Alternative belohnungsfähige Interessen und Aktivitäten – Therapeutische Implikationen zur Annahme eines "Suchtgedächtnisses"

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

vorgelegt von Andrada Andrea Bachmann

Überlingen, den 19.11.2020

1. Gutachter: Prof. Dr. Gerhard Meyer

2. Gutachterin: Prof. Dr. Nina Heinrichs

Promotionskolloquium: 27.05.2021

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Prof. Dr. Gerhard Meyer, der die Betreuung meiner Arbeit übernommen und mich durch seine wertvolle Beratung und Unterstützung begleitet hat. Auch bei Prof. Dr. Nina Heinrichs bedanke ich mich sehr für die ausführlichen perspektivischen Anregungen als Zweit-Gutachterin meiner Arbeit.

Ausdrücklich bedanke ich mich bei dem Team der Arbeitseinheit Glücksspielforschung an der Universität Bremen – insbesondere bei Dr. Tobias Hayer, Dr. Lydia Girndt und Dipl.-Psych. Tim Brosowski – für den hilfreichen fachlichen Austausch und die verlässliche und ermutigende Unterstützung.

Zudem möchte ich allen teilnehmenden Einrichtungen und deren Leiter*innen meinen Dank aussprechen für die Erlaubnis und Unterstützung zur Ermöglichung der Befragung. Dies gilt selbstverständlich auch für alle weiteren Personen, die mir bei der Erhebung behilflich waren. Für die hilfreichen Korrekturvorschläge in Bezug auf die Rechtschreibung und Grammatik möchte ich mich bei dem Germanisten Dr. Moritz Bensch ebenfalls freundlichst bedanken. Mein Dank gebührt nicht zuletzt den Patient*innen, Fachplegeschüler*innen und Psychologi-

Mein Dank gebuhrt nicht zuletzt den Patient*innen, Fachplegeschuler*innen und Psychologischen Psychotherapeut*innen in Ausbildung (Verhaltenstherapie), die sich für die Befragung zu Verfügung gestellt haben, wie auch für Ihr Engagement und Interesse an der Untersuchung.

0	Zusammenfassung	1
1	Einleitung	5
2	Theoretischer Hintergrund	9
2.1	Empirische Befunde zum Einsatz substanzfreier Verstärker	
2.2	Bio-psycho-sozialer Ansatz zur Entstehung, Aufrechterhaltung und	
	Therapie von Abhängigkeitserkrankungen	11
2.2.1	Lerntheorie: operante und klassische Konditionierung	13
2.2.2	Emotionsregulation	15
2.2.3	Stressvulnerabilität und -bewältigung	16
2.3	Therapeutische Schlussfolgerungen – Rekonstruktion des	
	Belohnungssystems: Das Suchtgedächtnis deaktivieren	18
2.3.1	Belohnungsfähige Alternativen zum Suchtverhalten – Interessen- und	
	Aktivitätenspektrum (IAS)	20
2.3.2	Umsetzbarkeit von Alternativen – Prokrastination	22
2.3.3	Lebenszufriedenheit als übergeordnetes Therapieziel/Konstrukt	23
2.4	Theoretischer und empirischer Hintergrund zu den Kategorien des	
	Interessen- und Aktivitätenspektrums	25
2.4.1	Soziale Kontakte und Kompetenz	25
2.4.2	Körperliche Bewegung und Sport	27
2.4.3	Basisaktivitäten	31
2.4.4	Geistige Aktivitäten	32
2.4.5	Emotionale Kompetenz	34
2.4.6	Erholung	35
2.4.7	Erlebnis und Abenteuer	36
2.4.8	Kunst und Kultur erleben	38
2.4.9	Künstlerisch, kreativ tätig sein und Hobby	39
2.4.10	Sich etwas Besonderes gönnen und Genuss	41
2.4.11	Mediennutzung	41
3	Methodik	43
3.1	Bisherige empirische Erkenntnisse in Zusammenhang mit den	
	Fragestellungen	43
3.2	Untersuchungsplan	43
3.3	Fragestellungen und Hypothesen für die Studien 1 und 2	45

3.3.1	Fragestellungen und Hypothesen für die Expertenbefragung (Studie 1)	45
3.3.2	Fragestellungen und Hypothesen für die Patientenbefragung (Studie 2)	47
3.4	Erstellung des Item-Katalogs zum Interessen- und Aktivitätenspektrum	
	(IAS) als Grundlage für beide Studien	48
3.5	Expertenbefragung (Studie 1)	49
3.5.1	Stichprobe	
3.5.2	Erhebungsinstrument	50
3.5.2.1	IAS-Fragebogen (Experten-Version) und Pretest	
3.5.3	Durchführung	
3.6	Patientenbefragung (Studie 2)	
3.6.1	Stichprobe	
3.6.2	Erhebungsinstrumente	53
3.6.2.1	IAS-Fragebogen (Patienten-Version)	53
3.6.2.2	Prokrastinationsfragebogen (APROF)	
3.6.2.3	Die Fragen zur Lebenszufriedenheit ^{Module} (FLZ ^M)	
3.6.2.4	Stress- und Coping-Inventar (SCI)	56
3.6.2.5	ICD-10-Symptom-Rating (ISR)	57
3.6.2.6	Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)	57
3.6.2.7	Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST)	58
3.6.2.8	ICD-10-Checkliste zur Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	58
3.6.3	Durchführung	59
3.7	Statistische Auswertung	59
3.7.1	Expertenbefragung (Studie 1)	59
3.7.2	Patientenbefragung (Studie 2)	60
4	Ergebnisse	63
4.1	Ergebnisse Expertenbefragung Studie 1: Kategorisierung und	
	Belohnungswerte der Interessen und Aktivitäten	63
4.1.1	Belohnungswerte (Ausmaß, das psychische Befinden positiv zu verändern)	64
4.1.2	"Highlights"	66
4.2	Ergebnisse Patientenbefragung Studie 2: Interessen- und	
	Aktivitätenspektrum (IAS)	68
4.2.1	Soziodemografische Daten (deskriptive Statistiken)	
4.2.2	Item-Zuordnung zu den Kategorien (Reliabilitätsstatistiken)	
4 2 3	Hauntkomponentenanalysen	70 71

4.2.4	Gruppenvergleiche: Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS) –	
	MANOVA und ANOVAS	72
4.2.4.1	Suchtkranke (gesamt), Psychisch Kranke und Kontrollgruppe	72
4.2.4.2	Alkoholabhängige, Pathologische Glücksspieler und Drogenabhängige im Vergleich zu Psychisch Kranken und zur Kontrollgruppe	
4.2.5	"Highlights"	81
4.2.6	Gruppenvergleiche zur Abhängigkeitsdiagnostik, ICD-10-Symptom-Rating	
	und Prokrastination mit Normwerten	83
4.2.7	Korrelationen	85
4.2.7.1	Inter-Skalen-Korrelationen zum IAS-Istzustand	85
4.2.7.2	Signifikante Korrelationen des IAS-Istzustands mit den anderen Variablen	85
4.2.7.3	Korrelationen zwischen den Lebenszufriedenheitsskalen (FLZ ^M) untereinander	88
4.2.8	Clusteranalyse	
4.2.8.1	Errechnung und Auswahl einer geeigneten Clusterlösung anhand relevanter	00
7.2.0.1	Kriterien	88
5	Diskussion	96
5.1	Zusammenfassung der Befunde	96
5.2	Einordnung der Befunde	98
5.2.1	Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS): Belohnungswerte,	
	Kategorisierung, Gruppenvergleiche und "Highlights"	98
5.2.2	Lebenszufriedenheit, Stressbewältigung, psychische Belastung,	
	Prokrastination und Suchtverlangen	. 109
5.2.3	Soziodemografische Daten	
5.3	Limitationen	. 111
5.4	Therapeutische Implikationen	. 113
5.5	Ausblick	. 116
6	Literaturverzeichnis	118
7	Anhang	138

Abbildung 1.	Regulationsprozess negative Gefühle reduzieren (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b)	16
Abbildung 2.	Modell: Suchtgedächtnis deaktivieren – Entstehung und »Überschreibung« (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b)	19
Abbildung 3.	Das Suchtgedächtnis in gewisser Abfolge durch vielfältige Alternativen deaktivieren (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).	21
Abbildung 4.	Pyramide der Alternativen (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b)	21
Abbildung 5.	IAS-Istzustand: Kategorien-Mittelwerte nach Untersuchungsgruppen	77
Abbildung 6.	IAS-Änderungswunsch: Kategorien-Mittelwerte nach Untersuchungsgruppen	79
Abbildung 7.	Struktogramm der Clusteranalysen nach Ward (x-Achse: 10–1 mögliche Cluster; y-Achse: Fehlerquadratsummenzuwächse).	89
Abbildung 8.	4-Clusterlösung anhand der typusbildenden Kategorien (IST = IAS-Istzustand; SOLL = IAS-Änderungswunsch): K-Means-optimierte Ward-Clusterung.	91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Untersuchungsplan	44
Tabelle 2	Häufigkeiten der Mehrfachantworten zu den Kategorisierungen	63
Tabelle 3	IAS-Kategorien und dazugehörige Belohnungsmittelwerte	65
Tabelle 4	IAS-Kategorien und Belohnungsmittelwerte Rangreihe	66
Tabelle 5	Rangreihe der 21 meistgenannten "Highlights" in der Studie 1 "Expertenbefragung" (A & B)	67
Tabelle 6	Deskriptive Statistiken: soziodemografische Daten	69
Tabelle 7	Reliabilitätsstatistiken: IAS-Skalen	71
Tabelle 8	Vergleiche zwischen Suchtkranken (gesamt), Psychisch Kranken und Kontrollgruppe zum IAS-Istzustand-Gesamt und den Kategorien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests	73
Tabelle 9	Rangreihe der 22 meistgenannten "Highlights" in der Studie 2 "Patientenbefragung" (alle Untersuchungsgruppen; N =180)	82
Tabelle 10	Korrelationen: IAS-Istzustand und Lebenszufriedenheit	87
Tabelle 11	4-Clusterlösung (K-Means optimierte Ward-Clusterung) und deskriptive Statistiken	90

Anhang .	A: Ergebnisse	138
Expertenb	pefragung (Studie 1)	138
Tabelle 1	Items nach Belohnungsmittelwerten (BW) (Rangreihe absteigend)	138
Patientenk	pefragung (Studie 2)	142
Tabelle 2	ICD-10-Symptom-Rating (ISR): deskriptive Statistiken (Symptombelastung)	142
Tabelle 3	Item-Skalen-Statistiken: 01 Soziale Kontakte, Kompetenz (39 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	143
Tabelle 4	Item-Skalen-Statistiken: 02 Bewegung, Fitness (21 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	144
Tabelle 5	Item-Skalen-Statistiken: 03 Geistige Betätigung (22 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	145
Tabelle 6	Item-Skalen-Statistiken: 04 Gefühle zeigen (8 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	146
Tabelle 7	Item-Skalen-Statistiken: 05 Erholung (22 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	146
Tabelle 8	Item-Skalen-Statistiken: 06 Erlebnis, Abenteuer (11 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	147
Tabelle 9	Item-Skalen-Statistiken: 07 Kultur erleben, Genuss (10 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	148
Tabelle 10	Item-Skalen-Statistiken: 08 Hobby, Kreativ (20 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	148
Tabelle 11	Item-Skalen-Statistiken: 09 Mediennutzung (7 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	149
Tabelle 12	Item-Skalen-Statistiken: 10 Basisaktivitäten (16 Items), alle	
	Untersuchungsgruppen	150
Tabelle 13	IAS-Interskalen-Korrelationen: Istzustand Kategorien 1-10, Istzustand-	
	Gesamt, Änderungswunsch-Gesamt, Differenzwert und Umsetzbarkeit nach	
	Pearson, 2-seitige Tests; N = 238-239	151
Tabelle 14	Vergleiche zwischen suchtbezogenen Gruppen, Psychisch Kranken (PK)	
	und Kontrollgruppe (KG) zum IAS-Istzustand-Gesamt und Kategorien:	
	Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-	
	Tests und Post-Hoc-Tests	152
Tabelle 15	Vergleiche zwischen suchtbezogenen Gruppen, Psychisch Kranken (PK)	
	und Kontrollgruppe (KG) zum IAS-Änderungswunsch-Gesamt. Kategorien.	

	IAS-Differenzwert und IAS-Umsetzbarkeit: Mittelwerte,	
	Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und	
	Post-Hoc-Tests	154
Tabelle 16	Vergleiche zwischen suchtbezogenen Gruppen, Psychisch Kranken (PK)	
	und Kontrollgruppe (KG) anhand zusätzlicher Variablen: Mittelwerte,	
	Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und	
	Post-Hoc-Tests	156
Tabelle 17	4-Clusterlösung IAS-Istzustand (typusbildende Kategorien): Mittelwerte,	
	Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und	
	Post-Hoc-Tests	159
Tabelle 18	4-Clusterlösung IAS-Änderungswunsch (typusbildende Kategorien):	
	Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS und	
	Post-Hoc-Tests	161
Tabelle 19	4-Clusterlösung externe Variablen: Mittelwerte, Standardabweichungen,	
	Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests	163
Anhang 1	B: Erhebungsinstrumente	165
IAS-Fragel	oogen (Experten-Version A)	165
IAS-Fragel	oogen (Experten-Version B)	171
IAS-Fragel	pogen (Patienten-Version)	177

0 Zusammenfassung

Die neurobiologischen Kenntnisse bezüglich der Bedeutung des Belohnungssystems und der Bildung eines sogenannten Suchtgedächtnisses haben einen hohen Erklärungswert bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen (sowohl substanzgebunden als auch bei der glücksspielbezogenen Störung). Es ist anzunehmen, dass eine dysfunktionale Emotionsregulation dazu führt, dass sich das Suchtverhaltens automatisiert und sich das Interessenspektrum (Interessenabsorption) allmählich verengt. Alternative Verhaltensweisen, die ebenfalls belohnend und emotional ausgleichend wirken, treten immer mehr in den Hintergrund. Durch Konditionierungsprozesse entwickelt sich daraus ein Suchtgedächtnis und das Suchtverhalten dominiert das Belohnungssystem, was auf sozialer und psychischer Ebene dadurch zum Ausdruck kommt, dass es immer stärker in den Lebensmittelpunkt rückt. Die hieraus resultierenden therapeutischen Implikationen haben bisher zu wenig Beachtung gefunden. Unmittelbar stellt sich die Frage nach der Rekonstruktion des Belohnungssystems und der Deaktivierung des Suchtgedächtnisses. Welche "belohnungsfähigen" Alternativen sind besonders dazu geeignet, das psychische Befinden positiv zu beeinflussen und die Dominanz suchtbezogener, monistischer Verhaltensweisen im Belohnungssystem zu überwinden und damit zu einer zufriedenen Abstinenz beizutragen? Dabei sind die Methoden zu verbessern, die vorhandenen Ressourcen zu erfassen und therapeutische Zielsetzungen systematischer und individueller zu verfolgen.

Dieser Thematik widmet sich die vorliegende zweistufige, querschnittliche Untersuchung mit dem Ziel, "belohnungsfähige" Interessen und Aktivitäten zu operationalisieren, sie nach der Wirksamkeit einzuschätzen, eine systematische Einordnung nach Kategorien (später Skalen) vorzunehmen und Vergleiche zwischen Suchtkranken, Psychisch Kranken und einer Kontrollgruppe durchzuführen. Die untersuchten Interessen und Aktivitäten stammen überwiegend aus Bereichen, die sich bereits in der wissenschaftlichen Literatur und Empirie für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Emotionsregulation als bedeutsam erwiesen haben.

In der *Studie 1 "Expertenbefragung*" durch Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie (N = 91) erfolgte eine Kategorisierung und Einschätzung der Belohnungsfähigkeit dieser Item-Auswahl. Nach ihren Einschätzungen sowie aus inhaltlichen Überlegungen und testanalytischen Gründen ergaben sich letztlich folgende 10 Kategorien:

(1) Soziale Kontakte, Kompetenz, (2) Bewegung, Fitness, (3) Geistige Betätigung, (4) Gefühle zeigen, (5) Erholung, (6) Erlebnis, Abenteuer, (7) Kultur erleben, Genuss, (8) Hobby, Kreativ, (9) Mediennutzung und (10) Basisaktivitäten.

Zudem ließen sich die Interessen und Aktivitäten bzw. die übergeordneten Kategorien nach ihrer Wirksamkeit, den Belohnungswerten (= Belohnungsfähigkeit), differenzieren.

In der Studie 2 "Patientenbefragung" (N = 239) wurde eine weitere Untersuchung zum Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS) durchgeführt, um einen Vergleich zum IAS-Istzustand zwischen Suchtkranken (n = 161) mit Psychisch Kranken (n = 20) und einer Kontrollgruppe (n = 58) vorzunehmen. Die Frage zum IAS-Istzustand, wie häufig die Interessen und Aktivitäten ausgeübt wurden, bezogen sich auf den Zeitraum des letzten Jahres. Die Untersuchung hatte zum Ergebnis, dass die Suchtkranken im Vergleich zu der Kontrollgruppe über ein geringeres (Mittelwertsunterschiede) und weniger differenziertes (in absoluten Zahlen geringeres) Interessen- und Aktivitätenspektrum verfügten. Alle Suchtkranken zusammengenommen erzielten hinsichtlich des IAS-Istzustands (gesamt) signifikant geringere Mittelwerte als die Kontrollgruppe. Auch bei der Aufteilung in Kategorien lagen alle Mittelwerte signifikant unter der Kotrollgruppe.

Auf die einzelnen Suchtgruppen bezogen, Alkoholabhängige (n = 69), Pathologische Glücksspieler (n = 49) und Drogenabhängige (n = 43), lagen die Mittelwerte zum IAS-Istzustand (gesamt) wiederum signifikant unter der Kontrollgruppe. Dies traf auch bei sieben von zehn Kategorien zu: "Soziale Kontakte, Kompetenz", "Geistige Betätigung", "Gefühle zeigen, "Erlebnis, Abenteuer", "Kultur erleben, Genuss", "Mediennutzung" und "Basisaktivitäten".

Bei den drei übrigen Kategorien unterschieden sich *einzelne suchtbezogene Gruppen* signifikant von der Kontrollgruppe (KG). Bei den Psychisch Kranken ergaben sich einige signifikante Unterschiede zur KG. Tendenziell lagen alle Werte zum IAS-Istzustand zwischen den Werten der Suchtkranken und denen der KG.

Alle Suchtgruppen hatten den Wunsch, ihr Interessen- und Aktivitätenspektrum auszubauen (signifikant höhere Diskrepanz zwischen IST und SOLL *als die KG*). Anhand dieses Ergebnisses und der Profilverläufe zu den IAS-Änderungswünschen, Interessen und Aktivitäten häufiger auszuüben, ließ sich bei allen Suchtgruppen ein hohes Interesse an der Auswahl der Items sowie eine beträchtliche Aufgeschlossenheit und Motivation gegenüber Maßnahmen zum Ausbau des belohnungsfähigen Interessen- und Aktivitätenspektrums erkennen. Hinsichtlich der subjektiven *Einschätzung* zur *Zielerreichung* waren die Suchtkranken ähnlich optimistisch wie die KG.

Im Fokus der Erörterung standen zunächst die von den Experten eingeschätzten IAS-Kategorien. Die Kategorie "Gefühle zeigen", hier in erster Linie das Erleben positiver Emotionen wie Freude und Lachen, der Ausdruck positiver und negativer Emotionen sowie deren konstruktive Bewältigung, erhielt den höchsten Stellenwert. Das Item "Lachen" erzielte den höchsten Belohnungswert (durch die Experten) und wurde in beiden Untersuchungen (Experten- und Patientenbefragung) als wichtiges "Highlight" bewertet. Auf "Gefühle zeigen" folgten in der Experteneinschätzung die Kategorien "Erholung", "Erlebnis, Abenteuer", "Bewegung, Fitness", "Kultur erleben, Genuss" und "Soziale Kontakte, Kompetenz". In Bezug auf die "geistige Betätigung" erwiesen sich vor allem Interessen und Aktivitäten in Zusammenhang mit dem Schmieden positiver Zukunftspläne, Lösen von Problemen und sich ganz in eine Aufgabe zu vertiefen als höher belohnungsfähig.

Die suchtbezogenen Gruppen hatten im Bereich "Basisaktivitäten" auffallend hohe Änderungswünsche. Diese Kategorie beinhaltet die Alltagsbewältigung und hat die Funktion, anhaltend belastende Sorgen durch aufgestaute Probleme zu verhindern und damit Rückfälligkeit entgegenzuwirken. Dieser Aspekt dürfte ebenfalls für die Bewältigung alltäglicher Anforderungen relevant sein. "Bewegung, Fitness" war bei allen Gruppen eher niedrig ausgeprägt, was in Zusammenhang damit zu sehen ist, dass die hiesige Gesellschaft sich insgesamt zu wenig bewegt und Sport treibt. Die eher geringe Ausübung sollte nicht über den Nutzen der emotionsregulatorischen Funktion hinwegtäuschen, was sich durch eine hohe Experteneinschätzung bestätigt. Wegen der recht einfachen Verfügbar- und Durchführbarkeit – soziales Miteinander, Sport, Spiel und Spaß zu verbinden – ist dieser Kategorie entsprechend der Expertenmeinung eher ein hoher Stellenwert beizumessen. Die Ergebnisse legen eine gewisse Abfolge ("from bottom to top"-Pyramide) der Kategorien des Interessen- und Aktivitätenspektrums nahe, wobei "Basisaktivitäten", "Gefühle zeigen", "Soziale Kontakte, Kompetenz" und ein gutes Maß an "Bewegung, Fitness" die Grundlage bilden. Weiterhin deuten die Befunde darauf hin, eine ausgewogene Mischung bzw. Zusammenstellung der Kategorien anzustreben, "Erlebnis, Abenteuer", "Erholung" und "Highlights" einzuplanen sowie eine hohe passive Mediennutzung einzuschränken.

Die Ergebnisse konnten durch eine Clusteranalyse noch weiter spezifiziert werden: Suchtkranke, welche über einen höheren IAS-Istzustand verfügten, erzielten auch in den anderen psychologischen Parametern bessere Werte (z. B. höhere Lebenszufriedenheit). Die beiden Cluster, vorwiegend bestehend aus Suchtkranken mit geringeren IAS-Werten, waren von mehr Arbeitslosigkeit betroffen, lebten häufiger allein, waren höher psychisch belastet, neigten unter Stress zu mehr Alkohol- und Zigarettenkonsum, verfügten über weniger soziale Unterstützung und prokrastinierten mehr. Bei einem dieser Cluster kamen darüber hinaus noch niedrige Änderungswünsche und eine geringe Zuversicht, eigene Ziele umzusetzen, als ungünstige Bedingungen hinzu. Dies deutet darauf hin, dass zwei Cluster von Suchtkranken mit weniger Ressourcen eine höhere sozial-psychologische Aufmerksamkeit benötigen.

Die hier durchgeführte Untersuchung gibt Hinweise darauf, dass dem Aufbau eines vielfältigen, differenzierten Interessen- und Aktivitätenspektrums zur Deaktivierung des Suchtgedächtnisses in den Behandlungsansätzen eine größere Bedeutung zukommt. Diesbezüglich ist die Therapie systematischer zu gestalten und individueller auf den Einzelnen abzustimmen. Dabei sind vorhandene Ressourcen einzubeziehen – nicht jeder benötigt die gleichen Interventionen und Schwerpunkte. Nach wie vor stellt es eine besondere Herausforderung dar, die therapeutischen Zielsetzungen tatsächlich umzusetzen, sie als stabile Gewohnheiten im Verhaltensrepertoire fest zu verankern und in das alltägliche Leben zu transferieren, so dass die belohnende Wirkung der Alternativen gegenüber dem Suchtverhalten (bio-psycho-soziale Perspektive) überwiegt. Die signifikanten Korrelationen zwischen den Kategorien zum IAS-Istzustand untereinander (Inter-Skalen-Korrelationen) und mit weiteren psychometrischen Instrumenten verwandter Konstrukte deuten auf eine hinreichende interne und externe Validität der Skalen zum Interessen- und Aktivitätenspektrum hin.

1 Einleitung

Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen (Lehner & Kepp, 2016). In Deutschland waren 2018 ca. 1,6 Millionen Menschen alkoholabhängig (3,1%) und ca. 2,3 Millionen medikamentenabhängig (4,5%). Prävalenzwerte für die Abhängigkeit von illegalen Drogen beliefen sich auf unter 1,0% (Atzendorf, Rauschert, Seitz, Lochbühler & Kraus, 2019; Bundesgesundheitsministerium, 2019). Bei 0,39% der bundesdeutschen Bevölkerung (ca. 229.000 Personen) lag ein problematisches und bei 0,34% (ca. 200.000 Personen) ein pathologisches Spielverhalten vor (Banz, 2019). Nach wie vor bestehen hohe Therapieabbruchquoten z. B. in Kliniken bei ca. 30% und kaum befriedigende Abstinenzraten von ca. 40–60% (Bottlender, Spanagel & Soyka, 2007; Koch, Müller, & Naab, 2015; Premper et al., 2014).

Wie die Ergebnisse der Verhaltensneurobiologie, Lerntheorie und Biochemie eingehend bestätigen, ist sowohl bei substanzgebundenen als auch substanzungebundenen Abhängigkeiten¹ von Übereinstimmungen bei der Phänomenologie der positiven Verstärkerwirkung und den verhaltensbiologischen Regulationsmechanismen des Gehirns auszugehen (Kiefer, Fauth-Bühler, Heinz & Mann, 2013; Mann, Fauth-Bühler, Seiferth & Heinz, 2013). Durch die anhaltende und regelmäßige Ausübung des Suchtverhaltens finden grundlegende strukturelle Veränderungen in einem Bereich des Gehirns statt, der zum Belohnungssystem gehört, und es entwickelt sich ein Suchtgedächtnis (Alba-Ferrara, Müller-Oehring, Sullivan, Pfefferbaum & Schulte, 2016; Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018; Lindenmeyer, 2005; Mann et al., 2013). Eine Grundannahme dieser Arbeit ist, dass sich unter diesen Voraussetzungen das Interessenspektrum verengt (Interessenabsorption) und alternative, suchtinkompatible Verhaltensweisen, die ebenfalls belohnend wirken, immer mehr in den Hintergrund treten. Das Suchtverhalten wird quasi zum zentralen Lebensinhalt (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b; Meyer, 2017a).

Die Absorption des Interessen- und Aktivitätenspektrums ist ein bedeutsamer Faktor in der Diagnose von Suchterkrankungen. Nach dem DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013/2015) zur Substanzgebrauchsstörung sind in diesem Zusammenhang zwei Kriterien benannt: (a) die Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums und (b) wiederholter Konsum, so dass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden. In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) zum Abhängigkeitssyndrom F1x.2 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) ist das Kriterium "Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und

¹ Die Begriffe Abhängigkeit und Sucht werden synonym verwendet.

Verpflichtungen gegeben" aufgeführt. In den diagnostischen Leitlinien (ICD-10; DSM-5) des pathologischen Glücksspielens sind die Kriterien "starke gedankliche Eingenommenheit" und ein "anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz erheblicher negativer sozialer Konsequenzen" aufgeführt. Aus den diagnostischen Leitlinien zum Suchtverhalten lässt sich eine erhebliche Evidenz für das therapeutische Vorgehen ableiten, diesen Verlust an Lebensinhalten zu überwinden, das Interessen- und Aktivitätenspektrum zu überprüfen, einen Neuaufbau einzuleiten und vorhandene Verpflichtungen wieder wahrzunehmen.

Der Alternativen-Aufbau zur "Rekonstruktion des Belohnungssystems" ist im therapeutischen Vorgehen einer von fünf in enger Wechselbeziehung stehenden Faktoren: Suchttherapie = Motivation x Krankheitseinsicht x Ursachentherapie x Alternativen x Rückfallprävention (siehe Suchtformel, Bachmann, 2017a). Zur Entwicklung von Alternativen zum Suchtverhalten sind in den vielfältig vorhandenen *multimodalen Therapiekonzepten* (z. B. von Reha-Einrichtungen) bereits verschiedene therapeutische Maßnahmen implementiert. Hierzu gehören Interventionen zur Entspannung, Sport-, Kunst- und Ergotherapie, die zumeist eher standardmäßig, weniger systematisch und nicht ausreichend individuell auf den einzelnen Patienten² ausgerichtet Anwendung finden (vgl. Bachmann, 2017a, b). Zudem verbreiten sich in den letzten Jahren Gruppen zum Genusserleben mit der Zielsetzung, Suchtkranken Angebote zur (Wieder-)Aufnahme eines "autonomen und freudvollen" Lebens zu machen (Scheibenbogen, Franzke & Musalek, 2014). Das genussinduzierte eigene Wohlbefinden diene der Reduktion bzw. dem Abbau von Stressfaktoren in alltäglichen Lebenssituationen und in weiterer Folge der Rückfallprävention. Diese Interventionen sind wissenschaftlich unter dem Begriff "substanzfreie Verstärkung" mittlerweile als wichtige Behandlungsziele anerkannt (McKay, 2017) und in evidenzbasierte Behandlungsansätze zur Verhaltensaktivierung einbezogen (Boswell, Iles, Gallagher & Farchione, 2017; Carey, Carey, Henson, Maisto & DeMartini, 2011; Petry, Alessi, Olmstead, Rash & Zajac, 2017).

Eine theoriegeleitete, eher semantische Metaanalyse von Acuff, Dennhardt, Correia und Murphy (2019) untersucht den Einfluss alternativer, substanzfreier Verstärker auf den Konsum von Alkohol und anderen Drogen. Die Autoren stellen fest (ausgewählte Studien N = 50 von insgesamt 443 Studien), dass ein umgekehrter Zusammenhang zwischen substanzfreier Verstärkung und Substanzgebrauch besteht. In einem Review untersuchten Martínez-Vispo, Martínez, López-Durán, Fernández del Río und Becoña (2018) Interventionseffekte der "Verhaltensaktivierung" (BA) bei Substanzkonsum und Depression. Von den 7286 identifizierten Studien

² In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

erfüllten jedoch nur acht die Einschlusskriterien. Beide Metaanalysen sind im Theorieteil ausführlicher beschrieben. Zusammenfassend ist anhand dieser Untersuchungen festzustellen, dass sich die Weiterentwicklung der Behandlungen durch eine stärkere metrische Erfassung, Kategorisierung und die Möglichkeit für Zuweisungen von individuellen Maßnahmen noch verbessern ließe. Die Studien hatten häufig keine Abstinenzzielsetzung und glücksspielbezogene Störungen waren nicht einbezogen. Die neurobiologischen Annahmen zum Belohnungssystem und Suchtgedächtnis finden für den Alternativen-Aufbau bei keiner dieser Studien ausreichende Berücksichtigung.

Nach einer *katamnestischen Studie* von Koch, Müller, Naab, Dreier und Boddin (2016) zum Pathologischen Glücksspiel ist die Erweiterung des eigenen, zuvor als eingeschränkt erlebten Verhaltensspektrums und Aktionsradius mit einer höheren Lebensqualität assoziiert. Allerdings gehen sie z. B. bei *alternativen Handlungen* wie Sport, Spaziergängen und Fahrradfahren vom Metakonzept "Ablenkung" aus.

Dem bio-psycho-sozialen Ansatz entsprechend hat eine Dysfunktionalität des Belohnungssystems zur Folge, dass der Betroffene seine Gefühle durch das Suchtverhalten reguliert bzw. verdrängt und andere Strategien stark zurückgehen (Bachmann & Bachmann, 2018; Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018). In Bezug auf die Deaktivierung des Suchtgedächtnisses kommt den "belohnungsfähigen" Alternativen eines vielfältigen und differenzierten Interessen- und Aktivitätenspektrums ("IAS"; vgl. Bachmann, 2018) ein höherer Stellenwert zu. Die hieraus abzuleitenden therapeutischen Implikationen beinhalten mittels verbesserter systematischer Methoden, eine Erweiterung des Interessen- und Aktivitätenspektrums vorzunehmen und damit die Dysfunktionalität des Belohnungssystems aufzuheben. Die Grundlage dazu ist ein integrativer Psychotherapieansatz mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Diese Arbeit schließt an das von Meyer und Bachmann erstmals 2005 vorgestellte Projekt zum Aufbau von Alternativen an, das von Beginn an auf eine Abstinenz bzw. Sucht-Inkompatibilität abzielte. In der empirischen Forschung wird das Fehlen einer Kategorisierung nicht-substanzbezogener Verstärker hervorgehoben. Die hier geplante Kategorisierung schafft eine inhaltliche Ordnung über das Interessen- und Aktivitätenspektrum. Sie dient dazu, möglichst alle wichtigen Lebensbereiche in die Therapieplanung einzubeziehen, wobei bisherige Untersuchungen den Schwerpunkt auf angenehme bzw. vergnügungsbezogene Freizeitaktivitäten legten. Darüber hinaus reicht die Bandbreite in dieser Arbeit von der Alltagsbewältigung, den sogenannten "Basisaktivitäten", über soziale Kontakte und Kompetenzen, positive Emotionen bis hin zu "Highlights". Außerdem ist eine Wirksamkeitseinschätzung, die über eine Erfassung des "Enjoyments" hinausgeht, bisher kaum vorhanden. Eine Beurteilung der Belohnungsfähigkeit von Interessen und Aktivitäten durch "Experten", inwiefern sich Alternativen zur Rekonstruktion des Belohnungssystems eignen, erbringt möglicherweise einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn, um eine fundierte Beratung zu gewährleisten.

Die nächsten Fragestellungen lauten, ob sich ein geringeres und weniger differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum bei Suchtkranken empirisch nachweisen lässt und in welchem Ausmaß Ressourcen und Änderungswünsche messbar sind, um daraus individuelle therapeutische Maßnahmen abzuleiten. Hinzu kommt eine vorzunehmende Umsetzbarkeitseinschätzung – sind die Zielsetzungen erreichbar? Erst eine derartig systematische Erfassung dieser Faktoren bildet die Grundlage, Vergleiche zwischen Suchtkranken und Gesunden vorzunehmen, um daraus weitere therapeutische Schlussfolgerungen zu ziehen: Was machen Gesunde anders, wovon Suchtkranke profitieren können? Aus Gründen der internen und externen Validität ist es indiziert, Zusammenhänge zwischen dem Interessen- und Aktivitätenspektrum und verwandten Konstrukten zur psychischen Belastung, Lebenszufriedenheit, Stressbewältigung, Prokrastination und zum Substanz- bzw. Glücksspielverlangen zu untersuchen.

Die bisher vernachlässigten neurobiologischen Erklärungszusammenhänge zu der notwendigen Erweiterung des Interessen- und Aktivitätenspektrums bilden den Abschluss des Veränderungsprozesses: Erst wenn sich neue stabile Gewohnheiten im Verhaltensrepertoire verankern, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, die Dysfunktionalität des Belohnungssystems zu überwinden, das Suchtgedächtnis zu deaktivieren und zu einer zufriedenen Abstinenz zu finden.

Ein Beispiel aus der Praxis zur Bedeutung und Differenziertheit des Interessen- und Aktivitätenspektrums: Eine Therapeutin in einer stationären Einrichtung machte einen Kollegen darauf aufmerksam, dass ein Patient schon zahlreiche Interessen habe und viel unternehme. Somit könne die Theorie nicht stimmen. Bei genauerer Analyse seines Interessen- und Aktivitätenspektrums wurde deutlich, dass er seinen Haushalt total ("messieartig") vernachlässigte. So habe er eine Woche lang aufräumen und putzen müssen, um Besuch bekommen zu können. Plötzlich hätten seine Eltern unangemeldet vor der Tür gestanden, was für alle ein Schock gewesen sei. Sie hätten gemeinsam geweint, und es sei klar gewesen, dass er etwas unternehmen müsse. Dies sei der letzte Anstoß zur Therapie gewesen. Auch Besuche von Freunden und Bekannten habe er nie zugelassen, er sei immer nur zu anderen gegangen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Empirische Befunde zum Einsatz substanzfreier Verstärker

Die folgenden Studien untersuchten Zusammenhänge zwischen dem Einsatz substanzfreier Verstärker und dem Substanzkonsum. Als substanzfreie Verstärker dienten verschiedene Aktivitäten in der Freizeit wie z. B. gemeinsame Unternehmungen mit anderen, Sport oder kreative Tätigkeiten.

Anhand einer Metaanalyse ermittelten Acuff et al. (2019) einen umgekehrten Zusammenhang zwischen substanzfreier Verstärkung und Substanzgebrauch (Alkohol und andere Drogen). Die Metaanalyse stützte sich auf die "Behavioral economic theory", wonach die Entscheidungsfindung zum Substanzkonsum durch die relative Verfügbarkeit, den Aufwand und das Vorhandensein alternativer substanzfreier Verstärkung beeinflusst ist (Bickel, Johnson, Koffarnus, MacKillop & Murphy, 2014). Eine übermäßige Präferenz für drogenbezogene Belohnungen sei mit einer allgemeineren Tendenz verbunden, zukünftige alternative Belohnungen im Vergleich zum unmittelbar verstärkenden Substanzkonsum abzuwerten. Die einbezogenen Studien (N = 50) fielen in drei Kategorien: Messungen zur Teilnahme an substanzeinschließenden und substanzfreien, genussvollen Aktivitäten (n = 32) zu zeitlichen oder monetären Ressourcenzuweisungen (n = 15) und skalierte Bewertungen zur Verfügbarkeit und Erfahrung von Belohnungen (n = 8). Bei den in die Metaanalyse eingeflossenen Studien wurden in erster Linie Stichproben von College-Studenten, Patienten gerichtlich angeordneter Behandlungen mit auffälligem Substanzgebrauch und klinische Populationen aus dem Depressionsbereich untersucht. Außerdem gab es Studien, die sowohl substanzeinschließende als auch substanzfreie Aktivitäten erfassten und auch die Anzahl der Items bzw. Verstärker variierte erheblich (Range 7-320). Lediglich zwei erfassten ausschließlich substanzfreie Verstärker – untersuchten aber Depressive. Es wurden unterschiedliche Maße wie Indizes, "Total-Scores" oder globale Durchschnittswerte errechnet, um das Verstärkungspotenzial oder den Grad des "Enjoyments" (Vergnügens) zu ermitteln. Auf Grundlage dieser Werte lassen sich überwiegend keine spezifischen Aktivitäten identifizieren, um individuelle Ableitungen für spezifische Behandlungsmaßnahmen vorzunehmen.

Acuff et al. (2019, S. 23) merkten dazu an:

"These measures do not explicitly specify whether the items are substance-free, and they do not identify specific activities. Therefore, they may be less useful for specific treatment planning or to identify specific activity categories that might be inversely related to substance use."

Auch die teilweise gewählten Zeitfenster, auf die letzten 30 Tage bezogene Selbstberichte, erscheinen als zu kurz gegriffen, da bestimmte Aktivitäten (z. B. im Outdoor-Bereich) eher zu bestimmten Jahreszeiten oder in größeren Intervallen (z. B. "Trekking-Reisen") stattfinden, was eine valide, vergleichbare Einschätzung der Ergebnisse erschwert. Eine Einteilung der substanzfreien Verstärker nach Kategorien wurde nicht vorgenommen. Nach Acuff et al. (2019) legen die Untersuchungen jedoch nahe, dass bestimmte Kategorien von substanzfreien Alternativen, wie z. B. Bewegung und soziale Aktivitäten, einen stärkeren Einfluss auf eine Verringerung des Substanzkonsums haben dürften als Alternativen, die ein geringeres physisches und psychisches Engagement erfordern (Fenzel, 2005; Meshesha, Dennhardt & Murphy, 2015; Vaughan, Corbin & Fromme, 2009) und dies in Therapiekonzeptionen zu berücksichtigen sei.

In einer weiteren Metaanalyse untersuchten Martínez-Vispo et al. (2018) Interventionseffekte der "Verhaltensaktivierung" (BA) bei auffälligem Substanzkonsum und Depression. Nur acht von insgesamt 7286 ermittelten Studien erfüllten die Einschlusskriterien. Die Resultate zeigten, dass BA in sieben der acht untersuchten Studien einen positiven Einfluss auf die Ergebnisse des Substanzkonsums hatte und in sechs Studien die Depression im Laufe der Zeit abschwächte. Nach den Schlussfolgerungen der Autoren seien die Ergebnisse, trotz methodischer Einschränkungen aufgrund der Heterogenität und der Stichprobengröße der durchgeführten Studien, vielversprechend. Allerdings handele es sich lediglich bei der Untersuchung von Daugthers et al. (2018) um eine BA randomisierte kontrollierte Studie, bei der der Substanzkonsum signifikant reduziert worden sei. Es seien zukünftig gut kontrollierte und leistungsfähige Studien erforderlich, um die Wirksamkeit von BA bei der Behandlung von Substanzkonsum und Depression festzustellen und zu bestätigen.

Die randomisierte Studie von Daughters et al. (2018) untersuchte die Wirksamkeit von Therapiemethoden zur Verhaltensaktivierung (LETS ACT; Daughters, Magidson, Lejuez & Chen, 2016), die zum Ziel hatten, die Lebensgestaltung zu verbessern. LETS ACT ist eine Behandlung, die ursprünglich für Depressionen entwickelt und für substanzbezogene Störungen modifiziert wurde. Die Sitzungen konzentrierten sich auf das Generieren, Planen, Eingreifen und Aufzeichnen von wertorientierten substanzfreien Verhaltensweisen, um die tägliche positive Verstärkung zu erhöhen. Die Sitzungen richteten sich auf die Identifizierung wichtiger Lebensbereiche, Werte und Aktivitäten. Es fand eine Aktivitätsplanung und Kontrolle der Aktivitätsausführung statt. Verglichen wurden die Ergebnisse der Gruppenbehandlung zur Verhaltensaktivierung mit einer Kontrollgruppe. Es fanden Follow-Up-Bewertungen für die Zeit von 3, 6 und 12 Monaten nach der Behandlung statt. Die Teilnehmer waren 263 Erwachsene (Durchschnittsalter 42,7 Jahre; 29,3% weiblich; 72,6% gerichtlich angeordnete Behandlungen:

vorgeschriebene Behandlungsdauer von 30 Tagen bei 65,4% oder 90 Tagen bei 34,6%). Nach den Ergebnissen schien die Gruppenbehandlung der Verhaltensaktivierung (LETS ACT) die Wahrscheinlichkeit einer Abstinenz zu erhöhen und die nachteiligen Folgen des Substanzgebrauchs bis zu 12 Monate nach der Behandlung zu verringern. Aufgrund des hohen Anteils gerichtlicher Anordnungen und nicht ausdrücklicher Abstinenzzielsetzung erscheint der Erkenntnisgewinn jedoch als begrenzt.

In einem Überblick zu einem "kognitiv-behavioralen Modell zur Rückfallverhütung" von Marlatt (1985) fordern die Autoren sogar die Entwicklung von "positive addictions" als Alternativen zum Suchtverhalten: "Global strategies comprise balancing the client's lifestyle and helping him or her develop positive addictions, employing stimulus control techniques and urgemanagement techniques and developing relapse road maps" (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999, S. 151).

Eine hohe Rückfallgefahr entstehe durch eine unausgewogene Lebensgestaltung (z. B. exzessives Arbeiten, Konflikte) und zunächst scheinbar unbedeutende Entscheidungen, die mit dem Suchtverhalten assoziiert seien, wie z. B. Besuche von Suchtkonsum-Orten, um jemanden zu treffen oder nur zuzuschauen (Marlatt, 1985).

2.2 Bio-psycho-sozialer Ansatz zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen

Der bio-psycho-soziale Ansatz integriert verschiedene Theorien zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie des Suchtverhaltens. Die Auswahl der dargestellten Erklärungsmodelle beschränkt sich darauf, dass sie sowohl für substanzgebundene als auch Verhaltenssüchte anwendbar sind. Zudem bezieht sich der Begriff "Suchtverhalten" auf beide Abhängigkeitsformen. Der Vereinfachung halber ist die Begrifflichkeit "use disorder" des DSM-5, die von Klinikern teilweise vehement in Frage gestellt wird (Gmel, 2015; Majić, Kienast, Heinz & Soyka, 2017), nicht einbezogen.

Nach Meyer (2017b) sind integrative Modelle eher als einzelne theoretische Ansätze geeignet, die Genese süchtigen Spielverhaltens in seiner Komplexität zu erklären, da sie theorieübergreifend verschiedene Aspekte miteinander in Zusammenhang bringen:

- genetische, neurobiologische und psychosoziale Prädispositionen,
- auslösende Faktoren wie belastende Lebenssituationen.
- starker Aufforderungscharakter und hohe Verfügbarkeit von Glücksspielen,
- aufrechterhaltende Faktoren z. B. Verstärkungsmechanismen,

- irrationale Kognitionen
- und soziale Einflüsse.

Auch im Bereich der substanzgebundenen Abhängigkeit ist die Bedeutsamkeit integrativer Erklärungsmodelle hervorzuheben. Um dem komplexen Bedingungsgefüge des Suchtverhaltens gerecht zu werden, ist zudem ein integrativer Psychotherapieansatz angebracht (vgl. Ferstl & Bühringer, 1991; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Sachse, 1990).

Die komplementäre Einbeziehung der Ergebnisse von Verhaltensneurobiologie, Lerntheorie

und Biochemie ist relevant, um zu belegen, dass substanzgebundene und substanzungebundene Abhängigkeiten in dieselben verhaltensbiologischen Regulationsmechanismen des Gehirns eingreifen. Für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen spielt belohnungsassoziiertes Lernen in phylogenetisch sehr alten Hirnsystemen eine bedeutende Rolle. Speziell das vorwiegend opioid-dopaminerg gesteuerte mesokortikolimbische Belohnungssystem ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Weitestgehend kohärente klinische, psychopathologische, neurobiologische und genetische Gemeinsamkeiten mit den Substanzabhängigkeiten rechtfertigen die Zuordnung der Glücksspielsucht zur neuen Kategorie "Substance Use and Addictive Disorder" im DSM-5 (APA, 2013). Damit kann dieses Störungsbild als Prototyp einer Verhaltenssucht angesehen werden (Böning, Meyer & Hayer, 2013). Anzunehmen ist, dass jede Belohnung für das Gehirn verstärkend fungiert. Dies gelte sowohl für pharmakologische Substanzen als auch für Verhaltensweisen oder Umweltreize, die über die gleichen Prozesse auf das Gehirn einwirken (Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018). Suchtmittel wie Alkohol, Drogen oder auch Glücksspiele stimulieren Systeme im Gehirn, die über die Aktivierung von Botenstoffen (Neurotransmitter, Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Glutamat und GABA) in komplexen Interaktionen affektive Zustände regulieren und Lustempfinden und Entspannung erzeugen (Meyer, 2017b). Laut empirischer Forschungsbefunde bestehen beim pathologischen Spielverhalten ähnliche neurobiologische Veränderungen wie bei substanzgebundenen Suchtformen (Fauth-Bühler, Mann & Potenza, 2016 Meyer; 2017b; van Holst, van den Brink, Veltman & Goudriaan, 2010). Allerdings nimmt Spitzer (2004) an, dass der Effekt von Erlebnissen auf das Belohnungssystem um "eine Größenordnung" geringer als der von Suchtstoffen ist. Bei der Abhängigkeitserkrankung handelt es sich um ein "Lifetime-Phänomen", welches immer auch Lernvorgängen unterliegt, wobei die psychische Abhängigkeitsdimension von zentraler Bedeutung ist (Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018).

In einem Review von fMRI-Studien zu den Wirkungen von Hinweisreizen gelangen Meng, Deng, Wang, Guo und Li (2014) zu der Erkenntnis, dass bei pathologischen Glücksspielern eine Störung des frontostriatalen-kortikalen Systems vorliegt, während Hønsi, Mentzoni, Molde und Pallesen (2013) anhand eines Reviews kognitiv-behaviorale Befunde einbeziehen, die die Ergebnisse einer selektiven Aufmerksamkeit in Bezug auf suchtspezifische Reize ebenfalls unterstützen.

Die theoretischen Kenntnisse um die Bedeutung des Belohnungssystems und die Bildung eines sogenannten Suchtgedächtnisses haben einen hohen Erklärungswert: Nach Albrecht (2006) sind bei der Entstehung der Abhängigkeit und in Folge dessen in der Therapie insbesondere die Hirnstrukturen involviert, die mit Lern- und Gedächtnisprozessen in Zusammenhang stehen. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht und der substanzgebundenen Abhängigkeit wird dem verhaltensverstärkenden Belohnungssystem eine zentrale Rolle zugeschrieben (Grüsser, Wölfling & Heinz, 2002). Die klinische Situation ist des Weiteren durch Kontrollverlust, starkes Suchtverlangen ("Craving") und Entzugssymptome gekennzeichnet. Das durch suchtassoziierte Stimuli ausgelöste Verlangen ist nicht immer einer bewussten Verarbeitung zugänglich. Es entsteht eine automatisierte, annähernd reflexartige Handlungsschablone, die ohne ein klar formuliertes Verlangen in Gang gesetzt wird. Trotz negativer Konsequenzen wie beispielsweise familiäre Konflikte, berufliche Leistungseinbußen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen wird das substanzbezogene und nichtstoffliche Suchverhalten fortgeführt (Bachmann, 2017a; Bachmann & El-Akhras, 2014a, b; Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018). Lindenmeyer (2004) bezeichnet diese theoretischen Überlegungen als das wohl beste verifizierte Paradigma der Genese des Suchverhaltens. Es ist anzunehmen, dass fortdauernde Konditionierungsprozesse (operant und klassisch) die neurobiologischen Veränderungen entscheidend beeinflussen.

2.2.1 Lerntheorie: operante und klassische Konditionierung

Der Einfluss von Lernprozessen (klassische und operante Konditionierung, Modelllernen) auf die Veränderungen des Belohnungssystems, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeiten – Suchtverlangen und Rückfallgeschehen eingeschlossen – ist empirisch gut belegt (vgl. Albrecht, 2006). Lerntheoretische Ansätze erklären den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens anhand eines erlernten Fehlverhaltens, das allgemeinen Lernprinzipien folgt. Durch Lernen am Modell (Beobachtung) z. B. von Freunden oder Familienmitgliedern wird die positive Wirkung des Suchtmittels erlebt und unter bestimmten Voraussetzungen (Bandura, 1991) selbst ausgeübt bzw. nachgeahmt.

Für die Verfestigung des Suchtverhaltens sind vornehmlich Verstärkungsmechanismen von Bedeutung (operante Konditionierung): Die »belohnende« Wirkung des Suchtmittels und die damit in Verbindung stehenden Lernerfahrungen wie z. B. mehr Selbstvertrauen zu haben und gut gelaunt zu sein (= positive Verstärkung). Aber auch der Wegfall bzw. die Linderung von unangenehmen Gefühlszuständen (Stressempfinden, depressive Verstimmungen, Ängste) und Schmerzen (= negative Verstärkung) spielen eine große Rolle. Aufgrund der positiven Erfahrungen (z. B. »Wenn ich Alkohol trinke, fühle ich mich besser«) wird die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Einnahme bzw. des Glücksspielverhaltens erhöht (Lernen durch positive Konsequenzen; Elsesser & Sartory, 2001). Das Belohnungssystem steuert die emotionale Befindlichkeit des Menschen, ist sozusagen der Sitz von Lust- bzw. Unlustgefühlen und dient der Regulation der Wohlfühlchemie (vgl. Lindenmeyer, 2005). Das Gehirn unterscheidet zunächst nicht, ob es sich um ein "sinnvolles oder ein nachhaltig schädigendes" Verhalten handelt und speichert die Wiederherstellung des biochemischen Gleichgewichts durch das Verhalten im episodischen (autobiographischen) Gedächtnis (Böning & Albrecht Sonnenschein, 2018; Grüsser & Albrecht, 2007). Dies hat zur Konsequenz, dass in einer erneuten ähnlichen Reizkonstellation die Wirkung (Belohnung) des Verhaltens erinnert wird und sich das Verhalten durch wiederholte Ausübung weiter verfestigt. Bei häufiger Suchtmitteleinnahme bzw. häufigem Suchtverhalten gehen Alternativen zurück, auf anderem Wege »Wohlfühlhormone« zu generieren, Nebenwirkungen nehmen zu und Entzugserscheinungen treten auf. Um sich schnell wieder besser zu fühlen, greift man wieder zum Suchtmittel. Bei der klassischen Konditionierung werden ursprünglich neutrale Reize (z. B. bestimmte Situationen, Personen, Handlungen, Gefühlszustände, Kognitionen) durch wiederholte Verknüpfung (gleichzeitige Darbietung) mit dem Suchtverhalten selbst zum Auslöser des Suchtverhaltens bzw. erzeugen eine erhöhte Erregung und induzieren ein Verlangen. Dies geschieht über die Aktivierung und Sensitivierung des dopaminergen Belohnungssystems, und anhand impliziter Lernprozesse (unbewusste, automatisierte Informationsverarbeitung und unwillkürliche Reaktionstendenzen) kommt es zur erneuten Ausübung des Suchtverhaltens (Meyer, 2017b). Der Betroffene erlebt das Suchtverhalten immer weniger als angenehm und verspürt dennoch einen unwiderstehlichen "Drang", es ausführen zu müssen. Diese Situation ist durch einen Kontrollverlust, Entzugserscheinungen (Stimmungsschwankungen, Gereiztheit) sowie eine, in dieser Arbeit näher betrachtete, Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche und Interessenabsorption gekennzeichnet (Bachmann, 2017a; Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018).

In einer Untersuchung unter Einbezug eines Fragebogens zu Glücksspielmotiven (GMQ) von Stewart und Zack (2008) stellen Mackinnon, Lambe und Stewart (2016) fest, dass drei

unterschiedliche Motive Glücksspielprobleme bei jungen Erwachsenen vorhersagen: positive Emotionen zu erhöhen (Verbesserung), negative Emotionen zu verringern (Bewältigung) und die soziale Zugehörigkeit zu verbessern (Eingebundenheit). Die Einbeziehung von Persönlichkeitsfaktoren zeigt, dass bei höherem Neurotizismus eine Interaktion mit der Bewältigung wahrscheinlicher ist (Mackinnon et al., 2016).

Wenn die Annahme plausibel ist, dass eine stärkere soziale Zugehörigkeit die positiven Emotionen erhöht, stellen die GMQ-Ergebnisse eine gewisse empirische Evidenz für den operanten Konditionierungsansatz dar. Dies bedeutet nicht, dass die operante Konditionierung immer ein absichtlich erzeugter Prozess ist und die Motive bewusst sein müssen.

In einer neueren Studie von Marchica, Keough, Montreuil und Derevensky (2020) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass bestimmte Defizite der Impulskontrolle sowie eine mangelnde emotionale Wahrnehmung und Klarheit eine glücksspielbezogene Störung vorhersagen. Überdies bestätigen sie ebenfalls die Hypothese, dass die Motivation, positive Emotionen zu steigern und negativen zu entkommen, eine signifikante Krankheitsursache ist.

2.2.2 Emotionsregulation

Als ein weiterer wichtiger Faktor bei der Entstehung von Suchtverhalten wird die Störung des Selbstregulationssystems angesehen. Eine zentrale Bedeutung hat hierbei ein dysfunktionaler Umgang mit Emotionen (Gross, 2002; Gross & Munoz, 1995; Gross & Thompson, 2007; Schröder & Petry, 2003). Potenzielle Suchtmittel (Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiele) sind vor dem Hintergrund operanten Verstärkungslernens (siehe Abschnitt 2.2.1) sehr kurzfristig und anfangs erheblich dazu in der Lage, emotionale Belastungen auszugleichen (siehe Abbildung 1, nächste Seite). Die Wirkung ist meist jedoch nur von kurzer Dauer und »stressauslösende Situationen« (umwelt-, personenbedingt) sind nicht behoben. Auf längere Sicht, wenn negative Folgen des Suchtverhaltens dazu kommen, nimmt möglicherweise die psychische Belastung insgesamt zu und das Bedürfnis, noch mehr von dem Suchtmittel einzusetzen, steigt. Dieser Prozess kann sich zu einem circulus vitiosus entwickeln und Suchtverhalten wird dementsprechend häufig als eine »gescheiterte Problemlösung oder maladaptive Stressbewältigung« bezeichnet. Auf ähnliche Weise lassen sich psychisch verändernde Substanzen oder Glücksspiele einsetzen, um sich von Konflikten und Problemsituationen abzulenken (z. B. Schutz vor unbewältigten Erfahrungen aus der Vergangenheit) mit der Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Die unmittelbare und kurzfristige Strategie ("innerer Kreis", siehe Abbildung 1), die emotionale Belastung direkt mit psychotropen Substanzen bzw. dem Suchtverhalten zu lindern, löst sich aus dem Gesamtzusammenhang. Eine konstruktive Gestaltung ("äußerer Kreis") von Personund Umweltbedingung, die zu einer effektiven und anhaltenden Stressbewältigung beitragen, entfällt. Was ebenso für den Ausbau adaptiver, kurzfristig wirksamer Stressbewältigungsstrategien gilt (»direkt lindern«).

Geschieht dies über längere Zeit und/oder mit bestimmter Intensität, kommt es zu einem gewissen *Entwicklungsstillstand*, eigene Kompetenzen werden nicht weiter ausgebaut und auf ungünstige Umweltbedingungen wird nicht adäquat reagiert. Bei fortschreitendem Prozess ist ein immer größer werdendes »Darauf-angewiesen-sein« wahrscheinlich, weil andere Ressourcen zur »Problemlösung« zurückgehen und negative (Sucht-)Folgeerscheinungen und soziale Konsequenzen stark zunehmen (z. B. Freunde und Bekannte ziehen sich zurück).

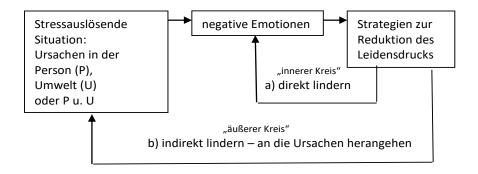


Abbildung 1. Regulationsprozess negative Gefühle reduzieren (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Der Betroffene "verlernt", seine Gefühle mittels anderer Strategien als dem Suchtverhalten zu regulieren (Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018). Dies muss sich allerdings nicht mit der Eigenwahrnehmung decken, in der das Suchtverhalten, wenn auch kurzfristig und mit abnehmender Tendenz, als wirkungsvoll erscheint.

2.2.3 Stressvulnerabilität und -bewältigung

Starke Stressbelastungen sind insbesondere sowohl bei der *Suchtentstehung*, dem *Substanzverlangen* und *Rückfallgeschehen* mitbeteiligt, so dass in Behandlungssettings Testverfahren zur Diagnose eingesetzt und zur Stressbewältigung z. B. Entspannungsverfahren zum Einsatz kommen. Vergleiche mit dem Interessen- und Aktivitätenspektrum sind naheliegend.

Es wurde nachgewiesen, dass ein mit einer *Drogeneinnahme* zeitlich zusammenhängendes, erhöhtes Stresserleben die Sensitivierungsprozesse in (mesolimbischen) dopaminergen Strukturen verstärkt und diese Prozesse wiederum zu *erhöhter Stressvulnerabilität* führen (Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018). Vergleichbare Untersuchungsergebnisse zum pathologischen

Glücksspielen belegen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Spielverhaltens und dem Stresserleben (Albrecht-Sonnenschein, Wölfling & Grüsser-Sinopoli, 2018; Lorains, Cowlishaw & Thomas, 2011; Milosevic & Ledgerwood, 2010; Petry, 2018). Belastende Emotionen wie z. B. Ängste, Einsamkeit und Versagenserlebnisse werden durch exzessives Glücksspiel, als eine Art dysfunktionaler Selbstheilungsversuch (negative Verstärkung – operante Konditionierung), verdrängt bzw. unterdrückt. Eine mangelnde Aufarbeitung der Stressursachen und unzureichend vorhandene alternative Copingstrategien verschlimmern die Ausgangssituation im weiteren Verlauf häufig noch. Zudem wirken diese Symptome wiederum auch als jeweils spezifische, erlernte (konditionierte) Reize zum erneuten Glücksspielverhalten (Erbas & Buchner, 2012).

Das integrative Vulnerabilitäts-(Verletzlichkeits-)Stress-Modell der Glücksspielsucht von Sharpe (2002) berücksichtigt kognitive, lerntheoretische und physiologische Bedingungsfaktoren. Anzunehmen ist eine genetische Vulnerabilität, die sich in Modifikationen neuromodulatorischer Systeme (Dopamin, Noradrenalin und/oder Serotonin) äußert und mit bestimmten Persönlichkeitseigenschaften (z. B. Impulsivität) in Zusammenhang steht. Diese Eigenschaften können biologisch (genetisch) determiniert, auf frühen Kindheitserfahrungen basieren oder multifaktoriell begründet sein (Meyer, 2017b).

Grüsser und Albrecht (2007) betonen, dass eine psychische Überlastung durch fortbestehende Stressoren (finanzielle Schäden, Legalitätsprobleme) in Folge des Glücksspielens in den Therapie-Motivationsprozess als andauernde Gefahrenquelle einzubeziehen ist. Anhand einer empirischen Untersuchung bestätigen Müller, Wölfling und Giralt (2013) diese Hypothese und weisen auf die Gefahr von Rückfälligkeit hin, wenn soziale und ökonomische Folgeschäden des Suchtverhaltens weiterhin zu anhaltenden psychischen Belastungen führen.

Hayer, Meyer und Brosowski (2014) gingen in einer empirischen Untersuchung von der Hypothese aus, dass ein ungünstiger Umgang mit Stress eine bedeutende Risikobedingung für die Entwicklung glücksspielbezogener Probleme darstelle. Sie erhoben mithilfe des standardisierten "Stressverarbeitungsfragebogens" (SVF) von Erdmann und Janke (2008) bei Glücksspielern in ambulanter Behandlung Selbsteinschätzungen, die Auskünfte zu ihrem Bewältigungsverhalten in belastenden Situationen beinhalteten. Eine clusteranalytische Betrachtung erbrachte 3 Coping-Gruppen: Gruppe 1 befand sich weitgehend im Normbereich und umfasste knapp die Hälfte (47,3%) der Untersuchungsteilnehmer. Gruppe 2 (25,3%) war sogar durch hohe Werte bei Negativ- und ausgewählten Positivstrategien gekennzeichnet. Im Gegensatz dazu waren für Gruppe 3 (27,4%) gravierende Defizite im Umgang mit Stress charakteristisch. Sie wies eine hohe Nutzung von »Negativstrategien« (Fluchttendenz, gedankliche

Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbeschuldigung) und eine geringe Ausprägung an »Positivstrategien« (Kontrolle über die belastende Situation gewinnen, Reaktionskontrolle, positive Selbstinstruktion) auf. Außerdem war eine »mehrdeutige Strategie«, die durch eine ausgeprägtere Vermeidung gekennzeichnet war, erhöht vorhanden. Die empirischen Befunde deuten an, dass die Gruppe 3 von einem umfassenden *Stressbewältigungstraining* sowie einer Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten profitieren dürfte.

Im Zusammenhang mit einem Programm zum "Stressbewältigungstraining" betont Kaluza (2015), es sei insbesondere darauf zu achten, dass Stress nicht nur durch situative Anforderungen, sondern ebenso durch eine subjektive Bewertung der Situation und die Art der gewählten Bewältigungsstrategien beeinflusst werde. Als Interventionsmethoden lassen sich unterscheiden: Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung, positive Selbstinstruktion, Problemlöseverfahren, selbstbehauptendes Verhalten und sozial-kommunikative Kompetenzen. Außerdem sind körperliche Fitnessprogramme, Hilfestellungen zu einer erholsamen Freizeitgestaltung und zum Aufbau unterstützender sozialer Netze in Programme zur Stressbewältigung integriert (ebenda).

Laut Drexler (2013) entsteht Stress, wenn Individuen oder Gruppen Verluste von Ressourcen, wie z. B. den Verlust des Arbeitsplatzes erleben, die eigene Wohnsituation als instabil oder gefährdet wahrnehmen und nicht die Möglichkeit sehen, die Situation durch eigene Anstrengung zu verbessern.

2.3 Therapeutische Schlussfolgerungen – Rekonstruktion des Belohnungssystems: Das Suchtgedächtnis deaktivieren

Neurobiologische Erkenntnisse zur Entstehung des Suchtgedächtnisses und einer daraus resultierenden Dysfunktionalität des Belohnungssystems sind bisher nicht ausreichend in therapeutische Konzeptionen und Behandlungsmethoden eingeflossen. Folglich stellt sich die Frage, wodurch sich eine Rekonstruktion des Belohnungssystems bzw. eine Deaktivierung ("Überschreibung") des persistierenden Suchtgedächtnisses realisieren lässt. Bedeutsam ist hierbei, die belohnende Wirkung des Suchtverhaltens durch den Effekt von anderen positiv wirksamen (suchtinkompatiblen) Verhaltensweisen zu ersetzen und neue, stabile (stark verankerte) Gewohnheiten zu etablieren (vgl. Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Die Abbildung 2 (siehe nächste Seite) verdeutlicht symbolisch die Konditionierungsprozesse, die zur Folge haben, dass sich Situationen (S) mit dem für Erleichterung, Ausgleich oder

Ablenkung sorgendem Suchtverhalten verknüpfen (gestrichelte Pfeil-Linie). Bei häufiger Wiederholung entsteht ein Suchtgedächtnis und eine Automatisierung, mit dem Suchtverhalten auf bestimmte Situationen zu reagieren (R). Eine Deaktivierung des löschungsresistenten Suchtgedächtnisses erfolgt, wenn Alternativen zur Emotionsregulation und ausgewogenen Lebensgestaltung an die Stelle des Suchtverhaltens treten (durchgezogene Pfeil-Linie) und sich fest im Verhaltensrepertoire verankern.

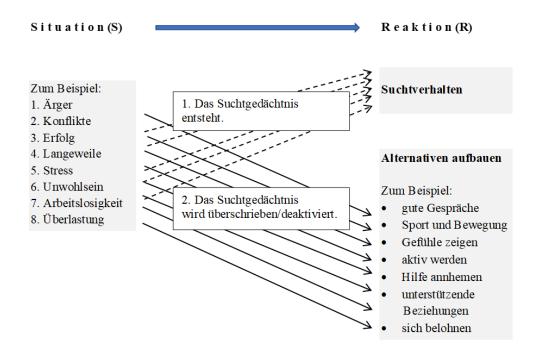


Abbildung 2. Modell: Suchtgedächtnis deaktivieren – Entstehung und »Überschreibung« (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Wie anhand der dargestellten theoretischen Ansätze beschrieben, bedeutet Abhängigkeit viele andere Dinge nicht (mehr) zu tun, das Interessen- und Aktivitätenspektrum verengt sich und wesentlichen Lebensaspekten kommt nicht mehr die notwendige Aufmerksamkeit zu. Ein bedeutendes Therapieziel ist, den »Stellenwert« des Suchtverhaltens im Belohnungssystem drastisch zu reduzieren. Dies unter Berücksichtigung einer gewissen Vielfältigkeit und Differenziertheit, Alternativen zum Suchtverhalten aufzubauen und so den Weg in ein suchtfreies Leben zu ebnen. Die Einbeziehung individueller Neigungen und Bedürfnisse ist dabei nicht zu vernachlässigen.

Vordergründig ist nicht der Verzicht, sondern das Belohnungssystem auf anderem Weg zu aktivieren und an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu entwickeln. Nur so ist es möglich, die Prozesse im Gehirn langfristig zu verändern und die Abstinenz nicht dauerhaft als unangenehmen Verlust zu erleben. Nur wenn die Abstinenz (*lerntheoretisch*) letztlich einen Vorteil gegenüber dem Suchtverhalten darstellt, wird sie langfristig beibehalten (Bachmann & Bachmann, 2018).

2.3.1 Belohnungsfähige Alternativen zum Suchtverhalten – Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS)

Die Abbildungen 3 und 4 (siehe nächste Seite) verdeutlichen in einer symbolischen Darstellung den Umstrukturierungsprozess, das Suchtgedächtnis durch vielfältige Alternativen zu deaktivieren. Eine gewisse Abfolge (z. B. von Basisaktivitäten bis Highlights) des Aufbaus von Alternativen ist dabei aller Voraussicht nach angebracht. Die einbezogenen (siehe Abbildung 3) verschiedenen Bereiche (Basis, Bewegung, positive Gefühle, Soziales, Beruf, Highlights) dienen zunächst der Anschauung, was noch durch die bildliche Ausführung, "Pyramide der Alternativen", in Abbildung 4 verdeutlicht wird. Sie stellen zunächst nur eine vorläufige Kategorisierung dar.

Eine wichtige Fragestellung ist, welche *individuell angepassten belohnungsfähigen Interessen und Aktivitäten* geeignet sind, Belastungssituationen auszugleichen und einen gewissen Grad des Wohlfühlens herbeizuführen. Vor allem in der Anfangsphase einer Behandlung geht es darum, besonders geeignete Alternativen (z. B. "entlastende Gespräche", Entspannungstechniken, Sport) zur Überwindung des Entzugs einzusetzen (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Was zusätzlich beim Alternativen-Aufbau des Interessen- und Aktivitätenspektrums zu beachten ist:

- Möglichst vielfältig belohnende und emotionsregulative alternative Interessen und Aktivitäten zu entwickeln und dabei keine erneuten Exzesse (z. B. übermäßiges Body Building oder Laufen) auszuprägen.
- Es ist eine gewisse Abfolge des Alternativen-Aufbaus anzunehmen (z. B. sich zunächst durch die Erledigung alltäglicher Pflichten von drückenden Sorgen zu befreien) und auf die graduell unterschiedliche Belohnungsfähigkeit zu achten.

Das Suchtgedächtnis überschreiben

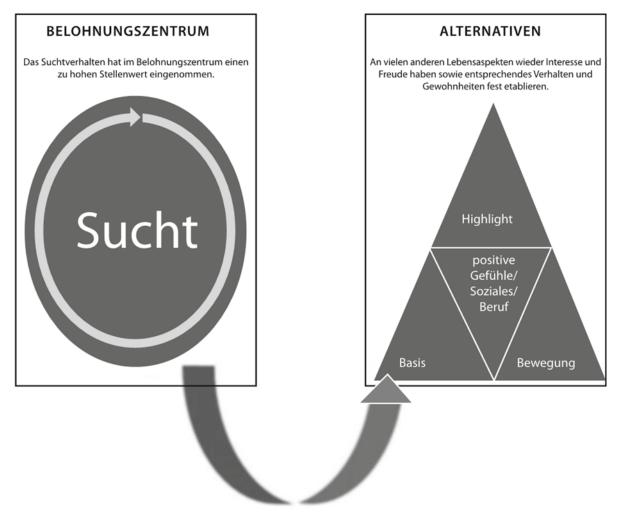


Abbildung 3. Das Suchtgedächtnis in gewisser Abfolge durch vielfältige Alternativen deaktivieren (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).



Abbildung 4. Pyramide der Alternativen (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

- Erst der Aufbau einer Regelmäßigkeit und starken Gewohnheitsbildung durch eine häufigere Anwendung über mehrere Wochen, Monate (Grawe, 2004) der funktionalen Alternativen bewirkt eine Rekonstruktion des Belohnungssystems.
- Um sich vor Rückfälligkeit zu schützen, sollten die neuen Verhaltensalternativen ausreichend inkompatibel gegenüber dem Suchtverhalten sein. Planung von "Highlights", die durch eine hohe Belohnungsfähigkeit, Abwechslung und zumeist einen "Ausstieg" aus dem Alltag charakterisiert sind. Aus neurobiologischer Sicht ist es nach Albrecht (2006) z. B. durchaus angeraten, gut dosiertes Wetteifern (Sport, Spiel und Spannung) zu initiieren.
- Realisierbarkeit bzw. Zuversicht, gesetzte Ziele umzusetzen und beizubehalten.
- Eine ausreichende Vorausschau zu betreiben, was an Stressaufkommen zu erwarten ist und welche Bewältigungspotentiale zur Verfügung stehen.

Der Schwerpunkt in der Behandlung liegt darauf, an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen, emotionale und soziale Kompetenzen auszubauen, ein ausgewogenes Verhältnis von Pflichten und einer möglichst abwechslungsreichen Tages- und Wochengestaltung herzustellen und für ein gewisses Maß an Herausforderung zu sorgen. Eine allgemeine Regel lautet, dass es sich am besten abschalten und entspannen lässt, wenn man sich auf etwas anderes stark konzentriert (Bachmann & Bachmann, 2018).

2.3.2 Umsetzbarkeit von Alternativen – Prokrastination

Der bio-psycho-soziale Ansatz, dass das Suchtverhalten eine annähernd automatische, reflexartige Reaktion auf konditionierte Reizkonstellationen ist, liefert eine anschauliche Erklärung für den Schwierigkeitsgrad, es zu unterlassen und stattdessen etwas anderes zu tun. Die *mangelnde Umsetzbarkeit von Alternativen äußert sich psychologisch auch in Aufschiebeverhalten* (Prokrastination), das durch die Dysfunktionalität des Belohnungssystems mitbedingt ist, da das Suchtverhalten dort einen zu hohen Stellenwert einnimmt (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b). Hochgradig belohnungsfähige Alternativen, die zudem recht kurzfristig wirksam sind, dürften besonders geeignet sein, sich zu etablieren und die dominante Position des Suchtverhaltens im Belohnungssystem zu beenden. Wie oft gab es Ansätze, regelmäßig Sport zu treiben, ein Fitnessstudio zu besuchen, den Tag besser zu strukturieren oder unangenehme Aufgaben rechtzeitig zu erledigen?

Wichtige Aufgaben oder Zielsetzungen nicht umzusetzen bzw. aufzuschieben ist nicht selten Folge oder Bestandteil psychischer Krankheiten (vgl. Höcker, Engberding & Rist, 2013). Prokrastination ist bei Suchterkrankungen häufig beobachtbar (Ainslie, 2008) und eine Verstärkung ist bei Komorbiditäten wie Depressionen und Ängsten anzunehmen. Chronisches Aufschieben beeinträchtigt ferner das Selbstwertgefühl und verhindert, relevante Schritte zu ergreifen, das psychische Befinden und die Lebenssituation deutlich zu verbessern. In Behandlungsangeboten ist der Zielumsetzung, in die Handlungsebene zu kommen, eine ebenso große Aufmerksamkeit beizumessen wie der (realistischen) Zielsetzung selbst. Das Aufschieben kann durch psychische (z. B. mangelndes Selbstvertrauen) und physiologische Widerstände (monistische Dominanz des Suchtverhaltens im Belohnungssystem) verursacht sein (Bachmann, Bachmann & Frensemeier, 2019).

Anhand einer Metaanalyse (van Eerde & Klingsiek, 2018) unter Einbezug von 24 Studien zu Interventionen bei Prokrastination (N = 1173) wurde eine starke Verringerung der Prokrastination nach den Interventionen festgestellt. Die Auswirkungen blieben bei den Nachuntersuchungen stabil. Die bisherigen Ergebnisse legen nahe, dass die kognitive Verhaltenstherapie die Prokrastination stärker reduzierte als die anderen Interventionen.

2.3.3 Lebenszufriedenheit als übergeordnetes Therapieziel/Konstrukt

Eine Steigerung der Lebenszufriedenheit dürfte mit einer geringeren Rückfallgefährdung einhergehen und wesentlich von einem hohen Verstärkungspotential eines vielfältigen und differenzierten Interessen- und Aktivitätenspektrums beeinflusst sein. Die Lebenszufriedenheit ist jedoch von einer Vielzahl personen- und umweltbedingter Faktoren abhängig und als übergeordnetes Therapieziel zu betrachten und gesondert zu erfassen. Sie ist bislang allerdings ein unscharf definiertes Konstrukt (Fahrenberg, Myrtek, Wilk & Kreutel, 1986) und kann am ehesten als die subjektive qualitative Bewertung des Wohlbefindens in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Partnerschaft, Beruf, Finanzen, Wohnsituation und Gesundheit) verstanden werden. Die Begriffe Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, ausgewogene Lebensgestaltung und "Well-Being" sind nicht klar abgrenzbar und synonym angewandt.

Eine Vielzahl von Fragebögen zur Messung der Lebenszufriedenheit existiert, die in der Anzahl und Gewichtung der einbezogenen Dimensionen sowie in der Betonung globaler bzw. bereichsspezifischer Komponenten variieren. Untersuchungen werden bezüglich unterschiedlicher Berufsgruppen, verschiedener gesundheitlicher Beeinträchtigungen (z. B. Gesundheitsberufe,

Herz- und Krebspatienten) sowie in *Suchtbehandlungen* durchgeführt (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000; Koch et al., 2015). Es wurde ein substantieller Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit im Leben und Neurotizismus bzw. Depression und "nicht abstinenten Suchtkranken" nachgewiesen. Der Gesundheitszustand sei vermutlich der wichtigste Faktor der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Korrelationen wurden außerdem zu Persönlichkeitsfaktoren (Emotionalität), dem Erziehungsstil der Eltern, der sozialen Schicht, Häufigkeit von Arztbesuchen und verschiedenen körperlichen Beschwerden nachgewiesen. Patienten mit psychischen Störungen wiesen niedrigere Lebenszufriedenheitswerte als Patienten mit chronisch körperlichen Erkrankungen und als Gesunde auf (Henrich & Herschbach, 2000).

In einer Katamnese-Erhebung (Koch et al., 2015) zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel führten die Autoren eine Untersuchung auf der Grundlage des psychologischen Konstrukts "Well-Being"-Ryff-Scales (Ryff & Keyes, 1995) durch, das mit dem qualitativen Cluster "Lebensqualität" korrespondiert. Die Daten zu den Veränderungen der verschiedenen Dimensionen des Wohlbefindens wurden bei 76 Patienten mit Glücksspielstörung vor und 1 Jahr nach der stationären Behandlung erhoben. Die Analyse zeigte, dass vor allem die Abstinenz-Gruppe im Follow-Up ein höheres Niveau an psychischem Wohlbefinden aufwies. Dies spiegelte sich insbesondere in signifikanten Anstiegen der Dimensionen "Autonomie" (p = .001) und "Meistern der Umwelt" (p = .001) wider. Im Gegensatz dazu zeigten Patienten, die immer noch Kriterien für eine Glücksspielstörung erfüllten, eine Abnahme des "persönlichen Wachstums" und der "positiven Beziehungen" zu anderen.

Fard, Rajabi, Delgoshad, Rad und Akbari (2014) untersuchten Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen (NEO), psychischem Wohlbefinden und Suchtpotential bei Universitätsstudenten. Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und Suchtpotential. Darüber hinaus wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit festgestellt. Insgesamt seien psychisches Wohlbefinden, Neurotizismus und Verträglichkeit die stärksten Prädiktoren für das Suchtpotential.

2.4 Theoretischer und empirischer Hintergrund zu den Kategorien des Interessen- und Aktivitätenspektrums

Der empirische und theoretische Hintergrund zur Kategorisierung der *belohnungsfähigen Alternativen* stützt sich auf suchttherapeutische Überlegungen und Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung. Vielfältige – insbesondere für Abhängigkeitserkrankungen – relevante Lebensbereiche sind dabei inbegriffen, um eine ausgewogene Lebensgestaltung und eine funktionale Emotionsregulation zu verwirklichen. Aus der neurobiologischen Perspektive, das Belohnungssystem zu rekonstruieren, zielen therapeutische Bemühungen darauf ab, alternative Interessen und Aktivitäten zu entwickeln, das psychische Wohlbefinden anhaltend positiv zu beeinflussen, neue suchtinkompatible stabile Gewohnheiten zu etablieren und das Suchtgedächtnis zu deaktivieren.

Nachfolgend sind die theoretischen und empirischen Hintergründe zu folgenden Kategorien dargestellt:

(1) Soziale Kontakte und Kompetenz, (2) Körperliche Bewegung und Sport, (3) Basisaktivitäten, (4) Geistige Aktivitäten, (5) Emotionale Kompetenz, (6) Erholung, (7) Erlebnis und Abenteuer, (8) Kunst und Kultur erleben, (9) Künstlerisch, kreativ tätig sein und Hobby, (10) Sich etwas Besonderes gönnen und Genuss und (11) Mediennutzung.

2.4.1 Soziale Kontakte und Kompetenz

Soziale Beziehungen und Interaktionen haben einen wichtigen Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit des Menschen (Kienle, Knoll & Renneberg, 2006). Sie können einen Beitrag leisten, Belastungen bzw. potenziell gesundheitsgefährdende Faktoren zu bewältigen, nicht krank zu werden oder sich von Erkrankungen wieder zu erholen (vgl. Bengel & Lyssenko, 2012).

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO], 2003) berichtete über soziale Determinanten von Gesundheit: Menschen, die über wenig soziale und emotionale Unterstützung verfügen, haben mit höherer Wahrscheinlichkeit ein geringeres Wohlbefinden, mehr Depressionen sowie stärkere Beeinträchtigungen und Behinderungen bei chronischen Krankheiten. Des Weiteren bestehe ein negativer Zusammenhang zwischen ungünstigen engen Beziehungen und körperlicher sowie psychischer Gesundheit.

Die Anzahl aktiver Bindungen und sozialer Rollen einer Person gilt als ein Indikator für die soziale Integration (Kienle et al., 2006). Eine gute soziale Integration in ein stabiles Netzwerk erleichtert die Bewältigung von Belastungen, indem zum Beispiel Hilfe (soziale Unterstützung)

bei der Kinderbetreuung geleistet wird, Verwandte bei finanziellen Schwierigkeiten aushelfen oder nach einer anstrengenden, arbeitsreichen Woche gemeinsame Aktivitäten mit Freunden psychisch entlasten (Bengel & Lysenko, 2012). Zudem besteht ein Zusammenhang von positiven Emotionen im sozialen Kontakt und schützenden psychologischen Variablen wie einem stabilen Selbstwertgefühl, hohen Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen (Uchino, Bowen, Carlisle & Birmingham, 2012a). Ein funktionierendes soziales Netzwerk übt einen positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus: z. B. mit dem Rauchen aufzuhören, weniger Alkohol zu konsumieren oder sportlich aktiv zu bleiben (Bengel & Lysenko, 2012; Gallant, 2003; Kienle et al., 2006). Andererseits ist aber auch die gegenteilige Richtung der Beeinflussung möglich (Erhöhung des Risikoverhaltens durch z. B. Modellernen, Animation). Die höchste Wahrscheinlichkeit, Unterstützung zu erhalten, liegt bei einem aktiven und problemorientierten Bewältigungsverhalten vor. Dagegen wird bei dysfunktionalen, passiv-vermeidenden Bewältigungsstilen am wenigsten Unterstützung angeboten, obwohl sie gerade dann am meisten benötigt wird (Antoniw, Borghardt & Weber, 2007; Winkeler, Filipp & Aymanns, 2006). Darüber hinaus wurden mehrfach Geschlechtsunterschiede gefunden: Frauen mobilisieren und erhalten meist mehr soziale Unterstützung als Männer (Matthews, Stansfeld & Power, 1999), nehmen subjektiv mehr Unterstützung wahr und sind meist zufriedener damit (Antonucci & Akiyama, 1987). Männer vertrauen sich am häufigsten einer Frau (meist ihrer Partnerin) an, wohingegen Frauen häufig über einen größeren "Unterstützerkreis" (u. a. Freundinnen und andere Familienmitglieder) verfügen, denen sie sich gegenüber öffnen (Berkman, Vaccarino & Seeman, 1993).

Nach dem Haupteffektmodell der sozialen Unterstützung wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung generell positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden hat – nicht nur unter starkem Stresserleben (Park, Wilson & Lee, 2004). Soziale Unterstützung hat gewissermaßen eine *Schutzschildfunktion* gegen Belastungen und kann bei Stresssituationen bzw. traumatischen Lebensereignissen als eine Art Puffereffekt fungieren, indem sie deren negative Folgen reduziert (Bengel & Lysenko, 2012). Weiterhin wird angenommen, dass die Wirkung sozialer Faktoren nach traumatischen Erfahrungen durch verschiedene Prozesse vermittelt ist:

- 1. Ein funktionierendes, stabiles soziales Netzwerk kann den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit geben, das die in der Situation empfundene Lebensgefahr abschwächt (Charuvastra & Cloitre, 2008).
- 2. Nach dem Konzept der Selbstöffnung ("self-disclosure"; vgl. Ehlers & Clark, 2000) kann ein verständnisvoller Austausch (Gespräche) mit Vertrauenspersonen ein Verarbeiten des Ereignisses und damit verbundene Gefühle unterstützen.

Nach Hautzinger (2018) ist der Aufbau sozialer und interaktioneller Fertigkeiten (Kompetenzen) zur Behandlung von Depressionen (häufige komorbide Erkrankung bei Sucht) wichtig, um dadurch einem Mangel an positiven Erfahrungen entgegenzusteuern. Ein längerfristig förderliches soziales Kontaktverhalten (günstige Interaktionsstile und Kommunikationsinhalte) wirkt sich positiv auf die Stimmung aus.

Die Empfehlungen der American Psychological Association (APA, 2008, Absatz 1) zur Resilienz, sich vor psychischen Erkrankungen besser zu schützen, beziehen Bemühungen um soziale Kontakte ausdrücklich mit ein:

"Make connections. Good relationships with close family members, friends or others are important. Accepting help and support from those who care about you and will listen to you strengthens resilience. Some people find that being active in civic groups, faith-based organizations, or other local groups provides social support and can help with reclaiming hope. Assisting others in their time of need also can benefit the helper."

2.4.2 Körperliche Bewegung und Sport

Das vielfach vorhandene Alltagswissen in den Industriestaaten, dass körperliche Bewegung und besonders auch Sport einen förderlichen Effekt zur Gesundheit beitragen und manchmal sogar zur Behandlung von Krankheiten geeignet sind, wurde in einer Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen bestätigt (Dishman, Heath & Lee, 2013; Dishman, Washburn & Heath, 2004). Der Begriff "lifestyle physical activity" (körperlich aktiver Lebensstil) steht in enger Beziehung zum Gesundheitsverhalten. Darunter fallen verschiedenste Arten körperlich-aktiver, nichtsportlicher Alltagshandlungen (z. B. Fahrradfahren, Spazierengehen oder das regelmäßige Benutzen von Treppen statt Aufzügen). "Sports" steht im Englischen allein für den Leistungs- und Wettkampfsport. "Exercise" bezeichnet Sporttreiben, das Personen ausüben, um ihrem Körper vorwiegend gesundheitsbedingt etwas Gutes zu tun (Brand, 2010). Im deutschsprachigen Raum umfasst Sport gezieltes Training, Übungen oder organisierte Formen körperlicher Aktivität (z. B. Gruppensport). Dazu zählen Leistungs- und Wettkampfsport sowie körperliche Aktivitäten mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, Erholung und Freizeitgestaltung (Lippke & Vögele, 2006).

Körperliche Aktivität steht eindeutig in einem positiven Zusammenhang mit diversen Gesundheitsparametern, wohingegen körperliche Inaktivität die Prävalenz von vielen chronischen Erkrankungen erhöht (Lippke & Vögele, 2006; WHO, 2002). Für den Breiten- und Freizeitsport ist grundsätzlich ein sehr hohes Potential in Bezug auf Prävention und Gesundheitsoptimierung anzunehmen. Bei dem Verhältnis zwischen Sport, Gesundheit und Leistung gilt es, auf

individueller Ebene ein ausgewogenes Maß zu finden (Jekauc, Reiner & Woll, 2014). Die WHO (2002) setzt Empfehlungen für ein Kriterium von 210 Minuten/Woche körperlich anstrengender Aktivität für Erwachsene an. Insbesondere ist dabei die Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit zu trainieren. Neuere Empfehlungen gehen von 30–60 Minuten mindestens mäßiger körperlicher Aktivität an 4–7 Tagen/Woche aus. Um also die gesundheitsförderliche Wirkung körperlicher Aktivität zu erreichen, sollte man wöchentlich mindestens dreimal für 30 Minuten sportlich aktiv sein (anstrengende körperliche Aktivitäten ausüben) oder sich täglich für wenigstens 30 Minuten körperlich bewegen (auf einem mäßigen Intensitätsniveau). Nur die wenigsten Menschen in unserer Gesellschaft erreichen dieses Mindestniveau körperlicher Aktivität (Lippke & Vögele, 2006). Für Deutschland liegen aktuelle Empfehlungen für unterschiedliche Personen- und Altersgruppen vor (Pfeifer et al., 2016).

Die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) und als kombinierte Quer- und Längsschnitterhebung konzipiert (Kamtsiuris, Lange, Hoffmann & Kurth, 2012). Demnach sind unter den 18- bis 79-Jährigen 72,6% der Männer und 65,4% der Frauen wenigstens einmal pro Woche *körperlich aktiv* und im Bereich *Sport* (mindestens eine Stunde pro Woche) 51,7% der Männer und 49,5% der Frauen *aktiv*. Die Empfehlungen der WHO erreichen allerdings nur 25,4% der Männer und 15,5% der Frauen. In jüngeren Altersgruppen ist das Aktivitäts- und Sportniveau tendenziell stärker ausgeprägt als in älteren Altersgruppen (Krug, Jordan & Lampert, 2012).

Körperliche Bewegung (Aktivität) und Sport in Zusammenhang mit psychologischen Parametern

Nach Dishman et al. (2004) verringert regelmäßige körperliche Aktivität nicht nur das Risiko für das Auftreten bestimmter körperlicher Erkrankungen (z. B. Darmkrebs: um 40–50%), sondern auch psychischer (z. B. depressive Störungen: um 20–30%). Die empirische sportpsychologische Forschung zeigt, dass regelmäßige körperliche Aktivität und besonders Sport das subjektive Wohlbefinden steigern und so auf die psychische Gesundheit Einfluss nehmen. In diesem Zusammenhang werden verschiedene psychophysiologische, neurowissenschaftliche und psychologische Hypothesen diskutiert. Hinzu kommt eine günstige Auswirkung auf protektive und ressourcenstärkende psychische Faktoren (z. B. Selbstkonzept), die sich sowohl bei psychisch Erkrankten als auch Gesunden aller Altersklassen auf die emotionale und geistige Gesundheit bezieht (Brand, 2010). Vor dem Hintergrund der empirischen Befunde ist das Potenzial körperlicher Aktivität für die Prävention und Therapie psychischer Störungen enorm (Schulz, Meyer & Langguth, 2012).

Psychisches Wohlbefinden:

Nach den Ergebnissen von Metaanalysen ist der positive Einfluss von sportlicher Aktivität auf die affektive Komponente des Wohlbefindens weitestgehend gesichert (Reed & Buck, 2009; Reed & Ones, 2006). Das Phänomen des vor allem bei Leistungssportlern bekannten Übertrainings zeigt jedoch, dass körperliches Training nicht in jedem Fall das psychische Wohlbefinden verbessert (Schulz et al., 2012).

Selbstwertgefühl:

Sportliche Aktivität stellt vor allem bei Personen mit anfangs niedrigem Selbstwertgefühl einen wichtigen Moderator für die positive Entwicklung des physischen Selbstkonzepts dar (Alfermann & Stoll, 2000; Brand, 2010).

Stress:

Körperliche Aktivität übt einen positiven Einfluss auf die hormonellen Stressregulationssysteme aus: Bei Trainierten zeigen diese eine stärkere Reaktivität und eine schnellere Regenerationsfähigkeit (Schulz et al., 2012).

Depression:

Körperliches Training kann bei Depressionen ähnlich wirksam sein wie eine medikamentöse Therapie. Zu diesem Ergebnis kommt eine amerikanische Studie, an der über 200 depressive Patienten teilnahmen. Darüber hinaus hält die Besserung der depressiven Symptomatik länger an, wenn Erkrankte nach Beendigung einer Behandlung sportlich aktiv sind (Blumenthal et al., 2007; Hoffman et al., 2011).

Angststörungen:

Bei der gut belegten positiven Wirkung körperlicher Aktivität auf Angstzustände und Angststörungen können Desensitivierungsprozesse eine Rolle spielen. Wipfli, Rethorst und Landers (2008) fassten 49 randomisierte kontrollierte Studien zusammen, die bis Januar 2006 publiziert wurden. In 46 dieser Studien wurde ein aerobes Ausdauertraining verwendet. Die Effektstärke über alle Studien mit insgesamt 3566 Teilnehmern lag im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen bei d = -0,48 (95%-KI -0,63 bis -0,33), im Vergleich zu Gruppen mit anderen anxiolytischen Therapieformen (Entspannungsverfahren, Stressmanagementedukation, Yoga, Gruppentherapie und andere) noch bei -0,19 (28 Studien, 1924 Teilnehmer).

Suchterkrankungen:

Auch für Suchtgruppen liegen (mehr oder weniger) qualifizierte sport- und bewegungstherapeutische Angebote vor (Brehm et al., 2014; Landale & Roderick, 2014). Sport und körperliche Aktivität können bei der Behandlung von Suchterkrankungen eine größere Vielfalt an psychischen und physischen Effekten erzielen als Interventionsstrategien oder pharmakologische Behandlungen (Park et al., 2016).

Anhand einer Metaanalyse (Wang, Wang, Wang, Li & Shou, 2014) wurden 22 randomisierte kontrollierte Studien auf Therapieeffekte von körperlicher Bewegung bei substanzgebundenen Abhängigkeiten ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass körperliche Betätigung die Abstinenzrate effektiv erhöhte, Entzugssymptome linderte und Ängste sowie Depressionen verringerte.

Anhand einer Studie (Nock, Minnes & Alberts, 2017) konnte belegt werden, dass "assistierte" körperliche Übungen die neuronale Aktivität in kortikal-subkortikalen Regionen steigern und den Dopaminspiegel im Gehirn während der Pubertät modulieren, was ein einzigartiges Fenster mit erhöhter Belohnungsempfindlichkeit und neuronaler Plastizität zur Vorbeugung und Zusatzbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen darstelle.

Bei der Therapie glücksspielbezogener Störungen empfiehlt Albrecht (2006) *moderates* (nicht extremes) *Wetteifern* in ein vielfältiges, sozial ausgerichtetes Gesamtkonzept zu integrieren, um den physiologischen Prozess der Rekonstruktion des Belohnungssystems zu fördern.

In einer sozialpsychologischen Grundlagenstudie (Bergler, Haase, Poppelreuter, Schneider & Wemhoff, 2000; zit. n. Hübner, 2012) zu Ursachen des Alkoholtrinkens Jugendlicher wurde festgestellt, dass ein aktives Sportverhalten in einem positiven Zusammenhang mit dem Verzicht auf Alkohol oder einem insgesamt gemäßigten Trinkverhalten steht. Jugendliche, die keinen oder nur gelegentlich Alkohol trinken, sind häufig Mitglied in einem Sportverein und sportlich aktiver als regelmäßige Alkoholtrinker. Demnach können körperlich-sportliche Aktivitäten einen Beitrag zur Stärkung sowohl physischer (insbesondere Fitnessfaktoren, d. h. Ausdauer, Kraft etc.) als auch psychosozialer Gesundheitsressourcen (u. a. sozialer Rückhalt, Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit, Wissen) leisten und in der Folge zur Vorbeugung und Bewältigung von physischen (u. a. Risikofaktoren wie Übergewicht oder Bluthochdruck) und psychosozialen Belastungssymptomen (u. a. psychische Beschwerden, Stress, Burn-out) beitragen. Daneben sind auch direkte Wirkungen denkbar, z. B. wenn durch die Beteiligung an sportlichen Aktivitäten vorhandene Belastungssymptome (z. B. Stress) abgepuffert oder wenn die Wahrnehmung von Symptomen (z. B. Beschwerden, Schmerzen) positiv beeinflusst werden (Brehm

et al., 2014). Psychosoziale Faktoren (z. B. soziale Unterstützung und Einbindung, Wissensund Kompetenzerweiterung, emotionales Erleben) sollten möglichst systematisch einbezogen werden, nicht nur zur Verbesserung von psychosozialen Gesundheitsaspekten wie etwa der "Ich-Stärke", sondern auch zur Stärkung von Motivation und Bindung an die körperlich-sportlichen Aktivitäten.

2.4.3 Basisaktivitäten

In dieser Kategorie geht es um Verpflichtungen und Aufgaben, die die Alltagsbewältigung betreffen. Müller et al. (2013) untersuchten zu Behandlungsbeginn glücksspielbedingte und zeitlich fortbestehende Stressbelastungen: Ihrer Ansicht nach tragen die nachwirkenden Folgen des Glücksspiels (z. B. unerledigte Alltagspflichten, Schulden, soziale/berufliche Konflikte, Legalitätsprobleme) zu einer ambivalenten Therapiemotivation und -abbrüchen bei. Die von der Spielsucht selbst verursachten und nach wie vor bedrückenden Sorgen und Nöte lösen immer wieder Rückfälligkeit aus. Unerledigte Aufgaben und Rückfälligkeit erhöhten zum einen die psychischen Belastungen, mündeten zum anderen in einem anhaltenden finanziellen Druck und einem zahlreich verstrickten Geflecht aus Lügen und Täuschungen gegenüber nahestehenden Personen (z. B. Partner). Da der Betroffene das exzessive Spielverhalten häufig über einen sehr langen Zeitraum verheimlicht und einen erheblichen Aufwand betrieben hat, den Schein einer »heilen Welt« zu bewahren, ist dies entsprechend in der Behandlung zu berücksichtigen und je nach individuellem Belastungsprofil sind möglichst kurzfristig wirksame Maßnahmen (z. B. frühzeitige Familiengespräche und Schuldnerberatung) einzuleiten, um den anhaltenden psychischen Belastungen entgegenzuwirken.

Zudem sind nach Ledgerwood und Petry (2006) impulsive (desorganisiert, zufällig) und vermeidende Bewältigungsstrategien, die sich weniger planvoll und reflexiv (nicht auf die Problemlösung bezogen) gestalten, ein Prädiktor für Rückfälligkeit. Dementsprechend ist zu empfehlen, Bewältigungsstrategien zu trainieren, die es ermöglichen, organisierter, planvoller, reflexiver und stärker auf die Lösung von (Alltags-)Problemen oder Konflikten bezogen vorzugehen. Dies ist auch bei substanzgebundener Sucht angezeigt. Beide Suchtformen weisen vergleichbar hohe Rückfallraten, einen Zusammenhang zwischen Stress bzw. Stresserleben und Ähnlichkeiten in Bezug auf Prozesse der kortikalen Reizverarbeitung auf (Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018).

Insbesondere tagesstrukturierende Maßnahmen zielen darauf ab, die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung zu trainieren: u. a. selbständige Tages- und Wochenplanung, Umgang mit den

oftmals begrenzten finanziellen Möglichkeiten, Selbstversorgung, Reinlichkeit der Räume, Alltag sinnvoll zu organisieren, Gesundheitsfürsorge, Verlässlichkeit und Pünktlichkeit. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, das Therapievorgehen auf den ganz persönlichen "Ist-Zustand" auszurichten und sowohl die individuellen Lebensverhältnisse (z. B. hoch problematische soziale Situationen: andauernde Arbeitslosigkeit, Isolation, Schulden, Hafterfahrungen, Obdachlosigkeit) als auch intrapsychische Faktoren einzubeziehen (z. B. Doppel- und Mehrfachdiagnosen) (vgl. Schröder, 2010; Gesamtverband für Suchthilfe e.V., 2019).

Häufig wird allerdings von den behandelnden (Reha-)Einrichtungen vorausgesetzt, dass diese Fähigkeiten bereits (ausreichend) vorhanden sind (Bachmann, 2017b). Nicht selten kommt es hierdurch zu Überforderungs- und Misserfolgserlebnissen beim Patienten, was sogar bis zur vorzeitigen Entlassung führt (z. B. "Jetzt reicht es, der Patient hat es wieder nicht geschafft, pünktlich aufzustehen, ist zu spät zur Ergotherapie erschienen!"). Ein gezieltes (verhaltenstherapeutisches) Training und Hilfe durch den Therapeuten unterbleibt, stattdessen werden zusätzlich disziplinarische Maßnahmen (Restriktionen) eingeleitet, wodurch sich der Druck auf den Patienten weiter erhöht und ein erneutes "Scheitern" wahrscheinlicher wird.

Der Aus- und Aufbau o. g. Fähigkeiten bzw. "Basisaktivitäten" (unter Einbezug einer guten Vorausschau) ist entsprechend den individuellen Ressourcen und dem jeweiligen Belastungsgrad zu fördern. Eine gewisse Abfolge der Alternativen zum Suchtverhalten ist dabei anzunehmen (damit Belastungen nicht kumulieren), so dass die Bewältigung der "Basisaktivitäten" häufig eine Voraussetzung für das Verstärkerpotential anderer Interessen und Aktivitäten sein dürfte (Bachmann, 2017a; Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

2.4.4 Geistige Aktivitäten

Nach Mörsen, Heinz, Fauth-Bühler und Mann (2011) weisen Ergebnisse neuropsychologischer Studien bei pathologischen Glücksspielern auf Beeinträchtigungen u. a. in folgenden kognitiven Bereichen hin: Unterscheidung zwischen relevanten und irrelevanten Informationen, exekutiven Funktionen (kognitive Prozesse, zum Erreichen eines definierten Ziels; Seiferth, Thienel & Kircher, 2013) sowie der Entscheidungsfindung.

Durch Drogen- und Alkoholkonsum bedingte Intoxikationen können beträchtliche kognitive Defizite auftreten, die sorgfältig zu diagnostizieren und entsprechend medizinisch und psychotherapeutisch zu behandeln sind (Kiefer & Schuster, 2017; Majić et al., 2017).

In dieser Kategorie geht es primär darum, sich vom Suchtverhalten zu lösen, belohnungsfähige Alternativen zu entwickeln und etwas plakativ ausgedrückt "auf andere Gedanken zu kommen". So fragen sich Patienten oft selbst, wann sie das letzte Mal ein Buch gelesen oder eine Fortbildung besucht haben. Weitere geistige Aktivitäten (z. B. Probleme lösen; Tagebuch schreiben; Romane, Gedichte, Erzählungen lesen; positive Zukunftspläne schmieden) sind möglicherweise für die Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung hilfreich. Dies ersetzt jedoch keine gezielt ausgerichteten Programme.

Geistige und körperliche Aktivitäten sind wichtige Prädiktoren für ein langes und gesundes Leben (Martin, 2000). Nach Grawe und Grawe-Gerber (1999) sind besonders die individuellen geistigen Ressourcen wie z. B. Wissen, Bildung und Interessen für einen Veränderungsprozess relevant. Ein aktiv-forderndes kognitives und physisches Leben im Alltag (soziale und berufliche Bereiche) wird u. a. als protektiv in Zusammenhang mit dementieller Entwicklung genannt (Oswald, 2004). Wie Studien belegen, wurde das Demenzrisiko bei Personen deutlich reduziert, die eine hohe Freizeitaktivität aufwiesen (Scarmeas, Levy, Tang, Manly & Stern, 2001). Eine bessere Ausnutzung der Reservekapazität des Gehirns durch entsprechende Aktivitäten und eine damit verbundene Verzögerung der klinischen Manifestation einer Demenz sind anzunehmen. Als günstig gelten insbesondere fluide und fordernde Aktivitäten, die einen hohen mentalen Anforderungscharakter aufweisen wie z. B. Schach oder das Spielen eines Musikinstrumentes (Schaie & Willis, 2002; Verghese et al., 2003).

Wie die Victoria Longitudinal Study (Hultsch, Hertzog, Small & Dixon, 1999) belegt, hat eine hohe kognitive Aktivität einen positiven Einfluss auf Gedächtnisfunktionen. Ältere Menschen, die sich mit intellektuell herausfordernden Aktivitäten beschäftigen, sind weniger von kognitiven Defiziten betroffen. Wer kognitiv aktiv bleibt, zeigt im Verlauf nur eine geringe Abnahme kognitiver Fähigkeiten. Andersherum können Individuen, die im Berufsleben überwiegend gedankenlose, routinemäßige Arbeiten verrichten, intellektuelle Flexibilität einbüßen. Hingegen zeigen Personen, die sich immer wieder neuen Anforderungen und Aufgaben (speziell Problemlösungen) stellen, keine oder nur wenig Veränderungen in kognitiven Leistungen (Rowe & Kahn, 1998).

In der Behandlung von Suchterkrankungen werden häufig ergänzend neurokognitive Trainings eingesetzt. Ziele sind u. a. die Entwicklung und Verbesserung kognitiver Fähigkeiten wie Realitätsbezogenheit und Problemlösungsstrategien, Verbesserung der Belastbarkeit, Konzentration, Gedächtnisleistung und Alltagsbewältigung. Zudem sollen die bei Suchterkrankungen betroffenen Hirnmechanismen gestärkt werden (Aufmerksamkeitsverarbeitung, kognitive

Kontrolle oder Inhibition) und so bei der Rückfallprävention helfen (Weisbrod, Aschenbrenner & Buschert, 2017).

Kognitive Trainings zur Verbesserung des Arbeitsgedächtnisses sind bei substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wirksam (Verdejo-Garcia, 2016). Außerdem haben sie zum Ziel, automatische kognitive Prozesse und damit verbundene aktivierte Handlungstendenzen auf suchtbezogene Reize zu hemmen.

Ein aktuelles Forschungsprojekt "Neuroimaging abhängigen Verhaltens" am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim untersucht die Wirksamkeit eines schachbasierten kognitiven Trainings bei Suchterkrankungen (vgl. Vollstädt-Klein., 2019). Angenommen wird, dass sich Schach als ergänzendes Therapieangebot bei Suchtkranken positiv auf die Behandlung auswirkt und zu messbaren Veränderungen im Gehirn führt (Verbesserung der Entscheidungsfindung und Kontrollprozesse zur Reduktion von Rückfälligkeit).

2.4.5 Emotionale Kompetenz

Emotionale Kompetenzen, speziell konstruktiv mit belastenden Emotionen umzugehen, sind für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von zentraler Bedeutung (Berking, 2017). Eine dysfunktionale Emotionsregulation ist häufig an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen und des Suchtgedächtnisses sowie an vielen anderen psychischen Störungen (Komorbiditäten) beteiligt (vgl. Bachmann & El-Akhras, 2014; Berking & Schwarz, 2013; Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018; Grüsser et. al., 2002). Emotionsregulation bezeichnet einen Prozess, durch den ein Individuum Einfluss darauf nimmt, wann und wie es Emotionen erlebt und ausdrückt. Sie gehört zu den Hauptkomponenten emotionaler Kompetenzen, worunter ferner die Aufmerksamkeit für die eigene emotionale Befindlichkeit, das Mitgefühl für andere (Empathie) und das Eingehen befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen gefasst werden (Salisch, 2002). Insbesondere der Ausbau positiver Emotionen (Freude, Vitalität, Hoffnung, Zuneigung etc.) und euthymer (stimmungsausgleichender) Verhaltensweisen ist Bestandteil der Gesundheitsförderung (vgl. Lutz, 1993). Barnow (2012) weist darauf hin, dass eine erfolgreiche Emotionsregulation dazu beiträgt, psychische Krisen zu verhindern. Folgende Fähigkeiten seien dabei zu fördern: Probleme zu lösen, Situationen neu zu bewerten (Reappraisal) und sie aus einer anderen Perspektive zu betrachten, die Unterstützung Dritter in Anspruch zu nehmen, unveränderliche Situationen auszuhalten sowie Meditation und Achtsamkeit einzubeziehen.

Auch im Bereich Stressmanagement spielen folgende emotionsregulatorische Strategien eine besondere Rolle (Kaluza, 2018):

- Unlustbetonte Emotionen (z. B. Angst, Ärger, Schuldgefühle, Enttäuschung, Kränkungserleben) und damit einhergehende aversive physiologische Spannungszustände nicht passiv
 auszuharren, sondern sie angemessen auszudrücken und positiv zu beeinflussen (z. B. Intensitätsminderung).
- Die emotionsregulierende Bewältigung ist nicht auf die Reduktion negativer Gefühle zu begrenzen, sondern positive Gefühlsqualitäten (wie z. B. Stolz, Freude, Begeisterung, lust-voll erlebte Spannung) sind anzustreben.

Weitere Punkte sind relevant (vgl. Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler & Caspar, 2010):

- offen zu seinen Gefühlen stehen,
- bestimmte Gefühle zulassen, anstatt sie generell zu vermeiden,
- akzeptieren können, dass es einem auch mal weniger gut geht,
- die Überzeugung, seinen Gefühlen nicht hilflos ausgeliefert zu sein ("positive Kontrollannahme").

2.4.6 Erholung

Der Begriff "Erholung", ursprünglich aus der Medizin stammend, bedeutet "wieder gesund zu werden". Ein Prozess ist gemeint, mit dem ein biologischer Organismus nach einer anstrengenden Tätigkeit, körperlicher Ermüdung und geistiger Erschöpfung von Verletzungen oder Krankheiten durch eine Ruhephase (Schlaf, Pausen, Entspannung) wieder regeneriert und Kräfte sammelt (Rekonvaleszenz; vgl. Brockhaus, 1988). Seit Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelt sich die Erholung zu einem eigenständigen Faktor des Freizeitwesens und umfasst Tätigkeiten der Entspannung, Aktivitäten inbegriffen. Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten ermittelten ineffektive Erholungsprozesse als Einflussfaktoren für die Entwicklung stressbedingter Erkrankungen (vgl. Gnau, 2009; Hoederath, 2009; Rabenhorst, 2014). Hierbei sagte mangelndes Erholungserleben Depressivität und eine schlechte Schlafqualität voraus. Die Annahme wurde bestätigt, dass Erholungsprozesse und insbesondere Erholungserleben zur psychischen Gesundheit und zum Wohlbefinden beitragen. Zudem kann die Ausführung erholsamer Aktivitäten (Erholungsverhalten) durch Planung und Selbstwirksamkeit gefördert werden. Für das psychische Wohlbefinden, die Gesundheit sowie die Balance zwischen Arbeit und Privatleben sind regelmäßige Erholungsprozesse wichtig (de Bloom et al., 2009; Jones, Burke & Westman, 2005; Sonnentag, 2003). Je nach theoretischem Modell ist Erholung eher ein:

- a) *passiver Vorgang*, in welchem der Erholungsprozess von selbst abläuft, wenn keine Anforderungen mehr an das Individuum gestellt werden (Erholungsmodell: Meijman & Mulder, 1998) oder
- b) ein *aktiver Prozess* durch die Ausführung verschiedener Tätigkeiten zur Wiederherstellung verbrauchter Ressourcen (Conservation-of-Resources-Modell: Hobfoll, 2001).

In der Erholungsforschung wird insbesondere untersucht, welche Aktivitäten als allgemein erholsam empfunden werden und was deren Auswirkungen sind (Rook & Zijlstra, 2006; Sonnentag & Bayer, 2005). So stehen bestimmte Aktivitäten in positivem Zusammenhang mit physischer und psychischer Gesundheit und können die negativen Effekte von Stress abschwächen (Sonnentag, 2001).

In dieser Untersuchung sind unter "Erholung" diejenigen Aktivitäten gefasst, die speziell mit diesem Begriff assoziiert sind und bei denen der Schwerpunkt auf dem Bereich Ruhe, Entspannung, neue Energie und Kräfte tanken liegt. In spezifischen Programmen zur Stressbewältigung sind verschiedene Techniken und Anregungen zur Herstellung einer ausgeglichenen Belastungs-Erholungsbilanz vorhanden. Hierunter fallen auch das »Nichtstun«, der Müßiggang und die »leere Zeit« zur Regeneration (vgl. Kaluza, 2018).

2.4.7 Erlebnis und Abenteuer

In diesem Bereich sind Erlebnisse und Aktivitäten zusammengefasst, die mit einem gewissen Grad an Erregung, Spannung, Spiel, Spaß, "mal etwas wagen" verbunden sind, einen Herausforderungscharakter haben, zur Selbstentdeckung beitragen und sich deshalb in besonderem Maße als Verstärker eignen. Mittlerweile haben Interventionen aus der Erlebnispädagogik und -therapie auch in der Suchttherapie Einzug gehalten. Spezielle Bewegungsaktivitäten in Natur und Landschaft, sogenannte Outdoor- oder Natursportaktivitäten wie beispielsweise Paddeln, Wandern oder Klettern gehören dazu (vgl. Liedtke, 2003).

Projektbezogene Aktivitäten wie z. B. das Einüben eines Theaterstücks, eine gemeinsame Aufführung mit "Show-Charakter", "kleine" Wettkämpfe und -bewerbe wie Tischtennis- oder "Mensch-ärgere-Dich nicht"-Turniere, Trecking- oder Kanutouren, Bogenschießen, Geocaching oder Exkursionen finden ein zunehmendes Interesse. Für etwa ein Drittel der Deutschen sind einer repräsentativen Studie nach Abenteuer und Spannung im Leben von hoher Relevanz (Pawlik, 2019a).

Verschiedene psychologische Modelle zum Risikoerleben und -verhalten, die auch physiologische Faktoren berücksichtigen, sind hierbei als Erklärungen miteinzubeziehen.

Das Aktivationsmodell von Hebb (1955) postuliert folgende individuelle Unterschiede: Personen mit relativ hohem optimalem Erregungsniveau können reizarme Situationen schwer aushalten, verspüren schnell Langeweile und suchen häufig nach äußerer Stimulation. Im Gegensatz dazu neigen Personen mit relativ niedrigem optimalem Erregungsniveau und hoher Monotonieresistenz zur Vermeidung von reizintensiven, variationsreichen Situationen.

Das Konzept des "Sensation-Seekings" drückt eine Verhaltensdisposition aus, die das Verlangen nach neuen, ungewöhnlichen und vielfältigen Erfahrungen sowie die Bereitschaft, physische und soziale Gefahren einzugehen, einbezieht (Zuckerman, 1979). Personen mit hoher Ausprägung suchen eine höhere äußere Stimulation, wohingegen diejenigen mit niedriger Tendenz dies eher vermeiden. Aus neurophysiologischer Perspektive ist anzunehmen, dass speziell das dopaminerge System neben genetischen Besonderheiten an der Ausprägung des "Sensation-Seekings" mitbeteiligt ist. Das Sensation-Seeking-Motiv wurde auch im Hinblick auf die Motivation von riskanten Sportaktivitäten untersucht. Es ergaben sich positive Zusammenhänge zwischen Sensation-Seeking-Werten und der Ausübung von Risikosportarten (Zuckerman, 1983).

Auch das empirisch fundierte bio-psycho-soziale Persönlichkeitsmodell von Cloninger (1987) unterstreicht die Bedeutsamkeit des dopaminergen Systems in Zusammenhang mit dem Konstrukt des Risikoverhaltens, wobei sich das Risikomotiv als Verhaltensdisposition leicht integrieren lässt (Kuhn & Todt, 2003). Folgende drei unabhängige Achsen sind darin beschrieben, die jeweils mit verschiedenen Neurotransmittern in Beziehung stehen:

- 1. Harm Avoidance (Schädigungs-Minimierung): schnelles Lernen, Strafe zu vermeiden und starke Reaktion auf aversive Reize (Serotonin).
- 2. Novelty Seeking (Suche nach Neuem): starkes Explorationsverhalten und Monotonie-Vermeidung (Dopamin).
- 3. Reward Dependance (Abhängigkeit von Belohnung): einerseits liebevoll, sozial engagiert bis emotional abhängig, andererseits unsensibles und weltabgewandtes Temperament (Noradrenalin).

Nach der "reversal theory" (Apter, 1992) wird im täglichen Leben zwischen der Suche nach Aufregung und der Vermeidung von Angst hin und her gewechselt. Zudem stellt die Lust am "Nervenkitzel" für die menschliche Natur eindeutig etwas ganz Grundlegendes und Normales dar (Apter, 1992), was die Suche nach spannenden und aufregenden Erlebnissen miteinschließt.

Aufgrund von theoretischen Zusammenhängen zwischen der Teilnahme an Glücksspielen und Persönlichkeitsmerkmalen wie Sensation-Seeking, Risikobereitschaft, Impulsivität sowie externalen Kontrollüberzeugungen ist zu vermuten, dass bei pathologischen Spielern signifikant höhere Ausprägungen auf diesen Dimensionen bestehen. Es ist naheliegend, dass Glücksspiele Risikosituationen beinhalten und entsprechende Persönlichkeitsmerkmale (Sensation-Seeking) einen Beitrag zur Aufklärung der Ursachen pathologischen Spielverhaltens leisten (Meyer, 2017c).

Die o. g. theoretischen Konzepte und damit verbundenen neurobiologischen Mechanismen lassen sich auch in Zusammenhang mit (substanzgebundenen) Suchterkrankungen einordnen. Was eine Person letztlich als (positive) Aufregung, Spannung und Abenteuer bewertet und erlebt, ist jedoch inter- und intraindividuell sehr verschieden. Die dazu potentiell in Frage kommenden Interessen und Aktivitäten sind deshalb vielfältig und heterogen. Diesen Bedürfnissen auf gesunde und sozial verträgliche Weise gerecht zu werden, ist ein wesentliches Behandlungsziel.

2.4.8 Kunst und Kultur erleben

Das Interesse für Kunst und Kultur und damit zusammenhängende Aktivitäten wie das Besuchen von Kunstausstellungen, Museen, Theater oder (Programm)-Kinos sind in den Bereichen Freizeitgestaltung, Erwachsenenbildung sowie in verschiedenen Angeboten zur Gesundheitsförderung und Psychotherapie enthalten. Zu nennen ist hierbei der Aufbau angenehmer Aktivitäten bei Depressionen und zur Stressbewältigung (vgl. Holmen, Cuypers, Theorell & Krokstad, 2015). Auch in verschiedenen Bildungsangeboten z. B. der Volkshochschulen wird der kulturell-künstlerische Bereich als ein wesentlicher Bestandteil angesehen. Hier wird zwischen kultureller Bildung und kulturellen Events (z. B. Opernbesuche, Musik-Sommer) unterschieden (Gieseke & Opelt, 2005). Die kulturell bildende Aufgabe besteht darin, die Menschen für die eigene Geschichte, andere Völker, Kulturen und Sprachen zu interessieren und einen Austausch anzuregen (Tippelt & von Hippel, 2010). Für jeden einzelnen sind Kunst, Kultur und kulturelle Bildung bedeutend: Eine Auseinandersetzung mit sich selbst und der Kunst sowie die Grundlage für individuelle Kreativität und eigenes künstlerisches Schaffen werden hierdurch gefördert (vgl. Bäßler, Fuchs, Schulz & Zimmermann, 2009). Eine Befragung in Deutschland ergab, dass im Jahr 2019 ca. 7,23 Millionen Personen in der deutschsprachigen Bevölkerung (ab 14 Jahre) besonderes Interesse an der Kunst- und Kulturszene hatten (Pawlik, 2019b).

2.4.9 Künstlerisch, kreativ tätig sein und Hobby

In multidimensionalen (stationären) Therapiekonzepten sind nonverbale Therapieformen, wie u. a. das kreative Gestalten, ebenfalls wichtige Bestandteile. Das Wort "Kreativität" stammt vom lateinischen Wort "creare", was übersetzt "erschaffen" bedeutet und somit unser gestalterisches, schöpferisches Potenzial beschreibt (Pastoors, 2018). Je nach Ausstattung der Klinik finden (im Einzel- oder Gruppensetting) ganz unterschiedliche Techniken und Materialien Anwendung: z. B. Töpfern, Hinterglasmalerei, Seidenmalerei, Aquarelltechniken, Holzbrandmalen, Makramee, Peddigrohr Flechten, Arbeiten mit Leder, Holz, Metall und Tiffany. Der Glücksspielvorgang ist eine überwiegend äußerst monotone und sogar stumpfsinnige Verhaltensweise, die ihren Anreiz in erster Linie durch die Gewinn- und Verlustmöglichkeiten erzielt. Nicht selten reagieren pathologische Glücksspieler beim kreativen Gestalten mit anfänglichem Unbehagen (Bachmann, 2017b). Ähnliche anfängliche Ressentiments sind auch bei anderen Suchtformen zu beobachten, wenn z. B. Materialien und Techniken zunächst allzu ungewohnt sind und manchmal eigenen Rollenvorstellungen widersprechen.

Sind nach einiger Zeit Widerstände und Berührungsängste abgebaut, ist das Erfolgserlebnis oft umso größer. Sich intensiv auf eine konstruktive, frei gestaltende Tätigkeit zu konzentrieren, dabei positive Empfindungen zu entwickeln, abzuschalten und zu entspannen, kann eine neue und lohnenswerte Erfahrung darstellen. Hier gilt, wie bei anderen Alternativen zum Suchtverhalten, diese positiven Effekte nicht nur für die Zeit des Entzugs und der Entwöhnung, sondern den Transfer in den Alltag für eine abwechslungsreiche und ausgewogene Lebensgestaltung zu nutzen.

Nach Schulze (2018) besteht ein evidenzbasierter Forschungsbedarf bei Künstlerischen Therapien, wonach methodische Möglichkeiten und Grenzen kunsttherapeutischer Untersuchungen im Gruppenkontext abzuwägen seien. Kunsttherapie ist als komplexe Intervention zu beschreiben, die sich durch einen flexiblen und situationsbezogenen Einsatz unterschiedlicher bildnerisch-künstlerischer Mittel und Medien auszeichnet. Sie zielt im Kontext von Gruppen insbesondere auf Ressourcenwahrnehmung und -erweiterung ab und aktiviert das Erleben von Resonanz.

Das kreative Gestalten in der Therapie ist vorrangig auf sich selbst und die Erlangung innerer Befriedigung ausgerichtet und nicht auf das Herstellen eines nützlichen Resultats oder die Anerkennung von anderen (Bischoff, 1992). Kreatives Gestalten darf keine Flucht in eine Phantasiewelt begünstigen, sondern eine konstruktive Auseinandersetzung auf unterschiedliche Materialien und Formen ist maßgeblich. Zudem werden vielfältige psychomotorische

Anforderungen an ein freies Gestalten gestellt und gefördert. Erst durch eine verbale Begleitung kann eine volle Wirkung entfaltet werden (Haerlin, 1982).

Erschwerte Sozialisationsbedingungen (u. a. enge räumliche Verhältnisse und wenig gestaltbare, deprivierende Umweltbedingungen) haben die Ausbildung kreativen Interesses häufig gar nicht ermöglicht. Durch einseitig ausgerichtete Sinneswahrnehmungen auf optische und akustische Reize wie z. B. beim Glücksspielen haben psychomotorische Fähigkeiten (Bewegen, Fühlen, Tasten) oft erheblich abgenommen. Daher sind die Sinneswahrnehmungen und das Handlungspotenzial insgesamt erheblich zu erweitern (Bachmann, 2017b). Künstlerische Tätigkeiten fördern das Wahrnehmen (Selbsterfahrungsprozesse) von inneren Bildern, Wünschen, Gedanken und Gefühlen (Muschler, 2013; Plecity, 2006). Zudem kann künstlerisches Schaffen "Flow-Erlebnisse" hervorrufen und eine daraus resultierende Distanz von alltäglichen Anforderungen die Entwicklung von Problemlösungen erleichtern (vgl. Csikszentmihalyi, 1992; Gerber-Eggimann, 2005). Weiterhin kann Kreativität eine Ressource zur Verarbeitung belastender Erfahrungen sein (Seiffge-Krenke, 2009). Neben der künstlerischen Gestaltung sind weitere Tätigkeiten (z. B. Musik und Gesang, Fotografie, kreative Computerarbeit) dem selbsttätigkreativen Typus zugehörig (vgl. Gieseke & Opelt, 2005; Holmen et al., 2015).

Anhand einer Metaanalyse von Hohmann, Bradt, Stegemann und Koelsch (2017) wurde systematisch nach Effekten von Musik, Musiktherapie und musikbasierten Interventionen gesucht und 34 quantitative und sechs qualitative Studien einbezogen. Die Ergebnisse waren jedoch in allen Studien inkonsistent. Darüber hinaus konzentrierten sich viele randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) auf die Auswirkungen einzelner Sitzungen. Es konnten keine veröffentlichten Längsschnittstudien gefunden werden. Die Analyse der qualitativen Studien ergab vier Themen: emotionaler Ausdruck, Gruppeninteraktion, Entwicklung von Fähigkeiten und Verbesserung der Lebensqualität. Für zukünftige Untersuchungen sind möglicherweise motivationale und soziale Variablen (Gemeinschaftsgefühl fördern) stärker einzubeziehen. Zusammenfassend bleibt aufgrund der Heterogenität der Studien die Wirksamkeit von Musiktherapie und musikbasierter Interventionen bei Abhängigkeitserkrankungen nach wie vor unklar.

Hobby

Betreibt eine Person mit Vorliebe (und einem gewissen Eifer) eine entsprechende Freizeitaktivität regelmäßig, ist sie als Hobby zu bezeichnen (Hobby; Duden online, 2019).

Die Begriffe "Freizeit" und "Hobby" sind relativ breit gefasst, global und eher unspezifisch, so dass prinzipiell diverse Beschäftigungen (außer Pflichten und berufliche Aktivitäten) hierunter verstanden werden, wie z. B. Angeln und Dinge sammeln.

2.4.10 Sich etwas Besonderes gönnen und Genuss

Euthyme Verfahren wie z. B. Genusstrainings sind ein etablierter Bereich in der Therapie von Suchtkranken und eine Ergänzung im gesamten Behandlungskonzept. Die sogenannte "Kleine Schule des Genießens" (ursprünglich für depressive Patienten entwickelt) bewirkt auch bei Abhängigkeitserkrankungen störungsspezifische positive Effekte (Koppenhöfer, 2004, 2005). Das Genusstraining stellt eine Anleitung zur Wahrnehmungsdifferenzierung, Aufmerksamkeitsfokussierung, zum Wiederentdecken und Erforschen der einzelnen Sinne (Riechen, Schmecken, Hören, Sehen, Tasten) sowie zur Vermittlung einer hedonistischen (Genuss bejahenden) Lebenseinstellung dar. Beim Genießen spielen u. a. Achtsamkeit, Zeit, Gefühle und Bedürfnisse eine wichtige Rolle (Handler, 2009). Verschiedene Übungen zur Schulung der Sinne (z. B. Schmecken einer Rosine) und Anregungen für gedankliche Vorstellungen, zum Phantasieren und zur Vorfreude sind inbegriffen. Genuss in den Alltag zu integrieren und die sogenannten "kleinen Dinge" wieder mehr wahrzunehmen (z. B. den Geruch von frischem Gebäck, eine Tasse Tee trinken, den Sternenhimmel betrachten) sind ein wesentliches Ziel.

2.4.11 Mediennutzung

Nach einer repräsentativen Untersuchung zum Freizeitverhalten der deutschen Bevölkerung setzt sich die Mediatisierung weiter fort (Stiftung für Zukunftsfragen, 2019): Hiernach bleibt das Fernsehen weiterhin auf dem ersten Platz (94% schalten regelmäßig, wenigstens einmal pro Woche ein), danach kommen Radiohören (88%), Telefonieren von daheim (87%), im Internet surfen (81%) und Telefonieren mit dem Smartphone (73%). Das Nutzen des Smartphones für andere Aktivitäten ist ebenfalls für 57% der Bevölkerung selbstverständlich und die Freizeit wird immer häufiger online verbracht. Betätigungen wie Chatten, Spielen (Gaming) oder Surfen haben sich alleine in den vergangenen fünf Jahren mehr als verdoppelt.

Die Frage nach der Gestaltung des Nutzungsverhaltens (z. B. vorwiegend passiv-konsumierend, eher aktiv zur Kommunikation, sozialen Vernetzung oder Aktivitäten, die aus dem Alltag in die Medien verlagert sind wie etwa online einkaufen) scheint insbesondere für den Bereich der Suchterkrankungen relevant. Im Weiteren stellen Verhaltensweisen wie Computer-(Online-)spielen und Fernsehen bei exzessivem Gebrauch ein erhöhtes Rückfallrisiko

dar, was vor allem bei pathologischen Glücksspielern aber auch bei anderen Suchtformen anzunehmen ist (Bachmann, 2017a).

Auch Online-Glücksspiele (z. B. Wettmöglichkeiten in Echtzeit, Internetcasinos, virtuelle Spielautomaten über Smartphone, Tablet, PC) werden zunehmend mehr genutzt. Daneben stellen kostenlose Spielformen mit Glücksspielinhalten in sozialen Netzwerken wie Übungsund Demospiele oder Computer- und Videospiele (simuliertes Glücksspiel) eine besondere Gefahr dar (Bachmann, 2017a; Meyer, 2017a, Müller et al., 2014).

Beim Vergleich jugendlicher Problemspieler (Glücksspiele) mit einer Kontrollgruppe (Hurrelmann, Schmidt & Kähnert, 2003) wiesen Problemspieler einen erhöhten wöchentlichen Fernseh-/Videokonsum und längere Zeiten in ihrer Freizeit am Computer auf. Zwischen Mädchen und Jungen bestanden hinsichtlich des Fernseh- und Videokonsums keine Unterschiede, bei der Computernutzung lagen die Jungen jedoch erheblich höher.

Nach einer Untersuchung von Müller et al. (2014) ergaben sich folgende Ergebnisse zum Internetgebrauch: Problematisch Spielende nutzen Internetglücksspiele, Online-Computerspiele, Online-Sexangebote, Chats und Mails sowie Online-Einkaufsportale signifikant häufiger als Kontrollpersonen. Dagegen suchen Kontrollpersonen öfter Rechercheportale auf. In einer Studie zur Gesundheitspsychologie von Maaß, Hahlweg, Heinrichs, Kuschel und Döpfner (2010a) zeigten sich bereits im Kindesalter signifikante Zusammenhänge zwischen der täglichen Fernsehnutzung und vermehrten Schlafproblemen, aggressivem Verhalten und Aufmerksamkeitsdefiziten. Zudem gehe ein erhöhter Fernseh- und Spielkonsolengebrauch mit geringeren rechnerischen Fähigkeiten einher und Spielkonsolenkonsum stehe zusätzlich mit geringeren sprachlichen Fähigkeiten in Zusammenhang (Maaß et al., 2010b).

Diese Befunde verdeutlichen bereits frühe negative Effekte einer exzessiven Mediennutzung und unterstreichen die Relevanz eines vielseitigen Interessen- und Aktivitätenspektrums aus einer gesundheitspsychologischen Perspektive. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass personenbezogene soziale Kontakte und Bewegung nicht zu kurz kommen.

3 Methodik

3.1 Bisherige empirische Erkenntnisse in Zusammenhang mit den Fragestellungen

Wie bisherige empirische Befunde nahelegen, sind alternative, substanzfreie Verstärker dazu in der Lage, vor Substanzkonsum zu schützen und zur Verbesserung der Lebensgestaltung beizutragen (vgl. Acuff et al., 2019; Daugthers et al., 2018; Fenzel, 2005; Martínez-Vispo et al., 2018; Meshesha et al., 2015; Vaughan et al., 2009). Die Autoren regen an, eine Kategorienbildung vorzunehmen, da bestimmte Aktivitätengruppen (z. B. Bewegung, Soziales) einen stärkeren Effekt haben dürften als andere. Da nur "Total-Scores" oder globale Durchschnittswerte errechnet werden, bemängeln sie außerdem, dass die metrische Grundlage fehle, individuelle Maßnahmen zuzuweisen. Hinzu kommt, dass überwiegend "Enjoyments" und sogar substanzbezogene Verstärker mit in die Aktivitäten-Auswahl einflossen, wahrscheinlich weil teilweise keine Trennung zwischen Depressions- und Suchtgruppe stattfand. Eine fehlende Abstinenzausrichtung ist außerdem damit zu erklären, dass das Postulat einer Deaktivierung des Suchtgedächtnisses nicht in die therapeutischen Überlegungen einfloss und dass bei einer Vielzahl der Studien die Stichproben aus nicht-klinischen Populationen stammten (vorwiegend College-Studenten).

Richtungsweisend wurde bei gestörtem Glücksspielverhalten empirisch nachgewiesen, dass eine Erweiterung des eigenen, zuvor als eingeschränkt erlebten Verhaltensspektrums und Aktionsradius mit einer höheren Lebensqualität assoziiert ist (Koch et al., 2016). Allerdings wird bei den alternativen Handlungen (z. B. Sport oder Spaziergängen) vom Metakonzept "Ablenkung" ausgegangen. In Bezug auf das hier beschriebene Postulat, das Suchtgedächtnis durch belohnungsfähige Alternativen zu deaktivieren, kommt diesem Sachverhalt jedoch eine höhere Bedeutung zu.

3.2 Untersuchungsplan

Die Grundannahmen des bio-psycho-sozialen Ansatzes lauten kurz zusammengefasst, dass es im Verlauf der Entstehung des Suchtverhaltens zu einer Absorption des Interessen- und Aktivitätenspektrums (IAS) kommt und sich eine neurobiologische Dysfunktionalität des Belohnungssystems und ein persistierendes Suchtgedächtnis entwickeln (siehe nächste Seite Tabelle 1). Zur Untersuchung der Fragestellungen sind zwei Studien geplant. Bei dem zweistufigen,

querschnittlichen Untersuchungsdesign (Ein-Punkt-Messungen) sind quantitative Selbstberichtsdaten an selbst selektierten Stichproben zu erheben.

Tabelle 1 Untersuchungsplan

Im Verlauf der Entstehung d	Therapeutische Schlussfol- gerungen							
Einseitige/monistische Emot Interessen- und Aktivitätensplität des Belohnungssystems dächtnisses	Rekonstruktion des Beloh- nungssystems durch den Aufbau suchtinkompatibler Alternativen							
Studie 1	Studie 2	Therapeutische Maßnahmen						
"Expertenbefragung"	"Patientenbefragung" Gruppenvergleiche:	.,						
 Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung IAS-Fragebogen: 	 Suchtkranke Psychisch Kranke, PK Fachpflegeschüler, KG 	 Erfassung eigener Ressourcen durch den IAS-Istzustand Bestimmung der belohnungsfähigen Alternativen durch den IAS-Sollzustand Vielfältigkeit und Umsetzbarkeit der Zielsetzungen beachten Änderungswünsche/ Vorhaben als neue, gut verankerte Gewohnheiten etablieren Konstruktive Emotions- 						
 Kategorienbildung Belohnungswert- Einschätzung Welche Aktivitäten und Interessen eignen sich als "Highlight"? 	 IAS-Fragebogen: IAS-Istzustand IAS-Änderungswunsch/ Sollzustand Zielerreichungs-/Umsetz- barkeitseinschätzung Welche Aktivitäten und Interessen eignen sich als "Highlight"? Mit dem IAS-Istzustand in Beziehung stehende Variab- 							
	len: • Abhängigkeits- Diagnostik • Stressbewältigung • Prokrastination • Lebenszufriedenheit • Grad der psychischen Symptomatik/Belastung • Suchtverlangen	regulation • Voraussetzungen für eine zufriedene Abstinenz und ausgewogene Lebensgestaltung verbessern						

Der erste Teil der *Studie 1* ("Expertenbefragung") widmet sich der Kategorienbildung. In die vorläufig vorgenommene Kategorisierung sind Erkenntnisse aus der Sucht- und Gesundheitsforschung sowie Richtlinien der WHO eingeflossen. Die Experten, Psychologische

Psychotherapeuten in Ausbildung (Verhaltenstherapie), ordnen die einzelnen Interessen und Aktivitäten vorgegebenen IAS-*Kategorien* zu. Als nächstes haben sie die Aufgabe, die Interessen und Aktivitäten (Items) nach ihren Belohnungswerten einzuschätzen. Darüber hinaus treffen sie eine Auswahl, welche der Items sich als "Highlights" eignen.

Die Studie 2 ("Patientenbefragung") beinhaltet einen IAS-Gruppenvergleich zwischen Sucht-kranken (Alkoholabhängige, Pathologische Glücksspieler, Drogenabhängige), einer weiteren Versuchsgruppe "Psychisch Kranke" (PK) und einer Kontrollgruppe (KG). Zu erheben sind das Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS-Istzustand), die IAS-Änderungswünsche (Sollzustand) und der Grad der erwarteten Umsetzbarkeit eigener Zielsetzungen. Des Weiteren ist zu erfassen, welche Interessen- und Aktivitäten sich als "Highlight" eignen. Zusätzlich sind mit dem Interessen- und Aktivitätenspektrum in Beziehung stehende Variablen anhand weiterer Skalen (siehe Untersuchungsplan) einzustufen.

Therapeutische Schlussfolgerungen

Hypothetisch leiten sich die therapeutischen Schlussfolgerungen folgendermaßen skizzenhaft ab: Die empirische Untersuchung hat zum Ziel, die Voraussetzungen für einen *individuell angepassten Interessen- und Aktivitäten-Aufbau* zu verbessern. Dazu ist es notwendig, die vorhandenen *Ressourcen* durch den *IAS-Istzustand* heranzuziehen. Die zusätzlich erfassten Änderungswünsche, bestimmte Interessen und Aktivitäten häufiger auszuüben, ermöglichen dann, die individuellen Therapieziele (*IAS-Sollzustand*) festzulegen. Auf der Grundlage der Kategorienbildung, Belohnungswert-Einschätzungen und Gruppenvergleiche ist eine Neuausrichtung des Interessen- und Aktivitätenspektrums als therapeutische Maßnahme anzustreben. Insbesondere die Entwicklung eines vielfältigen und differenzierten Interessen- und Aktivitätenspektrums zur Rekonstruktion des Belohnungssystems und Deaktivierung des Suchtgedächtnisses scheint von wesentlicher Bedeutung zu sein. Nur wenn Ziele tatsächlich umgesetzt und als neue Gewohnheiten im Verhaltensrepertoire stark verankert sind, ist das therapeutische Vorhaben gelungen, zu einer konstruktiven Emotionsregulation, anhaltend zufriedenen Abstinenz und ausgewogenen Lebensgestaltung beizutragen.

3.3 Fragestellungen und Hypothesen für die Studien 1 und 2

3.3.1 Fragestellungen und Hypothesen für die Expertenbefragung (Studie 1)

Vor dem Hintergrund der neurobiologischen Annahmen und des aktuellen Forschungstandes sind die Fragestellungen abgeleitet, die substanzfreien Alternativen aus einer

verhaltenstherapeutischen "Expertensicht" von Psychologen nach Kategorien zu ordnen und hinsichtlich ihrer Belohnungsfähigkeit und Eignung als "Highlights" einzuschätzen. Die Auswahl der zu untersuchenden Interessen und Aktivitäten und der angenommenen Kategorien orientiert sich neben suchttheoretischen Erkenntnissen, insbesondere des bio-psycho-sozialen Ansatzes, an der Gesundheitsforschung. Es ist anzunehmen, dass sich die Interessen und Aktivitäten nach unterschiedlichen Kategorien ordnen lassen, und sie sich hinsichtlich ihres Grads der Belohnungsfähigkeit voneinander unterscheiden.

Die hieraus resultierenden *Hypothesen* und dazugehörigen Begründungen lauten folgendermaßen:

Hypothese 1 – Die Interessen und Aktivitäten lassen sich nach den vorgegebenen Kategorien einordnen.

Wie in der Forschung vielfach bestätigt und bereits dargestellt wurde, gibt es verschiedene Interessens- und Aktivitätsbereiche, die dafür geeignet sind, für einen psychischen Ausgleich zu sorgen und das Befinden positiv zu beeinflussen. In den bisherigen bekannten Listen handelte es sich vorwiegend um Kataloge mit einzelnen Tätigkeiten ohne eine zufriedenstellende Kategorisierung bzw. Systematisierung der Items. Die Kategorisierung durch Experten dient dazu, die Einordnung der Interessen und Aktivitäten in Untergruppen empirisch zu fundieren und eine Grundlage für die statistische Analyse (Skalierung) weiterer Fragestellungen zu erhalten. Da sich die einzelnen Interessen und Aktivitäten z. T. mehreren Kategorien zuordnen lassen, ist das Ziel, die am besten bzw. ehesten geeignete Unterteilung zu finden, ohne einen Absolutheits- und Vollständigkeitsanspruch zu erheben. Den Kategorien liegen somit keine distinkten, theoriegeleiteten Konstrukte zugrunde (deduktiver Prozess).

Hypothese 2 – Die Belohnungswerte der Interessen und Aktivitäten unterscheiden sich Die Interessen und Aktivitäten (sowie die übergeordneten Kategorien) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wirkungsgrade (Belohnungswerte) auf das psychische Befinden.

Bei der Rekonstruktion des Belohnungssystems ist zu berücksichtigen, dass die Alternativen eine möglichst hohe Belohnungsfähigkeit erzielen und das Interessen- und Aktivitätenspektrum ausreichend dazu in der Lage ist, das Suchtgedächtnis zu deaktivieren.

Spitzer (2004) nimmt in diesem Zusammenhang an, dass Suchterkranke insgesamt "mehr tun müssen" als die Gesamtpopulation, um für einen ausreichenden Ausgleich zu sorgen: Zum einen besäßen alternative Verhaltensweisen und Erlebnisse einen niedrigeren Effekt auf das Belohnungssystem als Suchtmittel und zum anderen bestünden dauerhafte neurobiologische

Veränderungen in Zusammenhang mit dem "Suchtgedächtnis" (z. B. veränderte Sensitivierungsprozesse, Toleranzschwelle etc.).

Die Zielsetzung ist deshalb, das Belohnungssystem auf anderem Weg zu aktivieren und an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu entwickeln. Nur so ist es möglich, die Prozesse im Gehirn langfristig zu verändern und die Abstinenz nicht dauerhaft als Verlust zu erleben. Nur wenn die Abstinenz (*lerntheoretisch und neurobiologisch*) letztlich einen Vorteil gegenüber dem Suchtverhalten darstellt, wird sie langfristig beibehalten (Bachmann & Bachmann, 2018).

3.3.2 Fragestellungen und Hypothesen für die Patientenbefragung (Studie 2)

Die Fragestellung lautet, ob sich empirisch nachweisen lässt, dass bei Suchtkranken ein geringeres und weniger differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum vorliegt. In Folge von Konditionierungsprozessen ist es durch eine einseitige (monistische) Emotionsregulation durch das Suchtverhalten zu einer Dysfunktionalität des Belohnungssystems gekommen. Strukturelle Veränderungen in diesem Teil des Gehirns tragen erheblich zur Entstehung und Aufrechterhaltung des gestörten Glücksspielverhaltens und substanzgebundener Abhängigkeitserkrankungen bei. Das Interessenspektrum verengt sich immer weiter (Interessenabsorption) und alternative, suchtinkompatible Verhaltensweisen, die ebenfalls belohnend wirken, treten immer mehr in den Hintergrund, bis das Suchtverhalten quasi zum zentralen Lebensinhalt wird (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b). Dieser Sachverhalt ist auch in den Diagnosekriterien bei den unterschiedlichen Suchtformen enthalten. Welche Unterschiede gibt es zwischen Suchtkranken und einer "gesunden" Kontrollgruppe hinsichtlich ihres Interessen- und Aktivitätenspektrums? Worauf müssen Suchtkranke besonders achten, um zur Emotionsregulation und Generierung der "Wohlfühlchemie" nicht mehr auf das Suchtverhalten zurückzugreifen. In welchem Ausmaß sind Ressourcen (IAS-Istzustand) messbar, woraus sich individuelle Therapiezielsetzungen ableiten lassen? Gibt es konkrete Änderungswünsche zum Ausbau des Interessen- und Aktivitätenspektrums, die das direkte Zuweisen von Maßnahmen noch weiter erleichtern? Die besten Vorsätze verfehlen ihren Zweck, wenn sie nicht umgesetzt werden. Deshalb ist eine Auseinandersetzung mit der Umsetzbarkeit vorzunehmen - sind die therapeutischen Zielsetzungen realistisch? Weiterhin ist zu prüfen, ob sich aus der Item-Auswahl "Highlights" bestimmen lassen, die einen Ausstieg aus dem Alltag ermöglichen und in die Rekonstruktion des Belohnungssystems einzubeziehen sind?

Hypothese 3 – Das Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS-Istzustand) ist bei Suchtkranken geringer und weniger differenziert

Es ist anzunehmen, dass die Suchtkranken (gesamt) im Vergleich zur Kontrollgruppe ein (a) geringeres und (b) weniger differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum (Istzustand) aufweisen. (c) Darüber hinaus sind Unterschiede hinsichtlich der Änderungswünsche und der Einschätzung zur Umsetzbarkeit (Zielerreichung) zum Interessen- und Aktivitätenspektrum zu vermuten.

Interne/externe Validität:

Eine weitere Fragestellung ist: Lassen sich Zusammenhänge zwischen dem Interessen- und Aktivitätenspektrum und verwandten Konstrukten nachweisen? Somit stellt sich die Frage, ob hohe IAS-Istzustand-Werte mit einer adäquateren Stressbewältigung, einer positiven Ziel-/Umsetzbarkeitseinschätzung und höheren Lebenszufriedenheit einhergehen? Andererseits wäre anzunehmen, dass ein hoher IAS-Istzustand mit einem geringeren Aufschiebeverhalten (Prokrastination), IAS-Änderungswünschen, psychischen Belastungen und weniger Suchtverlangen einhergeht. Hierdurch ist zudem eine externe Validierung der IAS-Kategorien (Skalen) angestrebt. Zum Nachweis einer akzeptablen internen Validität sind positive Zusammenhänge zwischen den IAS-Kategorien zu erbringen. Außerdem sind die Diagnosen der Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Glücksspiel, Drogen und Medikamente) und mögliche Komorbiditäten zu verifizieren, um eine valide Differenzierung der verschiedenen Untersuchungsgruppen zu erzielen.

3.4 Erstellung des Item-Katalogs zum Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS) als Grundlage für beide Studien

Die Item-Sammlung des Fragebogens für beide Studien zum positiv wirksamen Interessen- und Aktivitätenspektrum erfolgte in verschiedenen Etappen:

- a) Eine erste Version einer Liste mit Interessen und Aktivitäten (Struktur- und Aktivitätsplan: Alternativen zum Suchtverhalten, alltägliche Aktivitäten und "Highlights") und erste Einschätzungsversuche mit 1–3 Pluspunkten (+, ++, +++) der einzelnen Items wurde von Meyer und Bachmann (2005) herausgegeben. Diese wurde bereits langjährig erprobt und stetig weiterentwickelt, u. a. durch die Mitwirkung von Fachpflegeschülern, Suchttherapeuten, Psychologen und Einschätzungen bzw. Anregungen durch die Suchtkranken selbst.
- b) Die vorhandene Item-Sammlung wurde mit der Skala antidepressiver Verhaltensweisen (ADV-L) von Hautzinger (1990) sowie mit unsystematischen Listen positiver

Freizeitaktivitäten (z. B. aus dem Internet) verglichen, um Ergänzungen und Verbesserungen vorzunehmen. Eine Schwierigkeit bestand darin, die aufgefundenen Auflistungen von Doppelnennungen zu bereinigen. Items, die sich aus inhaltlichen Überlegungen als ungünstig erwiesen (z. B. "Alkohol trinken"), wurden nicht übernommen.

- c) Darüber hinaus war es das Ziel, das Spektrum an Alternativen zu erweitern und eine möglichst hohe Vielfalt und Differenziertheit zu erhalten, z. B. auch Bereiche der Emotionsregulation, der Alltagsbewältigung und Problemlösestrategien mit einzubeziehen.
- d) Überdies wurden erste Kategorisierungsversuche unternommen, um eine konkretere Einordnung und Struktur bezüglich der Items zu erhalten.
- e) Neben methodischen Aspekten war auch eine ansprechende Gestaltung des Layouts des Fragebogens zu berücksichtigen (vgl. Porst, 2014).

3.5 Expertenbefragung (Studie 1)

Zunächst (Studie 1) fand eine Expertenbefragung statt, in der die Fragestellungen zum Interessen- und Aktivitätenspektrum im Hinblick auf die Kategorien-Zuordnung, Belohnungsfähigkeit und Eignung der Items als "Highlights" zu beantworten war.

3.5.1 Stichprobe

Insgesamt nahmen an der Expertenbefragung 91 Probanden, Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie, teil. Die erste Gruppe (n = 46) erhielt die erste Hälfte und die zweite Gruppe (n = 45) die andere Hälfte der Fragen (jeweils 88 Interessen und Aktivitäten). Die Split-Half-Versionen der Fragebögen ("Paper-Pencil") umfassten eine Bearbeitungsdauer von ca. 20–30 Minuten.

Alter und Geschlecht

Expertengruppe A: Es nahmen 46 Personen teil, davon waren 35 weiblich (76,1%) und 9 männlich (19,6%); 2 Personen machten keine Angabe zum Geschlecht (4,3%). Das Alter der Teilnehmer lag zwischen 23 und 57 Jahren mit einem Mittelwert von 31,71 und einem Median von 29,00 (SD = 7,69). Es gab einen Fehl-Wert.

Expertengruppe B: Von den teilnehmenden 45 Personen waren 38 weiblich (84,4%) und 4 männlich (8,9%); 3 Personen machten keine Angabe zum Geschlecht (6,7%). Das Alter der

Teilnehmer lag zwischen 25 und 46 Jahren mit einem Mittelwert von 30,47 und einem Median von 29,00 (SD = 4,93).

Ausbildungsjahr

Expertengruppe A: 45,7% befanden sich im 1., 21,7% im 2., 23,9% im 3. und 6,5% im 4. Ausbildungsjahr. 2,2% machten keine Angabe. Der Mittelwert belief sich auf 1,91, der Median lag bei 2 und die Standardabweichung bei 0,99.

Expertengruppe B: 44,4% waren im 1. Ausbildungsjahr, 22,2% im 2., 28,9% im 3., und es gab zwei fehlende Werte mit 4,4%. Der Mittelwert lag bei 1,84, der Median bei 2,0 und die Standardabweichung betrug 0,87.

Berufspraxis

Expertengruppe A: Der Mittelwert lag bei 3,6 Jahren, der Median bei 2,0 und die Standardabweichung bei 5,14. Es gab einen Fehl-Wert.

Expertengruppe B: Der Mittelwert lag bei 3,81 Jahren, der Median bei 2,0 und die Standardabweichung betrug 3,47.

3.5.2 Erhebungsinstrument

3.5.2.1 IAS-Fragebogen (Experten-Version) und Pretest

Zunächst erfolgten mehrere Pretests, an denen Psychologen teilnahmen. Der Fragebogen war im Hinblick auf verschiedene Faktoren zu prüfen: Verständlichkeit der Instruktionen und Items, Durchführbarkeit und inhaltliche Tauglichkeit der Kategorien. Von der offenen Beantwortung bezüglich der Frage nach zusätzlichen Items machten die Teilnehmenden kaum Gebrauch und die Ergebnisse bezogen sich lediglich auf den "Ausdruck", so dass der Item-Katalog nicht wesentlich zu verändern bzw. ergänzen war. Aufgrund der Länge des Fragebogens (insgesamt 176 Interessen und Aktivitäten) erwies sich die Bearbeitungsdauer als zu umfangreich, weshalb eine Teilung für die Expertenbefragung in A und B Version (Split Half) vorgenommen wurde. Beide Versionen waren gleich aufgebaut (die IAS-Fragebögen beider Experten-Versionen sind im Anhang B zu finden). Jeder Befragte hatte nun eine Anzahl von 88 Items in Bezug auf seine Kategorien-Zuordnung und das Ausmaß, das psychische Befinden positiv zu verändern (Belohnungswert), zu bewerten. Die bisher synonym verwandten Begriffe "Belohnungswert" und "Belohnungsfähigkeit" sind psycho-biologische Konstrukte (bezogen auf das Belohnungs- und Verstärkersystem), die sich im normalen Sprachgebrauch und in der psychologischen

Fachsprache noch nicht ausreichend etabliert haben dürften. Aus diesem Grund sind sie in der Operationalisierung des Fragebogens möglichst normal verständlich ausgedrückt: "Das psychische Befinden positiv verändern: in welchem Maße eignen sich die aufgeführten Interessen und Aktivitäten dazu?"

Aus der Perspektive der theoretischen Überlegungen zum Interessen- und Aktivitätenspektrum (siehe Abschnitt 2.4) sowie unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Gesundheitsforschung und einer Abstinenzzielsetzung flossen zunächst 13 Kategorien in die Untersuchung ein:

(1) Soziale Kontakte, (2) Fitness, körperliche Betätigung, (3) Geistige Betätigung, (4) Gefühle zeigen, (5) Erholung, (6) Erlebnis, Abenteuer, (7) Kunst, Kultur unterhaltsam genießen, (8) Kulturell, künstlerisch tätig sein, (9) Anderweitig kreativ sein, (10) Verschiedene Freizeitaktivitäten, Hobbys, (11) Medienkonsum, (12) Sich etwas Besonderes gönnen, (13) Basisaktivitäten.

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Einführung: "Meine Fragestellung lautet, welche Interessen und Aktivitäten sich besonders dazu eignen, das psychische Befinden positiv zu verändern und damit zu einer "zufriedenen Abstinenz" und ausgewogenen Lebensgestaltung beizutragen?"

Insgesamt sind drei Durchgänge zur Bearbeitung des Fragebogens vorgesehen:

- 1. Zunächst ist die Kategorien-Zuordnung zu jedem Item vorzunehmen. Hierzu erhält der Teilnehmer neben dem Fragebogen eine zusätzliche Legende von Kategorien (Nummer 1-13) mit einigen Beispielen (z. B. Kategorie Nr. 1 "Soziale Kontakte": Gespräche, Diskussionen, gemeinsame Unternehmungen) und einer Rest-Kategorie ("Sonstiges", Nummer 14). Die jeweilige(n) Nummer(n) der ausgewählten Kategorie(n) ist bzw. sind in einem freien Feld neben den Items einzutragen.
- 2. Jedes Item ist anhand einer 7-stufigen Likert-Skala (mit den Endpunkten bei 1 = überhaupt nicht und 7 = in hohem Maße) hinsichtlich der Frage: "Das psychische Befinden positiv verändern: In welchem Maße eignen sich die aufgeführten Interessen und Aktivitäten dazu?" zu bewerten. (Die Spalte zum Ankreuzen befindet sich neben den Items und der Spalte zur Kategorisierung.)
- 3. Die Instruktion zur Erfassung der "Highlights" lautet: "Gibt es unter den Interessen und Aktivitäten Items, die Sie als Höhepunkte bzw. Highlights einschätzen? Nehmen Sie bitte Ihre Einschätzungsergebnisse zur Hilfe und tragen die Nummer des gewählten Items in die Tabelle am Ende des Fragebogens ein." Hierfür sind bis zu 24 freie Felder vorgesehen, in denen die entsprechenden Nummern einzutragen sind.

Soziodemografische Daten: Zuletzt sind noch Fragen zu soziodemografischen Daten unter dem Titel "Kurzbiografie" zu beantworten. Es werden das Geschlecht mittels Ankreuzung (weiblich, männlich, drittes), das Lebensalter, die Ausbildungszeit und die Berufspraxis (jeweils in Jahren ist die entsprechende Zahl einzutragen) erhoben.

3.5.3 Durchführung

Die Erhebungen fanden von Januar bis Oktober 2018 statt. Zunächst wurden mehrere Ausbildungsinstitute für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen. Diese wurden durch die Autorin kontaktiert (per E-Mail und telefonisch) und über die Untersuchung aufgeklärt. Die Teilnehmer wurden nach Rücksprache mit den Leitern der jeweiligen Ausbildungsinstitute und deren Einverständnis rekrutiert. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, anonymisiert und anhand der gängigen Datenschutzbestimmungen. Die Teilnehmer wurden im Vorfeld über den Sinn und Zweck der Untersuchung informiert.

Die Teilnehmer erhielten das Angebot, bei Interesse eine E-Book Version der Dissertation zu erhalten. Zunächst fand die Durchführung der Erhebungen folgendermaßen statt: Die Ausbildungsleiter händigten bzw. legten die Fragebögen aus, nachdem sie die Teilnehmer entsprechend informiert hatten. Nach der Rückgabe der Bögen erfolgte eine postalische Zustellung. Aufgrund einer zu Beginn eher geringen Rücklaufquote (ca. 20 Fragebögen von drei Instituten) kam es zu einer Umstellung der Erhebungsweise: die Autorin selbst händigte die Fragebögen während eines Seminars (nach Aufklärung über die Untersuchung) aus und sammelte sie im Anschluss bzw. in der Pause der Veranstaltung wieder ein. Bei der Rückgabe erhielten die Teilnehmer noch die Gelegenheit, eine kurze Rückmeldung zu geben und ggf. Fragen zu stellen. Als "Aufwandsentschädigung" lagen dem noch auszufüllenden Bogen in einer Dokumentenhülle 10 € bei, wodurch sich der Rücklauf deutlich erhöhte und bis auf 3 Fragebögen alle beantwortet zurückkamen.

3.6 Patientenbefragung (Studie 2)

Aufbauend auf den Ergebnissen der Studie 1 fanden in der "Patientenbefragung" Gruppenvergleiche hinsichtlich des Ausmaßes der ausgeübten Interessen und Aktivitäten, der diesbezüglichen Änderungswünsche (Interessen und Aktivitäten häufiger auszuüben) und der Zielerreichungseinschätzungen (Umsetzbarkeit) zwischen Suchtkranken, Psychisch Kranken und Kontrollpersonen statt. Als Nächstes wurden Zusammenhänge mit anderen zu interessierenden

Variablen bzw. Testverfahren untersucht. Die 176 Items des IAS-Fragebogens beinhalten Interessen und Aktivitäten, die zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung, Alltagsbewältigung, funktionalen Stressbewältigung und Emotionsregulation beitragen, verschiedene Lebensbereiche abdecken und dazu in der Lage sind, das psychische Befinden positiv zu beeinflussen.

3.6.1 Stichprobe

An der Studie 2 nahmen 248 Probanden teil. 9 Fragebögen wurden aufgrund unvollständiger Bearbeitung von der Auswertung ausgeschlossen. In die Datenanalyse wurden somit 239 Fälle einbezogen. Die Gruppenzugehörigkeit der Versuchsgruppe basierte auf den Angaben der Suchtmittel im sozidemografischen Befragungsteil am Ende des Fragebogens, so dass das jeweilige Hauptsuchtmittel die Gruppenzugehörigkeit bestimmte. Hiermit ergaben sich insgesamt drei Gruppen: Alkoholabhängige (n = 69; 28,9%), Pathologische Glücksspieler (n = 49; 20,5%) und Drogenabhängige (n = 43; 18,0%). Des Weiteren bestand eine weitere Gruppe von Psychisch Kranken aus n = 20 (8,4%) und die Kontrollgruppe (Fachpflegeschüler) aus n = 58 (24,3%) Personen.

Die Versuchsteilnehmer setzten sich folgend zusammen: Die Versuchsgruppe umfasste suchtkranke Patienten aus klinischen Einrichtungen, die an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilnahmen (n = 139) oder sich in einer Suchtberatungsstelle (n = 14) befanden. Darüber hinaus nahmen Pathologische Glücksspieler aus einer JVA (n = 8) teil, die eine Motivationsgruppe besuchten. Die Gruppe der Psychisch Kranken setzte sich aus Patienten zusammen, die bei der Autorin eine ambulante Psychotherapie (VT) absolvierten. Zu berücksichtigen war, dass kein krisenhafter Zustand und keine intellektuelle Überforderung bei den Teilnehmern bestanden.

3.6.2 Erhebungsinstrumente

3.6.2.1 IAS-Fragebogen (Patienten-Version)

Der IAS-Fragebogen der Patienten-Version beginnt mit folgender Einführung (siehe Anhang B): Das Projekt soll Aufschluss darüber geben, welchen Einfluss das Vorhandensein bestimmter Interessen und Aktivitäten auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit hat. Eine krankheitsbedingte Einschränkung der "Erlebniswelt" lässt sich so genauer erfassen und durch therapeutische Maßnahmen gezielt bearbeiten.

Der IAS-Fragebogen setzt sich wie folgt zusammen:

Aus einer Liste von insgesamt 176 Interessen und Aktivitäten, die jeweils anhand einer 5-stufigen (endpunktbenannten) Likert-Skala mit den Polen 1 = "überhaupt nicht" bis 5 = "in hohem
Maße" nach den folgenden beiden Fragen einzustufen sind:

- Wie häufig haben Sie diese Interessen und Aktivitäten im letzten Jahr ausgeübt?
- Haben Sie den Wunsch, diese Interessen und Aktivitäten häufiger auszuüben?

Hierfür sind jeweils zwei Spalten zum Ankreuzen neben jedem Item vorgesehen.

Anschließend besteht die Möglichkeit, maximal fünf weitere Interessen und Aktivitäten ergänzend anhand einer offenen Beantwortung hinzuzufügen und diese ebenfalls nach den o. g. beiden Fragen zu beantworten.

Die nächste Aufgabe ist, Interessen und Aktivitäten anzugeben, die sich als Highlight bzw. Höhepunkt eignen. Hierzu sind die entsprechenden Item-Nummern (maximal 24 Nennungen) einzutragen.

Eine weitere Frage lautet, wie zuversichtlich die Person ist, Ihre Wünsche und Vorhaben umzusetzen (gleiche 5-stufige Skala, s. o.). Hierbei sind die 13 Kategorien-Bezeichnungen (von "Soziale Kontakte" bis "Basisaktivitäten") mit zusätzlichen Erläuterungen/Beispielen als Items einzuschätzen sowie eine Gesamt-Beurteilung zur Umsetzbarkeit abzugeben.

Suchtverlangen

Zusätzlich wird die Stärke des Verlangens nach Alkohol, Drogen und anderen Suchtstoffen innerhalb der letzten zwei Wochen mit einer jeweils fünfstufigen Skala (überhaupt nicht bis in hohem Maße mit den Polen 1–5) erfragt. Im Hinblick auf die Stärke des Verlangens nach Glücksspielen erfolgt dies ebenso.

Soziodemografische Daten

Hierbei werden folgende Variablen erhoben: Lebensalter, Geschlecht (weiblich, männlich), Muttersprache (Deutsch/Andere), Familienstand, Wohnsituation, Schule, Beschäftigungsart, Suchtmittel, Anzahl der Behandlungen und die jetzige Therapiezeit in Wochen. Es sind verschiedene Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen vorgegeben.

3.6.2.2 Prokrastinationsfragebogen (APROF)

Der Allgemeine Prokrastinationsfragebogen (APROF) von Höcker et al. (2013) umfasst insgesamt drei Konstrukte, die Prokrastinationstendenz, Aufgabenaversivität und Alternativpräferenz. Die Items beziehen sich auf Schwierigkeiten beim Ausführen persönlich wichtiger Pläne,

Aufgaben und Tätigkeiten in der Ausbildung, im Beruf oder im Privatleben und erfragen einen Zeitraum des letzten halben Jahres. Neben einer Ausprägung des pathologischen Aufschiebens werden speziell klinisch relevante Aspekte der Prokrastination abgebildet. Es wurde speziell die erste Sub-Skala des APROF "Prokrastinationstendenz" ausgewählt, weil Zusammenhänge mit einer mangelnden Umsetzbarkeit von Therapiezielen zu vermuten und beide Problematiken möglicherweise dadurch bedingt sind, dass eine Dominanz des Suchtverhaltens im Belohnungssystem die Ausübung alternativen Verhaltens hemmt (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b). Sie besteht aus sieben Items mit jeweils sieben Antwortmöglichkeiten: nie, fast nie, selten, manchmal, häufig, fast immer, immer. Der Test wurde mehrfach inhaltlich im Antwortformat erprobt und optimiert und gilt als hinreichend psychometrisch solides, ökonomisches und präzises Messinstrument. Die zu erhebenden Mittelwerte der Skalen sind mit denen einer annährend repräsentativen Stichprobe zu vergleichen. Fragen der eingesetzten Skala zur Prokrastinationstendenz sind z. B. "Ich fange mit einer wichtigen Aufgabe erst an, wenn ich unter Druck gerate", "Auch wenn ich mir vornehme, mit einer wichtigen Arbeit anzufangen, gelingt es mir nicht".

3.6.2.3 Die Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module} (FLZ^M)

Die Fragen zur Lebenszufriedenheit^{Module} (Henrich & Herschbach, 1990) wurden als Messinstrument gewählt, weil zusätzlich zum psychischen Wohlbefinden (well-being) sowohl körperliche gesundheitliche Aspekte als auch einzelne Lebensbereiche und die allgemeine Lebenszufriedenheit miteinbezogen sind. Speziell bei der "Lebenszufriedenheit" sind Zusammenhänge zum IAS und der vorgenommenen Kategorisierung zu vermuten. Zudem handelt es sich um einen kompakten und nicht zu umfangreichen Fragebogen, der dem vielfach verwendeten Verfahren "Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)" von Fahrenberg et al. (2000) ähnelt, allerdings weniger intime Fragen (Items) enthält, die eine mögliche Abwehrreaktion bei den Patienten hervorrufen.

Der Fragebogen besteht aus zwei Modulen: 1. Das Modul "allgemeine Lebenszufriedenheit" enthält 8 Items (Lebensbereiche), die jeweils von der Testperson nach subjektiver Zufriedenheit und zusätzlich nach subjektiver Wichtigkeit zu beurteilen sind. 2. Mit dem Modul "Gesundheit" sind acht relevante Aspekte der Gesundheit nach Zufriedenheit und Wichtigkeit einzuschätzen. In dieser Untersuchung wurde aus ökonomischen Gründen lediglich der Bereich der Zufriedenheitseinschätzung beider Module verwendet. Das Modul Lebenszufriedenheit enthält zusätzlich eine Frage zur globalen Lebenszufriedenheit. Die Items sind anhand einer 5-stufigen Likert-

Skala von unzufrieden, eher unzufrieden, eher zufrieden, ziemlich zufrieden bis sehr zufrieden zu bewerten.

Die Module allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesundheit der FLZ^M dienen zur Bestimmung der subjektiven Lebensqualität bei Patienten mit chronischen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen, bei gesunden Vergleichsstichproben und im Längsschnitt zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs und zu (un)erwünschten Wirkungen therapeutischer Maßnahmen. Die FLZ^M nehmen inhaltliche Validität für sich in Anspruch, Test und Item-Kennwerte liegen vor. Eine individuelle Gewichtung der Einzeldimensionen ist möglich (Henrich & Herschbach, 2000, 2001).

3.6.2.4 Stress- und Coping-Inventar (SCI)

Das Stress- und Coping-Inventar (SCI) von Satow (2012a) hat zum Ziel, die aktuelle Belastung durch Stress, die körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen (Stresssymptome) sowie den Umgang mit Stress (Coping) zuverlässig zu messen. Dazu umfasst das SCI zehn Skalen mit insgesamt 54 Items. Die Skalen zur Stressbewältigung des SCI waren zum einen aufgrund der praktischen Durchführbarkeit und zum anderen aufgrund des Bezugs zum Coping mit Suchtmitteln (vgl. Schmidt, 2013) in diese Untersuchung einbezogen. Hierbei handelt es sich um folgende Stressbewältigungsformen (Coping): 1. Positives Denken (PD): Inwieweit wird Stress durch positives Denken reduziert und bewältigt. 2. Aktive Stressbewältigung (AB): Inwieweit wird Stress durch aktive, vorbeugende Beseitigung von Stressursachen reduziert und bewältigt. 3. Soziale Unterstützung (SU): Inwieweit gelingt es einem Teilnehmer, Stress mit Unterstützung durch andere zu reduzieren und zu bewältigen. 4. Halt im Glauben (RE): Findet ein Testteilnehmer bei Stress und Problemen Halt im Glauben. 5. Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum (AL): Greift ein Testteilnehmer bei Stress und Problemen vermehrt zu Alkohol und Zigaretten. Als Antwortskala wird für alle fünf Skalen eine vierstufige Likert-Skala herangezogen (1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft genau zu). Die Reliabilität der Skalen bewegte sich zwischen ,69 und ,88 (Cronbachs Alpha; vgl. Satow, 2012b). In der Normierungsstichprobe (N = 5.520) fanden sich folgende Validitätshinweise: Die Struktur der Coping-Skalen ließ sich mit Hilfe einer Faktorenanalyse bestätigen. Bei Personen mit einer hohen Stressbelastung wirkten die adaptiven Coping-Strategien (gemessen mit den SCI-Skalen) als signifikanter Puffer und führten zu einer Reduktion der Stresssymptome.

3.6.2.5 ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) basiert auf dem im ICD-10 weltweit etablierten Konsens, welche Symptome bei der Erfassung psychischer Störungen bedeutend sind (Tritt et al., 2006, 2008). Die Auswahl des ISR erfolgte zur Erfassung des psychischen Belastungsgrads bzw. von Hinweisen auf das Vorliegen komorbider Störungen. Das ISR ermöglicht eine umfangreiche und störungsübergreifende Evaluation psychischer Symptomatik im Rahmen der Selbstbeurteilung durch Patienten. Hierfür liegen je eine Depressions- (4 Items), Angst- (4 Items), Zwangs-(3 Items), somatoforme Störungs- (3 Items) und Essstörungsskala (3 Items) vor. Darüber hinaus werden 12 weitere Symptome, die Hinweise auf das Vorhandensein verschiedener Syndrome liefern, im Rahmen der Zusatz-Skala des ISR abgefragt. Diese Items erfassen z. B. Konzentrationsstörungen, Suizidalität, Schlafprobleme, schlechten Appetit, Vergesslichkeit, Flashbacks, psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen, Derealisation, Depersonalisation und sexuelle Funktionsstörungen. Die insgesamt 29 Items des Instruments (Tritt et al., 2008) sind mit fünf Ausprägungen zu bewerten: 0 (= trifft nicht zu) bis 4 (= trifft extrem zu). Als Indikator des Ausmaßes der subjektiven, symptomatischen Beeinträchtigung ist ein Gesamt-Score zu bilden. Hierzu sind die Skalen-Scores (= Mittelwerte jeder Skala) zu einem Summen-Score zusammenzuzählen, der anschließend durch die Anzahl der Skalen zu teilen ist. Wegen des großen Umfangs der Zusatz-Skala wird diese bei der Berechnung des Gesamt-Scores doppelt gewichtet, während alle anderen Skalen mit dem Faktor 1 in den Gesamt-Score eingehen (Tritt et al., 2010).

3.6.2.6 Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)

Der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) (Petry, 2003) ist ein klinisches Screening-Verfahren, das sich an den 20 Fragen der Gamblers Anonymous orientiert und im Sinne der klassischen Testtheorie konstruiert ist. Neben der Diagnosemöglichkeit eines beratungs/behandlungsbedürftigen Glücksspielens ist es möglich, die Schwere der Glücksspielproblematik quantitativ zu bestimmen. Es handelt sich um eine 20 Items umfassende Likert-Skala, wobei die Item-Werte von 0 (trifft gar nicht zu), 1 (trifft eher nicht zu), 2 (trifft eher zu) oder bis 3 (trifft gar nicht zu) zugeordnet werden. Items sind z. B. "Ich kann mein Spielen nicht mehr kontrollieren", "Ich denke ständig ans Spielen" und "Ich habe schon fremdes bzw. geliehenes Geld verspielt." Durch einen Vergleich mit einer normalen Bezugsstichprobe (57 Bewährungshelfer) gelten Werte zwischen 0–10 (bei Frauen etwas niedriger) als unauffällig, wobei die etwas höher liegenden Werte von Bridgespielern (N = 38), die nicht als Glücksspieler anzusehen sind, einen Cut-off-Point von 16 Wertpunkten nahelegen. Demnach besteht bei 16 oder mehr

Punkten eine beratungs- bzw. behandlungsbedürftige Glücksspielsucht. Bei Werten zwischen 16 und 25 ist von einer beginnenden Glücksspielproblematik, bei 26 bis 45 von einer mittelgradigen und zwischen 46 und 60 von einer fortgeschrittenen Glücksspielsucht auszugehen.

3.6.2.7 Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST)

Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) von Rumpf, Hapke und John (2001) dient der Diagnostik von Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch. Gleichzeitig werden auch Individuen mit erhöhtem Alkoholrisikokonsum erfasst. Es handelt sich um ein ökonomisches (kurzes) Verfahren, das eine hohe Sensitivität besitzt. Der LAST enthält folgende Items, die mit "Ja oder Nein" zu beantworten sind:

- 1. Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen?
- 2. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
- 3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?
- 4. Haben Ihr (Ehe-)Partner, Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt?
- 5. Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?
- 6. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z. B. eine Fettleber oder Leberzirrhose)?
- 7. Waren Sie einmal in einem Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums?

Die Items haben eine relativ hohe Schwierigkeit. Das bedeutet, dass sie nur von wenigen mit "Ja" beantwortet werden. Der Cut-off-Wert für das Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung liegt bei 2 und mehr Punkten im Summenwert. Die Sensitivität für den Test liegt dabei zwischen ,63 (Arztpraxen) und ,88 (Allgemeinkrankenhaus); die Spezifität nimmt Werte zwischen ,88 (Allgemeinkrankenhaus) und ,93 (Arztpraxen) an. Das bietet die Möglichkeit, mit einem sehr kurzen und sensitiven Verfahren Personen mit Alkoholabhängigkeit und -missbrauch zu identifizieren.

3.6.2.8 ICD-10-Checkliste zur Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

Zur Einschätzung einer Drogen- und/oder Medikamentenabhängigkeit dienten die Fragen (Kriterien) der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V (F)), die anhand einer dichotomen Einschätzung (ja/nein) mit einem Zeitfenster der letzten zwölf

Monate zu bewerten sind. Zur Diagnose des Abhängigkeitssyndroms müssen nach der ICD-10 drei oder mehr Kriterien gemeinsam erfüllt sein (Dilling et al., 2015).

3.6.3 Durchführung

Die Erhebungen fanden von Januar bis Oktober 2018 ebenfalls anhand einer Ein-Punkt-Messung statt. In den stationären (n = 139) und teils ambulanten Einrichtungen (n = 9) sowie der JVA (n = 8) erfolgten die Erhebungen im Rahmen einer therapeutischen Gruppenstunde. In den stationären Einrichtungen führte die Autorin selbst die Erhebungen durch. Überwiegend erhielten die Patienten in einer folgenden Gruppen-Sitzung die Möglichkeit einer individuellen Reflektion des Themas.

Ein geringer Teil der Erhebungen (n = 5) erfolgte als "Hausarbeit", indem ein Therapeut aus dem ambulanten Sucht-Bereich die Fragebögen nach entsprechender Instruktion den Teilnehmern mitgab und sie nach der Bearbeitung wieder einsammelte. Bei den Psychisch Kranken erfolgte dies in gleicher Weise durch die Autorin (n = 20). Die Durchführung der Erhebungen bei der Kontrollgruppe (n = 58) übernahmen die Lehrkräfte der Fachpflegeschüler im Rahmen einer Lehreinheit.

Die Teilnehmer erhielten das Angebot, bei Interesse ein PDF-Exemplar der Dissertation zu erhalten. Um einen möglichst hohen Rücklauf bei der Kontrollgruppe (Fachpflegeschüler) zu erzielen, erfolgte eine "Aufwandsentschädigung" von 10 €, die ebenfalls schon vor dem Ausfüllen beigefügt war.

Es handelte sich um eine Paper-Pencil-Befragung, wobei die Durchführungsdauer zwischen 45 bis max. 90 Minuten reichte. Im Vorfeld wurde abgeklärt, dass die Teilnehmer über ausreichend Deutschkenntnisse verfügten. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, anonymisiert und anhand der gängigen Datenschutzbestimmungen. Sämtliche Teilnehmer erhielten im Vorfeld eine Aufklärung über den Sinn und Zweck der Untersuchung.

3.7 Statistische Auswertung

Den statistischen Analysen diente das Statistikprogramm IBM SPSS 24 für Windows. Die Autorin führte sämtliche Berechnungen selbst durch.

3.7.1 Expertenbefragung (Studie 1)

Für die Expertenbefragung wurden zunächst über die Bildung von Mehrfachantworten-Sets die

Item-Zuordnungen zu den Kategorien ausgewertet (vgl. Jannsen & Laatz, 2013). Hierzu waren deskriptive Häufigkeiten zu bilden, die ebenfalls für die Belohnungsmittelwerte erfolgten. Die Ergebnisse beider Teilstichproben (Split-Half: Expertengruppe A und B) wurden bei der Kategorienbildung, den Belohnungsmittelwerten und den "Highlights" zusammen ausgewertet und dargestellt. Die Auswertung der Highlight-Einschätzungen erfolgte ebenfalls anhand deskriptiver Statistiken.

3.7.2 Patientenbefragung (Studie 2)

Sämtliche Hypothesentests erfolgten auf einem Signifikanz-Niveau von p ≤ .05. Zur Bildung der abschließenden Einteilung der Items zu den Kategorien kamen Item-Skalen-Statistiken zur Anwendung. Cronbachs Alpha diente als Reliabilitätskoeffizient. Um die Einteilung der Items zu den Kategorien weiter zu überprüfen, fanden darüber hinaus Hauptkomponentenanalysen statt. Der Ein-Stichproben-T-Test erfolgte, um den Unterschied zwischen einem Mittelwert und einem vorgegebenen (Norm-)Wert zu prüfen. Korrelative Zusammenhänge bzw. Korrelationskoeffizienten nach Pearson wurden zweiseitig getestet. Diese exakten Tests lassen sich auch für kleine Fallzahlen durchführen (Jannsen & Laatz, 2013).

In der Literatur sind für die Anwendung statistischer Verfahren bestimmte Voraussetzungen genannt, die durch die Daten erfüllt sein müssen. Die Voraussetzungen für die Anwendung der (M)ANOVA beziehen sich auf das Intervallskalenniveau, die Varianzhomogenität und die Normalverteilung der Daten. Die Intervallskalierung der Daten war aufgrund der Skalen-Konstruktion der eingesetzten Fragebögen als gegeben zu betrachten. Aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes kann in der Regel ab einer Gruppengröße von n > 30 von hinreichend normalverteilten Messwerten ausgegangen werden (Bortz & Döring, 1995), lediglich die Gruppe der Psychisch Kranken (n = 20) erfüllte diese Stichprobengröße nicht.

Zunächst erfolgten multivariate Varianzanalysen, die Voraussetzungen zur Anwendung waren weitestgehend erfüllt. Varianzanalysen mit mehr als einer abhängigen Variablen sind als multivariate oder mehrdimensionale Varianzanalysen zu bezeichnen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2016). Wie die ANOVA erfordert die MANOVA (Multivariate Analysis of Variance) stetige Antwortvariablen und kategoriale Prädiktoren. Die MANOVA bietet mehrere wichtige Vorteile gegenüber mehreren ANOVAs mit jeweils einer Antwort-Variablen: erhöhte Trennschärfe, Erkennung von multivariaten Mustern in den Werten der Antwort-Variablen,

Kontrolle der simultanen Irrtumswahrscheinlichkeit (vgl. Bortz & Döring, 1995; Bortz & Schuster, 2010).

ANOVAs (univariate Varianzanalysen) gelten zudem als recht "robust" gegenüber der Verletzung von Normalverteilung und Varianzhomogenität (Bortz, 1999). Die Prüfung der Varianzhomogenität erfolgte anhand statistischer Verfahren (Levene-Test). Die Testung der Unterschiede zwischen den Gruppen (Mittelwerte) fand bei Varianzhomogenität mit dem allgemeinen linearen Modell (ANOVA, Faktor Gruppe) bzw. bei Varianzungleichheit mittels Welch-Test statt. Um einer Alpha-Fehler-Kumulierung (falsch positive Ergebnisse) beim multiplen Testen entgegenzuwirken, wäre eine Adjustierung des Signifikanzniveaus mittels entsprechender Korrekturverfahren erforderlich (z. B. Bonferroni oder Bonferroni-Holm-Korrektur). Eine solche Korrektur geht jedoch auch mit einer sinkenden statistischen Power (mögliche vorhandene Effekte werden übersehen) einher. Die Standardverfahren vom Bonferroni-Typ sollen den Fehler vom Typ 1 (Alpha) unter der Annahme kontrollieren, dass alle getesteten Nullhypothesen wahr sind, was in vielen Fällen ziemlich unrealistisch und zu konservativ sein kann (García, 2004). Zudem gebe es keine Einigkeit über das konkrete methodische Vorgehen. Insbesondere wegen der eher kleinen Fallzahlen in klinischen Untersuchungen und zugunsten einer höheren statistischen Power wurde auf eine nachträgliche Alpha-Adjustierung (welche "SPSS" nicht anbietet) verzichtet. Folglich waren die in diesem Zusammenhang ermittelten Ergebnisse als weniger konservativ (konfirmatorisch) einzuordnen und eher auf explorativer Ebene angesiedelt.

Als anschließende Post-Hoc-Tests erfolgten entweder Scheffe' (Varianzhomogenität) oder Dunnett-T3 (Varianzungleichheit). Nach Backhaus et al. (2016) ist der Scheffé-Test ebenfalls robust und als konservativ zu bezeichnen. In der Literatur als empfehlenswert hervorgehoben, ist er auch für unterschiedlich große Stichprobenumfänge der einzelnen Gruppen anwendbar, was in dieser Untersuchung gegeben war.

Die Alpha-Fehler-Korrektur dient dazu, dass bei mehreren Vergleichstests die gewünschte Irrtumswahrscheinlichkeit (z. B. 5%) erhalten bleibt (am bekanntesten ist die Bonferroni-Korrektur, bei der Alpha durch die Zahl der Testwiederholungen dividiert wird). Die Möglichkeit der Vermeidung einer Alpha-Fehler-Inflation bieten die sog. Post-Hoc-Tests, denen die Nullhypothese zugrunde liegt, dass kein Unterschied zwischen zwei Gruppen-Mittelwerten besteht. Es handelt sich um multiple Tests, da dieselbe Nullhypothese mit mehreren Tests untersucht wird. Aufgrund dieser Einzel-Tests kommt es ebenfalls zu einer Kumulierung des Alpha-Fehlers (Fehler 1. Art: Wahrscheinlichkeit, die Nullhypothese abzulehnen, obwohl sie korrekt ist). Bei

den eingesetzten Tests (Scheffé und Dunnett-T3) wird mittels SPSS eine Alpha-Fehler-Korrektur vorgenommen (p < .05).

Als nächster Schritt fanden Clusteranalysen statt. Das Ziel der Clusteranalyse ist das Ermitteln von homogenen Gruppen (Clustern) für eine Menge von Objekten. Auf Grundlage von bestimmten Klassifikationsmerkmalen werden die Objekte so zu Clustern zusammengefügt, dass Objekte eines Clusters einander sehr ähnlich und im Vergleich zu denen der anderen Cluster deutlich unterschiedlich sind. Die zentrale und gleichzeitig schwierigste Frage der (explorativen) Clusteranalyse ist die zu bestimmende Anzahl der Cluster.

Eine Clusterlösung sollte formal durch Teststatistiken zur Bestimmung der Clusterzahl abgesichert, inhaltlich gut interpretierbar sein und darüber hinaus die Kriterien der Stabilität und der Validität hinreichend erfüllen. Sind für eine bestimmte Clusterlösung die formalen Kriterien erfüllt, ist sie aber nicht interpretierbar, so ist die Lösung unbrauchbar.

Eine Clusterlösung gilt als valide, wenn vermutete Zusammenhänge zwischen den Clustern und Außenkriterien empirisch belegbar sind. Zur Validitätsprüfung werden Hypothesen über die Cluster getestet, in denen auf Variablen Bezug genommen wird, die nicht in die Clusterbildung eingingen. Die zu analysierenden Hypothesen ergeben sich häufig bei der Interpretation der Cluster nach einem explorativen Vorgehen (vgl. Bacher, 2001; Bacher, Pöge & Wenzig, 2010). Hierzu wurden erneut (M)ANOVAS errechnet.

Nach der Errechnung hierarchischer Clusteranalysen erfolgte unter Heranziehung des Varianzkriteriums und inhaltlicher Aspekte die Auswahl einer geeigneten Clusterlösung (siehe Abschnitt 4.2.8.1). Anschließend fand eine Optimierung mittels einer Clusterzentrenanalyse nach
dem K-Means-Verfahren statt (vgl. Backhaus et al., 2016). Aufgrund der einheitlichen Skalierung der Rohdaten und somit der typusbildenden Variablen (die 10 Kategorien des IASIstzustands und der Änderungswünsche) konnte auf eine z-Standardisierung der Daten verzichtet werden. Das Problem mit Fehlwerten, die bei einer Clusteranalyse nicht vorhanden sein
dürfen, ergab sich nicht, weil Kategorien-Mittelwerte Grundlage der Berechnung waren.

Im Weiteren dienten Chi-Quadrat-Tests, um zu prüfen, ob sich die Gruppen hinsichtlich bestimmter Variablen (z. B. Geschlecht) in ihrer Verteilung (beobachtete vs. erwartete Häufigkeit) voneinander unterscheiden. Als Messniveau ist lediglich Nominalskalenniveau vorauszusetzen. Zur Hypothesen-Prüfung fließt nicht ein Parameter, sondern die ganze Verteilung in die Berechnung ein (Jannsen & Laatz, 2013).

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse Expertenbefragung Studie 1: Kategorisierung und Belohnungswerte der Interessen und Aktivitäten

Hypothese 1 – Die Interessen und Aktivitäten lassen sich nach vorgegebenen Kategorien zuordnen

Bei der Zuordnung der Items zu den 13 Kategorien und einer zusätzlichen Rest-Kategorie "Sonstiges" war es den Experten möglich, Mehrfachantworten zu geben. Es gab keine Limitierung zur Anzahl der Mehrfachantworten. Da sich bereits bei der Dateneingabe erkennen ließ, dass kaum mehr als 7 Antworten bzw. Kategorien pro Item vorkamen, beschränkte sich die folgende Analyse auf diese Anzahl. Der Tabelle 2 ist zu entnehmen, wie viele Zuordnungen sich auf die Antwortmöglichkeiten von 1–7 verteilten.

Tabelle 2 Häufigkeiten der Mehrfachantworten zu den Kategorisierungen

Anzahl ge- nannter Kategorien pro Item	Expertengruppen						
	A n = 46		B n = 45		A & B N = 91		
•	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
1	4026	59,52	3953	57,01	7979	58,25	
2	1974	29,18	1989	28,68	3963	28,93	
3	579	8,56	713	10,28	1292	9,43	
4	134	1,98	190	2,74	324	2,36	
5	31	0,45	64	0,92	95	0,69	
6	13	0,19	18	0,25	31	0,22	
7	7	0,10	6	0,08	13	0,09	
Gesamt	6764		6933		13697		

Die meisten Antworten beliefen sich auf 1-3 Kategorien-Nennungen. Die Expertengruppen A & B hatten bei der Anzahl der Mehrfachantworten ähnliche Ergebnisse. Dabei kamen die Experten (N = 91) bei 96,61% mit drei Kategorien-Nennungen aus. Als Vergleich dazu umfassten nur 0,09% der Mehrfachantworten sieben Kategorien. Anhand der Bildung von Mehrfachantworten-Sets, die auf maximal 7 möglichen Antworten jedes Items basierten, erfolgten die Skalen-Zuordnungen. Auf dieser Grundlage ließen sich die Items ganz überwiegend einer Kategorie, nämlich der am meisten genannten, zuteilen. Eine Ausnahme war Item-Nr. 39 der Experten-Version A: "Etwas verkaufen z. B. Trödel, Markt, Internet", welches am häufigsten auf die Kategorie "Sonstiges" entfiel. Bei vier weiteren Items erwiesen sich jeweils zwei Kategorien-Nennungen als gleich hoch, so dass sich diese nach inhaltlichen Gesichtspunkten einer der beiden meistgenannten Kategorien zuordnen ließen: Item-Nr. 087 "(Mini-)Golf spielen" mit 27,4% bei "Soziale Kontakte" (1) und "Fitness, Körperliche Betätigung" (2); Item-Nr. 088 "Mit dem Hund spazieren gehen" mit 30,1% bei "Fitness, Körperliche Betätigung" (2) und "Erholung" (5); Item-Nr. 105 "Programmieren" mit 36,4% bei "Geistige Betätigung" (3) und "Anderweitig kreativ sein" (9); Item-Nr. 158 "Vorausschauen, was auf einen zukommt" mit 39,3% bei "Geistige Betätigung" (3) und "Basisaktivitäten" (13). Item-Nr. 39 wurde aus inhaltlichen Gesichtspunkten der am 3. häufigsten genannten Kategorie "Verschiedene Freizeitaktivitäten, Hobby" (10) zugewiesen. Wegen einer geringen Item-Anzahl bei einigen Kategorien, teststatistischen und inhaltlichen Überlegungen (siehe Abschnitt 4.2.2) fand eine Reduzierung der Kategorien-Anzahl von 13 auf 10 statt.

Die erste Hypothese zur Kategorisierung der zu untersuchenden Interessen und Aktivitäten konnte anhand der Expertenbefragung bestätigt werden.

4.1.1 Belohnungswerte (Ausmaß, das psychische Befinden positiv zu verändern)

Hypothese 2 – Belohnungswerte der Interessen und Aktivitäten

Die *Interessen und Aktivitäten* (sowie die übergeordneten Kategorien) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer *Wirkungsgrade* (*Belohnungswerte*) auf das psychische Befinden.

Anhand der Tabelle 3 (siehe nächste Seite) lassen sich die Kategorien-Mittelwerte, Minimum und Maximum der Items je Kategorie sowie die dazugehörigen Items ablesen. Die Belohnungswerte sämtlicher Items sind in der Tabelle 1 des Anhangs A enthalten.

 Tabelle 3
 IAS-Kategorien und dazugehörige Belohnungsmittelwerte

Kategorie	Belohnungswert – Ausmaß, das psychisches Befinden positiv zu verändern					
	Mittelwert	Minimum (Item-Nummer)	Maximum (Item-Nummer)			
Gesamt, alle Items	4,57	2,16 Programmieren (105)	6,63 Lachen (080)			
01 Soziale Kontakte, Kompetenz	4,68	3,16 Schiedsrichter, Trainer sein (116)	6,33 Zusammensein mit Partner (176)			
02 Bewegung, Fitness	4,86	3,67 Sportliches Wetteifern, Wettkampf (141)	5,76 Regelmäßiges sportli- ches Training (109)			
03 Geistige Betätigung	3,79	2,16 Programmieren (105)	5,62 Positive Zukunftspläne schmieden (103)			
04 Gefühle zeigen	5,38	4,57 In Mimik und Gestik ausdrücken (066)	6,63 Lachen (080)			
05 Erholung	5,19	3,78 In den Tag hineinleben (062)	6,26 Ausflüge machen z. B. ins Grüne, an die See (007)			
06 Erlebnis, Abenteuer	5,04	4,29 Zu einer Sportveran- staltung gehen (169)	6,18 Reisen (110)			
07 Kultur erleben, Genuss	4,77	4,04 Seine Haare stylen, sich schminken o. ä. (118)	5,89 Höhepunkte, Highlights z. B. am Wochenende (058)			
08 Hobby, Kreativ	4,30	3,13 Dinge sammeln (018)	5,09 Singen, Musizieren (136)			
09 Mediennutzung	3,46	2,70 Computer-, Konsolen- Spiele (016)	4,54 DVD-Abend (019)			
10 Basisaktivitäten	3,92	2,41 Finanz- und Haus- haltsplanung (043)	5,11 Gesunde Ernährung (055)			

Zur Frage, in welchem Ausmaß sich die Interessen und Aktivitäten dazu eignen, das psychische Befinden positiv zu verändern, ergaben sich folgende Ergebnisse: Der Mittelwert ("Gesamt") aller 176 Items bezogen auf den Belohnungswert (7-stufige Skala, positive Polung) belief sich auf M = 4,57 mit einem Minimum von 2,16 bei Item-Nr. 105: "Programmieren" und einem Maximum von 6,63 bei Item-Nr. 80: "Lachen".

Die Hypothese 2 konnte sowohl auf Item- als auch auf Kategorien-Ebene bestätigt werden.

In der Tabelle 4 sind die zehn Kategorien nach ihren Belohnungsmittelwerten rangreihenmäßig absteigend angeordnet. Die höchste Belohnungsfähigkeit erhielt die Kategorie "Gefühle zeigen" (M = 5,38), und die niedrigste entfiel auf die Kategorie "Mediennutzung" (M = 3,46).

Tabelle 4 IAS-Kategorien und Belohnungsmittelwerte Rangreihe

Kategorie	Belohnungswert (M)
04 Gefühle zeigen	5,38
05 Erholung	5,19
06 Erlebnis, Abenteuer	5,04
02 Bewegung, Fitness	4,86
07 Kultur erleben, Genuss	4,77
01 Soziale Kontakte, Kompetenz	4,68
08 Hobby, Kreativ	4,30
10 Basisaktivitäten	3,92
03 Geistige Betätigung	3,79
09 Mediennutzung	3,46

4.1.2 "Highlights"

In der Tabelle 5 (siehe nächste Seite) sind die 21 meistgenannten "Highlights" der Experten wiedergegeben. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Versuchsteilnehmer der jeweiligen Teilstichprobe (A: mit n = 46; B: n = 45). Drei Probanden beider Expertengruppen gaben keine Einschätzung zu den "Highlights" ab (Expertengruppe A = 1 und B = 2). Die drei am meisten als "Highlights" eingestuften Items waren "Zusammensein mit Partner" (31 Nennungen bzw. 68,9%) aus der Kategorie "Soziale Kontakte, Kompetenz", gefolgt von "Am Strand sein" (31 Nennungen bzw. 67,4%) aus der Kategorie "Erholung" und "Lachen" (30 Nennungen bzw. 65,2%) aus der Kategorie "Gefühle zeigen". Beabsichtigt war, die 20 meistgenannten Items als "Highlight" auszuwählen. Wegen zwei gleich hohen Bewertungen bei Rang 14 der Items "Positive Zukunftspläne schmieden" und "Trekkingtouren (Kanu, Fahrrad, Wildnis)" ergab sich eine Liste mit insgesamt 21 Items.

Tabelle 5 Rangreihe der 21 meistgenannten "Highlights" in der Studie 1 "Expertenbefragung" (A & B)

Rang	Interessen und Aktivitäten (Item-Nummer)	Kategorie	Anzahl	%
01	Zusammensein mit Part- ner (176)	Soziale Kontakte, Kompetenz	31	68,9
02	Am Strand sein (1)	Erholung	31	67,4
03	Lachen (80)	Gefühle zeigen	30	65,2
04	Ausflüge machen z. B. ins Grüne, an die See (7)	Erholung	29	62,3
05	Reisen (110)	Erlebnis, Abenteuer	26	57,8
06	Naturerlebnisse (94)	Erholung	25	55,6
07	Jemandem eine Freude bereiten (70)	Soziale Kontakte, Kompetenz	25	54,3
08	Sexualität, Zärtlichkeit (119)	Gefühle zeigen	23	51,1
08	Zusammensein mit Freunden, Bekannten (175)	Soziale Kontakte, Kompetenz	23	51,1
09	Massage (85)	Erholung	22	47,8
10	Eine Therme, Sauna besuchen (30)	Erholung	20	43,5
11	Mit Freunden, Bekannten essen (90)	Soziale Kontakte, Kompetenz	19	42,2
11	Wandern (159)	Bewegung, Fitness	19	42,2
11	Zusammensein mit Familie (174)	Soziale Kontakte, Kompetenz	19	42,2
12	Sich mit Tieren beschäftigen (128)	Erholung	15	33,3
12	Sport (140)	Bewegung, Fitness	15	33,3
12	Zusammensein mit den Kindern (173)	Soziale Kontakte, Kompetenz	15	33,3
12	Sich entspannen (121)	Erholung	15	33,3
13	Ein offenes und ehrliches Gespräch führen (25)	Soziale Kontakte, Kompetenz	15	32,6
14	Positive Zukunftspläne schmieden (103)	Geistige Betätigung	14	31,1
14	Trekkingtouren (Kanu, Fahrrad, Wildnis) (152)	Erlebnis, Abenteuer	14	31,1

4.2 Ergebnisse Patientenbefragung Studie 2: Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS)

4.2.1 Soziodemografische Daten (deskriptive Statistiken)

Die soziodemografischen Daten sind in der folgenden Tabelle 6 (siehe nächste Seite) aufgeführt. Die Alkoholabhängigen wiesen den höchsten altersbezogenen Mittelwert (M = 50,42) und die KG den niedrigsten (M = 26,45) auf. Der höchste männliche Anteil lag bei den Pathologischen Glücksspielern (95,9%) und der niedrigste bei der KG (13,8%). Die Muttersprache der meisten Untersuchungsteilnehmer war Deutsch (von 75,9% bei der KG bis zu 95,2% bei den Drogenabhängigen). Im Hinblick auf den Familienstand lebten von den Alkoholabhängigen 60,9% in Partnerschaft oder Ehe, von den Pathologischen Glücksspielern 46,9%, Drogenabhängigen 48,8 %, Psychisch Kranken 75,0% und der KG 56,9%. Ein deutlich kleinerer Anteil war alleinerziehend (Suchtkranke: am niedrigsten bei den Pathologischen Glücksspielern mit 2,0%; am häufigsten bei der KG mit 5,2%). In Bezug auf die Wohnsituation waren die Suchtkranken vergleichsweise häufiger alleinlebend (37,3% Pathologische Glücksspieler, 42,9% Alkoholabhängige, 45,7% Drogenabhängige) als die KG (19,4%) und die Psychisch Kranken (11,1%). In der KG lebten 38,8% noch bei den Eltern, wohingegen die anderen Versuchsgruppen vergleichsweise weniger diese Wohnform aufwiesen (Suchtkranke: von 2,6% bei den Alkoholabhängigen bis 17,4% bei den Drogenabhängigen; 7,4% bei den Psychisch Kranken), was vermutlich auf das niedrigere Alter und die Ausbildungssituation der KG zurückzuführen ist. Auffallend war im Bereich der Beschäftigung der relativ hohe Anteil an Arbeitssuchenden bei den Suchtkranken, insbesondere bei den Drogenabhängigen mit 52,2% und den Pathologischen Glücksspielern mit 33,4%. Die Alkoholabhängigen lagen etwas niedriger bei 16,7%. Hinsichtlich der besuchten Schulformen verteilten sich die meisten Angaben sämtlicher Gruppen auf die Haupt- und Realschule sowie das Gymnasium. Ein kleinerer Anteil gab "Sonstiges" an (von 1,4% bei den Alkoholabhängigen bis zu 24,1% bei der KG). Die Anzahl der Behandlungen bei den Suchtkranken belief sich von 1,52 bei Pathologischen Glücksspielern bis zu 1,98 bei Drogenabhängigen. Die Therapiezeit in Wochen lag bei den Alkoholabhängigen bei M = 8,07, Pathologischen Glücksspielern bei M = 12,86 und Drogenabhängigen bei M = 11,57. Der hohe Mittelwert bei den Pathologischen Glücksspielern war auf insgesamt 5 Werte, die zwischen 30-50 Wochen Behandlungsdauer umfassten, zurückzuführen. Drei Versuchspersonen davon stammten aus einer JVA und nahmen an einer Motivationsgruppe teil. Bei den anderen beiden Versuchspersonen waren die angegebenen hohen Werte nicht aufklärbar.

Tabelle 6 Deskriptive Statistiken: soziodemografische Daten

	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG		
	n = 66-69	n = 43-49	n = 42-43	n = 19 - 20	n = 56-58		
Alter M	50,42	37,04	34,43	40,58	26,45		
(SD)	(8,33)	(11,46)	(10,48)	(11,14)	(7,71)		
Median	52,00	34,00	31,50	37,00	23,00		
Range	27–67	20–62	20–57	23–61	19–50		
Angaben in %							
Geschlecht							
weiblich	75,4	4,1	62,8	85,0	86,2		
männlich	24,6	95,9	37,2	15,0	13,8		
Muttersprache							
Deutsch	92,5	87,5	95,2	85,0	75,9		
Andere	7,5	12,5	4,8	15,0	24,1		
Familienstand							
alleinstehend	34,8	51,0	48,8	25,0	37,9		
Partnerschaft/Ehe	60,9	46,9	48,8	75,0	56,9		
alleinerziehend	4,3	2,0	2,3	0,0	5,2		
Wohnsituation							
allein	42,9	37,3	45,7	11,1	19,4		
Eltern	2,6	15,7	17,4	7,4	38,8		
Partner	35,1	33,3	19,6	48,2	26,9		
Wohngemein-	4,0	3,9	8,7	3,7	0,0		
schaft							
Kinder	15,6	9,8	8,7	29,6	14,9		
Beschäftigung							
Vollzeit	38,9	43,1	15,2	27,3	$58,6^{1}$		
Teilzeit	27,8	5,9	10,9	27,3	$7,0^{1}$		
Schichtarbeit	1,4	5,9	3,9	9,1	$7,0^{1}$		
berentet	8,3	0,0	6,5	9,1	$0,0^{1}$		
Schüler/Student	1,4	3,9	2,2	4,6	100,0		
arbeitssuchend	16,7	33,4	52,2	0,0	$0,0^{1}$		
Sonstiges	5,6	7,8	8,7	22,7	$3,5^{1}$		
Schule							
Hauptschule	37,7	36,7	27,9	15,0	6,9		
Realschule	36,2	34,7	44,2	35,0	29,3		
Gymnasium	24,6	20,4	16,3	40,0	39,7		
Sonstiges	1,4	8,2	11,6	10,0	24,1		
Anzahl der	•	·	•	•	·		
Behandlungen							
M (SD)	1,68 (0,85)	1,52 (1,01)	1,98 (1,12)	1,00 (0,00)	0,50 (0,29)		
Therapiezeit in		, (,)	, (,)	, (, ')	, (,)		
Wochen							
M (SD)	8,07 (4,84)	12,86 (11,93) 11,57 (6,58)	k. A. ²	k. A. ²		
` /	, ())	, ()	, , (-)/				

Anmerkungen. ¹Prozentwert bezieht sich auf zusätzliche Angaben, die von insgesamt 76,1% der Kontrollpersonen, neben dem 100%-Status als Schüler/Student (Fachpflegeschüler), vorlagen. ²Keine Angabe.

Offene Beantwortungen

Die offenen Beantwortungen zur Frage nach zusätzlichen Items bzw. Interessen und Aktivitäten wurden kaum bis gar nicht wahrgenommen. Die wenigen Äußerungen bezogen sich auf den "Ausdruck" bestimmter Items.

4.2.2 Item-Zuordnung zu den Kategorien (Reliabilitätsstatistiken)

Teststatistische Absicherung zur Verwendung der 10 Kategorien (Skalen):

Die Reliabilitätsanalysen auf Grundlage der Patientenbefragung zum IAS-Istzustand der 176 Items bestätigten die Reduzierung der Anzahl der Kategorien (Skalen) auf 10, da sich hierdurch die Werte der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) so noch verbessern ließen.

Die Reliabilitätsstatistiken der Kategorien (1–10) des IAS-Istzustands und Änderungswunsches bezogen auf alle Untersuchungsgruppen sind in Tabelle 7 (siehe nächste Seite) wiedergegeben. Die dazugehörigen Item-Skalen-Statistiken der Kategorien sind im Anhang A (Tabellen 3–12) enthalten. In die entsprechenden Statistiken konnten ausschließlich vollständig ausgefüllte Skalen einbezogen werden. Die Beantwortung der Items zum IAS-Istzustand zusammenfassend: Die Reliabilitätskoeffizienten lagen zwischen Cronbachs Alpha = ,921 mit einer hervorragenden ("Geistige Betätigung"), bei Cronbachs Alpha = ,820 mit einer guten ("Gefühle zeigen"), bis hin zu der niedrigsten, aber akzeptablen internen Konsistenz von Cronbachs Alpha = ,725 ("Mediennutzung"). Bei den Änderungswünschen waren die Reliabilitätskoeffizienten insgesamt etwas niedriger ausgefallen (siehe Tabelle 7): Vier Skalen waren als "gut" (> ,8), vier als "akzeptabel" (> ,7) und zwei als "fragwürdig-annähernd akzeptabel" (> ,6) einzustufen ("Erlebnis, Abenteuer" und "Kultur erleben, Genuss"). Da es sich bei den Interessen und Aktivitäten zum Teil um vermehrt heterogene Merkmale handelte und sich durch Item-Ausschluss nur relativ geringe Erhöhungen der internen Konsistenz erzielen ließen, wurden die Skalen so beibehalten.

Zusammenfassend erwiesen sich die Kategorien auch aus teststatischer Perspektive sowohl hinsichtlich des IAS-Istzustands als auch des Änderungswunsches als geeignet. Die Skalen-Reliabilitäten waren überwiegend hervorragend bis akzeptabel. Die Kategorien konnten somit für die weiteren Analysen (u. a. die folgenden Gruppenvergleiche) herangezogen werden. Die durchweg signifikanten positiven mittleren bis hohen ("Mediennutzung" etwas geringer) Inter-Skalen-Korrelationen (siehe Tabelle 13, Anhang A) zu den IAS-Kategorien unterstrichen, dass es sich bei den Interessen und Aktivitäten sowie den Kategorien um (hypothesenkonform) zusammenhängende Variablen handelte.

Tabelle 7 Reliabilitätsstatistiken: IAS-Skalen

Kategorie (Skala)	Item-Anzahl	Cronbachs Alpha			
	-	IAS- Istzustand	IAS- Änderungswunsch		
01 Soziale Kontakte, Kompetenz	39	,910	,879		
02 Bewegung, Fitness	21	,873	,801		
03 Geistige Betätigung	22	,921	,777		
04 Gefühle zeigen	8	,820	,778		
05 Erholung	22	,776	,781		
06 Erlebnis, Abenteuer	11	,747	,676		
07 Kultur erleben, Genuss	10	,767	,676		
08 Hobby, Kreativ	20	,783	,806		
09 Mediennutzung	7	,725	,727		
10 Basisaktivitäten	16	,871	,835		

4.2.3 Hauptkomponentenanalysen

Zusätzliche Hauptkomponentenanalysen auf Basis der 10 Kategorien zum IAS-Istzustand wurden nach Prüfung der statistischen Voraussetzungen berechnet. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium reichte von ,879 bis ,736 ("verdienstvoll" bis "ziemlich gut") und die jeweiligen Bartlett-Tests waren bei allen 10 Kategorien hoch signifikant (p ≤ ,001), was eine ausreichend hohe Korrelation zwischen den Items darstellte, um eine Hauptkomponentenanalyse durchzuführen. Nur Faktoren mit Eigenwerten ≥ 1 wurden in Betracht gezogen (vgl. Guttman, 1954; Kaiser, 1960). Die Ergebnisse zum Kaiser-Kriterium und der Scree-Plots rechtfertigten in den überwiegenden Fällen (Skalen) die Extraktion eines Faktors bzw. die angenommene Einfachstruktur jeweils mit Eigenwerten über 1, die eine Spannweite der Gesamtvarianz von 45,214 bei

"Gefühle zeigen" bis 20,503 bei "Erholung" aufklärten. Da die Lösungen mit mehreren Faktoren inhaltlich schwer interpretierbar waren, wurde von zusätzlichen Unterteilungen der Kategorien in weitere Dimensionen abgesehen.

4.2.4 Gruppenvergleiche: Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS) – MANOVA und ANOVAS

4.2.4.1 Suchtkranke (gesamt), Psychisch Kranke und Kontrollgruppe

Hypothese 3: Die Suchtkranken weisen ein (a) geringeres und (b) weniger differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum (Istzustand) auf als die Kontrollgruppe.

(c) Darüber hinaus sind *Unterschiede* hinsichtlich der *Änderungswünsche* und der Einschätzung zur *Umsetzbarkeit (Zielerreichung)* zum Interessen- und Aktivitätenspektrum zu vermuten.

Eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) ergab signifikante Gruppenunterschiede unter Einbezug des IAS-Istzustands-Gesamt und der 10 Kategorien zum IAS-Istzustand mit Wilks λ = ,564, F(22, 452) = 6,819, $p \le 0,001$. Varianzanalytisch (bzw. Welch-Test bei Varianzheterogenität) ergaben sich beim Istzustand-Gesamt-Wert und bei allen 10 Kategorien des IAS-Istzustands (AVs) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 8, nächste Seite). Als unabhängige Variable diente der Faktor Gruppe (Suchtkranke gesamt, Psychisch Kranke und Kontrollgruppe). Die Analysen wurden auf dem Signifikanzniveau von $p \le ,05$ zweiseitig getestet. In der Tabelle 8 sind die gruppenbezogenen Mittelwerte, die dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle und Standardabweichungen enthalten.

Alle Mittelwerte der Suchtkranken (n = 161) waren in den Post-Hoc-Tests signifikant niedriger als die der Kontrollgruppe.

Die Hypothese 3(a) ließ sich sowohl für den IAS-Istzustand-Gesamt als auch für alle zehn Kategorien bestätigen: Die Suchtkranken (gesamt) verfügten über ein signifikant geringeres Interessen- und Aktivitätenspektrum als die Kontrollgruppe.

Die Suchtkranken erzielten bei den Basisaktivitäten im Vergleich zu den Psychisch Kranken signifikant niedrigere Mittelwerte.

Tabelle 8 Vergleiche zwischen Suchtkranken (gesamt), Psychisch Kranken und Kontrollgruppe zum IAS-Istzustand-Gesamt und den Kategorien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests

IAS-Istzustand	Suchtkranke (gesamt)	Psychisch Kranke	Kontroll- Gruppe				Post-Hoc-Test
	n = 161 M (SD) [95% KI]	n = 20 M (SD) [95% KI]	n = 58 M (SD) [95% KI]	F	df	p	Signifikanter Gruppenver- gleich
Istzustand- Gesamt	2,16 (0,44) [2,10; 2,22]	2,28 (0,29) [2,14; 2,42]	2,60 (0,31) [2,52; 2,70]	35,230 ¹	2, 55,9121	≤.001¹	1,3*** 2,3***
Kategorien 01 Soziale Kontakte, Kompetenz	2,31 (0,51) [2,23; 2,39]	2,46 (0,46) [2,25; 2,68]	2,84 (0,37) [2,74; 2,94]	34,500 ¹	2, 51,0011	≤.001¹	1,3*** 2,3**
02 Bewegung, Fitness	1,76 (0,57) [1,67; 1,85]	1,71 (0,33) [1,55; 1,86)	2,02 (0,54) [1,87; 2,16]	5,8201	2, 59,7181	≤.01 ¹	1,3** 2,3*
03 Geistige Be- tätigung	1,94 (0,49) [1,86; 2,01]	2,13 (0,37) [1,95; 2,30]	2,38 (0,41) [2,27; 2,49]	19,621	2, 236	≤.001	1,3***
04 Gefühle zei- gen	2,57 (0,74) [2,46; 2,69]	2,86 (0,60) [2,58; 3,14]	3,45 (0,58) [3,29; 3,60]	33,788	2, 236	≤.001	1,3*** 2,3**
05 Erholung	2,42 (0,52) [2,34; 2,50]	2,45 (0,39) [2,27; 2,63]	2,67 (0,44) [2,56; 2,79]	5,750	2, 236	≤ .01	1,3**
06 Erlebnis, Abenteuer	1,86 (0,55) [1,78; 1,95]	1,76 (0,30) [1,62;1,89]	2,28 (0,55) [2,13; 2,42]	15,7841	2, 62,4121	≤.001 ¹	1,3*** 2,3***
07 Kultur erle- ben, Genuss	2,24 (0,59) [2,15; 2,33]	2,31 (0,62) [2,01; 2,60]	2,93 (0,45) [2,81; 3,05]	33,063	2, 236	≤ .001	1,3*** 2,3***

4 Ergebnisse

IAS-Istzustand	Suchtkranke (gesamt)	Psychisch Kranke	Kontroll- Gruppe				
	n = 161 M (SD) [95% KI]	n = 20 M (SD) [95% KI]	n = 58 M (SD) [95% KI]	F	df	p	Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver- gleich
08 Hobby, Kreativ	1,65 (0,44) [1,58; 1,72]	1,63 (0,30) [1,49; 1,77]	1,84 (0,41) [1,73; 1,95]	4,569	2, 236	≤ .05	1,3*
09 Mediennutzung	2,63 (0,76) [2,52; 2,75]	2,76 (0,82) [2,37; 3,14]	3,37 (0,67) [3,19; 3,55]	20,910	2, 236	≤ .001	1,3*** 2,3**
10 Basisaktivi- täten	2,59 (0,69) [2,49; 2,70]	3,21 (0,51) [2,97; 3,46]	3,23 (0,52) [3,09; 3,36]	31,1391	2, 53,5981	≤.001 ¹	1,2*** 1,3***

 $\overline{\textit{Anmerkungen.}} \ ^1 \text{Welch-Test (Varianzungleichheit).} \ ^*p \leq 0,05; \ ^{**}p \leq 0,01; \ ^{***}p \leq 0,001.$

Die Mittelwerte der Psychisch Kranken, für die keine Hypothesen bestanden, lagen hinsichtlich des Istzustands-Gesamt und in sechs Kategorien ("Soziale Kontakte, Kompetenz", "Bewegung, Fitness", "Gefühle zeigen", "Erlebnis Abenteuer", "Kultur erleben, Genuss", "Mediennutzung") signifikant unterhalb der Kontrollgruppe.

Ferner hatten die Suchtkranken (gesamt) die skalierte Antwortmöglichkeit "überhaupt nicht ausgeübt" (auf die letzten 12 Monate und alle 176 Items bezogen) im Vergleich mit der Kontrollgruppe mit einem Verhältnis von 60 zu 40 (bzw. 1,5 Mal) häufiger gewählt. Dies diente als Beleg dafür, dass die Suchtkranken über ein weniger differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum verfügten als die Kontrollgruppe (*Bestätigung von Hypothese 3b*).

4.2.4.2 Alkoholabhängige, Pathologische Glücksspieler und Drogenabhängige im Vergleich zu Psychisch Kranken und zur Kontrollgruppe

In einer weiteren statistischen Analyse war zu überprüfen, ob die drei suchtbezogenen Gruppen der Alkoholabhängigen, Pathologischen Glücksspieler und Drogenabhängigen im Vergleich zur Kontrollgruppe ebenfalls ein geringeres Interessen- und Aktivitätenspektrum aufwiesen. Eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) ergab signifikante Gruppenunterschiede unter Einbezug der 10 Kategorien zum IAS-Istzustand, der IAS-Änderungswünsche sowie der Umsetzbarkeitseinschätzung mit Wilks $\lambda = ,321, F(84,843,779) = 3,352, p \le 0,001$. Anschließend wurden für jede Kategorie entsprechend einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA's) und Post-Hoc-Tests gerechnet, die zu folgenden Ergebnissen führten:

In den Tabellen 14 und 15 des Anhangs A sind die Ergebnisse der ANOVAS (Welch-Test bei Varianzheterogenität) bezogen auf die (AVs) 10 Kategorien des IAS-Istzustands und des Änderungswunschs dargestellt. Zusätzlich sind die gruppenbezogenen Mittelwerte, Standardabweichungen und 95%-Konfidenzintervalle aufgeführt. Darüber hinaus wurden noch zu anderen Werten des IAS-Fragebogens und zusätzlichen Variablen Gruppenvergleiche gerechnet. Einbezogen wurde als unabhängige Variable der Faktor Gruppe (Alkoholabhängige, Pathologische Glücksspieler, Drogenabhängige, Psychisch Kranke und Kontrollgruppe). Die Analysen wurden auf dem Signifikanzniveau von $p \le 0.05$ zweiseitig getestet.

Ergebnisse IAS-Istzustand

Varianzanalytisch (bzw. mittels Welch-Test) wurden beim IAS-Istzustand-Gesamt und bei allen Kategorien signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden (siehe Tabelle 14,

Anhang A). Es ergaben sich beim IAS-Istzustand-Gesamt (Mittelwert des Istzustands aller Interessen und Aktivitäten) und bei sieben Kategorien ("Soziale Kontakte, Kompetenz", "Geistige Betätigung", "Gefühle zeigen", "Erlebnis, Abenteuer", "Kultur erleben, Genuss", "Mediennutzung", "Basisaktivitäten") signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen auf einem Signifikanzniveau von $p \le .001$. Nach den Post-Hoc-Tests wiesen *alle Suchtgruppen* beim Istzustand-Gesamt und den Kategorien "Soziale Kontakte, Kompetenz", "Geistige Betätigung", "Gefühle zeigen", "Erlebnis, Abenteuer", "Kultur erleben, Genuss", "Mediennutzung" und "Basisaktivitäten" signifikant niedrigere Mittelwerte auf als die Kontrollgruppe. Weniger eindeutig waren die Ergebnisse hinsichtlich des Ausmaßes an "Bewegung, Fitness". Anhand der Varianzanalyse wurde ein signifikantes Ergebnis (F(4, 234) = 3,379, p = ,010) ermittelt. Im Post-Hoc-Test erzielte ausschließlich die Gruppe der Alkoholabhängigen einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die KG (p = ,05).

Bei "Hobby, Kreativ" lag ebenfalls durch die Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis vor: F(4, 234) = 3,022, p = ,019. Im Post-Hoc-Test erwies sich lediglich der Mittelwert der Pathologischen Glücksspieler als signifikant niedriger im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p \le .05$). Auffallend war, dass bei den letztgenannten Kategorien die Mittelwerte *aller Gruppen* im Vergleich zu den anderen relativ niedrig angesiedelt waren. Bei "Erholung" wurde ein signifikantes Ergebnis nach der Varianzanalyse ermittelt (F(4, 234) = 3,496, p = .009). In den Post-Hoc-Tests lagen die Mittelwerte der Alkoholabhängigen und der Pathologischen Glücksspieler (nicht aber der Drogenabhängigen) signifikant unterhalb der KG. Die Pathologischen Glücksspieler und die Drogenabhängigen erzielten signifikant niedrigere Mittelwerte im Vergleich zu den Psychisch Kranken bei den "Basisaktivitäten". Wie bereits unter Abschnitt 4.2.4.1 berichtet, hatten die Psychisch Kranken im IAS-Istzustand-Gesamt und in mehreren Kategorien signifikant niedrigere Mittelwerte im Vergleich mit der KG. Allerdings lag der Mittelwert bei "Bewegung, Fitness" im Post-Hoc-Test Dunnett-T-3, welcher aufgrund der nun vorliegenden Varianzheterogenität zur Anwendung kam, nicht mehr signifikant unterhalb der KG.

Zusammenfassend ergab sich bei den drei suchtbezogenen Gruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikant niedrigeres Interessen- und Aktivitätenspektrum für den IAS-Istzustand-Gesamt und für die überwiegende Zahl (7 von 10) der Kategorien. Bei 3 Kategorien lagen nicht alle Mittelwerte der Suchtgruppen signifikant unterhalb der Kontrollgruppe, wobei die nicht signifikanten Ergebnisse dennoch in der erwarteten Tendenz lagen.

Die Profilverläufe (siehe Abbildung 5) verdeutlichen quantitative Unterschiede bei der Interessen- und Aktivitätenausübung (Kategorien-Mittelwerte zum IAS-Istzustand) zwischen den 5 Untersuchungsgruppen. Daneben lassen sich fast synchron verlaufende Muster der Kategorien-Mittelwerte innerhalb der Gruppen erkennen. Es wird deutlich, dass bestimmte Kategorien eine höhere Ausübung aufwiesen als andere: Die höchsten Werte verzeichneten die Kategorien "Gefühle zeigen", "Mediennutzung", "Basisaktivitäten", "Soziale Kontakte" und "Kultur erleben, Genuss". Hiernach folgten die Kategorien mit einem "mittleren" Istzustand "Erholung", "Erlebnis, Abenteuer" und "Geistige Betätigung". Auffallend niedrig angesiedelt war die Kategorie "Bewegung, Fitness" und den geringsten Wert erzielte "Hobby, Kreativ".

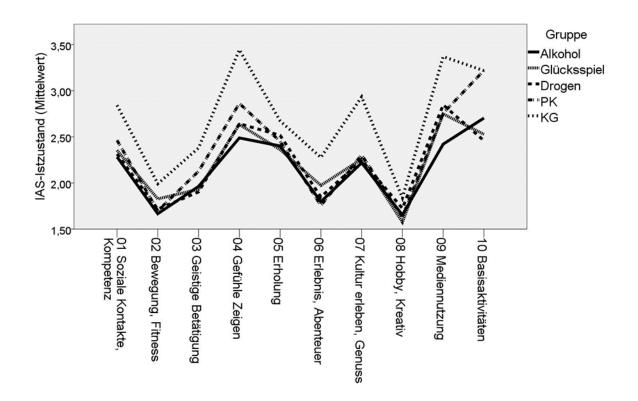


Abbildung 5. IAS-Istzustand: Kategorien-Mittelwerte nach Untersuchungsgruppen.

Ergebnisse IAS-Änderungswunsch, Interessen und Aktivitäten häufiger auszuüben

Hinsichtlich der IAS-Änderungswünsche bestanden erheblich weniger signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 15, Anhang A) zwischen den suchtbezogenen Gruppen und der KG als

beim Istzustand. Allerdings ergaben sich sieben hervorzuhebende signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Suchtgruppen und teilweise auch der Kotrollgruppe:

"Erholung": Die Pathologischen Glücksspieler lagen signifikant unter den Drogenabhängigen und der KG.

"Erlebnis, Abenteuer": Die Drogenabhängigen erzielten einen signifikant höheren Mittelwert als die Alkoholabhängigen.

"Kultur erleben, Genuss": Die Pathologischen Glücksspieler lagen signifikant unter der KG.

"Hobby, Kreativ": Die Pathologischen Glücksspieler erzielten einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die Drogenabhängigen.

"Mediennutzung": Die Pathologischen Glücksspieler und die Alkoholabhängigen hatten einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die KG.

Deutlich wurde auch, dass die Änderungswünsche der Pathologischen Glücksspieler bei den Kategorien "Erholung", "Kultur erleben, Genuss" und "Hobby, Kreativ" im Vergleich mit den Alkoholabhängigen und den Drogenabhängigen am niedrigsten ausgeprägt waren.

Die meisten signifikanten Gruppenvergleiche im Bereich der Änderungswünsche ergaben sich mit den Psychisch Kranken, welche insgesamt geringere Änderungswünsche aufwiesen als die Suchtkranken und die KG.

Auffallend war weiterhin, dass die Drogenabhängigen in 8 von 10 Kategorien die höchsten Änderungswünsche und zudem den höchsten Wert hinsichtlich der (positiven) Umsetzbarkeitseinschätzung hatten, jedoch auch den höchsten negativen Differenzwert (IST minus SOLL) erzielten.

Für alle Versuchsgruppen galt: Wer ein eher geringes Interessen- und Aktivitätenspektrum aufwies, hatte den Wunsch, dies zukünftig (zumindest tendenziell) weiter auszubauen bzw. aktiver zu sein.

In Bezug auf die *Einschätzung zur Umsetzbarkeit* unterschieden sich die suchtbezogenen Gruppen nicht signifikant von der KG. Die Mittelwerte lagen bei allen suchtbezogenen Gruppen im mittleren Skalenbereich (von 1 bis 5).

Hypothese 3(c): Zusammenfassend ist festzuhalten, dass insgesamt weniger signifikante Unterschiede hinsichtlich der Änderungswünsche zwischen den drei suchtbezogenen Gruppen und der KG zu verzeichnen waren. Es ließen sich jedoch Informationen zu einzelnen Suchtgruppen ermitteln, die Hinweise für ein differenziertes therapeutisches Vorgehen erbrachten.

Die Abbildung 6 stellt die Profilverläufe der Kategorien-Mittelwerte der IAS-Änderungswünsche bezogen auf die 5 Untersuchungsgruppen dar. Anhand der Profilverläufe zu den Kategorien-Mittelwerten der IAS-Änderungswünsche zeichnete sich ebenfalls ein annähernd gleichverlaufendes Muster ab: Bei allen Untersuchungsgruppen waren die Änderungswünsche bei den Kategorien "Gefühle zeigen", "Basisaktivitäten", "Erholung", "Kultur erleben, Genuss" und "Erlebnis Abenteuer" am höchsten ausgeprägt. Der Änderungswunsch hinsichtlich der Erhöhung der "Mediennutzung" war bei allen verhältnismäßig niedriger ausgeprägt. Der Wunsch danach, zukünftig im Bereich "Hobby, Kreativ" aktiver zu sein, war auffallend niedrig.

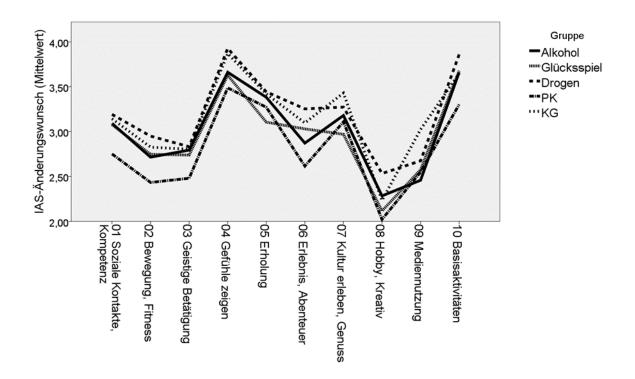


Abbildung 6. IAS-Änderungswunsch: Kategorien-Mittelwerte nach Untersuchungsgruppen

Gruppenvergleiche und weitere Messinstrumente

Es wurde ein signifikantes Ergebnis der MANOVA unter Einbezug sämtlicher Kategorien des IAS-Istzustands, Änderungswunsches und der Umsetzbarkeit sowie der anderen psychometrischen Variablen der Psychischen Symptombelastung, Stressbewältigung, Lebenszufriedenheit,

Prokrastination und des Suchtverlangens (Substanzen und Glücksspiel) ermittelt: Es ergab sich mit Wilks $\lambda = .157$, F(68, 759, 705) = 6.736, $p \le .001$ ein signifikantes Ergebnis.

In der Tabelle 16 (Anhang A) sind die anschließend gerechneten signifikanten Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen bzw. des Welch-Tests bei Varianzheterogenität und die entsprechenden Post-Hoc-Tests wiedergegeben.

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Die explorative Analyse ergab für die Skala "Zwang" ein signifikantes Ergebnis mit F(4, 84,649) = 5,339, $p \le ,001$: Im Post-Hoc Vergleich lagen die Drogenabhängigen und die Psychisch Kranken (PK) signifikant über der KG. Hinsichtlich der Skala der Zusatzitems lag ebenfalls ein signifikantes Ergebnis vor: F(4, 88,659) = 6,597, $p \le ,001$. Die Drogenabhängigen wiesen einen signifikant höheren Mittelwert als die Alkoholabhängigen auf und sie lagen signifikant höher als die KG. In der Gesamtbelastung wurde ein weiteres signifikantes Ergebnis ermittelt mit F(4, 234) = 4,123, p = ,003. Die Drogenabhängigen waren signifikant höher psychisch belastet als die KG.

Stressbewältigung (SCI)

Die Gruppen unterschieden sich im Ausmaß des positiven Denkens (F(4, 233) = 7,713 $p \le ,001$), wobei die Alkoholabhängigen und die Psychisch Kranken signifikant weniger die Stressbewältigung "Positives Denken" nutzten als die KG. Des Weiteren bestanden signifikante Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der sozialen Unterstützung ($F(4, 83,926) = 27,611, p \le ,001$), hierbei wiesen alle suchtbezogenen Versuchsgruppen signifikant niedrigere Unterstützungswerte auf.

Auffallend waren die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die Stressbewältigungsstrategie "Alkohol und Zigarettenkonsum". Hier erwiesen sich 8 von 10 möglichen Gruppenvergleichen als signifikant. Die Drogenabhängigen hatten dabei den höchsten Mittelwert (M = 3,03), gefolgt von den Alkoholabhängigen (M = 2,99) und den Pathologischen Glücksspielern (M = 2,45).

Lebenszufriedenheit (FLZ^M)

Im Bereich der Lebenszufriedenheit wurden in allen drei Variablen (Lebensbereiche, Gesundheit und Gesamtlebenszufriedenheit) signifikante Unterschiede ermittelt. Hinsichtlich der einzelnen Gruppenvergleiche wiesen alle vier Versuchsgruppen eine signifikant niedrigere

Lebenszufriedenheit in den Lebensbereichen und der Gesamtlebenszufriedenheit im Vergleich zur KG auf. Im Bereich Gesundheit lagen die Alkoholabhängigen signifikant unter der KG.

Prokrastination (APROF)

Es bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der Prokrastination (F(4, 232) = 3,274, p = ,012). In diesem Bereich prokrastinierten die Psychisch Kranken signifikant weniger als die Kontrollgruppe.

Suchtverlangen

Das Ausmaß an Glücksspiel- ($F(4, 79,224) = 6,928, p \le ,001$) und Substanzverlangen ($F(4, 98,192) = 16,331, p \le ,001$) war bei den Gruppen signifikant verschieden. Die Pathologischen Glücksspieler wiesen erwartungsgemäß im Vergleich mit allen anderen vier Gruppen ein höheres Glücksspielverlangen auf. Die Drogenabhängigen hatten im Vergleich mit allen anderen Gruppen ein signifikant höheres Substanzverlangen. Zudem lagen die Alkoholabhängigen signifikant höher als die Psychisch Kranken, die am wenigsten Substanzverlangen hatten.

4.2.5 "Highlights"

Bei der Einschätzung der Interessen und Aktivitäten als "Highlights" handelte es sich um eine optionale Fragestellung von der 59 Probanden keinen Gebrauch machten. Diese stammten aus sämtlichen Untersuchungsgruppen. Die Auswertung, die anhand der Bildung von Mehrfachantworten-Sets erfolgte, ergab bei der Studie 2 nach einer Auswahl der 22 meistgenannten "Highlights" aller Untersuchungsgruppen mit N = 180 folgende deskriptive Ergebnisse (siehe Tabelle 9, nächste Seite): Am meisten wurde das Item "Zusammensein mit Partner" (Kategorie "Soziale Kontakte, Kompetenz") mit 61 Nennungen bei 33,9 % und am zweithäufigsten "Lachen" mit 60 Nennungen bei 33,3% (Kategorie "Gefühle zeigen") als "Highlight" eingestuft. An dritter Stelle folgte das Item "Reisen" (Kategorie "Erlebnis, Abenteuer") mit 56 Einstufungen bei 31,1%. Beabsichtigt war, die 20 meistgenannten Items als "Highlight" auszuwählen. Wegen drei gleich hohen Bewertungen bei Rang 16 ergab sich eine Liste mit insgesamt 22 Items.

Tabelle 9 Rangreihe der 22 meistgenannten "Highlights" in der Studie 2 "Patientenbefragung" (alle Untersuchungsgruppen; N=180)

Rang	Interessen und Aktivitäten (Item-Nummer)	Kategorie	Anzahl	%
01	Zusammensein mit Partner (176)	Soziale Kontakte, Kompetenz	61	33,9
02	Lachen (80)	Gefühle zeigen	60	33,3
03	Reisen (110)	Erlebnis, Abenteuer	56	31,1
04	Sexualität, Zärtlichkeit (119)	Gefühle zeigen	54	30,0
05	Am Strand sein (1)	Erholung	51	28,3
06	Zusammensein mit Familie (174)	Soziale Kontakte, Kompetenz	50	27,8
07	Ausflüge machen z. B. ins Grüne, an die See (7)	Erholung	44	24,4
08	Etwas für seine Gesundheit	Bewegung, Fitness	41	22,8
09	tun (36) Essen gehen (35)	Kultur erleben, Genuss	37	20,6
10	Im Freien aufhalten (z. B. Park, Picknick) (60)	Erholung	36	20,0
11	Jemandem eine Freude bereiten (70)	Gefühle zeigen	35	19,4
11	Sich mit Tieren beschäftigen (128)	Erholung	35	19,4
11	Zusammensein mit Freunden, Bekannten (175)	Soziale Kontakte, Kompetenz	35	19,4
12	Mit dem Hund spazieren gehen (88)	Erholung	33	18,3
13	Ein offenes und ehrliches Gespräch führen (25)	Soziale Kontakte, Kompetenz	30	16,7
13	Radio, Musik hören (108)	Erholung	30	16,7
14	Gemütliches Beisammensein (52)	Soziale Kontakte, Kompetenz	29	16,1
15	Regelmäßiges sportliches Training (109)	Bewegung, Fitness	27	15,0
15	Sport (140)	Bewegung, Fitness	27	15,0
16	Eine Therme, Sauna besuchen (30)	Erholung	26	14,4
16	Positive Zukunftspläne schmieden (103)	Geistige Betätigung	26	14,4
16	Probleme lösen (104)	Geistige Betätigung	26	14,4

4.2.6 Gruppenvergleiche zur Abhängigkeitsdiagnostik, ICD-10-Symptom-Rating und Prokrastination mit Normwerten

Lübecker Alkohol- und Missbrauchstest (LAST):

Hinsichtlich des "LAST" wurde überprüft, wie viele Probanden den Cut-off-Wert von 2 und mehr Punkten überschritten haben, was auf eine alkoholbezogene Störung hindeutet.

Bezogen auf die einzelnen Gruppen erzielten in der Gruppe der Alkoholabhängigen erwartungsgemäß alle $n=69\ (100\%)$ einen erhöhten Wert. Von der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler erreichten 18 (36,7%) von insgesamt n=49 einen kritischen Alkoholwert. Bei den Drogenabhängigen n=43 erzielten 38 (88,4%) einen auffälligen Wert.

Von der Gruppe der Psychisch Kranken n = 20 war ein Wert als auffällig einzustufen (5%).

Bei der Kontrollgruppe n = 58 erreichten 14 (24,1%) Probanden einen überhöhten alkoholbezogenen Wert.

Von allen 239 Probanden waren 99 (41,4%) unauffällig und 140 (58,6%) hatten einen Wert von 2 und höher.

Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG):

Bei der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler lagen 2 (4,1%) unterhalb des Cut-off-Wertes (was möglicherweise daran lag, dass der Test nicht auf vergangene Spielphasen sondern auf die aktuelle Glücksspielabstinenz bezogen wurde), bei n = 2 (4,1%) bestand eine beratungs- bzw. behandlungsbedürftige Glücksspielsucht, bei n = 4 (8,2 %) eine beginnende Glücksspielproblematik, bei n = 29 (59,2%) lag eine mittelgradige und bei n = 12 (24,5%) eine fortgeschrittene Glücksspielsucht vor. Bei der Gruppe der Alkoholabhängigen waren alle Werte unter dem Cut-off-Point (100%). Bei den Drogenabhängigen bestand kein kritischer Wert.

Bei der Gruppe der Psychisch Kranken erzielte eine Person (5%) einen Wert, der auf eine mittelgradige Glücksspielsucht deutete.

Bei der KG wies eine Person (1,7%) einen auffälligen Wert auf, der im Bereich einer beratungsbzw. behandlungsbedürftigen Glücksspielsucht lag.

ICD-10-Checkliste zur Drogenabhängigkeit:

In der Gruppe der Alkoholabhängigen (n = 69) erreichte niemand den Cut-off-Wert, der für eine Drogenabhängigkeit sprach. In der Gruppe der Pathologischen Glücksspieler (n = 49) waren n = 13 (26,5%), die den Cut-off-Wert erzielten bzw. überschritten. In der Gruppe der Drogenabhängigen wurden bei n = 36 überhöhte Werte (83,7%) erbracht.

Die Gruppe der Psychisch Kranken (n = 20) war diesbezüglich gänzlich unauffällig. Bei der Kontrollgruppe (n = 58) erfüllten 3 Personen (5,2%) einen kritischen Wert.

ICD-10-Checkliste zur Medikamentenabhängigkeit:

Bei der Gruppe der Alkoholabhängigen (n = 69) wurden von 4 Probanden (4,8%) Werte erreicht, die mindestens den Cut-off-Wert aufwiesen. Bei den Pathologischen Glücksspielern (n = 49) wurde bei n = 5 (10,2%) ein kritischer Wert gemessen. Bei den Drogenabhängigen (n = 43) waren bei 16 Personen (37,2%) auffällige Werte zu verzeichnen.

Die Gruppe der Psychisch Kranken und die Kontrollgruppe umfassten keine auffälligen Werte.

ICD-10-Symptom-Rating (ISR):

Die Ergebnisse in Bezug auf den Schweregrad der psychischen Belastung (Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Prozentwerte) sind der Tabelle 2 des Anhangs A zu entnehmen.

Depression: Alle vier Versuchsgruppen und die Kontrollgruppe wiesen einen Mittelwert auf, der auf eine geringe depressive Belastung hindeutete (Cut-off-Wert $\geq 1,0 < 2,0$).

Angst: Alle Versuchsgruppen waren gering belastet (Cut-off-Wert ab 1,0), bei der KG bestand ein Verdacht auf eine angstbezogene Belastung (Cut-off-Wert ab 0,75).

Zwang: Bei den Alkoholabhängigen und den Pathologischen Glücksspielern lag ein Verdacht auf eine Symptombelastung (Cut-off-Wert ab 0,67) vor, Drogenabhängige und Psychisch Kranke hatten eine geringe Symptombelastung (Cut-off-Wert ab 1,0) und die KG keine.

Somatoform: Die Pathologischen Glücksspieler wiesen eine geringe Symptombelastung (ab 0,75) auf, bei allen anderen Gruppen bestand ein Verdacht (Cut-off-Wert ab 0,33).

Essstörung: Bei den Pathologischen Glücksspielern war eine geringe Symptombelastung (M = 0,76; Cut-off-Wert ab 0,67) zu verzeichnen.

Zusatz-Skala: Sie enthält 12 weitere Symptome, die Hinweise auf das Vorliegen verschiedener Syndrome liefern (siehe Abschnitt 3.6.2.5). Die Mittelwerte der Drogenabhängigen und der Psychisch Kranken waren erhöht (Cut-off-Wert ≥ 1).

Gesamt-Skala: Die Versuchsgruppen hatten insgesamt eine mittlere Symptombelastung (Cutoff-Wert ab 0,9) und die KG eine geringe (Cut-off-Wert ab 0,6).

Prokrastination (APROF):

Zweiseitige T-Tests: Bezüglich der Prokrastination lag der Mittelwert der suchtbezogenen Gruppen (Alkohol, Glücksspiel und Drogen: n = 160 und M = 4,18) signifikant höher gegenüber dem Mittelwert der Normstichprobe (M = 3,84): t(159) = 3,081, p = ,002. Das 95%-

Konfidenzintervall der Differenz lag bei (95%-CI[0,12; 0,55]). Der Mittelwert der Kontrollgruppe (n = 57; M = 4,41) war ebenfalls signifikant höher als der der Normstichprobe t(56) = 3,623, p = ,001. Das 95%- Konfidenzintervall der Differenz lag bei (95%-CI[0,25; 0,88]). Dagegen ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der Psychisch Kranken (n = 20; M = 3,26) und dem Mittelwert der Normstichprobe t(19) = -1,464, p = ,160. Das 95%-Konfidenzintervall der Differenz lag bei (95%-CI[-1,42; 0,25]).

4.2.7 Korrelationen

Zur Validierung der IAS-Skalen erfolgten korrelative Berechnungen (Pearson-Korrelationskoeffizient, 2-seitig):

4.2.7.1 Inter-Skalen-Korrelationen zum IAS-Istzustand

Die Korrelationen der 10 Kategorien zum IAS-Istzustand untereinander sind in Tabelle 13 im Anhang A dargestellt. Nahezu alle Kategorien (Ausnahme: "Mediennutzung") korrelierten hoch signifikant in mittlerer bis (sehr) hoher Stärke untereinander. Die höchste Korrelation zeigte sich bei "Soziale Kontakte, Kompetenz" und "Gefühle zeigen" $r(237) = ,808, p \le ,001$. Die zweithöchste Korrelation lag bei "Soziale Kontakte, Kompetenz" und "Kultur erleben, Genuss" mit $r(237) = ,780, p \le ,001$ und die niedrigste Korrelation bei $r(237) = ,441, p \le ,001$ zwischen "Bewegung, Fitness" und "Gefühle zeigen".

Die "Mediennutzung" wies insgesamt niedrigere Korrelationen mit den anderen Kategorien des IAS-Istzustands auf als die anderen Skalen untereinander. Auffallend war bei der "Mediennutzung" eine hoch signifikante starke negative Korrelation mit dem Alter (r(232) = -,530, $p \le ,001$), die bei keiner anderen Kategorie in dieser Höhe ausfiel (zu den Bewertungen der Korrelationshöhen vgl. Cohen, 1988).

4.2.7.2 Signifikante Korrelationen des IAS-Istzustands mit den anderen Variablen Prokrastination (APROF)

- Es bestand eine signifikante negative Korrelation zwischen "Basisaktivitäten" und "Prokrastination" mit nahezu großem Effekt ($r(235) = -,491, p \le ,001$).
- Die anderen Kategorien des IAS-Istzustands korrelierten (Ausnahme "Erholung") alle signifikant negativ, aber eher schwach ausgeprägt (von "Geistige Betätigung" (r(235)= -,275, p ≤ ,001) bis (r(235) = -,137, p ≤ ,05) mit "Hobby, Kreativ").
- Der IAS-Gesamt-Mittelwert des Istzustands korrelierte mit $r(235) = -,257, p \le ,001$.

Stressbewältigung (SCI): Soziale Unterstützung

- Es bestanden signifikante positive Korrelationen hoher Stärke mit der Kategorie des IAS "Soziale Kontakte, Kompetenz" $(r(236)=,531, p \le ,001)$,
- sowie mit "Gefühle zeigen $(r(236) = .529, p \le .001)$,
- ,, *Kultur erleben, Genuss*" $(r(236)=,458, p \le ,001)$,
- und in mittlerer Stärke mit "Erlebnis, Abenteuer" $(r(236) = ,355, p \le ,001)$, "Erholung" $(r(236) = ,346, p \le ,001)$ und "Basisaktivitäten: $r(236) = ,339, p \le ,001$.
- Darüber hinaus bestand eine signifikante Korrelation mit dem "IAS-Istzustand-Gesamt" $(r(236)=,466, p \le ,001)$.

Stressbewältigung (SCI): Halt im Glauben

• Korrelierte (positiv) signifikant in mittlerer Stärke ($r(236) = ,302, p \le ,001$) mit "Geistiger Betätigung".

Stressbewältigung (SCI): Alkohol und Zigarettenkonsum

- Auffallend war, dass die Stressbewältigung "Alkohol und Zigarettenkonsum" mit fast allen Skalen (Ausnahme "Erholung") des IAS-Istzustands signifikant negativ korrelierte. Berichtenswert waren signifikante Korrelationen mittleren Effektes mit den Kategorien "Soziale Kontakte, Kompetenz" (r(236) = -,364, p ≤ ,001), "Körperliche Bewegung, Fitness" (r(236)= -,357, p ≤ ,001), "Gefühle zeigen" (r(236) = -,350, p ≤ ,001), "Kultur erleben, Genuss" (r(238) = -,319, p ≤ ,001), "Basisaktivitäten" (r(236)= -,320, p ≤ ,001) und dem IAS-Istzustand-Gesamt" (r(236) = -,362, p ≤ ,001). Bei "Geistige Betätigung" (r(236)= -,284, p ≤ ,001), "Erlebnis, Abenteuer" (r(238) = -,293, p < ,001) und "Mediennutzung" (r(236) = -,223, p ≤ ,001) mit "Alkohol- und Zigarettenkonsum" (SCI) ergaben sich schwache bis nahezu mittlere signifikante negative Effekte.</p>
- Eine weitere signifikante positive Korrelation bestand zwischen "Alkohol und Zigarettenkonsum" und dem "Substanzverlangen" mit starkem Effekt ($r(227) = .500, p \le .001$).

Substanzverlangen (IAS)

• Korrelierte mit den Kategorien "Soziale Kontakte, Kompetenz" $(r(228) = -,142, p \le ,05)$, "Basisaktivitäten" (r(228) = -,199, p < ,01) und "Kultur erleben, Genuss $(r(228) = -,136, p \le ,05)$ mit schwach negativen Effekten.

Glücksspielverlangen (IAS)

• Korrelierte mit "Basisaktivitäten" ebenfalls in geringer (negativer) Stärke (r(228) = -,164, $p \le ,05$).

Lebenszufriedenheit (FLZ^M)

Die Korrelationen zwischen den 10 Kategorien zum IAS-Istzustand und dem Istzustand-Gesamt mit der Lebenszufriedenheit (1. insgesamt, 2. Lebensbereiche und 3. Gesundheit) wurden nahezu alle signifikant positiv (siehe Tabelle 10). Von den dreißig signifikanten Korrelationen waren zwölf mit (r > 30) und drei mit (r > 40) in mittlerer Stärke ausgefallen.

Tabelle 10 Korrelationen: IAS-Istzustand und Lebenszufriedenheit

TAG T	7 0 1 1 1 1	7 0 1 1 1 1	7.0:1.1:
IAS-Istzustand	Zufriedenheit	Zufriedenheit	Zufriedenheit
Kategorie	mit dem Leben	Lebensbereiche	Gesundheit
	insgesamt		
01 Soziale Kontakte,	,369***	,447***	,302***
Kompetenz			
02 Bewegung,	,216***	,262***	,194**
Fitness			
03 Geistige Betäti-	.256***	.284***	,183**
gung			
04 Gefühle zeigen	,376***	,384***	,332***
05 Erholung	,224**	,288***	,211***
06 Erlebnis, Aben-	,291***	,353***	,249***
teuer			
07 Kultur erleben,	,387***	,459***	,309***
Genuss			
08 Hobby, Kreativ	,068	,172**	,039
·			
09 Mediennutzung	,124	,154*	,201**
S			
10 Basisaktivitäten	,312***	,356***	,236***
11 Gesamt	,345***	,416***	,289***

Anmerkungen. N = 230–239. * $p \le .05$; ** $p \le .01$; *** $p \le .001$.

4.2.7.3 Korrelationen zwischen den Lebenszufriedenheitsskalen (FLZ^M) untereinander

Die Korrelationen der Skalen zur Lebenszufriedenheit untereinander waren (erwartungsgemäß) signifikant (mit starkem Effekt):

- Lebensbereiche und Gesundheit: $r(237) = .714, p \le .001,$
- Gesundheit und Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt: r(228) = .653, $p \le .001$,
- Lebensbereiche und Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt: $r(228) = .802, p \le .001$.

4.2.8 Clusteranalyse

4.2.8.1 Errechnung und Auswahl einer geeigneten Clusterlösung anhand relevanter Kriterien Im Weiteren wurden Clusteranalysen gerechnet, um verschiedene Sub-Gruppen (Typen) bezogen auf das Interessen- und Aktivitätenspektrum zu identifizieren und zu analysieren (zum Vorgehen vgl. Bacher et al., 2010):

- Mittels des Single-Linkage-Verfahrens mit dem Distanzmaß der quadrierten euklidischen Distanz wurden 3 Ausreißer ermittelt, die von den weiteren Analysen auszuschließen waren.
- 2. Anschließend kam eine hierarchische Clusteranalyse nach Ward (Fusionsalgorithmus) mit der quadrierten euklidischen Distanz (Distanzmaß) zur Bestimmung der Cluster-Anzahl zum Einsatz. Anhand des Struktogramms war ein deutlicher "Knick" bei der 4-Clusterlösung zu sehen (siehe Abbildung 7, nächste Seite). Der erkennbare "Ellbogen" (starker Zuwachs der Fehlerquadratsummen) wurde als Varianzkriterium zu Rate gezogen, wonach die Lösung vor dem Sprung zu wählen war. In Erwägung zu ziehen war neben der 4-Clusterlösung noch eine 3-Clusterlösung, die jedoch inhaltlich als wenig sinnvoll erschien.
- 3. Nun wurde die 4-Clusterlösung mit dem K-Means-Verfahren auf Grundlage der errechneten "Cluster-Zentren" (Kategorien-Mittelwerte) aus der Lösung des Ward-Verfahrens optimiert.
- 4. Danach erfolgte eine Beschreibung der 4-Clusterlösung anhand der untersuchten Kategorien (IAS-Istzustand und -Änderungswunsch).
- 5. Weiterhin wurde untersucht, ob sich die 4-Clusterlösung durch varianzanalytische Berechnungen extern validieren ließ.

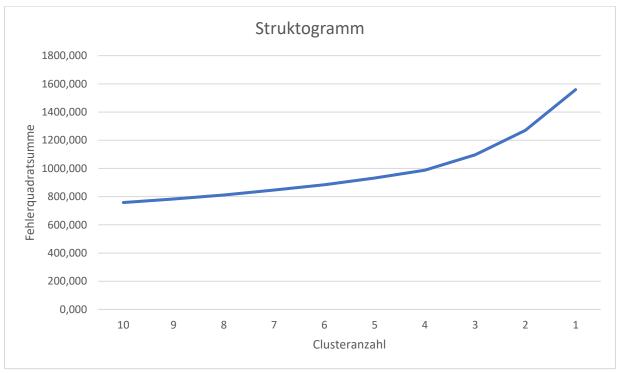


Abbildung 7. Struktogramm der Clusteranalysen nach Ward (x-Achse: 10–1 mögliche Cluster; y-Achse: Fehlerquadratsummenzuwächse).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die mit dem K-Means-Verfahren erzeugte 4-Clusterlösung (optimiert durch Cluster-Zentren basierend auf dem Ward-Verfahren) sowohl inhaltlich interpretierbar als auch hinsichtlich der Gütekriterien als ausreichend valide einzustufen ist (intern homogene sowie extern heterogene Cluster).

Ergebnisse der 4- Clusterlösung

Die Tabelle 11 (siehe nächste Seite) gibt die anteilsmäßigen Verteilungen (Anzahl und Prozente) hinsichtlich der fünf Untersuchungsgruppen (Alkoholabhängige, Pathologische Glücksspieler, Drogenabhängige, Psychisch Kranke und Kontrollgruppe) auf die Cluster wieder. Auffallend war, dass Cluster 1 ein "gemischtes" Cluster darstellte (50,1% Suchtkranke, 16,7% Psychisch Kranke und 33,3% aus der Kontrollgruppe). Dagegen bestanden die Cluster 2 und 3 vorwiegend aus Suchtkranken (89% und 86,6%) und Cluster 4 setzte sich zu einem hohen Anteil aus Kontrollpersonen zusammen (69,2%). Die Cluster wurden namentlich gekennzeichnet, um sie kurz zu charakterisieren und die Darstellung der Ergebnisse zu erleichtern.

Tabelle 11 4-Clusterlösung (K-Means optimierte Ward-Clusterung) und deskriptive Statistiken

	Cluster 1: "Sucht/ aktiv"		Cluster 2: "Sucht/ände- rungsbereit"		Cluster 3: "Sucht/ passiv"		Cluster 4: "Kontroll- gruppe"	
		= 66	_	= 64		- 67	n = 39	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Alkohol- abhängige	17	25,8	21	32,8	27	40,3	3	7,7
Pathologische Glücksspieler	10	15,2	15	23,4	19	28,4	4	10,3
Drogen- abhängige	6	9,1	21	32,8	12	17,9	3	7,7
Psychisch Kranke	11	16,7	1	1,6	6	9,0	2	5,1
Kontrollgruppe	22	33,3	6	9,4	3	4,5	27	69,2

Die multivariate Varianzanalyse der 4-Clusterlösung unter Einbezug der typusbildenden Kategorien (IAS-Istzustand und -Änderungswunsch) erbrachte ein signifikantes Ergebnis mit Wilks $\lambda=0.074$, F(60,636,310)=14,789, $p\leq.001$. Die anschließenden einfaktoriellen Varianzanalysen (bzw. Welch-Tests) ergaben ebenfalls in allen Kategorien des IAS signifikante Ergebnisse auf einem Signifikanzniveau von $p\leq.001$. Von den Post-Hoc-Tests (Scheffe' bzw. Dunnett-T3 bei Varianzheterogenität) erwiesen sich von insgesamt 120 möglichen Vergleichen 100 als signifikant. Die dazugehörigen Statistiken sind den Tabellen 17 und 18 (Anhang A) zu entnehmen.

In Bezug auf den *IAS-Istzustand* waren nahezu alle Paarvergleiche (54 von 60) zwischen den 4 Clustern (1–4) signifikant: (1) "Sucht/aktiv" hatte in allen Kategorien-Mittelwerten zum IAS-Istzustand signifikant höhere Werte als (3) "Sucht/passiv". Zudem hatte (1) "Sucht/aktiv" im Vergleich mit (2) "Sucht/änderungsbereit" außer bei der Kategorie "Mediennutzung" signifikant höhere Werte. Außerdem lag (1) "Sucht/aktiv" bei 8 Kategorien-Mittelwerten (außer bei "Körperliche Bewegung, Fitness" und "Basisaktivitäten") signifikant niedriger als die (4) "Kontrollgruppe". Die (4) "Kontrollgruppe" erzielte in sämtlichen Kategorien signifikant höhere Mittelwerte gegenüber (2) "Sucht/änderungsbereit" und (3) "Sucht/passiv". (2) "Sucht/änderungsbereit" erzielte signifikant höhere Mittelwerte zum IAS-Istzustand bei 7 von 10 Kategorien als (3) "Sucht/passiv". (3) "Sucht/passiv" wies die niedrigsten Kategorien-Mittelwerte auf.

Hinsichtlich der *IAS-Änderungswünsche* wurden weniger Paarvergleiche (46 von 60) als beim IAS-Istzustand signifikant. (2) "Sucht/änderungsbereit" und die (4) "Kontrollgruppe" hatten in nahezu allen Kategorien ähnlich hohe Änderungswünsche. Es bestand nur ein signifikantes Ergebnis: in der "Mediennutzung" wies die (4) "Kontrollgruppe" einen signifikant höheren Mittelwert auf als (2) "Sucht/änderungsbereit". Zudem lagen beide Cluster bei allen Kategorien signifikant über (1) "Sucht/aktiv" und (3) "Sucht/passiv". Zwischen den Clustern (1) "Suchtaktiv" und (3) "Sucht/passiv" gab es dagegen nur in 5 Kategorien ("Soziale Kontakte, Kompetenz", "Gefühle zeigen", "Erholung", "Erlebnis, Abenteuer" und "Kultur erleben, Genuss") signifikante Unterschiede, wobei (1) "Sucht-aktiv" durchweg höhere Änderungswünsche hatte. Die Abbildung 8 veranschaulicht die Profilverläufe der vier Cluster hinsichtlich der Kategorien-Mittelwerte zum IAS-Istzustand (IST = linke Seite; 1–10) und den IAS-Änderungswünschen (SOLL = rechte Seite; 1–10).

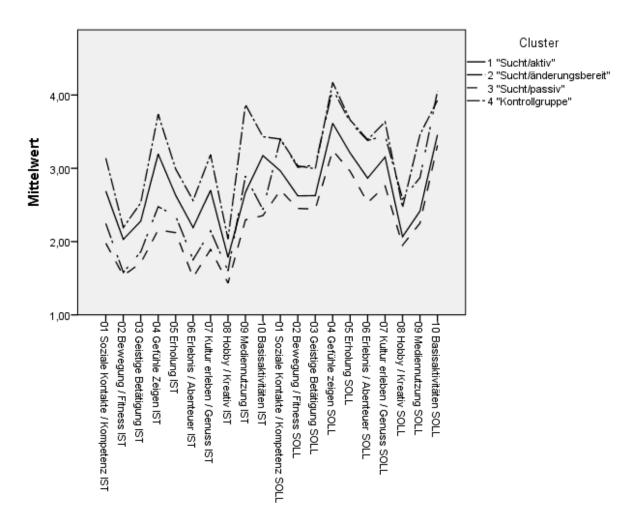


Abbildung 8. 4-Clusterlösung anhand der typusbildenden Kategorien (IST = IAS-Istzustand; SOLL = IAS-Änderungswunsch): K-Means-optimierte Ward-Clusterung.

Zur Überprüfung der Validität der 4-Clusterlösung anhand externer Variablen wurden eine MANOVA und anschließende einfaktorielle Varianzanalysen (bzw. Welch-Tests) unter Einbezug der Lebenszufriedenheit (FLZ^M), Symptombelastung (ISR), Stressbewältigung (SCI), Prokrastination (APROF) und der Umsetzbarkeit (IAS) gerechnet. Die multivariate Varianzanalyse ergab ein signifikantes Ergebnis mit Wilks $\lambda = ,430, F(45, 633,549) = 4,619, p \le ,001$. Die Ergebnisse der ANOVAS (bzw. Welch-Test bei Varianzheterogenität)³ und die dazugehörigen Post-Hoc-Tests sowie die clusterbezogenen Mittelwerte, Standardabweichungen und Konfidenzintervalle sind der Tabelle 19 (Anhang A) zu entnehmen. Von den eingehenden Variablen wurden mit zwei Ausnahmen (Stressbewältigung "Positives Denken" und Angstsymptomatik) signifikante Ergebnisse in den Varianzanalysen (bzw. Welch-Tests) ermittelt. Von den insgesamt 78 möglichen Post-Hoc-Tests waren 32 signifikant.

Im Weiteren erfolgt eine explorative Beschreibung der einzelnen Cluster in Bezug auf die oben berichteten Ergebnisse.

Cluster 1 – "Sucht/aktiv":

- "Gemischtes Cluster" es bestand zu einem relativ hohen Anteil Suchtkranker mit 50,1%, zu 16,7% aus der Gruppe der Psychisch Kranken und 33,3% aus Kontrollpersonen.
- IAS-Istzustand zweithöchste Werte bei fast allen Kategorien.
- Mittlere Ausprägung bei den IAS-Änderungswünschen.
- Höhere Lebenszufriedenheit als Cluster 2 und 3.
- Geringe *Prokrastination*.
- Relativ hohe soziale Unterstützung.
- Geringe Stressbewältigung mit Alkohol und Zigaretten.
- Niedrige *Depressivitätswerte* und geringe *psychische Belastung* (Zusatz- und Gesamt-Skala).

Cluster 2 – "Sucht/änderungsbereit":

- Zusammensetzung überwiegend aus Suchtkranken mit 89%.
- Relativ niedriger *IAS-Istzustand*.
- Hohe *IAS-Änderungswünsche*.

³ Die univarianten Varianzanalysen basierend auf den oben berichteten Manovas ergaben im Vergleich mit den separat durchgeführten ANOVAS (bzw. Welch-Tests) keine unterschiedlichen Ergebnisse hinsichtlich der Signifikanzen, was sich auf sämtliche Analysen im Ergebnisteil bezieht.

- Hohe Werte bei der *Umsetzbarkeitseinschätzung*.
- Erhöhte *Prokrastination*.
- Geringe soziale Unterstützung.
- Erhöhte Stressbewältigung mit Alkohol und Zigaretten.
- Höhere Depressivität als Cluster 1 und 4 (noch leicht unterhalb einer mittleren Symptombelastung) und höhere psychische Belastung (Zusatz- und Gesamt-Skala: mittlere Symptombelastung).
- Niedrigere *Lebenszufriedenheit*.

Cluster 3 – "Sucht/passiv":

- Größtenteils bestehend aus Suchtkranken mit 86,6%.
- Niedriger IAS-Istzustand in allen Kategorien.
- Niedrige IAS-Änderungswünsche.
- Geringe *Umsetzbarkeitseinschätzung*.
- Erhöhte *Prokrastination*.
- Geringe soziale Unterstützung.
- Erhöhte Stressbewältigung mit Alkohol und Zigaretten.
- Höhere Depressivität als Cluster 1 und 4 (noch leicht unterhalb einer mittleren Symptombelastung) und höhere psychische Belastung (Zusatz- und Gesamt-Skala: mittlere Symptombelastung).
- Niedrigere *Lebenszufriedenheit*.

Cluster 4 – "Kontrollgruppe":

- Bestand *überwiegend* aus *Kontrollpersonen* (69,2%).
- Hoher *IAS-Istzustand*.
- Hohe *IAS-Änderungswünsche*.
- Hohe Lebenszufriedenheit (alle drei Bereiche: Lebensbereiche/Gesundheit/Gesamt).
- Hohe soziale Unterstützung und geringe Stressbewältigung mit Alkohol und Zigaretten.
- Geringe psychische Belastung.

Ergebnisse zu den soziodemografischen Daten in Bezug auf die Cluster

Geschlecht: Die Berechnung einer zweifaktoriellen ANOVA mit dem IAS-Istzustand-Gesamtmittelwert als abhängige Variable und "Geschlecht" und "Cluster" als feste Faktoren ergab einen signifikanten Haupteffekt für "Cluster" mit F(3, 236) = 160,467, $p \le .001$, $\eta^2 = .68$; nicht aber für "Geschlecht" mit F(1, 236) = .203, p = .653. Es wurde zudem kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Clustern und dem Geschlecht ermittelt F(3, 236) = 1,321, p = .268.

Die Berechnung einer zweifaktoriellen ANOVA mit dem IAS-Änderungswunsch-Gesamtmittelwert als abhängige Variable und "Geschlecht" und "Cluster" als feste Faktoren ergab einen signifikanten Haupteffekt für "Cluster" mit $F(3, 236) = 111.829, p \le 0.001, \eta^2 = 0.001,$

Bezüglich der weiteren soziodemografischen Variablen ergaben sich folgende Ergebnisse: Wie ein $\mathrm{Chi^2}$ -Test ergab, bestanden signifikante Unterschiede hinsichtlich der Angaben zur Beschäftigung. Der $\mathrm{Chi^2}$ -Test resultierte in einem Ergebnis von $\mathrm{Chi^2}(18) = 34,426, p = ,006.$ Als besonders erwähnenswert stellten sich die prozentualen Anteile der Angabe "arbeitssuchend" innerhalb der Cluster dar: (1) "Sucht/aktiv": 10,6%; (2) "Sucht/änderungsbereit": 34,4%; (3) "Sucht/passiv": 26,9%; (4) "Kontrollgruppe": 10,3%. Im Hinblick auf das Geschlecht waren keine signifikanten Unterschiede ($\mathrm{Chi^2}(3) = 6.375, p = 0,095$) zu verzeichnen. Beim Familienstand gab es ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede ($\mathrm{Chi^2}(6) = 7,924, p = ,244$). Hinsichtlich der Wohnsituation wurde dagegen ein signifikantes Ergebnis erzielt mit $\mathrm{Chi^2}(12) = 35.348, p < 0,001$. Insbesondere die prozentualen Anteile innerhalb der Cluster im Bereich "alleinlebend" erschienen als berichtenswert: (1) "Sucht/aktiv": 25,8%; (2) "Sucht/änderungsbereit": 51,6%; (3) "Sucht/passiv": 41,8%; (4) "Kontrollgruppe": 23,1%.

In Hinsicht auf das *Alter* ergaben sich folgende Mittelwerte und Standardabweichungen:

(1) "Sucht/aktiv": M = 37,3, SD (12,6); (2) "Sucht/änderungsbereit": M = 39,33, SD = 12,4; (3) "Sucht/passiv": 44,21, SD = 11,8; (4) "Kontrollgruppe": M = 26,56, SD = 8,8. Der Welch-Test (aufgrund Varianzheterogenität) erbrachte ein signifikantes Ergebnis bei den Altersunterschieden auf die Cluster bezogen: F(3, 121,561) = 26,377, $p \le .001$. Von den Post-Hoc-Tests (Dunnett-T3) wurden folgende signifikant: (1) "Sucht/aktiv" und (3) "Sucht/passiv" mit einem Signifikanzniveau von p = .010 und (4) "Kontrollgruppe" mit allen anderen drei Clustern

jeweils mit einem Signifikanzniveau von $p = \le .001$. Dies war auf den hohen prozentualen Anteil aus der Kontrollgruppe (Fachpflegeschüler, welche im Vergleich zu den Versuchsgruppen jünger waren) in Cluster 4 zurückzuführen. Um die Altersverteilung in den Clustern, speziell der Cluster 1–3, nochmals genauer zu prüfen, wurden drei Altersklassen gebildet (1. "bis 35 Jahre frühes, 2. "36-65 Jahre mittleres" und 3. ab "66 Jahre höheres" Erwachsenenalter). Hier ergab sich kein signifikantes Ergebnis bezüglich der Altersverteilung in den Clustern: $Chi^2(4) = 8,494, p = 0,75$.

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Befunde

Die Untersuchung widmete sich der Thematik, welche Alternativen geeignet sind, die Dominanz suchtbezogener, monistischer Verhaltensweisen im Belohnungssystem zu überwinden und damit zu einer zufriedenen Abstinenz beizutragen. Intendiert war, dass sämtliche 176 einbezogene Interessen und Aktivitäten als Alternativen für das Suchtverhalten und die Rekonstruktion des Belohnungssystems bedeutsam sind. Daran knüpften sich folgende Fragestellungen an: Die Interessen und Aktivitäten, potentielle Alternativen zum Suchtverhalten, lassen sich nach verschiedenen Kategorien (Skalen) einordnen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Belohnungsfähigkeit und danach, ob sie sich als "Highlight" eignen. Darauf aufbauend bestand die Zielsetzung darin, die angenommene Verengung des Interessen- und Aktivitätenspektrums bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung im Gruppenvergleich nachzuweisen. Des Weiteren galt es, eine Validierung der Skalen des Interessen- und Aktivitätsspektrums mit anderen Testverfahren verwandter Konstrukte vorzunehmen.

In die Item- und Kategorien-Auswahl wurden insbesondere Faktoren der Gesundheitsforschung, des Wohlbefindens und der Emotionsregulation einbezogen. Mittels der "Expertenbefragung" (Studie 1) von Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung (Verhaltenstherapie) erfolgte zunächst die Kategorisierung und Einschätzung des Belohnungswertes jedes Items sowie die Bestimmung von "Highlights" aus derselben Item-Auswahl.

In der Experteneinschätzung (mit der Möglichkeit zu Mehrfachwahlantworten) konnten die Items ganz überwiegend den vorgegebenen 13 Kategorien zugordnet werden (nur ein Item entfiel auf die Kategorie "Sonstiges"). Im Anschluss wurden aus inhaltlichen Überlegungen und teststatischen Gründen (unter Einbezug der Daten aus der Studie 2 z. B. Reliabilitätsanalysen, Item-Skalen-Statistiken) folgende *10 Kategorien* beibehalten:

(1) Soziale Kontakte, Kompetenz, (2) Bewegung, Fitness, (3) Geistige Betätigung, (4) Gefühle zeigen, (5) Erholung, (6) Erlebnis, Abenteuer, (07) Kultur erleben, Genuss, (8) Hobby, Kreativ, (9) Mediennutzung und (10) Basisaktivitäten.

Anhand der Experteneinschätzung ließen sich unterschiedliche *Belohnungswerte* (Belohnungsfähigkeit) sowohl auf *Item*- als auch auf *Kategorien-Ebene* ermitteln. Die vier Kategorien mit den höchsten Belohnungsmittelwerten in absteigender Reihenfolge waren: (4) "Gefühle

zeigen", (5) "Erholung", (6) "Erlebnis Abenteuer" und (2) "Bewegung, Fitness". Am unteren Ende befand sich (03) "Geistige Betätigung" gefolgt von (9) "Mediennutzung". Diese Befunde bestätigen, dass die (operationalisierten) Interessen und Aktivitäten eine erste Grundlage bilden, das psychische Befinden positiv zu beeinflussen und sich zur Rekonstruktion des Belohnungssystems eignen dürften, aber nicht als gleich hoch wirksam (belohnend) einzustufen sind. Weiterhin zeigte sich, dass die Item-Anzahl einer Kategorie (z. B. "Gefühle zeigen": 8 Items; "Soziale Kontakte, Kompetenz": 39 Items) nicht ausschlaggebend für den Belohnungswert einer Kategorie ist.

In der "Patientenbefragung" (Studie 2) fand eine weitere IAS-Studie statt, die die Annahme der Verengung (Absorption) des Interessen- und Aktivitätenspektrums bei Suchtkranken im Vergleich zu einer Kontrollgruppe überprüfte.

Die Untersuchung hatte zum Ergebnis, dass sämtliche Suchtkranke (n = 161) im Vergleich zu der Kontrollgruppe (n = 58) signifikant niedrigere Mittelwerte beim IAS-Istzustand-Gesamt und bei allen zehn Kategorien aufwies.

Darüber hinaus ergaben sich Hinweise auf ein weniger differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS-Istzustand), welches sich in absoluten Zahlen einer geringeren Ausübung im letzten Jahr ("überhaupt nicht") von Interessen und Aktivitäten ausdrückte.

Bei spezieller Betrachtung der einzelnen Suchtgruppen lagen sowohl die Alkoholabhängigen (n = 69), die Pathologischen Glücksspieler (n = 49) als auch die Drogenabhängigen (n = 43) in den Mittelwerten zum IAS-Istzustand-Gesamt und zu sieben von zehn Kategorien (Soziale Kontakte, Kompetenz; Geistige Betätigung; Gefühle zeigen; Erlebnis, Abenteuer; Kultur erleben, Genuss; Mediennutzung; Basisaktivitäten) signifikant unterhalb der KG.

Bei drei Kategorien unterschieden sich nur einzelne suchtbezogene Gruppen signifikant von der KG: In der Kategorie "Bewegung, Fitness" lagen nur die Alkoholabhängigen signifikant unter der Kontrollgruppe. Bei "Erholung" hatten zwei suchtbezogene Gruppen, die Alkoholabhängigen und die Pathologischen Glücksspieler, einen signifikant niedrigeren IAS-Istzustand als die KG. Bei "Hobby, Kreativ" hatten die Pathologischen Glücksspieler einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die KG. Erreichten Unterschiede kein Signifikanzniveau lagen dennoch alle Mittelwerte der Suchtgruppen tendenziell unter denen der KG.

Bei der zusätzlich einbezogenen Untersuchungsgruppe "Psychisch Kranke" (n = 20) lagen die Werte zum IAS-Istzustand tendenziell zwischen den Werten der Suchtkranken und denen der KG. Insgesamt ergaben sich weniger signifikante Unterschiede mit der KG. Da es sich von den

Diagnosen her um eine heterogene Gruppe und kleine Stichprobe handelte, sind die Ergebnisse nur partiell einbezogen. Weitere Untersuchungen sollten folgen.

Die Ergebnisse zum Differenzwert des IAS-Istzustands und Änderungswunsches, Interessen und Aktivitäten häufiger auszuüben, verdeutlichen: Alle Suchtgruppen hatten den Wunsch, ihr Interessen- und Aktivitätenspektrum zu erweitern (signifikant höhere Diskrepanz zwischen IST und SOLL als die KG). Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung zur Zielerreichung waren die Suchtkranken ähnlich optimistisch wie die Kontrollgruppe. Zudem konnten Unterschiede in den folgenden psychologischen Parametern gefunden werden: Die suchtbezogenen Gruppen hatten eine höhere Neigung, Stress mit Alkohol und Zigaretten zu bewältigen. Sie wiesen eine erhöhte Prokrastination und geringere Lebenszufriedenheit auf. Darüber hinaus konnte bei den suchtbezogenen Gruppen eine stärkere psychische Belastung (ähnlich hoch wie bei den Psychisch Kranken) ermittelt werden. In Bezug auf das Substanz- bzw. Glücksspielverlangen lagen die Suchtkranken ebenfalls höher, wobei die Verlangens-Werte insgesamt eher niedrig ausgeprägt waren, was möglicherweise mit der recht langen Therapiezeit zusammenhing.

Zwischen den "Highlight"-Einschätzungen der 21 bzw. 22 meistgenannten Items der Expertenund Patienten/KG gab es eine hohe Übereistimmung (14 Items; ca. 65%).

Die signifikanten Korrelationen zwischen den Kategorien zum IAS-Istzustand untereinander (Inter-Skalen-Korrelationen) und mit den eingesetzten Fragebögen zur Lebenszufriedenheit, Prokrastination und Stressbewältigung deuten auf eine hinreichende interne und externe Validität der Skalen zum Interessen- und Aktivitätenspektrum hin.

5.2 Einordnung der Befunde

5.2.1 Interessen- und Aktivitätenspektrum (IAS): Belohnungswerte, Kategorisierung, Gruppenvergleiche und "Highlights"

Die Ergebnisse erfüllen die Erwartungen, dass eine inhaltlich und statistisch sinnvolle Kategorienbildung möglich und so die Übersichtlichkeit und Handhabung der Alternativen-Auswahl beträchtlich zu verbessern ist. Eine Experteneinschätzung der Belohnungsfähigkeit führte zu der Schlussfolgerung, dass von unterschiedlichen Wirkungsgraden potentieller Alternativen auszugehen ist. Hiermit ist eine Grundlage geschaffen, vorhandene Ressourcen und Änderungsvorhaben aufgrund von Messungen konkret zu bestimmen.

Bei der Untersuchung von substanzfreien Verstärkern standen bisher programmmäßige Applizierungen oder das Vorhandensein bestimmter Ressourcen im Vordergrund (Acuff et al., 2019; Daughters et al., 2018; Martínez-Vispo et al., 2018). In der hier durchgeführten Untersuchung fanden zunächst eine Kategorisierung und eine Bestimmung der Belohnungsfähigkeit potentieller Maßnahmen statt.

In der Expertenbefragung waren die Instruktionen ausdrücklich darauf ausgerichtet, welche Interessen und Aktivitäten sich besonders dazu eignen, das psychische Befinden positiv zu beeinflussen und damit zu einer zufriedenen Abstinenz beizutragen. Der Grad der "Schutzfunktion" der substanzfreien Verstärker ließ sich durch Belohnungswert-Einschätzungen auf Item- und Kategorien-Ebene bestimmen.

Auf der ersten Seite des "Patienten-Fragebogens" befand sich eine *Erklärung zum Sinn der Untersuchung*, dass es um den Einfluss von Interessen und Aktivitäten auf das *Wohlbefinden* und die *psychische Gesundheit* gehe. Die Interessen und Aktivitäten waren anhand jeweils einer Skala zur Erhebung des IAS-Istzustands (bezogen auf das letzte Jahr) und des IAS-Sollzustands (Änderungswünsche) einzuschätzen.

Die Auswahl der IAS-Items schließen Kompetenzen zur Alltagsbewältigung ein, die sich möglicherweise erst auf längere Sicht als erleichternd und rückfallpräventiv erweisen, weil anhaltende psychische Belastungen, z. B. durch ungeordnete finanzielle Verhältnisse, so zu vermeiden sind (Müller et al., 2013). Sowohl Interessen und Aktivitäten zur Ablenkung (Koch et al., 2016) als auch zur Erleichterung sind einbezogen, das psychische Befinden ohne Einsatz des Suchtmittels anhaltend positiv zu beeinflussen. Die empirischen Ergebnisse bestätigen die Annahme einer Interessen- und Aktivitätenabsorption für die Gruppe der Suchtkranken insgesamt und verschiedene Suchtformen. Sie unterstützen die These der Dysfunktionalität des Belohnungssystems unter Bildung eines Suchtgedächtnisses durch die anhaltende Ausübung des Suchtverhaltens (vgl. Alba-Ferrara et al., 2016; Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018; Lindenmeyer, 2005; Mann et al., 2013). In den Diagnose-Leitlinien der ICD-10 (Dilling et al., 2015) und des DSM-5 (APA, 2013/2015) ist diese Symptomatik als ein mögliches Kriterium aufgenommen. Hierdurch ergeben sich möglicherweise erste Antworten darauf, welche belohnungsfähige Alternativen für eine Umstrukturierung des Belohnungssystems bzw. zur Deaktivierung des persistierenden Suchtgedächtnisses als geeignet erscheinen.

Es geht darum, gezielt auf eine konstruktive Emotionsregulation und ausgewogene, vielfältige Lebensgestaltung hinzuwirken, vorhandene Ressourcen und Änderungswünsche zu ermitteln und eine individuelle und konkrete Zielbestimmung der Alternativen zum Suchtverhalten vorzunehmen. Zudem ist auf eine realistische Umsetzbarkeit hinzuarbeiten und auf einen Transfer in den Alltag zu achten. Auf einen einfachen Nenner gebracht bedeutet dies, Therapiemaßnahmen systematisch individuell zu planen und multimodale Programme flexibler zu gestalten.

Die Ergebnisse bestätigen die theoretischen Annahmen des bio-psycho-sozialen Ansatzes zum Suchtverhalten, dass Faktoren der Emotionsregulation eine bedeutende Funktion haben (Bachmann & Bachmann, 2018; Böning & Albrecht -Sonnenschein, 2018). Als am höchsten belohnungsfähig hat sich die Kategorie "Gefühle zeigen" erwiesen, die u. a. Items zum Ausdruck und Erleben positiver Emotionen einschließt. Die hohen Einschätzungswerte unterstreichen, dass positive Emotionen für die Ausschüttung der "Wohlfühlhormone" und die Rekonstruktion des Belohnungssystems einen hohen Stellenwert besitzen. Speziell der Aufbau positiver Emotionen, wie z. B. Freude, Vitalität und Hoffnung, ist eine relevante Bewältigungsstrategie bei psychischen Belastungen (Gloria & Steinhardt, 2016). Des Weiteren wurde nachgewiesen, dass ein konstant höheres Maß an positiven Emotionen mit einer höheren psychischen Belastbarkeit und Lebenszufriedenheit verbunden ist (Cohn, Frederickson, Brown, Mikels & Conway, 2009). In diesem Zusammenhang bleibt zu diskutieren, durch welche Interessen und Aktivitäten positive Gefühle gefördert bzw. angeregt werden. Dies wiederum stellt den starken Bezug der Skala "Gefühle zeigen" zu den anderen Kategorien her, wo entsprechende Potenziale auszuloten sind. Ein weiterer Aspekt dieser Kategorie beinhaltet den Ausdruck positiver und negativer Gefühle und deren konstruktive Bewältigung (Emotionsregulation), was besonders für Suchtkranke bedeutsam ist. Eine dysfunktionale Emotionsregulation ist oft an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen sowie von anderen psychischen Störungen bzw. Komorbiditäten beteiligt (Berking, 2017; Berking & Schwarz, 2013). Suchtverhalten wird dementsprechend als Störung des Selbstregulationssystems angesehen (vgl. Bachmann & El-Akhras, 2014a, b). Nach Marchica et al. (2020) sagen bestimmte Defizite der Impulskontrolle sowie eine ungenügende emotionale Wahrnehmung und Klarheit eine glücksspielbezogene Störung vorher. Offen zu seinen Gefühlen zu stehen und zu lernen, bestimmte Gefühle zuzulassen, anstatt sie zu vermeiden, sind wichtige emotionsregulatorische Funktionen (vgl. Flückiger et al., 2010).

Es war überraschend, dass dem "Lachen" in dieser Untersuchung eine so große Bedeutung zukam. Sowohl in der Experten- (Platz 3 mit 65,2%) als auch in der Patientenbefragung (Platz 2 mit 33,3%) wurde das Item "Lachen" als wichtiges "Highlight" genannt. Zudem stuften die Experten es als am höchsten belohnungsfähig ein (M = 6,63; Skalierung 1–7). In experimentellen Studien erhöhte induziertes fröhliches, soziales Lachen positive Empfindungen und es kam zu einer verstärkten Ausschüttung von endogenen Opioiden (Berk & Tan, 2009; Manninen et al., 2017). Aus lerntheoretischen Gesichtspunkten dürfte sich die Auftretenswahrscheinlichkeit gewünschter Verhaltensänderungen erhöhen, wenn die Aneignung mit der Verstärkerwirkung von Freude und Lachen assoziiert ist.

Nach Erfahrung der Autorin wird dieser Gefühlsäußerung in therapeutischen Einrichtungen nicht selten mangelnde Ernsthaftigkeit zugeschrieben. Ernsthaftigkeit und Humor sollten sich jedoch nicht gegenseitig ausschließen. Lachen wird in dieser Untersuchung eher als eine Folge, ein Produkt von einer angenehmen Tätigkeit oder eines Erlebnisses verstanden. Es geht darum, "etwas zu lachen zu haben", Alternativen anzustreben, die leichter mit Freude, Spaß und Humor zu verknüpfen sind. Maßnahmen dazu können eine entspannte Gesprächs- oder Klinikatmosphäre, ein Ball- oder Brettspiel sein und vom Tischtennis-Turnier, "Mensch ärgere Dich nicht" bis ... reichen, was zukünftig noch weiter zu untersuchen ist.

In der Gefühls-Kategorie sind noch weitere emotionale Kompetenzen thematisiert, wie Mitgefühl zeigen, sich immer auf etwas freuen können, sich selbst/jemanden loben und sich über Gefühle austauschen, um befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen und eine angemessene Nähe-Distanz-Regulation zu erreichen (vgl. Kroll et al., 2018). Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass der *ausgeprägteste Änderungswunsch* über alle Untersuchungsgruppen hinweg bei der Kategorie "Gefühle zeigen" bestand. Gezielte Übungen sind z. B. im Rahmen von Projektarbeiten zu dem Themenbereich "Gefühlskiste" in einem Therapie-Manual zu finden (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Hayer, Girndt & Brosowski (2020) stellten in einer umfangreichen empirischen Studie (N = 355) für das Land Niedersachsen fest, dass "Gespräche über Gefühle" zu den wichtigsten Inhalten der Selbsthilfegruppen für Glücksspieler gehören.

Ebenfalls herauszuheben ist die Kategorie "Erholung", die den zweithöchsten Belohnungswert bekam. Erholsame Aktivitäten stehen in positivem Zusammenhang mit der physischen und psychischen Gesundheit, indem sie u. a. negative Effekte von Stress abschwächen (Sonnentag, 2001). Bei Suchterkrankungen sind starke Stresssituationen sowohl bei der Suchtentstehung, dem Substanzverlangen und dem Rückfallgeschehen mitbeteiligt (Böning & Albrecht-Sonnenschein, 2018). Zudem erscheinen spezifische Strategien der Stressverarbeitung für verschiedene Suchtformen bedeutend zu sein (Hayer et al., 2014). In die Kategorie "Erholung" sind speziell Aktivitäten mit dem Schwerpunkt auf Ruhe, Entspannung, neue Energie und Kräfte tanken eingeflossen. Das Item "In den Tag hineinleben" erhielt in dieser Kategorie den niedrigsten Belohnungswert, was möglicherweise bei zu starker Ausprägung mit einem erhöhten

Rückfallrisiko zusammenhängt. Das Item "Einen Ausflug ins Grüne, an die See machen" verzeichnete den höchsten Belohnungswert, was auf positive Effekte von Aktivitäten mit Naturbezug hindeutet (Liedtke, 2003). In Stressbewältigungsprogrammen werden gezielt Techniken und Anregungen vermittelt, um eine ausgeglichene Belastungs-Erholungsbilanz herzustellen (Kaluza, 2018). Zu einer erfolgreichen Regeneration sind sowohl aktive (z. B. "Gartenarbeit, sich um Pflanzen kümmern" und "eine Therme, Sauna besuchen") als auch passive (z. B. "passiv genießen", "am Strand sein" und "sich sonnen") Erholungsformen einzubeziehen.

Darüber hinaus ergaben sich bei den unterschiedlichen Suchtgruppen einige Besonderheiten in den Ergebnissen. Speziell die *Pathologischen Glücksspieler* scheinen den "Erholungsbereich" (z. B. ruhigere, regenerative Aktivitäten, Entspannungsübungen etc.) nicht nur zu vernachlässigen, sondern auch dessen Bedeutung zu unterschätzen. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund einer erhöhten Disposition zur autonomen Erregung und Persönlichkeitseigenschaften wie Impulsivität und "Sensation-Seeking" bei Pathologischen Glücksspielern (vgl. Meyer, 2017b) zu sehen. In diesem Zusammenhang ist einerseits auf einen stärkeren Ausbau der Entspannungsfähigkeit sowie andererseits auf ein höheres Maß an konstruktiven Aktivitäten mit Erlebnis- und Abenteuercharakter (Spannung, Wagnis, Risiko) zu achten. Hierbei ist *eine psycho-edukative Aufklärung* über den *Sinn und Zweck erholsamer* Interessen und Aktivitäten einzubeziehen. Die Alkoholabhängigen sind ähnlich wie die Pathologischen Glücksspieler in dem Bereich "Erholung" besonders zu fördern, bei ihnen war allerdings ein größerer Änderungswunsch vorhanden.

Die Kategorie "Erlebnis, Abenteuer" erhielt den dritthöchsten Belohnungswert, was die Annahme unterstreicht, dass Erlebnisse und Aktivitäten, die mit Aufregung, Spannung, Spiel, Spaß und Wagnis in Zusammenhang stehen, für die Aktivierung des Belohnungssystems und die Deaktivierung des Suchtgedächtnisses als besonders geeignet erscheinen. Sie ermöglichen einen Ausstieg aus dem Alltag, ohne den "Kick" bzw. "Nervenkitzel" erneut im Suchtmittel zu suchen. Hierbei sind individuelle Bedürfnisse besonders zu berücksichtigen. In diese Kategorie fielen z. B. Erkundungsgänge machen, Reisen, Trekkingtouren, auf eine Sportveranstaltung oder Party gehen und ein neues Vorhaben beginnen. Erlebnispädagogische Elemente, die diese Aspekte einbeziehen (vgl. Liedtke, 2003), sind mittlerweile auch in Suchttherapiekonzepten enthalten (Mahler, 2012; Paffrath, 2013).

Der Wunsch der Drogenabhängigen nach "Erlebnis, Abenteuer" war im Vergleich zu den anderen suchtbezogenen Gruppen größer. Langeweile und Monotonie erweisen sich möglicherweise bei dieser Klientel besonders stark als potentielle Rückfallgefahren.

Die Kategorie "Bewegung, Fitness" erhielt den vierthöchsten Belohnungswert. Hierunter sind sowohl alltagsbezogene körperliche Bewegungsformen (z. B. Fahrradfahren, Spazierengehen), fitnessbezogene Aktivitäten und Sport (z. B. Gymnastik, Mannschaftsport, Tanzen) gefasst. Eine höhere Belohnungsfähigkeit dieser Kategorie verwundert nicht, da neben den körperlichen diverse positive psychologische Effekte auf das psychische Wohlbefinden und die damit verbundenen psychophysiologischen und neurowissenschaftlichen Wechselwirkungen festzustellen sind (vgl. Brand, 2010; Schulz et al., 2012). Auch im Zusammenhang mit Suchterkrankungen wurden Ergebnisse einer Metaanalyse ermittelt, die zeigen, dass körperliche Betätigung die Abstinenzrate effektiv erhöht, Entzugssymptome lindert und Ängste sowie Depression verringert (Wang et al., 2014). Die Einbindung in einen Verein oder sportliche Aktivitäten in der Gemeinschaft mit der Möglichkeit, etwas Neues zu lernen, sich zu erproben, miteinander Fortschritte aber auch mal "Misserfolge" angemessen zu erleben, sind für die Belohnungsfähigkeit bedeutend. Allein auf einem Ergometer zu trainieren oder im Fitnessstudio ohne soziale Kontakte ein festgelegtes Programm abzuarbeiten, erweisen sich dagegen oft als weniger erfolgversprechend. Diese Maßnahmen werden meistens nach einer anfänglichen kurzen Begeisterung schnell wieder aufgegeben, nach dem Motto "ist zu langweilig und eintönig". Im Bereich körperbezogener Aktivitäten und Sport ein regelmäßiges Training und eine Gewöhnung herzustellen, scheitert häufig daran, dass es an Durchhaltevermögen mangelt, nach ersten Frustrationen aufgegeben wird und die Belohnungsfähigkeit sich nicht ausreichend ausprägen kann. Motivationale Aspekte durch Gruppenangebote und soziale Unterstützung zu fördern und Spielfreude zu implementieren, sind dabei umso wichtiger. Speziell die emotionsregulatorische Funktion sowie Stress abpuffernde Effekte von körperlicher Aktivität und Sport nehmen für Suchtkranke einen besonderen Stellenwert ein, wobei ein ausreichendes, aber nicht übertriebenes Maß zu beachten ist (vgl. Landale & Roderick, 2014; Roessler et al., 2017; Park et al., 2016; Wang et al., 2014).

Die bei allen Gruppen (Versuchs- und KG) sehr gering ausgeprägte Kategorie "Bewegung, Fitness" fällt besonders ins Augenmerk, wobei die Alkoholabhängigen davon noch deutlich nach unten abwichen. Die erhöhte Tendenz einer mangelnden körperlichen Aktivität stimmt mit repräsentativen Befunden der WHO überein, dass sich Menschen in Industrienationen generell zu wenig bewegen und Sport treiben (vgl. Guthold, Stevens, Riley & Bull, 2018).

Zu der Kategorie "Kultur erleben, Genuss" (5. Stelle der Belohnungsfähigkeit) gehören Interessen und Aktivitäten in Zusammenhang mit Kunst- und Kulturveranstaltungen (Kino-, Theater-, Konzert- und Museumsbesuche) und dem genussvollen, euthymen Erleben (sich bewusst etwas zu gönnen wie z. B. Essen gehen, sich geschmackvoll anziehen). Das Item "Höhepunkte, Highlights z. B. am Wochenende" erhielt den höchsten Belohnungswert in dieser Kategorie. Sowohl im Rahmen von Programmen zur Depressions- und Stressbewältigung (vgl. Holmen et al., 2015) als auch von auf die verschiedenen Sinne ausgerichteten Genusstrainings, welche ebenfalls in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Koppenhöfer, 2004, 2005) Anwendung finden, sind Items aus diesem Bereich einbezogen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Interesse an der Teilnahme an kulturellen und kunstbezogenen Veranstaltungen beim Freizeitverhalten der "Normalbevölkerung" oftmals eher gering ausgeprägt (vgl. Pawlik, 2019b) und darüber hinaus mit einem gewissen finanziellen Aufwand verbunden ist.

"Soziale Kontakte, Kompetenz", die Kategorie mit den meisten Items, erzielte die 6. Stelle bei der Belohnungsfähigkeit. Bei detaillierterer Betrachtung fällt auf, dass Items, die das Zusammensein mit nahestehenden Personen thematisieren (Partner, Freunde, Familie), als besonders hoch belohnungsfähig einzustufen sind. Die Bedeutung des Items "Zusammensein mit Partner", das bei den Experten (Studie 1) und bei den Teilnehmern der Patientenbefragung (Studie 2) am häufigsten als "Highlight" genannt wurde, ist insbesondere aus suchttherapeutischer Perspektive von erheblicher Relevanz. Es muss nicht betont werden, dass familiäre Aspekte in vielfältiger Weise in therapeutische Zielsetzungen einbezogen sind. Die sozialen Bedingungen und Problemstellungen in diesem Bereich sind sowohl unter Faktoren der Entstehung, Aufrechterhaltung, Therapie und Rückfallprävention zu beachten (Meyer & Bachmann, 2017). Sowohl in Selbsthilfemaßnahmen als auch in ambulanten und stationären Behandlungssettings sind Familien- und Partnertherapeutische Maßnahmen feste Bestandteile.

Dies trifft ebenfalls auf einige Items (z. B. "sich im Gespräch mitteilen") aus dem sozialen Kompetenzbereich zu. Dagegen erhielten "Kritik äußern" oder "Konflikte ansprechen" geringere Belohnungswerte. Der antizipierte Entlastungseffekt durch eine konstruktive Konfliktbewältigung ist in der Item-Auswahl möglicherweise nicht ausreichend (operationalisiert) zum Ausdruck gekommen, stattdessen scheint eine zu starke Assoziation mit negativen Konsequenzen stattgefunden zu haben. Dies wiederum verdeutlicht die hohe Komplexität dieser Kategorie: Insbesondere die erlebte Qualität der Beziehungen, eher positiv und unterstützend oder negativ bzw. ambivalent, ist hierbei zu berücksichtigen (vgl. Bengel & Lysenko, 2012; Uchino et

al., 2012a, b). Suchterkrankungen haben häufig einen Rückzug aus dem sozialen Umfeld zur Folge, alltägliche Konflikte und Kommunikation werden vermieden und als unangenehm empfunden (Meyer, 2017a). Da bei einem fortschreitenden Prozess einer Suchtentwicklung andere Ressourcen zur »Problemlösung« zurückgehen und negative (Sucht-)Folgeerscheinungen bezüglich sozialer Konsequenzen stark zunehmen, ist eine adäquate Konfliktbewältigung ein wichtiger, einzubeziehender Faktor (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b). Die Erfahrung, sich im sozialen Verhalten sicherer und kompetenter einzuschätzen, fördert die Voraussetzung, Konflikte zu lösen und dies als etwas Positives zu erleben. Auch in Zusammenhang mit Depressionen (häufige Komorbidität) ist anzumerken, dass sich ein längerfristig positives und förderliches soziales Kontaktverhalten durch günstige Interaktionsstile und Kommunikationsinhalte positiv auf die Stimmung auswirkt (Hautzinger, 2018).

Hiernach folgte die Kategorie "Hobby, Kreativ", bei der insbesondere Items mit höheren Belohnungswerten herausragen, die ein eigenes Aktivsein erfordern: ein Musikinstrument spielen, sich künstlerisch betätigen und ein Zimmer oder eine Wohnung dekorieren. Dies steht in Einklang damit, dass speziell der kreative Sektor, bei dem man sich intensiv auf eine konstruktive und frei gestaltende Tätigkeit konzentriert, dazu befähigt, positive Empfindungen zu entwickeln, abzuschalten und zu entspannen (vgl. Csikszentmihalyi, 1992; Gerber-Eggimann, 2005; Muschler, 2013; Plecity, 2006).

In multidimensionalen (stationären) Therapiekonzepten sind nonverbale Therapieformen wie das kreative Gestalten ebenfalls wichtige Bestandteile (Bachmann, 2017b). Auch kreative Tätigkeiten sollten sich nicht nur auf die Therapiezeit beschränken, sondern übertragbar auf den Alltag sein. Das individuelle Entdecken eines kreativen Hobbys, welches man längerfristig und intensiv mit Freude und Begeisterung sowie Entwicklungspotential ausübt, sollte nicht nur ein "Glücksfall" sein, und es bedarf dazu vielfältiger Anregungen und Unterstützung.

Der Bereich "Hobby, Kreativ" wurde bei allen Untersuchungsgruppen (neben "Bewegung, Fitness") am geringsten ausgeführt. Dies geht mit repräsentativen Befunden einher, nach denen das Interesse an "Hobby, Kreativ" in der Bevölkerung zunehmend geringer ist (Stiftung für Zukunftsfragen, 2019). Die Pathologischen Glücksspieler hatten signifikant niedrigere Werte in dieser Kategorie als die KG. Auch ihre Änderungswünsche waren in diesem Bereich und bei "Kultur erleben, Genuss" niedriger ausgeprägt.

Die drei verbleibenden Kategorien "Basisaktivitäten", "Geistige Betätigung" und "Mediennutzung" waren noch im mittleren Werte-Bereich der Einschätzungsskala zur Belohnungsfähigkeit

angesiedelt. Bei den "Basisaktivitäten" handelt es sich um die sogenannte Alltagsfähigkeit. Sie beinhaltet sowohl tages- und wochenstrukturierende organisatorische Handlungen sowie die Erledigung von Pflichten und Aufgaben (z. B. pünktlich sein, regelmäßige Mahlzeiten, Ordnung halten, aufräumen, finanzielle Angelegenheiten regeln). Hierbei stellt sich die Frage, ob sich belohnende Effekte möglicherweise eher langfristig einstellen: Erst wenn nach erfolgreicher Umsetzung ein gewisses Maß "geschafft" ist, sich Probleme nicht mehr aufstauen und Erledigungen regelmäßig und nicht nur "ab und zu" erfolgen. Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive wäre weiterhin denkbar, dass sich die Wirkung anderer belohnender Aktivitäten besser entfalten kann (z. B. sich auf ein Treffen mit den Freunden besser einlassen können), wenn die dringenden Angelegenheiten bereits erledigt sind, als wenn sie wieder aufgeschoben wurden. Wie verschiedene Befunde (vgl. Müller et al., 2013; Schröder, 2010) belegen, bietet eine gut strukturierte, vielfältige und ausgewogene Lebensgestaltung einen gewissen Schutz vor Rückfälligkeit und festigt die Abstinenz.

Die Kategorie "Basisaktivitäten" erhielt bei allen Versuchsgruppen hinsichtlich der Änderungswünsche einen hohen Stellenwert. Zudem sind diese Ergebnisse dahingehend interpretierbar, dass es durch die Dominanz des Suchtverhaltens zu belastenden Vernachlässigungen kommt und die Erledigung alltagsbezogener Tätigkeiten dann sogar als besondere Erleichterung erlebt wird. Es war schon in den Anfängen der Fragebogenerstellung auffällig, dass Patienten, weil sie unter dem Suchtverhalten nicht mehr dazu in der Lage gewesen seien, sehr alltägliche Dinge als "Highlights" einschätzten. Es ist jedoch darauf zu achten, dass sich diese Einschätzung mit zunehmendem Therapieerfolg möglicherweise revidiert und die optimalere Alltagsbewältigung nicht mehr ausreicht, aufkommende Wünsche nach besonderen Erlebnissen und Abwechslung zu befriedigen.

Bei der Kategorie "Geistige Betätigung" war die Spannweite (Range: 5,62–2,16) der Belohnungswerte der Items relativ groß. Items mit hohen Belohnungswerten stehen in Zusammenhang mit einer hohen Konzentration, sich ganz in eine Aufgabe zu vertiefen, wie das Lösen von Problemen und Schmieden positiver Zukunftspläne. Im Hinblick auf das Belohnungssystem kommt dahingehend eine allgemeine Regel zum Tragen, wonach es sich am besten abschalten und entspannen lässt, wenn man sich auf etwas anderes stark konzentriert (Bachmann & Bachmann, 2018). Weitere belohnungsfähigere Items waren "Romane, Gedichte, Erzählungen lesen", "religiös, spirituell sein" und "eine Abendschule, Fortbildung besuchen". Die Stärkung betroffener Hirnmechanismen (Gedächtnis, Aufmerksamkeitsverarbeitung, kognitive

Kontrolle oder Inhibition) durch entsprechende geistige Aktivitäten kommt der Rückfallprävention zu Gute (Weisbrod et al., 2017). Einer zu starken "Kopflastigkeit" bzw. einseitigen Ausrichtung auf viel Nachdenken oder gar Grübeln mit Nähe zur Depressivität ist eher entgegenzuwirken.

In der Studie 2 lag die "Geistige Betätigung" ebenfalls bei allen Gruppen eher im unteren Bereich der Ausübung (siehe Mittelwert-Profilverläufe). Der Wunsch, die geistige Betätigung zukünftig zu erhöhen, war dagegen bei den Suchtgruppen (und der Kontrollgruppe) deutlich erkennbar. Darüber hinaus ist es günstig, spezielle Problemlöse- und Kontrollfähigkeiten, eine gute Vorausschau und Überwachung des eigenen Verhaltens zu trainieren (vgl. Ledgerwood & Petry, 2006; Lindenmeyer, 2004; Sharpe, 2002).

Am niedrigsten belohnend wurde die Kategorie "Mediennutzung" eingestuft. Hierunter fallen sowohl klassische Formen wie z. B. Fernsehen und Telefonieren als auch neue wie die Nutzung von Smartphones, Tablets, Internetsurfen oder Kommunikationsplattformen (Chats, Blogs etc.). Auffallend ist, dass die Experten in dieser Kategorie DVD-Abende mit dem höchsten Belohnungswert eingeschätzt haben. Vermutlich wurde der DVD-Abend eher mit dem gemeinsamen Schauen mit anderen (z. B. Freunde) assoziiert, so dass möglicherweise stärker das Soziale bei der Bewertung zum Tragen kam. Im "Internet herumstöbern" und "Computer- und Konsolen-Spiele" hatten einen auffallend niedrigen Wert.

Dies wirft die Frage auf, das *mediale Nutzungsverhalten* speziell vor dem Hintergrund einer bestehenden Suchterkrankung zu gestalten: z. B. die Nutzungsdauer zu beschränken, bestimmte Spiele zu meiden, gezielt Sendungen auszuwählen, über Inhalte zu diskutieren, statt stundenlang gelangweilt "herum zu zappen". In Reha-Einrichtungen ist zu beobachten, dass vor allem jüngere Patientengruppen ganze Wochenenden bei abgedunkelten Räumen mit DVD-Schauen verbringen. Attraktive Alternativangebote sind wahrscheinlich effektiver als Vorhaltungen und Verbote.

Ein zu intensiver Mediengebrauch geht mit der Vernachlässigung von anderen Interessen einher wie z. B. mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung oder weniger Kommunikation durch (direkte) soziale Kontakte (vgl. Hurrelmann et al., 2003; te Wildt, Kowalewski, Meibeyer & Huber, 2006; van Egmond-Fröhlich et al., 2007; Wölfling & Müller, 2008). Der Mediengebrauch kann von kurzfristig "kickartiger" Wirkungsweise sein und ein mit dem Suchtverhalten kompatibles Belohnungsverhalten darstellen, was zukünftig noch näher zu untersuchen ist. Es ist deshalb eher als positiv zu bewerten, dass sich die Pathologischen Glücksspieler ebenso wie

die Alkoholabhängigen signifikant weniger als die KG wünschten, ihre Mediennutzung zu erhöhen.

Die hohe Mediennutzung der KG ist übereinstimmend mit Befunden neuerer Untersuchungen zum Freizeitverhalten der deutschen Bevölkerung, wonach sowohl klassische als auch neuere Formen einen hohen Platz einnehmen. Eine steigende Tendenz hinsichtlich der Nutzung neuer Medien ist bei allen Altersgruppen zu verzeichnen. Prognostisch werde der Mediengebrauch noch weiter zunehmen und auf den oberen Rängen, wenn nicht gar auf Platz 1, vertreten sein (vgl. Stiftung für Zukunftsfragen, 2019). Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die Fachpflegeschüler (KG) im Vergleich zu den Probanden der Versuchsgruppen jünger waren und sich bei der Kategorie "Mediennutzung" ein Alterseffekt ermitteln ließ. Nach Forschungsbefunden, weisen jüngere Erwachsene (bis 35 Jahre) ein höheres Nutzungsverhalten auf (vgl. Stiftung für Zukunftsfragen, 2019).

Anhand der Profilverläufe zu den IAS-Änderungswünschen und der Ergebnisse zum Differenzwert des IAS-Istzustands und -Änderungswunsches ließ sich bei allen Suchtgruppen ein hohes Interesse an der Auswahl der Items, Annahme des Kataloges sowie eine beträchtliche Aufgeschlossenheit und Motivation gegenüber Maßnahmen zum Ausbau des belohnungsfähigen Interessen- und Aktivitätenspektrums ablesen. Im Sinne einer positiven Verstärkungskaskade auf den Belohnungsschaltkreis der gewünschten Umstrukturierung des Belohnungssystems sind diese Ergebnisse als erfolgversprechend einzustufen. Vielfältig erlebte Verluste an Lebensqualität fördern möglicherweise besonders den Wunsch danach, vernachlässigte Interessen und Aktivitäten wieder auszubauen und neue zu entdecken. Da sich die Suchtkranken zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in Therapie (und ein kleiner Anteil in einer Motivationsgruppe) befanden, ist darüber hinaus von positiven Erwartungen auszugehen, eigene Ziele zu erreichen. Möglicherweise ist die hohe Zuversicht teilweise zu optimistisch und sie sollte nicht zur Folge haben, den Aspekt der Realisierbarkeit im weiteren Therapieverlauf zu vernachlässigen. Um Enttäuschungen vorzubeugen, ist besonders auf eine realistische Herangehensweise und ausreichende Hilfestellungen bei der dauerhaften Etablierung und Verankerung neuen Verhaltens zu achten. Hierbei sind besonders die ausgeprägt hohen Erwartungen (größte Diskrepanz zwischen IST und SOLL) der Drogenabhängigen in den Fokus zunehmen, so dass es nicht nach anfänglicher Euphorie zu einer schnellen Frustration kommt, welche erneut in Suchtverhalten mündet.

Die Annahme einer gewissen Abfolge ("from bottom to top"-Pyramide) der Alternativen-Rekonstruktion unter Berücksichtigung der graduell unterschiedlichen Belohnungsfähigkeit bleibt anhand der vorliegenden Ergebnisse zu diskutieren. Es gibt Hinweise darauf, dass "Basisaktivitäten" (Alltagsfähigkeiten; keine drückenden Sorgen aufkommen zu lassen) eine wichtige Voraussetzung für die Ausübung anderer Interessen und Aktivitäten darstellen und darauf aufbauend die Kategorien "Gefühle zeigen", "Soziale Kontakte, Kompetenz" und ein gutes Maß an "Bewegung, Fitness" eine weitere Grundlage des Alternativen-Aufbaus bilden. Daran schließen sich dann die anderen Kategorien sowie die Realisierung von individuellen "Highlights" an, was eine gewisse Schwerpunktlegung beinhaltet, um eine wesentliche Bedingung für eine ausgewogene Lebensgestaltung herzustellen (vgl. Marlatt, 1985).

Zu diskutieren ist Spitzers (2004) Kommentar, der gut in den hier angenommen Ansatz zu integrieren ist, dass Suchterkranke insgesamt "mehr tun müssen" als die Gesamtpopulation, um für einen Ausgleich durch ein vielfältiges und differenziertes Interessen- und Aktivitätenspektrum zu sorgen: Zum einen besäßen alternative Verhaltensweisen und Erlebnisse einen niedrigeren Effekt auf das Belohnungssystem als Suchtmittel und zum anderen bestünden dauerhafte neurobiologische Veränderungen in Zusammenhang mit dem "Suchtgedächtnis" (z. B. veränderte Sensitivierungsprozesse, Toleranzschwelle etc.).

Die Entwicklung einer konstruktiven Stress- und Emotionsregulation sowie an vielen anderen Lebensaspekten wieder *Interesse und Freude* zu gewinnen, dabei stabile neue Gewohnheiten auszubilden und das Belohnungssystem somit auf anderem Weg als durch das Suchtverhalten zu aktivieren, bilden die Grundlage dafür, die suchtbedingten Prozesse im Gehirn langfristig zu verändern und die Abstinenz möglicherweise sogar als Vorteil zu erleben und sie langfristig beizubehalten (vgl. Bachmann & Bachmann, 2018).

5.2.2 Lebenszufriedenheit, Stressbewältigung, psychische Belastung, Prokrastination und Suchtverlangen

Die suchtbezogenen Gruppen wiesen eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit (insgesamt und unterschiedliche Lebensbereiche) auf als die KG. Die Alkoholabhängigen waren zusätzlich mit ihrer Gesundheit unzufriedener als die Kontrollgruppe. Diese Befunde stimmen mit den Ergebnissen einer Untersuchung von Koch et al. (2016) überein, wonach die Verengung des erlebten Verhaltensspektrums und Aktionsradius mit einer niedrigeren Lebensqualität assoziiert ist. Im Bereich der *Prokrastination* ergaben sich zwischen der KG und den Suchtkranken keine signifikanten Gruppenunterschiede. Auffallend sind dagegen die Vergleiche mit der

Normstichprobe, wonach alle *suchtbezogenen Gruppen und die KG* signifikant über dem Normwert lagen. Da es sich bei der KG um Fachpflegeschüler handelte, stellt sich die Frage, ob diese Stichprobe eventuell ähnlich wie Studenten vermehrt zur Prokrastination neigte (vgl. Höcker et al., 2013). Es konnte somit erwartungsgemäß nachgewiesen werden, dass die Suchtkranken vermehrt prokrastinieren. Da eine erhöhte Prokrastination die Umsetzbarkeit von Zielen erschweren kann, ist sie eine zu berücksichtigende Größe und bestätigt möglicherweise die Vermutung, dass vorherige Ergebnisse zur Umsetzbarkeitseinschätzung zu optimistisch sind. Wichtige Aufgaben oder Zielsetzungen nicht umzusetzen bzw. aufzuschieben, ist nicht selten Folge oder Bestandteil psychischer Krankheiten und Suchterkrankungen (vgl. Bachmann & El-Akhras, 2014a, b; Höcker et al., 2013).

Hinsichtlich der *psychischen Gesamt-Belastung* wurden erhöhte Werte mittleren Grades bei allen drei suchtbezogenen Gruppen ermittelt. Im Bereich der Einzelsyndrome (Depression, Angst, Zwang, Somatisierung, Essstörung) wurde überwiegend eine geringe (bzw. eine Verdachts-)Belastung erzielt. Da sich die Probanden der Suchtgruppen zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in Therapie befanden und der Test lediglich "die letzten 2 Wochen" als Zeitfenster (mit Ausnahme eines Items) erfasste, deutet dies unter Umständen auch auf eine bereits eingesetzte (erste) psychische Entlastung hin.

In Bezug auf das *Substanz- bzw. Glücksspielverlangen* lagen die Suchtkranken ebenfalls höher als die KG, wobei die Verlangens-Werte insgesamt eher niedrig ausgeprägt waren. Hier kann sich ebenfalls ein Therapieerfolg abzeichnen. Eventuell ist aber eine geringe Konfrontation mit Suchtauslösern durch das Kliniksetting oder eine gewisse Tendenz zur sozialen Erwünschtheit nicht auszuschließen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bei allen suchtbezogenen Gruppen eine hohe *Neigung* bestand, *Stress* mit "*Alkohol und Zigaretten*" zu bewältigen. Diesem Umstand ist auch bei den Pathologischen Glücksspielern Rechnung zu tragen, da ein Rückfallrisiko unter Alkoholeinfluss für erneutes Glücksspielen besonders erhöht ist (vgl. Baron & Dickerson, 1999; Petry, 2018).

5.2.3 Soziodemografische Daten

Weitere Befunde verdeutlichen, dass Suchtkranke, die über einen höheren IAS-Istzustand verfügten, auch in den anderen psychologischen Parametern bessere Werte (z. B. höhere Lebenszufriedenheit) erzielten. Außerdem ergab sich, dass zwei Cluster ("Sucht/änderungsbereit" und "Sucht/passiv") vorwiegend bestehend aus Suchtkranken mit geringeren IAS-Werten von mehr Arbeitslosigkeit betroffen waren, häufiger allein lebten, höher psychisch belastet waren, unter

Stress zu mehr Alkohol- und Zigarettenkonsum neigten, über weniger soziale Unterstützung verfügten und mehr prokrastinierten. Bei einem dieser beiden Cluster kamen darüber hinaus noch niedrige Änderungswünsche und eine geringe Zuversicht, eigene Ziele umzusetzen, als ungünstige Konstellationen hinzu. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Suchtkranke mit geringeren Ressourcen eine höhere sozial-psychologische Aufmerksamkeit benötigen. Dies stimmt mit Daten der Deutschen Suchthilfestatistik aus dem Jahr 2009 überein, wonach arbeitslose Klienten im Vergleich zu erwerbstätigen häufiger alleine und in prekärer Wohnsituation (ohne Wohnung, Notunterkünfte) lebten, ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung waren, mehr problematische Schulden hatten und sich mehr in Wiederbehandlung befanden (Kipke, Brand, Geiger, Pfeiffer-Gerschel & Braun, 2015). Der Anteil der regulären Beendigungen dagegen lag bei arbeitslosen Klienten 13,3 Prozentpunkte (ambulant) und 10,9 Prozentpunkte (stationär) niedriger als bei erwerbstätigen Klienten. Hieraus ist zu schlussfolgern, dass soziale Ressourcen unter den arbeitslosen Klienten stärker eingeschränkt sind als bei der erwerbstätigen Suchthilfeklientel. Die Indikatoren für Rückfallquoten deuten auf eine schlechtere Prognose für diese Klienten hin. Daher sind nicht nur Maßnahmen zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt zu ergreifen, sondern zusätzliche suchtpräventive Schritte, wenn sich absehbar keine beruflichen Perspektiven abzeichnen. Wertvoll könnten sich in diesem Zusammenhang noch intensivere Kooperationen zwischen Suchthilfeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, (Berufs-)Schulen, Arbeitsagenturen, Jobcentern, Schuldnerberatungen sowie Jugend- und Sozialämtern erweisen. Ergänzend dazu stellt nach Vollmer und Domma (2020) die Abstinenz z. B. bei Alkoholabhängigkeit die wichtigste Voraussetzung für die Erwerbstätigkeit dar.

5.3 Limitationen

Im Rahmen der Expertenbefragung (Studie 1) wurden Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (VT) rekrutiert, um sowohl den psychologischen als auch den verhaltenstherapeutischen Hintergrund abzudecken. Es ist anzunehmen, dass sie sich mit den Verstärkungsbedingungen der Lerntheorie auskannten und eine gewisse Expertenperspektive vorlag, um die Belohnungsfähigkeit der Items zu beurteilen. Die Expertenstichprobe setzte sich jedoch überwiegend aus weiblichen Teilnehmern (was sich allerdings auch in der Therapeutenpopulation widerspiegelt) zusammen. Dies könnte eventuell die Einschätzung der Belohnungswerte beeinflusst haben. So hatte "sportliches Wetteifern und Wettkampf" im Vergleich zu anderen sportlichen Betätigungen einen recht geringen Belohnungswert, wobei aus neurobiologischer Sicht gut dosiertes Wetteifern bei pathologischen Glücksspielern eher zu unterstützen ist (Albrecht, 2006). Diese Überlegungen zielen darauf ab, das Bedürfnis nach "Sensation-Seeking" mit

einem konstruktiven "Nervenkitzel" auszugleichen und mit einem so gestalteten möglicherweise hohem Verstärkerpotential einen stärkeren Einfluss auf die Umstrukturierung des Belohnungssystems auszuüben. Dies ist speziell bei der überwiegend männlichen Klientel der pathologischen Glücksspieler nicht außer Acht zu lassen und weiter zu untersuchen. Die geforderte
Vielfältigkeit des Alternativen-Aufbaus ist dabei jedoch nicht aus dem Auge zu verlieren. Zukünftig wäre der Einbezug von mehr männlichen Experten aus benachbarten Berufsfeldern zu
empfehlen, um einer geschlechtsbezogenen Konfundierung entgegenzuwirken.

Im Hinblick auf die Belohnungsfähigkeit der Interessen und Aktivitäten erfolgte eine globale Beurteilung, das psychische Befinden positiv zu verändern. Eine Operationalisierung nach "kurz- versus langfristig wirksam" erbringt einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Bei den ermittelten Gruppenunterschieden der *Patientenbefragung* (Studie 2) fand keine zusätzliche Alpha-Adjustierung statt. Dies wurde u. a. zugunsten einer höheren statistischen Power bei kleinerer Fallzahl klinischer Untersuchungsgruppen und einer besseren Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen unterlassen. Die Ergebnisse sind daher weniger konservativ (konfirmatorisch) und eher deskriptiv (explorativ) anzusehen.

Aufgrund des vorliegenden querschnittlichen Untersuchungsdesigns (Ein-Punkt-Messung) sind keine Generalisierungen oder kausalen Aussagen möglich. Längsschnittliche, randomisierte Untersuchungen (Prä-Post-Vergleiche) unter Berücksichtigung einer längeren Latenz nach der Therapie sind erforderlich, tatsächliche therapeutische Effekte zu ermitteln.

Die Frage, ob ein geringeres und weniger differenziertes Interessen und Aktivitätenspektrum Folge oder Ursache der Erkrankung ist, bleibt ungeklärt. Es ist nicht auszuschließen, dass eine Wechselwirkung aus beiden Faktoren möglich ist. Dabei ist nicht zu vernachlässigen, dass der Verlust wichtiger Lebensinhalte ein Teil der Diagnose darstellt und Angehörige diese Symptome durch unsystematische aber leidvolle Beobachtungen häufig bestätigen.

In der Patientenbefragung lässt die Angabe zur Muttersprache (Deutsch oder Andere) nicht ausreichend auf die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kulturkreis oder möglichen Migrationshintergrund schließen. Der überwiegende Anteil gab als Muttersprache "Deutsch" an, wobei der größte Anteil unter "Andere" bei der Kontrollgruppe (24,1%) zu verzeichnen war. Eine differenziertere Erfassung z. B. durch eine offene Beantwortung wäre anzuraten. Weiterhin setzte sich die Kontrollgruppe vorwiegend aus weiblichen Probanden zusammen. Hinzu kommt, dass bei den Fachpflegeschülern ein homogenerer Bildungsstand bestand und sie jünger waren als die anderen Untersuchungsgruppen. Mögliche soziodemografische Einflussfaktoren auf die Ergebnisse sind somit nicht auszuschließen. Die Pathologischen Glücksspieler

beinhalteten eine überwiegend männliche Klientel, was mit repräsentativen Erhebungen übereinstimmt (vgl. Meyer, 2017c, 2019).

Bei der Patientenbefragung wurden ausschließlich Selbsteinschätzungen verwendet. Erhobene Daten auf der Grundlage von Selbstselektion, sich freiwillig zur Mitwirkung an einer Fragebogenstudie zu entscheiden, gehen zu Lasten der Generalisierbarkeit und die Ergebnisse sind daher nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation. Freiwilligkeit ist jedoch aus ethischen Gründen nicht verzichtbar (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013; Möhring & Schlütz, 2013). Für zukünftige Erhebungen sollten darüber hinaus auch Fremdbeurteilungen (z. B. durch den Partner oder andere nahe Angehörige) zur multidimensionalen Diagnostik einbezogen werden. So ist möglichen Verzerrungen (Selbstüber- bzw. -unterschätzungen) in der Selbstwahrnehmung entgegenzuwirken. Zudem wäre es von Vorteil, zukünftig objektive Parameter wie z. B. ergänzende (neuro-)physiologische Messungen zur Beurteilung der Belohnungsfähigkeit mit zu erheben. Außerdem wäre anzuregen, dass Einrichtungen während der Suchtbehandlung Erhebungen durchführen, bei denen die Patienten selbst die Belohnungswerte der therapeutischen Angebote einschätzen.

In der *Experten*- und der *Patientenbefragung* wurde keine Differenzierung der Items des IAS-Fragebogens nach Interessen (Kognitionen) und Aktivitäten (Verhalten) vorgenommen. Insbesondere in Bezug auf die Rekonstruktion des Belohnungssystems wäre von Interesse, ob eine bestimmte Gewichtung der Faktoren vorteilhaft ist oder z. B. das Fehlen aktionalen Verhaltens (Aktivitäten) ein Nachteil darstellt.

Anzumerken ist, dass der Interessen- und Aktivitätenspektrum-Fragebogen trotz der offenen Beantwortungen, in denen weitere Vorschläge gemacht werden konnten, kein Anspruch auf Vollständigkeit erhebt und zukünftig bei einer stärkeren praktischen Anwendung der Item-Katalog ggf. noch zu ergänzen bzw. modifizieren ist.

5.4 Therapeutische Implikationen

Festzuhalten ist, dass sich bei den Suchtkranken eine Absorption und eine fehlende Diversität von alternativen Interessen und Aktivitäten empirisch nachweisen ließ. Der Rekonstruktion des Belohnungssystems, dem Aufbau vielfältiger Verhaltensalternativen, sich auszugleichen, zu entspannen und den Tag sinnvoll zu strukturieren ist ein größerer Stellenwert in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen einzuräumen (siehe Suchtformel: "ein zu integrierender Faktor", Bachmann, 2017a). Eine gewisse Rangfolge eines Neuaufbaues von Interessen und Aktivitäten ist einzuhalten, damit sowohl die alltäglichen Anforderungen erfüllt sind als auch für

einen psychischen Ausgleich und eine anregende Freizeitgestaltung gesorgt ist, nicht der "graue Alltag" einzieht und sich die Suchtkranken fragen, was sie eigentlich noch dürfen.

Bei der individuellen Therapieplanung ist es hilfreich, die unterschiedliche Belohnungswertigkeit der in Betracht kommenden Alternativen zu berücksichtigen, um unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen eine optimale Zusammenstellung zu erreichen. Nicht jeder Patient benötigt die gleichen Interventionen. Vielmehr sind eine unterschiedliche Gewichtung und Schwerpunktsetzung zu beachten, wozu eine Erhebung des Istzustands und der Änderungswünsche mit dem IAS-Fragebogen erforderliche Informationen bereitstellt. Der realistischen Therapiezielsetzung ist dabei eine ebenso große Aufmerksamkeit zu widmen wie der Umsetzbarkeit und dem Transfer in den Alltag.

Insbesondere in der Anfangszeit der Therapie tendieren viele dazu, Beschäftigungen und Ablenkungen zu suchen, die dem früheren Suchtverhalten ähneln und eher eine passive Form der Unterhaltung bieten (Fernsehen, DVD, Video, PC-Spiele, Chatten etc.). Zudem treten exzessives Computer- und/oder Internetspielen häufig gemeinsam mit pathologischem Glücksspielen (und substanzgebundenen Suchtformen) auf, was wiederum eine erhöhte Rückfallgefahr darstellt. Neben dem passiven Unterhaltungskonsum, einer starken Bewegungspassivität ("Sofahaltung") und z. B. starken Bedürfnissen nach Süßigkeiten werden andererseits Sportarten exzessiv ausgeübt. Je unähnlicher (suchtinkompatibler) die neuen Aktivitäten und Interessen dem alten Problemverhalten sind und je stärker man sich darauf konzentrieren muss, umso nachhaltiger wird der Entwöhnungsprozess erleichtert und der Abstand zum Suchtverhalten vergrößert (Bachmann & El-Akhras, 2014a, b).

Damit die belohnende Wirkung der suchtinkompatiblen Alternativen gegenüber dem Suchtverhalten langfristig überwiegt und die Funktionalität des Belohnungssystems wiederhergestellt wird, sind Konditionierungsprozesse notwendig, die ein erhebliches Maß an Wiederholung und Einübung erfordern, um die gewünschten Änderungen fest im Verhaltensrepertoire zu verankern und das Suchtgedächtnis zu deaktivieren. Dabei erschließt sich der Vorteil eines neuen Verhaltens nicht immer von Beginn an, sondern häufig erst nach einigem Training oder dem Erwerb bestimmter Kompetenzen, wobei nicht selten in der Anfangsphase sogar beträchtliche Frustrationen zu überwinden sind. Diese Faktoren sind bereits frühzeitig und prozessbegleitend transparent zu machen und mit dem Patienten durch ein einfühlsames und motivierendes Maß an Unterstützung zu bearbeiten: z. B. frühzeitig Anschluss an eine Selbsthilfegruppe zu finden und Hilfe durch Freunde und Bekannte einzubeziehen.

In ihrer empirischen Studie über die Nutzung von Selbsthilfegruppen durch Glücksspieler berichteten Hayer et al. (2020), dass sich Gruppeninhalte neben den Gesprächen über Gefühle auf Erfahrungsberichte von aktuellen Geschehnissen und Problemen bezogen, die Teilnehmer sich Unterstützung zur Beendigung des Glücksspielens und zur Vermeidung von Rückfällen erhofften und selbst bereit waren, andere zu ermutigen.

Darüber hinaus sind die Lebensumstände der Betroffenen zu berücksichtigen (z. B. Arbeitslosigkeit). Therapeutisch ist ein besonderes Augenmerk auf eine bessere soziale Affiliation, Arbeitsbeschaffung, Alltagsbewältigung, Zukunftsplanung, eventuell Adaptionsmaßnahmen und einen frühzeitigen Besuch einer Selbsthilfegruppe nach der Behandlung zu richten. Zudem sind zeitliche, finanzielle und umweltbezogene Ressourcen bei der Auswahl von Interessen und Aktivitäten einzubeziehen.

Eine ausgewogene Mischung und Zusammenstellung der Kategorien sind zu beachten. Verschiedene Bewegungsarten (z. B. schnelles Gehen) erfordern noch keinen höheren Kompetenzaufbau, sind regelmäßig einsetzbar und haben schnelle und anhaltende positive Effekte auf das emotionale und gesundheitliche Befinden, wenn zu Beginn der Therapie Entzugssymptome belasten. Den Bereichen des emotionalen Ausdrucks, des Erlebens positiver Affekte (z. B. Lebensfreude, Lachen) und des sozialen Miteinanders (Austausch und Kommunikation) kommt ein besonderer Stellenwert zu, und sie sollten mit anderen Aktivitäten verknüpft werden. Ein weiterer Ansatz ist die emotionsunterstützende Therapie mit Tieren, die z. B. in Suchtkliniken in Behandlungskonzepte integriert ist (vgl. Uhlmann, Nauss, Worbs, Pfund & Schmid, 2019). Ebenfalls zu betrachten sind Projekte, die komplexe Kombinationen belohnungsfähigen Verhaltens darstellen und sich z. B. über die gesamte Therapiezeit erstrecken. Sie ermöglichen ein stärkeres Engagement und ein individuelles Einbringen eigener Ideen und Zielvorstellungen. Nach den Erfahrungen der Autorin haben sie einen positiven Effekt auf die Erfolgs- und Haltequote. Wie bereits von einigen Kliniken praktiziert, kommen hier z. B. Theater- oder Tanzgruppen mit einer Aufführung als "Highlight" oder eine Wandergruppe, bei der Wegstrecken und Ziele mit zu entwickeln sind, in Frage.

Die theoretischen Hintergrundinformationen zu den einzelnen Kategorien eignen sich für edukative therapeutische Interventionen, die Motivation zu fördern, sich mit einem relevanten gesundheitsfördernden Interessen- und Aktivitätenspektrum auseinanderzusetzen und Maßnahmen zu ihrer Verwirklichung einzuleiten.

5.5 Ausblick

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung bestärken darin, weitere Forschungsvorhaben und Fragestellungen in Betracht zu ziehen.

Angeklungen ist bereits, eine Aufteilung des IAS-Fragebogens nach kognitiven und aktionalen Items sowie eher kurzfristig vs. langfristig wirksamen Alternativen vorzunehmen und auf dieser Grundlage wiederum Belohnungswert-Einschätzungen und Gruppenunterschiede (Suchtkranke, KG) zu untersuchen. Insbesondere der Ausbau konstruktiver, kurzfristig effektiver Strategien im Hinblick auf die Wirkung des Suchtmittels ("Kick"-Effekt), dürfte ein zusätzlicher bedeutsamer Ansatzpunkt sein.

Weiter zu erforschen ist, inwieweit die *Kombinationen von bestimmten Aktivitäten und Interessen*, wie z. B. die Zugehörigkeit in einem Sportverein mit sozialen Kontakten, die Möglichkeit eines moderaten Wettbewerbs, eine gewisse Herausforderung mit einer "guten Portion" an "Nervenkitzel" und Humor sich als besonders belohnungsfähig (suchtinkompatibel) erweisen. In diesem Zusammenhang ist anzunehmen, dass diejenigen Kombinationen von Interessen und Aktivitäten, die kategorienübergreifend zusammengestellt sind, ein höheres Potential aufweisen, das psychische Befinden positiv zu beeinflussen. Weitere Untersuchungen sind dazu notwendig. Generell sind zusätzliche soziale Kompetenz- und Stressbewältigungstrainings in die Behandlungskonzepte einzubeziehen (Hayer et al., 2014; Orr, 2017; Quednow, 2017).

Die hier gewonnen Erkenntnisse zum Interessen- und Aktivitätenspektrum legen die Forderung der Konstruktion eines Fragebogens nahe, um eine gezielte Diagnostik und darauf basierende individualisierte Therapieplanung für den Einsatz in der Praxis zu ermöglichen. Hierzu wären weiterführende testanalytische Untersuchungen unter Einbezug einer Normierungsstichprobe relevant.

Zur weiteren Validierung der Untersuchungsergebnisse ist angeraten, therapeutische Interventionen zum Aufbau belohnungsfähiger Alternativen durchzuführen und entsprechende Erfolge beziehungsweise Effektstärken zu messen. Dazu ist ein (quasi-)experimentelles randomisiertes Untersuchungsdesign notwendig, in dem ein Suchtgruppen- und KG-Vergleich stattfindet. Die Bedingungen einer Gewohnheitsbildung und festen Verankerung in das Verhaltensrepertoire sowie der Transfer in den Alltag sind dabei zu berücksichtigen.

Die Bedeutung von "Highlights" ist bisher möglicherweise unterschätzt und in weiteren Studien unter Gesundheitsaspekten und sozio-kulturellen Zusammenhängen "etwas obendrauf zu setzen" und den Rahmen des Alltäglichen zu verlassen, zu untersuchen.

Für die therapeutische Praxis ist die Erstellung von edukativen Materialien zum Interessen- und Aktivitätenspektrum hilfreich. Bei den hier postulierten dauerhaften Veränderungen im

Belohnungssystem handelt es sich um implizite, automatisierte Prozesse sowie unwillkürliche Reaktionstendenzen, die das Suchtverhalten auslösen bzw. eine Rückfallgefährdung bedeuten. Deshalb ist es für den Suchtkranken nicht unmittelbar zu erkennen und in der Tragweite überschaubar, welchen Stellenwert die Rekonstruktion des Belohnungssystems hat. Ein lediglich spontanes, punktuelles Umsetzen von Alternativen ohne Konzept (z. B. "Ich gehe dann wieder ins Fitnessstudio" oder "wenn die Freunde mich nach der Therapie wieder zum Spielhallenbesuch abholen, werde ich dort nur einen Kaffee trinken und etwas zuschauen") dürfte nicht ausreichend sein, das Suchtgedächtnis anhaltend zu deaktivieren. Somit stellt sich in der Behandlung die Aufgabe, den Patienten diese psycho-biologischen Prozesse *edukativ* zu vermitteln.

6 Literaturverzeichnis

- Acuff, S. F., Dennhardt, A. A., Correia, C. J., & Murphy, J. G. (2019). Measurement of substance-free reinforcement in addiction: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 70, 79 –90.
- Ainslie, G. (2008). Procrastination: The Basic Impulse. *Presented at the CUNY workshop,* procrastination (pp. 1-19). Abgerufen von http://picoeconomics.org/Articles/ProcrasNYCEds10_08.pdf
- Alba-Ferrara, L., Müller-Oehring, E. M., Sullivan, E. V., Pfefferbaum, A., & Schulte, T. (2016). Brain responses to emotional salience and reward in alcohol use disorder. *Brain Imaging and Behavior*, 10 (1), 136–146. Abgerufen von https://doi.org/10.1007/s11682-015-9374-8
- Albrecht, U. (2006). Reizreaktionen und Verlangen bei pathologischen Glücksspielern: Psychologische und physiologische Parameter. Berlin: Logos Verlag.
- Albrecht-Sonnenschein, U., Wölfling, K., & Grüsser-Sinopoli, S. M. (2018). Glücksspielsucht. Diagnostische und klinische Aspekte. In I. Gebhardt & S. Korte (Hrsg.), *Glücksspiel. Ökonomie, Recht, Sucht* (2. vollst. überarb. Aufl., S. 837–865). Berlin: De Gruyter.
- Alfermann, D., & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. International Journal of Sport Psychology, 31(1), 47-65.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013/2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press. Deutsche Ausgabe: P. Falkai, H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychological Association (APA). (2008). *The Road to Resilience: 10 Ways to build resilience*. Abgerufen am 04.10.2019 von http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx
- Antoniw, K., Borghardt, A., & Weber, H. (2007). Des Guten zu viel: Der Einfluss von Bewältigungsverhalten auf die Bereitschaft zu sozialer Unterstützung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15 (4), 158–167.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older man and women. *Sex Roles*, *17*, 737–749.
- Apter, M. (1992). Im Rausch der Gefahr. Warum immer mehr Menschen den Nervenkitzel

- suchen. München: Kösel.
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 35–36. Abgerufen von https://doi.org/DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577
- Bacher, J. (2001). Teststatistiken zur Bestimmung der Clusterzahl für Quick Cluster. ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung, 48, 71–97.
- Bacher, J., Pöge, A., & Wenzig, K. (2010). *Clusteranalyse: Anwendungsorientierte Einführung in Klassifikationsverfahren* (3.vollst. überarb. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Bachmann, M. (2017a). Grundsätzliches zur Spielsuchttherapie. In G. Meyer & M. Bachmann, Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten (4. vollst. überarb. Aufl., S. 223–296). Heidelberg: Springer.
- Bachmann, M. (2017b). Spieler in stationärer Therapie. In G. Meyer & M. Bachmann, *Spiel-sucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (4. vollst. überarb. Aufl., S. 315–350). Heidelberg: Springer.
- Bachmann, M. (2018). Psychotherapie der Depression unter Annahme eines Depressionsgedächtnisses. Abgerufen von https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-57756-1
- Bachmann, M., & Bachmann, A. A. (2018). Die Behandlung pathologischen Glücksspiels. In I. Gebhardt & S. Korte (Hrsg.), *Glücksspiel. Ökonomie, Recht, Sucht* (2. vollst. überarb. Aufl., S. 897-921). Berlin: De Gruyter.
- Bachmann, M., Bachmann, A. A., & Frensemeier, S. (2019). The treatment of gambling disorder: A comprehensive (socio-psychological-neurobiological) explanation and therapy model? Abgerufen von https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168ssoar-61824-8
- Bachmann, M., & El-Akhras, A. (2014a). *Glücksspielfrei. Ein Therapiemanual bei Spielsucht* (2. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bachmann, M., & El-Akhras, A. (2014b). *Lust auf Abstinenz. Ein Therapiemanual bei Alkohol, Medikamenten- und Drogensucht* (2. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2016). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (14. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Gabler.
- Bäßler, K., Fuchs, M., Schulz, G., & Zimmermann, O. (2009). *Kulturelle Bildung: Aufgaben im Wandel*. Berlin: Deutscher Kulturrat. Abgerufen von http://kulturrat.de/wp-content/uploads/altdocs/dokumente/studien/kulturelle-bildung-aufgaben-im-wandel.pdf

- Bandura, A. (1991). Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Banz, M. (2019). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-GS-SY19-1.0
- Barnow, S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie. Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 63 (2), 111–124.
- Baron, L., & Dickerson, M. D. (1999). Alcohol consumption and self-control of gambling-behavior. *Journal of Gambling Studies*, *15*, 3–15.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. BZgA. Abgerufen von www.bzga.de
- Berk, L. S., & Tan, S. A. (2009). Mirthful laughter, as adjunct therapy in diabetic care, increases HDL cholesterol and attenuates inflammatory cytokines and hs-CRP and possible CVD risk. *FASEBJ*, *23*, 990.1. Abgerufen von www.fasebj.org
- Berking, M. (2017). Training emotionaler Kompetenzen (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Berking, M., & Schwarz, J. (2013). Gesundheit fördern durch effektive Emotionsregulation. Training emotionaler Kompetenzen. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, *15* (1), 38–44. https://doi.org/10.1007/s15005-013-0027-4
- Berkman, L. F., Vaccarino, V., & Seeman, T. (1993). Gender differences in cardiovascular morbidity and mortality: The contribution of social networks and support. *Annals of Behavioral Medicine*, *15*, 112–118.
- Bickel, W. K., Johnson, M. W., Koffarnus, M. N., MacKillop, J., & Murphy, J. G. (2014). The behavioral economics of substance use disorders: Reinforcement pathologies and their repair. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 641–77. Abgerufen von https://doi.org/10.1146/annurevclinpsy-032813-153724
- Bischoff, A. (1992). *Therapiekonzept für die Organisationseinheit Arbeitstherapie*. (Unveröffentl. Manuskript). Gütersloh: Bernhard-Salzmann-Klinik.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Doraiswarmy, P. M., Watkins, L., Hoffman, B. M., Barbour, K. A., ... Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69 (7), 587–596. Abgerufen von https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318148c19a
- Böning, J., & Albrecht-Sonnenschein, U. (2018). Wie kann glücksspielsüchtiges Verhalten entstehen? In I. Gebhardt & S. Korte (Hrsg.), *Glücksspiel. Ökonomie, Recht, Sucht* (2. überarb. Aufl., S. 867-883). Berlin: DeGruyter.

- Böning, J., Meyer G., & Hayer, T. (2013). Glücksspielsucht. Nervenarzt, 84, 563–568.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler (5. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. überarb. Aufl.), Berlin: Springer.
- Boswell, J. F., Iles, B. R., Gallagher, M. W., & Farchione, T. J. (2017). Behavioral activation strategies in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Psychotherapy*, *54* (3), 231–236. Abgerufen von https://doi.org/10.1037/pst0000119
- Bottlender, M., Spanagel, R., & Soyka, M. (2007). One drink, one drunk Ist kontrolliertes Trinken möglich? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *57*, 32–38.
- Brand, R. (2010). *Sportpsychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien.
- Brehm, W., Pahmeier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U., Wagner, P., & Bös, K. (2014). Psychosoziale Ressourcen. Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Arbeitshilfen für Übungsleiter/innen und Trainer/innen (3. Aufl.). Frankfurt: DTB. Abgerufen von www.dtb-online.de
- Bundesgesundheitsministerium. (2019). *Gesundheitsgefahren. Sucht und Drogen.* Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html
- Carey, K. B., Carey, M. P., Henson, J. M., Maisto, S. A., & DeMartini, K. S. (2011). Brief alcohol interventions for mandated college students: Comparison of face-to-face counseling and computer-delivered interventions. *Addiction*, *106* (3), 528–537. Abgerufen von https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03193.x
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, *59*, 301–328.
- Cloninger, R. C. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 573–587.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum Associates.
- Cohn, M. A., Frederickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building reserves. *Emotion*, *9*, 361-368.

- Csikszentmihalyi, M. (1992). Das Flow-Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile: Im Tun aufgehen (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., & Chen, Y. (2016). LETS ACT: A behavioral activation treatment for substance use and depression. *Advances in Dual Diagnosis*, 9 (2/3), 74–84.
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Anand, D., Seitz-Brown, C. J., Chen, Y., & Baker, S. (2018). The effect of a behavioral activation treatment for substance use on post-treatment abstinence: a randomized controlled trial. *Addiction*, 113 (3), 535–544. Abgerufen von https://doi.org/10.1111/add.14049
- de Bloom, J., Kompier, M., Geurts, S., De Weerth, C., Taris, T., & Sonnentag, S. (2009). Do we recover from vacation? Meta-analysis of Vacation Effects on Health and Well-being. *Journal of Occupational Health*, 51, 13–25.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Dishman, R. K., Heath, G. W., & Lee, I. M. (2013). *Physical activity epidemiology* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Dishman, R. K., Washburn, R. A., & Heath, G. W. (2004). *Physical activity epidemiology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Drexler, D. (2013). Mit beiden Augen sehen Ressourcenorientierung in Gesundheitsförderung und Stressmanagement. In A. Lampe, P. Abilgaard & K. Ottomeyer (Hrsg.), *Mit beiden Augen sehen: Leid und Ressourcen in der Psychotherapie* (S. 190–215). Stuttgart: Klett Cotta.
- Ehlers, E., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38* (4), 319–345.
- Elsesser, K., & Sartory, G. (2001). Medikamentenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Erbas, B., & Buchner, U. G. (2012). Review Article: Pathological Gambling Prevalence, Diagnosis. *Comorbidity and Intervention in Germany*, 109, 173–179.
- Erdmann, G., & Janke, W. (2008). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF): Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszu-friedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Myrtek, , M., Wilk, D., & Kreutel, K. (1986). Multidimensionale Erfassung der

- Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Koronarkranken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 36,* 347-354.
- Fard, A. E., Rajabi, H., Delgoshad, A., Rad, S., & Akbari, S. (2014). The Possible Relationship between University Students' Personality Traits, Psychological Well-being and Addiction Potential. *International Journal of Social Science Studies*, 2 (2),120–5.
- Fauth-Bühler, M., Mann, K., & Potenza, M. N. (2016). Pathological gambling: A review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addiction Biology*. Abgerufen von https://doi.org/doi:10.1111/adb.12378
- Fenzel, L. M. (2005). Multivariate analyses of predictors of heavy episodic drinking and drinking-related problems among college students. *Journal of College Student Development*, 46 (2), 126–140. Abgerufen von https://doi.org/10.1353/csd.2005.0013
- Ferstl, R., & Bühringer, G. (1991). Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In M. Perez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 322–334). Bern: Huber.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patientenund Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (2), 71–79. https://doi.org/doi/pdf/10.1026/1616-3443/a000015
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30 (2), 170–195.
- García, L. V. (2004). Escaping the Bonferroni iron claw in ecological studies. *Oikos*, *105*, 657-663. DOI: 10.1111/j.0030-1299.2004.13046.x
- Gerber-Eggimann, K. (2005). Die Faszination des Rausches. Jugendliche auf der Suche nach Glück und Abenteuer. *Abhängigkeiten*, 11 (1), 30–42.
- Gesamtverband für Suchthilfe e.V. Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS). (2019).

 *Positionspapier: Komorbidität: Sucht und psychische Erkrankung (Doppeldiagnose):

 *Qualitätsmerkmale spezialisierter SGB XII Einrichtungen. Abgerufen von https://www.partnerschaftlich.org/fileadmin/user_upload/Partnerschaftlich/Themenmagazine/2019/PDF-Ordner/2019 Positionspapier Doppeldiagnose final 120619.pdf
- Gieseke, W., & Opelt, K. (2005). Europäisierung durch kulturelle Bildung. Bildung Praxis Event. In W. Gieseke, K. Opelt, H. Stoch & I. Börjesson (Hrsg.), *Kulturelle Erwachsenenbildung in Deutschland: Exemplarische Analyse Berlin/Brandenburg (Bd. 1*, S. 43–108). Münster: Waxmann.
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping,

- Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, *32*, 145-156. Abgerufen von https://doi.org/10.1002/smi.2589
- Gmel, G. (2015). ICD-11: Die Trennung von der Forschung: Applaus der Kliniker, *Sucht, 61* (5), 323-324.
- Gnau, J. (2009). Berufsbezogenes Erholungsverhalten, Schlafqualität und Depressivität. Eine Untersuchung mit Lehrerinnen und Lehrern (Dissertation). Philipps-Universität Marburg, Deutschland. Abgerufen von https://d-nb.info/1002526450/34
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63–73.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281–291.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 151–164.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.
- Grüsser, S. M., & Albrecht, U. (2007). Rien ne va plus Wenn Glücksspiele Leiden schaffen. Bern: Huber.
- Grüsser, S. M., Wölfling, K., & Heinz, A. (2002). Sucht, Verlangen und lerntheoretische Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten. In S. M. Grüsser (Hrsg.), Drogenverlangen und Drogengedächtnis. *Psychomed*, 14 (2), S. 68–73.
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Global Health*, 6, e1077–86. Abgerufen von http://dx.doi.org/10.1016/ S2214-109X(18)30357-7
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19 (2), 149–161.
- Haerlin, C. (1982). Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. In R. Bastine, P. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 32–34). Weinheim: Edition Psychologie.
- Handler, B. (2009). Genusstraining Euthyme Verfahren Ein Leben mit allen Sinnen.

- *Psychologie in Österreich, 1,* 70–76. Abgerufen von http://www.genusstraining.at/bilder/PSY 01 09.pdf
- Hautzinger, M. (1990). Bewältigung von Belastungen. Regensburg: Roderer.
- Hautzinger, M. (2018). Depression. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* 2: Störungen des Erwachsenenalters (4. Aufl., S. 125–137). Heidelberg: Springer.
- Hayer, T., Girndt, L., & Brosowski, T. (2020). Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung pathologischer GlücksspielerInnen: Nutzen, Grenzen und Optimierungspotenziale. Endbericht an das Ministerium für Inneres und Sport, Niedersachsen, Universität Bremen.
- Hayer, T., Meyer, G., & Brosowski, T. (2014). Stressverarbeitungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern: Auffälligkeiten und Implikationen für die klinische Praxis. *Suchttherapie*, *15*, 137–144.
- Hebb, D. O. (1955). Drives and the C.N.S. (Conceptual Nervous System). *Psychological Review*, 62, 243–254.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (1990). Fragen zur Lebenszufriedenheit-Module (FLZ-M). München: HeHe.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM) A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment*, 3, 150–159.
- Henrich, G., & Herschbach, P. (2001). FLZ^M Die Fragen zur Lebenszufriedenheit ^{Module}. Kurzbeschreibung. Normdaten. München.
- Hobby (2019) auf Duden online. Abgerufen am 16.11.2019 von https://www.duden.de/rechtschreibung/Hobby
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, *50*, 337-370.
- Höcker, A., Engberding, M., & Rist, F. (2013). *Prokrastination. Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens.* Göttingen: Hogrefe.
- Hoederath, L. (2009). Erholung als Verhalten zur Förderung der Gesundheit im Lehrerberuf Eine Adaptation des Health Action Process Approach (Dissertation). Philipps-Universität Marburg, Deutschland. Abgerufen von https://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2010/0307/pdf/dlh.pdf
- Hoffman, B. M., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Coons,

- M. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: One-year follow-up of the SMILE Study. *Psychosomatic Medicine*, 73 (2), 127–133. Abgerufen von https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820433a5
- Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T., & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS ONE*, *12* (11). e0187363.
- Holmen, J., Cuypers, K., Theorell, T., & Krokstad, S. (2015). *Musik, Kultur und Gesundheits-* forschung vom Individuum zur Bevölkerung. Abgerufen von https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1599-2 4
- Hønsi, A., Mentzoni, R. A., Molde, H., & Pallesen, S. (2013). Attentional bias in problem gambling: a systematic review. *Journal of Gambling Studies*, *29*, 359–375.
- Hübner, S. (2012). *Untersuchung der Sporttherapie als Methode im Rahmen der Suchttherapie*.

 Bachelorarbeit. Abgerufen von https://monami.hs-mittweida.de/frontdoor/deliver/index/docId/2044/file/Bachelorarbeit.pdf
- Hultsch, D. F., Hertzog, C., Small, B. J., & Dixon, R. A. (1999). Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology of Aging, 14* (2), 245–263.
- Hurrelmann, K., Schmidt, L., & Kähnert, H. (2003). Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen Verbreitung und Prävention. Abschlussbericht an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld.
- Hussy, W. Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Jannsen, J., & Laatz, W. (2013). Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul exakte Tests (8. überarb. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.
- Jekauc, D., Reiner, M., & Woll, A. (2014). Zum Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und habitueller Gesundheit und ihrer Wirkungsrichtung. In S. Becker (Hrsg.), Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit (S. 13–30). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Jones, F., Burke, R., & Westman, M. (2005). *Work life balance: A psychological perspective*. Hove, U. K.: Psychology Press.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational* and *Psychological Measurement*, 20 (1), 141–151. doi:10.1177/001316446002000116

- Kaluza, G. (2015). Stressbewältigungstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*. *Psychotherapie: Praxis* (8. Aufl., S. 417-422). Berlin: Springer.
- Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung (4. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R., & Kurth, B.-M. (2012). Eckdaten von DEGS1: Worüber wissen wir jetzt mehr? *Bundesgesundheitsblatt, 55*, 980–81. Abgerufen von https://doi.org/Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:980–990. doi: 10.1007/s00103-011-1504-5
- Kiefer, F., Fauth-Bühler, M., Heinz, A., & Mann, K. (2013). Neurobiologische Grundlagen der Verhaltenssüchte. *Nervenarzt*, 84, 557–562.
- Kiefer, F., & Schuster, R. (2017). Alkoholabhängigkeit. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 1489-1518). Heidelberg: Springer.
- Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: Soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107–122). Heidelberg: Springer.
- Kipke, I., Brand, H., Geiger, B., Pfeiffer-Gerschel, T., & Braun, B. (2015). Arbeitslosigkeit und Sucht Epidemiologische und soziodemographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2007 2011, *Sucht*, 61 (2), 81-94.
- Koch, A., Müller, K. W., & Naab, L. (2015). *Katamnese-Erhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel*. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss).
- Koch, A., Müller K., Naab, L., Dreier, M., & Boddin, M. (2016). *Katamnese-Erhebung zur stationären Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel. Eine qualitative Addon-Analyse*. ZMVII-2515DSM236. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss). Abgerufen von https://www.suchthilfe.de/informationen/projektbericht-gluecksspielkatamnese-addon-160530.pdf
- Koppenhöfer, E. (2004). Kleine Schule des Genießens. Lengerich: Pabst.
- Koppenhöfer, E. (2005). Kleine Schule des Genießens. In V. Köllner & M. Broda (Hrsg.), *Praktische Verhaltensmedizin* (S. 76–80). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kroll, S. L., Nikolic, E., Bieri, F., Soyka, M., Baumgartner, M. R., & Quednow, B. B. (2018).
 Cognitive and socio-cognitive functioning of chronic non-medical prescription opioid users. *Psychopharmacology*, 235, 3451–3464. Abgerufen von

- https://doi.org/10.1007/s00 213-018-5060-z.
- Krug, S., Jordan, S., & Lampert, T. (2012). Körperliche Aktivität: Wie aktiv sind die Deutschen? *Bundesgesundheitsblatt, (8),* 985–986. doi:10.1007/s00103-011-1504-5
- Kuhn, G., & Todt, E. (2003). Physiologische und psychologische Aspekte des Risikoverhaltens und des Risikoerlebens. In N. Gissel & J. Schwier (Hrsg.), dvs Band: Bd. 134.

 Abenteuer, Erlebnis und Wagnis. Perspektiven für den Sport und Verein? Jahrestagung der dvs-Sektion Sportpädagogik vom 30.5.-1.6.2002 in Gießen (S. 11–23). Abgerufen von https://www.sportwissenschaft.de/fileadmin/pdf/schriftenreihe/dvs134_gesamt web.pdf
- Landale, S., & Roderick, M. (2014). Recovery from addiction and the potential role of sport:

 Using a life-course theory to study change. *International Review for the Sociology of Sport*, 49 (3/4), 468 –484. doi: 10.1177/101269021350727
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, A. G. (1999). Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research and Health*, 23 (2), 151–160.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*, 26, 216–228.
- Lehner, B. & Kepp, J. (2016). Daten, Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht*, *16*, (S. 9-35). Lengerich: Pabst.
- Liedtke, G. (2003). Erlebnispädagogik versus Friluftsliv—Pädagogische Perspektiven auf Erlebnisse im Natursport. In *Abenteuer, Erlebnis und Wagnis—Perspektiven für den Sport in Schule und Verein? Jahrestagung der dvs-Sektion Sportpädagogik vom 30.5.–1.6.2002 in Gießen* (S. 181–188). Abgerufen von https://www.sportwissenschaft.de/fileadmin/pdf/schriftenreihe/dvs134_gesamt_web.pdf
- Lindenmeyer, J. (2004). Vom allgemeinen Defizitmodell zum situationsspezifischen Rückfallrisiko Anmerkungen zur Sucht-Neurose-Debatte. *Verhaltenstherapie*, *14*, 145–146.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit* (2. Aufl.). Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 6. Göttingen: Hogrefe.
- Lippke, S., & Vögele, C. (2006). Sport und körperliche Aktivität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 195–216). Heidelberg: Springer.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, *106*, 490–498.
- Lutz, R. (1993). Genusstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. *Techniken und Einzelverfahren* (2. Aufl., S. 155–159). Berlin: Springer.

- Maaß, E. E., Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Döpfner, M. (2010a). Bildschirmmedien im Kindergartenalter. Zum Zusammenhang von Mediennutzung, Verhaltensauffälligkeiten und ADHS. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18, 55-68. Abgerufen von https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000009
- Maaß, E. E., Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Naumann, S., Bertram, H., ... Doepfner,
 M. (2010b). Sozioökonomischer Status, mütterliches Erziehungsverhalten, erhöhter
 Medienkonsum und die Sprach- und Rechenfertigkeiten von Kindergartenkindern. Psychologie in Erziehung und Unterricht Zeitschrift für Forschung und Praxis, 57 (1),
 46-61.
- Mackinnon, S. P., Lambe, L., & Stewart, S. H. (2016). Relations of five-factor personality do mains to gambling motives in emerging adult gamblers: A longitudinal study. *Journal of Gambling Issues*, *34*, 179–200.
- Mahler, R. (2012). Resilienz und Risiko: Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der stationären Suchttherapie. Heidelberg: Springer.
- Majić T., Kienast T., Heinz A., & Soyka M. (2017). Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In H.-J. Möller, G. Laux & H-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 1521-1570). Heidelberg: Springer.
- Mann, K., Fauth-Bühler, M., Seiferth, N., & Heinz, A. (2013). Verhaltenssüchte und Grenzen des Suchtbegriffs. *Nervenarzt*, *84*, 548–556.
- Manninen, S., Tuominen, L., Dunbar, R. I. M., Karjalainen, T., Hirvonen, J., Arponen, E., ... Nummenmaa, L. (2017). Social laughter triggers endogenous opioid release in humans, *Journal of Neuroscience*, 37, 6125–6131. doi:10.1523/JNEUROSCI.0688-16.2017 pmid:28536272
- Marchica, L. A., Keough, M. T., Montreuil, T. C., & Derevensky, J. L. (2020). Emotion Regulation Interacts with Gambling Motives to Predict Problem Gambling Among Emerging Adults. Abgerufen von https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106378
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: theoretical rational and overview of the model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp. 3–70). New York: Guilford Publications.
- Martin, P. (2000). Altern, Aktivität und Langlebigkeit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33, 79–84.
- Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., López-Durán, A., Fernández del Río, E., & Becoña, E. (2018). Effects of on substance use and depression: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 13,* 36. Abgerufen von

- https://doi.org/10.1186/s13011-018-0173-2
- Matthews, S., Stansfeld, S., & Power, C. (1999). Social support at age 33: The influence of gender, employment status and social class. *Social Science and Medicine*, 49, 133–142.
- McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, 112 (5), 751–757. Abgerufen von https://doi.org/10.1111/add.13502
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological Aspects of Workload. In P. Drenth, H. Thierry & C. de Wolff (Eds.), *Work psychology*. *Handbook of work and organizational psychology* (Vol. 2, pp. 5–33). Hove, England: Psychology press.
- Meng, Y-j., Deng, W., Wang, H-y., Guo, W-j., & Li, T. (2014). Reward pathway dysfunction in gambling disorder: a meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Behavioural Brain Research*, 275, 243–251.
- Meshesha, L. Z., Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2015). Polysubstance use is associated with deficits in substance-free reinforcement in college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76 (1), 106–16. Abgerufen von http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25486399
- Meyer, G. (2017a). Glücksspielbezogene Störung Spielsucht. In G. Meyer & M. Bachmann, Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten (4. vollst. überarb. Aufl., S. 40–77). Heidelberg: Springer.
- Meyer, G. (2017b). Theoretische Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung des glücksspielbezogenen Suchtverhaltens. In G. Meyer & M. Bachmann, *Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (4. vollst. überarb. Aufl., S. 131–168). Heidelberg: Springer.
- Meyer, G. (2017c). Entstehungsbedingungen der glücksspielbezogenen Störung: Das Drei-Faktoren-Modell der Suchtentwicklung als übergeordnetes Rahmenkonzept. In G. Meyer & M. Bachmann, *Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (4. vollst. überarb. Aufl., S. 77-130). Heidelberg: Springer.
- Meyer, G. (2019). Glücksspiel Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht*, *19*, (S. 105-127). Lengerich: Pabst.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (2005). *Spielsucht. Ursachen und Therapie* (2. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Meyer, G., & Bachmann, M. (2017). Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten (4. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A

- comprehensive review. Clinical Psychology Review, 30, 988–998.
- Möhring, W., & Schlütz, D. (Hrsg.). (2013). *Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mörsen, C., Heinz, A., Fauth-Bühler, M., & Mann, K. (2011). Glücksspiel im Gehirn: neurobiologische Grundlagen pathologischen Glücksspielens. *Sucht*, *57*, 259–273.
- Müller, K. W., Dreier, M., Duven, E., Giralt, S., Beutel, M. E., & Wölfling, K. (2014). Abschlussbericht zur Studie Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen: Verbreitung und Prävention im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein- Westfalen. Abgerufen von https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/gluecksspiel_abschlussbericht.pdf
- Müller, K. W., Wölfling, K., & Giralt, S. (2013). Update Glücksspielsucht Pathologisches Glücksspiel. Eine aktuelle Übersicht zu Verbreitung, Merkmalen und therapeutischer Handhabung. *Konturen*, 6, 8–13.
- Muschler, A. (2013). Die heilende Wirkung kreativen Schaffens. Einführung der Kunst- und Gestaltungstherapie auf einer Psychotherapiestation. Abgerufen von https://www.ihp.de/assets/content/budi/files/2013_09web.pdf
- Nock, N. L., Minnes, S., & Alberts, J. L. (2017). Neurobiology of substance use in adolescents and potential therapeutic effects of exercise for prevention and treatment of substance use disorders. *Birth Defects Research*, 109, 1711–1729.
- Orr, M. (2017). The influence of role-playing games on perceived social competence. (Doctoral Dissertation). Mount Saint Vincent University. Abgerufen von http://hdl.handle.net/10587/1810
- Oswald, W. D. (2004). Kognitive und körperliche Aktivität. Ein Weg zur Erhaltung von Selbstständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse? *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 17 (3), 147–159.
- Paffrath, F. H. (2013). *Einführung in die Erlebnispädagogik*. Gelbe Reihe: Praktische Erlebnis pädagogik. Augsburg: ZIEL-Verlag.
- Park, J.-A., Park, M.-H., Shin, J.-H., Li, B., Rolfe, D.T., Yoo, J.-Y., & Dittmore, S. W. (2016).
 Effect of sports participation on internet addiction mediated by self-control: A case of korean adolescents. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 37, 164–169.
- Park, K., Wilson, M. G., & Lee, M. S. (2004). Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *American Journal of Health Behavior*, 28, 444–455.
- Pastoors, S. (2018). Kreativität. In J. H. Becker, H. Ebert & S. Pastoors, Praxishandbuch beruf-

- liche Schlüsselkompetenzen. 50 Handlungskompetenzen für Ausbildung, Studium und Beruf (S. 59-68). Heidelberg: Springer.
- Pawlik, V. (2019a). *Umfrage in Deutschland: Bedeutung von Erlebnisorientierung 2015 bis* 2019 (AWA). Abgerufen von https://de.statista.com/statistik/daten/studie/455608/umfrage/umfrage-in-deutschland-zur-bedeutung-von-erlebnisorientierung/
- Pawlik, V. (2019b). *Umfrage in Deutschland zum Interesse an der Kunst- und Kulturszene bis* 2019 (AWA). Abgerufen von https://de.statista.com/statistik/daten/studie/170946/umfrage/interesse-an-kunst-und-kultur/
- Petry, J. (2003). Glücksspielsucht. Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, N. M. (2018). Gambling and substance abuse. In I. Gebhardt & S. Korte (Hrsg.), *Glücks-spiel. Ökonomie, Recht, Sucht* (2. vollst. überarb. Aufl., S. 881-896). Berlin: De Gruyter.
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Olmstead, T. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2017). Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go? *Psychology of Addictive Behaviors*, *31* (8), 897–906. Abgerufen von https://doi.org/10.1037/adb0000287
- Pfeifer, K., Banzer, W., Ferrari, N., Füzéki, E., Geidl, W., Graf, C., ... Vogt, L. (2016). Empfehlungen für Bewegung. In A. Rütten & K. Pfeifer (Hrsg.), *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung* (S. 17–64). Abgerufen von https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-für-Bewegung-und-Bewegungsförderung-2016.pdf
- Plecity, D. M. (2006). *Die Auswirkung der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten Eine quantitative und qualitative Analyse*. Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Abgerufen von https://oparu.unulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/771/vts_5772_7681.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Porst, R. (2014). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch (4. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U., Schwarz, S., & Petry, J. (2014). Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. *Sucht*, *60*, 331–344.
- Quednow, B. B. (2017). Social cognition and interaction in stimulant use disorders. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13, 55–62. Abgerufen von https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.10.001
- Rabenhorst, D. (2014). Sind Intention und Planung von Erholung geeignete Prädiktoren zur

- Vorhersage von Erholungsverhalten? Eine Studie zur internen Validität des Health Action Process Approach (Dissertation). Philipps-Universität Marburg, Deutschland. Abgerufen von https://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2014/0263/pdf/ddr.pdf
- Reed, J., & Buck, S. (2009). The effect of regular aerobic exercise on positive-activated affect: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 581–594.
- Reed, J., & Ones, D. S. (2006). The effect of acute aerobic exercise on positive activated affect: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 477–514.
- Rekonvaleszenz. (1988). In Brockhaus Enzyklopädie (Bd. 5, S. 124). Mannheim: F. A.
- Roessler, K. K., Bilberg, R., Nielsen, A. S., Jensen, K., Ekstrom, C. T., & Sari, S. (2017). Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: a randomized controlled trial. *Plos One*, *12* (10): e0186076. doi: 10.1371/journal.pone.0186076
- Rook, J. W., & Zijlstra, F. R. H. (2006). The contribution of various types of activities to recovery. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *15* (2), 218–240. Abgerufen von https://doi.org/10.1080/13594320500513962
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). Successful aging. New York: Pantheon Books.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., & John, U. (2001). *LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -miss-brauchs-Screening-Test*. Göttingen: Hogrefe.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sachse, R. (1990). Dialog zwischen ExpertInnen oder das Ergänzungsverhältnis von Verhaltenstherapie, kognitiver Therapie und Gesprächspsychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 22, 167–198.
- Salisch, M. (2002). *Emotionale Kompetenzen entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend.*Stuttgart: Kohlhammer.
- Satow, L. (2012a). Stress- und Coping-Inventar (SCI). Testmanual und Normen. Abgerufen von http://www.drsatow.de/tests/stress-und-coping-inventar.html
- Satow, L. (2012b). *Stress- und Coping-Inventar (SCI): Test- und Skalendokumentation*. Abgerufen von http://www.drsatow.de/tests/stress-und-coping-inventar.html
- Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M.-X., Manly, J., & Stern, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology*, *57* (12), 2236–2242.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2002). *Adult development and aging* (5th ed.). New York: Prentice-Hall.
- Scheibenbogen, O., Franzke, S., & Musalek, M. (2014). Genusserleben als Antagonist der Sucht. *Rausch*, *3*, 6–15.

- Schmidt, H. (2013). *Der Zusammenhang von Stress, Coping und Alkoholkonsum bei jungen Studenten* (Bachelorarbeit). Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Abgerufen von www.drsatow.de/tests/stress-und-coping-inventar/BA Helena Schmidt 21702640 Juni2013.pdf
- Schröder, S. (2010). Tagesstrukturierende Maßnahmen in der Suchttherapie: Wirkung einer tagesstrukturierenden Maßnahme auf den Genesungsprozess abhängigkeitserkrankter Frauen und Männer. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Schröder, H. & Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung,* 26 (1), 19–22.
- Schulz, K. H., Meyer, A., & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *55* (1), 55–65. Abgerufen von https://doi.org/DOI 10.1007/s00103-011-1387-x
- Schulze, C. (2018). Evidenzbasierter Forschungsbedarf in der Kunsttherapie: Entwicklung eines Modells und Manuals zur systematischen Beschreibung und Untersuchung von Interaktionsphänomenen in Gruppen (IiGART). In M. Ankele, C. Kaiser & S. Ledebur (Hrsg.), *Aufführen Aufzeichnen Anordnen* (S. 257–270). Wiesbaden: Springer.
- Seiferth, N. Y., Thienel, R., & Kircher, T. (2013). Exekutive Funktionen. In F. Schneider & G. R. Fink (Hrsg.), *Funktionelle MRT in Psychiatrie und Neurologie* (2. Aufl., S. 265-277). Heidelberg: Springer.
- Seiffge-Krenke, I. (2009). Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken (2. vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, *22*, 1–25.
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (3), 196–210. http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.6.3.196
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement and proactive behaviour: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88 (3), 518–528.
- Sonnentag, S., & Bayer, U.-V. (2005). Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10 (4), 393–414. Abgerufen von http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.393
- Spitzer, M. (2004). Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollen wir tun?

- Heidelberg: Springer Spektrum.
- Stewart S. H., & Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103 (7), 1110-1117.
- Stiftung für Zukunftsfragen. (2019). Freizeitmonitor. *Forschung aktuell, 286,* 40.

 Abgerufen von https://www.stiftungfuerzukunftsfragen.de/fileadmin/user_upload/forschung aktuell/PDF/Forschung-Aktuell-286-Freizeit-Monitor-2019.pdf
- te Wildt, B. T., Kowalewski, E., Meibeyer, F., & Huber, T. (2006). Identität und Dissoziation im Cyberspace. Kasuistik einer dissoziativen Identitätsstörung im Zusammenhang mit Internet-Rollenspiel. *Der Nervenarzt, 1,* 81–84.
- Tippelt, R., & von Hippel, A. (2010). Einleitung. In R. Tippelt & A. von Hippel (Hrsg.), Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung (4. Aufl., S. 11–21). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Probst, T., Loew, T., Klapp, B., ... Bühner, M. (2006). *ICD-10-Symptom-Rating (ISR) Fragebogen*. Abgerufen von http://www.iqp-online.de/index.php?page=downloads/ISR_Standard_2-0_2009%20(1).pdf
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W., & Loew, T. (2008). Ent-wicklung des Fragebogens »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54 (4), 409–418.
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, M., Söllner, W., Klapp, B., Loew, T., & Bühner, M. (2010). *Der Fragebogen ICD-10-Symptom-Rating (ISR) Kurzdarstellung der Normierung*. Abgerufen von http://www.iqp-online.de/index.php?page=download
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012a). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the »ghosts« of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74 (4), 949–957.
- Uchino, B. N., Cawthon, R. M., Smith, T. W., Light, K. C., McKenzie, J., Carlisle, M., ... Bowen, K. (2012b). Social relationships and health: Is feeling positive, negative, or both (ambivalent) about your social ties related to telomeres? *Health Psychology, 31* (6), 789–796. Abgerufen von http://dx.doi.org/10.1037/a0026836
- Uhlmann, C., Nauss, C., Worbs, A., Pfund, U., & Schmid, P. (2019). Effects of an animal-assisted intervention on psychiatric in-patient addiction treatment a pilot study. *Fort-schritte Neurologischer Psychiatrie*, 87, 305–311.
- van Eerde, W., & Klingsiek, K. B. (2018). Overcoming procrastination? A meta-analysis of intervention studies. *Educational Research and Reviews*, *25*, 73–85.

- van Egmond-Fröhlich, A., Mößle, T., Ahrens-Eipper, S., Schmid-Ott, G., Hüllinghorst, R., & Warschburger, P. (2007). Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen: Risiken für Psyche und Körper. *Deutsches Ärzteblatt, 104* (38): A-2560 / B-2262 / C-2194. Abgerufen von https://www.aerzteblatt.de/archiv/56968/Uebermaessiger-Medienkonsum-von-Kindern-und-Jugendlichen-Risiken-fuer-Psyche-und-Koerper
- van Holst, R. J., van den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E. (2010). Why gamblers fail to win: A review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *34*, 87–107.
- Vaughan, E. L., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2009). Academic and social motives and drinking behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*. Abgerufen von https://doi.org/10.1037/a0017331
- Verdejo-Garcia, A. (2016). Cognitive training for substance use disorders: Neuroscientific mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, *68*, 270-281.
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., ... Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348, 2508–2516.
- Vollmer, H. C., & Domma, J. (2020). Erwerbsstatus alkoholabhängiger Personen ein Jahr nach stationärer Behandlung. *Sucht*, 66 (3), 133-142.
- Vollstädt-Klein, S. (2019). Wirkung von schachbasiertem kognitivem Training bei Suchter-krankungen. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Abgerufen von https://www.zimannheim.de/forschung/abteilungen-ags-institute/sucht/arbeitsgruppen-sucht/neuroimaging-abhaengiges-verhalten.html
- Wang, D., Wang, Y., Wang, Y., Li, R., & Shou, C. (2014). Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PLoS One*, 9 (10). e110728. doi: 10.1371/journal.pone.0110728
- Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Buschert, V. (2017). Neuropsychologische Therapie bei psychischen Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux & H-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 1007–1016). Heidelberg: Springer.
- Winkeler, M., Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2006). Direct and indirect strategies of mobilization as determinants of social support provided for cancer patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (1), 248–267.
- Wipfli, B. M., Rethorst, C. D., & Landers, D. M. (2008). The anxiolytic effects of exercise:

- A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 30 (4), 392–410. Abgerufen von https://doi.org/10.1123/jsep.30.4.392
- Wölfling, K., & Müller, K. W. (2008). Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 128–133.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Agita mundo, move for health*. Abgerufen von http://www.who.int/docstore/worldhealth-day/2002/brochure.en.pdf
- World Health Organization (WHO). (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Abgerufen von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108082/e59555.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zuckerman, M. (1979). Sensation Seeking: Beyond the optimal level of arousal. Hillsdale: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1983). Sensation seeking and sports. *Personality and Individual Differences*, 4, 285–293.

7 Anhang

Anhang A: Ergebnisse

Expertenbefragung (Studie 1)

Tabelle 1 Items nach Belohnungsmittelwerten (BW) (Rangreihe absteigend)

Nr. Item (Kategorien-Nummer)	BW (M)
080 Lachen (4)	6,63
176 Zusammensein mit Partner (1)	6,33
007 Ausflüge machen z. B. ins Grüne, an die See (5)	6,26
001 Am Strand sein (5)	6,22
094 Naturerlebnisse (5)	6,18
110 Reisen (6)	6,18
085 Massage (5)	6,13
119 Sexualität/Zärtlichkeit (4)	6,13
052 Gemütliches Beisammensein (1)	6,09
175 Zusammensein mit Freunden/Bekannten (1)	5,96
051 Gemeinsames Ausgehen (1)	5,89
058 Höhepunkte/Highlights z. B. am Wochenende (7)	5,89
060 Im Freien aufhalten (z. B. Park, Picknick) (5)	5,87
090 Mit Freunden/Bekannten essen (1)	5,80
070 Jemandem eine Freude bereiten (1)	5,78
174 Zusammensein mit Familie (1)	5,78
030 Eine Therme/Sauna besuchen (5)	5,76
109 Regelmäßiges sportliches Training (2)	5,76
121 Sich entspannen (5)	5,76
140 Sport (2)	5,73
086 Meditation, Yoga (5)	5,65
103 Positive Zukunftspläne schmieden (3)	5,62
152 Trekkingtouren (Kanu/Fahrrad/Wildnis) (6)	5,56
159 Wandern (2)	5,53
011 Besuch bekommen (1)	5,52
032 Entspannungsbad/-dusche (5)	5,52
173 Zusammensein mit den Kindern (1)	5,49
139 Spontan etwas unternehmen (6)	5,47
133 Sich über Gefühle austauschen (4)	5,44
138 Spazieren gehen (2)	5,42
025 Ein offenes und ehrliches Gespräch führen (1)	5,41
128 Sich mit Tieren beschäftigen (5)	5,39
028 Eine neue Bekanntschaft machen (1)	5,37
033 Entspannungsübungen (5)	5,33
125 Sich im Gespräch mitteilen (1)	5,31
004 Anderen helfen (1)	5,30
049 Früh schlafen gehen (5)	5,28
054 Gesellschaftsspiele (1)	5,28

Nr. Item (Kategorien-Nummer)	BW (M)
002 Andere am eigenen Erleben teilhaben lassen (1)	5,26
035 Essen gehen (7)	5,26
131 Sich selbst loben/jemanden loben (4)	5,22
024 Ein neues Vorhaben beginnen (6)	5,17
036 Etwas für seine Gesundheit tun (2)	5,17
160 Wassersport z. B. Rudern, Paddeln oder Segeln (2)	5,16
034 Erkundungsgänge machen/Umgebung besser kennenlernen (6)	5,13
041 Fahrrad fahren (2)	5,13
050 Gartenarbeit/sich um Pflanzen kümmern (5)	5,13
126 Sich immer auf etwas freuen (4)	5,13
055 Gesunde Ernährung (10)	5,11
102 Positive und negative Gefühle ausdrücken (4)	5,11
166 Zu einem Konzert/Festival gehen (7)	5,11
117 Schwimmen, Wassergymnastik, Tauchen etc. (2)	5,09
136 Singen, musizieren (8)	5,09
064 In ein Café/Bistro gehen (1)	5,07
088 Mit dem Hund spazieren gehen (5)	5,07
127 Sich künstlerisch betätigen (Malerei, Bildhauerei, Zeichnen, Schreiben etc.) (8)	5,07
132 Sich sonnen (5)	5,07
148 Tanzen (Paar, Verein) (2)	5,07
089 Mit den Kindern spielen (1)	5,02
008 Ballspiele mit Schläger z. B. Tennis, Squash (2)	5,00
014 Camping/Zelten (6)	5,00
104 Probleme lösen (3)	5,00
046 Fotografieren, Filmen (8)	4,93
073 Joggen (2)	4,93
023 Ein neues Gericht zubereiten (8)	4,91
020 Ein Ehrenamt ausüben (1)	4,87
010 Basteln, Handarbeiten, Töpfern (8)	4,85
076 Körperpflege (10)	4,85
108 Radio/Musik hören (5)	4,84
123 Sich ganz in eine Aufgabe vertiefen (3)	4,84
009 Ballspiele z. B. Fuß-, Volleyball spielen (2)	4,83
091 Mitgefühl zeigen (4)	4,82
101 Positive Aktivitäten vorrausschauend planen (10)	4,82
021 Ein Museum, eine Ausstellung, Sehenswürdigkeiten besuchen (7)	4,80
048 Freizeitpark (6)	4,80
065 In einem Chor/in einer Band sein (8)	4,78
095 Nordic Walking/schnelles Gehen (2)	4,78
150 Theaterbesuch (7)	4,78
	4,76
161 Wintersport Ski/Snowboard/Schlitten fahren (2)	•
063 In der Disco tanzen (6)	4,74 4.71
163 Zimmer neu dekorieren (Bilder) (8)	4,71
168 Zu einer Party gehen (6)	4,71
170 Zu Familienfesten gehen (1)	4,69
056 Gymnastik/Aerobic (2)	4,67

Nr. Item (Kategorien-Nummer)	BW (M)
084 Mannschaftssport (2)	4,67
142 Stadtbummel (7)	4,60
053 Geschmackvoll anziehen (7)	4,59
031 Einen persönlichen Rat geben (1)	4,57
038 Etwas tun, wo Ausdauer/Kondition erforderlich ist (2)	4,57
066 In Mimik und Gestik ausdrücken (4)	4,57
019 DVD-Abend (9)	4,54
068 Ins Kino gehen (7)	4,54
120 Sich beruflich engagieren (10)	4,52
124 Sich helfen lassen (1)	4,49
149 Telefon-/Videogespräche führen (1)	4,49
113 Romane, Gedichte, Erzählungen lesen (3)	4,38
012 Billard, Boccia, Bowling, Kegeln (8)	4,37
097 Passiv genießen (5)	4,36
165 Zoo-/Zirkusbesuch (6)	4,34
072 Jemanden um Hilfe bitten (1)	4,30
079 Konzentriert bei der Sache sein (3)	4,30
067 (Inline-)Skaten (2)	4,29
169 Zu einer Sportveranstaltung gehen (6)	4,29
983 Malen, Tapezieren, Dinge reparieren (8)	4,28
096 Ordnung schaffen (einschließlich Papiere) (10)	4,27
143 Stadtbummel ohne Einkauf (5)	4,27
146 Tagesstruktur oder Wochenabläufe planen (10)	4,27
037 Etwas konstruieren/erfinden (8)	4,26
059 Holz- oder Schreinerarbeiten ausführen (8)	4,26
069 Diskutieren (1)	4,24
112 Religiös, spirituell sein (3)	4,23
045 Flohmarktbesuch (8)	4,22
006 Antiquitäten restaurieren, Möbel aufarbeiten (8)	4,20
092 Mittagsschlaf (5)	4,20
147 Tagträumen (5)	4,18
044 Fitnesscenter/Kraftsport (2)	4,17
022 Ein Musikstück komponieren/texten (8)	4,13
087 (Mini-) Golf spielen (1)	4,13
047 Fotos sortieren (8)	4,07
111 Reiten (2)	4,07
137 Small Talk/Plaudern (1)	4,07
144 Süßigkeiten/Kuchen essen (7)	4,07
155 Veranstaltungen planen/organisieren (10)	4,07
026 Eine Abendschule/Fortbildung besuchen (3)	4,04
074 Karaoke (8)	4,04
075 Kinder betreuen (1)	4,04
118 Seine Haare stylen/sich schminken o. ä. (7)	4,04
156 Vereinsleben mitgestalten (1)	4,04
130 Sich schauspielerisch betätigen (8)	4,02
167 Zu einem Vortrag gehen (3)	4,02
172 Zu Veranstaltungen von gemeinnützigen oder sozialen Vereinen	4,02

Nr. Item (Kategorien-Nummer)	BW (M)
gehen (1)	
013 Nachrichten schreiben/erhalten (9)	4,00
027 Eine Fremdsprache lernen (3)	4,00
081 Mahlzeiten planen (10)	3,98
082 Mal richtig ausschlafen (5)	3,98
164 Zimmer oder Haus aufräumen (10)	3,89
122 Sich für neue Produkte und Erfindungen interessieren (3)	3,87
145 Tagebuch schreiben (3)	3,82
171 Zu Klassentreffen o. ä. gehen (1)	3,82
151 Tipps und Ratschläge zur Selbsthilfe lesen (3)	3,80
154 Über sich selbst nachdenken (3)	3,80
062 In den Tag hineinleben (5)	3,78
157 Vereinsmitgliedschaft (1)	3,78
017 Dating, Partnersuche (1)	3,74
093 Morgens früh aufstehen (10)	3,73
153 Über Beruf/Schule sprechen (1)	3,69
071 Jemanden angemessen kritisieren (1)	3,67
141 Sportliches Wetteifern, Wettkampf (2)	3,67
003 Andere um Rat fragen, was einem steht (1)	3,63
158 Vorausschauen, was auf einen zukommt (3)	3,62
078 Konflikte ansprechen (1)	3,59
098 Pflichten, Aufgaben erledigen (10)	3,58
162 Zeitpunkt festlegen, wann Konflikte angesprochen werden (1)	3,56
107 Puzzeln, Kreuzworträtsel, Sudoku usw. lösen (3)	3,53
015 Chatten (9)	3,52
099 Planen, wann bestimmte Probleme erledigt werden (10)	3,47
135 Sich auf eine neue Stelle bewerben (10)	3,45
134 Sich über Sport unterhalten (1)	3,44
005 Angeln (8)	3,41
106 Pünktlich sein (10)	3,36
039 Etwas verkaufen z. B. Trödel, Markt, Internet (8)	3,35
114 Sachen für den nächsten Tag bereitlegen (10)	3,33
042 Fernsehen (9)	3,28
040 Fachliteratur oder Sachbuch lesen (3)	3,26
077 Kommunikationsplattformen/Netzwerke im Internet besuchen (9)	3,20
•	
116 Schiedsrichter/Trainer sein (1)	3,16
018 Dinge sammeln (8)	3,13
129 Sich politisch auseinandersetzen/betätigen (3)	3,11
057 Sich auf eine Prüfung oder wichtige berufliche Situation gut vorbereiten (3)	3,07
029 Eine Rede/Vortrag halten (3)	3,00
061 Im Internet herumstöbern (9)	2,98
100 Politisches Interesse (3)	2,98
115 Schach spielen (3)	2,86
016 Computer-, Konsolen-Spiele (9)	2,70
043 Finanz- und Haushaltsplanung (10)	2,41
105 Programmieren (3)	2,16

Patientenbefragung (Studie 2)

Tabelle 2 ICD-10-Symptom-Rating (ISR): deskriptive Statistiken (Symptombelastung)

-	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG
Symptom-	n = 68-69	n = 49	n = 43	n = 20	n = 58
belastung	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
\mathcal{E}		(/	()	()	()
Depression	$1,44 (0,96)^{1}$	1,57 (0,92)	1,72 (1,00)	1,78 (0,96)	1,28 (0,82)
Keine	27,9%	22,4%	16,3%	15,0%	34,5%
Verdacht auf	13,2%	16,3%	18,6%	10,0%	15,5%
Geringe	39,7%	28,6%	30,2%	40,0%	32,8%
Mittlere	11,8%	26,5%	20,9%	25,0%	15,5%
Schwere	7,4%	6,1%	14,0%	10,0%	1,7%
Angst	1,23 (1,06)	1,02 (0,72)	1,38 (1,23)	1,53 (1,17)	0,93 (0,66)
Keine	52,2%	53,1%	48,8%	35,0%	55,2%
Verdacht auf	7,2%	12,2%	7,0%	10,0%	8,6%
Gering	20,3%	26,5%	20,9%	20,0%	31,0%
Mittlere	14,5%	8,2%	7,0%	25,0%	5,2%
Schwere	5,8%	0,0%	16,3%	10,0%	0,0%
Zwang	0,84 (0,86)	0,84 (0,79)	1,22 (0,94)	1,37 (1,10)	0,57 (0,65)
Keine	50,7%	51,0%	39,5%	35,0%	65,5%
Verdacht auf	18,8%	18,4%	7,0%	5,0%	17,2%
Gering	21,7%	20,4%	34,9%	30,0%	15,5%
Mittlere	8,7%	10,2%	18,6%	25,0%	1,7%
Schwere	0,0	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%
Somatoform	0,53 (0,73)	0,76 (0,97)	0,58 (0,89)	0,57 (0,59)	0,39 (0,61)
Keine	46,4%	42,9%	51,2%	40,0%	58,6%
Verdacht auf	30,4%	16,3%	18,6%	30,0%	24,1%
Geringe	10,1%	14,3%	11,6%	10,0%	5,2%
Mittlere	10,1%	22,4%	16,3%	20,0%	12,1%
Schwere	2,9%	4,1%	2,3%	0,0%	0,0%
Essstörung	0,94 (1,10)	0,78 (0,96)	1,22 (1,22)	1,08 (1,08)	0,98 (1,13)
Keine	34,8%	42,9%	27,9%	20,0%	36,2%
Verdacht auf	24,6%	18,4%	18,6%	35,0%	20,7%
Geringe	14,5%	18,4%	16,3%	20,0%	15,5%
Mittlere	18,8	16,3%	23,3%	15,0%	20,7%
Schwere	7,2%	4,1%	14,0%	20,0%	6,9%
Zusatz-Skala	0,82 (0,63)	0,92 (0,66)	1,23 (0,74)	1,00 (0,50)	0,63 (0,47)
Keine	66,7%	57,1%	39,5%	55,0%	79,3
Vorhanden	33,3%	42,9%	60,5%	45,0%	20,7
Gesamt-Skala	0,94 (0,64)	0,97 (0,61)	1,23 (0,73)	1,19 (0,59)	0,77 (0,48)
Keine	29,0%	20,4%	16,3%	15,0%	37,9%
Verdacht auf	7,2%	6,1%	2,3%	5,0%	6,9%
Geringe	14,5%	28,6%	14,4%	20,0%	17,2%
Mittlere	36,2%	32,7%	44,2%	45,0%	34,5%
Schwere	13,0%	12,2%	23,3%	15,0%	3,4%

Anmerkungen. ¹M (SD) durch kursive Schrift gekennzeichnet.

	IAS-Istzusta	and		IAS-Änderi	ungswunsch	
	N = 206	ina		N = 190	angs wansen	
	10 200			11 150		
Item-Nr.	Cronbachs	Trenn-	Cronbachs	Cronbachs	Trenn-	Cronbachs
	Alpha	schärfe	Alpha,	Alpha	schärfe	Alpha,
	1		wenn Item	1		wenn Item
			weggelassen			weggelassen
002	,910	,511	,907	,879	,284	,877
003		,330	,909	•	,251	,878
004		,315	,909		,316	,877
011		,618	,906		,383	,876
017		,196	,911		,137	,881
020		,105	,912		,306	,877
025		,483	,907		,504	,874
028		,410	,908		,477	,874
031		,472	,908		,389	,876
051		,553	,906		,470	,875
052		,659	,905		,492	,874
054		,445	,908		,346	,876
064		,547	,907		,328	,877
069		,456	,908		,419	,875
070		,519	,907		,479	,874
071		,551	,907		,380	,876
072		,466	,908		,468	,874
075		,308	,910		,356	,876
078		,612	,906		,469	,874
087		,295	,910		,322	,877
089		,353	,909		,318	,878
090		,694	,905		,455	,875
116		,192	,910		,254	,878
124		,501	,907		,441	,875
125		,558	,907		,528	,873
134		,282	,910		,288	,877
137		,536	,907		,387	,875
149		,334	,909		,350	,876
153		,469	,908		,399	,875
156		,360	,909		,424	,875
157		,314	,910		,311	,877
162		,476	,908		,524	,873
170		,537	,907		,471	,874
171		,242	,910		,432	,875
172		,310	,909		,323	,877
173		,317	,910		,279	,879
174		,560	,906		,357	,876
175		,671	,905		,505	,874
176		,361	,910		,250	,878

Tabelle 4 Item-Skalen-Statistiken: 02 Bewegung, Fitness (21 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzusta N = 220	and		IAS-Änderungswunsch N = 219		
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
008	,873	,458	,868	,801	,370	,793
009		,541	,865		,409	,790
036		,625	,861		,381	,794
038		,668	,859		,499	,786
041		,335	,873		,292	,797
044		,460	,868		,401	,791
056		,440	,868		,412	,790
067		,247	,873		,285	,797
073		,637	,862		,485	,786
084		,580	,863		,407	,791
095		,317	,872		,287	,798
109		,728	,857		,578	,782
111		,064	,876		,110	,807
117		,437	,868		,319	,796
138		,352	,872		,161	,802
140		,759	,855		,565	,783
141		,553	,864		,406	,791
148		,247	,873		,115	,807
159		,299	,873		,286	,798
160		,448	,869		,405	,791
161		,392	,870		,433	,789

Tabelle 5 Item-Skalen-Statistiken: 03 Geistige Betätigung (22 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzusta N = 223	and		IAS-Änderungswunsch N = 219		
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
026	,921	,368	,814	,777	,343	,768
027		,352	,815		,354	,767
029		,472	,809		,305	,770
040		,391	,813		,430	,762
057		,532	,805		,323	,770
079		,512	,807		,437	,765
100		,276	,819		,332	,769
103		,602	,801		,338	,769
104		,567	,804		,405	,766
105		,217	,820		,224	,775
107		,155	,826		,161	,780
112		,292	,817		,315	,770
113		,244	,820		,313	,770
115		,154	,821		,258	,773
122		,515	,807		,435	,763
123		,579	,804		,457	,763
129		,426	,812		,327	,769
145		,187	,821		,275	,772
151		,300	,817		,305	,771
154		,321	,818		,316	,770
158		,378	,814		,241	,774
167		,384	,814		,395	,765

Tabelle 6 Item-Skalen-Statistiken: 04 Gefühle zeigen (8 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzusta $N = 228$	and		IAS-Anderungswunsch N = 227			
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	
066	,820	,445	,814	,778	,455	,765	
080		,604	,789		,398	,767	
091		,513	,802		,462	,757	
102		,589	,792		,550	,743	
119		,407	,819		,410	,767	
126		,584	,793		,474	,755	
131		,545	,799		,506	,751	
133		,662	,781		,636	,726	

Tabelle 7 Item-Skalen-Statistiken: 05 Erholung (22 Items), alle Untersuchungsgruppen

Item-Nr.	IAS-Istzustand $N = 215$			IAS-Änderungswunsch N = 212		
	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
001	,776	,349	.766	,781	,394	,769
007		,412	.763		,381	,771
030		,266	.771		,307	,774
032		,290	.770		,426	,767
033		,294	.769		,439	,765
049		,211	.774		,233	,778
050		,240	.773		,191	,782
060		,517	.756		,474	,766
062		-,008	.791		,145	,782
082		,322	.768		,339	,772
085		,339	.767		,444	,765
086		,314	.769		,443	,764
088		,240	.775		,283	,778
092		,257	.772		,262	,777
094		,469	.759		,408	,768
097		,370	.766		,345	,772

	IAS-Istzusta $N = 215$	and		IAS-Änderungswunsch N = 212		
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
108		,376	.764		,339	,772
121		,587	.753		,383	,771
128		,369	.765		,346	,771
132		,601	.750		,375	,770
143		,333	,767		,103	,785
147		,222	,775		,340	,772

Tabelle 8 Item-Skalen-Statistiken: 06 Erlebnis, Abenteuer (11 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzustand N = 226			IAS-Änderungswunsch N = 225			
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	
014	,747	,313	,738	,676	,378	,644	
024		,407	,726		,344	,653	
034		,273	,745		,213	,675	
048		,366	,732		,302	,659	
063		,470	,717		,320	,655	
110		,476	,716		,436	,639	
139		,552	,704		,394	,647	
152		,280	,741		,378	,644	
165		,356	,733		,227	,671	
168		,475	,716		,449	,632	
169		,337	,735		,198	,677	

Tabelle 9 Item-Skalen-Statistiken: 07 Kultur erleben, Genuss (10 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzusta N = 228	ınd		IAS-Änderungswunsch N = 225				
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen		
021	,767	,367	,756	,676	,378	,644		
068		,482	,741		,344	,653		
150		,196	,770		,213	,675		
166		,467	,743		,302	,659		
035		,536	,732		,320	,655		
053		,512	,736		,436	,639		
058		,602	,722		,394	,647		
118		,473	,742		,378	,644		
142		,473	,742		,227	,671		
144		,183	,780		,449	,632		

Tabelle 10 Item-Skalen-Statistiken: 08 Hobby, Kreativ (20 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzusta N = 222	and		IAS-Änderungswunsch N = 221				
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen		
005	,783	,068	,788	,806	,125	,809		
006		,343	,775		,413	,795		
010		,424	,769		,463	,792		
012		,252	,780		,214	,806		
018		,280	,779		,340	,799		
022		,277	,778		,352	,799		
023		,297	,780		,164	,808		
037		,496	,766		,495	,790		
039		,331	,776		,378	,797		
045		,332	,775		,404	,795		
046		,367	,773		,447	,793		
047		,463	,766		,413	,795		
059		,429	,770		,414	,795		

	IAS-Istzusta N = 222	and		IAS-Änderungswunsch N = 221				
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen		
065		,179	,783		,414	,795		
074		,223	,782		,301	,801		
083		,508	,762		,471	,791		
127		,513	,763		,412	,795		
130		,243	,780		,385	,797		
136		,387	,772		,414	,795		
163		,430	,768		,360	,798		

	IAS-Istzusta N = 234	and		IAS-Änderungswunsch N = 231				
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen		
013	,725	,486	,681	,727	,438	,696		
015		,576	,654		,547	,667		
016		,361	,710		,365	,713		
019		,373	,707		,406	,704		
042		,092	,765		,253	,735		
061		,590	,655		,509	,680		
077		,589	,652		,558	,666		

Tabelle 12 Item-Skalen-Statistiken: 10 Basisaktivitäten (16 Items), alle Untersuchungsgruppen

	IAS-Istzusta N =225	and		IAS-Änderungswunsch N = 224				
Item-Nr.	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen	Cronbachs Alpha	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen		
043	,871	,508	,864	,835	,377	,830		
055		,500	,864		,362	,830		
076		,482	,865		,508	,823		
081		,521	,863		,456	,825		
093		,469	,866		,395	,829		
096		,615	,859		,509	,822		
098		,679	,856		,630	,816		
099		,578	,860		,603	,817		
101		,601	,860		,572	,819		
106		,330	,871		,498	,823		
114		,503	,864		,413	,828		
120		,501	,864		,453	,825		
135		,262	,874		,331	,838		
146		,630	,858		,463	,824		
155		,361	,869		,302	,834		
164		,596	,860		,473	,824		

Tabelle 13 *IAS-Interskalen-Korrelationen: Istzustand Kategorien 1-10, Istzustand-Gesamt, Änderungswunsch-Gesamt, Differenzwert und Umsetzbarkeit nach Pearson, 2-seitige Tests; N = 238-239.*

	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
01 Soziale Kon-	,559***	,669***	,808***	,657**	,742***	,780***	,549***	,479***	,664***	,914***	,345***	,568***	,246**
takte, Komp. 02 Bewegung,		,556***	,441***	,570***	,638***	,525***	,511***	,161*	,482***	,724***	,207**	,507***	,144*
Fitness 03 Geistige			,618***	,658***	,578***	,599***	,608***	,251**	,684***	,822***	,265**	,550***	,232**
Betätigung 04 Gefühle				,616***	,626***	,698***	,454***	,466***	,631***	,816***	,256**	,550***	,281**
zeigen 05 Erholung					,621***	,620***	,613***	,334***	,478***	,804***	,353***	,459***	,278**
06 Erlebnis,						,709***	,582***	,355***	,500***	,810***	,308**	,502***	,233**
Abenteuer 07 Kultur erle-							,556***	,430***	,601***	,830***	,314***	,516***	,284**
ben, Genuss 08 Hobby, Krea-								,227**	,502***	,721***	,344***	,389***	,236**
tiv 09 Mediennut-								ŕ	,181**	,458***	,319***	,164*	,202**
zung 10 Basis-									,	,764***	,147*	,592**	,180**
Aktivitäten 11 Istzustand-										,	,362***	,635**	,291**
Gesamt											,502		
12 Änderungs- wunsch-Gesamt												-,490**	,407**
13 Differenz- wert													-,067
14 Umsetz- barkeit													

Anmerkungen. Korrelationen \geq .30 sind durch Fettdruck hervorgehoben. * p \leq ,05, ** p \leq ,01, *** p \leq ,001.

Tabelle 14 Vergleiche zwischen suchtbezogenen Gruppen, Psychisch Kranken (PK) und Kontrollgruppe (KG) zum IAS-Istzustand-Gesamt und Kategorien: Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests

	Übe	rwiegendes Such	tmittel						
IAS-Istzustand	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				Post-Hoc-Test
	n = 69 M (SD) [95% Kl]	n = 49 M (SD) [95% Kl]	n = 43 M (SD) [95% Kl]	n = 20 M (SD) [95% K1]	n = 58 M (SD) [95% KI]	F	df	p	Signifikanter Gruppenver- gleich
Istzustand- Gesamt	2,14 (0,41) [2,04; 2,23]	2,17 (0,47) [2,04; 231]	2,17 (0,46) [2,03; 2,31]	2,28 (0,29) [2,14; 2,42]	2,60 (0,31) [2,52; 2,69]	17,710 ¹	4, 90,3391	≤,001¹	1,5***; 2,5*** 3,5***; 4,5**
Kategorien 01 Soziale Kon- takte, Kompetenz	2,28 (0,46) [2,17; 2,39]	2,35 (0,55) [2,20; 2,51]	2,31 (0,56) [2,14; 2,48]	2,46 (0,46) [2,25; 2,68]	2,84 (0,37) [2,74; 2,94]	17,6791	4, 86,5941	≤ ,001¹	1,5***; 2,5*** 3,5***; 4,5*
02 Bewegung, Fitness	1,69 (0,54) [1,56;1,82]	1,86 (0,59) [1,69; 2,03]	1,75 (0,58) [1,57; 1,93]	1,71 (0,33) [1,55;1,86]	2,02 (0,54) [1,87; 2,16]	3,379	4, 234	,010	1,5*
03 Geistige Betätigung	1,96 (0,46) [1,85; 2,07]	1,93 (0,51) [1,78; 2,08]	1,90 (0,53) [1,74; 2,06]	2,13 (0,37) [1,95; 2,30]	2,38 (0,41) [2,27; 2,49]	9,859	4, 234	≤,001	1,5***; 2,5*** 3,5***
04 Gefühle zeigen	2,49 (0,66) [2,33; 2,65]	2,63 (0,79) [2,41; 2,86]	2,64 (0,80) [2,40; 2,89]	2,87 (0,60) [2,58; 3,14]	3,45 (0,58) [3,29; 3,60]	17,345	4, 234	≤,001	1,5***; 2,5*** 3,5***; 4,5*
05 Erholung	2,40 (0,52) [2,28; 2,53]	2,36 (0,52) [2,21; 2,51]	2,52 (0,50) [2,36; 2,67]	2,45 (0,39) [2,27; 2,63]	2,67 (0,44) [2,56; 2,79]	3,496	4, 234	,009	1,5*; 2,5*
06 Erlebnis, Abenteuer	1,80 (0,53) [1,67; 1,92]	1,97 (0,58) [1,81; 2,14]	1,85 (0,56) [1,68; 2,02]	1,76 (0,30) [1,62; 1,89]	2,28 (0,55) [2,13; 2,42]	8,6051	4, 97,6581	≤,001¹	1,5***; 2,5* 3,5**; 4,5**
07 Kultur erleben, Genuss	2,22 (0,59) [2,08; 2,36]	2,26 (0,59) [2,09; 2,43]	2,25 (0,59) [2,07; 2,43]	2,31 (0,62) [2,01; 2,60]	2,93 (0,45) [2,81; 3,05]	16,444	4, 234	≤,001	1,5***; 2,5*** 3,5***; 4,5***

7 Anhang

	Übe	rwiegendes Such	tmittel						
IAS-Istzustand	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				Post-Hoc-Test
	n = 69 M (SD) [95% Kl]	n = 49 M (SD) [95% Kl]	n = 43 M (SD) [95% K1]	n = 20 M (SD) [95% K1]	n = 58 M (SD) [95% K1]	F	df	p	Signifikanter Gruppenver- gleich
08 Hobby, Kreativ	1,65 (0,40) [1,56; 1,75]	1,58 (0,47) [1,44; 1,71]	1,72 (0,45) [1,59; 1,86]	1,63 (0,30) [1,49; 1,77]	1,84 (0,41) [1,73; 1,95]	3,022	4, 234	,019	2,5*
09 Mediennutzung	2,42 (0,65) [2,27; 2,58]	2,75 (0,80) [2,52; 2,98]	2,85 (0,81) [2,60; 3,10]	2,75 (0,82) [2,37; 3,14]	3,37 (0,67) [3,19; 3,55]	13,518	4, 234	≤ ,001	1,5***; 2,5*** 3,5*; 4,5*
10 Basisaktivitä- ten	2,72 (0,65) [2,57; 2,88]	2,53 (0,74) [2,32; 2,74]	2,45 (0,67) [2,24; 2,65]	3,21 (0,51) [3,09; 3,36]	3,23 (0,52) [3,09; 3,36]	14,555	4, 234	≤,001	1,5***; 2,4** 2,5***; 3,4*** 3,5***

 $\overline{\textit{Anmerkungen.}} \ ^1 \text{Welch-Test (Varianzungleichheit).} \ ^* p \leq 0,05; \ ^* p \leq 0,01; \ ^{***} p \leq 0 \ ,001.$

Tabelle 15 Vergleiche zwischen suchtbezogenen Gruppen, Psychisch Kranken (PK) und Kontrollgruppe (KG) zum IAS-Änderungswunsch-Gesamt, Kategorien, IAS-Differenzwert und IAS-Umsetzbarkeit: Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests

		erwiegendes Suc	htmittel						
IAS-Änderungswunsch IAS-Differenzwert	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				Post-Hoc-Test
IAS-Umsetzbarkeit	n = 68–69 M (SD) [95% Kl]	n = 49 M (SD) [95% K1]	n = 43 M (SD) [95% K1]	n = 20 M (SD) [95% K1]	n = 58 M (SD) [95% K1]	F	df	P	Signifikanter Gruppenver- gleich
Änderungswunsch- Gesamt	3,00 (0,41) [2,99; 3,10]	2,94 (0,38) [2,83; 3,27]	3,16 (0,35) [3,05; 3,27]	2,75 (0,36) [2,58; 2,92]	3,08 (0,37) [2,99; 3,18]	4,876	4, 234	,001	3,4**; 4,5*
Kategorien 01 Soziale Kontakte, Kompetenz	3,09 (0,46) [2,98; 3,20]	3,08 (0,45) [2,95; 3,21]	3,19 (0,43) [3,06; 3,32]	2,75 (0,48) [2,53; 2,98]	3,14 (0.44) [3,03; 3,26]	3,635	4, 234	,007	3,4*; 4,5*
02 Bewegung, Fitness	2,72 (0,62) [2,57; 2,86]	2,75 (0,51) [2,60; 2,89]	2,95 (0,53) [2,79; 3,11]	2,43 (0,40) [2,25; 2,62]	2,83 (0,56) [2,68; 2,97]	3,357	4, 234	,011	3,4*
03 Geistige Betätigung	2,79 (0,51) [2,67; 2,92]	2,74 (0,51) [2,59; 2,88]	2,83 (0,53) [2,67; 3,00]	2,48 (0,46) [2,27; 2,70]	2,80 (0,47) [2,68; 2,93]	2,005	4, 234	,095	
04 Gefühle zeigen	3,66 (0,57) [3,52; 4,00]	3,63 (0,58) [3,46; 3,79]	3,93 (0,58) [3,75; 4,11]	3,49 (0,77) [3,13; 3,85]	3,87 (0,58) [3,72; 4,02]	3,384	4, 234	,010	
05 Erholung	3,38 (0,49) [3,26; 3,50]	3,11 (0,43) [2,98; 3,23]	3,44 (0,50) [3,29; 3,60]	3,27 (0,50) [3,04; 3,51)	3,42 (0,48) [3,30; 3,55]	4,100	4, 234	,003	2,3*; 2,5*
06 Erlebnis, Abenteuer	2,87 (0,58) [2,73; 3,01]	3,03 (0,61) [2,86; 3,21]	3,26 (0,52) [3,09; 3,42]	2,62 (0,41) [2,42; 2,81]	3,10 (0,58) [2,95; 3,25]	5,824	4, 234	≤,001	1,3*; 3,4** 4,5*
07 Kultur erleben, Genuss	3,18 (0,57) [3,04; 3,32]	2,97 (0,50) [2,83; 3,12]	3,27 (0,54) [3,11; 3,44]	3,11 (0,47) [2,89; 3,33]	3,43 (0,49) [3,30; 3,56]	5,466	4, 234	≤,001	2,5***

7 Anhang

	Übei	rwiegendes Such	ıtmittel						
IAS-Änderungswunsch	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				~
IAS-Differenzwert IAS-Umsetzbarkeit	n = 68–69 M (SD) [95% K1]	n = 49 M (SD) [95% K1]	n = 43 M (SD) [95% K1]	n = 20 M (SD) [95% K1]	n = 58 M (SD) [95% Kl]	F	df	P	Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver- gleich
08 Hobby, Kreativ	2,28 (0,51) [2,16; 2,41]	2,12 (0,56) [1,96; 2,28]	2,53 (0,60) [2.35; 2,72]	2,02 (0,46) [1,80; 2,24)	2,23 (0,48) [2,11; 2,36]	4,862	4, 234	≤,001	2,3**; 3,4*
09 Mediennutzung	2,46 (0,64) [2,31; 2,61]	2,58 (0,74) [2.36; 2,79]	2,67 (0,63) [2,48; 2,87]	2,55 (0,63) [2,25; 2,85]	3,02 (0,80) [2,81; 3,23]	5,698	4, 234	≤,001	1,5***; 2,5*
10 Basisaktivitäten	3,66 (0,53) [3,53; 3.79]	3.68 (0,57) [3,51; 3,84]	3,86 (0,52) [3,70; 4,02]	3,30 (0,78) [2,94; 3,67]	3,65 (0,61) [3,49; 3,81]	3,210	4, 234	,014	3,4*
IAS-Differenzwert (IST minus SOLL)	-0,86 (0,46) [-0,97; -0,75]	-0,77 (0,54) [-0,93; -0,62]	-0,99 (0,42) [-1,11; -0,86]	-0,47 (0,33) [-0,62; -0,31]	-0,48 (0,33) [-0,56; -0,39]	16,0831	4, 90,3091	≤ ,001¹	1,4***; 1,5*** 2,5* 3,4*** 3,5***
IAS- Umsetzbarkeit	3,06 (0,47) [2,94; 3,17]	3,13 (0,47) [2,99; 3,26]	3,33 (0,58) [3,15; 3,51]	2,89 (0,48) [2,64; 3,13]	3,15 (0,51) [3,06; 3,19]	3,244	4, 233	,013	3,4*

Anmerkungen. ¹Welch-Test (Varianzungleichheit). *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

Tabelle 16 Vergleiche zwischen suchtbezogenen Gruppen, Psychisch Kranken (PK) und Kontrollgruppe (KG) anhand zusätzlicher Variablen: Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests

	Über	wiegendes Such	tmittel						
	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				Post-Hoc-Test
Zusätzliche Variablen	n = 67–69 M (SD) [95% KI]	n = 41-49 M (SD) [95% K1]	n = 40–43 M (SD) [95% Kl]	n = 19–20 M (SD) [95% Kl]	n = 56-58 M (SD) [95% Kl]	F	df	p	Signifikanter Gruppenver- gleich
ISR Depressivität	1,44 (0,96) [1,21; 1,68]	1,57 (0,92) [1,31; 1,83]	1,72 (1,00) [1,41; 2,03]	1,78 (0,96) [1,33; 2,23]	1,28 (0,82) [1,06; 1,49]	2,048	4, 233	,089	
ISR Angst	1,23 (1,06) [0,97; 1,48]	1,02 (0,72) [0,81; 1,22]	1,38 (1,23) [1,00; 1,75]	1,53 (1,17) [0,98; 2,07]	0,93 (0,66) [0,75; 1,10]	2,5021	4, 84,4051	,0481	
ISR Zwang	0,84 (0,86) [0,63-1,04]	0,84 (0,79) [0,62; 1,07]	1,22 (0,94) [0,93; 1,51]	1,37 (1,10) [0,85; 1,88]	0,57 (0,66) [0,40; 0,74]	5,3391	4, 84,6491	≤,001¹	3,5**; 4,5*
ISR Somatisierung	0,53 (0,73) [0,35; 0,70]	0,76 (0,97) [0,48; 1,04]	0,58 (0,89) [0,31; 0,86]	0,57 (0,59) [0,29; 0,84]	0,39 (0,61) [0,22; 0,55]	1,5031	4, 89,1751	,2081	
ISR Essstörung	0,53 (0.73) [0,68; 1,21]	0,76 (0,97) [0.50; 1,05]	0,58 (0,89) [0,85; 1,60]	0,57 (0,59) [0,58; 1,59]	0,38 (0,61) [0,68; 1,27]	1,022	4, 234	,397	
ISR Zusatz-Skala	0,82 (0,63) [0,67; 0,97]	0,92 (0,66) [0,74; 1,11]	1,23 (0,74) [1,01; 1,46]	1,00 (0,50) [0,77; 1,23]	0,63 (0,47) [0,51; 0,75]	6,5971	4, 88,6591	≤,001¹	1,3*; 3,5***
ISR Gesamt	0,94 (0,64) [0,79; 1,10]	0,97 (0,61) [0,80; 1,15]	1,23 (0,73) [1,00; 1,45]	1,19 (0,59) [0,91; 1,47]	0,77 (0,48) [0,64; 0,90]	4,123	4, 234	,003	3,5**
SCI Positives Denken	2,31 (0,58) [2,17; 2,45]	2,48 (0,53) [2,32; 2,63]	2,48 (0,50) [2,33; 2,64]	2,12 (0,56) [1,86; 2,38]	2,75 (0,48) [2,62; 2,88]	7,713	4, 233	≤ ,001	1,5***; 4,5**

	Über	wiegendes Such	tmittel						
	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				Post-Hoc-Test
Zusätzliche Variablen	n = 67–69 M (SD) [95% Kl]	n = 41-49 M (SD) [95% Kl]	n = 40–43 M (SD) [95% Kl]	n = 19–20 M (SD) [95% Kl]	n = 56–58 M (SD) [95% Kl]	F	df	p	Signifikanter Gruppenver- gleich
SCI Aktiv	2,35 (0,55) [2,22; 2,49]	2,40 (0,65) [2,21; 2,59]	2,44 (0,51) [2,28; 2,59]	2,68 (0,63) [2,38; 2,97]	2,55 (1,08) [2,26; 2,83]	1,085	4, 233	,365	
SCI Soziale Unterstützung	2,47 (0,64) [2,32; 2,63]	2,44 (0,72) [2,23; 2,65]	2,75 (0.76) [2,51; 2,99]	2,84 (0,85) [2,44; 3,24]	3,42 (0,51) [3,29; 3,56]	27,6111	4, 83.9261	≤,001¹	1,5***; 2,5*** 3,5***
SCI Halt im Glauben	1,83 (0,63) [1,68; 1;98]	1,77 (0,72) [1,56; 1,98]	1,83 (0,62) [1,64; 2,02]	1,58 (0,54) [2,32; 1,83]	1,94 (0,91) [1,70; 2,18]	1,2731	4, 90,6591	,2861	
SCI Alkohol- und Zigaretten- konsum	2,99 (0,64) [2,83; 3,14]	2,45 (0,86) [2,20; 2,70]	3,03 (0,70) [2,81; 3,24]	1,64 (0,75) [1,29; 1,99]	1,72 (0,72) [1,53; 1,91]	36,781	4, 233	≤ ,001	1,2**; 1,4*** 1,5***; 2,3** 2,4**; 2,5*** 3,4***; 3,5***
FLZ ^M Lebens- bereiche	2,93 (0,80) [2,74; 3,12]	2,65 (0,85) [2,41; 2,90]	2,68 (0,86) [2,42; 2,95]	2,85 (0,65) [2,54; 3,16]	3,50 (0,72) [3,31; 3,69]	10,109	4, 234	≤,001	1,5**; 2,5*** 3,5***; 4,5*
FLZ ^M Gesundheit	3,00 (0,73) [2,28; 3,17]	3,14 (0,73) [2,93; 3,34]	3,16 (0,73) [2,93; 3,38]	3,02 (0,67) [2,70; 3,33]	3,56 (0,72) [3,37; 3,75]	5,413	4, 234	≤,001	1,5***
FLZ ^M Gesamt	2,84 (0,83) [2,63; 3,04]	2,65 (1,02) [2,35; 2,95]	2,55 (0,99) [2,24; 2,86]	2,74 (0,93) [2,29; 3,19]	3,57 (1,01) [3,30; 3,84]	9,401	4, 225	≤,001	1,5***; 2,5*** 3,5***; 4,5*
APROF Prokrastination	3,97 (1,36) [3,65; 4,30]	4,30 (1,36) [3,91; 4,70]	4,35 (1,44) [3,91; 4,80]	3,26 (1,78) [2,42; 4,09]	4,41 (1,18) [4,09; 4,33]	3,274	4, 232	,012	4,5*
Glücksspiel- Verlangen	1,03 (0,17) [0,99; 1,07]	2,02 (1,21) [1,64; 2,41]	1,05 (0,21) [0,98; 1,11]	1,05 (0,22) [0,95; 1,15]	1,02 (0,13) [0,89; 1,05]	6,9281	4, 79,2241	≤,001¹	1,2***; 2,3*** 2,4***; 2,5***

	Über	wiegendes Such	tmittel						
	Alkohol	Glücksspiel	Drogen	PK	KG				Post-Hoc-Test
Zusätzliche Variablen	n = 67–69 M (SD) [95% Kl]	n = 41-49 M (SD) [95% K1]	n = 40–43 M (SD) [95% Kl]	n = 19–20 M (SD) [95% Kl]	n = 56–58 M (SD) [95% K1]	F	df	p	Signifikanter Gruppenver- gleich
Substanz- Verlangen	2,09 (1,16) [1,81; 2,38]	1,66 (1,11) [1,33; 1,99]	2,88 (1,29) [2,46; 3,29]	1,15 (0,49) [0,92; 1,38]	1,61 (0,92) [1,07; 1,86]	16,3311	4, 98,1921	≤ ,001¹	1,3*; 1,4*** 2,3***; 3,4*** 3,5***

 $\overline{\textit{Anmerkungen.}} \ ^1 \text{Welch-Test (Varianzungleichheit).} \ ^*p \leq .05; \ ^{**}p \leq .01; \ ^{***}p \leq .001.$

Tabelle 17 4-Clusterlösung IAS-Istzustand (typusbildende Kategorien): Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests

Kategorien IAS-Istzustand	Cluster 1 "Sucht/aktiv" n = 66	Cluster 2 "Sucht/ände- rungsbereit" n = 64	Cluster 3 "Sucht/passiv" n = 67	Cluster 4 "Kontroll- gruppe" n = 39				Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver-
	M (SD) [95% Kl]	M (SD) [95% Kl]	M (SD) [95% K1]	M (SD) [95% Kl]	F	df	P	gleich
01 Soziale Kontakte, Kompetenz	2,69 (0,29) [2,62; 2,76]	2,25 (0,35) [2,16; 2,34]	1,98 (0,30) [1,90; 2,05]	3,14 (0,27) [3,05; 3,23]	158,7341	3, 119,6541	≤.001¹	1,2***; 1,3***; 1,4***; 2,3***; 2,4***; 3,4***
02 Bewegung, Fitness	2,03 (0,53) [1,90; 2,16]	1,58 (0,40) [1,48; 1,68]	1,54 (0,38) [1,44; 1,63]	2,19 (0,53) [2,02; 2,36]	25,4731	3, 113,630 ¹	≤.001¹	1,2***; 1,3*** 2,4***; 3,4***
03 Geistige Betätigung	2,28 (0,33) [2,20; 2,36]	1,86 (0,35) [1,77; 1,95]	1,71 (0,38) [1,61; 1,80]	2,53 (0,40) [2,40; 2,66]	57,520	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,3*** 1,4**; 2,4***; 3,4***
04 Gefühle zei- gen	3,19 (0,43) [3,09; 3,30]	2,48 (0,51) [2,35; 2,60]	2,16 (0,55) [2,02; 2,29]	3,74 (0,61) [3,54; 3,94]	98,144	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,3*** 1,4***; 2,3** 2,4***; 3,4***
05 Erholung	2,63 (0,32) [2,55; 2,71]	2,35 (0,44) [2,24; 2,46]	2,12 (0,36) [2,04; 2,21]	2,99 (0,43) [2,85; 3,13]	46,9671	3, 114,1471	≤.001¹	1,2***; 1,3***; 1,4***; 2,3** 2,4***; 3,4***
06 Erlebnis, Abenteuer	2,19 (0,49) [2,07; 2,31]	1,75 (0,38) [1,66; 1,85]	1,51 (0,34) [1,44; 1,59]	2,56 (0,46) [2,41; 2,71]	68,5191	3, 112,6011	≤ .001¹	1,2***; 1,3*** 1,4***; 2,3*** 2,4***; 3,4***

7 Anhang

Kategorien IAS-Istzustand	Cluster 1 ,,Sucht/aktiv" n = 66 M (SD) [95% K1]	Cluster 2 "Sucht/ände- rungsbereit" n = 64 M (SD) [95% K1]	Cluster 3 "Sucht/passiv" n = 67 M (SD) [95% K1]	Cluster 4 "Kontroll- gruppe" n = 39 M (SD) [95% KI]	F	df	P	Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver- gleich
07 Kultur erleben, Genuss	2,70 (0,43) [2,59; 2,81]	2,15 (0,44) [2,04; 2,26]	1,89 (0,35) [1,81; 1,98]	3,19 (0,40) [3,06; 3,32]	102,630	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,3*** 1,4***; 2,3*** 2,4***; 3,4***
08 Hobby, Kreativ	1,79 (0,39) [1,67; 1,88]	1,60 (0,35) [1,51; 1,69]	1,43 (0,25) [1,37; 1,50]	2,04 (0,41) [1,90; 2,17]	28,5781	3, 111,5641	≤ .001¹	1,2*; 1,3*** 1,4*; 2,3* 2,4***; 3,4***
09 Mediennutzung	2,67 (0,61) [2,52; 2,82]	2,89 (0,64) [2,73; 3,05]	2,30 (0,67) [2,13; 2,46]	3,87 (0,44) [3,73; 4,01]	55,928	3, 232	≤.001	1,3**; 1,4*** 2,3***; 2,4*** 3,4***
10 Basisaktivitäten	3,17 (0,44) [3,07; 3,28]	2,44 (0,58) [2,29; 2,58]	2,35 (0,55) [2,22; 2,49]	3,43 (0,56) [3,25; 3,61]	54,774	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,3*** 2,4***; 3,4***

Anmerkungen. ¹Welch-Test (Varianzungleichheit). $p \le .05$; ** $p \le .01$; *** $p \le .001$.

Tabelle 18 4-Clusterlösung IAS-Änderungswunsch (typusbildende Kategorien): Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS und Post-Hoc-Tests

Kategorien IAS- Änderungs- wunsch	Cluster 1 "Sucht/aktiv" n = 66 M (SD) [95% K1]	Cluster 2 "Sucht/ände- rungsbereit" n = 64 M (SD) [95% Kl]	Cluster 3 "Sucht/passiv" n = 67 M (SD) [95% K1]	Cluster 4 "Kontroll- gruppe" n = 39 M (SD) [95% Kl]	F	df	P	Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver- gleich
01 Soziale Kontakte, Kompetenz	2,96 (0,34) [2,88; 3,05]	3,40 (0,28) [3,33; 3,47]	2,70 (0,34) [2,62; 2,78]	3,40 (0,37) [3,28; 3,52]	63,415	3, 232	≤.001	1,2***; 1,3*** 1,4***; 2,3*** 3,4***
02 Bewegung, Fitness	2,62 (0,46) [2,51; 2,74]	3,01 (0,46) [2,99; 3,13]	2,45 (0,46) [2,34; 2,57]	3,03 (0,54) [2,86; 3,21]	21,401	3, 232	≤.001	1,2***;1,4*** 2,3***; 3,4***
03 Geistige Betätigung	2,63 (0,40) [2,53; 2,73]	3,04 (0,38) [2,95; 3,14]	2,44 (0,46) [2,33; 2,56]	2,99 (0,39) [2,87; 3,12]	29,684	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,4*** 2,3***; 3,4***
04 Gefühle zeigen	3,61 (0,49) [3,49; 3,73]	4,08 (0,38) [3,99; 4,18]	3,24 (0,53) [3,12; 3,37]	4,17 (0,49) [4,01; 4,33]	47,588	3, 232	≤.001	1,2***; 1,3*** 1,4***; 2,3*** 3,4***
05 Erholung	3,21 (0,40) [3,12; 3,31]	3,63 (0,37) [3,53; 3,71]	2,96 (0,40) [2,86; 3,06]	3,66 (0,35) [3,54; 3,77]	45,278	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,3** 1,4***; 2,3*** 3,4***
06 Erlebnis, Abenteuer	2,86 (0,45) [2,76; 2,97]	3,38 (0,37) [3,29; 3,47]	2,53 (0,53) [2,40; 2,66]	3,40 (0,45) [3,25; 3,54]	48,7621	3, 116,7651	≤.001¹	1,2***; 1,3*** 1,4***; 2,3*** 3,4***
07 Kultur erleben, Genuss	3,15 (0,38) [3,06; 3,25]	3,45 (0,40) [3,35; 3,55]	2,76 (0,49) [2,64; 2,88]	3,63 (0,43) [3,49; 3,77]	44,713	3, 232	≤.001	1,2**; 1,3*** 1,4***; 2,3*** 3,4***

7 Anhang

Kategorien IAS- Änderungs- wunsch	Cluster 1 ,,Sucht/aktiv" n = 66 M (SD) [95% K1]	Cluster 2 "Sucht/ände- rungsbereit" n = 64 M (SD) [95% KI]	Cluster 3 "Sucht/passiv" n = 67 M (SD) [95% K1]	Cluster 4 "Kontroll- gruppe" n = 39 M (SD) [95% Kl]	F	df	P	Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver- gleich
08 Hobby, Kreativ	2,07 (0,44) [1,95; 2,17]	2,58 (0,47) [2,46; 2,70]	1,95 (0,40) [1,85; 2,05]	2,47 (0,47) [2,31; 2,62]	29,274	3, 232	≤.001	1,2***; 1,4*** 2,3***; 3,4***
09 Mediennutzung	2,42 (0,63) [2,26; 2,57]	2,87 (0,57) [2,73; 3,02]	2,25 (0,56) [2,12; 2,39]	3,46 (0,60) [3,27; 3,66]	40,991	3, 232	≤ .001	1,2***; 1,4*** 2,3***; 2,4*** 3,4***
10 Basisaktivitäten	3,46 (0,58) [3,31; 3,60]	4,05 (0,33) [3,97; 4,13]	3,31 (0,51) [3,19; 3,44]	3,93 (0,52) [3,75; 4,09]	32,102	3, 232	≤.001	1,2***; 1,4*** 2,3***; 3,4***

Anmerkungen. ¹Welch-Test (Varianzungleichheit). *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

Tabelle 19 4-Clusterlösung externe Variablen: Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle, ANOVAS/Welch-Tests und Post-Hoc-Tests

Externe Variablen	Cluster 1 ,,Sucht/aktiv"	Cluster 2 "Sucht/änderungsbereit"	Cluster 3 "Sucht/passiv"	Cluster 4 "Kontroll- gruppe"				Post-Hoc-Test Signifikanter
	n = 63–66 M (SD) [95% KI]	n = 63–64 M (SD) [95% KI]	n = 66–67 M (SD) [95% KI]	n = 35–39 M (SD) [95% KI]	F	df	P	Gruppenver- gleich
FLZ ^M Lebensbereiche	3,29 (0,76) [3,12; 3,48]	2,26 (0,79) [2,42; 2,81]	2,64 (0,68) [2,49; 2,82]	3,55 (0,79) [3,29; 3,80]	20,307	3, 232	≤ ,001	1,2***; 1,3*** 3,4***; 2,4***
FLZ ^M Gesundheit	3,35 (0,75) [3,16; 3,54]	3,06 (0,65) [2,89; 3,22]	2,97 (0,64) [2,82; 3,13]	3,61 (0,69) [3,11; 3,30]	9,191	3, 232	≤ ,001	1,3*; 2,4*** 3,4***
FLZ ^M Gesamt	3,24 (0,98) [2,99; 3,48]	2,54 (0,84) [2,33; 2,75]	2,64 (0,89) [2,42; 2,85]	3,63 (1,03) [3,27; 3,98]	14,962	3, 223	≤,001	1,2***; 1,3** 2,4***; 3,4***
APROF Prokrastination	3,55 (1,39) [3,31; 3,90]	4,68 (1,27) [4,34; 5,00]	4,30 (1,34) [3,97; 4,63]	4,12 (1,37) [3,67; 4,56]	8,009	3, 230	≤,001	1,2***; 1,3*
SCI Soziale Unter- stützung	3,05 (0,72) [2,88; 3,23]	2,51 (0,79) [2,31; 3,23]	2,41 (0,56) [2,27; 2,54]	3,45 (0,49) [3,30; 3,61]	38,5411	3, 120,6731	≤,001¹	1,2***; 1,3*** 1,4**; 2,4*** 3,4***
SCI Alkohol- und Zigarettenkonsum	2,14 (0,89) [1,92; 2,36]	2,85 (0,78) [2,65; 2,54]	2,74 (0,91) [2,52; 2,96]	1,87 (0,72) [1,63; 2,10]	16,388	3, 231	≤,001	1,2***; 1,3*** 2,4***; 3,4***
SCI Halt im Glauben	2,00 (0,76) [1,81; 2,18]	1,79 (0,72) [1,61; 1,97]	1,66 (0,57) [1,52; 1,80]	1,91 (0,85) [1,63; 2,19]	3,0471	3, 111,5681	,0321	1,3*
SCI Positives Den- ken	2,55 (0,50) [2,42; 2,67]	2,42 (0,60) [2,27; 2,57]	2,35 (0,56) [2,21; 2,49]	2,64 (0,54) [2,47; 2,83]	2,896	3, 231	,036	

7 Anhang

Externe Variablen	Cluster 1 ,,Sucht/aktiv" n = 63–66	Cluster 2 ,,Sucht/ände- rungsbereit" n = 63–64	Cluster 3 "Sucht/passiv" n = 66–67	Cluster 4 "Kontroll- gruppe" n = 35–39				Post-Hoc-Test Signifikanter Gruppenver-
	M (SD) [95% KI]	M (SD) [95% KI]	M (SD) [95% KI]	M (SD) [95% KI]	F	df	Р	gleich
ISR Depressivität	1,16 (0.85) [0,95; 1,37]	1,81 (0,90) [1,58; 2,03]	1,67 (0,98) [1,58; 2,03]	1,26 (0,76) [1,01; 1,51]	7,552	3, 231	≤,001	1,2***; 1,3* 2,4*
ISR Angst	0,98 (0,88) [0,77; 1,20]	1,43 (1,10) [1,15; 1,70)	1,15 (0,87) [0,94; 1,37]	1,01 (0,96) [0,70; 1,32]	2,782	3, 232	,042	
ISR Zusatz	0,65 (0,50) [0,53; 0,77]	1,07 (0,62) [0,92; 1,23]	0,96 (0,64) [0,80; 1,11]	0,77 (0,59) [0,58; 0,96]	6,402	3, 232	≤,001	1,2*** 1,3*
ISR Gesamt	0,77 (0,57) [0,63; 0,91]	1,17 (0,65) [1,01; 1,34]	1,02 (0,52) [0,90; 1,15]	0,87 (0.60) [0,68; 1,06]	5,655	3, 232	≤,001	1,2**
IAS Umsetzbarkeit	3,12 (0,45) [3,00; 3,22]	3,30 (0,45) [3,19; 3,41]	2,78 (0,51) [2,65; 2,89]	3,28 (0,42) [3,15; 3,42]	17,355	3, 231	≤,001	1,3***; 2,3*** 3,4***

 $\overline{\textit{Anmerkungen.} \ ^{1}Welch-Test. \ ^{*}p \leq ,05; \ ^{**}p \leq ,01; \ ^{***}p \leq ,001.}$

Anhang B: Erhebungsinstrumente

IAS-Fragebogen (Experten-Version A)

Forschungsarbeit Dipl.-Psych. Andrada A. Bachmann Betreuer Prof. Dr. Gerhard Meyer Universität Bremen



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

im Rahmen meiner Dissertation (Betreuung durch Prof. Dr. Gerhard Meyer, Universität Bremen) in der Suchtforschung möchte ich Sie als Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung bitten, an einer Fragebogenstudie (Dauer ca. 20-30 Minuten) teilzunehmen. Alle Daten werden selbstverständlich anonym behandelt.

Meine Fragestellung lautet, welche Interessen und Aktivitäten sich besonders dazu eignen, das psychische Befinden positiv zu verändern und damit zu einer "zufriedenen Abstinenz" beizutragen?

Wenn Sie an den Ergebnissen interessiert sind, schreiben Sie mir bitte eine kurze Mail (bachmannandrea0@gmail.com), dann werde ich Ihnen nach Fertigstellung der Dissertation gerne eine gesamte Free-E-Book-Ausgabe überlassen.



Aufgabenstellung:

Ich möchte Sie nun bitten, den folgenden Fragebogen in 3 Durchgängen zu bearbeiten:

- 1. Durchgang: Ihre Aufgabe ist, Interessen und Aktivitäten vorgegebenen Kategorien zuzuordnen. Bitte tragen Sie die jeweilige Nummer 1-14 in die entsprechende Spalte ein. Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte die eingetragenen Ziffern dann durch ein Komma trennen. Bei der Beantwortung legen Sie die Seite mit den Kategorien am besten neben den Fragebogen.
- 2. Durchgang: Gehen Sie bitte den Fragebogen ein 2. Mal durch und schätzen die Interessen und Aktivitäten (Skala von 1-7) danach ein, ob und in welchem Maße ("von überhaupt nicht" bis "in hohem Maße") sie das psychische Befinden positiv verändern?
- 3. Durchgang: Gibt es unter den Interessen / Aktivitäten Items, die Sie als Höhepunkte bzw. Highlights einschätzen? Nehmen Sie bitte Ihre Einschätzungsergebnisse zur Hilfe und tragen die Nummer des gewählten Items in die Tabelle am Ende des Fragebogens ein.

Vielen Dank für Ihre Hilfsbereitschaft!

Andrada. A. Bachmann

© Andrada A. Bachmann

Bitte legen Sie diese Seite am besten neben den Fragebogen.

Kategorien:

1. Soziale Kontakte

(z.B. Gespräche / Diskussionen, gemeinsame Unternehmungen)

2. Fitness / körperliche Betätigung

(z.B. spazieren gehen, Sport)

3. Geistige Betätigung

(z.B. lesen, nachdenken, spirituell sein)

4. Gefühle zeigen

(z.B. sich über emotionale Erlebnisse mitteilen, lachen)

5. Erholung

(z.B. Entspannung, körperlich ruhen, an Licht und Luft sein)

6. Erlebnis / Abenteuer

(z.B. Erlebnispark, Treckingtouren)

7. Kunst / Kultur unterhaltsam genießen

(z.B. Theater, Kino, Ausstellungen besuchen)

8. Kulturell / künstlerisch tätig sein

(z.B. musizieren, singen, malen)

9. Anderweitig kreativ sein

(z.B. technisches tüfteln, etwas entwerfen, programmieren)

10. Verschiedene Freizeitaktivitäten / Hobbys

(z.B. basteln, handarbeiten, angeln)

11. Medienkonsum

(z.B. Fernsehen, Computerspiele, Internet surfen)

12. Sich etwas Besonderes gönnen

(z.B. essen gehen, Schönes zum Anziehen kaufen)

13. Basisaktivitäten

(z.B. Tagesstruktur / Planungen, Haushalt, schulische / berufliche Aufgaben)

14. Sonstiges

Inte	eressen / Aktivitäten	In Kategorien einordnen	Das psychische Befinden positiv verändern: In welchem Maße eignen sich die aufgeführten Interessen / Aktivitäten dazu?								
		bitte die Nummer(n) 1-14 hier eintragen	über- haupt nicht		(bitte auf o	der Ziffer a	inkreuzen)		in hohem Maße		
1.	Am Strand sein	İ	1	2	3	4	5	6	7		
2.	Andere am eigenen Erleben teilhaben lassen		1	2	3	4	5	6	7		
3.	Andere um Rat fragen, was einem steht		1	2	3	4	5	6	7		
4.	Anderen helfen		1	2	3	4	5	6	7		
5.	Angeln		1	2	3	4	5	6	7		
6.	Antiquitäten restaurieren, Möbel aufarbeiten		1	2	3	4	5	6	7		
7.	Ausflüge machen z.B. ins Grüne, an die See		1	2	3	4	5	6	7		
8.	Ballspiele mit Schläger z.B. Tennis, Squash		1	2	3	4	5	6	7		
9.	Ballspiele z.B. Fuß-, Volleyball spielen		1	2	3	4	5	6	7		
	Basteln, handarbeiten, töpfern	<u> </u>	1	2	3	4	5	6	7		
	Besuch bekommen		1	2	3	4	5	6	7		
	Billard, Boccia, Bowling, Kegeln		1	2	3	4	5	6	7		
13.	Nachrichten schreiben / erhalten		1	2	3	4	5	6	7		
14.	Camping / Zelten		1 .	2	3	4	5	6	7		
15.	Chatten		1	2	3	4	5	6	7		
16.	Computer- / Konsole-Spiele		1	2	3	4	5	6	7		
17.	Dating, Partnersuche		1	2	3	4	5	6	7		
18.	Dinge sammeln		1	2	3	4	5	6	7		
19.	DVD-Abend		1	2	3	4	5	6	7		
20.	Ein Ehrenamt ausüben		1	2	3	4	5	6	7		
21.	Ein Museum, eine Ausstellung, Sehenswürdigkeiten besuchen		1	2	3	4	5	6	7		
22.	Ein Musikstück komponieren / texten		1	2	3	4	5	6	7		
23.	Ein neues Gericht zubereiten		1	2	3	4	- 5	6	7		
	Ein neues Vorhaben beginnen		1	2	3	4	5	6	7		
25.	Ein offenes und ehrliches Gespräch führen		1	2	3	4	5	6	7		
26.	Eine Abendschule / Fortbildung besuchen		1	2	3	4	5	6	7		
27.	Eine Fremdsprache lernen		1	2	3	4	5	6	7		
28.	Eine neue Bekanntschaft machen		1	2	3	4	5	6	7		
29.	Eine Rede / Vortrag halten		1	2	3	4	5	6	7		
30.	Eine Therme / Sauna besuchen	1	1	2	3	4	5	6	7		
31.	Einen persönlichen Rat geben		1	2	3	4	5	6	7		
32.	Entspannungsbad / -dusche		1	2	3	4	- 5	6	7		
33.	Entspannungsübungen	<u> </u>	1	2	3	4	5	6	7		
34.	Erkundungsgänge machen / Umgebung besser kennenlernen		1	2	3	4	5	6	7		

© Andrada A. Bachmann

Interessen / Aktivitäten	In Kategorien einordnen	Das psychische Befinden positiv verändern: In welchem Maße eignen sich die aufgeführten Interessen / Aktivitäten dazu?								
	bitte die Nummer(n) 1-14 hier eintragen	(bitte auf der Ziffer ankreuzen) über- haupt nicht						in hohem Maße		
35. Essen gehen	1	1	2	3	4	5	6	7		
36. Etwas für seine Gesundheit tun		1	2	3	4	5	6	7		
37. Etwas konstruieren / erfinden		1	2	3	4	5	6	7		
38. Etwas tun, wo Ausdauer / Kondition erforderlich ist		1	2	3	4	5	6	7		
 Etwas verkaufen z.B. Trödel, Markt, Internet 		1	2	3	4	5	6	7		
40. Fachliteratur oder Sachbuch lesen		1	2	3	4	5	6	7		
41. Fahrrad fahren		1	2	3	4	5	6	7		
42. Fernsehen		1	2	. 3	4	. 5	6	. 7		
43. Finanz- und Haushaltsplanung		1	2	3	4	5	6	7		
44. Fitnesscenter / Kraftsport		1	2	3	4	5	6	7		
45. Flohmarktbesuch		1	2	3	4	5	6	7		
46. Fotografieren, Filmen		1	2	3	4	- 5	- 6	7		
47. Fotos sortieren		1	2	3	4	5	6	7		
48. Freizeitpark		1	2	3	4	5	6	7		
49. Früh schlafen gehen		1	2	3	4	5	6	7		
50. Gartenarbeit / sich um Pflanzen kümmern		1	2	3	4	5	6	7		
51. Gemeinsames Ausgehen		1	2	3	4	5	6	7		
52. Gemütliches Beisammensein		. 1	- 2	3	4	- 5	- 6	7		
53. Geschmackvoll anziehen		1	2	3	4	5	6	7		
54. Gesellschaftsspiele		1	2	3	4	5	6	7		
55. Gesunde Ernährung		- 1	2	3	4	- 5	- 6	7		
56. Gymnastik / Aerobic		1	2	3	4	5	6	7		
 Sich auf eine Prüfung oder wichtige berufliche Situation gut vorbereiten 		1	2	3	4	5	6	7		
 Höhepunkte / Highlights z.B. am Wochenende 		1	2	3	4	5	6	7		
59. Holz- oder Schreinerarbeiten ausführen		1	2	3	4	5	6	7		
60. Im Freien aufhalten (z.B. Park, Picknick)	ļ	1	2	3	4	5	6	7		
61. Im Internet herumstöbern		1	2	3	4	5	6	7		
62. In den Tag hinein leben		1	2	3	4	5	6	7		
63. In der Disco tanzen		1	2	3	4	- 5	6	7		
64. In ein Café / Bistro gehen		1	2	3	4	5	6	7		
65. In einem Chor / in einer Band sein		- 1	2	3	4	- 5	- 6	7		
66. In Mimik und Gestik ausdrücken		1	2	3	4	5	6	7		
67. (Inline-) Skaten	1	1	2	3	4	5	6	7		
68. Ins Kino gehen		1	2	3	4	5	6	7		
69. Diskutieren		1	2	3	4	5	6	7		

© Andrada A. Bachmann

Interessen / Aktivitäten	In Kategorien einordnen	Das psychische Befinden positiv verändern: In welchem Maße eignen sich die aufgeführten Interessen / Aktivitäten dazu?								
	bitte die Nummer(n) 1-14 hier eintragen	über- haupt nicht		(bitte auf o	der Ziffer a	ankreuzen)		in hohem Maße		
70. Jemandem eine Freude bereiten		1	2	3	4	5	6	7		
71. Jemanden angemessen kritisieren		1	2	3	4	5	6	7		
72. Jemanden um Hilfe bitten		1	2	3	4	5	6	7		
73. Joggen		1	2	3	4	5	6	7		
74. Karaoke		1	2	3	4	5	6	7		
75. Kinder betreuen		. 1	2	3	4	. 5	6	. 7		
76. Körperpflege		1	2	3	4	5	6	7		
77. Kommunikationsplattformen / Netzwerke im Internet besuchen		1	2	3	4	5	6	7		
78. Konflikte ansprechen		1	2	3	4	5	6	7		
79. Konzentriert bei der Sache sein		1	2	3	4	5	6	7		
80. Lachen		1	2	3	4	5	6	7		
81. Mahlzeiten planen		1	2	3	4	5	6	7		
82. Mal richtig ausschlafen		1	2	3	4	5	6	7		
83. Malen, tapezieren, Dinge reparieren		1	2	3	4	5	6	7		
84. Mannschaftssport		1	2	3	4	5	6	7		
85. Massage		1	2	3	4	5	6	7		
86. Meditation, Yoga		1	2	3	4	5	6	7		
87. (Mini-) Golf spielen		1	2	3	4	5	6	7		
88. Mit dem Hund spazieren gehen		1	2	3	4	5	6	7		

Gibt es Interesse	n / Aktivitäte	n, die Sie al	ls besondere	e Highlights	bzw. Höhep	ounkte beurt	eilen?
Nehmen Sie dazu	Ihre bisher	igen Einsch	ätzungserge	ebnisse zur l	Hilfe und tra	gen Sie die	Nummer des
jeweiligen Items						J	
Jewenigen items	THOI III GIO	abolio ciri.					
	N	A1-	N	N	A.I	N.1-	NI-
Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr
Nr.	Nr.	Nr.	Nr.	Nr	Nr.	Nr.	Nr.
Nr.	Nr	Nr	Mr	Nr.	Nr	Nr	Nr
141			. 141		141	. 141	141

Ihre Kurzbiographie:

Geschlecht: w O m O drittes O (bitte ankreuzen)

Ausbildungsjahr: _____ (1., 2., ...)

Lebensalter: ____ Jahre

Berufspraxis: _____ Jahre

Vielen, vielen Dank!



O Andrada A. Bachmann

IAS-Fragebogen (Experten-Version B)

Forschungsarbeit Dipl.-Psych. Andrada A. Bachmann Betreuer Prof. Dr. Gerhard Meyer Universität Bremen



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

im Rahmen meiner Dissertation (Betreuung durch Prof. Dr. Gerhard Meyer, Universität Bremen) in der Suchtforschung möchte ich Sie als Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung bitten, an einer Fragebogenstudie (Dauer ca. 20-30 Minuten) teilzunehmen. Alle Daten werden selbstverständlich anonym behandelt.

Meine Fragestellung lautet, welche Interessen und Aktivitäten sich besonders dazu eignen, das psychische Befinden positiv zu verändern und damit zu einer "zufriedenen Abstinenz" beizutragen?

Wenn Sie an den Ergebnissen interessiert sind, schreiben Sie mir bitte eine kurze Mail (bachmannandrea0@gmail.com), dann werde ich Ihnen nach Fertigstellung der Dissertation gerne eine gesamte Free-E-Book-Ausgabe überlassen.



Aufgabenstellung:

Ich möchte Sie nun bitten, den folgenden Fragebogen in 3 Durchgängen zu bearbeiten:

- 1. Durchgang: Ihre Aufgabe ist, Interessen und Aktivitäten vorgegebenen Kategorien zuzuordnen. Bitte tragen Sie die jeweilige Nummer 1-14 in die entsprechende Spalte ein. Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte die eingetragenen Ziffern dann durch ein Komma trennen. Bei der Beantwortung legen Sie die Seite mit den Kategorien am besten neben den Fragebogen.
- 2. Durchgang: Gehen Sie bitte den Fragebogen ein 2. Mal durch und schätzen die Interessen und Aktivitäten (Skala von 1-7) danach ein, ob und in welchem Maße ("von überhaupt nicht" bis "in hohem Maße") sie das psychische Befinden positiv verändern?
- 3. Durchgang: Gibt es unter den Interessen / Aktivitäten Items, die Sie als Höhepunkte bzw. Highlights einschätzen? Nehmen Sie bitte Ihre Einschätzungsergebnisse zur Hilfe und tragen die Nummer des gewählten Items in die Tabelle am Ende des Fragebogens ein.

Vielen Dank für Ihre Hilfsbereitschaft!

Andrada A. Bachmann

Kategorien:

1. Soziale Kontakte

(z.B. Gespräche / Diskussionen, gemeinsame Unternehmungen)

2. Fitness / körperliche Betätigung

(z.B. spazieren gehen, Sport)

3. Geistige Betätigung

(z.B. lesen, nachdenken, spirituell sein)

4. Gefühle zeigen

(z.B. sich über emotionale Erlebnisse mitteilen, lachen)

5. Erholung

(z.B. Entspannung, körperlich ruhen, an Licht und Luft sein)

6. Erlebnis / Abenteuer

(z.B. Erlebnispark, Treckingtouren)

7. Kunst / Kultur unterhaltsam genießen

(z.B. Theater, Kino, Ausstellungen besuchen)

8. Kulturell / künstlerisch tätig sein

(z.B. musizieren, singen, malen)

9. Anderweitig kreativ sein

(z.B. technisches tüfteln, etwas entwerfen, programmieren)

10. Verschiedene Freizeitaktivitäten / Hobbys

(z.B. basteln, handarbeiten, angeln)

11. Medienkonsum

(z.B. Fernsehen, Computerspiele, Internet surfen)

12. Sich etwas Besonderes gönnen

(z.B. essen gehen, Schönes zum Anziehen kaufen)

13. Basisaktivitäten

(z.B. Tagesstruktur / Planungen, Haushalt, schulische / berufliche Aufgaben)

14. Sonstiges

Interessen / Aktivitäten	In Kategorien einordnen bitte die											
	Nummer(n) 1-14 hier eintragen	über- haupt nicht		(bitte auf	der Ziffer a	inkreuzen)		in hohem Maße				
Mit den Kindern spielen		1	2	3	4	5	6	7				
Mit Freunden / Bekannten essen		1	2	3	4	5	6	7				
Mitgefühl zeigen		1	2	3	4	5	6	7				
Mittagsschlaf		1	2	3	4	5	6	7				
Morgens früh aufstehen		1	2	3	4	5	6	7				
Naturerlebnisse	1	. 1	2	3	4	- 5	6	7				
7. Nordic Walking / schnelles Gehen		1	2	3	4	5	6	7				
8. Ordnung schaffen (einschließlich Papiere)		1	2	3	4	5	6	7				
Passiv genießen	1	1	2	3	4	5	6	7				
10. Pflichten, Aufgaben erledigen	1	1	2	3	4	- 5	- 6	7				
Planen, wann bestimmte Probleme erledigt werden		1	2	3	4	5	6	7				
12. Politisches Interesse		1	2	3	4	5	6	7				
 Positive Aktivitäten vorrausschauend planen 		1	2	3	4	5	6	7				
Positive und negative Gefühle ausdrücken		1	2	3	4	5	6	7				
 Positive Zukunftspläne schmieden 		1	2	3	4	5	6	7				
16. Probleme lösen		1	2	3	4	5	6	7				
17. Programmieren		1	2	3	4	5	6	7				
18. Pünktlich sein		1	2	3	4	- 5	- 6	7				
 Puzzeln, Kreuzworträtsel, Sudoku usw. lösen 		1	2	3	4	5	6	7				
20. Radio / Musik hören	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
21. Regelmäßiges sportliches Training		1	2	3	4	5	6	7				
22. Reisen	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
23. Reiten		1	2	3	4	5	6	7				
24. Religiös, spirituell sein		1	2	3	4	5	6	7				
25. Romane, Gedichte, Erzählungen lesen	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
26. Sachen für den nächsten Tag bereitlegen		1	2	3	4	5	6	7				
27. Schach spielen		1	2	3	4	- 5	- 6	7				
28. Schiedsrichter / Trainer sein	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
Schwimmen, Wassergymnastik, tauchen etc.		1	2	3	4	5	6	7				
30. Seine Haare stylen / sich schminken o.ä.	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
31. Sexualität / Zärtlichkeit	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
32. Sich beruflich engagieren	ļ	1	2	3	4	5	6	7				
33. Sich entspannen		. 1	2	3	4	5	6	7				
Sich für neue Produkte und Erfindungen interessieren		1	2	3	4	5	6	7				
 Sich ganz in eine Aufgabe vertiefen 		. 1	2	3	4	5	6	7				

Interessen / Aktivitäten	In Kategorien einordnen bitte die	Das psychische Befinden positiv verändern: In welchem Maße eignen sich die aufgeführten Interessen / Aktivitäten dazu?									
	Nummer(n) 1-14 hier eintragen	über- haupt nicht		(bitte auf	der Ziffer a	inkreuzen)		in hohem Maße			
36. Sich helfen lassen		1	2	3	4	5	6	7			
37. Sich im Gespräch mittellen		1	2	3	4	5	6	7			
38. Sich immer auf etwas freuen		1	2	3	4	5	6	7			
 Sich künstlerisch betätigen (Malerei, Bildhauerei, Zeichnen, Schreiben etc.) 		1	2	3	4	5	6	7			
40. Sich mit Tieren beschäftigen		1	2	3	4	5	6	7			
Sich politisch auseinandersetzen / betätigen		1	2	3	4	5	6	7			
42. Sich schauspielerisch betätigen		1	2	3	4	5	6	7			
43. Sich selbst loben / jemanden loben		. 1	2	3	4	. 5	6	. 7			
44. Sich sonnen		1	2	3	4	5	6	7			
45. Sich über Gefühle austauschen		1	2	3	4	5	6	7			
46. Sich über Sport unterhalten		1	2	3	4	5	6	7			
47. Sich auf eine neue Stelle bewerben		1	2	3	4	- 5	6	7			
48. Singen, musizieren		1	2	3	4	5	6	7			
49. Small Talk / plaudern		1	2	3	4	5	6	7			
50. Spazieren gehen		1	2	3	4	5	6	7			
51. Spontan etwas unternehmen		1	2	3	4	5	6	7			
52. Sport		1	2	3	4	5	6	7			
53. Sportliches Wetteifern, Wettkampf		1	2	3	4	- 5	6	7			
54. Stadtbummel		1	2	3	4	5	6	7			
55. Stadtbummel ohne Einkauf		1	2	3	4	5	6	7			
56. Süßigkeiten / Kuchen essen	-	- 1	2	3	4	- 5	- 6	7			
57. Tagebuch schreiben		1	2	3	4	5	6	7			
58. Tagesstruktur oder Wochenabläufe planen		1	2	3	4	5	6	7			
59. Tagträumen		1	2	3	4	5	6	7			
60. Tanzen (Paar, Verein)		1	2	3	4	5	6	7			
61. Telefon- / Videogespräche		1	2	3	4	5	6	7			
62. Theaterbesuch		- 1	2	3	4	- 5	6	7			
63. Tipps und Ratschläge zur Selbsthilfe lesen		1	2	3	4	5	6	7			
64. Treckingtouren (Kanu / Fahrrad / Wildnis)		1	2	3	4	5	6	7			
65. Über Beruf / Schule sprechen		1	2	3	4	5	6	7			
66. Über sich selbst nachdenken	İ	1	2	3	4	5	6	7			
67. Veranstaltungen planen / organisieren		1	2	3	4	5	6	7			
68. Vereinsleben mitgestalten	<u> </u>	1	2	3	4	5	6	7			
69. Vereinsmitgliedschaft	İ	1	2	3	4	5	6	7			
70. Vorausschauen, was auf einen zukommt	İ	- 1	2	3	4	- 5	6	7			
71. Wandern		1	2	3	4	5	6	7			

[©] Andrada A. Bachmann

Interessen / Aktivitäten	In Kategorien einordnen		psychis chem I Inte	Aaße eig		h die au	fgeführ					
 Wassersport z.B. Rudern, Paddeln oder Segeln Wintersport Ski / Snowboard / Schlitten fahren Zeitpunkt festlegen, wann Konflikte angesprochen werden Zimmer neu dekorieren (Bilder) Zimmer oder Haus aufräumen Zoo- / Zirkusbesuch Zu einem Konzert / Festival gehen Zu einer Party gehen Zu einer Sportveranstaltung gehen Zu Familienfesten gehen Zu Klassentreffen o.ä. gehen Zu Veranstaltungen von gemeinnützigen oder sozialen Vereinen gehen Zusammensein mit den Kindern Zusammensein mit Familie 	bitte die	(bitte auf der Ziffer ankreuzen)										
	Nummer(n) 1-14 hier eintragen	über- haupt nicht						in hohem Maße				
		1	2	3	4	5	6	7				
		1	2	3	4	5	6	7				
 Zeitpunkt festlegen, wann Konflikte angesprochen werden 		1	2	3	4	5	6	7				
75. Zimmer neu dekorieren (Bilder)		1	2	3	4	5	6	7				
76. Zimmer oder Haus aufräumen		1	2	3	4	5	6	7				
77. Zoo- / Zirkusbesuch		1	2	3	4	5	6	7				
78. Zu einem Konzert / Festival gehen		1	2	3	4	5	6	7				
79. Zu einem Vortrag gehen		1	2	3	4	5	6	7				
80. Zu einer Party gehen		1	2	3	4	5	6	7				
81. Zu einer Sportveranstaltung gehen		1	2	3	4	5	6	7				
82. Zu Familienfesten gehen		1	2	3	4	5	6	7				
83. Zu Klassentreffen o.ä. gehen		1	2	3	4	5	6	7				
 Zu Veranstaltungen von gemeinnützigen oder sozialen Vereinen gehen 		1	2	3	4	5	6	7				
85. Zusammensein mit den Kindern		1	2	3	4	5	6	7				
86. Zusammensein mit Familie		1	2	3	4	5	6	7				
87. Zusammensein mit Freunden / Bekannten		1	2	3	4	5	6	7				
88. Zusammensein mit Partner		1	2	3	4	5	6	7				

Gibt es Interessen Nehmen Sie dazu jeweiligen Items	Ihre bisheri	igen Einschä					
Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr
Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr
Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr

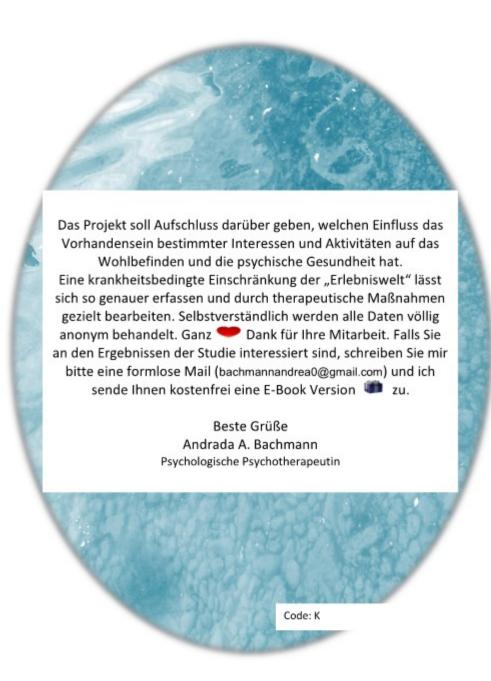
Geschlecht: w	0 m 0	drittes O	(bitte ankreuzen)
Ausbildungsjahr:		(1., 2.,)	
Lebensalter:		Jahre		Vielen, vielen Dank!
Berufspraxis:		Jahre		Marie Mari



Ihre Kurzbiographie:

IAS-Fragebogen (Patienten-Version)

Forschungsarbeit Dipl.-Psych. Andrada A. Bachmann Betreuer Prof. Dr. Gerhard Meyer Universität Bremen



Liebe Teilnehmerin,

lieber Teilnehmer,

in unserem 1. Fragebogen sind die verschiedensten Interessen und Aktivitäten aufgeführt. Ihre Aufgabe ist, sie danach einzuschätzen:

- A) Wie häufig Sie diese Interessen / Aktivitäten im letzten Jahr ausgeübt haben?
- B) Ob Sie den Wunsch haben, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben?

Ein Beispiel:

Vogelkunde

Eine Person hat im letzten Jahr hin und wieder Filme über Vögel angeschaut. A) Sie entschließt sich daher die Frage zur "Häufigkeit der Ausübung" ein Kreuz auf der 2 zu machen. B) Sie hat aber den Wunsch, sich stärker damit zu beschäftigen, z.B. auch eigene Beobachtungen durchzuführen, und macht das Kreuz auf der 4.

Interessen / Aktivitäten	Intere	ssen /	ufig habe Aktivität I r ausgei der Ziffer	ten im le ü bt?	etzten	B) Haben Sie den Wunsch, di Interessen / Aktivitäten häuf auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)						
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße		
Vogelkunde	1	×	3	4	5	1	2	3	**	5		

Interessen / Aktivitäten	Inte	e häufig eresser etzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	im t?	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)						
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße		
Am Strand sein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Andere am eigenen Erleben teilhaben lassen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
3. Andere um Rat fragen, was einem steht	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
4. Anderen helfen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
5. Angeln	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
6. Antiquitäten restaurieren, Möbel aufarbeiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
7. Ausflüge machen z.B. ins Grüne, an die See	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
8. Ballspiele mit Schläger z.B. Tennis, Squash	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
9. Ballspiele z.B. Fuß-, Volleyball spielen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
10. Basteln, handarbeiten, töpfern	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
11. Besuch bekommen	1	2	3	4	- 5	1	2	3	4	5		
12. Billard, Boccia, Bowling, Kegeln	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
13. Nachrichten schreiben / erhalten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
14. Camping / Zelten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
15. Chatten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
16. Computer- / Konsole-Spiele	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
17. Dating, Partnersuche	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
18. Dinge sammeln	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
19. DVD-Abend	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
20. Ein Ehrenamt ausüben	1	2	3	4	5	. 1	2	3	4	5		
Ein Museum, eine Ausstellung, Sehenswürdigkeiten besuchen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
22. Ein Musikstück komponieren / texten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
23. Ein neues Gericht zubereiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
	-											

Interessen / Aktivitäten	Int.	e häufi _l eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	ivitäter Isgeüb	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)					
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße
24. Ein neues Vorhaben beginnen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Ein offenes und ehrliches Gespräch führen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Eine Abendschule / Fortbildung besuchen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Eine Fremdsprache lernen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Eine neue Bekanntschaft machen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Eine Rede / Vortrag halten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Eine Therme / Sauna besuchen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Einen persönlichen Rat geben	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Entspannungsbad / -dusche	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. Entspannungsübungen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
 Erkundungsgänge machen / Umgebung besser kennenlernen 	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Essen gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Etwas für seine Gesundheit tun	1	2	3	4	. 5	1	2	3	4	5
37. Etwas konstruieren / erfinden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Etwas tun, wo Ausdauer / Kondition erforderlich ist	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39. Etwas verkaufen z.B. Trödel, Markt, Internet	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Fachliteratur oder Sachbuch lesen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Fahrrad fahren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Fernsehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Finanz- und Haushaltsplanung	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Fitnesscenter / Kraftsport	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Flohmarktbesuch	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Fotografieren, Filmen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Interessen / Aktivitäten	Int.	e häufi eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)						
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße	
47. Fotos sortieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
48. Freizeitpark	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
49. Früh schlafen gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
50. Gartenarbeit / sich um Pflanzen kümmern	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
51. Gemeinsames Ausgehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
52. Gemütliches Beisammensein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
53. Geschmackvoll anziehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
54. Gesellschaftsspiele	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
55. Gesunde Ernährung	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
56. Gymnastik / Aerobic	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
57. Sich auf eine Prüfung oder wichtige berufliche Situation gut vorbereiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
58. Höhepunkte / Highlights z.B. am Wochenende	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
59. Holz- oder Schreinerarbeiten ausführen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
60. Im Freien aufhalten (z.B. Park, Picknick)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
61. Im Internet herumstöbern	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
62. In den Tag hinein leben	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
63. In der Disco tanzen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
64. In ein Café / Bistro gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
65. In einem Chor / in einer Band sein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
66. In Mimik und Gestik ausdrücken	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
67. (Inline-) Skaten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
68. Ins Kino gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
69. Diskutieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	_										

Interessen / Aktivitäten	Int	e häufig eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)						
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße	
70. Jemandem eine Freude bereiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
71. Jemanden angemessen kritisieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
72. Jemanden um Hilfe bitten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
73. Joggen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
74. Karaoke	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
75. Kinder betreuen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
76. Körperpflege	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
77. Kommunikationsplattformen / Netzwerke im Internet besuchen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
78. Konflikte ansprechen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
79. Konzentriert bei der Sache sein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
80. Lachen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
81. Mahlzeiten planen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
82. Mal richtig ausschlafen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
83. Malen, tapezieren, Dinge reparieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
84. Mannschaftssport	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
85. Massage	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
86. Meditation, Yoga	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
87. (Mini-) Golf spielen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
88. Mit dem Hund spazieren gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
89. Mit den Kindern spielen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
90. Mit Freunden / Bekannten essen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
91. Mitgefühl zeigen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
92. Mittagsschlaf	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

Interessen / Aktivitäten	Inte	e häufig eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)						
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße	
93. Morgens früh aufstehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
94. Naturerlebnisse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
95. Nordic Walking / schnelles Gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
96. Ordnung schaffen (einschließlich Papiere)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
97. Passiv genießen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
98. Pflichten, Aufgaben erledigen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
99. Planen, wann bestimmte Probleme erledigt werden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
100. Politisches Interesse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
101. Positive Aktivitäten vorrausschauend planen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
102. Positive und negative Gefühle ausdrücken	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
103. Positive Zukunftspläne schmieden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
104. Probleme lösen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
105. Programmieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
106. Pünktlich sein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
107. Puzzeln, Kreuzworträtsel, Sudoku usw. lösen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
108. Radio / Musik hören	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
109. Regelmäßiges sportliches Training	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
110. Reisen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
111. Reiten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
112. Religiös, spirituell sein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
113. Romane, Gedichte, Erzählungen lesen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
114. Sachen für den nächsten Tag bereitlegen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
115. Schach spielen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

Interessen / Aktivitäten	Int le	e häufi eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	im t?	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)						
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße		
116. Schiedsrichter / Trainer sein	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
117. Schwimmen, Wassergymnastik, tauchen etc.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
118. Seine Haare stylen / sich schminken o.ä.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
119. Sexualität / Zärtlichkeit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
120. Sich beruflich engagieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
121. Sich entspannen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
122. Sich für neue Produkte und Erfindungen interessieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
123. Sich ganz in eine Aufgabe vertiefen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
124. Sich helfen lassen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
125. Sich im Gespräch mitteilen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
126. Sich immer auf etwas freuen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
127. Sich künstlerisch betätigen (Malerei, Bildhauerei, Zeichnen, Schreiben etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
128. Sich mit Tieren beschäftigen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
129. Sich politisch auseinandersetzen / betätigen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
130. Sich schauspielerisch betätigen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
131. Sich selbst loben / jemanden loben	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
132. Sich sonnen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
133. Sich über Gefühle austauschen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
134. Sich über Sport unterhalten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
135. Sich auf eine neue Stelle bewerben	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
136. Singen, musizieren	1	2	3	4	5	. 1	2	3	4	5		
137. Small Talk / plaudern	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
138. Spazieren gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		

Interessen / Aktivitäten		e häufi _l eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	im t?	Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)					
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße	
139. Spontan etwas unternehmen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
140. Sport	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
141. Sportliches Wetteifern, Wettkampf	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
142. Stadtbummel	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
143. Stadtbummel ohne Einkauf	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
144. Süßigkeiten / Kuchen essen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
145. Tagebuch schreiben	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
146. Tagesstruktur oder Wochenabläufe planen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
147. Tagträumen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
148. Tanzen (Paar, Verein)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
149. Telefon- / Videogespräche führen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
150. Theaterbesuch	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
151. Tipps und Ratschläge zur Selbsthilfe lesen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
152. Treckingtouren (Kanu / Fahrrad / Wildnis)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
153. Über Beruf / Schule sprechen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
154. Über sich selbst nachdenken	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
155. Veranstaltungen planen / organisieren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
156. Vereinsleben mitgestalten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
157. Vereinsmitgliedschaft	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
158. Vorausschauen, was auf einen zukommt	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
159. Wandern	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
160. Wassersport z.B. Rudern, Paddeln oder Segeln	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
161. Wintersport Ski / Snowboard / Schlitten fahren	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
								d			

Interessen / Aktivitäten		e häufig eresser e tzten . tte auf d	n / Akti Jahr au	vitäter Isgeüb	im t?	Haben Sie den Wunsch, di Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzer				en i?
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße
162. Zeitpunkt festlegen, wann Konflikte angesprochen werden	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
163. Zimmer neu dekorieren (Bilder)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
164. Zimmer oder Haus aufräumen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
165. Zoo- / Zirkusbesuch	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
166. Zu einem Konzert / Festival gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
167. Zu einem Vortrag gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
168. Zu einer Party gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
169. Zu einer Sportveranstaltung gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
170. Zu Familienfesten gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
171. Zu Klassentreffen o.ä. gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
172. Zu Veranstaltungen von gemeinnützigen oder sozialen Vereinen gehen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
173. Zusammensein mit den Kindern	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
174. Zusammensein mit Familie	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
175. Zusammensein mit Freunden / Bekannten	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
176. Zusammensein mit Partner	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Interessen / Aktivitäten	Wie häufig haben Sie diese Interessen / Aktivitäten im letzten Jahr ausgeübt? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)				Haben Sie den Wunsch, diese Interessen / Aktivitäten häufiger auszuüben? (bitte auf der Ziffer ankreuzen)				en ?	
	über- haupt nicht				in hohem Maße	über- haupt nicht				in hohem Maße
Falls Ihrer Ansicht nach Interessen und Aktivitäten eine Beurteilung wie oben vor.	fehlen	, halte	n Sie	diese	bitte h	ier ein	zeln fe	st und	nehr	nen
1.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Gibt es Interessen / Aktivitäten, die Sie als besondere Highlights bzw. Höhepunkte beurteilen? Nehmen Sie dazu Ihre bisherigen Einschätzungsergebnisse zur Hilfe und tragen Sie die Nummer des jeweiligen Interesses / der Aktivität bitte hier in die Tabelle ein.									
	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	
	Nr	_ Nr	_ Nr	_ Nr	_ Nr	_ Nr	Nr	Nr	
	Nr	_ Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	

Wie zuversichtlich sind Sie, Ihre Wünsche / Vorhaben umzusetzen? (bitte auf der jeweiligen Ziffer ankreuzen)	über- haupt nicht				in hohem Maße
Soziale Kontakte (z.B. Gespräche / Diskussionen, gemeinsame Unternehmungen)	1	2	3	4	5
 Fitness / körperliche Betätigung (z.B. spazieren gehen, Sport) 	1	2	3	4	5
 Geistige Betätigung (z.B. lesen, nachdenken, spirituell sein) 	1	2	3	4	5
 Gefühle zeigen (z.B. sich über emotionale Erlebnisse mitteilen, lachen) 	1	2	3	4	5
 Erholung (z.B. Entspannung, k\u00f6rperlich ruhen, an Licht und Luft sein) 	1	2	3	4	5
 Erlebnis / Abenteuer (z.B. Erlebnispark, Treckingtouren) 	1	2	3	4	5
 Kunst / Kultur unterhaltsam genießen (z.B. Theater, Kino, Ausstellungen besuchen) 	1	2	3	4	5
 Kulturell / künstlerisch tätig sein (z.B. musizieren, singen, malen) 	1	2	3	4	5
 Anderweitig kreativ sein (z.B. technisches tüfteln, etwas entwerfen, programmieren) 	1	2	3	4	5
 Verschiedene Freizeitaktivitäten / Hobbys (z.B. basteln, handarbeiten, angeln) 	1	2	3	4	5
 Medienkonsum (z.B. Fernsehen, Computerspiele, Internet surfen) 	1	2	3	4	5
 Sich etwas Besonderes gönnen (z.B. essen gehen, Schönes zum Anziehen kaufen) 	1	2	3	4	5
 Basisaktivitäten (z.B. Tagesstruktur / Planungen, Haushalt, schulische / berufliche Aufgaben) 	1	2	3	4	5
14. Insgesamt	1	2	3	4	5

[©] Andrada A. Bachmann

Stärke des Verlangens nach Glücksspielen innerhalb der letzten zwei Wochen. Bitte auf der Ziffer ankreuzen:

über- haupt nicht				in hohem Maße
1	2	3	4	5

Stärke des Verlangens nach Alkohol / Drogen / andere Suchtstoffe innerhalb der letzten zwei Wochen. Bitte auf der Ziffer ankreuzen:

über- haupt nicht				in hohem Maße
1	2	3	4	5

Vielen, vielen Dank!



Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

gerne möchten wir Sie zum Schluss um einige zusätzliche Informationen bitten. Es ist zu
erwarten, dass diese Daten wertvolle zusätzliche Erkenntnisse erbringen. Die Daten werden
selbstverständlich ebenfalls völlig anonym behandelt:

(Bitte kreuzen Sie das Zutreffende im Kreis an und tragen Sie bitte die entsprechenden Ziffern auf den Linien ein.)

ein.)								
Lebensalter: Geschlecht: männlich () weiblich ()								
Muttersprache: Deutsch Andere								
Familienstand: alleinstehend	in Partnerschaft	t/Ehe 🔘	alleinerzieh	nend (
Wohnsituation: allein (bei den Eltern 🔘	Partner 🔘	wg 🔾	mit Kindern 🔘				
Schule: Hauptschule (Realschule (Gymnasium 🔘) Sor	nstiges 🔘				
Beschäftigung: Vollzeit 🔘	Teilzeit O Schichta	arbeit 🔘	Rentner ()				
Schüler/Student								
Suchtmittel: Alkohol Glücksspiel Drogen Medikamente								
Anzahl der Behandlungen (bitte Ziffer eintragen): Dies ist meine Behandlung								
Jetzige Therapiezeit: Ich befinde mich zurzeit etwa in der Therapiewoche								

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe,
- dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und wörtliche oder inhaltliche Übernahmen als solche kenntlich gemacht habe.
- dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Prüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe. Die Arbeit wurde in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt.

Überlingen, 19.11.2020

Unterschrift