteilnehmer anzustreben (Lienert, Raatz 1994).
- *Auswertungsobjektivität:*
Diese beschreibt das Ausmaß, in dem gleiches Verhalten einer Testperson auch immer auf die gleiche Art und Weise ausgewertet wird bzw. wenn bei vorliegendem Testprotokoll das Testergebnis nicht von der Person des Testauswerters abhängt.
- *Interpretationsobjektivität:*
Diese beschreibt, in welchem Ausmaß gleiche Testwerte auf die gleiche Weise interpretiert werden bzw. wenn verschiedene Testanwender bei Testpersonen mit dem selben Testwert zu den selben Schlussfolgerungen kommen. Aus gleichen Auswertungsergebnissen können gleiche Schlüsse gezogen werden (Lienert, Raatz 1994).

Sowohl Auswertungsobjektivität als auch Interpretationsobjektivität sind bei standardisierten Auswertungen, wie zum Beispiel bei einem Intelligenztest, höher als bei projektiven Tests, bei denen ein größerer Spielraum bei der Auswertung zur Verfügung steht. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Objektivität erfüllt ist, wenn das Testverfahren, bestehend aus Testdarbietung, Testunterlagen, Testauswertung und Testinterpretation genau so festgelegt ist, dass der Test unabhängig von Ort, Zeit, Testleiter und Auswerter durchgeführt werden kann und für eine bestimmte Testperson bezüglich des untersuchten Merkmals dennoch dasselbe Ergebnis zeigen würde.

4.2. Reliabilität

Die Reliabilität als zweites Testgütekriterium bezeichnet den Grad der Genauigkeit einer wissenschaftlichen Untersuchung, die Verlässlichkeit, bestimmt durch einen Reliabilitätskoeffizienten. Es gibt keine Zufallsfehler, das heißt bei einer Wiederholung des Experiments unter gleichen Rahmenbedingungen würde man das gleiche Messergebnis erzielen. Reliabilität ist ein Maß der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse unter gleichen Versuchsbedingungen (Weiß 2005).

Reliabilität kann man mit unterschiedlichen Methoden erfassen, je nach Methode spricht man von einem anderen Reliabilitätstyp.

- *Paralleltest-Reliabilität:*

Hierbei wird die Korrelation zwischen den beobachteten Testwerten in zwei parallelen Testformen berechnet, die aus inhaltlich ähnlichen Items bestehen. Als parallel gelten die beiden Testformen dann, wenn man trotz nicht identischer Itemstichprobe zu gleichen Mittelwerten und Varianzen der Testwerte kommt. Mit der Reliabilitätsbestimmung mittels dieser Methode kann man etliche reliabilitätsverändernde Einflüsse wie zum Beispiel einen Übungs- und Erinnerungseffekt, aber auch Merkmalsveränderungen eliminieren beziehungsweise auch kontrollieren.

- *Split-Half-Reliabilität:*

Hier unterteilt man die Ergebnisse in zwei Hälften. Mittelwerte und weitere statistische Kenngrößen sollten gleich sein. Da man bei dieser Methode mathema-

tisch gesehen aber nur die Reliabilität einer Hälfte bekommt, muss das Ergebnis noch mit der Spearman-Brown-Korrektur korrigiert werden (Schermelleh-Engel und Werner 2007).

Diese Methode wird angewendet, wenn es nicht möglich ist, einen Test zu wiederholen oder parallele Testformen herzustellen, wenn zum Beispiel die Testperson zu einem zweiten Termin nicht kommen kann und es deswegen bei weiterer Wiederholung zu starken Verzerrungen kommen könnte, oder wenn der Itempool nicht groß genug ist, um zwei parallele Testformen herzustellen.

- *Retest-Reliabilität:*

Bei diesem Verfahren prüft man, ob eine Wiederholung der Messung bei Konstanz der zu messenden Eigenschaften die gleichen Messwerte liefert, es wird ein und derselbe Test zu zwei verschiedenen Zeitpunkten vorgelegt. Die Reliabilität wird als Korrelation zwischen den beiden Testergebnissen ermittelt (Lienert und Raatz 1994).

Für viele Tests ist eine Wiederholung nach diesem Prinzip nur theoretisch möglich, da die mit dem Test einhergehenden Erinnerungswerte das Testergebnis beeinflussen. Man kann zum Beispiel in einem Intelligenztest eine Mathematikaufgabe nicht zweimal lösen, weil man sich an das Ergebnis sicher erinnert. Man kann also mit dieser Methode keine systematischen, versuchsbedingten Fehler entdecken. Wenn man diese Methode anwendet, kann man Veränderungen der gemessenen Testwerte über die Situationen des Übungs- und Erinnerungseffekts hinweg als „Spezifität“ mittels der „Latent-State-Trait-Modelle“ (Steyer 1987) explizit identifizieren und berücksichtigen (Kelava und Schermelleh-Engel 2007).

Weiterhin von Bedeutung ist die „Interne Konsistenz“. Hierbei geht es um die Homogenität der einzelnen Items des Tests. Bei der Konsistenzanalyse wird jedes Item eines Tests als eigenständiger Testteil betrachtet. Je stärker die Testteile untereinander positiv korrelieren, desto höher ist die interne Konsistenz des Verfahrens. Gemessen wird diese interne Konsistenz üblicherweise mit dem Cronbachs-Alpha-Koeffizienten (Lienert und Raatz 1994).

4.3 Validität

Das letzte der drei Hauptgütekriterien befasst sich mit der Übereinstimmung zwischen den Merkmalen, die man messen will, und dem tatsächlich gemessenen Merkmal. Es geht um die Gültigkeit des Testverfahrens, hinsichtlich der Testpraxis um das wichtigste Gütekriterium überhaupt. Objektivität und Reliabilität ermöglichen zwar eine hohe Messgenauigkeit, liefern aber nur die günstigen Voraussetzungen für das Erreichen einer hohen Validität, da ein Test, der eine niedrige Reliabilität aufweist, keine hohe Validität haben kann. Um ein differenziertes Bild der Gültigkeit eines Tests zu haben, untersucht man demnach sinnvollerweise unterschiedliche Validitätsaspekte, die im Folgenden einzeln beschrieben werden.

- *Inhaltsvalidität:*

Diese zeigt, inwieweit ein Test das zu messende Merkmal repräsentativ erfassen kann. Man geht von einem Repräsentationsschluss aus, was bedeutet, dass die Testitems eine repräsentative Stichprobe aus dem „Itemuniversum“ darstellen, mit dem das interessierende Merkmal erfasst werden kann.

Lienert und Raatz (1994) unterscheiden noch die Augenscheinvalidität und die Logische Validität. Erstere beschreibt, inwieweit der Validitätsanspruch eines Tests vom reinen Augenschein eines Laien gerechtfertigt erscheint, Letztere stellt eine repräsentative Stichprobe des zu erfassenden Merkmals dar (Lienert und Raatz 1994).

- *Konstruktvalidität:*

Ein Test weist eine Konstruktvalidität auf, wenn der Schluss vom Verhalten der Testperson innerhalb der Testsituation auf zugrunde liegende psychologische Persönlichkeitsmerkmale wie zum Beispiel Charakterzüge, Einstellungen und dergleichen aufgezeigt wurde. Die Enge dieser Beziehung wird mit testtheoretischen Annahmen und Modellen überprüft. Als empirische Indikatoren gelten hierbei die konvergente und diskriminante Validität.

- *Konvergente Validität:*

Unter konvergenter Validität versteht man, dass die Messdaten, die dasselbe Konstrukt abbilden, hoch miteinander korrelieren, unter diskriminanter, dass die Messdaten, die verschiedene Konstrukte abbilden nur gering miteinander korrelieren (Bühner2006).

- *Kriteriumsvalidität:*

Diese Art Validität bezieht sich auf die praktische Anwendbarkeit eines Tests für die Vorhersage des Verhaltens der Testperson, den Zusammenhang zwischen empirisch Gemessenem und einem extern empirischem Kriterium (Schnell, Hill, Esser 2005). Kriteriumsvalidität liegt zum Beispiel vor, wenn bei einem „Schulreifetest“ jene Kinder, die sich im Test als leistungsfähig erweisen auch die leistungsfähigeren Schüler sind und umgekehrt die, welche im Test schlechter abgeschnitten haben, auch leistungsschwächer sind. Abhängig von der zeitlichen Verfügbarkeit des Außenkriteriums, ob es in der Gegenwart vorliegt oder erst in der Zukunft, spricht man von Übereinstimmungsvalidität (kongruente Validität) oder von Vorhersagevalidität (prognostische Validität; Bühner 2006). Zwei Begriffe, welche noch genannt werden sollten, da sie auch die Kriteriumsvalidität mit beschreiben, sind die Spezifität und Sensitivität. Spezifität beschreibt die Wahrscheinlichkeit, einen tatsächlichen negativen Sachverhalt auch durch ein negatives Testergebnis zu erkennen. Sensitivität beschreibt die Wahrscheinlichkeit, einen positiven Sachverhalt auch durch ein positives Testergebnis zu erkennen (Wirtz, Nachtigall 2004).

B. **EMPIRISCHER TEIL**

1. **Material und Methoden**

1.1. Erhebungsinstrumente

1.1.1 Compulsive Acquisition Scale (CAS) – Fragebogen zum zwanghaften Erwerb (FZE)

Zur Messung von zwanghaften Erwerb wurde in den USA die Compulsive Acquisition Scale (CAS; Frost et al. 2002) entwickelt. Die Compulsive Acquisition Scale besteht in der Originalversion aus 18 Items. Auf einer siebenfach abgestuften Ratingskala wird die Zustimmung beziehungsweise Selbsteinschätzung zu den Items abgefragt. Die Subskala CAS Buy erfasst mit zwölf Fragen pathologisches Kaufverhalten, die Subskala CAS Free mit sechs Fragen die exzessive, zwanghafte Mitnahme kostenloser Dinge. Folgende Tabelle zeigt die 18 Items der Originalversion und ihre jeweilige Zuordnung zu den beiden Dimensionen (vgl. Müller et al. 2009, einger.).

Nummer	Item	CAS Buy	CAS Free
1	Kaufen sie Dinge, die Sie dann nicht verwenden?		+
2	Kaufen Sie Dinge, für die Sie das Geld gar nicht haben?	+	
3	Nehmen Sie Dinge mit, die andere weggeworfen haben?		+
4	Fühlen Sie den Drang, Dinge zu kaufen (z.B. wenn sie besonders günstig sind) obwohl Sie auch ohne sie auskommen würden?	+	
5	Fühlen Sie sich unruhig oder deprimiert, wenn Sie etwas nicht kaufen, das Sie unbedingt haben wollen?	+	
6	Kaufen Sie ein, um sich besser zu fühlen?	+	
7	Haben Sie das Gefühl, dass Sie etwas unbedingt haben müssen, das sie beim Einkaufen sehen?	+	
8	Leiden Sie darunter, dass Sie Dinge kaufen, die Sie nicht brauchen?	+	
9	Verbringen Sie zu viel Zeit mit Einkaufen?	+	
10	Hat übermäßiges Einkaufen bei Ihnen zu finanziellen Problemen geführt?	+	
11	Hat übermäßiges Einkaufen zu Problemen in Ihrem Privat- oder Berufsleben geführt?	+	
12	Durchsuchen Sie Abfälle anderer Leute, um etwas zu finden, das Sie mitnehmen könnten?		+
13	Verbringen Sie mehr Zeit mit Einkaufen, als Sie vorhatten?	+	
14	Haben Sie den Drang, Flyer oder Handzettel bei Vorträgen oder Präsentationen mitzunehmen?		+
15	Haben Sie den Drang, Journale und Zeitungen mitzunehmen, wenn Sie kostenlos zur Verfügung stehen?		+
16	Kaufen Sie von manchen Dingen größere Mengen, für den Fall, dass Sie sie brauchen könnten („auf Reserve“)?	+	
17	Gehen Sie extra einkaufen, um Dinge zu sammeln, die kostenlos oder im Ausverkauf angeboten werden?		+
18	Bereuen Sie es, wenn Sie etwas nicht mitnehmen, das Sie umsonst bekommen hätten können?		+

Die CAS fand bisher Anwendung in mehreren australischen (Kyrios et al. 2004), amerikanischen (Frost et al. 2002), sowie einer deutschen Untersuchung (Müller et al. 2007). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Reliabilität und Validität der deutschen Version der Compulsive Acquisition Scale (CAS), dem Fragebogen zum zwanghaften Erwerb (FZE) zu überprüfen.

Die deutsche Übersetzung (siehe Anhang) basiert auf der Originalversion und wurde im Rahmen einer Re-Übersetzungsprozedur durch das Übersetzungsbüro „Translaw“, Oxford (England) bearbeitet. Hierbei wurde die deutsche Übersetzung re-übersetzt und noch einmal mit dem Original verglichen. Dann wurde noch einmal die Übersetzung überarbeitet, so dass sie bei der erneuten Re-Übersetzung dem Original entsprach.

Um die zweidimensionale Struktur der Originalversion für die deutsche Übersetzung zu überprüfen, wurde die Faktorenstruktur und Testgüte in einer deutschen Repräsentativstichprobe überprüft (vgl. Müller et al. 2009 einger.). Die Faktorenstrukturen der originalen CAS konnten statistisch nicht repliziert werden. Nach eingehenden Faktorenanalysen (vgl. Müller et al. 2009 einger.) entschied man sich für das Modell mit der besten Anpassungsgüte. Es besteht aus 14 Items und einer dreidimensionalen Struktur und wird als „Fragebogen zum zwanghaften Erwerb“ (FZE) bezeichnet.

Der erste Faktor stimmt inhaltlich mit dem Faktor CAS Buy aus der Originalversion überein, wird als „FZE Buy“ bezeichnet und besteht aus acht Items. Die beiden anderen Faktoren überschneiden sich inhaltlich mit dem CAS Free der Originalversion. Item 8, 10, 11 und 16 der Originalversion werden gestrichen, die verbleibenden sechs Items, bezeichnet als „FZE Free“, werden weiter unterteilt.

Zwei Items, bezeichnet als FZE Free-Müll, fragen ab, ob Müll durchsucht beziehungsweise Weggeworfenes mitgenommen wird. Die verbleibenden vier Items, bezeichnet als „FZE Free-kD“ (kD = kostenlose Dinge) fragen ab, ob der Drang besteht, Flyer, Handzettel, Journale und Ähnliches, was kostenlos zur Verfügung steht oder Dinge, die im Ausverkauf angeboten werden, mitzunehmen.

1.1.2 Compulsive Buying Scale CBS

Bei international publizierten Studien wurde bisher fast ausschließlich die Compulsive Buying Scale (CBS), welche 1992 von Faber und O'Guinn entwickelt wurde verwendet. Die deutsche Version, der „Screeningbogen“ zum zwanghaften Einkaufen“ (CBS-G), eine Übersetzung vom Englischen ins Deutsche, ist im Anhang angeheftet und wurde bereits für Deutschland validiert (Müller et al. 2008).

Die CBS-G besteht aus sieben Fragen, 1a und 2a bis 2f, wobei auf einer fünffach abgestuften Ratingskala die Zustimmung zu den Items abgefragt wird. Fünf Fragen erfassen v.a. finanzielle Konsequenzen des Kaufverhaltens, die anderen beiden Emotionen beim Einkaufen.

Die Berechnung des Summenwertes geschieht anhand einer Regressionsgleichung, wobei niedrigere Summenwerte einer stärkeren Ausprägung des pathologischen Kaufens entsprechen. Basierend auf dem Kriterium der doppelten Standardabweichung wurde ein Schwellenwert von -1,09 berechnet (Müller et al. 2008), (cut-off score der Originalstudie CBS -1,34 (Faber und O'Guinn 1992).

1.1.3 Saving Inventory-Revised SI-R-Fragebogen zum zwanghaften Horten-FZH

Der Saving Inventory-Revised, entwickelt von Frost, Steketee und Grisham (2004), wurde ins Deutsche übersetzt und validiert (Müller et al. 2009). Dieser Fragebogen, der in der deutschen Übersetzung den Namen „Fragebogen zum zwanghaften Horten“ (FZH) trägt, enthält 19 Items, deren Beantwortung mit einer Likert-Skala von 0 bis 4 erfolgt. Der Fragebogen besteht aus drei Subskalen. Sieben Items beschäftigen sich mit der Schwierigkeit etwas wegzuzwerfen (difficulty discarding), sieben Fragen befassen sich mit der Unordnung, dem „Zumüllen“ von Räumlichkeiten (clutter) und fünf weitere Fragen erfassen den Erwerb (acquisition) (Müller et al. 2009).

Die Auswertung erfolgt über die Berechnung von Mittelwerten, mit welchen die Ausprägung des zwanghaften Hortens eingeschätzt werden kann. Der FZH verfügt über eine gute Reliabilität und Validität und ermöglicht eine klare Differenzierung zwischen Menschen, die zwanghaft horten und denjenigen, die damit keine Probleme haben.

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für den FZH-Gesamtwert beträgt in einer deutschen Repräsentativstichprobe 0,93. Der Schwellenwert, basierend auf dem Kriterium der doppelten Standardabweichung, ist 28,32 (Müller et al. 2009).

1.1.4 Maudsley Obsessive Compulsive Inventory MOCI

Dieser Fragebogen von Hodgson und Rachman (1977), welcher auch in Deutschland als Maudsleys Zwangsinventar Anwendung findet, (Kallinke, Kutz, Ramsay 1979) besteht aus 30 Fragen zur Selbsteinschätzung, welche mit zutreffend oder nicht zutreffend zu beantworten sind. Er dient als Screeningfragebogen zum Herausfiltern von Zwangsstörungen, da Zwangssymptome durch die Fragen sehr gut erfasst werden. Dieser Fragebogen ist bisher für Deutschland nicht validiert.

1.2. Stichprobenbeschreibung

Zur Ermittlung der Dimensionalität, der teststatistischen Kriterien und eines Schwellenwertes für zwanghaften Erwerb wurden die deutschen Übersetzungen der Compulsive Acquisition Scale und auch die anderen Fragebögen zunächst von einer bevölkerungsbasierten Stichprobe beantwortet. Des Weiteren wurden die Fragebögen von folgenden Vergleichsstichproben beantwortet:

Studenten (I), Mitglieder von Messie-Selbsthilfegruppen (II), Patienten mit Zwangserkrankungen (III), ambulante Psychatriepatienten (IV) und Patienten der psychosomatischen Station (V). Gruppe IV und V werden in der Auswertung zum Teil auch zusammengefasst. Die Datensammlung erfolgte von Frühjahr 2007 bis März 2009.

Vor Studienbeginn wurden mehrere Ethikvoten erteilt:

Für die Repräsentativbefragung von der deutschen Gesellschaft für Psychologie, für die Vergleichsstichproben I, II, IV und V von der Ethikkommission der Universität Erlangen-Nürnberg und für die Vergleichsstichprobe III von der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Alle Teilnehmer wurden vor Beginn der Befragung ausführlich schriftlich und mündlich über die Ziele der Studie informiert und erklärten sowohl mündlich als auch schriftlich ihr Einverständnis mit der Untersuchung.

1.2.1 Bevölkerungsbasierte Stichprobe

Die Daten für eine Bevölkerungsübersicht Deutschlands wurden mit Hilfe der USUMA Berlin, einem Forschungsinstitut, erhoben. Die USUMA arbeitet seit 1990 als unabhängiges Markt-, Meinungs- und Sozialforschungsinstitut nach anerkannten wissenschaftlichen Regeln. Die Daten wurden über direkte persönliche Interviews vor Ort erhoben. Die Analyse der Daten erfolgte stets in anonymisierter Form, das heißt ohne Rückschlussmöglichkeit auf die befragten Personen. Die befragten Personen wurden ausgewählt, um einen repräsentativen Querschnitt hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung zu erhalten. Die Auswahl der Daten basierte auf der Registrierung zu den Bundestagswahlen aus dem Jahr 1994, als maßgebliche Kriterien galten ein Alter über 13 Jahre und Deutsch als Muttersprache. Um die verschiedenen Regionen Deutschlands berücksichtigen zu können, wurden in Westdeutschland 210, in Ostdeutschland (ehemalige DDR) 48 Erhebungsstellen eingerichtet, insgesamt also 258. Nach dem Zufallsprinzip erging dann ein erster Versuch an 4055 Adressen, wobei 38,1% der ausgewählten Personen aus Mangel an Bereitschaft zur Teilnahme oder anderen Gründen (z.B. Urlaub) nicht in die Studie aufgenommen wurden. Ebenfalls nach dem Zufallsprinzip wurde die Testperson in dem jeweiligen Haushalt ausgewählt (so genannter Schwedenschlüssel).

Die Interviews für diese Studie wurden im Frühjahr 2007 als „Face-to-face“ Befragung durch 236 geschulte Interviewer unter Zuhilfenahme eines strukturierten, speziell für die Selbsteinschätzung entwickelten Fragebogens durchgeführt. Die Interviewer suchten die zu Befragenden auf, legten den Fragebogen vor und gaben bei Verständigungsproblemen Unterstützung. Vor dem Interview wurden die Teilnehmer über den Grund des Interviews informiert und deren Einverständnis eingeholt. Die Befragung geschah auf Grundlage der ethischen Richtlinien nach dem internationalen Code von Markt- und Sozialstudien der internationalen Handelskammer sowie der europäischen Gesellschaft für Meinungs- und Marktforschung.

Insgesamt stimmten 2510 Personen zwischen 14 und 93 Jahren der Teilnahme zu. Zuerst wurden die Daten aller Teilnehmer unter 18 Jahren ausgeschlossen (19 Personen). Daraufhin wurden diejenigen Teilnehmer von der Liste gestrichen, bei denen die Daten unvollständig waren. Letztendlich wurde für die Validierung des Saving Inventory-Revised (SI-R) eine Auswahl von 2307 Personen analysiert und für die Validierung der Compulsive Acquisition Scale (CAS) eine Auswahl von 2373 Personen.

1.2.2 Stichprobengruppe I: Studenten

Mitgewirkt haben 84 Medizinstudenten, welche das Fragebogenpaket, bestehend aus FZE, CBS-G und FZH ausgefüllt haben. Die Befragung fand im Wintersemester 2007/2008 am Ende einer Vorlesung statt.

1.2.3 Stichprobengruppe II: Messie-Selbsthilfegruppe

Beteiligt haben sich 50 Betroffene aus Selbsthilfegruppen unterschiedlicher Nachbarschaftshäuser und Kulturzentren, die sich selbst als zwanghafte Horter einschätzen. Zusätzlich, wie auch bei den noch nachfolgenden Gruppen, gab es zu den drei anderen Fragebögen noch den Maudsley Zwangsinventar (MOCI) auszufüllen. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte über die Bundesgeschäftsstelle der Messie-Selbsthilfegruppe beim FEM e.V. Die Fragebögen wurden 2008 zurückgeschickt.

1.2.4 Stichprobengruppe III: Stationäre Patienten mit Zwangserkrankung

Patienten mit Zwangserkrankung als Primärdiagnose wurden in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Bad Bramstadt befragt. Es handelt sich um 48 stationäre Patienten, die zwischen Mai 2008 und März 2009 mit der Primärdiagnose einer Zwangserkrankung auf der Spezialstation für Patienten mit Zwangserkrankung behandelt wurden. Die Patienten beantworteten alle vier vorgestellten Fragebögen.

1.2.5 Stichprobengruppe IV: Patienten der psychiatrische Ambulanz

Diese Gruppe setzt sich aus 37 Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern (siehe Tabelle 6) zusammen, welche im zweiten Halbjahr 2007 die psychiatrische Ambulanz der Universitätsklinik Erlangen aufsuchten. Vor bzw. nach der ambulanten Behandlung nahmen sich die Patienten Zeit, die vier Fragebögen auszufüllen.

1.2.6 Stichprobengruppe V: Patienten der Psychosomatik

82 Patienten der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Erlangen, welche sich mit unterschiedlichster Diagnosen in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden (siehe Anhang Tabelle 11) beteiligten sich im Zeitraum Januar bis Juni 2008 an der Fragebogenaktion. Die Gruppe teilte sich auf in 64 Patienten / Patientinnen der Station P32 und 18 Patienten / Patientinnen der Tagesklinik. Den Patienten, die unter pa-

thologischem Kaufen leiden, ist gemeinsam, dass sie für eine ambulante störungsspezifische Gruppentherapie zur Behandlung von pathologischem Kaufverhalten am Universitätsklinikum Erlangen angemeldet waren. Einschlusskriterien waren die Erfüllung der diagnostischen Kriterien für pathologisches Kaufen nach McElroy und Kollegen (1994) sowie ein Summenwert über 45 im SKSK (Raab et al. 2005). Die diagnostischen Kriterien wurden von klinisch erfahrenen und geschulten Interviewern beurteilt. Diese Gruppe füllte die Fragebögen zweimal zu verschiedenen Zeitpunkten aus, damit bei Bedarf die Retest-Reliabilität ausgewertet werden kann. Sie bezeichnet den Grad der Übereinstimmung der Testergebnisse bei denselben Probanden und mit demselben Test bei mehreren Testungen. Der Wert für die Reliabilität wird durch den Korrelationskoeffizienten der beiden Testungen ausgedrückt (erwünscht sind hierbei Reliabilitäten größer als 0,80) In der Auswertung wurden die beiden Gruppen IV und V zur Gruppe Psychiatriepatienten zusammengefasst, um eine größere Anzahl für die Auswertung zu haben.

1.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0. In der bevölkerungsbasierten Stichprobe wurden alle Fragebögen mit fehlenden Antworten ausgeschlossen. Bei den stationären Patienten der Gruppen III, IV und V erfolgte die Fragebogenerhebung auf Station beziehungsweise in der Ambulanz oder Sprechstunde, so dass die Patienten beim Einsammeln der Fragebögen auf fehlende Antworten hingewiesen und um Ergänzung gebeten werden konnten. Von den Teilnehmern der Messie-Selbsthilfegruppen erhielten wir erstaunlicherweise keine Fragebögen mit fehlenden Antworten. Stattdessen waren viele Fragebögen mit zusätzlichen Erklärungen versehen oder mit der Telefonnummer, mit der Bitte um Rückruf. In der Gruppe der Studenten fehlten nur auf sehr wenigen Fragebögen (<5) eine Antwort, weswegen diese gleichfalls aus den Analysen ausgeschlossen wurden.

Die Reliabilität wurde anhand der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) in den verschiedenen Stichproben beurteilt. Die stationären Psychosomatikpatienten wurden in einem Abstand von zwei Wochen wiederholt befragt, um die Retest-Reliabilität zu messen.

Die konvergente Validität wurde überprüft, indem in den unterschiedlichsten Stichproben die Korrelationen zwischen dem FZE und seinen Subskalen mit dem MOCI, den drei Subskalen des FZH, sowie der CBS-G ermittelt wurden.

Zur Beurteilung der Kriteriumsvalidität wurden anhand von Varianzanalysen und Post-hoc-Tests die Summenwerte der deutschen Version der CAS zwischen den Stichproben verglichen.

Der Vergleich von verschiedenen Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte gehört zu den gängigsten statistischen Analysen. Vergleicht man mehr als zwei unabhängige Stichproben miteinander, verwendet man bei Varianzgleichheit die Prozedur ANOVA. Bei einfachen Vergleichen findet der T-Test für unabhängige Stichproben Verwendung. Hierbei wird auch der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität ausgeführt. Dieser liefert als Ergebnis das Signifikanzniveau (Irrtumswahrscheinlichkeit) p . Bei einem $p > 0.05$ unterscheiden sich die Varianzen nicht signifikant und gelten als homogen, was bedeutet, dass der Levene-Test kein signifikantes Ergebnis liefert. Ist der Levene-Test signifikant, die Varianzen heterogen, macht es Sinn, den nicht-parametrischen U-Test zweier unabhängiger Stichproben nach Mann und Whitney anzuwenden. Wegen Varianzheterogenität wurden in der vorliegenden Arbeit die Gruppenvergleiche mittels Kruskal-Wallis-Test und die Einzelvergleiche durch den Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

2. Ergebnisse

2.1 Deskriptive Merkmale

Alter und Geschlechtsverteilung der Untersuchungsgruppen sind in nachfolgender Tabelle zusammengefasst. Der Frauenanteil ist in allen Gruppen größer, die Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Geschlechterverteilung. Allerdings waren signifikante Altersunterschiede zwischen den Gruppen vorhanden. Der Altersdurchschnitt ist in der Messie-Selbsthilfegruppe sowohl bei den Frauen mit 55,5 Jahren (SD 13,02), als auch bei den Männern mit 48,7 Jahren (SD 12,53) am höchsten, bei den Studenten wie Tabelle 1 aufzeigt am niedrigsten

Tabelle 1: Alter und Geschlecht Untersuchungsgruppen

Gruppen	Studenten (I)		Horter (II)		Patienten mit Zwangserkrankung (III)		Psychiatriepatienten (IV)		Kaufsuchtpatienten (V)	
Geschlecht										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
männlich	26	31,3	14	28	11	22,9	41	34,4	16	15,5
weiblich	57	68,7	36	72	37	77,1	78	65,5	87	84,5
	N		N		N		N		N	
	82		50		46		119		103	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter Gesamt (Jahre)	24,3	2,176	53,68	13,128	39,26	11,837	37,84	13,53	39,90	10,771
Range	21-32		28-79		21-68		20-62		19-61	
Alter Männer	25,58	2,686	48,79	12,53	45,70	12,284	38,5	12,60	36,56	11,337
Alter Frauen	23,75	1,601	55,58	13,024	37,47	11,23	42,87	14,06	40,52	10,617

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

2.2 Reliabilität des FZE

Die zeitliche Stabilität der CAS-Summenskala wurde ermittelt, indem 62 stationäre Psychiatriepatienten im Abstand von zwei Wochen den Fragebogen zweimal ausfüllten. Der Intraclass Correlation Coefficient (ICC) als Maß für die Retest-Reliabilität betrug 0,82.

Cronbachs Alpha, als ein Maß der internen Konsistenz (erfüllt bei $> 0,8$) bewegt sich in den verschiedenen Stichproben zwischen 0,051 und 0,930, wie Tabelle 2 aufzeigt. Der FZE gesamt zeigt in allen Untersuchungsgruppen ein hohes Maß an interner Konsistenz (Werte zwischen 0,831 und 0,926). FZE Buy, FZE Free und FZE Free-kD ein annähernd gutes Ergebnis, während die Subskala FZE Free-Müll mit Werten zwischen 0,051 und 0,708 schlechte Werte liefert.

Tabelle 2: Cronbachs alpha – Interne Konsistenz des FZE in unterschiedlichen Stichproben

Gruppe	n	FZE gesamt	FZE Buy	FZE Free	FZE Free-Müll	FZE Free-kD
Anzahl Items in der Originalversion		18	12	6	-	-
Repräsentativstichprobe	2307	0,926	0,912	0,825	-	-
Anzahl Items in der modifizierten dt. Version		14	8	6	2	4
Studenten	84	0,834	0,792	0,781	0,666	0,764
Horter	50	0,907	0,889	0,833	0,708	0,819
Patienten mit Zwangserkrankung	48	0,921	0,929	0,785	0,051	0,831
Psychiatriepatienten	119	0,905	0,930	0,801		0,081
Kaufsuchtpatienten	103	0,831	0,825	0,728	0,423	0,816

FZE = Fragebogen zum zwanghaften Erwerb, deutsche Version der Compulsive Acquisition Scale
 KD = kostenlose Dinge

2.3 Validität des FZE

Um die konvergente Validität zu untersuchen, wurden in den Vergleichsstichproben die Zusammenhänge zwischen dem FZE und seinen Subskalen, der CBS-G als Erhebungsinstrument für pathologisches Kaufen, dem MOCI, welcher Zwangssymptome abbildet und dem FZH und seinen Subskalen, welcher zum Screening von zwanghaftem Horten eingesetzt wird, überprüft. Die Ergebnisse der einzelnen Zusammenhänge sind in folgenden Tabellen zusammengefasst.

Bei der Untersuchung der Korrelation des FZE mit seinen Subskalen und dem CBS-G (siehe Tabelle 3) ergaben sich vor allem bei den Patienten mit Zwangserkrankung und den Psychiatriepatienten signifikante Zusammenhänge ($p < 0,01$). Bei dem Vergleich mit dem Zwangsinventar zeigten am stärksten die Psychiatriepatienten eine signifikante Korrelation.

Tabelle 3: Pearson – konvergente Validität: Korrelationen des FZE mit den Selbstbeurteilungsfragebögen CBS-G und MOCI in unterschiedlichen Stichproben

Subskalen	Studenten		Horter		Patienten mit Zwangserkrankung		Psychiatriepatienten		Kaufsuchtpatienten	
	CBSG	MOCI	CBSG	MOCI	CBSG	MOCI	CBSG	MOCI	CBSG	MOCI
FZE gesamt	-0,558 **		-0,719 **	0,397 **	-0,722 **	-0,044	-0,835 **	0,371 **	-0,473 **	0,316 **
FZE BUY	-0,633 **		-0,801	0,459 **	-0,815 **	-0,016	-0,895 **	0,336 **	-0,506 **	0,249 *
FZE FREE	-0,288 **		-0,455 **	0,232	-0,369 **	-0,146	-0,442 **	0,291 **	-0,269 *	0,294 **
FZE Free-Müll	-0,200		-0,208	0,134	0,041	-0,328 *	-0,031	0,083	0,000	-0,039
FZE Free-kD	-0,275 *		-0,499 **	0,243	-0,407 **	-0,103	-0,484 **	0,311 **	-0,299 **	0,329 **

FZE = Fragebogen zum zwanghaften Erwerb, deutsche Version der Compulsive Acquisition Scale

CBSG = deutsche Version der Compulsive Buying Scale

MOCI = deutsche Version des Maudsley Zwangsinventars

kD = Erwerb kostenloser Dinge

* = Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

** = Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 signifikant

Beim Ermitteln der Korrelationen zwischen dem FZE, seinen Subskalen FZE Buy und FZE Free und dem FZH Gesamt ergaben sich in allen Untersuchungsgruppen signifikante Ergebnisse ($p < 0,01$). Auch die Korrelation mit der Subskala FZH Erwerb zeigte sich durchgehend signifikant. Einzig bei den weiteren Subskalen des FZE Free, FZE Free-Müll und FZE Free-kD ergaben sich keine durchgehenden signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 4: Pearson – konvergente Validität: Korrelationen des FZE mit dem FZH und der Subskala FZH Erwerb

Subskalen	Studenten		Horter		Patienten mit Zwangserkrankung		Psychiatriepatienten		Kaufsuchtpatienten	
	FZH-total	FZH-Erwerb	FZH-total	FZH-Erwerb	FZH-total	FZH-Erwerb	FZH-total	FZH-Erwerb	FZH-total	FZH-Erwerb
FZE gesamt	0,455 **	0,520 **	0,441 **	0,782 **	0,777 **	0,909 **	0,783 **	0,867 **	0,706 **	0,742 **
FZE Buy	0,471 **	0,630 **	0,423 **	0,771 **	0,678 **	0,877 **	0,708 **	0,865 **	0,509 **	0,751 **
FZE Free	0,288 **	0,222 *	0,367 **	0,625 **	0,776 **	0,748 **	0,621 **	0,533 **	0,701 **	0,473 **
FZE Free-Müll	0,250 *	0,012	0,254	0,347 *	0,382 **	0,195	0,174	0,142	0,297 **	0,057
FZE Free-kD	0,253 *	0,277 *	0,363 *	0,659 **	0,775 **	0,776 **	0,666 **	0,574 **	0,668 **	0,484 **

FZE = Fragebogen zum zwanghaften Erwerb

FZH = Fragebogen zum zwanghaften Horten

* = Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

** = Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 signifikant

Die Korrelation des FZE und seiner Subskalen zeigte in der Untersuchung mit der Subskala des FZH Unordnung einige signifikante Zusammenhänge ($p < 0,01$) in der Gruppe der Patienten mit Zwangserkrankung, bei den Psychiatriepatienten und den Kaufsuchtpatienten. Die Korrelationen mit der FZH Subskala SEW (Schwierigkeit etwas wegzuwerfen) lagen in den gleichen Untersuchungsgruppen auf einem höheren Signifikanzniveau.

Tabelle 5: Pearson-konvergente Validität: Korrelation des FZE mit den FZH Subskalen Unordnung und Schwierigkeiten etwas wegzuerfen

Subskalen	Studenten		Horter		Patienten mit Zwangserkrankung		Psychiatriepatienten		Kaufsuchtpatienten	
	Unordnung	SEW	Unordnung	SEW	Unordnung	SEW	Unordnung	SEW	Unordnung	SEW
FZE	0,317 **	0,326 **	0,176	0,168	0,528 **	0,695 **	0,580 **	0,598 **	0,569 **	0,585 **
FZE Buy	0,323 **	0,301 **	0,233	0,084	0,443 **	0,569 **	0,489 **	0,509 **	0,383 **	0,355 **
FZE Free	0,206	0,249 *	0,067	0,237	0,562 **	0,766 **	0,527 **	0,537 **	0,598 **	0,661 **
FZE Free-Müll	0,201	0,281 **	0,077	0,192	0,320 *	0,447 **	0,027	0,245 **	0,282 *	0,312 **
FZE Free-kD	0,171	0,190	0,052	0,220	0,554 **	0,753 **	0,603 **	0,547 **	0,575 **	0,611 **

SEW = Schwierigkeiten etwas wegzuerfen

* = Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

** = Die Korrelation ist auf dem Niveau 0,01 signifikant

Aus Tabelle 6 wird noch einmal ersichtlich, dass die Gruppen sich nicht hinsichtlich ihrer Geschlechterverteilung unterscheiden. Erwartungsgemäß wiesen die Gruppe der kaufsuchtigen Patienten und die Gruppe der Messie-Selbsthilfegruppenteilnehmer die höchsten FZE-Mittelwerte auf, wobei auch diese beiden Gruppen voneinander abgegrenzt werden konnten. Die Kaufsuchtpatienten hatten bei der Subskala FZE Buy höhere Werte als die Horter, die Horter aber bei der Subskala FZE Free höhere Werte als die Kaufsuchtpatienten. Insgesamt hatten die kaufsuchtigen Patienten die mit Abstand höchsten und die Psychiatriepatienten die mit Abstand niedrigsten FZE-Werte.

Tabelle 6: FZE-Mittelwert und Standardabweichung in den verschiedenen Gruppen

	Studenten		Horter		Patienten mit Zwangserkrankung		Psychatriepatienten		Kaufsuchtpatienten					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Gruppenvergleich			Einzelvergleich
Geschlecht weiblich	57	69	36	72	37	77	78	66	87	84				
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	Kruskall-Wallis			Mann-Whitney-U-Test
											Chi2	df	p	Rangverteilung
CBS-G	1,84	1,22	1,15	2,23	1,02	2,61	1,09	2,44	-3,99	2,16	176,794	4	0,000	PK<HO,ST,ZW,PSY
MOCI	-	-	9,02	4,67	14,56	6,14	8,93	5,37	10,24	5,61	30,779	3	0,000	ZW>HO>PSY>PK
FZE	35,73	11,47	45,71	16,88	35,85	17,1	29,05	15,01	59,45	15,0	180,529	4	0,000	PK>ST<HO< ZW,PSY
FZE BUY	21,95	7,29	24,65	10,39	23,79	12,32	18,42	11,38	43,01	9,76	154,43	4	0,000	PK>HO,ST>ZW>PSY
FZE Free	13,78	6,21	21,06	8,29	12,06	6,43	10,62	5,95	16,43	8,04	82,370	4	0,000	HO>PK>ST,ZW,PSY
FZE Free-Müll	3,42	2,20	5,63	3,04	2,41	1,00	2,61	1,57	3,18	2,34	87,638	4	0,000	HO>PK>ST,ZW,PSY
FZE Free-kD	10,35	4,89	15,42	11,22	9,64	5,94	8,00	5,13	13,41	7,34	66,937	4	0,000	HO>PK>ST>ZW,PSY

MW = Mittelwert
SD = Standardabweichung
kD = kostenlose Dinge
HO = Horter
PK = Patient mit pathologischem Kaufverhalten
PSY = Psychatriepatient
ZW = Patient mit Zwangserkrankung
ST = Student

Folgende Tabellen zur Untersuchung der diskriminanten Validität anhand des Tests nach Mann-Whitney, zeigen noch einmal im Detail die schon beschriebenen Ergebnisse.

Tabelle 7: Vergleich der FZE-Summenwerte und FZE-Subskalen in unterschiedlichen Stichproben

	Studenten vs. Horter			Studenten vs. Patienten mit Zwangserkrankung		
	Mann-W.-U	Z	Asymptotische Signifikanz	Mann-W.-U	Z	Asymptotische Signifikanz
CBS	1822,50	- 9,16	0,360	1900,50	- 5,47	0,585
FZE	1346,00	- 3,323	0,001	1819,00	- 0,932	0,351
FZE BUY	1812,00	- 1,149	0,251	1995,00	- 0,099	0,921
FZE Free	947,50	- 5,186	0,000	1564,00	- 2,143	0,032
FZE Free-Müll	966,00	- 5,218	0,000	1299,50	- 3,760	0,000
FZE Free-kD	1081,50	- 4,563	0,000	1700,50	- 1,497	0,134

	Studenten vs. Kaufsuchtpatienten			Studenten vs. Psychiatriepatienten		
	Mann-W.-U	Z	Asymptotische Signifikanz	Mann-W.-U	Z	Asymptotische Signifikanz
CBS	173,00	- 11,31	0,000	3265,50	- 5,77	0,564
FZE	719,500	- 8,857	0,000	3031,50	- 4,702	0,000
FZE BUY	408,500	- 9,854	0,000	3140,00	- 4,439	0,000
FZE Free	2716,50	- 2,467	0,014	2983,00	- 4,843	0,000
FZE Free-Müll	2840,00	- 2,234	0,025	3405,00	- 4,356	0,000
FZE Free-kD	2642,50	- 2,705	0,007	3194,00	- 4,331	0,000

	Horter vs. Patienten mit Zwangserkrankung			Horter vs. Kaufsuchtpatienten			Horter vs. Psychiatriepatienten		
	Mann-W.-U	Z	As.Sig.	Mann-W.-U	Z	As.Sig.	Mann-W.-U	Z	AS.Sig.
CBS	1128,00	- 0,176	0,860	310,00	- 8,666	0,000	1922,00	- 0,222	0,824
MOCI	573,50	- 4,460	0,000	1674,00	- 1,242	0,240	2732,50	- 0,334	0,739
FZE	751,50	- 3,064	0,002	1045,00	- 4,657	0,000	1191,00	- 5,978	0,000
FZE BUY	1068,00	- 0,780	0,435	444,50	- 7,488	0,000	1692,50	- 4,218	0,000
FZE Free	439,00	- 5,327	0,000	1439,00	- 2,804	0,005	783,00	- 7,449	0,000
FZE Free-Müll	242,00	- 7,038	0,000	821,00	- 5,921	0,000	717,50	- 8,394	0,000
FZE Free-kD	577,50	- 4,331	0,000	1687,00	- 1,634	0,102	973,00	- 6,789	0,000

	Patienten mit Zwangserkrankung vs. Kaufsuchtpatienten			Patienten mit Zwangserkrankung vs. Psychatriepatienten			Kaufsucht- vs. Psychatriepatienten		
	Mann-W.-U	Z	As.Sig.	Mann-W.-U	Z	As.Sig.	Mann-W.-U	Z	AS.Sig.
CBS	433,00	- 8,178	0,000	1965,50	- 0,012	0,990	613,00	- 10,017	0,000
MOCI	1108,50	- 3,760	0,000	1307,50	- 5,200	0,000	3718,00	- 1,704	0,088
FZE	633,50	- 6,491	0,000	2080,50	- 2,679	0,007	803,00	- 10,086	0,000
FZE BUY	503,00	- 7,117	0,000	1910,50	- 3,287	0,001	728,50	- 10,272	0,000
FZE Free	1267,00	- 3,474	0,001	2430,00	- 1,450	0,147	2537,00	- 5,847	0,000
FZE Free-Müll	1779,00	- 1,203	0,229	2737,50	- 0,446	0,656	4522,50	- 1,117	0,264
FZE Free-kD	1355,0	- 3,054	0,002	2368,50	- 1,674	0,094	2651,00	- 5,572	0,000

Mann-W.-U = Mann-Whitney-U-Test

As.Sig. = Asymptotische Signifikanz

C. DISKUSSION

Ziel der Arbeit ist es, die Reliabilität und Validität des Fragebogens zum zwanghaften Erwerb zu überprüfen.

Um dafür den richtigen Ansatz zu finden; muss vorher auf die Ergebnisse der Evaluation der deutschen CAS, dem Fragebogen zum zwanghaften Erwerb (FZE) in einer großen bevölkerungsbasierten Stichprobe eingegangen werden (Müller et al: 2009). Diese Evaluation ergab, dass die ursprünglich von Frost und Kollegen (2002) intendierte Faktorenstruktur mit zwei Subskalen nicht repliziert werden konnte. Exploratorische Faktorenanalysen hatten eine 3-Faktorenlösung der deutschen Version ergeben, wobei auf einem Faktor nur zwei Items luden.

Die in dieser Arbeit auf Validität und Reliabilität überprüfte Version des Fragebogens zum zwanghaften Erwerb (FZE) umfasst nun 14 Items mit der Gesamtskala FZE Gesamt, den Subskalen FZE Buy (acht Items) und FZE Free (sechs Items), wobei FZE Free weiter unterteilt wird in FZE Free-Müll (zwei Items) und FZE Free-kd (kostenlose Dinge; vier Items).

Die Beurteilung der Ergebnisse zeigt, dass der FZE Gesamt und seine Subskala FZE Buy über eine sehr gute Reliabilität verfügen, denn bei der Reliabilitätsüberprüfung wiesen sowohl der FZE Gesamtwert als auch die Subskala FZE Buy hohe innere Konsistenzen auf. Die Subskala FZE Free erzielte keine so eindeutig positiven Werte, befindet sich aber in einem Bereich, den man akzeptieren kann. Die beiden Subskalen Free-Müll und Free-kd, bestehend aus zwei und vier Items, ergaben keine entsprechend vorzeigbare Homogenität, weswegen es sich empfiehlt, die Dimension FZE Free nicht weiter zu unterteilen, vor allem die Subskala FZE Free-Müll mit nur zwei Items ist kaum ordentlich replizierbar.

Die Ergebnisse zur Validität entsprechen den theoretischen Überlegungen. Bei der Überprüfung der konvergenten Validität zeigte sich eine hohe Korrelation sowohl zwischen dem FZE, insbesondere der Subskala FZE Buy, mit dem CBS-G. Ebenso auch mit der Subskala „Erwerb“ des Fragebogens zum zwanghaften Hortens, was den Erwartungen entspricht, da der FZE genau diesen Teilaspekt des zwanghaften Hortens abbilden soll. Auch korrelierte die Dimension „Free“ mit ihren beiden Subskalen gut mit dem FZH und seinen beiden Subskalen „Unordnung“ und „Schwierigkeiten etwas weg-

zuwerfen“, weswegen man sagen kann, dass die Messdaten, die das selbe Konstrukt abbilden sollen, dieser Überprüfung standhalten und das gemessen wird, was gemessen werden soll.

So standen bei den Kaufsuchtpatienten die Bereiche, die auf die Kaufsuchtproblematik abzielen, wie FZE Gesamt und FZE Buy signifikant mit der Subskala Erwerb des FZH in Korrelation.

Der Gruppenvergleich zeigte, dass die FZE-Werte sich zwischen den Gruppen unterscheiden und die Horter erwartungskonform die höchsten FZE-Werte berichteten, ebenso die Patienten mit Zwangserkrankungen, die beim Maudsley Zwangsinventar die höchsten Werte erzielten.

Anzumerken ist, dass die 3-faktoren-Lösung durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse nicht bestätigt werden konnte (vgl. Müller et al., *einger.*). Zudem ist die Testgüte einer Subskala mit nur zwei Items fraglich, was sich auch bei der Reliabilitätsprüfung zeigt. Aufgrund des Informationsgehalts der beiden Items der Subskala Free-Müll „Nehmen Sie Dinge mit, die andere weggeworfen haben?“ und „Durchsuchen Sie Abfälle anderer Leute, um etwas zu finden, das Sie mitnehmen könnten?“ wurde von einer Entfernung dieser Items jedoch abgesehen. Ein Grund für die fehlende Anpassungsgüte der ursprünglichen Faktorenstrukturen mag wohl darin liegen, dass der originale Fragebogen nicht wirklich konstruiert wurde, sondern die Autoren aufgrund ihrer klinischen Erfahrung die Items den zwei Dimensionen „Buy“ und „Free“ zugeordnet haben. Ebenso steht eine Überprüfung der Faktorenstruktur der amerikanischen Originalversion immer noch aus. Wegen dieser mangelnder Anpassungsgüte der Mehrfaktorenmodelle macht es keinen wirklichen Sinn, die Subskalen für Gruppenvergleiche herzunehmen, weswegen man hierfür nur die CAS-Summenskala benutzen sollte.

Der FZE- Summenwert differenziert zwischen den verschiedenen Stichprobengruppen. So hatten die kaufsuchtigen Patienten und die Horter die höchsten FZE-Werte. Unter Berücksichtigung eines Schwellenwertes von 60 erscheint der zwanghafte Erwerb aber nur in der Gruppe der kaufsuchtigen Patienten klinisch relevant zu sein. Dies könnte darauf beruhen, dass der FZE wesentlich mehr Fragen zum pathologischen Kaufen beinhaltet, als zur zwanghaften Mitnahme kostenloser Dinge.

Insgesamt sprechen die Resultate dafür, dass es sich beim FZE um ein zuverlässiges Messinstrument handelt, das im deutschsprachigen Raum valide zum Screening der Problematik des zwanghaften Erwerbs angewendet werden kann.

Ein sinnvolles Messinstrument deshalb, weil der FZE eben zwei Aspekte erfasst, das pathologische Kaufen und einen Bereich des zwanghaften Hortens. Bei Patienten mit zwanghaftem Horten wird meistens auch pathologisches Kaufen diagnostiziert, gleichwohl scheinen aber nicht alle pathologischen Käufer auch zwanghaft zu horten. Basierend auf klinischen Erfahrungen handelt es sich beim pathologischen Kaufen um ein eigenständiges Störungsbild, das aber bei vielen Betroffenen mit zwanghaftem Horten assoziiert ist. Für die pathologischen Kaufsuchtpatienten gibt es bereits Screeninginstrumente, das Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK) und die deutsche Version der Compulsive Buying Scale (CBS-G), für die „Messies“ gibt es den Fragebogen zum zwanghaften Horten (FZH). Der SKSK zum Beispiel ist ein reines Screeninginstrument, das im klinischen Kontext hervorragend einzusetzen ist, um einen ersten Eindruck zum Kaufverhalten einer Person zu bekommen. Um aber eine umfassendere Diagnostik zur Einschätzung einer eventuellen Komorbidität und Schwere der Erkrankung durchführen zu können, bedarf es einer ausführlicheren Diagnostik.

Der FZE nun vereinigt beides, er fragt im Gegensatz zu den bisherigen Erhebungsinstrumenten für pathologisches Kaufen auch Bereiche ab, die bei einigen kaufsüchtigen Patienten durchaus bedeutsam sind, so wird der Sammelzwang abgefragt, was weder mit dem SKSK noch mit der CBS-G getan wird.

Gerade dieser Aspekt des Sammelns ist jedoch wichtig hinsichtlich der Therapieplanung, da ein Übersehen den Therapieverlauf negativ beeinflussen kann (Müller et al. 2008).

Der FZE ist somit ein sehr hilfreiches Instrument, um die zwanghafte Mitnahme kostenloser Dinge abzufragen. Dies ist ein bei den Betroffenen sehr schambesetztes Verhalten und selten erzählen die Patienten von sich aus darüber. Meist müssen die Therapeuten explizit nachfragen. Der FZE befasst sich als einziges bekanntes Messinstrument explizit mit einigen Items mit der zwanghaften Mitnahme kostenloser Dinge. Zum Beispiel,

wie bereits erwähnt „Nehmen Sie Dinge mit, die andere weggeworfen haben?“ oder „Durchsuchen Sie Abfälle anderer Leute, um etwas zu finden, das Sie mitnehmen könnten?“ oder „Haben Sie den Drang, Flyer oder Handzettel bei Vorträgen oder Präsentationen mitzunehmen?“

Es gibt zwar den Fragbogen zum zwanghaften Horten als Selbsterhebungsinstrument für zwanghaftes Horten. Dessen Subskala Erwerb befasst sich aber vor allem mit dem pathologischen Kaufen und erkundigt sich nur vage nach der zwanghaften Mitnahme kostenloser Dinge. Exemplarisch Item 8 des FZH: „Wie stark ist Ihr Drang etwas zu kaufen oder zu erwerben, was Sie eigentlich nicht brauchen?“

Insofern erlaubt nur der FZE eine direkte Diagnostik beider Aspekte des zwanghaften Erwerbs, nämlich die Diagnostik der exzessiven zwanghaften Mitnahme kostenloser Dinge und des pathologischen Kaufens.

Im klinischen Alltag kann der FZE also als sinnvolle Ergänzung zu Fragebögen gesehen werden, die pathologisches Kaufen oder zwanghaftes Horten abbilden. Es kristallisiert sich frühzeitig heraus, ob man es mit einem Messie oder mit einem Kaufsüchtigen zu tun hat, oder mit einer Person, die von beiden Pathologien betroffen ist und unter zwanghaftem Erwerb leidet.

In der Zusammenschau der Befunde zeigt sich aber unabhängig vom praktischen Nutzen der Skala im klinischen Alltag die Frage der Gültigkeit des von Frost und Kollegen (2009) postulierten Konstrukts „compulsive acquisition“. Ganz offensichtlich bedarf es weiterer Forschungsarbeit zu diesem Thema. Unbefriedigend ist die mangelhafte Anpassungsgüte der Faktorenstrukturen. Ebenso die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse zur Faktorenstruktur und Testgüte aufgrund einer Drop-out-Rate von knapp 40 Prozent in der Bevölkerungsstichprobe (Müller et al. 2009 einger.). Daten zu Retest-Reliabilität bedürften einer größeren Stichprobe, sie ist mit 62 Psychiatriepatienten doch erheblich eingeschränkt. Untersuchungen zur Änderungssensitivität sollten durchgeführt werden, da dies für therapeutische Sitzungen von immenser Bedeutung wäre. Was bei Selbsterhebungsverfahren immer ein Problem darstellt, ist die eventuelle Überrepräsentation der sozial erwünschten Antwort, woraus sich in den meisten Fällen eine Limitierung der Ergebnisse ergibt.

Abschließend ist der ergänzende Einsatz des FZE bei Patienten mit Kaufpathologie oder Problemen mit zwanghaften Horten neben den normalen Screeningmethoden zu empfehlen, um sich ein Bild von dem Patienten zu machen, nichts zu übersehen und angemessene Therapie planen zu können. Die Limitierungen sind aber nicht außer Acht zu lassen und es wäre zu empfehlen, diesbezüglich weiter klinisch zu forschen und den Fragebogen an sich auszuarbeiten. So wäre es sicher wertvoll, die einzelnen Subskalen zu erweitern, mehr Fragen zu formulieren, bezüglich der Thematik der Subskalen „Müll“ und „kostenlose Dinge“, um dadurch valide Ergebnisse zu bekommen. Interessant wäre es sicher auch, einen Fragebogen zu konzipieren beziehungsweise den vorhandenen weiter auszuarbeiten, um vielleicht neben dem pathologischen Kaufen und der zwanghaften Mitnahme kostenloser Dinge auch die beiden anderen Teilbereiche des zwanghaften Hortens „Schwierigkeiten etwas wegzuwerfen“ und „exzessive Unordnung“ gleichzeitig mit abzufragen, d.h. einen Fragebogen, der sowohl die Aspekte des pathologischen Kaufens als auch alle Aspekte des zwanghaften Hortens erfasst und darüber hinaus vielleicht sogar noch Fragen enthält, die eine Zwangssymptomatik an sich abfragen.

Ich denke, das Gebiet bietet noch viel Potential für die Forschung, was auch wichtig wäre, da, so glaube ich, eine Vielzahl von Menschen unter irgendeiner Form der genannten Pathologien leidet, die Dunkelziffer sicher sehr hoch ist und die Menschen ohne Hilfestellung mit sich und dem Leben völlig überfordert in unserer Gesellschaft sind und keine wirkliche Chance haben.

ANHANG

1. Tabellen

Tabelle 8: Pathologisches Kaufen: Einige historische Daten

Jahr		Quelle
1909	Erste Beschreibung exzessiven Kaufverhaltens in einem Lehrbuch der Psychiatrie, Bezeichnung „Oniomanie“, Einordnung als Störung der Impulskontrolle	Kraepelin 1909
1985-1990	Kasuistiken psychodynamischer Behandlungen	Winestine 1985 Krueger 1988 Lawrence 1990
1991	Erste bevölkerungsrepräsentative Erhebung von Kaufsucht in Deutschland	Neuner et al. 1992 Scherhorn et al. 1996 Neuner et al. 1998
1991	Erste Fallberichte über medikamentöse Behandlungsversuche	McElroy et al. 1991
1994	Beschreibung diagnostischer Kriterien für „compulsive buying“ in Anlehnung an die DSM-III-R Kriterien für Störungen der Impulskontrolle	McElroy et al. 1994
1994	Veröffentlichung erster Studien zur Phänomenologie und psychiatrischen Komorbidität	Christenson et al. 1994 Schlosser et al. 1994
1995-1996	Untersuchung jugendlicher Konsummuster in Deutschland	Lange 1997
1996-2004	Kasuistiken verhaltenstherapeutischer Behandlungen	Bernik et al. 1996 Bongers 2000 Grüsser et al. 2004
2001	Zweite bevölkerungsrepräsentative Erhebung von Kaufsucht in Deutschland	Neuner et al. 2005
2002-2004	Internationaler Vergleich der Konsummuster deutscher, südkoreanischer und polnischer Jugendlicher	Lange 2004
2004	Bevölkerungsrepräsentative Erhebung on „compulsive buying“ in den USA	Koran et al. 2006
2000-2007	Veröffentlichung kontrollierter Medikamentenstudien mit kleinen Fallzahlen	Ninan et al. 2000 Black et al. 2000 Koran et al. 2003 Koran et al. 2007
2000-2003	Randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie (kognitive Verhaltenstherapie) in Deutschland	Mitchell et al. 2006
2003-2007	Randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudie (kognitive Verhaltenstherapie) in Deutschland	Müller et al. 2009
2008	Beginn einer dreiarmligen kontrollierten Behandlungsstudie (kognitive Verhaltenstherapie vs. Warte-Kontrollgruppe vs. geleitete Selbsthilfe) in den USA	

(Tabelle 1.1. in Anlehnung an Müller, de Zwaan, Mitchell 2008 S. 58)

Tabelle 9: Übersicht über placebo-kontrollierte Medikamentenstudien mit SSRI

Medikament	Fallzahl	Mittlere Tagesdosis	Ergebnis	Autor
Fluvoxamin	Versuchsgruppe n = 20 Placebogruppe n = 17 (Abbruchquote 37%)	215 mg	Kein Unterschied zwischen Versuchs- und Placebogruppe	Ninan et al. 2000
Fluvoxamin	Versuchsgruppe n = 12 Placebogruppe n = 11 (Abbruchquote 23%)	220 mg	Kein Unterschied zwischen Versuchs- und Placebogruppe	Black et al. 2000
Citalopram	Nach offener Studie mit Citalopram (n = 24) wurden n = 15 Responder randomisiert: Versuchsgruppe n = 7 Placebogruppe n = 8	20-60 mg	Signifikant weniger Rückfälle in der Citalopramgruppe	Koran et al. 2003
Escitalopram	Nach offener Studie mit Escitalopram (n = 26) wurden n = 17 Responder randomisiert: Versuchsgruppe n = 8 Placebogruppe n = 9	10-20 mg	Kein Unterschied zwischen Versuchs- und Placebogruppe	Koran et al. 2007

(Tabelle 1.6. aus Müller, de Zwaan, Mitchell 2008 S. 64))

Tabelle 10: Inhalt der Therapiesitzungen des Erlanger Therapieprogramms

Sitzung	Inhalt	Arbeitsblatt
I	Übersicht über das Behandlungsprogramm, Formulieren der Ziele und der Gruppenregeln, Einführung und Erklärung der Pathologie	1 „Kaufprotokoll“ 2 „Therapievertrag“
II	Erkennen von problematischem Kaufverhalten und seinen Folgen	3 „Mögliche Ausprägungen pathologischen Kaufverhaltens“ 4 „Gründe für/gegen die Normalisierung des pathologischen Kaufverhaltens“
III	Auslöser und Folgen von patholischem Kaufverhalten	5 „Beispiele für mögliche Auslöser für pathologisches Kaufverhalten“ 6 „Beispiele für mögliche Folgen von patholischem Kaufen“ 7 „Alternative Aktivitäten“ 8 „Geplante alternative Aktivitäten für kommende Woche“ 9 „Auslöser und Folgen von Kaufattacken“ 10 „Strategien zur Veränderung der Auslöser“
IV	Geldmanagement und Horten	11 „Pro & Contra ec/Kreditkarte“ 12 „Horten von gekauften Waren“ 13 „Umgang mit gehorteten Waren“
V	Reaktionen auf Auslöser für patholisches Kaufverhalten	14 „Reaktionen-Gedanken, Gefühle und Verhalten“ 15 „Kognitive Umstrukturierung-1“
VI	Kognitive Umstrukturierung	16 „Kognitive Umstrukturierung-2“
VII	Auslöser und Verhaltensketten	17 „Verhaltenskette – Mögliche Bruchstellen“ 18 „Verhaltensketten“
VIII	Selbstkonzept	19 „Beispiele für selbstwertrelevante dysfunktionale Gedanken“ 20 „Selbstkonzept-1“ 21 „Selbstkonzept-Revision“ 22 „Selbstkonzept-2“
IX	Exposition	
X	Stressmanagement und Problemlösen	23 „Mögliche Reaktionen auf Stress“ 24 „Problemlösen“ 25 „Experiment zur Stressreduktion“
XI	Rückfallprävention	26 „Mögliche Gründe für einen Rückfall“ 27 „Rückfallszenario“
XII	Resümee und Ausblick	28 „Resümee“

Tabelle 11: Diagnosen Gruppe 8: Psychiatrie Ambulanz

Primär Diagnosen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Abhängigkeitserkrankungen F1	2	5,4	5,9
Psychotische Erkrankungen F20, 23	6	16,2	17,6
Affektive Störungen F30	12	32,4	35,3
Neurotische Angststörung F41	9	24,3	26,5
Persönlichkeitsstörung F6	3	8,1	8,8
Somatisierungsstörung F45	1	2,7	2,9
Verhaltensstörung (ADHS) F98	1	2,7	2,9
Gesamt gültig	34	91,9	100,0
fehlend	3	8,1	
Gesamt	37	100,0	

Tabelle 12: Diagnosen Gruppe 9: Psychosomatik

Primär Diagnosen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Affektive Störungen F30	38	46,3	46,3
Neurotische Angststörungen F41	8	9,8	9,8
Essstörungen F50	21	25,6	25,6
Persönlichkeitsstörung F6	8	9,8	9,8
ADHS F98.8	1	1,2	1,2
Somatoforme Störungen F45	6	7,3	7,3
Gesamt	82	100	100
P32	64	78,0	78,0
Tagesklinik	18	22,0	22,0

2. Fragebögen

Code Alter Geschlecht: männlich weiblich**Fragebogen zum zwanghaften Erwerb (FZE)**

Bitte markieren Sie die Zahl, die am ehesten mit Ihrer Situation übereinstimmt.

1. Kaufen Sie Dinge, die Sie dann nicht verwenden?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
2. Kaufen Sie Dinge, für die Sie das Geld gar nicht haben?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
3. Nehmen Sie Dinge mit, die andere weggeworfen haben?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
4. Fühlen Sie den Drang, Dinge zu kaufen (z.B. wenn sie besonders günstig sind) obwohl Sie auch ohne sie auskommen würden?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
5. Fühlen Sie sich unruhig oder deprimiert, wenn Sie etwas nicht kaufen, das Sie unbedingt wollen?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
6. Kaufen Sie ein, um sich besser zu fühlen?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
7. Haben Sie das Gefühl, dass Sie etwas unbedingt haben müssen, das sie beim Einkaufen sehen?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |

8. Verbringen Sie zuviel Zeit mit Einkaufen?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
9. Durchsuchen Sie die Abfälle anderer Leute, um etwas zu finden, das sie mitnehmen könnten?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
10. Verbringen Sie mehr Zeit mit Einkaufen, als Sie vorhatten?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
11. Haben Sie den Drang, Flyer oder Handzettel bei Vorträgen oder Präsentationen mitzunehmen?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
12. Haben Sie den Drang, Journale und Zeitungen mitzunehmen, wenn sie kostenlos zur Verfügung stehen?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
13. Gehen Sie extra einkaufen, um Dinge zu sammeln, die kostenlos oder im Ausverkauf angeboten werden?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |
14. Bereuen Sie es, wenn Sie etwas nicht mitnehmen, das sie umsonst hätten bekommen können?
- | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| gar nicht/
sehr
selten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehr
viel/
sehr oft |

Code Alter Geschlecht: männlich weiblich

Fragebogen zum zwanghaften Akquirieren

Bitte markieren Sie die Zahl, die am ehesten mit Ihrer Situation übereinstimmt.

1. Kaufen Sie Dinge, die Sie dann nicht verwenden?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

2. Kaufen Sie Dinge, für die Sie das Geld gar nicht haben?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

3. Nehmen Sie Dinge mit, die andere weggeworfen haben?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

4. Fühlen Sie den Drang, Dinge zu kaufen (z.B. wenn sie besonders günstig sind) obwohl Sie auch ohne sie auskommen würden?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

5. Fühlen Sie sich unruhig oder deprimiert, wenn Sie etwas nicht kaufen, das Sie unbedingt wollen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

6. Kaufen Sie ein, um sich besser zu fühlen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

7. Haben Sie das Gefühl, dass Sie etwas unbedingt haben müssen, das sie beim Einkaufen sehen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

8. Leiden Sie darunter, dass Sie Dinge kaufen, die Sie nicht brauchen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

9. Verbringen Sie zu viel Zeit mit Einkaufen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

10. Hat übermäßiges Einkaufen bei Ihnen zu finanziellen Problemen geführt?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

11. Hat übermäßiges Einkaufen zu Problemen in Ihrem Privatleben oder Berufsleben geführt?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

12. Durchsuchen Sie die Abfälle anderer Leute, um etwas zu finden, das sie mitnehmen könnten?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

13. Verbringen Sie mehr Zeit mit Einkaufen, als Sie vorhatten?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

14. Haben Sie den Drang, Flyer oder Handzettel bei Vorträgen oder Präsentationen mitzunehmen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

15. Haben Sie den Drang, Journale und Zeitungen mitzunehmen, wenn sie kostenlos zur Verfügung stehen?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

16. Kaufen Sie von manchen Dingen größere Mengen, für den Fall, dass Sie sie brauchen könnten ("auf Reserve")?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

17. Gehen Sie extra einkaufen, um Dinge zu sammeln, die kostenlos oder im Ausverkauf angeboten werden?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

18. Bereuen Sie es, wenn Sie etwas nicht mitnehmen, das sie umsonst hätten bekommen können?

	1	2	3	4	5	6	7	
gar nicht/ sehr selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr viel/ sehr oft

Code Alter Geschlecht: männlich weiblich

Fragebogen zum zwanghaften Horten (FZH)

Bitte markieren Sie die Antwort, die innerhalb der letzten vier Wochen am ehesten zutrifft

1. Wie schwer fällt es Ihnen, etwas wegzuerfen?
 - überhaupt nicht schwer
 - kaum schwer
 - mittelschwer
 - ziemlich schwer
 - sehr schwer

2. Wie sehr leiden Sie darunter, etwas wegzuerfen?
 - es belastet mich überhaupt nicht
 - es belastet mich etwas
 - es belastet mich einigermaßen
 - es belastet mich sehr
 - es belastet mich extrem

3. Inwieweit haben Sie so viele Dinge, dass Ihr(e) Zimmer mit Dingen überladen/vollgestopft sind?
 - gar nicht viele
 - kaum
 - mittel
 - ziemlich viele
 - sehr viele

4. Wie oft versuchen Sie zu vermeiden, etwas wegzuerfen, weil es zu stressig ist oder zu viel Zeit kostet?
 - vermeide es nie, kann Dinge problemlos wegwerfen
 - vermeide es selten, kann Dinge fast ohne Probleme wegwerfen
 - vermeide es manchmal
 - vermeide es oft, kann Dinge manchmal wegwerfen
 - vermeide es fast immer, kann Dinge selten wegwerfen

5. Wie sehr würden Sie darunter leiden oder wie unangenehm wäre es für Sie, wenn Sie etwas nicht kaufen könnten, was Sie wollten?
 - überhaupt nicht
 - kaum, es wäre nur etwas unangenehm
 - mäßig, die Belastung würde steigen, wäre aber zu bewältigen
 - stark, deutlicher und sehr unangenehmer Anstieg der Belastung
 - extrem, Belastung würde zu lähmendem Unbehagen führen

6. Inwieweit beeinträchtigen die vielen angesammelten Dinge in Ihrem Zuhause Ihr Sozialleben, Ihr Berufsleben bzw. Ihren Alltag? Überlegen Sie, was Sie wegen der vielen angesammelten Dinge bei Ihnen zu Hause nicht tun.
 - überhaupt keine Beeinträchtigung
 - kaum, wenig Beeinträchtigung, im Prinzip funktioniert alles problemlos
 - mäßige Beeinträchtigung, kann man noch bewältigen
 - sehr starke Beeinträchtigung
 - extreme, lähmende Beeinträchtigung

7. Wie oft fühlen Sie den Drang etwas zu erwerben, was Sie sehen (z.B. wenn Sie einkaufen gehen oder wenn Ihnen etwas kostenlos angeboten wird)?
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - fast immer
8. Wie stark ist Ihr Drang etwas zu kaufen oder zu erwerben, was Sie eigentlich nicht brauchen?
- kein starker Drang
 - leichter Drang
 - mäßiger Drang
 - starker Drang
 - sehr starker Drang
9. Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihren Drang, Sachen zu erwerben?
- völlige Kontrolle
 - viel Kontrolle, kann Kaufdrang normalerweise kontrollieren
 - etwas Kontrolle, kann Kaufdrang nur schwer kontrollieren
 - wenig Kontrolle, kann Kaufdrang nur schwer verzögern
 - keine Kontrolle, kann Kaufdrang nicht bewältigen
10. Wie oft entscheiden Sie sich dafür, Dinge aufzuheben, die Sie nicht brauchen und für die Sie wenig Platz haben?
- hebe solche Dinge nie auf
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - hebe solche Dinge fast immer auf
11. Inwieweit können Sie bestimmte Wohnbereiche nicht nutzen, weil sie mit Dingen überladen/vollgestopft sind?
- kann alle Wohnbereiche nutzen
 - kann wenige Wohnbereiche nicht nutzen
 - kann einige Wohnbereiche nicht nutzen
 - kann viele Wohnbereiche nicht nutzen
 - kann fast keinen Wohnbereich nutzen
12. Inwieweit leiden Sie darunter, dass Ihre Wohnbereiche mit Dingen überladen/vollgestopft sind?
- belastet mich nicht, ist mir nicht unangenehm
 - belastet mich kaum, ist mir leicht unangenehm
 - belastet mich mäßig, ist mir einigermaßen unangenehm
 - belastet mich sehr, ist mir sehr unangenehm
 - belastet mich extrem, ist mir extrem unangenehm
13. Wie oft passiert es, dass Sie wegen der vielen angesammelten Dinge keinen Besuch nach Hause einladen?
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - sehr oft oder fast immer

14. Wie oft kaufen Sie tatsächlich (oder erwerben Sie kostenlos) Dinge, für die Sie keinen unmittelbaren Gebrauch oder Nutzen haben?
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - fast immer
15. Wie stark ist Ihr Drang etwas aufzuheben, obwohl Sie wissen, dass Sie es nie nutzen werden?
- überhaupt nicht stark
 - leichter Drang
 - mäßiger Drang
 - starker Drang
 - sehr starker Drang
16. Inwieweit kann man bei Ihnen zu Hause nur schwer durchgehen, weil alles mit Dingen überladen/vollgestopft ist?
- nirgendwo kann man schwer durchgehen
 - in manchen Bereichen kann man schwer durchgehen
 - in vielen Bereichen kann man schwer durchgehen
 - in den meisten Bereichen kann man schwer durchgehen
 - in allen oder fast allen Bereichen kann man schwer durchgehen
17. Inwieweit können Sie bestimmte Wohnbereiche nicht für deren bestimmten Zweck nutzen, weil sie mit Dingen überladen/vollgestopft sind? (Zum Beispiel Kochen, Nutzung von Möbeln, Geschirrspülen, Säubern usw.)
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - sehr oft oder fast immer
18. Inwieweit fühlen Sie sich nicht in der Lage, mit den vielen angesammelten Dingen bei Ihnen zu Hause klar zu kommen?
- kein Problem
 - manchmal nicht in der Lage
 - mäßig nicht in der Lage
 - erheblich nicht in der Lage
 - fast immer nicht in der Lage
19. Wie oft sind Sie nicht in der Lage, Dinge wegzuworfen, die Sie gern loswerden möchten?
- habe nie ein Problem damit, Dinge wegzuworfen
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - fast immer nicht in der Lage, Dinge wegzuworfen

Code Alter Geschlecht: männlich weiblich

Saving Inventory-Revised (SI-R)

Bitte markieren Sie die am meisten zutreffende Antwort

1. Wie schwer fällt es Ihnen, etwas wegzuworfen?
 überhaupt nicht schwer
 kaum schwer
 mittelschwer
 ziemlich schwer
 sehr schwer

2. Wie sehr leiden Sie darunter, etwas wegzuworfen?
 es belastet mich überhaupt nicht
 es belastet mich etwas
 es belastet mich einigermaßen
 es belastet mich sehr
 es belastet mich extrem

3. Inwieweit haben Sie so viele Dinge, dass Ihr(e) Zimmer mit Dingen überladen/vollgestopft sind?
 gar nicht viele
 kaum
 mittel
 ziemlich viele
 sehr viele

4. Wie oft versuchen Sie zu vermeiden, etwas wegzuworfen, weil es zu stressig ist oder zu viel Zeit kostet?
 vermeide es nie, kann Dinge problemlos wegwerfen
 vermeide es selten, kann Dinge fast ohne Probleme wegwerfen
 vermeide es manchmal
 vermeide es oft, kann Dinge manchmal wegwerfen
 vermeide es fast immer, kann Dinge selten wegwerfen

5. Wie sehr würden Sie darunter leiden oder wie unangenehm wäre es für Sie, wenn Sie etwas nicht kaufen könnten, was Sie wollten?
 überhaupt nicht
 kaum, es wäre nur etwas unangenehm
 mäßig, die Belastung würde steigen, wäre aber zu bewältigen
 stark, deutlicher und sehr unangenehmer Anstieg der Belastung
 extrem, Belastung würde zu lähmendem Unbehagen führen

6. Wie viel Wohnraum bei Ihnen zu Hause ist mit Dingen überladen/vollgestopft? (Denken Sie an die Menge an Dingen in Ihrer Küche, im Wohnzimmer, Esszimmer, in Fluren, Schlafzimmern, Badezimmern oder anderen Zimmern.)
 nichts ist überladen
 einige Wohnraumbereiche sind überladen
 viel Wohnraum ist überladen
 der meiste Wohnraum ist überladen
 der gesamte oder fast der gesamte Wohnraum ist überladen

7. Inwieweit beeinträchtigen die vielen angesammelten Dinge in Ihrem Zuhause Ihr Sozialleben, Ihr Berufsleben bzw. Ihren Alltag? Überlegen Sie, was Sie wegen der vielen angesammelten Dinge bei Ihnen zu Hause nicht tun.
- überhaupt keine Beeinträchtigung
 - kaum, wenig Beeinträchtigung, im Prinzip funktioniert alles problemlos
 - mäßige Beeinträchtigung, kann man noch bewältigen
 - sehr starke Beeinträchtigung
 - extreme, lähmende Beeinträchtigung
8. Wie oft fühlen Sie den Drang etwas zu erwerben, was Sie sehen (z.B. wenn Sie einkaufen gehen oder wenn Ihnen etwas kostenlos angeboten wird)?
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - fast immer
9. Wie stark ist Ihr Drang etwas zu kaufen oder zu erwerben, was Sie eigentlich nicht brauchen?
- kein starker Drang
 - leichter Drang
 - mäßiger Drang
 - starker Drang
 - sehr starker Drang
10. Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihren Drang, Sachen zu erwerben?
- völlige Kontrolle
 - viel Kontrolle, kann Kaufdrang normalerweise kontrollieren
 - etwas Kontrolle, kann Kaufdrang nur schwer kontrollieren
 - wenig Kontrolle, kann Kaufdrang nur schwer verzögern
 - keine Kontrolle, kann Kaufdrang nicht bewältigen
11. Wie oft entscheiden Sie sich dafür, Dinge aufzuheben, die Sie nicht brauchen und für die Sie wenig Platz haben?
- hebe solche Dinge nie auf
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - hebe solche Dinge fast immer auf
12. Inwieweit können Sie bestimmte Wohnbereiche nicht nutzen, weil sie mit Dingen überladen/vollgestopft sind?
- kann alle Wohnbereiche nutzen
 - kann wenige Wohnbereiche nicht nutzen
 - kann einige Wohnbereiche nicht nutzen
 - kann viele Wohnbereiche nicht nutzen
 - kann fast keinen Wohnbereich nutzen
13. Inwieweit leiden Sie darunter, dass Ihre Wohnbereiche mit Dingen überladen/vollgestopft sind?
- belastet mich nicht, ist mir nicht unangenehm
 - belastet mich kaum, ist mir leicht unangenehm
 - belastet mich mäßig, ist mir einigermaßen unangenehm
 - belastet mich sehr, ist mir sehr unangenehm
 - belastet mich extrem, ist mir extrem unangenehm

14. Wie oft passiert es, dass Sie wegen der vielen angesammelten Dinge keinen Besuch nach Hause einladen?
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - sehr oft oder fast immer
15. Wie oft kaufen Sie tatsächlich (oder erwerben Sie kostenlos) Dinge, für die Sie keinen unmittelbaren Gebrauch oder Nutzen haben?
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - fast immer
16. Wie stark ist Ihr Drang etwas aufzuheben, obwohl Sie wissen, dass Sie es nie nutzen werden?
- überhaupt nicht stark
 - leichter Drang
 - mäßiger Drang
 - starker Drang
 - sehr starker Drang
17. Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihren Drang zum Horten?
- völlige Kontrolle
 - viel Kontrolle, kann meinen Drang normalerweise kontrollieren
 - etwas Kontrolle, kann meinen Drang nur schwer kontrollieren
 - wenig Kontrolle, kann meinen Drang nur schwer bewältigen
 - keine Kontrolle, kann meinen Drang zum Horten nicht kontrollieren
18. Inwieweit kann man bei Ihnen zu Hause nur schwer durchgehen, weil alles mit Dingen überladen/vollgestopft ist?
- nirgendwo kann man schwer durchgehen
 - in manchen Bereichen kann man schwer durchgehen
 - in vielen Bereichen kann man schwer durchgehen
 - in den meisten Bereichen kann man schwer durchgehen
 - in allen oder fast allen Bereichen kann man schwer durchgehen
19. Wie sehr bedrücken oder belasten Sie Ihre Kaufgewohnheiten?
- bedrückt mich überhaupt nicht
 - bedrückt mich leicht
 - bedrückt mich mäßig
 - bedrückt mich sehr
 - ist mir extrem peinlich
20. Inwieweit können Sie bestimmte Wohnbereiche nicht für deren bestimmten Zweck nutzen, weil sie mit Dingen überladen/vollgestopft sind? (Zum Beispiel Kochen, Nutzung von Möbeln, Geschirrspülen, Säubern usw.)
- nie
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - sehr oft oder fast immer

21. Inwieweit fühlen Sie sich nicht in der Lage, mit den vielen angesammelten Dingen bei Ihnen zu Hause klar zu kommen?
- kein Problem
 - manchmal nicht in der Lage
 - mäßig nicht in der Lage
 - erheblich nicht in der Lage
 - fast immer nicht in der Lage
22. Inwieweit hat Ihr Drang zum Horten oder Ihr zwanghaftes Einkaufen schon zu finanziellen Schwierigkeiten geführt?
- nie
 - wenig finanzielle Schwierigkeiten
 - einige finanzielle Schwierigkeiten
 - ziemlich viele finanzielle Schwierigkeiten
 - extreme finanzielle Schwierigkeiten
23. Wie oft sind Sie nicht in der Lage, Dinge wegzuerwerfen, die Sie gern loswerden möchten?
- habe nie ein Problem damit, Dinge wegzuerwerfen
 - selten
 - manchmal
 - oft
 - fast immer nicht in der Lage, Dinge wegzuerwerfen

Code Alter Geschlecht: männlich weiblich

SCREENINGBOGEN ZUM ZWANGHAFTEN EINKAUFEN

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgende Aussage auf Sie zutrifft:

1a. Wenn ich vor dem Zahltag bzw. vor Eingang meines Gehaltes/Einkommens Geld übrig habe, muss ich es einfach ausgeben.

trifft sehr zu 1 2 3 4 5 trifft gar nicht zu

Bitte geben Sie an, wie häufig jede der folgenden Aussagen für Sie zutrifft:

2a. Andere Menschen wären entsetzt, wenn sie über mein Kaufverhalten Bescheid wüssten.

sehr oft 1 2 3 4 5 nie

2b. Ich habe Sachen eingekauft, obwohl ich sie mir nicht leisten konnte.

sehr oft 1 2 3 4 5 nie

2c. Ich habe einen Scheck ausgestellt, obwohl ich wusste, dass nicht genug Geld auf der Bank ist, um ihn zu decken.

sehr oft 1 2 3 4 5 nie

2d. Ich habe eingekauft, um mich besser zu fühlen.

sehr oft 1 2 3 4 5 nie

2e. An Tagen, an denen ich nicht Einkaufen gegangen bin, habe ich mich unruhig und nervös gefühlt.

sehr oft 1 2 3 4 5 nie

2f. Ich habe mein Girokonto überzogen bzw. nur den geringsten notwendigen Teil meiner Kreditkartenrechnung zurück gezahlt.

sehr oft 1 2 3 4 5 nie

Code Alter Geschlecht: männlich weiblich

Maudsley Zwangsinventar

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie hinter jeder Aussage „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ ankreuzen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und keine Fangfragen. Arbeiten Sie zügig und denken Sie nicht zu lange über die genaue Bedeutung jeder Aussage nach.

- | | | | |
|----|---|---------------------------------------|---|
| 1 | Ich vermeide es, öffentliche Telefone wegen möglicher Beschmutzung zu benutzen | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 2 | Häufig kommen mir scheußliche Gedanken in den Kopf, und ich finde es schwierig, sie wieder loszuwerden | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 3 | Mir liegt mehr an Ehrlichkeit als den meisten Leuten | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 4 | Ich verspäte mich häufig, da ich anscheinend mit nichts rechtzeitig fertig werden kann | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 5 | Ich mache mir nicht übermäßig Gedanken um Ansteckung, wenn ich ein Tier anfasse | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 6 | Häufig muss ich Dinge (z. B. Gas- oder Wasserhahn, Türen usw.) mehrmals kontrollieren | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 7 | Ich habe ein sehr strenges Gewissen | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 8 | Ich stelle fest, dass ich fast jeden Tag durch unangenehme Gedanken, die mir gegen meinen Willen in den Sinn kommen, beunruhigt werde | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 9 | Es macht mir nicht übermäßig viel aus, wenn ich zufällig mit jemandem zusammenstoße | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 10 | Gewöhnlich habe ich ernsthafte Zweifel wegen alltäglicher Dinge, die ich tue | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 11 | Keiner meiner beiden Eltern war während meiner Kindheit sehr streng mit mir | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 12 | Ich neige dazu, mit meiner Arbeit in Verzug zu geraten, da ich Dinge immer und immer wiederhole | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 13 | Ich verbrauche nur eine durchschnittliche Menge an Seife | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|----|--|---------------------------------------|---|
| 14 | Es gibt einige Zahlen, die äußerst Unglück bringend sind | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 15 | Ich kontrolliere Briefe nicht mehrfach, bevor ich sie in den Briefkasten werfe | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 16 | Ich brauche nicht lange, um mich morgens anzukleiden | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 17 | Ich bin nicht übertrieben um Sauberkeit bemüht | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 18 | Eines meiner Hauptprobleme ist, dass ich zu sehr auf Einzelheiten achte | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 19 | Ich kann sauber gepflegte Toiletten ohne Zögern benutzen | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 20 | Mein Hauptproblem ist wiederholtes Kontrollieren | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 21 | Ich bin nicht übermäßig um Krankheitskeime und Krankheiten besorgt | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 22 | Ich neige nicht dazu, Dinge mehr als einmal zu kontrollieren | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 23 | Ich halte mich nicht an eine strikte Routine, wenn ich alltägliche Dinge erledige | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 24 | Meine Hände fühlen sich nicht schmutzig an, nachdem ich Geld angefasst habe | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 25 | Gewöhnlich zähle ich nicht, während ich eine Routinearbeit verrichte | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 26 | Ich brauche ziemlich lange, um morgens mit dem Waschen fertig zu werden | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 27 | Ich verbrauche keine größeren Mengen an Desinfektionsmitteln | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 28 | Ich verbringe täglich eine Menge Zeit damit, Dinge immer wieder zu kontrollieren | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 29 | Das Aufhängen und Zusammenfalten meiner Kleidung am Abend nimmt nicht viel Zeit in Anspruch | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |
| 30 | Sogar wenn ich etwas sehr sorgfältig tue, habe ich oft das Gefühl, dass es nicht ganz in Ordnung ist | Trifft zu
<input type="checkbox"/> | Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> |

3. Literaturverzeichnis

1. Abramowitz Jonathan S., Wheaton Michael, G. Storch Eric A. (2008). The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 46: 1026-1033
2. Abramowitz J.S, Franklin M.E., Schwartz S.A., Furr J.M (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical Psychology*; 71:1049-1057
3. Arbeitskammer Wien. Kaufsucht in Österreich. Kurzbericht zur ersten österreichischen Studie über Kaufsuchtgefährdung. <http://www.ak-konsumentenschutz.at> (09.05.06)
4. An S.K, Mataix-Cols D., Lawrence N.S., Wooderson S, Giampietro V., Speckens A., Brammer M.J., Phillips M.L. (2009). To discard or not discard: the neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*: 14:318-331
5. Anderson S.W., Damasio H., Damasio A.R. (2005). A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain*; 128:201-212
6. Ayers C.R., Saxena S., Golshan S., Wetherell J.L. (2009). Age at onset and clinical features of late life compulsive hoarding. *International Journal of Geriatric Psychiatry*
7. Babbar J. (2007). Correspondence: compulsive buying – a culture bound disorder? *International Journal of social Psychiatry*; 53:189-190
8. Barocka A., Seehuber D., Schone D. (2004). Sammeln und Horten: ein Messie kann nicht anders. *Die Wohnung als Müllhalde. MMW Fortschritte der Medizin*; 45:36-39
9. Barratt E.S. & Stanford M.S. (2000). Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-!!). In American Psychiatric Association. Task force for the handbook of psychiatric measure (pp 691-693). Washington DC: APA
10. Benson A., Gengler M. (2004). Treating compulsive buying. In: Coombs R (Ed), *Addictive disorders: a practical handbook*, 451-491. Wiley, New York
11. Bernik M.A., Akerman D., Amaral J.A.M.S., & Braun R.C.N.D. (1996). Cue Exposure in Compulsive Buying. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (2), 90
12. Black D.W., Repertinger S., Gaffney G.R., & Gabel J. (1998). Family History and Psychiatric Comorbidity in Persons with Compulsive Buying: Preliminary Findings. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 960-963
13. Black D.W., Gabel J., Hansen J., Schlosser S. (2000). A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Annals of clinical psychiatry*; 12:205-211

14. Black D.W., Monahan P., Schlosser S. & Repertinger S. (2001). Compulsive Buying Severity: An Analysis of Compulsive Buying Scale Results in 44 Subjects. *Journal of nervous and mental disease*, 189, 123-127
15. Black D.W., Monahan P., Gable J., Blum N., Clancy G., Baker P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical Psychiatry*; 59:420-425
16. Black D.W. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6, 14-18
17. Bleuler E. (1923). *Lehrbuch der Psychiatrie*, 4. Auflage. Springer, Berlin
18. Bolman W.M., Katz A.S. (1966). Hamburger Hoarding: a case of symbolic cannibalism resembling Whitico psychosis. *The journal of nervous and mental Disease*; 142:424-428
19. Bongers A. (2000). Fallbeschreibung einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung von Kaufsucht. In: Poppelreuther S, Gross W. (Hrsg), *Nicht nur Drogen machen süchtig*, 165-180. Beltz, Weinheim
20. Borkenau P. & Ostendorf F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar*. Göttingen: Hogrefe
21. Burgard M., Mitchell J.E. (2000). Group cognitive-behavioral therapy for buying disorder. In: Benson A.L. (ed). *I shop, therefore I am: compulsive buying and the search for self*, 367-397. Jason Aronson, New York
22. Bühl A. *SPSS – Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10. überarbeitete und erweiterte Auflage. Pearson Studium. München 2006
23. Bortz J., Döring N., *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage, Springer Verlag Berlin 2006
24. Bühner Markus (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. (2. Auflage) Pearson Education. München 2006
25. Christenson G.A., Faber R.J., de Zwaan M., Raymond N.C., Specker S.M., E- kern M.D., Mackenzie T.B., Crosby R.D., Crow S.J., Eckert E.D. (1994). Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Jclin Psychiatry*; 55:5-11
26. Clark A.N., Mankikar G.D., Gray I. (1975). Diogenes Syndrom. A clinical study of cross neglect in old age. *Lancet*; 1:366-368
27. Clarke D.J., Boer H., Whittington J., Holland A., Butler J., Webb T. (2002). Prader-Willi-Syndrome, compulsive and ritualistic behaviours: the first population-based survey. *The British Journal of Psychiatry*; 180:358-362

28. Cohen L., Angladette L., Benoit N., Pierrot-Deseilligny C. (1999). A man who borrowed cars. *Lancet*, 353:34
29. Coles M.E., Frost R.O., Heimberg R.G., Steketee G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour research and therapy*; 41:179-194
30. Costa P.T. & McCrae R.R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
31. Cromer K.R., Schmidt N.B., Murphy D.L. (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour research and Therapy*; 45:2581-2592
32. Damon J.E. (1988). *Shopaholics: serious help for addicted spenders*, Price Stein Sloan, Los Angeles
33. Dell'Osso B., Altamura A.C., Allen A., Marazziti D., Hollander E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*; 256:464-475
34. Dettmering P. (1985). Das Vermüllungssyndrom – ein bisher unbekanntes Krankheitsbild. *Öffentliches Gesundheitswesen*; 47:17-19
35. Dettmering P., Pasternaci R. (2001). *Das Vermüllungssyndrom. Theorie und Praxis. 2. erweiterte Auflage* Frankfurt am Main; Dietmar Klotz Verlag
36. Devor E.J., Magee H.J., Dill-Devor R.M., Gabel J. & Black D.W. (1999). Serotonin Transporter Gene (5-HTT) Polymorphisms and Compulsive Buying. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 88, 123-125
37. Dilling H., Mubour W., Schmidt M.H. Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber: Bern
38. Dittmar H., Drury J. (2000). Self-image – is it in the bag? A qualitative comparison between ordinary and excessive consumers. *Journal of economic psychology*; 21:109-142
39. Dittmar H. (2005). A new look at compulsive buying: self-discrepancies and materialistic values as predictors of compulsive buying tendency. *Journal of social and clinical psychology*; 24:806-833
40. Dittmar H. (2005). Compulsive buying – a growing concern? An examination of gender, age and endorsement of materialistic values as predictors. *British journal of psychology*; 96:467-491
41. Du Toit P.L., v. Kradenburg J., Niehaus D. & Stein D.J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (4), 291-300

42. Dykens E., Sha B. (2003). Psychiatric disorders in Prader-Willi-Syndrome. *Epidemiology and management. CNS Drugs*; 17:167-178
43. Faber R.J. (1992). Money changes everything. Compulsive buying from a biopsychosocial perspective. *American behavioural scientist*; 35:809-819
44. Faber R.J., O'Guinn T.C. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19,459-469
45. Faber R.J., Christenson G.A., deZwaan M., Mitchell J. (1995). Two Forms of Compulsive Consumption: Comorbidity of Compulsive Buying and Binge Eating. *J Consumer Research* 22, 296-304
46. Faber R.J. (2004). Self-control and compulsive buying. In T. Kasser & A. Kaner (Eds.). *Psychology and the culture of consumption (169-187)* Washington: American Psychological Association
47. Felton S. (1995). *Im Chaos werden Rosen blühen. Tipps und Tricks für Messies.* Moers: Brendow.
48. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. & Williams. J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.* Washington D.C. American Psychiatric Press Inc.
49. Foa E.B., Huppert J.D., Leiberg S., Langner R., Kichic R., Hajcak G., Salkovskis P.M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*; 14:485-496
50. Franke G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version Manual.* Göttingen: Hogrefe
51. Frankenburg F.R. (1984). Hoarding in anorexia nervosa. *British Journal of Psychology*, 57:57-60
52. Fromm E. (1947). *Man for himself. An inquiry into psychology of ethics.* New York: Rinehart & Co.
53. Frost R.O., Gross R.C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour research and therapy*; 31:367-381
54. Frost R.O. & Hartl T.L. (1996). A cognitive-behavioural model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*, 34,341-350
55. Frost R.O., Krause M., Steketee G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*; 20:116-132
56. Frost R.O., Kim H.J., Morris C., Bloss C., Murray-Close M. & Steketee G. (1998). Hoarding, compulsive buying and reason for saving. *Behaviour Research and Therapy*, 36,657-664

57. Frost R.O., Steketee G., Williams L. (2000). Hoarding: a community problem. *Health and social Care in the Community*; 8:229-234
58. Frost R.O., Steketee G., Williams L.F., Warren R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour research and therapy*; 38:1071-1081
59. Frost R.O., Steketee G. & Williams L. (2002). Compulsive buying, compulsive hoarding and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33,201-214
60. Frost R.O., Steketee G., Grisham J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy*; 42:1163-1182
61. Frost R.O., Kyrios M., McCarthy K.D. & Matthews Y. (2007). Self-ambivalence and attachment to possessions. *Journal of cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 21,232-242
62. Frost R.O., Steketee G., Tolin D.F. (2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*; 30:193-203
63. Frost R.O., Tolin D.F., Steketee G., Fitch K.E. & Selbo-Bruns A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 23:632-639
64. Fullana M.A., Mataix-Cols D., Caseras X., Alonso P., Manuel Menchón J., Vallejo J., Torrubia R. (2004). High sensitivity to punishment and low impulsivity in obsessive-compulsive patients with hoarding symptoms. *Psychiatry Research*; 129:21-27
65. Gilbert A.R, Mataix-Cols D., Almeida J.R., Lawrence N., Nutche J., Diwadkar V., Keshavan M.S., Phillips M.L. (2008). Brain structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder: A voxel-based morphometry study. *Journal of affective Disorders*; 109:117-126
66. Goldman B.L., Martin E.D., Calmari J.E., Woodard J.L., Chik H.M., Messina M.G., Pontarelli N.K., Marker C.D., Riemann B.C., Wiegartz P.S. (2008). Implicit learning, thought-focused attention and obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour research and therapy*; 46:48-61
67. Granick B.A., Zemann F.D. (1960). The age recluse – an exploratory study with particular reference to community responsibility. *J Chronic Dis.*; 12:639-653
68. Grant J.E. (2003). Three cases of compulsive buying treated with naltrexone. *International Journal of psychiatry in clinical practice*; 7:223-225
69. Grant J.E., Potenza M. (2004). Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Anal of clinical psychiatry*; 16:27-34

70. Grant J.E., Potenza M.N., Hollander E., Cunningham-Williams R., Nurminen T., Smits G., Kallio A. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *American journal of psychiatry*; 163:303-312
71. Grant J.E., Brewer J.A., Potenza M. (2006). The neurobiology of substance and behavioural addictions. *CNS Spectrums*; 11:924-930
72. Greenberg D. (1987). Compulsive hoarding *American Journal of Psychotherapy*; 41:409-416
73. Greenberg D., Witztum E., Levy A. (1990). Hoarding as a psychiatric symptom. *Journal of clinical Psychiatry*; 51:417-421
74. Grisham J.R., Brown T.A., Liverant G.I., Campbell-Sills L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety Disorders*; 19:767-779
75. Grisham J.R., Frost R.O., Steketee G., Kim H.J., Hood S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of anxiety Disorders*; 20:675-686
76. Grisham J.R., Brown T.A., Savahe C.R., Steketee G., Barlow D.H. (2007). Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*; 45:1471-1483
77. Grisham J.R., Steketee G., Frost R.O. (2008). Interpersonal problems and emotional intelligence in compulsive hoarding. *Depression and anxiety*; 25:E63-71
78. Grisham J.R., Frost R.O. Stekeete G., Kim H.J., Tarkoff A., Hood S. (2009). Formation of attachment to possessions in Compulsive Hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*; 23:357-361
79. Grüsser S.M., Thalemann C., Albrecht U., (2004). Exzessives, zwanghaftes Kaufen oder „Verhaltenssucht“? Ein Fallbeispiel. *Wien Klinische Wochenschrift* 116:201-204
80. Grüsser S.M., Thalemann C.N. (2006). *Verhaltenssucht, Diagnostik, Therapie, Forschung*. Huber, Bern
81. Guzman C.S., Filomensky T., Tavares H. (2007). Compulsive buying treatment with topiramate, a case report. *Revista brasileira de psiquiatria*; 29:380-384
82. Hahm D.S., Kang Y., Cheong S.S., Na D.L. (2001). A compulsive collecting behavior following an A-com aneurysmal rupture. *Neurology*; 56:398-400
83. Hand I., Büttner-Westphal H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie*; 1:223-225

84. Hand I. (1998). Pathologisches Kaufen. Kaufzwang; Kaufrausch oder Kaufsucht? In G. Lenz, U. Demal & M. Bach (Hrsg.). *Spektrum der Zwangsstörungen* (S.123-132) Wien: Springer Verlag
85. Hartl T.L., Frost R.O. (1999). Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: a multiple baseline experimental study. *Behaviour research and therapy*; 37:451-461
86. Hartl T.L., Frost R.O., Allen G.J., Deckersbach T., Steketee G., Duffany S.R., Savage C.R. (2004). Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depression and Anxiety*; 20:59-69
87. Hartl T.L., Duffany S.R., Allen G.J., Steketee G., Frost R.O. (2005). Relationship among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour research and therapy*; 43: 269-276
88. Hasler G., Pinto A., Greenberg B.D., Samuels J., Fyer A.J., Pauls D., Knowles J.A., McCracken J.T., Piacentini J., Riddle M.A., Rauch S.L., Rasmussen S.A., Willour V.L., Grados M.A., Cullen B., Bienvenu O.J., Shugart Y.Y., Liang K.Y., Hoehn-Saric R., Wang Y., Ronquillo J., Nestadt G., Murphy D.L.; OCD Collaborative Genetics Study. (2007). Familiarity of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD collaborative genetics study. *Biological Psychiatry*; 61:617-625
89. Hodgson R. J., & Rachman S. (1997). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research & Therapy*, 15, 389-395
90. Holland V., La Salle-Ricci, Arnkoff D.B., Glass C.R. et al. The hoarding dimension of OCD: Psychological comorbidity and the five factor personality model. *Behav. Res Therapy* 2006; 44:1503-1512
91. Hollander E., Wong C.M. (1995). Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*; 56:3-6
92. Hollander E., Allen A. (2006). Is Compulsive Buying a Real Disorder and Is It Really Compulsive? *American Journal of Psychiatry*, 163 (10), 1670-1672.
93. Hu L. & Bentler P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6,1-55
94. Hummelen B., Wilberg T., Pedersen G., Karterud S. (2008). The quality of the DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *Journal of nerval and mental Disease*; 196:446-445
95. Hwang J.P., Tsai S.J., Yang C.H., Liu K.M., Lirng J.F. (1998). Hoarding behavior in dementia. A preliminary report. *American Journal of geriatric psychiatry*; 6:285-289

96. Jürgens A. (2000). Das „Vermüllungssyndrom“. *Psychiatrische Praxis*; 27:42-46
97. Kallinke D., Kutz R., Ramsay R.W. Die Behandlung von Zwängen. Eine verhaltenstherapeutische Kontroverse. München, Urban und Schwarzenberg Verlag, 1979
98. Karow T., Lang-Roth R. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 14. Auflage. Köln, 2005
99. Kim S.W. (1998). Opioid antagonists in the treatment of impulse-control disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 59:159-164
100. Klosterkötter J., Peters U.H. (1985) Das Diogenes Syndrom. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*; 53:427-434
101. Koran L.M., Bullock K.D., Hartston H.J. Elliott M.A., D'Andrea V. (2002). Citalopram treatment of compulsive shopping: an open-label study. *Journal of clinical psychiatry*; 63:704-708
102. Koran L.M., Chuong H.W., Bullock K.D., Smith S.C. (2003). Citalopram for compulsive shopping disorder: an open label study followed by double-blind discontinuation. *Journal of clinical psychiatry*; 64:793-798
103. Koran L.M., Faber R.J., Aboujaoude E.N., Large, M.D. & Serpe R.T. (2006). Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163 (10), 1806-1812.
104. Koran L.M., Aboujaoude E.N., Solvason B., Gamel N.N., Smith E.H. (2007). Escitalopram for compulsive buying disorder: a double-blind discontinuation study. *Journal of clinical psychopharmacology*; 27:225-227
105. Kraepelin E. (1909). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 6., vielfach umgearbeitete Auflage., Leipzig: Verlag Johann Ambrosius Barth
106. Krueger D.W. (1988). On compulsive shopping and spending: a psychodynamic inquiry. *American Journal of Psychotherapy*; 42:574-584
107. Kuehn B.M. (2002). Animal hoarding: a public health problem veterinarians can take a lead role in solving. *Journal of the American Veterinary Medical Association*; 221:1087-1089
108. Kuzma J.M., Black D.W. (2004). Compulsive Disorders. *Current Psychiatry Reports*; 6:58-65
109. Kyrios M., Frost R.O. & Steketee G. (2004). Cognition in compulsive buying and acquisition. *Cognitive Therapy and Research*, 28,241-258
110. Lange E. (1997). *Jugendkonsum im Wandel: Konsummuster, Freizeitverhalten, Lebensstile und Kaufsucht*, Leske & Budrich, Opladen

111. Lawrence L. (1990). The psychodynamics of the compulsive female shopper. *American Journal of Psychoanalysis*; 50:67-70
112. Lee S., Mysyk A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social science & medicine*; 58:1709-1718
113. Lejoyeux M., Hourtané M., Adès J. (1995). Compulsive buying and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*; 56:38
114. Lejoyeux M., Study of compulsive buying in depressed patients. *J Clin Psychiatry* (1997), 58, 169-173
115. Lejoyeux M., Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. *Compr. Psychiatry* (1999), 40, 51-56
116. Liang K.Y., Wang Y., Shugart Y.Y., Grados M., Fyer A.J., Rauch S., Murphy D., McCracken J., Rasmussen S., Cullen B., Hoehn-Saric R., Greenberg B., Pinto A., Knowles J., Piacentini J., Pauls D., Bienvenu O., Riddle M., Samuels J., Nestadt G. (2008). Evidence for potential relationship between SLC1A1 and putative genetic linkage region on chromosome 14q to obsessive-compulsive disorder with compulsive hoarding. *American Journal of medical genetics*; 147B:10000-1002
117. Lienert G.A., Ratz U., Testaufbau und Testanalyse. 5. überarbeitete Auflage . Beltz Psychologie VerlagsUnion, Weinheim 1994
118. Lochner C., Kinnear C.J., Hemmings S.M., Sells C., Niehaus D.J., Knowles J.A., Daniels W., Moolman-Smook J.C., Seedat S., Stein D.J. (2005). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Journal of clinical Psychiatry*; 66:1155-1160
119. Loranger A.W., Sartorius N., Andreoli A., Berger P., Buchheim P., Channabasavanna S.M., Coid B., Dahl A., Diekstra R.F., Ferguson B. (1994). The international personality disorder examination. *Archives of general Psychiatry*; 51:215-224
120. Luchian D.J., Goldmann M.B., Lieb M., Hanrahan P. (1992). Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients. *Schizophrenia research*; 8:119-123
121. Luchian S.A., McNally R.J., Hooley J.M. (2006). Cognitive aspects of nonclinical obsessive-compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*; 45:1657-1662
122. Lüllmann H., Mohr K., Wehling M.: *Pharmakologie und Toxikologie*. Thieme, Stuttgart-New York 1999
123. Maag V., Kaufsucht: diskret, legal und stark am Zunehmen. *Sozial Aktuell* (2004), 11, 12-15

124. Magee A. (1994). Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perceptions. *Advances in consumer research*; 21:590-594
125. Manolis C., Roberts J.A., Kashyap V. (2008). A critique and comparison of two scales from fifteen years of studying compulsive buying. *Psychological Reports*; 102:153-156
126. Marcinko D., Karlovic D. (2005). Oniomania-successful treatment with fluvoxamine and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychiatria Danubian*; 17:97-100
127. Martin A., Rief W., Klaiberg A., Braehler E. (2006). Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*; 28:71-77
128. Maier T. (2004). On phenomenology and classification of hoarding: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 110:323-337
129. Mataix-Cols D., Rauch S.L., Manzo P.A., Jenike M.A., Baer L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*; 156:1409-1416
130. Mataix-Cols D., Baer L., Rauch S.L., Jenike M.A. (2000). Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 102:199-202
131. Mataix-Cols D., Marks I.M., Greist J.H., Kobak K.H., Baer L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with a response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 71:255-262
132. Macmillan D., Shaw P. (1966). Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness. *British medical Journal*; 29:1032-1037
133. McElroy S.L., Satlin A., Pope H.G., Keck P.E., Hudson J.J. (1991). Treatment of compulsive shopping with antidepressants. A report of three cases. *Annals of Clinical psychiatry*; 3:199-204
134. McElroy S.L., Keck P.E., Pope H.G., Smith J.M.R., Strakowski S.M. (1994). Compulsive Buying: a report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*; 55:242-248
135. Miller W.R., Rollnick S. (2005). *Motivierende Gesprächsführung (2.Auflage)*. Freiburg: Lambertus Verlag
136. Miltenberger R.G., Redlin J., Crosby R., Stickney M., Mitchell J., Wonderlich S., Faber R. & Smyth J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34 (1), 1-9

137. Mitchell J.A., Redlin J., Wonderlich S., Crosby R., Faber R., Miltenberger R., Smyth J., Stickney M., Gosnell B., Burgard M. & Lancaster K. (2002). The Relationship between Compulsive Buying and Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 107-111
138. Mitchell J.E., Burgard M., Faber R., Crosby R.D., de Zwaan M. (2006). Cognitive behavioural therapy for compulsive buying disorder. *Behavior research and therapy*; 44:1859-65
139. Monahan P., Black D.W., Gabel J. (1996). Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. *Journal of Psychiatric Research*; 64:59-67
140. Müller A., & de Zwaan M. (2005). Pathologisches Kaufen. Aktueller Kenntnisstand und Therapieansätze. *Psychomed.* 17(2),104-108
141. Müller A., Reinecker H., Jacobi C., Reisch L. & de Zwaan M. (2005). Pathologisches Kaufen – Eine Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 32, 3-12
142. Müller A., Mitchell J.E., Mertens C., Mueller U., Silbermann A., Burgard M., de Zwaan M. (2007). Comparison of treatment seeking compulsive buyers in Germany and the United States. *Behaviour Research and Therapy*; 45:1629-1638
143. Müller A., Müller U., Albert .P., Mertens C., Silbermann A., Mitchell J.E., de Zwaan, M. (2007). Compulsive Hoarding in a compulsive buying sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45,2754-2763
144. Müller A., de Zwaan M, (2008). Therapieansätze bei pathologischem Kaufen. *Fortschr. Neurol Psychiat* 2008; 76:478-483
145. Müller A., Müller U., Silbermann A., Reinecker H., Bleich S., Mitchell J.E. & de Zwaan M. (2008). A randomized, controlled trial of group cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder: Posttreatment and 6-month follow-up results. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1131-1138
146. Müller A., Mühlhans B., Müller U., Mertens C., Horbach T., Michell J.E., de Zwaan M. (2008). Pathologisches Kaufen und psychiatrische Komorbidität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*
147. Müller A., Mitchell J.E., Crosby R.D., Faber R.J., Martina A., Glaesmer H., Exner C. & de Zwaan M. (Manuskript unter Revision), Estimate prevalence of Compulsive Buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms
148. Müller A., de Zwaan M. (2008). Pathologisches Kaufen – ein Überblick über den aktuellen Stand der Literatur. *Sucht*; 54,271-279
149. Müller A., de Zwaan M. & Mitchell J.E. (2008). *Pathologisches Kaufen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapiemanual*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

150. Müller A., Crosby R.D., Frost R.O., Leidel B., Bleich S., Glaesmer H., Osen B. & de Zwaan M. (2009). Fragebogen zum zwanghaften Horten (FZH) – Validierung der deutschen Version des Saving Inventory-Revised. *Verhaltenstherapie*; 19:243-250
151. Müller A., Mitchell J.E., Crosby R.D., Glaesmer H. & de Zwaan M. (2009). The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a german population-based sample. *Behaviour Research and Therapy*; 47:705-709.
152. Muroff J., Steketee G., Rasmussen J., Gibson A., Bratnott C., Sorrentino C. (2009). Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: a preliminary trial. *Depression and Anxiety*; 26:634-640
153. Neuner M., Raab G., Reisch L. (2005). Compulsive buying in maturing consumer societies: an empirical re-inquiry. *Journal of Economic Psychology*; 26:509-522
154. Neuner M. (1998). Indikatoren der Bevölkerungsumfrage 1991 (Arbeitspapier Nr.62) Universität Hohenheim Fachbereich für Konsumtheorie und Verbraucherpolitik, Hohenheim
155. Ninan P.T., McElroy S.L., Kane C.P., Knight P.T., Casuto L.S., Rose S.E., Marsteller F.A., Nemeroff C.B. (2000). Placebo-controlled study of fluvoxamine in the treatment of patients with compulsive buying. *Journal of clinical psychopharmacology*; 20:362-366
156. Olatunji B.O., Williams B.J., Haslam N., Abramowitz J.S., Tolin D.F. (2008). The latent structure of obsessive-compulsive symptoms: a taxometric study. *Depression and Anxiety*; 25:956-968
157. Patronek G.J. (1999). Hoarding of animals: an under-recognized public health problem in a difficult-to-study population. *Public Health Report*; 114:81-87
158. Patronek G.J., Nathanson J.N (2009). A theoretical perspective to inform assessment and treatment strategies for animal hoarders. *Clinical Psychology Review*, 29:274-281
159. Pertusa A., Fullana M.A., Singh S., Alonso P., Menchón J.M, Mataix-Cols D. (2008). Compulsive Hoarding: OCD Symptom, distinct clinical syndrome, or both? *American Journal of Psychiatry*; 165:1289-1298
160. Poppelreuther S, Gross W. (2000). *Nicht nur Drogen machen süchtig*. Beltz, Weinheim
161. Preuss U.W., Rujescu D., Giegling I., Watzke S., Koller G., Zetzsches T., Meisenzahl E.M., Soyka M. & Möller H.J. (2008). Psychometrische Evaluation der deutschsprachigen Version der Barratt-Impulsivness-Skala. *Nervenarzt*, 79,305-319

162. Pritz A., Vykoukal E., Rebohy K., Agdari-Moghadann N. (2009). Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns. Wien: Springer Verlag
163. Raab G., Neuner M., Reisch L.A. & Scherhorn G. (2005). SKSK- Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten. Ein Testmanual. Göttingen: Hogrefe
164. Raab G, Neuner M. Kaufsucht im Internet – Eine Studie am Beispiel des Kauf- und Auktionsverhaltens auf Ebay. *NeuroPsychoEconomics* 2008; 3(1): 34-42
165. Rachman S., Elliott C.M., Shafran R., Radomsky A.S. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour research and therapy*; 47:520-522
166. Rasmussen S.A., Eisen J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*; 15:743-758
167. Rehberger R. (2007). Messies – Sucht und Zwang. Psychodynamik und Behandlung bei Messie-Syndrom und Zwangsstörung. *Leben Lernen* 206. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
168. Reinisch A.I. (2008). Understanding the human aspects of animal hoarding. *Canadian Veterinary Journal*; 49:1211-1214
169. Rindfleisch A., Burroughs J.E., Denton F. (1997). Family structure, materialism, and compulsive consumption. *Journal of consumer research*; 23:312-315
170. Roberts J.A., Tanner J.F. (2000). Compulsive buying and risky behavior among adolescents. *Psychological reports*; 86:763-770
171. Roberts J.A., Jones E. (2001). Money attitudes, credit card use, and compulsive buying among American college students. *Journal of consumer affairs*; 35:213-240
172. Rook D.W., Fisher R.J. (1995). Normative influence on impulsive buying behavior. *Journal of consumer research*; 22:305-313
173. Rose P. (2007). Mediators of the association between narcissism and compulsive buying: the roles of materialism and impulse control. *Psychology of addictive behavior*; 21:576-581
174. Roth E.S. (2005). *Das Messie Handbuch – Chaos, Unordnung, Desorganisation, Beschreibung und Ursachen*. Frankfurt am Main: Dietmar Klotz Verlag
175. Rufer M., Fricke S., Moritz S., Kloss M., Hand I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica scandinavica*; 113:440-446

176. Saß H, Wittchen H.U., Zaudig M. (2003). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. (DSM-IV-TR:Textrevision.) Göttingen, Hogrefe
177. Samuels J.F., Bienvenu O.J., Riddle M.A., Cullen B.A., Grados M.A., Liang K.Y., Hoehn-Saric R., Nestadt G. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from a case. *Behaviour research and therapy*; 40:517-528 controlled study
178. Samuels J.F., Bienvenu O.J. 3rd, Pinto A, Fyer A.J., McCracken J.T., Rauch S.L., Murphy D.L., Grados M.A., Greenberg B.D., Knowles J.A., Piacentini J., Cannistraro P.A., Cullen B., Riddle M.A., Rasmussen S.A., Pauls D.L., Willour V.L., Shugart Y.Y., Liang K.Y., Hoehn-Saric R. & Nestadt G. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study. *Behaviour Research and Therapy*, 45:673-686
179. Samuels J, Shugart Y.Y., Grados M.A., Willour V.L., Bienvenu O.J., Greenberg B.D., Knowles J.A., McCracken J.T., Rauch S.L., Murphy D.L., Wang Y., Pinto A., Fyer A.J., Piacentini J., Pauls D.L., Cullen B., Rasmussen S.A., Hoehn-Saric R., Valle D., Liang K.Y., Riddle M.A. & Nestadt G. (2007). Significant linkage to compulsive hoarding on chromosome 14 in families with obsessive-compulsive disorder: Results from the OCD Collaborative Genetics Study. *American Journal of Psychiatry*; 164:493-9
180. Samuels J.F., Bienvenu O.J., Grados M.A, Cullen B., Riddle M.A., Liang K.Y., Eaton W.W., Nestadt G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy* 46: 836-844
181. Saxena S., Maidment K.M., Vapnik T., Golden G., Rishwain T., Rosen R.M., Tarlow G., Bystritsky A. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*; 63:21-27
182. Saxena S., Maidment K.M. (2004). Treatment of compulsive hoarding. *Journal of clinical Psychology*; 60:1143-1154
183. Saxena S., Brody A.L., Maidment K.M., Baxter L.R. jr. (2007). Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of psychiatric Research*; 1:481-487
184. Saxena S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *American Journal of Psychiatry* 164:380-384
185. Saxena S., Brody A.L., Maidment K.M., Smith E.C., Zohrabi N., Katz E., Baker S.K., Baxter L.R. jr. (2004). Cerebral glucose metabolism in obsessive-compulsive hoarding. *The American Journal of Psychiatry*; 161:1038-1048
186. Saxena S. (2008). Neurobiology and treatment of compulsive hoarding. *CNS Spectrums*; 13 (9 Suppl. 14):29-36

187. Saxena S. (2008). Recent advances in compulsive hoarding. *Current Psychiatry Reports*; 10:297-303
188. Scherhorn G., Reisch L.A., Raab G. (1990). Addictive buying in West Germany: an empirical study. *Journal of consumer policy*; 13:355-387
189. Scherhorn G., Reisch L.A., Raab G. (1996). Kaufsucht. Bericht über eine empirische Untersuchung. Arbeitspapier 50, 9. überarbeitete Auflage. Institut für Haushalts- und Konsumökonomik, Universität Hohenheim, Stuttgart
190. Schermelleh-Engel K., Moosbrugger H. & Müller H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8,23-74, <http://www.mpr-online.de>
191. Schlosser S., Black D.W., Repertinger S., & Freet D. (1994). Compulsive Buying. Demography, Phenomenology, and Comorbidity in 46 Subjekts. *General Hospital Psychiatry*, 16, 205-212
192. Schmidt A. Der Messie-House-Index (MIH). In: Pritz, Vykoukal, Reboly, Agdari-Moghadam (Hrsg.) (2009). *Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns*. Wien: Springer: 91-98
193. Schnell R., Hill P., Esser E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 7. Auflage, München (Oldenbourg)
194. Silbermann A., Henkel A., Müller A., de Zwaan M. (2008). Der Einsatz von Ecological Momentary Assessment bei Patienten mit pathologischem Kaufverhalten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*; 58:454-461
195. SK – Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigen Kaufverhalten. Ein Testmanual. Göttingen/Bern: Hogrefe
196. Spinella M., Yang B., Lester D. (2007). Development of the executive personal finance scale. *International journal of development neuroscience*; 117:301-313
197. Stein D.J., Lazlo B., Marais E., Seedat S. & Potocnik F. (1997). Hoarding symptoms in patients on a geriatric psychiatry inpatient unit. *South African medical journal*. 87:1138-1140
198. Stein D.J., Andersen E.W., Overo K.F. (2007). Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 29:303-307
199. Steins G. (2003). *Desorganisationsprobleme: Das Messie-Phänomen*. Lengrich: Pabst Science Publisher

200. Steketee G., Frost R.O., Wincze J. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*; 28:259-268
201. Steketee G., Frost R.O. & Kyrios M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy Research*: 27:463-479
202. Steketee G. & Frost R.O. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research: *Clinical Psychology Review*, 23,905-927
203. Steketee G. & Frost R.O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring. Therapists guide.* Oxford: University Press.
204. Timpano K.R., Buckner J.D., Richey J.A., Murphy D.L., Schmidt N.B. (2009). Exploration of anxiety sensitivity and distress tolerance as vulnerability factors for hoarding behaviors. *Depression and anxiety*; 26:343-353
205. Tolin D.F., Frost R.O., Steketee G., Gray K.D., Fitch K.E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding . *Psychiatry Research* 160: 200-211.
206. Tolin D.F., Frost R.O., Steketee G., Fitch K.E. (2008). Family Burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behaviour research and therapy*; 46:334-344
207. Tolin D.F., Frost R.O., Steketee G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*; 45:1461-1470
208. Tolin D.F., Kiehl K.A., Worchunsky P., O'Keefe T.M., Kiehl K.A. (2009). An exploratory study of the neural mechanism of decision making in compulsive hoarding. *Psychological Medicine*; 39:325-336
209. Valence G., d'Astous A., Fortier L. (1988). Compulsive buying: concept and measurement. *Journal of Consumer Policy*; 11:419-433
210. Villarino R., Otero-Lopez J.L., Castro R. (2001). *Addiction a la compra: analisis, evaluacion y tratamiento.* Ediciones Piramide, Madrid
211. Volle E., Beato R., Levy R., Dubois B. (2002). Forced collectionism after orbitofrontal damage. *Neurology*; 58:488-490
212. Weiß Ch., *Basiswissen medizinische Statistik. 3. Auflage Springer Medizin Verlag, Heidelberg (2005)*
213. Wheaton M., Cromer K., Holland LaSalle-Ricci V., Murphy D. (2007). Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *Journal of Anxiety Disorders*; 22:243-252

214. Wheaton M., Timpano K.R., LaSalle-Ricci V.H., Murphy D. (2008). Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: association with comorbidity, severity and gender. *Journal of anxiety Disorders*; 22:243-252
215. Wilbram M., Lellett S., Beail N. (2008). Compulsive hoarding: a qualitative investigation of partner and career perspectives. *British Journal of clinical Psychology*; 47:59-73
216. Wincze J.P., Steketee G., Frost R.O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*; 45:63-72
217. Winestine M.C., Compulsive shopping as a derivate of a childhood seduction. *Psychoanal Q* (1985), 54, 70-72
218. Winsberg M.E., Cassic K.S., Koran L.M. (1999). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *Journal of clinical Psychiatry*; 60:591-597
219. Wirtz M., Nachtigall Ch., *Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 1*. 3. Auflage Juventa Verlag Weinheim und München 2004
220. Wirtz M., Nachtigall Ch., *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2*. 3. Auflage Juventa Verlag Weinheim und München 2004
221. Wu K., Watson D. (2005). Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*; 43:897-921
222. Zhang H., Leckmann J.F., Pauls D.L., Tsai C., Kidd K.K., Campos M.R., Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. (2002) Genomwide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette Syndrome. *American Journal of human genetics*;70:896-904

4. Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AS.Sig.	Asymptomatische Signifikanz
CAS	Compulsive Acquisition Scale
CBS	Compulsive Buying Scale
CBS-G	Compulsive Buying Scale-Germany
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FZE	Fragebogen zum zwanghaften Erwerb
FZH	Fragebogen zum zwanghaften Horten
ISD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
KD	kostenlose Dinge
Mann-W.-U.	Mann-Whitney-U-Test
MIDI	Minnesota Impulsive Disorder Interview
MOCI	Maudsley Zwangsinventar
MW	Mittelwert
PK	Patienten mit pathologischem Kaufverhalten
PSY	Psychiatriepatienten
SD	Standardabweichung
SI-R	Saving Inventory-Revised
SKSK	Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten
SSRI	Selektive Serotonin Reuptake Hemmer
ST	Studenten
USUMA	Markt-, Meinungs- und Sozialforschungsinstitut
Y-BOCS-SV	Yale Brown-Obsessive-Compulsive-Scale Shopping-Version
ZW	Patienten mit Zwangserkrankung

5. Danksagung

Mein Dank gebührt an erster Stelle Frau Prof. Dr. med. Martina de Zwaan für die Vergabe des Themas und die Schaffung der freundlichen und produktiven Atmosphäre in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Erlangen. Zu ganz besonderem Dank bin ich meiner Betreuerin Frau Dr. med. Dr. phil. Astrid Müller verpflichtet. Sie hat mich mit großer Ausdauer und viel Geduld bei jeder Phase der Arbeit unterstützt. Auch während ihres Auslandsaufenthaltes in den USA hat sie mich via Internet immer hilfreich motiviert und beraten. Ich danke ihr für all die konstruktive Kritik und die unermüdlichen Korrekturen und ihre Geduld mit einem wissenschaftlich völlig desorientierten Wesen.

Bei Bettina Leidel bedanke ich mich für die Mitarbeit bei der Datenerhebung und statistischen Auswertung.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern der psychosomatischen und psychotherapeutischen Abteilung für die freundliche Aufnahme, insbesondere Herrn Holmer Graap für die Bereitstellung seines Büros während der Datenbearbeitung.

Mein Dank gilt auch meiner Tante Gaby, die immer ein Ohr für mich hat und immer an mich glaubt.

Meinem Freund Ulrich Herbst danke ich für die ausdauernde und umfangreiche Hilfe bei der Formatierung der Arbeit und seine Geduld mit mir, wenn ich mal wieder das Gefühl hatte, dass mir alles über den Kopf wächst, sein geduldiges Ohr und die zeitraubende Hilfestellungen bei Computerdesastern und emotionalen Ausbrüchen.

Last but not least danke ich meinen beiden Söhnen, durch die ich mich immer motiviert sah, weiter zu machen.

6. Lebenslauf

Name: Simone Linsenbühler
 Geburtsdatum: 19.02.1973
 Geburtsort: Treuchtlingen
 Eltern: Wilhelm Georg Fritz Linsenbühler, verstorben 2002
 Renate Emma Linsenbühler, Rentnerin
 Geschwister: Bernd Linsenbühler, Diplom-Betriebswirt
 Familienstand: ledig
 Kinder: Yannick Jacob Linsenbühler, geb. 08.04.1993
 Silas Jacob Linsenbühler, geb. 25.01.1997
 Schulausbildung: 1979-1983 Grundschule Gunzenhausen
 1983-1989 Simon-Marius-Gymnasium Gunzenhausen
 1989-1991 Staatliche Fachoberschule Nürnberg,
 Fachbereich Gestaltung
 Abschluss: Fachabitur
 Studium: 1991-1998 Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule
 Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen
 Abschluss: Diplom-Sozialpädagogin
 1999-2002 Friedrich-Alexander Universität Erlangen,
 Fachbereich: Humanmedizin
 2002-2006 Unterbrechung des Studiums aus privaten
 Gründen
 2006-2010 Friedrich-Alexander Universität Erlangen,
 Fachbereich: Humanmedizin
 2006 Ärztliche Vorprüfung
 2010 Med. Staatsexamen
 Beschäftigungen: 1991-2004 Teilzeitkraft bei der Deutschen Post AG,
 Abteilung Brief
 2004-2006 Teilzeitkraft bei PPD Nürnberg,
 Medical Coder und Mitarbeit bei klinischen Studien

Famulaturen und Praktika: 1992 Vorpraktikum Kinderladen „Johannisbären“
1992 Vorpraktikum Mudra Drogenhilfe
1994-1995 Jahrespraktikum an der Bertolt-Brecht-
Gesamtschule
1998 Pflegepraktikum Theresienkrankenhaus Nürnberg
2006 Famulatur in der Praxis für Kinder- und Jugend-
Psychiatrie Frau Dr. Hirner, Nürnberg
2007 Famulatur in der Internistischen Abteilung
Theresienkrankenhaus Nürnberg
2007 Famulatur Rechtsmedizinisches Institut der
Universität Erlangen
2008 Famulatur Pädiatrie und Neonatologie
Cnopf'sche Kinderklinik Nürnberg

Nürnberg, Dezember 2009

Simone Linsenbühler