

# Pathologisches Kaufen und psychische Komorbidität

## Compulsive Buying and Psychiatric Comorbidity

### Autoren

Astrid Mueller<sup>1</sup>, Barbara Mühlhans<sup>1</sup>, Andrea Silbermann<sup>1</sup>, Ulrike Müller<sup>1</sup>, Christian Mertens<sup>1</sup>, Thomas Horbach<sup>2</sup>, James E. Mitchell<sup>3</sup>, Martina de Zwaan<sup>1</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen

<sup>2</sup> Chirurgische Abteilung, Stadtkrankenhaus Schwabach

<sup>3</sup> Neuropsychiatric Research Institute and Department of Clinical Neuroscience, University of North Dakota, School of Medicine and Health Sciences, Fargo, North Dakota, USA

### Key words

- compulsive buying
- addictive buying
- impulse control disorder
- comorbidity

### Zusammenfassung



Pathologisches Kaufen ist ein Verhaltensexzess, der zunehmend wissenschaftliche Beachtung findet. In der Vergangenheit wurde wiederholt eine hohe psychische Komorbidität bei dieser Patientengruppe vermutet. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, eine kurze Übersicht über das Störungsbild pathologisches Kaufen zu geben und die psychische Komorbidität empirisch zu untersuchen. Dazu wurden 30 eine Psychotherapie aufsuchende Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten mit 30 weiblichen nichtklinischen freiwilligen Versuchspersonen und 30 adipösen Patientinnen vor Adipositaschirurgie verglichen. Alle Teilnehmerinnen wurden mit dem Strukturierten Klinischen Interview (SKID) untersucht. Erhoben wurden Achse-1-Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Impulskontrollstörungen. Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten berichteten signifikant häufiger affektive, Angst- und Essstörungen als nichtklinische Kontrollpersonen. Auch im Vergleich zu den adipösen Patientinnen wurden bei Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten signifikant häufiger affektive und Angststörungen diagnostiziert, nicht jedoch Essstörungen. Außerdem beschrieben Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten häufiger als beide Kontrollgruppen Persönlichkeitsstörungen, die höchsten Prävalenzraten wurden für die selbstunsicher-vermeidende, die depressive, die zwanghafte und die Borderline-Persönlichkeitsstörung erhoben. Impulskontrollstörungen traten gleichfalls bei Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten signifikant häufiger auf, hier handelte es sich v.a. um die intermittierende explosive Störung. Die Ergebnisse verdeutlichen das immense Ausmaß psychischer Komorbidität bei Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten.

### Abstract



Compulsive buying is an excessive behavior that has begun to receive attention from researchers in recent years. The current study provides an overview of research on compulsive buying and examines the psychiatric co-morbidity in a German female treatment seeking compulsive buying sample in comparison with age and gender-matched normal buying control groups. Thirty women suffering from compulsive buying disorder, 30 community controls, and 30 bariatric surgery candidates were assessed with the German versions of the Structured Clinical Interview for DSM-IV diagnoses (SCID). Women with compulsive buying disorder showed significantly higher prevalence rates of affective, anxiety, and eating disorders compared to community controls, and suffered significantly more often from affective and anxiety disorders compared to bariatric surgery candidates. The compulsive buying group presented with the highest rates of personality disorders, most commonly avoidant, depressive, obsessive-compulsive, and borderline personality disorder, and reported the highest prevalence rates of other impulse control disorders, especially for intermittent explosive disorder. The findings suggest an elevated psychiatric co-morbidity in patients with compulsive buying disorder.

**eingereicht** 28. Januar 2008

**akzeptiert** 7. Mai 2008

### Bibliografie

**DOI** 10.1055/s-2008-1067438

Online-Publikation:

3. Juli 2008

Psychother Psych Med 2009;  
59: 291–299

© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York ·  
ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

**Dr. med. Dipl.-Psych.**

**Astrid Müller**

Psychosomatische und Psycho-  
therapeutische Abteilung,  
Universitätsklinikum Erlangen  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
astrid.mueller@uk-erlangen.de

## Einleitung

Pathologisches Kaufen ist kein neues Phänomen, sondern wurde bereits Anfang des Jahrhunderts von Kraepelin [1] und Bleuler [2] in deren Lehrbüchern mit der Bezeichnung „Oniomanie“ als eine Störung der Impulskontrolle erwähnt. Nachdem in den 80er-Jahren zunächst v. a. Konsumforscher damit begonnen hatten, den Verhaltensexzess systematisch zu untersuchen, widmen sich nun seit ca. 20 Jahren zunehmend auch Psychiater, Psychosomatiker und Psychologen diesem Thema. Kenntnisstand und Forschungsergebnisse wurden in mehreren Übersichtsartikeln zusammengefasst [3, 4]. Anzumerken ist, dass eine gewisse Zweiteilung zwischen Konsumforschung und Psych-Fächern zumindest in Deutschland leider erhalten geblieben ist. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, zunächst einen kurzen Überblick über das Phänomen pathologisches Kaufen zu geben und anschließend die damit einhergehende psychische Komorbidität empirisch zu beschreiben.

## Pathologisches Kaufen

### Diagnostische Kriterien und Klassifikation

In Anlehnung an Susan McElroy u. Mitarb. [5] kann *compulsive buying* oder pathologisches Kaufen diagnostiziert werden, wenn

- ▶ dysfunktionale Kaufhandlungen oder Kaufimpulse vorliegen, auf die mindestens eine der folgenden Beschreibungen zutrifft:
  - ▶ Es handelt sich um unwiderstehliche, sich aufdrängende, intrusive und/oder sinnlose Kaufimpulse oder -handlungen.
  - ▶ Es werden mehr Waren erworben, als man sich leisten kann. Es werden unnötige Waren erworben und die Einkäufe erstrecken sich über längere Zeitspannen als ursprünglich geplant.
- ▶ Der Kaufdrang, die Kaufimpulse und -handlungen verursachen einen erheblichen Leidensdruck. Sie sind zeitaufwendig, beeinträchtigen deutlich die sozialen und beruflichen Funktionen und/oder verursachen finanzielle Probleme (Verschuldung oder Konkurs).
- ▶ Die Kaufexzesse treten nicht ausschließlich während manischer oder hypomanischer Phasen auf.

Unter Experten besteht noch wenig Einigkeit über die Klassifikation des pathologischen Kaufens, was sich in den verschiedenen Benennungen widerspiegelt. So werden die Begriffe pathologisches Kaufen, Kaufsucht, zwanghaftes Kaufen, Impulskäufe u. a. im allgemeinen Sprachgebrauch und den Medien synonym benutzt. Diskutiert wird pathologisches Kaufen als stoffungebundene oder Verhaltenssucht [6] oder, was die Autoren präferieren, als *nicht näher bezeichnete abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle*. Plausibel scheinen auch Überlegungen, eine eigene Kategorie Zwangsspektrumsstörungen ins zukünftige DSM-V aufzunehmen, die eine Untergruppe *Impulskontrollstörungen* enthalten soll, wo neben pathologischem Glücksspiel, Trichotillomanie, Pyromanie, intermittierender explosiver Störung, zwanghaft-impulsiver Internetnutzung, zwanghaft-impulsivem Sexualverhalten und Dermatillomanie auch das pathologische Kaufen subsumiert werden könnte [7].

### Epidemiologie

Pathologisches Kaufen scheint ein weitverbreitetes Phänomen zu sein, das in der klinischen Praxis leider oft übersehen wird.

Bei der Beurteilung bislang publizierter Häufigkeitsangaben sollte berücksichtigt werden, dass diese auf einmaligen Fragebogenergebnissen basieren, was zwar eine Tendenz aber noch keine Diagnosen ergibt. Eine deutsche Repräsentativbefragung zeigte, dass ca. 6% der Menschen in den neuen und ca. 8% in den alten Bundesländern „stark kaufsuchtgefährdet“ sind [8]. Ähnliche Ergebnisse lieferte eine in den USA durchgeführte repräsentative Erhebung, wonach die geschätzte Prävalenz für „compulsive buying“ bei knapp 6% liegt [9].

Pathologisches Kaufen wird meistens als ein typisch weibliches Phänomen beschrieben. Dabei sind die Ergebnisse der repräsentativen Erhebungen widersprüchlich. Scherhorn u. Mitarb. [10] hatten bei ihrer ersten deutschen Repräsentativbefragung bei den weiblichen Teilnehmerinnen signifikant höhere Werte auf der Kaufsuchtskala festgestellt. Hingegen verneinen die Autoren der o.g. amerikanischen Repräsentativbefragung einen Geschlechtseffekt, da die Ergebnisse ihrer repräsentativen Studie keinen Unterschied zwischen erwachsenen Männern und Frauen ergaben [9]. Bei allen klinischen Studien fiel allerdings ein hoher Frauenanteil auf, der zwischen 80 und 95% schwankte [4].

### Pathogenese

Die Patienten zeigen irrationale Konsummuster, indem sie ihren Kauf nicht am Bedarf orientieren, die Waren nicht nutzen und längerfristige Handlungskonsequenzen ausblenden. Ein störungsspezifisches Ätiologiemodell konnte noch nicht entwickelt werden. Es wird jedoch angenommen, dass Defizite in Selbstregulation und -kontrolle gepaart mit einer hohen Impulsivität im Sinne von „acting without thinking“ [11] dazu führen, dass Kaufimpulse sofort umgesetzt werden [12]. Außerdem werden durch den Verhaltensexzess negative Befindlichkeiten kurzfristig vermieden, sodass auch operante Konditionierungsprozesse zum Tragen kommen [13]. Überdies wird aus neurobiologischer Sicht eine Dysbalance im serotonergen, dopaminergen oder Opiatsystem vermutet und die Rolle des Belohnungssystems diskutiert. Neben psychologischen Dispositionen werden die Betroffenen natürlich durch den sozialen Kontext wie z. B. das Produktangebot, die Werbung und Sozialisationsbedingungen beeinflusst. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich beim pathologischen Kaufen um ein kulturelles Problem handelt, das in Entwicklungsländern vermutlich nicht beobachtet werden kann und bisher nur in Industrieländern untersucht wurde [14]. Manche Autoren warnen deswegen vor einem Labeling bzw. einer Medikalisierung des Verhaltensexzesses [15].

### Behandlung

Eine evidenzbasierte Behandlung existiert bislang nicht. An placebokontrollierten Medikamentenstudien wurden lediglich vier kleinere Studien mit Serotoninwiederaufnahmehemmern publiziert, die wegen geringer Fallzahlen wenig aussagekräftig sind und auch keinen überzeugenden Medikamenteneffekt zeigen konnten [16–19]. Bezogen auf psychotherapeutische Behandlung wurde bisher nur die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapieansätze systematisch untersucht und in zwei kontrollierten Studien nachgewiesen [20, 21].

### Psychische Komorbidität

#### Pathologisches Kaufen und Achse-1-Störungen

Mehrere offene Studien zeigten eine hohe Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei dieser Patientengruppe [5, 16, 17, 22], was durch die Ergebnisse von bisher drei kontrollierten Studien, bei denen Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten mit

**Tab. 1** Ergebnisse früherer kontrollierter Studien zur psychischen Komorbidität bei pathologischem Kaufen.

Diagnosen	Christenson et al. 1994 n = 24	Black et al. 1998 n = 33	Mitchell et al. 2002 n = 19
	Erhebungsinstrument		
	SCID DSM-III-R	SCID DSM-III-R	SCID DSM-IV
Major Depression	50	61*	53
<b>irgendeine affektive Störung</b>	<b>54</b>	<b>64*</b>	<b>58</b>
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	46	18	47
<b>irgendeine Substanzabhängigkeit</b>	<b>46*</b>	<b>21</b>	<b>53*</b>
soziale Phobie	21	9	16
Zwangsstörung	13	3	16
<b>irgendeine Angststörung</b>	<b>50*</b>	<b>42</b>	<b>53</b>
Binge-Eating-Störung	17	–	–
<b>irgendeine Essstörung</b>	<b>21*</b>	<b>15</b>	<b>5</b>

\* signifikanter Unterschied zu einer nichtklinischen Kontrollgruppe,  $p < 0,05$

nichtklinischen Kontrollpersonen verglichen wurden, bestätigt werden konnte [23–25]. In **Tab. 1** sind die Ergebnisse dieser früheren kontrollierten Studien zusammengefasst. Auch bei einer eigenen Vergleichsstudie, für die 38 deutsche mit 39 amerikanischen Behandlung aufsuchenden Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten verglichen wurden, wiesen in beiden Gruppen mehr als 90% der Patientinnen mindestens eine Achse-1-Störung auf (Lebenszeitprävalenz) [26].

#### Pathologisches Kaufen und Persönlichkeitsstörungen

Diesbezüglich wurden bisher nur die Ergebnisse einer offenen amerikanischen Untersuchung von 46 Betroffenen veröffentlicht [22]. Dabei wurden folgende Persönlichkeitsstörungen am häufigsten diagnostiziert: zwanghafte (Prävalenz 22%), ängstlich-vermeidende (15%) und Borderline-Persönlichkeitsstörung (15%).

#### Pathologisches Kaufen und Impulskontrollstörungen

Christenson u. Mitarb. [24] konnten im Rahmen der einzigen bisher publizierten kontrollierten Studie, die auch komorbide Impulskontrollstörungen erfasste, bei 21% ihrer Patientinnen ( $n_{\text{gesamt}} = 24$ ) noch mindestens eine weitere Impulskontrollstörung feststellen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, im Rahmen einer Pilotstudie die psychische Komorbidität bei deutschen Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten zu überprüfen und die Ergebnisse mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe zu vergleichen. Ergänzend erfolgte noch der Vergleich mit adipösen Patientinnen vor einer chirurgischen Adipositaschirurgie, die als klinische Vergleichsgruppe herangezogen wurden. Der Vergleich mit dieser klinischen gleichfalls Behandlung aufsuchenden Kontrollgruppe bot sich zum einen an, weil seit 2004 konsequente Patienten vor Adipositaschirurgie im Rahmen eines weiteren Forschungsprojektes der Psychosomatischen Abteilung am Erlanger Universitätsklinikum evaluiert werden. Zum anderen wurden gerade auch von dieser Patientengruppe in den letzten Jahren Befunde erhoben, die eine erhöhte psychische Komorbidität vermuten lassen, sodass diese Patienten sich u.E. als Kontrollgruppe eignen [27,28]. In früheren Untersuchungen (s.o.) wurde wiederholt eine extrem hohe psychische Komorbidität bei kaufsüchtigen Patienten nachgewiesen, weswegen an-

genommen wurde, dass die psychische Komorbidität in dieser Patientengruppe sowohl die einer nichtklinischen als auch einer klinischen Vergleichsstichprobe übertrifft. Außerdem wurde vermutet, dass die Patientinnen der klinischen Kontrollgruppe mehr psychische Diagnosen berichten würden als die der nichtklinischen Kontrollgruppe.

#### Vergleichende Untersuchungen zur Komorbidität



##### Stichprobe

30 Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten wurden nach dem Matchingverfahren mit 30 nichtklinischen und 30 klinischen Kontrollprobandinnen nach Alter und Geschlecht parallelisiert. Dazu wurden 30 Frauen aus einer Stichprobe von 66 Patientinnen (55 Frauen, 11 Männer) mit pathologischem Kaufverhalten rekrutiert, welche im Rahmen einer störungsspezifischen Psychotherapiestudie untersucht wurden [21]. Die Teilstichprobe ( $n=30$ ) unterschied sich nicht von der Gesamtstichprobe ( $n=66$ ) bezogen auf das Alter (MW = 44,1; SD = 10,0 vs. MW = 41,2; SD = 10,1;  $p=0,192$ ) und die Dauer des pathologischen Kaufens (MW = 18,3; SD = 13,9 vs. MW = 14,4; SD = 12,0;  $p=0,183$ ). Auch die Ausprägung der Kaufsuchtgefährdung, erfasst mit dem *Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten* (s.u.) [29], war in Teil- und Gesamtstichprobe gleich (MW = 54,1; SD = 6,9 vs. MW = 52,7; SD = 6,7;  $p=0,328$ ).

In die Psychotherapiestudie wurden ausschließlich Patienten einbezogen, die sich primär wegen einer Kaufsucht an die Psychosomatische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen mit dem Wunsch nach einer störungsspezifischen Psychotherapie derselben gewandt hatten und deren Kaufverhalten die diagnostischen Kriterien von McElroy et al. [5] erfüllte. Alle Teilnehmer mussten ein Mindestalter von 18 Jahren erreicht haben und die deutsche Sprache ausreichend gut beherrschen. Das Vorliegen einer akuten Psychose, akuter Suizidalität sowie deutliche kognitiv-intellektuelle Einschränkungen galten als Ausschlusskriterium. Komorbide psychische Erkrankungen waren kein Ausschlusskriterium. Die Gesamtstichprobe wurde bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben [30]. Die hier vorgestellten psychologischen Untersuchungen erfolgten vor Beginn der Psychotherapie.

Tab. 2 Lebenszeitprävalenz von Achse-I-Störungen.

DSM-IV-Diagnose	Patientinnen mit pathologischem Kaufen (PK) n = 30		adipöse Patientinnen vor Adipositaschirurgie (AC) n = 30		nichtklinische weibliche Kontrollpersonen (KG) n = 30		p <sup>1</sup>	Einzelgruppenvergleiche <sup>2</sup>
	n	%	n	%	n	%		
Major Depression	17	57	13	43	12	40		
dysthyme Störung	13	43	3	10	2	7		
<b>irgendeine affektive Störung</b>	<b>24</b>	<b>80</b>	<b>14</b>	<b>47</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>0,007</b>	<b>PK &gt; AC = KG</b>
Alkoholmissbrauch	4	13	1	3	1	3		
Alkoholabhängigkeit	4	13	1	3	4	13		
Sedativabhängigkeit	3	10	0	0	0	0		
Cannabisabhängigkeit	1	3	0	0	1	3		
Stimulanzienabhängigkeit	3	10	0	0	0	0		
Opiatabhängigkeit	1	3	0	0	0	0		
Kokainabhängigkeit	0	0	0	0	0	0		
Halluzinogenabhängigkeit	1	3	0	0	0	0		
<b>irgendeine Substanzabhängigkeit</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>n. s.</b>	
Panikstörung mit Agoraphobie	8	27	1	3	1	3		
Panikstörung ohne Agoraphobie	12	40	5	17	6	20		
soziale Phobie	17	57	3	10	5	17		
spezifische Phobie	12	40	3	10	6	20		
Zwangsstörung	12	40	1	3	0	0		
posttraumatische Belastungsstörung	7	23	4	13	1	3		
generalisierte Angststörung	9	30	0	0	0	0		
<b>irgendeine Angststörung</b>	<b>26</b>	<b>87</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>PK &gt; KG = AC</b>
Somatisierungsstörung	3	10	0	0	2	7		
Schmerzstörung	3	10	1	3	1	3		
hypochondrische Störung	0	0	0	0	0	0		
körperdysmorphe Störung	0	0	0	0	0	0		
<b>irgendeine somatoforme Störung</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>n. s.</b>	
Anorexia nervosa	3	10	0	0	0	0		
Bulimia nervosa	1	3	1	3	1	3		
Binge-Eating-Störung	8	27	16	53	0	0		
<b>irgendeine Essstörung</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>16</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>AC = PK &gt; KG</b>
<b>mindestens eine Achse-I-Störung</b>	<b>28</b>	<b>93</b>	<b>22</b>	<b>73</b>	<b>20</b>	<b>67</b>	<b>n. s.</b>	

Anmerkungen: <sup>1</sup> $\chi^2$ -Test nach Pearson, <sup>2</sup> $\chi^2$ -Test nach Fisher, Bonferroni korr. p < 0,008

In die beiden Kontrollgruppen wurden nur Frauen eingeschlossen, bei denen früheres oder derzeitiges pathologisches Kaufverhalten vorab ausgeschlossen werden konnte. Die nichtklinische Kontrollgruppe umfasste 21 Mitarbeiterinnen einer Erlanger Behörde und 9 Medizinstudentinnen, die bei Vorträgen über das Thema pathologisches Kaufen um Mitwirkung gebeten worden waren. Die klinische Kontrollgruppe bestand aus 30 adipösen Patientinnen vor Adipositaschirurgie, die im Rahmen eines anderen Forschungsprojektes psychologisch untersucht wurden und die sich zu einem weiteren Diagnostiktermin für dieses Projekt bereit erklärten. Bei ihnen erfolgte die psychologische Testung präoperativ mehrere Wochen vor der potenziellen stationären Aufnahme in die Chirurgische Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen. Der mittlere BMI in dieser Gruppe betrug 46,5 kg/m<sup>2</sup> (SD = 8,2), wobei bei 24 Patientinnen (80%) eine Adipositas Grad III (BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) und bei 6 Patientinnen (20%) eine Adipositas Grad II (35 < BMI < 40 kg/m<sup>2</sup>) vorlag. Alle 60 Teilnehmerinnen wurden vorab mündlich und schriftlich über die Studie informiert, sie erklärten schriftlich ihr Einverständnis mit den Testungen. Ein entsprechender Ethikantrag war von der Ethikkommission des Universitätsklinikums begutachtet und genehmigt worden. Alle Untersuchungen fanden zwischen September 2004 und Juni 2007 statt.

## Untersuchungsmethoden

Alle drei Gruppen wurden zunächst zu verschiedenen deskriptiven Merkmalen befragt und anschließend mit folgenden Erhebungsinstrumenten untersucht.

### Beurteilung des Kaufverhaltens

1. Diagnostische Kriterien für „compulsive buying“  
Anhand eines Moduls des SCID für Impulskontrollstörungen [31] (dt. Mueller et al., unveröffentlichtes Manuskript) wurden in Anlehnung an McElroy u. Mitarb. [5] die diagnostischen Kriterien für pathologisches Kaufen im semistrukturierten Interview überprüft (Fremdbeurteilung).
2. Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK) [29]  
Dieser Fragebogen erfasst mit 16 Fragen die Kaufsuchtgefährdung (Selbstausskunft). Die Autoren setzten als kritischen Grenzwert einen Wert zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der im Rahmen einer Repräsentativuntersuchung befragten westdeutschen Bevölkerung von 1991 fest, sodass ein Summenwert von 45 und höher für eine *starke Kaufsuchtgefährdung* spricht.

## Psychische Komorbidität

Die psychische Komorbidität mit Achse-1-Störungen und mit Persönlichkeitsstörungen wurde mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV [32] abgeklärt. Impulskontrollstörungen wurden mit dem bereits erwähnten SCID-Modul für Impulskontrollstörungen [31] diagnostiziert. Die Interviews wurden von zwei der Koautoren durchgeführt. Die Erstautorin hatte zuvor zwei SKID-Trainingskurse an der Universität Heidelberg absolviert. Beide Interviewer wurden vor Beginn der Studie von der Erstautorin geschult und führten gemeinsam mit ihr jeweils 20 SKID-Untersuchungen im Rahmen einer Pilotstudie durch. Während der Studie erfolgte eine regelmäßige Supervision der beiden Interviewer durch die Erst- und Letztautorinnen.

## Datenauswertung

Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 15.0 ausgewertet. Für stetige Daten wurden die Gruppenunterschiede mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis bzw. mit dem U-Test nach Mann und Whitney überprüft. Für dichotome Daten wurden  $\chi^2$ -Tests nach Pearson oder Fisher berechnet. Prävalenzunterschiede wurden wegen der z. T. sehr geringen Zellenbesetzungen nur für die Hauptdiagnosen auf Signifikanz getestet (z. B. irgendeine affektive Störung). Allen statistischen Tests wurde ein  $\alpha$  von 0,05 (2-seitig) zugrunde gelegt. Bei multiplen Vergleichen erfolgte eine Bonferroni-Korrektur.

## Ergebnisse

### Deskriptive Merkmale

Das mittlere Alter der Patientinnen mit pathologischem Kaufen betrug 44,1 Jahre ( $SD = 10,0$ ), das der nichtklinischen Kontrollprobandinnen 43,8 Jahre ( $SD = 10,0$ ) und die adipösen Patientinnen waren im Mittel 44,4 Jahre ( $SD = 10,2$ ) alt. In der Gruppe der Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten gaben 70% an, in einer festen Partnerschaft zu leben, in der nichtklinischen Kontrollgruppe waren es 87% und bei den Adipösen 70%; hier zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Hinsichtlich ihres Bildungsniveaus unterschieden sich die drei Gruppen. Über Abitur oder Fachhochschulreife verfügten in der Kaufsuchtgruppe 27%, in der nichtklinischen Kontrollgruppe 73% und in der klinischen Kontrollgruppe nur 7% ( $\chi^2_{[12]} = 41,474$ ;  $p < 0,001$ ). Die Gruppen divergierten signifikant bezogen auf die Schuldenhöhe ( $\chi^2_{[2]} = 15,936$ ;  $p < 0,001$ ) und den Besitz von ecoder Kreditkarten ( $\chi^2_{[2]} = 19,947$ ;  $p < 0,001$ ). Die kaufsüchtigen Patientinnen berichteten die höchste Schuldensumme mit 45 903,30 € ( $SD = 130 829,80$ ). Sie unterschieden sich hinsichtlich der Verschuldung signifikant von den nichtklinischen Kontrollpersonen, die eine mittlere Verschuldung von € 5 718,20 ( $SD = 20 918,00$ ) angaben ( $p < 0,001$ ), nicht jedoch von den adipösen Patientinnen, bei denen eine mittlere Verschuldung von 31 850,30 € ( $SD = 61 330,40$ ) ermittelt wurde. Die Schuldendifferenz zwischen nichtklinischer und klinischer Kontrollgruppe war gleichfalls signifikant ( $p = 0,044$ ). Die nichtklinischen Kontrollpersonen besaßen die meisten Geldkarten ( $MW = 5,4$ ;  $SD = 4,2$ ), gefolgt von den adipösen Patientinnen ( $MW = 2,1$ ;  $SD = 3,8$ ) und den kaufsüchtigen Patientinnen ( $MW = 0,9$ ;  $SD = 1,1$ ). Die nichtklinische Kontrollgruppe hob sich hier signifikant von den beiden anderen Gruppen ab (jeweils  $p < 0,001$ ), zwischen den adipösen und den kaufsüchtigen Patientinnen ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Die Teilnehmerinnen wurden auch gefragt, ob sie in der Vergangenheit wegen Betruges (Scheckkartenbetrug, nicht bezahlte Rechnungen) straffällig geworden waren. Von den Patientinnen mit pathologi-

ischem Kaufverhalten berichteten 3 Frauen (10%) über Strafverfahren, in den beiden Kontrollgruppen wurde die Frage verneint. Von den Patientinnen mit pathologischem Kaufen hatten 23% in der Vergangenheit mindestens einmal eine Schuldnerberatung in Anspruch genommen, von den nichtklinischen Kontrollpersonen niemand und bei den Adipösen waren es 10% ( $\chi^2_{[2]} = 8,325$ ;  $p = 0,016$ ). Bezogen auf die Inanspruchnahme von Schuldnerberatungen unterschied sich die Kaufsuchtgruppe nicht signifikant von der klinischen Kontrollgruppe. Hinsichtlich medikamentöser Behandlung zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied ( $\chi^2_{[2]} = 17,523$ ;  $p < 0,001$ ). Psychopharmaka nahmen 57% der Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten ein. Zwei Patientinnen berichteten über die Einnahme von Neuroleptika, der Rest ( $n = 15$ ) nahm Antidepressiva, v.a. SSRIs, ein. In der nichtklinischen Kontrollgruppe wurden 7% ( $n = 2$ ) und in der adipösen Vergleichsgruppe 27% psychopharmakologisch behandelt. Sowohl die kaufsüchtigen als auch die adipösen Patientinnen unterschieden sich damit signifikant von der nichtklinischen Kontrollgruppe ( $p < 0,001$  und  $p = 0,042$ ), jedoch nicht untereinander.

### Kaufsuchttendenz

Die Testung mit dem SKSK ergab für die Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten einen Mittelwert von 54,1 ( $SD = 6,9$ ), für die nichtklinischen Kontrollpersonen von 20,7 ( $SD = 4,8$ ) und für die adipöse Kontrollgruppe von 23,1 ( $SD = 5,9$ ) ( $\chi^2_{[2]} = 8,325$ ;  $p < 0,001$ ).

### Prävalenz mit Achse-1-Störungen

#### a) Lebenszeitprävalenz

In **Tab. 2** sind die wichtigsten Ergebnisse zur Lebenszeitprävalenz aufgelistet. Ein signifikanter Gruppenunterschied wurde bei affektiven, Angst- und Essstörungen gefunden. Die Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten berichteten signifikant mehr affektive und Angststörungen als die beiden anderen Gruppen und mehr Essstörungen als die nichtklinische Kontrollgruppe. Am häufigsten wurden Essstörungen bei den adipösen Patientinnen diagnostiziert, hier v.a. die Binge-Eating-Störung, die Differenz zur Kaufsuchtgruppe war jedoch nicht signifikant. Es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede bei den Abhängigkeitserkrankungen gefunden, die Differenz zwischen Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten und Adipösen erreichte keine statistische Signifikanz ( $p = 0,052$ ). Auch bezogen auf somatoforme Störungen gab es keine signifikanten Abweichungen zwischen den Gruppen.

#### b) Derzeitige Prävalenz

Ein ganz ähnliches Muster ergab sich bei der ausschließlichen Betrachtung der derzeitigen Diagnosen. Auch hier wurden signifikante Gruppenunterschiede bei affektiven, Angst- und Essstörungen festgestellt. Die jeweils höchste Rate an aktuellen affektiven und Angststörungen beschrieben die Patientinnen mit pathologischem Kaufen, bei den Essstörungen waren es die adipösen Patientinnen. Irgendeine derzeitige Achse-1-Störung wiesen 87% der kaufsüchtigen, 37% der nichtklinischen Kontrollpersonen und 67% der adipösen Patientinnen auf, wobei nur die Patientinnen mit pathologischem Kaufen und die Frauen der nichtklinischen Kontrollgruppe sich signifikant voneinander unterschieden ( $p < 0,001$ ).

In der Kaufsuchtgruppe wurden folgende Prävalenzraten für derzeitige Störungen ermittelt: affektive Störungen 63%, Abhängigkeitserkrankungen 3%, Angststörungen 80%, somatoforme Störung 17% und Essstörungen 23%. Die nichtklinischen Kont-



Tab. 3 Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen.

Persönlichkeitsstörung	Patientinnen mit pathologischem Kaufen (PK) n = 30		adipöse Patientinnen vor Adipositaschirurgie (AC) n = 30		nichtklinische weibliche Kontrollpersonen (KG) n = 30		p <sup>1</sup>	Einzelgruppenvergleiche <sup>2</sup>
	n	%	n	%	n	%		
selbstunsicher-vermeidende	11	37	4	13	0	0		
depressive	11	37	3	10	1	3		
zwanghafte	8	27	4	13	1	3		
Borderline	6	20	2	7	0	0		
paranoide	5	17	1	3	0	0		
negativistische	3	10	2	7	0	0		
schizoide	3	10	3	10	0	0		
histrionische	4	13	0	0	0	0		
dependente	2	7	0	0	1	3		
narzisstische	2	7	0	0	0	0		
antisoziale	1	3	1	3	0	0		
<b>mindestens eine Persönlichkeitsstörung</b>	<b>22</b>	<b>73</b>	<b>10</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>PK &gt; AC = KG<sup>2</sup></b>
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	p <sup>3</sup>	Einzelgruppenvergleiche <sup>4</sup>
<b>Anzahl der Persönlichkeitsstörungen pro Patientin</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>PK &gt; AC &gt; KG</b>

Anmerkungen: <sup>1</sup>  $\chi^2$ -Test nach Pearson; <sup>2</sup>  $\chi^2$ -Test nach Fisher; <sup>3</sup> H-Test nach Kruskal-Wallis; <sup>4</sup> U-Test nach Mann u. Whitney

rollpersonen beschrieben folgende Prävalenzdaten für derzeitige Störungen: affektive Störungen 7%, Abhängigkeitserkrankungen 0%, Angststörungen 23%, somatoforme Störung 10% und Essstörungen 3%. Bei den adipösen Patientinnen waren es: affektive Störungen 30%, Abhängigkeitserkrankungen 0%, Angststörungen 27%, somatoforme Störung 3% und Essstörungen 37%.

### Persönlichkeitsstörungen

In **Tab. 3** sind die Resultate aufgelistet. Die höchsten Prävalenzraten wurden bei den Patientinnen mit pathologischem Kaufen gefunden. In dieser Gruppe waren bei 73% die diagnostischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt, am häufigsten wurden eine selbstunsicher-vermeidende, depressive, zwanghafte und Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt. Klinische und nichtklinische Kontrollgruppe unterschieden sich nur tendenziell ( $p = 0,057$ ). Nach Berechnung der Anzahl der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen pro Patientin ergab sich allerdings ein signifikanter Unterschied auch zwischen den adipösen und den nichtklinischen Kontrollpersonen ( $U = 336$ ,  $p = 0,019$ ).

### Impulskontrollstörungen

Die höchste Prävalenzrate wurde bei den Patientinnen mit pathologischem Kaufen gefunden ( $\chi^2_{[2]} = 8,889$ ;  $p < 0,012$ ). In dieser Gruppe beschrieben insgesamt 7 Frauen (23%) noch eine weitere Impulskontrollstörung; bei 5 Patientinnen (17%) waren die diagnostischen Kriterien für eine intermittierende explosive Störung sowie bei 2 Frauen die einer Kleptomanie erfüllt und jeweils eine Frau beschrieb pathologisches Spielen bzw. Trichotillomanie. In den beiden Kontrollgruppen konnte jeweils nur einmal eine Impulskontrollstörung diagnostiziert werden. In der nichtklinischen Kontrollgruppe wurde eine intermittierende explosive Störung von einer Frau angegeben. Von den adipösen Teilnehmerinnen berichtete eine Patientin eine Trichotillomanie.

### Diskussion

Die Kaufsuchttendenz, erfasst mit dem SKSK, unterschied sich erwartungsgemäß zwischen den Gruppen; nur in der Gruppe der Patientinnen mit pathologischem Kaufen lagen die Werte über dem kritischen Grenzwert für eine Kaufsuchtgefährdung. In der Zusammenschau der Befunde bestätigt die vorliegende Untersuchung die hohe psychische Komorbidität bei Patientinnen mit pathologischem Kaufverhalten und befindet sich in Einklang mit bisher publizierten Daten. 93% der untersuchten kauf-süchtigen Frauen berichteten mindestens eine frühere oder aktuelle Achse-1-Störung, 73% eine Persönlichkeitsstörung und 23% eine weitere Impulskontrollstörung. Auffallend häufig wurden affektive Störungen, soziale Phobie, generalisierte Angststörung und Zwangsstörungen festgestellt. Anzumerken ist, dass die hohe Prävalenz von Zwangsstörungen nicht in Zusammenhang mit zwanghaftem Horten stand; dieses Störungsbild ist bekanntermaßen häufig mit pathologischem Kaufen vergesellschaftet [30]. In Anlehnung an andere Autoren [33] hatten wir uns vorab entschlossen, nur die „üblichen“ Zwänge, wie z.B. Wasch- und Kontrollzwänge zu codieren, nicht jedoch das zwanghafte Horten. Frühere Untersuchungen zur Komorbidität bei Patienten mit pathologischem Kaufen hatten geringere Prävalenzraten für Zwangsstörungen berichtet. Eine Ausnahme stellt die offene Untersuchung von McElroy u. Mitarb. [5] an 20 konsekutiven Psychiatriepatienten mit pathologischem Kaufen dar, bei der mit einer Prävalenzrate von 35% eine ähnlich hohe Komorbidität mit Zwangsstörungen ermittelt wurde wie in der vorliegenden Arbeit.

Bei den kaufsüchtigen Patientinnen wurde eine vermeidende, depressive, zwanghafte und Borderline-Persönlichkeitsstörung am häufigsten diagnostiziert, was zu früher publizierten amerikanischen Ergebnissen passt [22]. Die hohe Rate an weiteren Impulskontrollstörungen in unserer Stichprobe beruhte vorrangig auf der relativ oft diagnostizierten intermittierenden, explosiven

Störung. Nur drei Patientinnen (10%) mit pathologischem Kaufen wiesen gleichzeitig eine intermittierende explosive Störung und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, sodass hier relativ wenig Überlappung zwischen den beiden Störungsbildern gefunden wurde. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ähneln denen von Christenson u. Mitarb. [24], die bei 21 % ihrer Patientinnen mindestens eine weitere Impulskontrollstörung festgestellt hatten, allerdings nur bei 4% von ihnen eine intermittierende explosive Störung. Hingegen beschrieben Schlosser u. Mitarb. [22] in einer offenen Untersuchung von 46 kaufsüchtigen Patienten eine Prävalenzrate der intermittierenden explosiven Störung von 20%. Insgesamt unterstützen unsere Ergebnisse, insbesondere die hohe Komorbidität mit Zwangsstörungen und weiteren Impulskontrollstörungen, die These, dass pathologisches Kaufen sowohl zwanghafte als auch impulsive Züge trägt [34].

Im Vergleich zu der nichtklinischen Kontrollgruppe wiesen Patientinnen mit pathologischem Kaufen signifikant mehr affektive, Angst- und Essstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen und weitere Impulskontrollstörungen auf. Keine Unterschiede fanden sich bei den somatoformen und interessanterweise auch bei den Abhängigkeitserkrankungen. Letzteres könnte auf die zunächst relativ hoch erscheinende Lebenszeitprävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit in der Kontrollgruppe zurückzuführen sein, die 16% betrug. Dieses Ergebnis scheint jedoch glaubhaft angesichts repräsentativer Untersuchungen, die ähnliche Prävalenzraten für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit ermittelten [35,36]. Die anderen aktuellen Prävalenzraten für die nichtklinische Kontrollgruppe entsprachen in etwa den Resultaten früherer repräsentativer Studien. So stellten Jacobi u. Mitarb. [38] bei 32% der deutschen Erwachsenen (n = 4181) mindestens eine Achse-1-Störung fest und beschrieben für Frauen folgende 12-Monats-Prävalenzen: affektive Störungen 15,4%, Dysthymie 5,8% und Angststörungen 19,8%. In unserer nichtklinischen Kontrollgruppe berichteten 37% der Frauen mindestens eine derzeitige Achse-1-Störung, 7% der Frauen hatten eine derzeitige affektive Störung, 7% eine Dysthymie und 23% eine derzeitige Angststörung.

Auch im Vergleich zur klinischen Kontrollgruppe zeigten Patientinnen mit pathologischem Kaufen signifikant mehr affektive und Angststörungen sowie Persönlichkeits- und weitere Impulskontrollstörungen. Die adipösen Patientinnen beschrieben zwar häufiger als die kaufsüchtigen Frauen eine Essstörung, dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die Vermutung, dass die psychischen Probleme bei den Patientinnen mit pathologischem Kaufen durch finanzielle Probleme, Verschuldung und drohende Anzeigen wegen nicht bezahlter Rechnungen oder Scheckkartenbetruges hervorgerufen wurden, liegt nahe. Allerdings unterschieden sich die kaufsüchtigen Frauen nicht von den adipösen Frauen bezogen auf die Höhe der Schulden und die Inanspruchnahme von Schuldnerberatungen, wohl aber in der psychischen Komorbidität.

Im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe waren die adipösen Patientinnen bezogen auf Essstörungen signifikant belasteter und bei ihnen wurde eine signifikant größere Anzahl an Persönlichkeitsstörungen gefunden. Insgesamt ermittelten wir in unserer Stichprobe adipöser Patientinnen höhere Prävalenzraten als in einer früher publizierten Untersuchung von Herpertz u. Mitarb. [28]. Allerdings wurden die Patienten dort am Tag der stationären Aufnahme befragt, während die Patientinnen unserer Stichprobe mehrere Wochen bis Monate vor der stationären Aufnahme evaluiert wurden und ihnen versichert wurde, dass

die Untersuchungsergebnisse die Entscheidung über die Operation nicht beeinflussen würden. Dieses Vorgehen könnte die Bereitschaft, psychische Symptome im Interview mitzuteilen, erhöht haben.

Abschließend soll auf die Limitierungen dieser Arbeit eingegangen werden. Natürlich schmälert die geringe Stichprobengröße die Aussagekraft der Ergebnisse. Wahrscheinlich hätten durch einen größeren Stichprobenumfang einige der tendenziellen Unterschiede eine statistische Signifikanz erreicht. Auch Kontrollprobleme wie z.B. Informations- und Selektionsbias müssen kritisch diskutiert werden. Bei den untersuchten Frauen mit pathologischem Kaufverhalten handelte es sich um Therapie aufsuchende Patientinnen mit einem sehr hohen Leidensdruck, was zu einem Informationsbias geführt haben kann, weil Patienten sich bekanntermaßen mehr an Symptome erinnern als Gesunde. Insofern erlauben die hier vorgestellten Ergebnisse lediglich eine Aussage über weibliche Personen mit pathologischem Kaufverhalten, die sich deswegen in Psychotherapie begeben haben. Neben einem Reportingbias kann auch ein Observerbias nicht ausgeschlossen werden, da die Interviews nicht doppelt verblindet stattfanden. Die Tatsache, dass die Prävalenzraten in allen drei Gruppen hoch waren, lässt zudem ein sensibles SKID-Rating vermuten.

Das Schwierigste an einer Fall-Kontroll-Studie ist oft die Auswahl der passenden Kontrollgruppe, was in der Praxis durch finanzielle, personelle und zeitliche Einschränkungen erschwert wird und einen Selektionsbias mit sich bringen kann [39,40]. Es stellt sich natürlich die Frage, in welchem Maße unsere beiden Kontrollgruppen geeignet waren. Da es im Rahmen der vorliegenden Arbeit aus technischen und logistischen Gründen nicht möglich war, eine Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung zu erheben, diente als nichtklinische Kontrollgruppe eine Vergleichsgruppe interessierter Freiwilliger ohne pathologisches Kaufverhalten. Die ermittelten Prävalenzraten in dieser Stichprobe wichen allerdings nicht wesentlich von denen repräsentativer Erhebungen ab. Auch der Vergleich mit adipösen Patientinnen vor Adipositaschirurgie muss hinterfragt werden. Die adipösen Patientinnen eigneten sich insofern als klinische Kontrollgruppe, weil sie genauso wie die kaufsüchtigen Patientinnen im Vorfeld einer Behandlung evaluiert wurden und über Verschuldung berichteten. Für eine gewisse psychische Beeinträchtigung der hier untersuchten adipösen Patientinnen spricht auch, dass immerhin 27% Psychopharmaka einnahmen. Außerdem wurde in der Literatur über eine erhöhte psychische Komorbidität bei dieser Patientenlientel berichtet [27,28]. Die erwähnten Studien erfolgten allerdings an wesentlich größeren Stichproben.

Unseres Wissens existieren bislang keine weiteren kontrollierten Studien, die die psychische Komorbidität bei deutschen Patienten mit pathologischem Kaufen untersucht haben, sodass die vorliegende Pilotstudie als erster Versuch einer systematischen Untersuchung der psychischen Komorbidität bei dieser Patientengruppe in Deutschland gelten kann. Weltweit existieren nur drei weitere kontrollierte Komorbiditätsstudien, die jedoch alle nur eine nichtklinische Kontrollgruppe eingeschlossen haben. In zukünftige Untersuchungen sollten nicht Behandlung aufsuchende weibliche und auch männliche Personen mit pathologischem Kaufen einbezogen werden. Außerdem wäre es sinnvoll, den zeitlichen Verlauf sowohl des pathologischen Kaufens als auch der komorbiden psychischen Störungen detailliert zu erfassen, um weiter der Frage nachgehen zu können, ob es sich beim pathologischen Kaufen um eine eigene Krankheitsentität oder ein Epiphänomen anderer psychischer Erkrankungen

handelt. Angesichts der extrem hohen Komorbidität stellt sich nämlich die Frage, inwiefern pathologisches Kaufen überhaupt eine eigene Krankheitsentität darstellt. Ganz offensichtlich handelte es sich zumindest bei der hier untersuchten Stichprobe von kaufsüchtigen Patientinnen um ein psychisch sehr krankes Kollektiv, sodass diskutiert werden muss, ob pathologisches Kaufen nicht besser als eine Begleiterscheinung anderer psychischer Erkrankungen verstanden werden sollte. So könnte der Verhaltenssextzess z. B. als Impulskauf im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder als Kaufritual im Rahmen einer Zwangsstörung erklärt werden. Diese Sichtweise birgt allerdings die Gefahr, dass das Phänomen übersehen oder bagatellisiert wird, die Patienten nicht störungsspezifisch behandelt werden und einer weiteren Chronifizierung Vorschub geleistet wird. Bei aller Skepsis gegenüber der Krankheitsentität pathologisches Kaufen, insbesondere aufgrund eines bislang fehlenden Ätiologiemodells, lassen sich der Verhaltenssextzess an sich und der daraus resultierende Leidensdruck der Betroffenen jedoch nicht übersehen. Nach unseren klinischen Erfahrungen, die sich auf die Begleitung von Patienten im Rahmen einer Psychotherapie sowie detaillierte Verhaltensanalysen stützen, verschwindet das Problem nur bei einem Bruchteil der Patienten im Zuge erfolgreicher Behandlungen komorbider psychischer Erkrankungen. Allerdings handelt es sich nicht zuletzt wegen der psychischen Komorbidität um eine inhomogene Patientengruppe, weswegen sich schon jetzt Implikationen für die Behandlung im Sinne differenzieller Therapieangebote ergeben und weiterer Forschungsbedarf besteht, um das Phänomen besser verstehen zu können.

### Fazit für die Praxis

Beim pathologischen Kaufen handelt es sich um einen kulturspezifischen Verhaltenssextzess mit Krankheitswert, der bei den Betroffenen und ihren Angehörigen hohen Leidensdruck verursacht. Es besteht eine ausgesprochen hohe psychische Komorbidität v. a. mit affektiven, Angst- und Essstörungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen und weiteren Impulskontrollstörungen. Angesichts der hohen psychischen Komorbidität sollten differenzielle Behandlungsangebote entwickelt werden. Um das Störungsbild besser verstehen zu können, bedarf es weiterer Forschungsarbeit.

### Danksagung

Die Untersuchungen waren Teil einer Psychotherapiestudie, die finanziell unterstützt wurde vom ELAN-Fond der Universität Erlangen und von der Bayerischen Sparkassenstiftung.

### Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass bezüglich dieser Arbeit weder tatsächliche noch potenzielle Interessenkonflikte bestehen.

### Literatur

- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte I. Band Allg. Psychiatrie. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1909
- Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer, 1923
- Müller A, de Zwaan M. Pathologisches Kaufen – ein Verhaltenssextzess mit Krankheitswert? Suchtmed 2006; 8: 189–196
- Black DW. Compulsive buying disorder: a review of evidence. CNS Spectr 2007; 12: 124–132
- Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HG et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. J Clin Psychiatry 1994; 55: 242–248
- Grüsser SM, Thalemann CN. Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Huber, 2006
- Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A et al. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. A critical review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256: 464–475
- Neuner M, Raab G, Reisch L. Compulsive buying in maturing consumer societies: an empirical re-inquiry. J Econ Psychology 2005; 26: 509–522
- Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E et al. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. Am J Psychiatry 2006; 163: 1806–1812
- Scherhorn G, Reisch LA, Raab G. Kaufsucht. Bericht über eine empirische Untersuchung. Arbeitspapier 50. Stuttgart-Hohenheim: Universität Hohenheim, 1994
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM et al. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001; 158: 1783–1793
- Faber RJ. Self-control and compulsive buying. In: Kasser T, Kanner A (eds): Psychology and the culture of consumption. Washington, DC: American Psychological Association, 2004: 169–187
- Hand I. Pathologisches Kaufen – Kaufzwang, Kaufrausch oder Kaufsucht? In: Lenz G, Demal U, Bach M (Hrsg): Spektrum der Zwangsstörungen. Wien: Springer, 1998: 123–132
- Babbar J. Correspondence: compulsive buying a culture bound disorder? Int J Soc Psychiatry 2007; 53: 189–190
- Lee S, Mysyk A. The medicalization of compulsive buying. Soc Sci Med 2004; 58: 1709–1718
- Black DW, Gabel J, Hansen J, Schlosser S. A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. Ann Clin Psychiatry 2000; 12: 205–211
- Ninan PTN, McElroy SL, Kane CP et al. Placebo-controlled study of fluvoxamine in the treatment of patients with compulsive buying. J Clin Psychopharmacol 2000; 20: 362–366
- Koran LM, Bullock KD, Hartston HJ et al. Citalopram for compulsive shopping disorder: an open-label study followed by double-blind discontinuation. J Clin Psychiatry 2003; 64: 793–798
- Koran LM, Aboujaoude EN, Solvason B et al. Escitalopram for compulsive buying disorder: a double-blind discontinuation study. J Clin Psychopharmacol 2007; 27: 225–227
- Mitchell JE, Burgard M, Faber R et al. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. Behav Res Ther 2006; 44: 1859–1865
- Mueller A, Mueller U, Silbermann A et al. A randomized, controlled trial of group cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder: posttreatment and 6-month follow-up results. J Clin Psychiatry 2008, im Druck
- Schlosser S, Black DW, Repertinger S, Freet D. Compulsive Buying. Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. Gen Hosp Psychiatry 1994; 16: 205–212
- Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. Am J Psychiatry 1998; 155: 960–963
- Christenson GA, Faber RJ, de Zaan M et al. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. J Clin Psychiatry 1994; 55: 5–11
- Mitchell JE, Redlin J, Wonderlich S et al. The relationship between compulsive buying and eating disorder. Int J Eat Disord 2002; 32: 107–111
- Mueller A, Mitchell JE, Mertens C et al. Comparison of treatment seeking compulsive buyers in Germany and the United States. Behav Res Ther 2007; 45: 1629–1638
- Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. Am J Psychiatry 2007; 164: 328–334
- Herpertz S, Burgmer R, Stang A et al. Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without loss treatment in a German urban population. J Psychosom Res 2006; 61: 95–103
- Raab G, Neuner M, Reisch LA, Scherhorn G. SKS – Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten. Ein Testmanual. Göttingen: Hogrefe, 2005
- Mueller A, Mueller U, Albert P et al. Hoarding in a compulsive buying sample. Behav Res Ther 2007; 45: 2754–2763
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc, 1996



- 32 Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Göttingen: Hogrefe, 1997
- 33 Wu K, Watson D. Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 897–921
- 34 Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse control disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 539–551
- 35 Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany. Seattle, WA: Hogrefe and Huber Publishers, 2002
- 36 Perkonig A, Pfister H, Hoefler M et al. Substance use and substance use disorders in a community sample of adolescents and young adults: incidence, age effects and patterns of use. *Eur Addict Res* 2006; 12: 187–196
- 37 Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12: 3–21
- 38 Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and examination survey (GHS). *Psychol Medicine* 2004; 34: 597–611
- 39 Lee W, Bindman J, Ford T et al. Bias in psychiatric case-control studies. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 204–209
- 40 Müllner M. Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik. Evidence Based Medicine. 2., überarb. u. erw. Auflage. Wien: Springer, 2005

Datum   Ort	Veranstaltung	Auskunft
16.–19.9.2009 Köln	<b>2. Deutscher Suchtkongress</b> Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (federführend), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.	Thieme.congress in Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-588, Fax: 0711/8931-370, info@suchtkongress09.de, www.suchtkongress09.de
24.–27.9.2009 Freudenstadt	<b>67. Psychotherapie-Seminar</b> „Das Burnout-Syndrom“	Prof. Dr. H. Schneider, Klinik Hohenfreudenstadt, Tel.: 07441/534711, Fax: 07441/534707, kolar@klinik-hohenfreudenstadt.de, www.pt-seminar-freudenstadt.de
25.–26.9.2009 Wiesbaden	<b>Jahrestagung der IGPS 2009 in Kooperation mit dem AK Psychosomatik der DGSS</b> Thema: Gesichts- und Kopfschmerz: Wechselwirkung zwischen Stress und Schmerz	martina.junker@hsk-wiesbaden.de, www.igps-schmerz.de, www.hsk-wiesbaden.de
1.–3.10.2009 Leipzig	<b>12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)</b> „Gene, Umwelt und Gesundheit“	Diana Pätz, Universität Leipzig, Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig, Tel.: 0341/97188-03, Fax: 0341/97188-09, info@gene-umwelt-gesundheit-2009.de, www.gene-umwelt-gesundheit-2009.de
1.–4.10.2009 Berlin	<b>60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)</b> Thema: Die Psychoanalyse im Pluralismus der Wissenschaften	Geschäftsstelle der DGPT, Johannissbollwerk 20, 20459 Hamburg, Tel.: 040/319-2619, Fax: 040/319-4300, psa@dgpt.de, www.dgpt.de
3.10.2009 Bonn	<b>10. Bonner Symposium und Jahrestagung der DF</b> Trauma – Bindung – Struktur / Der Beitrag der psychodynamischen Psychotherapie	KBAP, Wenzelgasse 35, 53111 Bonn, Tel.: 0228/9638134, Fax: 0228/9650221, info@kbap.de, www.kbap.de
10.–11.10.2009 Berlin	<b>Berliner Überregionales Symposium für Psychosenpsychotherapie</b> „Frühe Phasen psychotischer Entwicklung – verschiedene Behandlungskonzepte“	Sabine Nawrotzki, Fax: 030/450517922, sabine.nawrotzki@charite.de, http://www.charite.de/psychiatrie/aktuelles.html