

**Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg**

Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

**Veränderungen von
biographischen Beurteilungen
und Persönlichkeitsmerkmalen
depressiver Patienten
im Verlauf kognitiver Therapie**

Inaugural-Dissertation

**zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der**

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

**vorgelegt von
Christof Spieler
aus Bad Windsheim**

Würzburg, Januar 2011

Referent: Prof. Dr. med. Karl-Ernst Bühler, Diplom-Psychologe

Korreferent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Dezember 2011

Der Promovend ist Zahnarzt.

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Teil	5
2.1	Depression	5
2.1.1	Historischer Überblick	5
2.1.2	Epidemiologie, Risikofaktoren, Krankheitssymptome	7
2.1.3	Klassifikation und Diagnose: „Major Depression“ nach DSM-IV und ICD-10	10
2.2	Die kognitive Verhaltenstherapie der Depression	13
2.2.1	Depressionsmodelle als theoretische Grundlage und Handlungsrahmen der kognitiven Verhaltenstherapie	14
2.2.1.1	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle	14
2.2.1.1.1	Verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell nach Lewinsohn	14
2.2.1.1.2	Kognitionstheoretisches Erklärungsmodell der Depression nach Beck	16
2.2.1.2	Integratives Depressionsmodell als theoretische Grundlage für die psychotherapeutische Intervention	20
2.2.2	Theoretische Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung	22
2.2.2.1	Die rational-emotive Therapie nach Ellis	23
2.2.2.2	Die kognitive Therapie nach Beck	25
2.2.2.3	Selbstinstruktionsverfahren nach Meichenbaum	27
2.2.2.4	Fünf Schritte der kognitiven Umstrukturierung nach Wilken	28
2.2.3	Struktur einer kognitiven Therapie bei der Behandlung einer unipolaren Depression	30
2.2.4	Stand der Therapieforschung: Empirische Belege für die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung unipolarer Depressionen	32
2.2.5	Untersuchungen zur kognitiven Umstrukturierung von biographischen Einschätzungen und Persönlichkeitsmerkmalen	35
3	Fragestellungen und Hypothesen	38

4	Material und Methode	40
4.1	Untersuchungsdesign	40
4.2	Soziodemographische Merkmale der Probanden	42
4.3	Testmaterial	44
4.3.1	Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion	44
4.3.2	Eigenschaftswörterliste	48
4.3.3	Befindlichkeitsskala	50
4.4	Statistische Datenanalyse	52
5	Ergebnisse	54
5.1	Prä-Post-Vergleich des Fragebogens für Psycho- vulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP)	54
5.2	Prä-Post-Vergleich der Eigenschaftswörterliste (EWL)	58
5.2.1	Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen	58
5.2.2	Prä-Post-Vergleich der EWL-Faktoren	60
5.2.3	Prä-Post-Vergleich der EWL-Skalen	61
5.3	Prä-Post-Vergleich der Befindlichkeitsskala (Bf-S)	64
5.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche	66
5.5	Einfluss der Prä-FPVP-Skalenwerte auf die Veränderung von Stimmung und Befindlichkeit	68
5.5.1	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen	69
5.5.2	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der Bf-S-Faktoren	72
5.5.3	Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP- Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen	74
5.5.4	Korrelationen der Prä-Werte von EI, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen	75
6	Diskussion	79
6.1	Prä-Post-Vergleich der FPVP-Skalen	80
6.2	Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen und Bf-S-Faktoren	84
6.3	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalenwerte mit den Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit	85
6.4	Einschränkungen der Studie	88
6.5	Folgerungen für das klinisch-therapeutische Vorgehen	90
6.6	Folgerungen für die zukünftige Forschung	93

7	Zusammenfassung	95
8	Literaturverzeichnis	99
	Abbildungsverzeichnis	107
	Tabellenverzeichnis	108
	Abkürzungsverzeichnis	109
9	Anhang	112
9.1	Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psycho- protektion (FPVP)	112
9.2	Outputs der statistischen Berechnungen	118
9.2.1	Wilcoxon-Test der FPVP-Skalen	118
9.2.2	Wilcoxon-Test der EWL-Skalen und Bf-S-Faktoren	123
9.2.3	Spearman-Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen und der Bf-S-Faktoren	131
9.2.4	Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP- Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen	140
9.2.5	Korrelationen der Prä-Werte von EI, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen	142
10	Danksagung	
11	Lebenslauf	

1 Einleitung

*Wer einsieht, dass er seine Wirklichkeit selbst konstruiert,
der ist wirklich frei.*

Er weiß, dass er seine Wirklichkeit jederzeit ändern kann.

(Paul Watzlawick, 1921 – 2007)

Paul Watzlawick, ein Vertreter des Konstruktivismus, äußert die grundlegende Überzeugung, dass die Realität keine absolute Größe darstellt, sondern in gewisser Weise von jedem Individuum selbst definiert wird.

In diesem Punkt stimmt er mit grundsätzlichen Ansichten der Theoretiker kognitiver Psychotherapieverfahren überein.

Die Vertreter dieses gegenwärtig äußerst populären psychotherapeutischen Vorgehens bei der Therapie affektiver Störungen sehen die Ursachen der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen in erster Linie in einer verzerrten, dysfunktionalen Sicht auf die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft, somit also in individuellen gedanklichen Mustern und Sichtweisen. Ein Hauptaugenmerk der psychotherapeutischen Behandlung besteht demnach darin, dem Patienten zu realitätsgerechteren Wahrnehmungen und gedanklichen Strukturen zu verhelfen. Deshalb werden Methoden der sogenannten kognitiven Umstrukturierung automatisch ablaufender, negativer Gedanken sowie depressiogener Denkschemata und Grundannahmen als wichtiger Baustein zur Linderung beziehungsweise Heilung affektiver Erkrankungen verstanden.

Neben diesem kognitiven Ansatz bilden behavioristisch orientierte Therapiemethoden den zweiten Pfeiler kognitiver Therapieverfahren, da kognitive Verhaltenstherapeuten enge Zusammenhänge und Interaktionen

zwischen Stimmung, Denken und Handeln betonen. Diese drei Komponenten stehen in einem engen internen Zusammenhang, wechselwirken vielseitig miteinander und beeinflussen sich gegenseitig. Die Förderung für den Patienten positiver Tätigkeiten sowie eine Erhöhung des Aktivitätsniveaus gehören aus diesem Grund ebenso zum Konzept kognitiver Therapieverfahren bei der Behandlung affektiver Erkrankungen. Insbesondere soll dem Patienten zu einem sozialkompetenten Verhalten verholfen werden, da Depressive häufig Interaktionsstile entwickeln, die in ihrem persönlichen Umfeld zwar zunächst Aufmerksamkeit und Mitleid erregen, in der Folge aber eher zum Rückzug der Bezugspersonen, zur Vermeidung und somit zur sozialen Isolation führen, wodurch die psychische Erkrankung letztlich unterhalten und verschlimmert wird.

Das Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie ist es, durch die Kombination von kognitiven Psychotherapieverfahren und behavioristischen Behandlungsansätzen die nach unten führende Spirale der Depression zu durchbrechen.

Die vorliegende klinische Studie ist als Eingruppen-Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe konzipiert. Anhand der in Form verschiedener Fragebögen ermittelten Ergebnisse von 46 Patienten mit der Diagnose einer Major Depression nach DSM-IV, die sich im Zeitraum von 1999 bis 2005 in ambulanter psychiatrischer Therapie befanden und nach Prinzipien und Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden, soll untersucht werden, ob beziehungsweise inwieweit persönlichkeitspezifische Merkmale der Probanden im Verlauf der kognitiven Psychotherapie eine Veränderung erfahren. Das zweite Hauptaugenmerk gilt der Frage, ob es nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention zu einer veränderten Beurteilung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte durch die depressiven Testpersonen kommt. Desweiteren wird evaluiert, ob sich im Verlauf der kognitiven Therapie die allgemeine Befindlichkeit und Stimmungslage der Probanden im Sinne einer Abnahme der Depressivität sowie einer Steigerung des gegenwärtigen psychischen Wohlbefindens verändert. Schließlich soll der

Fragestellung nachgegangen werden, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge respektive biographische Beurteilungen der depressiven Probanden einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit während des Therapieverlaufes nehmen und ob sich bestimmte Wesensmerkmale beziehungsweise biographische Einschätzungen somit als Prädiktoren für Änderungen des allgemeinen Befindens im Laufe einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen.

An dieser Stelle soll nun ein Überblick über die nachfolgenden Kapitel der vorliegenden Dissertationsschrift gegeben werden:

Das zweite Kapitel führt theoretisch in die Thematik der Arbeit ein, indem zunächst eine globale Vorstellung des Krankheitsbildes der Depression erfolgt. Sodann wird in einem zweiten Schritt die kognitive Verhaltenstherapie als spezielle Psychotherapieform zur Behandlung depressiver Störungen beleuchtet, wobei einerseits das der Therapie zugrundeliegende Depressionsmodell sowie andererseits die theoretischen Grundlagen kognitiver Umstrukturierungsmaßnahmen, welche einen zentralen Bestandteil dieses Therapieverfahrens bilden, dargestellt werden. Anschließend werden bedeutende bisherige Untersuchungen zur Wirksamkeit dieser psychotherapeutischen Interventionsform zitiert sowie wissenschaftliche Arbeiten, die den Einfluss von biographischen und Persönlichkeitsvariablen auf Stimmung und Befindlichkeit untersuchten. Die genannten Studien bilden eine wichtige Grundlage der Fragestellungen und Hypothesen dieser Untersuchung, welche im dritten Kapitel formuliert werden. Kapitel 4 macht daraufhin mit der Methodik der Arbeit vertraut, indem das Untersuchungsdesign der Studie sowie das Probandengut vorgestellt werden; daneben erfolgt eine Darstellung des verwendeten Testmaterials. Anschließend gibt Kapitel 5 die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche und Korrelationsberechnungen dieser Untersuchung wieder, die im sechsten Kapitel vor dem Hintergrund bisheriger Forschungs-

arbeiten diskutiert werden, um daraus unter anderem Folgerungen für das klinisch-therapeutische Vorgehen zu ziehen. Schließlich subsumiert Kapitel 7 die grundlegenden Fragestellungen sowie die Ergebnisse und Folgerungen der vorliegenden Studie.

2 Theoretischer Teil

2.1 Depression

Unter dem Begriff „Depression“ werden psychische Störungen subsumiert, welche sich in einer Beeinträchtigung der Stimmung manifestieren. So kennzeichnen Symptome wie Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit und Interessenverlust das Krankheitsbild der Depression. Weiterhin gelten somatische Beschwerden als wesentliche Merkmale dieser Erkrankung (Hautzinger, 2009).

Störungen wie Persönlichkeitsauffälligkeiten, Ängste, Furcht- und Trauerreaktionen, deren zentrale Symptomatik ebenso in einer Beeinträchtigung des affektiven Erlebens besteht, treten häufig im Sinne einer Komorbidität in Kombination mit Depressionen auf, gelten allerdings als eigene Störungsentitäten. Einschließlich milderer Formen depressiver Störungen gilt die in allen Lebensabschnitten auftretende Depression als die häufigste psychische Erkrankung (Hautzinger, 2003).

2.1.1 Historischer Überblick

Der nun folgende geschichtliche Überblick über den Depressionsbegriff orientiert sich an Laux, 2009, S. 76 – 78:

Depressionen zählen zur Gruppe der affektiven Störungen.

Bereits im antiken medizinischen Schrifttum wird von Störungen des affektiven Erlebens berichtet.

Im „Corpus hippocraticum“ aus dem fünften Jahrhundert vor Christus entwickelte Hippokrates den Begriff der „Melancholie“ („Schwarzgalligkeit“) im Rahmen der „Vier-Säfte-Lehre“. Der für die Erkrankung typische mutlos traurige Geistes- und Gemütszustand wurde demzufolge pathophysiologisch über ein Missverhältnis der vier Körpersäfte erklärt; die Krankheit wurde also als eine physische Erkrankung begriffen. „Manie“ bedeutete für Hippokrates einen Zustand des „Außer-sich-Seins“ im Sinne von Ekstase und Raserei, der als fieberhafte Geistesstörung verstanden wurde. Auffällig ist, dass Melancholie und Manie im Altertum nicht als konträre Gemütsverfassungen behandelt wurden, sondern vielmehr als verschiedene Aspekte auffälliger Geistesverfassung. Während im frühen Mittelalter die hippokratische Lehre übernommen wurde, wonach affektive Störungen als durch die schwarze Galle verursachte somatische Erkrankungen angesehen wurden, verabschiedete man sich im Spätmittelalter von diesem pathophysiologischen Erklärungsansatz. Fortan wurden affektive Störungen dämonologisch interpretiert.

Im 19. Jahrhundert fand der Begriff „Depression“, der sich von dem lateinischen Verb „deprimere“ („herunter-, niederdrücken“) ableitet, Einzug in die medizinisch-psychiatrische Literatur. Ursprünglich bezeichnete der Begriff einen unspezifischen, durch allgemeinen Abbau und Beeinträchtigung psychischer Funktionen im Sinne einer „Minussymptomatik“ gekennzeichneten Zustand. Im Jahre 1913 ordnete Kraepelin depressive Verstimmungen in die Kategorie des „manisch-depressiven Irreseins“ ein und schuf so die Voraussetzungen für einen symptomorientierten, definierten Depressionsbegriff. Seither steht der Begriff „depressiv“ global für „melancholische oder depressive Zustände mit trauriger oder ängstlicher Verstimmung sowie Erschwerung des Denkens und des Handelns“. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurden weitere Definitionsversuche der Krankheit unternommen. So beschrieb Jaspers (1913) als Hauptsymptome der Erkrankung eine „tiefe Traurigkeit“ und eine „Hemmung allen seelischen Geschehens“. Bleuler prägte 1916 den Begriff der „depressiven Trias“ aus „depressiver Verstimmung“, der „Hemmung des Gedankengangs“ sowie der „Hemmung der zentrifugalen Funktion des Entschließens, Handelns, inklusive der psychischen Teile der Motilität“.

Tellenbach beschrieb 1961 unter dem Begriff des „Typus melancholicus“ eine für affektive Störungen prädisponierende Persönlichkeitsstruktur, die durch Eigenschaften wie Ordentlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit charakterisiert ist. Im Jahr 1966 konnten Angst und Perris das Konzept der monopolen Psychosen widerlegen und stellten das heutzutage etablierte Konzept monopolarer und bipolarer Verlaufsformen depressiver Störungen vor. Mit Einführung der ICD („International Classification of Diseases“) beziehungsweise des DSM („Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders“) wurde in den 80-er und 90-er Jahren des 20. Jahrhunderts die Grundlage für eine symptomorientierte, auf wissenschaftlichen Evidenzen basierende Diagnostik der Depression geschaffen.

Auch im außermedizinischen Schrifttum hat die Melancholie als Wesensmerkmal eine große Bedeutung und die europäische Kultur- und Geistesgeschichte entscheidend geprägt. Neben dem pathologischen Aspekt scheint es, als würden gerade große Denker häufig die Züge des Melancholikers tragen, indem sie an der Welt leiden und, ohne endgültige Antworten zu bekommen, Fragen stellen. So hielt der Arzt Rufus von Ephesus (2. Jhdt. n. Chr.) große geistige Leistungen geradezu für eine Folge des melancholischen, schwermütigen Charakters. Auch Aristoteles wertete die Melancholiker auf, indem er sie in Richtung des Genialen stellte. Der französische Romancier Victor Hugo schließlich betrachtete die Melancholie paradoxerweise gar als „das Glück, traurig zu sein“.

2.1.2 Epidemiologie, Risikofaktoren, Krankheitssymptome

Unipolare Depressionen werden zusammen mit den selteneren bipolaren affektiven Störungen und Manien sowie den Dysthymien, depressiven Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf, jedoch nicht dem Vollbild einer depressiven Episode, unter dem Begriff „affektive Störungen“ zusammengefasst, wobei den unipolaren Depressionen innerhalb dieser Gruppe die

größte Bedeutung zukommt. Zudem gehören uni- oder monopolare Depressionen zu den heutzutage häufigsten psychischen Erkrankungen (Andrade et al., 2003; Alonso et al., 2004; Wittchen, Jacobi, 2005). Daten zur Häufigkeitsverteilung psychischer Erkrankungen hängen von Stichproben- und Diagnosekriterien ab und weisen in verschiedenen Ländern und Kulturkreisen Unterschiede auf. Epidemiologischen Studien zufolge beträgt die Punktprävalenz depressiver Erkrankungen, also der Anteil derjenigen Menschen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer Krankheit leiden, in der deutschen Bevölkerung zwischen 5 und 10%. In den letzten Jahren scheint es zudem zu einer Häufung depressiver Störungen zu kommen sowie zu einer Erfassung immer jüngerer Altersgruppen (Kessler et al., 2003; Wittchen, Jacobi, 2006). Durchschnittlich erleiden etwa 17% der Menschen in den Industrienationen im Laufe ihres Lebens eine depressive Episode, wobei die Wahrscheinlichkeit für Männer bei zirka 12% liegt, für Frauen hingegen bei über 20% (Jacobi et al., 2004). Demgegenüber zeigen bipolare affektive Psychosen mit einem Morbiditätsrisiko von etwa 1% keine Disparität hinsichtlich der Geschlechterverteilung (Hautzinger, 2003; Laux, 2009). Unipolare Depressionen lassen sich zumeist als episodische Erkrankungen beschreiben. Bei erstmals Erkrankten klingen die Symptome oft nach acht bis zwölf Wochen spontan ab; kommt es zu Rezidiven, so verlängert sich allerdings die Episodendauer und das Risiko einer Chronifizierung der Erkrankung steigt an. Ein Drittel der Patienten entwickelt lebenslang nur eine depressive Episode, bei einem weiteren Drittel kommt es zu rezidivierenden Depressionen und schließlich besteht bei einem Drittel der Patienten die Gefahr der Entstehung einer chronischen Depressionserkrankung, selbst wenn therapeutisch interveniert wird (Beesdo, Wittchen, 2006). Schließlich konnten Wittchen und Pittrow (2002) in der Studie „Depression 2000“ nachweisen, dass zu einem Stichtag 11% aller deutschen Hausarztpatienten die Kriterien einer monopolen Depression erfüllten, während nur bei etwa der Hälfte dieser Patienten die Erkrankung auch durch den Arzt diagnostiziert worden war (Wittchen et al., 2002; Wittchen, Beesdo, Bittner, 2003).

Als Risikofaktor für das Entstehen einer depressiven Störung gilt zunächst das weibliche Geschlecht; so weisen in nahezu allen Quer- und Längsschnittuntersuchungen Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen wie Männer auf (z.B. Jacobi et al., 2004). Weiterhin zeigen allein lebende, geschiedene, getrennt lebende oder verwitwete Personen höhere Depressionsraten als solche mit festen, vertrauensvollen Paarbeziehungen (z.B. Kessler et al., 2003). Ferner können ein niedrigerer Bildungsstand und eine beruflich unsichere Lage das Entstehen einer Depression befördern (z.B. Andrade et al., 2003; Kessler et al., 2003). Auch die geographische Situation ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen; demzufolge zeigen sich in ländlichen, kleinstädtischen Regionen geringere Depressionsraten als im großstädtischen Umfeld (z.B. Patten et al., 2003; Alonso et al., 2004). Belastende psychosoziale Faktoren und Lebensereignisse, sogenannte „Life Events“, wie zum Beispiel der Tod nahestehender Angehöriger oder die Trennung vom Lebenspartner, sowie chronische Belastungsfaktoren, wie finanzielle Probleme oder Arbeitslosigkeit, scheinen insbesondere bei der Auslösung einer ersten depressiven Episode eine Rolle zu spielen (Bifulco et al., 1998; Kendler et al., 2003; Paykel et al., 2005). Schließlich werden auch belastende Erfahrungen in frühester Kindheit in diesem Zusammenhang genannt (z.B. Bifulco et al., 1998; MacMillan et al., 2001).

Das klinische Erscheinungsbild einer Depression ist durch eine Heterogenität der Symptome gekennzeichnet, wobei charakteristischerweise physische und psychische Symptome im Verein auftreten. Da die Ausprägung der Symptome bei jedem Patienten individuell verschieden ist und keines derselben zwingend vorkommen muss, ist eine gründliche Diagnostik notwendig, um depressive Erkrankungen zu erkennen (Hautzinger, 2003).

Tabelle 2.1 zeigt Beispiele depressionstypischer Symptome in einer von Hautzinger für die klinische Praxis empfohlenen Systematik:

Tabelle 2.1: Erscheinungsbild der Depression

(nach: Hautzinger, 2003, S. 2)

Erscheinungsbild der Depression	
•	somatische Beschwerden Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Druck- und Engegefühl in der Herzgegend, Schmerzen im Kopf- und Bauchbereich, Magen- und Darmbeschwerden
•	motorische Beschwerden Agitation, Verlangsamung, Hemmungen, Inaktivität
•	emotionale Beschwerden Angst, niedergeschlagene Stimmung, Verzweiflung, Leere
•	motivationale Beschwerden Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Selbstmordgedanken
•	kognitive Beschwerden Gedächtnisschwäche, Konzentrationsmangel, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Sorgen um die eigene Gesundheit, die eigenen Fähigkeiten und die Zukunft
•	interaktive Beschwerden sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einengung kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Fertigkeiten

2.1.3 Klassifikation und Diagnose: „Major Depression“ nach DSM-IV und ICD-10

Anstelle des früher verwendeten triadischen Einteilungssystems, das depressive Erkrankungen nach der vermuteten Ätiopathogenese in endogene, psychogene oder somatogene Depressionen unterteilte, traten die neuen, operationalisierten Diagnose- und Klassifikationssysteme der ICD-10 („International Classification of Diseases“) beziehungsweise des DSM-IV („Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders“) (Laux, 2009). Beiden insgesamt sehr ähnlichen Ansätzen ist gemeinsam, dass Depressionen atheoretisch anhand einer gewissen Anzahl gleichzeitig über einen definierten Zeitraum auftretender Symptome, die nicht durch andere Umstände oder Krankheiten erklärbar sind, definiert werden. Grundlage der Diagnostik sind also deskriptive Kriterien (Hautzinger, 2003).

Folgende diagnostische Kriterien gelten für eine unipolare Depression, „Major Depression“, nach DSM-IV:

Tabelle 2.2: Major Depression nach DSM-IV

(nach: Beesdo, Wittchen, 2006, S. 734)

Diagnosekriterien einer depressiven Episode: Major Depression nach DSM-IV	
A	Mindestens fünf der folgenden Symptome sind gleichzeitig über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen aufgetreten und wenigstens eines ist (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude: <ol style="list-style-type: none"> 1. depressive Verstimmung an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages, 2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten an fast allen Tagen, 3. deutlicher Gewichts-/Appetitverlust oder Gewichtszunahme/Appetitsteigerung, 4. Schlaflosigkeit/vermehrter Schlaf an fast allen Tagen, 5. psychomotorische Unruhe/Verlangsamung an fast allen Tagen, 6. Müdigkeit/Energieverlust an fast allen Tagen, 7. Gefühle von Wertlosigkeit/Schuld an fast allen Tagen, 8. Konzentrations- und Entscheidungsprobleme an fast allen Tagen, 9. wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung des Suizids.
B	Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien der gemischten Episode.
C	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Einschränkungen.
D	Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung von Substanzen oder medizinische Faktoren zurück.
E	Die Symptome sind nicht besser durch einfache Trauer erklärbar.

Die ICD-10 unterteilt depressive Episoden (F32) zudem je nach Schweregrad in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) sowie schwere depressive Episoden, welche ihrerseits entweder ohne psychotische Symptome (F32.2) beziehungsweise mit psychotischen Symptomen assoziiert (F32.3) auftreten können. Daneben weist die ICD-10 sonstige depressive Episoden (F32.8) sowie nicht näher bezeichnete depressive Episoden (F32.9) aus (DIMDI, 2004).

Tabelle 2.3 fasst die Diagnosekriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) nach ICD-10 zusammen:

Tabelle 2.3: Mittelgradige depressive Episode nach ICD-10

(nach: Hautzinger, 2003, S. 5f.)

**Diagnosekriterien einer depressiven Episode:
Mittelgradige depressive Episode nach ICD-10**

Mindestens fünf der folgenden Symptome sind gleichzeitig über einen Zeitraum von wenigstens zwei Wochen aufgetreten. (1) Depressive Verstimmung, (2) Interessenverlust oder (6) erhöhte Ermüdbarkeit muss darunter sein:

1. depressive Verstimmung,
2. Interessenverlust und Freudlosigkeit,
3. verminderter Appetit, Gewichtsverlust,
4. Schlafstörungen,
5. Verminderung des Antriebs,
6. erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung,
7. Wertlosigkeit und Schuldgefühle,
8. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
9. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung, Suizidhandlungen,
10. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
11. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
12. deutlicher Libidoverlust.

2.2 Die kognitive Verhaltenstherapie der Depression

Neben der pharmakologischen Therapie unipolarer Depressionen mit Antidepressiva haben sich auch psychotherapeutische Therapieansätze bei der Behandlung affektiver Störungen etabliert.

Unter den psychotherapeutischen Interventionen kommt der kognitiven Verhaltenstherapie eine entscheidende Rolle zu. Grundlage dieses psychotherapeutischen Behandlungsansatzes ist die Annahme, dass Depressionen einerseits durch kognitive Prozesse unterhalten werden und andererseits durch einen Verlust sogenannter positiver Verstärker. Darunter werden beispielsweise ein niedriges Aktivitätsniveau oder sozialer Rückzug verstanden. Gedankliche Prozesse und Aspekte des Verhaltens sind nach Ansicht kognitiver Verhaltenspsychologen nicht als getrennt voneinander zu betrachten, sondern treten untereinander in Interaktion, beeinflussen sich gegenseitig und wechselwirken miteinander. Umgekehrt ist es möglich, durch eine Veränderung depressionsunterhaltender Denkstrukturen mittels kognitiver Verfahren beziehungsweise durch eine Veränderung inadäquater Verhaltensweisen mittels behavioraler Techniken einen Therapieversuch der affektiven Störung zu unternehmen. Dabei konzentrieren sich kognitive Therapieformen auf eine Umstrukturierung der gegenwärtig aktuellen, erkennbaren Stützursachen der depressiven Erkrankung. Weiter zurückliegende, vermutete Entstehungsursachen hingegen sind nicht Gegenstand der psychotherapeutischen Intervention (Lückert, H.-R., Lückert, I., 1994; Hautzinger, 2000).

Hautzinger (2000, S. 231) definiert die kognitive Verhaltenstherapie als einen problemorientierten, strukturierten Behandlungsansatz, der in Bezug auf Depressionen die folgenden vier zentralen Ziele verfolgt:

1. Überwindung der Inaktivität beziehungsweise von einseitigen, belastenden Aktivitäten,
2. Verbesserung des Sozial- und Interaktionsverhaltens sowie der sozialen Kontaktstruktur,
3. Erkennen, Überprüfen und Korrigieren dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen,
4. Aufbau eines Bewältigungsrepertoires für zukünftige Krisen.

2.2.1 Depressionsmodelle als theoretische Grundlage und Handlungsrahmen der kognitiven Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie als praktischer psychotherapeutischer Therapieansatz zur Behandlung affektiver Störungen bedient sich einerseits behavioraler Therapiekonzepte sowie kognitiver Verfahren andererseits.

In einem ersten Schritt sollen nun getrennt voneinander zwei theoretische Depressionsmodelle vorgestellt werden, die den jeweiligen Therapiemethoden zu Grunde liegen. Sodann soll in einem zweiten Schritt ein die beiden Ansätze versöhnendes, integratives Depressionsmodell vorgestellt werden, welches deutlicher als Grundlage des gegenwärtig praktizierten therapeutischen Vorgehens verstanden werden kann.

2.2.1.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle

2.2.1.1.1 *Verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell nach Lewinsohn*

Peter Lewinsohn stellte 1974 ein lernpsychologisch-verstärkungstheoretisches Erklärungsmodell für Depressionen vor, das auf der klinischen Beobachtung basiert, dass depressive Verstimmungen aus einer geringen Rate verhaltens-

kontingenter positiver Umweltverstärkung, vor allem im Hinblick auf soziale Interaktionen, resultieren. Lewinsohn nimmt an, dass bei Menschen mit depressiver Tendenz Belohnungen, die im Normalfall positive Verhaltensweisen verstärken, immer geringer werden. Als Reaktion hierauf zeigt der depressive Patient zunehmend weniger positive Verhaltensweisen und entwickelt sukzessive depressive Erlebens- und Verhaltensmuster. Durch das daraus resultierende abnehmende Aktivitätsniveau kommt es zu einem weiteren Rückgang positiver Verstärker sowie zu einer wachsenden Gefahr, in die Depression abzugleiten, beziehungsweise einer langdauernden Persistenz der affektiven Störung (Comer, 2001; Beesdo, Wittchen, 2006).

Grundsätzlich lassen sich drei Aspekte (Beesdo, Wittchen, 2006, S. 745) benennen, die als ursächlich für eine geringe Gesamtrate an positiven Verstärkern angesehen werden können:

1. Eine geringe Anzahl und Qualität potentiell verstärkender Ereignisse und Aktivitäten. Diese wird ihrerseits durch individuelle Unterschiede, wie Alter oder Geschlecht, beeinflusst.
2. Eine mangelnde Erreichbarkeit beziehungsweise Verfügbarkeit positiver Verstärker während einer bestimmten Lebenssituation, wie beispielsweise nach Trennungseignissen oder durch einen Verlust des Arbeitsplatzes.
3. Ein defizitäres instrumentelles Verhaltensrepertoire des Patienten, insbesondere mangelnde Sozialkompetenz.

Die depressive Symptomatik des Patienten erfährt primär eine Verstärkung durch dessen Umwelt, indem der depressive Patient zunächst Zuwendung, Empathie und Aufmerksamkeit durch Nahestehende erhält. Längerfristig jedoch werden Depressive von ihren Mitmenschen eher gemieden, da diese meist ungünstige Interaktionsstile entwickeln, die für das Gegenüber im Gespräch unangenehm sind. Schließlich bedeutet diese Distanzierung durch die soziale Umwelt einen weiteren Verstärkerverlust und trägt zur Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung bei (Beesdo, Wittchen, 2006).

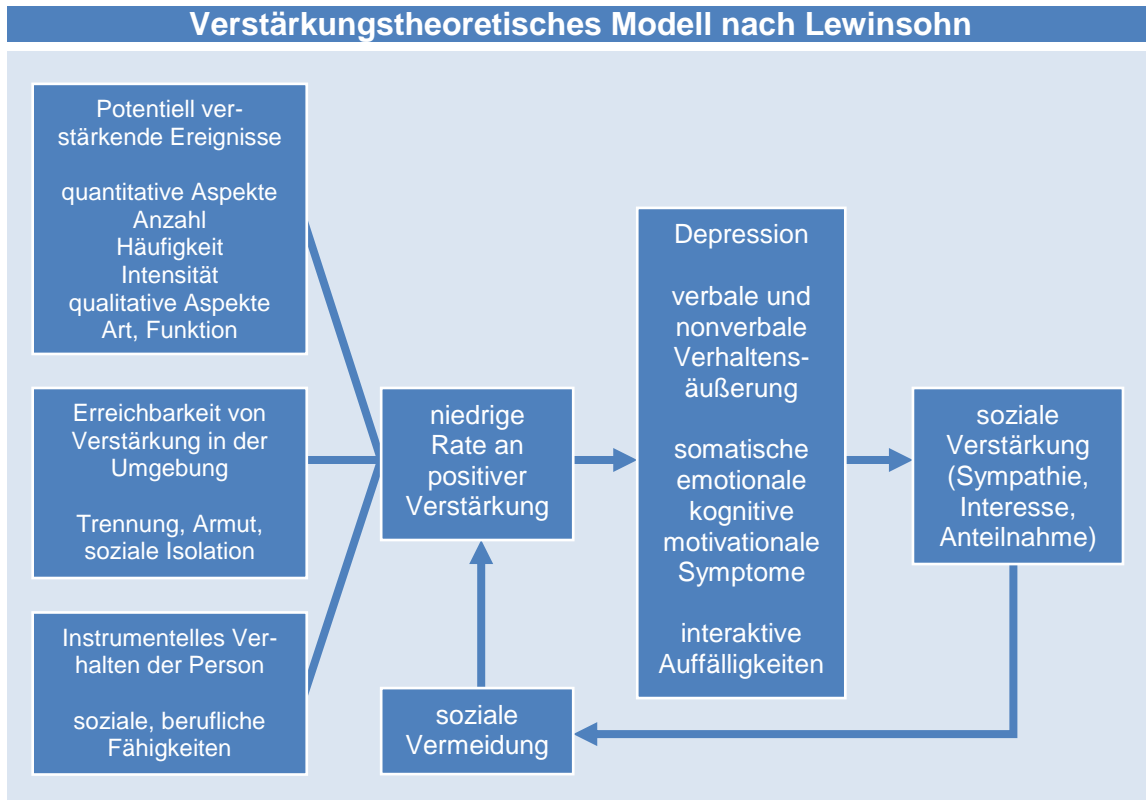


Abbildung 2.1: Verstärkungstheoretisches Modell nach Lewinsohn
(nach: Hautzinger, 2003, S. 27)

Aus diesen theoretischen Überlegungen zur Depressionsentwicklung lässt sich als grundlegendes Behandlungsziel bei der Therapie affektiver Störungen die Erhöhung des Ausmaßes positiver Verstärker definieren. Dies geschieht einerseits durch eine Erhöhung des Aktivitätsniveaus und andererseits durch einen Aufbau der Sozialkompetenz des Patienten mit einer Förderung sozialer erwünschten Verhaltens (Hautzinger, 2003).

2.2.1.1.2 Kognitionstheoretisches Modell der Depression nach Beck

Die Arbeitsgruppe des Amerikaners Aaron T. Beck, der als Professor für Psychiatrie an der University of Pennsylvania, Philadelphia, tätig war, beschäftigte sich Ende der 50-er Jahre des vergangenen Jahrhunderts mit der Erforschung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. Seine systematischen klinischen Beobachtungen und experimentellen Unter-

suchungen, die ursprünglich psychoanalytische Depressionstheorien belegen sollten, führten allerdings zu einer wachsenden Unzufriedenheit mit den klassischen Vorstellungen der Psychoanalyse und in der Folge zur Ausarbeitung einer eigenen Depressionstheorie, des kognitiven Modells der Depression (Beck et al., 1999; Wilken, 2010).

Beck zufolge besteht die Hauptursache der Entwicklung einer affektiven Störung in kognitiven Mustern, namentlich in einer verzerrten Sicht der Realität mit fehlerhaften Wahrnehmungen und Interpretationen. In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellt Beck das Konzept der „kognitiven Triade“, wonach das Denken depressiver Patienten durch eine negative Sicht der eigenen Person, der Umgebung und schließlich durch negative Zukunftserwartungen gekennzeichnet ist (Beck et al., 1999).

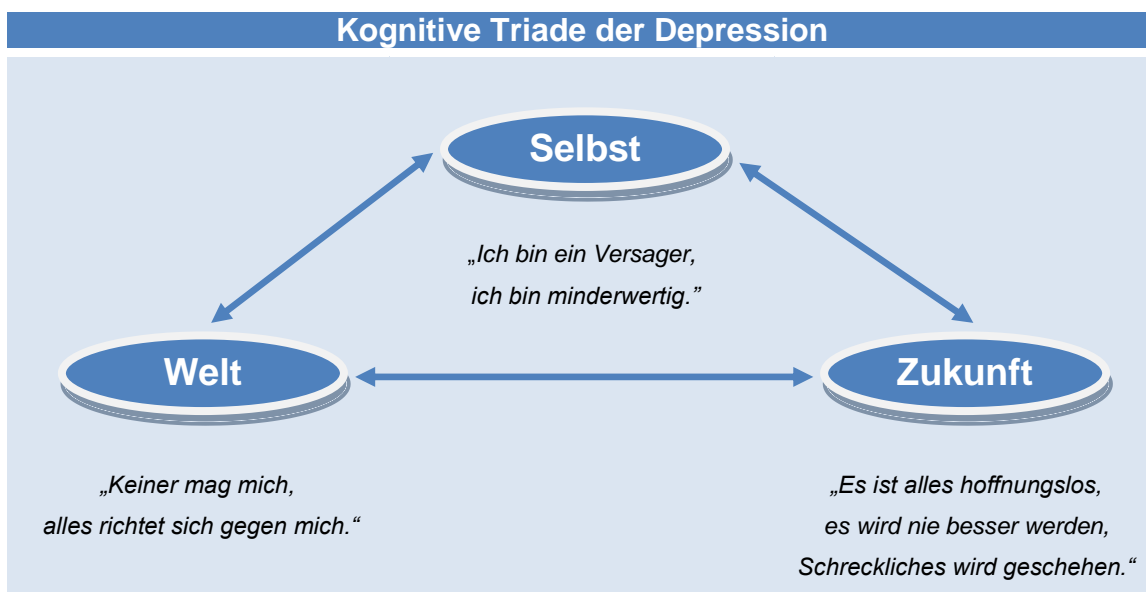


Abbildung 2.2: Prinzip der „kognitiven Triade“ nach Beck und Mitarbeitern
(nach: Reinecker, 1999, S. 266; Wilken, 2010, S. 25)

Der zweite wichtige Bestandteil von Becks kognitivem Modell ist die Annahme störungsspezifischer kognitiver Schemata als relativ stabile Grundlage von Reizwahrnehmung und Informationsverarbeitung. Depressive Patienten begehen typische logische Denkfehler, wodurch sich die negative, schmerzverursachende Haltung des Patienten verfestigt und selbst trotz objektivierbarer

Belege für positive Aspekte beibehalten wird. Die Art der verwendeten Schemata bestimmt, wie ein Mensch verschiedene Erfahrungen strukturiert und bewertet. Im Falle einer Störung des affektiven Erlebens verselbstständigen sich negative Schemata und verzerren den Blick auf die Realität. Mit zunehmender Depressivität wird das Denken immer stärker von negativen Denkmustern bestimmt, wobei kein logischer Zusammenhang zwischen der Interpretation und der tatsächlichen Situation des Individuums bestehen muss; schließlich nimmt der depressive Patient immer weniger wahr, dass seine Überzeugungen ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit widerspiegeln (Beck et al., 1999).

Nach Beck lassen sich die kognitiven Fehler, aus welchen die depressive Situation resultiert und durch welche dieselbe unterhalten wird, in die folgenden sechs Kategorien unterteilen:

Tabelle 2.4: Typische systematische Denkfehler eines depressiven Patienten

(nach: Beck et al., 1999, S. 44f.)

Kognitive Fehler	
1. Willkürliche Schlussfolgerungen	Trotz fehlender Beweise beziehungsweise obwohl Beweise gegen die Folgerungen sprechen, werden bestimmte Schlussfolgerungen gezogen.
2. Selektive Verallgemeinerung	Einzelne Aspekte werden aus dem Zusammenhang gerissen und überbewertet, wohingegen bedeutendere Faktoren ignoriert werden.
3. Übergeneralisierung	Auf der Grundlage mehrerer isoliert betrachteter Vorgänge werden allgemeingültige Sätze gebildet. Dieses Konzept wird dann unterschiedslos auf ähnliche oder unähnliche Situationen angewendet.
4. Maximierung und Minimierung	Die Bedeutung oder Größe eines Ereignisses wird so deutlich über- beziehungsweise unterschätzt, dass eine verzerrte Sicht der Dinge entsteht.
5. Personalisierung	Die Patienten tendieren dazu, äußere Ereignisse extrem auf sich selbst zu beziehen, auch wenn kein Grund besteht, einen solchen Zusammenhang herzustellen.
6. Verabsolutiertes, dichotomes Denken	Alle Ereignisse werden im Sinne eines „Schwarz-Weiß-Denkens“ in zwei sich gegenseitig ausschließende Kategorien eingeordnet. „Grauwerte“ werden dabei nicht wahrgenommen. Beschreibt der Patient sich selbst, so wählt er dafür stark negativ konnotierte Klassifizierungen.

Beck postuliert, dass frühere Erfahrungen die Grundlage für die Entstehung negativer Konzepte über das Selbst, die Zukunft und die Umwelt darstellen. Die im Verlauf der Lebensgeschichte erworbenen Erfahrungen bleiben prädisponierend für die depressive Störung latent und können durch spezifische Belastungssituationen, die den Erfahrungen gleichen, welche für die Entstehung des negativen Konzeptes ursächlich sind, reaktiviert werden. Im Falle traumatischer Belastungen kann sich der Gesunde sein Interesse am Leben bewahren und die jeweilige Situation differenziert einschätzen, während ein zu Depressionen neigendes Individuum einen eingeeengten Blick auf sein Leben entwickelt und nur negative Aspekte desselben realisiert (Beck et al., 1999).

Schließlich betont Beck die zentrale Bedeutung „automatischer Gedanken“ für die Entstehung depressiver Störungen. Darunter versteht er reflexhaft auftretende, im Moment subjektiv plausibel erscheinende Kognitionen, die zwischen einem Ereignis und dem emotionalen Erleben stehen. Diese sind bei Depressiven entsprechend dem kognitiven Modell der Depression verzerrt und fehlerhaft. Dahinter stehen laut Beck „depressiogene Grundannahmen“, welche im Sinne dysfunktionaler Einstellungen eine dem Patienten nicht unmittelbar bewusste Prädisposition für die psychische Erkrankung darstellen (Wilken, 2010).

Tabelle 2.5 nennt einige Beispiele für derartige dysfunktionale Grundüberzeugungen:

Tabelle 2.5: Beispiele für depressiogene Grundannahmen
(nach: Wilken, 2010, S. 28)

Depressiogene Grundannahmen
<ul style="list-style-type: none">• „Um glücklich zu sein, muss ich bei allem, was ich tue, Erfolg haben.“• „Wenn ich Fehler mache, bedeutet dies, dass ich unfähig bin.“• „Mein Wert als Mensch hängt davon ab, was andere von mir denken.“

2.2.1.2 Integratives Depressionsmodell als theoretische Grundlage für die psychotherapeutische Intervention

Während verhaltenstheoretische Modelle zur Entstehung von Depressionen die Erkrankungsursache in einem Verstärkerverlust sehen, betonen kognitive Ansätze die Bedeutung der gedanklichen Verarbeitung und Wertung bestimmter Ereignisse und Gegebenheiten für das Entstehen affektiver Erkrankungen.

Nach heutigem Stand der psychologischen Forschung kann eine Trennung beider Modelle so nicht aufrechterhalten werden. Stattdessen ergänzen sich beide Ansätze in sinnvoller Weise und können gut miteinander kombiniert werden. Depressive Symptome können als Folge verzerrter Kognitionen verstanden werden; ebenso ist es möglich, in einem Verlust von Verstärkern die Ursache der affektiven Erkrankung zu sehen. Beide unterschiedlichen Aspekte beeinflussen sich dabei gegenseitig und wechselwirken vielfältig miteinander.

Hautzinger (2003) schlägt daher ein integratives Modell der Depressionsgenese vor, das die unterschiedlichen Komponenten Sozialverhalten, Aktivitätsrate und Kognitionen in gleicher Weise gewichtet. Hinzu kommen Hintergrundfaktoren, stressreiche und kritische Lebensereignisse, welche eine depressive Periode einleiten oder ein Krankheitsrezidiv zur Folge haben können. Obwohl dieses Modell nur psychologische Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen erfasst, bisher empirisch noch nicht ausreichend belegt ist und die komplexen Zusammenhänge einer psychischen Erkrankung lediglich simplifizierend erfasst, bietet es sich als globale Handlungsgrundlage für das praktische psychotherapeutische Vorgehen an. Für die therapeutische Praxis ergibt sich folglich eine Verknüpfung verhaltensübender und kognitiver Verfahren trotz theoretischer Unterschiede.

Schließlich mutmaßt Hautzinger, dass die vergleichbare Effektivität theoretisch unterschiedlich begründeter Depressionsbehandlungen nicht darin begründet ist, dass die entsprechenden Ätiologieschemata zutreffend sind, sondern viel-

mehr daraus resultiert, dass dem Patienten jeweils eine überzeugende, allerdings simplifizierende Erklärung für die eigene Erkrankung gegeben wird und ein strukturiertes therapeutisches Handeln mit aktiver Beteiligung des Patienten erfolgt, das diesem Ablenkung und Verstärkung verschafft.

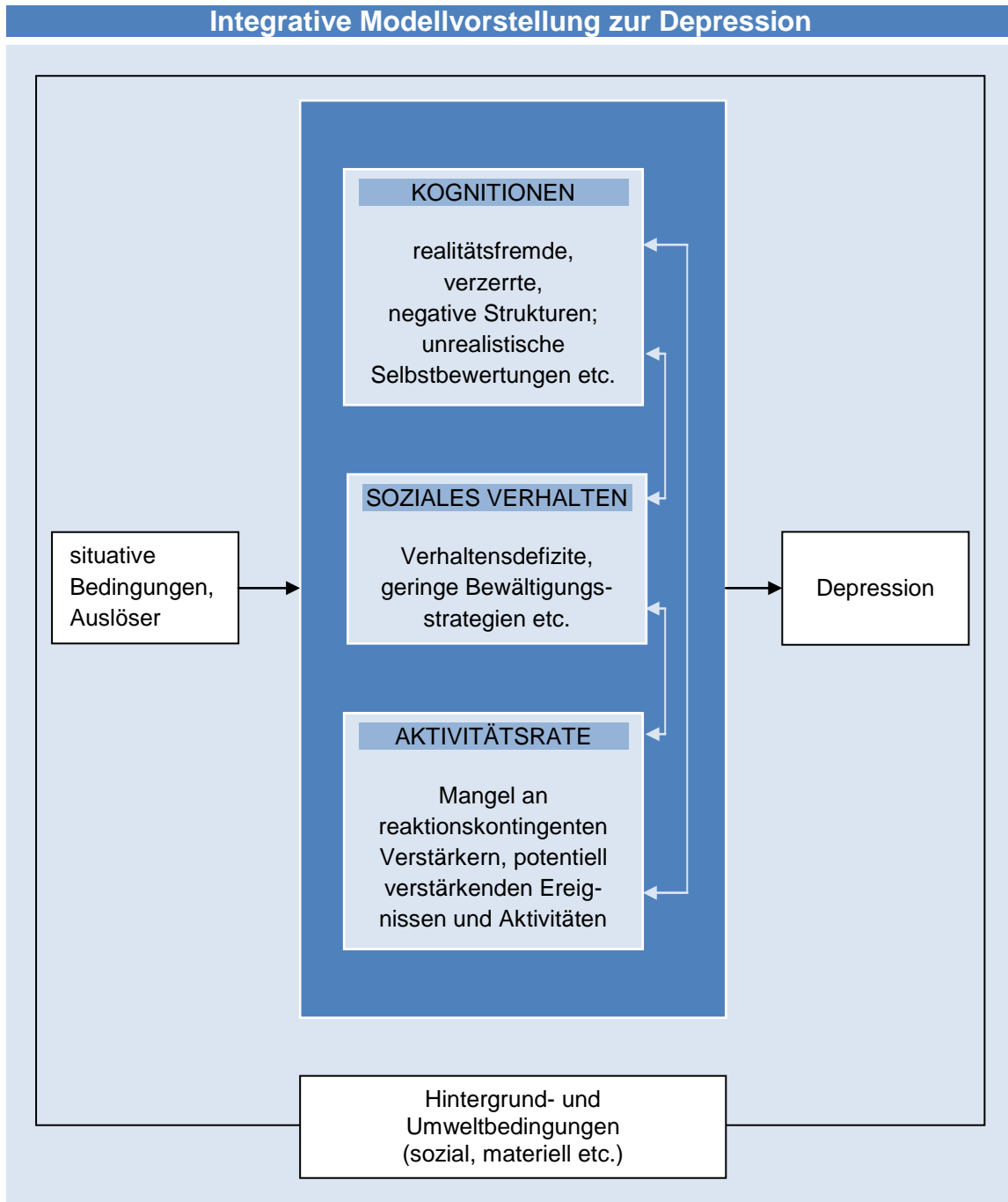


Abbildung 2.3: Integrative Modellvorstellung zur Depression
(nach: Hautzinger, 2003, S. 32)

2.2.2 Theoretische Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

Wesentlicher Bestandteil der kognitiven Verhaltenstherapie sind kognitionsverändernde Therapieverfahren.

In diesem Kapitel sollen nun die wichtigsten theoretischen Ansätze zur kognitiven Umstrukturierung vorgestellt werden, die sich allerdings im praktischen therapeutischen Handeln stark ähneln.

Allen kognitionsverändernden Ansätzen ist gemeinsam, dass sie auf Vorlagen der griechischen Antike zurückgreifen, da sich grundlegende Thesen kognitiver Therapien bereits bei den Stoikern und Epikureern finden. Beispielsweise formulierte Epiktet (50 – 135 n. Chr.): „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Vorstellungen von den Dingen. So ist zum Beispiel der Tod nichts Furchtbares [...], sondern die Vorstellung, er sei etwas Furchtbares, das ist das Furchtbare.“ Ähnlich wie alle Vertreter moderner kognitiver Therapien gingen demzufolge auch die antiken Philosophen davon aus, dass Affekte, Gefühle und Leidenschaften maßgeblich durch gedankliche Prozesse determiniert werden (de Jong-Meyer, 2009).

Die Vertreter der kognitiven Therapien betonen darüberhinaus, dass der Mensch in der Lage ist, über seine Kognitionen in hohem Maße selbst zu bestimmen, und somit sein gegenwärtiges Erleben und Verhalten entscheidend steuern oder zumindest beeinflussen kann, je nachdem, wie er Ereignisse und Situationen seines Lebens gedanklich bewertet, einordnet und verarbeitet. Folglich ist er nicht hilflos irgendwelchen Umwelteinflüssen ausgeliefert (klassisch behavioristische Auffassung) beziehungsweise ein passives Opfer seines früheren Erlebens (klassisch psychoanalytische Auffassung) (Wilken, 2010).

2.2.2.1 Die rational-emotive Therapie nach Ellis

Mitte der 1950-er Jahre stellte Albert Ellis erstmals sein Konzept der rational-emotiven Therapie (RET) vor.

Maßgeblich für die Entwicklung der RET war Ellis' Unzufriedenheit mit klassischen psychoanalytischen Therapieansätzen. Albert Ellis – ursprünglich selbst ein Vertreter der Psychoanalyse – kritisierte in erster Linie die willkürliche Verknüpfung gegenwärtiger Probleme des Patienten mit Ereignissen aus dessen Vergangenheit. Darüberhinaus störten Ellis die eher passive Haltung des Psychoanalytikers und das Warten auf Einsichten durch den Patienten selbst, wodurch sich häufig nicht die gewünschten Erfolge erzielen ließen. Seither betont A. Ellis eine Psychotherapie mit einer aktiveren Rolle des Therapeuten (Lückert, H.-R., Lückert, I., 1994).

Ellis versteht die Ursachen affektiver Störungen als das Resultat subjektiv verzerrter Wahrnehmungen und Interpretationen bestimmter Ereignisse anhand irrationaler Überzeugungen und dogmatischer Forderungen. Als „irrational“ bezeichnet er Einstellungen und Verhaltensweisen, die einen Menschen langfristig daran hindern, persönliche Ziele zu erreichen und ein glückliches Leben zu führen (Hohagen et al., 1999; Wilken, 2005). Ellis zufolge besteht eine biologische Tendenz des Menschen, in festen, unverrückbaren Schemata zu denken, worin Ellis eine Hauptursache der Entstehung psychischer Erkrankungen sieht. Eine Erziehung, die durch Einübung starrer Rituale und abergläubischer Einstellungen sowie die Vermittlung von Tabus gekennzeichnet ist, kann ebenso das Entstehen einer inadäquaten Sicht der Dinge fördern sowie eine geringe Frustrationstoleranz mit dem Unvermögen, Ereignisse so zu akzeptieren, wie sie sind (Reinecker, 1999).

Albert Ellis gliedert die häufigsten irrationalen Denkstrukturen in vier Untergruppen (nach: Wilken, 2005, S. 358):

1. Absolute Forderungen, in denen die eigenen Wünsche und Vorlieben zu absoluten Bedürfnissen und Notwendigkeiten überhöht werden.
2. Umfassende negative Wertungen der eigenen Person sowie der Mitmenschen.
3. Katastrophendenken.
4. Niedrige Frustrationstoleranz.

Zentrales Element von Ellis' Theorie der Genese affektiver Störungen ist der sogenannte „ABC-Prozess“. Demzufolge führen externe Ereignisse (A) nicht unmittelbar zu dementsprechenden Konsequenzen (C) auf Verhaltens- und emotionaler Ebene. Diese werden stattdessen entscheidend durch das B(elief)-System des Menschen modifiziert und gesteuert. Das Sozialverhalten des Menschen steht also in einem engen Zusammenhang mit dem B-System. Stehen nun dogmatische Haltungen und irrationale Denkmuster im Zentrum des B-Systems, so sieht Ellis darin den wesentlichen Faktor für das Entstehen einer Erkrankung des affektiven Erlebens (Reinecker, 1999).

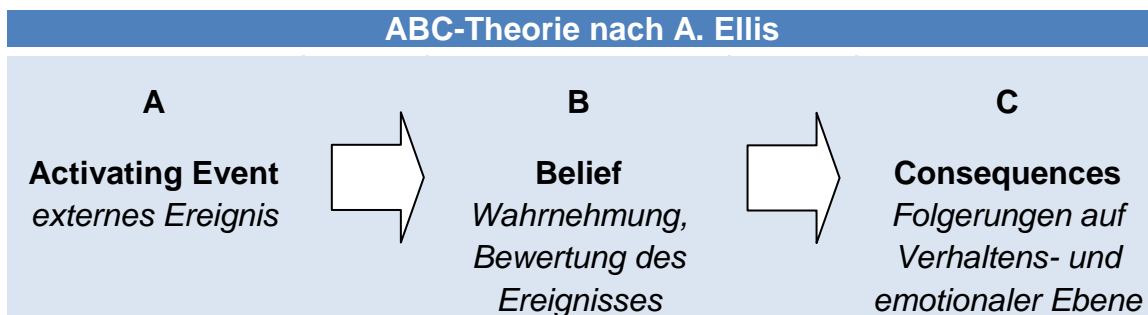


Abbildung 2.4: ABC-Theorie nach A. Ellis

(nach: Reinecker, 1999, S. 257)

Die Hauptaufgabe des Psychotherapeuten besteht schließlich darin, im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung Veränderungen in einem problematischen B-System herbeizuführen („elegante Lösung“). Der Patient soll zu einem Wandel seiner inneren Grundeinstellungen angeleitet, unabdingbare Prämissen sollen verändert werden. Dabei gilt es, dem Patienten klar zu machen, dass letztlich seine eigenen, eindimensionalen Grundüberzeugungen (B) für seine Er-

krankung verantwortlich sind und nicht die äußeren Lebensumstände (A) (Reinecker, 1999).

2.2.2.2 Die kognitive Therapie nach Beck

Das theoretische Fundament der kognitiven Therapie der Depression nach A. T. Beck bildet dessen kognitives Modell der Depressionsentstehung, welches bereits im Rahmen dieser Arbeit skizziert wurde (Kapitel 2.2.1.1.2).

Wiederholend sei erwähnt, dass Beck die „kognitive Triade“ ins Zentrum seiner Überlegungen zur Entstehung depressiver Störungen stellt. Demnach zeichnet sich depressives Denken durch eine negative Selbstsicht, negative Zukunftserwartungen und ein negatives Bild der Umwelt aus. Die psychische Störung wird durch realitätsverzerrende kognitive Schemata, automatisch ablaufende Gedanken und fundamentale depressiogene Grundüberzeugungen, die aus vergangenen Erfahrungen entstanden sind, unterhalten. Außerdem bildet die Ansicht, dass Affekt und Verhalten eines Menschen grundlegend davon beeinflusst werden, wie dieser seine Welt strukturiert, einen wichtigen theoretischen Gedanken des kognitiven Depressionsmodells.

Beck beschreibt seinen Therapieansatz selbst als eine aktive, direktive, zeitlich begrenzte, strukturierte Methode, welche zur Behandlung der Depression sowie einer Vielzahl anderer psychischer Erkrankungen angewendet werden kann. Durch die kognitive Therapie soll der Patient in die Lage versetzt werden, seine negativen, automatischen Gedanken zu kontrollieren sowie die Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln zu erkennen. Ferner soll der Patient überprüfen, was für respektive gegen seine automatischen Kognitionen spricht, und diese einseitigen, globalen Denkstrukturen durch stärker an der Wirklichkeit ausgerichtete Denkmuster ersetzen. Schließlich soll er lernen, die fehlerhaften, realitätsverzerrenden Überzeugungen zu erkennen und diese zu verändern (Beck et al., 1999).

Die kognitive Therapie nach Beck betont die therapeutische Interaktion. So stehen sich Patient und Therapeut als gleichberechtigte Partner gegenüber, die

gemeinsam Lösungsansätze erarbeiten und sich zusammen um den Therapieerfolg bemühen (Reinecker, 1999).

Bevor jedoch die für das Therapiemodell zentrale kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Schemata erfolgt, stehen eher verhaltensorientierte, behavioristische Therapieansätze im Mittelpunkt. Ähnlich wie bei Ellis wird zunächst der theoretische Rahmen des kognitiven Depressionsmodells und des Therapievorgehens vermittelt, wodurch eine gewisse Form von Motivation beim Patienten erzielt werden soll. Dann stehen jedoch primär verhaltensorientierte Therapiemethoden im Vordergrund, um die Inaktivität des Patienten zu durchbrechen und ein adäquates Aktivitätsniveau zu erreichen. Einhergehend mit der schrittweisen Erhöhung desselben sowie der damit verbundenen Verbesserung der psychischen Befindlichkeit tritt sukzessive die kognitive Umstrukturierung stärker in den Vordergrund der therapeutischen Intervention (Wilken, 2010). Ziel ist es, in einem ersten Schritt die automatischen Gedanken zu identifizieren, sich mit diesen auseinanderzusetzen und diese Schemata am Ende durch adäquatere Denkstrukturen und Bewertungen zu ersetzen. Wie Ellis nutzt auch Beck den sokratischen Dialog als Gesprächsform, um den Patienten dazu anzuleiten, selbst seine dysfunktionalen Überzeugungen zu detektieren und anschließend umzustrukturieren. Mittels Realitätsüberprüfungen werden die herausgearbeiteten, verzerrten Schemata an der Wirklichkeit gemessen. Der Patient soll herausfinden, inwieweit seine Überzeugungen der Realität entsprechen beziehungsweise welche irrationalen Annahmen seiner Interpretation zu Grunde liegen. Letztlich soll der Patient in die Lage versetzt werden, alternative Erklärungen zu seinen dysfunktionalen Gedanken zu finden. Somit kann er selbst zu einer Verbesserung seiner psychischen Befindlichkeit beitragen. Stehen zu Beginn der Therapie die automatischen Gedanken im Zentrum der kognitiven Therapie, so wird im Verlauf versucht, die diesen Gedanken ursächlichen depressiogenen Grundannahmen aufzudecken und zu verändern. Am Ende der Therapie soll der Patient imstande sein, selbst dysfunktionale Denkmuster aufzuspüren und diese kognitiv umzustrukturieren, um so selbständig aktiv eine Rückfallprophylaxe betreiben zu können (Hohagen et al., 1999; Wilken, 2010).

2.2.2.3 Selbstinstruktionsverfahren nach Meichenbaum

Donald W. Meichenbaum beschäftigte sich mit den Auswirkungen des internalisierten Sprechens, des sogenannten inneren Monologes, auf das menschliche Verhalten.

Meichenbaums in den 1970-er Jahren erarbeitetem Konzept zufolge sind Selbstverbalisierungen die handlungssteuernden und Gefühle bedingenden gedanklichen Größen. Das „Selbstinstruktionsverfahren“, welches in seiner ursprünglichen Form für die Therapie von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern entwickelt, später jedoch auch für andere Indikationsbereiche modifiziert wurde, geht von der grundlegenden Hypothese aus, dass die Art und Weise des inneren Monologes zu einem positiven oder negativen Umgang mit Stress- und Belastungssituationen führt (Hohagen et al., 1999).

Das vom Indikationsspektrum umfassendste Therapiekonzept Meichenbaums ist das sogenannte „Stressimpfungstraining“. Therapeutische Aufgabe ist es dabei, gemeinsam mit dem Patienten bestimmten Belastungssituationen angemessene „Belastungssätze“, wie „Du kannst diese Aufgabe bewältigen. Denke in Ruhe über den nächsten Schritt nach!“, zu entwerfen. Demgegenüber führen innere Monologe, wie „Du schaffst das nie!“, zu einem inadäquaten Umgang mit schwierigen Situationen und führen letztlich zu Insuffizienzgefühlen. Die Selbstverbalisationen können sich auf unterschiedliche Phasen der Stressbewältigung (Vorbereitung auf eine stressauslösende Situation, Konfrontation mit der stressauslösenden Situation, Auseinandersetzung mit dem Gefühl aufkommender Angst und Panik, Bewertung und Selbstverstärkung) beziehen und sind für die Situation eines jeden Patienten individuell zu formulieren; sie sollen nicht standardisiert vorgegeben werden. Mit Rollenspielen während der therapeutischen Sitzungen und schließlich bei der Konfrontation mit realen Belastungssituationen im persönlichen Umfeld sollen die neuen, angemessenen Selbstinstruktionen eingeübt werden, um zu einem adäquaten, selbstbewussten Umgang mit komplizierten Situationen zu verhelfen (Wilken, 2005; de Jong-Meyer, 2009; Wilken, 2010).

Abschließend ist zu erwähnen, dass Meichenbaums kognitiver Therapieansatz heutzutage meist nicht als selbständiges Therapiekonzept verstanden wird, da dieser keinen eigenständigen theoretischen Ansatz für sein Therapiegebäude entwirft. Darüberhinaus nennt Meichenbaum keine konkreten Kriterien für die Angemessenheit internalisierten Sprechens, und schließlich integriert er ausdrücklich andere kognitive Therapieverfahren in seine therapeutischen Überlegungen. Aus diesen Gründen werden die Selbstverbalisierungs- und Stressimpfungsverfahren nach Meichenbaum meist als Komponenten und unterstützende Interventionen innerhalb von kognitiven Verhaltenstherapien verstanden (de Jong-Meyer, 2009).

2.2.2.4 Fünf Schritte der kognitiven Umstrukturierung nach Wilken

Die Diplom-Psychologin Beate Wilken hat mit dem Buch „Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis“, das 2010 in der fünften Auflage erschienen ist, ein Therapiemanual vorgestellt, welches sich in erster Linie an praktisch tätige Psychotherapeuten richtet.

Grundlage ihrer Überlegungen zum praktischen therapeutischen Vorgehen bei der Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen sind die oben skizzierten theoretischen Ansätze zur kognitiven Umstrukturierung. Ziel des Therapiemanuals ist es, den Prozess des kognitiven Umstrukturierens in seinen grundlegenden Schritten verständlich zu machen und dem praktisch tätigen Therapeuten methodische Fähigkeiten für seine psychotherapeutische Behandlung an die Hand zu geben. Wilken fasst die theoretischen Postulate zur kognitiven Umstrukturierung von Ellis, Beck und Meichenbaum, die sich in ihren fundamentalen Annahmen jedoch nicht substantiell unterscheiden, zusammen und entwickelt daraus einen gemeinsamen praktischen Therapieansatz (Wilken, 2010).

Dabei untergliedert sie das therapeutische Vorgehen in die fünf folgenden Schritte (nach: Wilken, 2005, S. 361f.):

1. *Die explizite Vermittlung des für alle Ansätze gleichermaßen verbindlichen kognitiven Grundmodells an den Patienten beziehungsweise die Patientin.*

2. *Die Exploration der belastenden Emotionen, Körperreaktionen und Verhaltensweisen und der damit in Zusammenhang stehenden dysfunktionalen Kognitionen in konkreten Situationen.*

Mittels spezieller Fragetechniken, Imaginationsübungen und Rollenspielen sowie Selbstbeobachtungsaufgaben in Form spezieller, strukturierter Protokollbögen soll der Patient emotionale Körper- und Verhaltensreaktionen sowie die damit zusammenhängenden dysfunktionalen gedanklichen Muster identifizieren, die in konkret skizzierten, psychischen Belastungssituationen zum Tragen kommen.

3. *Das Infragestellen der als dysfunktional identifizierten Kognitionen im sogenannten sokratischen Dialog.*

Durch den sokratischen Fragestil soll der Patient durch den Therapeuten gezielt dazu angeleitet werden, das eigene Denken zu reflektieren, Alternativen zu gewohnten, dysfunktionalen Denkstrukturen zu entwerfen, Widersprüche im eigenen Denken zu erkennen und schließlich alternative Sichtweisen zu entwickeln.

4. *Das Erarbeiten funktionaler, das heißt mit adaptiven Emotionen und Verhaltensweisen in Zusammenhang stehender, Kognitionen.*

Dabei sollen – quasi als Quintessenz des kognitiven Umstrukturierungsprozesses – spezielle, hilfreiche Sätze für konkrete Situationen des Alltags formuliert werden.

5. *Das Einüben dieser neuen Sichtweisen.*

Dies soll sowohl auf der gedanklichen Ebene als auch in der Imagination und dem realen Erleben geschehen.

2.2.3 Struktur einer kognitiven Therapie bei der Behandlung einer unipolaren Depression

Die kognitive Verhaltenstherapie, die auf dem grundlegenden Verständnis beruht, dass zwischen der Stimmung, dem Handeln und dem Denken enge Zusammenhänge bestehen, verfolgt bei der Depressionsbehandlung die folgenden vier Therapieschwerpunkte:

1. Aufbau positiver Aktivitäten
2. Veränderung von Kognitionen
3. Verbesserung sozialer Fertigkeiten
4. Beibehaltung des Therapieerfolges

Diese vier Hauptaspekte der Therapie stecken den Rahmen der Behandlung ab, sollen jedoch vom Therapeuten patientenspezifisch modifiziert werden, so dass der Behandler für jeden Patienten ein individuelles Therapieschema entwickelt. Meist steht der Aufbau positiver Aktivitäten am Anfang der Psychotherapie, da sich im Rahmen dieses ersten Behandlungsschrittes rasche Verbesserungen der Stimmungslage erzielen lassen und zudem umfassende Informationen für das weitere therapeutische Vorgehen gewonnen werden können, indem soziale Schwächen aufgedeckt oder automatische, depressiogene Grundannahmen erkannt werden können. Je nach Patient wird dann entweder stärker die Förderung sozialer Kompetenz beziehungsweise die kognitive Umstrukturierung in den Vordergrund gerückt. Im Einzelfall kann ebenso eine andere zeitliche Anordnung der Therapieabschnitte sinnvoll erscheinen (Hautzinger, 2003).

Die kognitive Verhaltenstherapie lässt sich als problemorientierte, strukturierte psychologische Behandlungsform beschreiben, die auf einer engen Zusammenarbeit von Therapeut und Patient basiert. Beide Partner arbeiten gemeinsam an der Lösung der psychischen Probleme, wobei der Therapeut den Rahmen der Behandlung vorgibt, die Sitzungen gliedert, auf zentrale Aspekte aufmerksam

macht, Rückmeldungen gibt, Übungen und Hausaufgaben erteilt. Abhängig von dem Ausmaß der depressiven Störungen sind 20 bis 40 Therapiesitzungen notwendig, die als Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden können. Während zunächst wöchentlich ein bis zwei Sitzungen vereinbart werden, so sind im Verlauf der Therapie größere Intervalle zwischen den einzelnen Terminen möglich. Zur Rezidivprophylaxe sind ferner Auffrischungssitzungen sinnvoll (Hautzinger, 2005).

Die Detektion und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen werden im therapeutischen Gespräch durch die Verwirklichung des sokratischen Fragestils erreicht, der allerdings voraussetzt, dass der Therapeut eine ungefähre Vorstellung davon hat, in welcher Weise der vom Patienten geäußerte Gedanke verzerrt ist. Durch gelenkte Fragen soll der Patient gezielt dazu gebracht werden, selbst alternative, realitätsnähere Sichtweisen zu entwickeln sowie Unterschiede und Differenzierungen wahrzunehmen. Das Ziel dabei besteht schließlich darin, den Patienten in die Lage zu versetzen, selbständig in entsprechenden Situationen seine automatischen Gedanken zu erkennen und diese auch spontan zu hinterfragen. Es geht nicht darum, den Patienten zu überreden und so seine Sichtweisen und Argumentationen zu entkräften. Das Ziel der sokratischen Fragetechnik ist vielmehr, dass der Patient selbst die Irrationalitäten in seinem verabsolutierenden Denken erkennt und alternative Sichtweisen zulässt (de Jong-Meyer, 2009).

Der Patient soll schließlich erfahren, dass eine negative Stimmung die Aktivitäten verringert und das Denken einengt, ebenso wie umgekehrt bestimmte Handlungen beziehungsweise Unterlassungen in die Depression führen können. Um gleichsam Rezidiven vorzubeugen, sollen dem Patienten Methoden vermittelt werden, selbsttätig mit künftigen depressiven Episoden und Lebenskrisen umzugehen, indem er während der Therapie verinnerlichte Problemlösungsmethoden zur Anwendung bringen kann (Hautzinger, 2005).

Hautzinger strukturiert die kognitive Verhaltenstherapie schematisch in sechs Behandlungsabschnitte als exemplarische Grundlage für das individuelle therapeutische Vorgehen:

Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen	
1. Phase	
•	Schlüsselprobleme benennen
•	Aufbau einer therapeutischen Beziehung
2. Phase	
•	Vermittlung des therapeutischen Modells Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand der Erlebnisse des Patienten herausarbeiten, Elemente und Struktur der Therapie darstellen.
3. Phase	
•	Aktivitätsaufbau Erfolg-Vergnügen-Technik, Wochenplanung, gestuftes Vorgehen, Ablaufplanung, realistische Standards.
4. Phase	
•	Soziale Kompetenz Rollenspiele, klare Instruktionen, Bezug zu Problemen des Patienten, Rückmeldung, erneutes Üben, Transfer.
5. Phase	
•	Kognitive Techniken (werden meist schon beim Aktivitätsaufbau eingesetzt) Erfassen negativer Gedanken und Einstellungen, Zusammenhang von negativen Gedanken, Gefühlen und Verhalten darstellen, Realitätstestung, Alternativen aufzeigen, Entkatastrophisierung, Pros und Contras, kurz- und langfristige Konsequenzen von Einstellungen aufzeigen.
6. Phase	
•	Transfer, Erfolgssicherung und Rückfallprophylaxe

Abbildung 2.5: Phasen und Elemente kognitiver Verhaltenstherapie bei Depressionen

(nach: Hautzinger, 2005, S. 459)

2.2.4 Stand der Therapieforschung: Empirische Belege für die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung unipolarer Depressionen

Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz gehört mit mittlerweile über 80 kontrollierten Therapiestudien zu den am besten untersuchten ambulanten Psychotherapieformen für die Behandlung unipolarer Depressionen (Segal et al., 2001; de Jong-Meyer et al., 2007).

Die „APA Task Force on Psychological Intervention Guidelines“ (1998) bewertet die kognitive Therapie für die Behandlung monopolarer Depressionen als „wirksam und spezifisch“. Dies entspricht der höchstmöglichen Einschätzung der Wirksamkeit (de Rubeis, Crits-Christoph, 1998).

Die erste systematische Vergleichsstudie von kognitiver Therapie und Pharmakotherapie bei Depressionen wurde 1977 von Rush und Mitarbeitern durchgeführt. Wenngleich beide Therapieoptionen Erfolge aufwiesen, so zeigte sich, dass bei 79% der psychotherapeutisch behandelten Patienten eine deutliche Besserung beziehungsweise vollständige Remission eintrat, wohingegen nur bei 23% der Patienten, welchen das Antidepressivum Imipramin verordnet worden war, in einem Untersuchungszeitraum von zwölf Wochen eine Reduktion der depressiven Symptomatik eintrat (Rush et al., 1977).

Die Metaanalysen von de Rubeis und Mitarbeitern (1999; 2005) belegen, dass die kognitive Verhaltenstherapie im gesamten Spektrum der Depressivität zu ähnlich guten Therapieerfolgen führt wie eine pharmakologische Chemotherapie. Elkin et al. (1989) legen jedoch vor allem im hohen Schwerebereich der Depression gewisse Aussageeinschränkungen nahe. Auch de Jong-Meyer und Hautzinger (1996) konnten zeigen, dass die Effektivität des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes mit der einer medikamentösen Therapie vergleichbar ist; jedoch ergaben sich Vorteile der psychotherapeutischen Behandlung besonders im Hinblick auf die längerfristige Perspektive. So zeigten sich deutlich höhere Raten eines Behandlungsabbruchs bei pharmakologisch behandelten Patienten, außerdem gab es innerhalb dieser Gruppe signifikant höhere Rückfallraten und Symptomverschlechterungen. Andere Follow-up-Studien belegen ebenso die längerfristige Überlegenheit der kognitiven Therapie gegenüber der Pharmakotherapie sowie einen rezidiv-prophylaktischen Effekt (Gloaguen et al., 1998; Hollon et al., 2005). Jarret und Mitarbeiter (2001) konnten eine deutliche Verringerung der Rückfallrate nachweisen, wenn nach der akuten kognitiven Therapiephase für weitere acht Monate zehn Sitzungen stattfanden, in denen Fähigkeiten zur Verhinderung von Rückfällen in die Depression vermittelt wurden. Die Arbeitsgruppe um Gloaguen et al. (1998) sowie Wampold und Mitarbeiter (2002) errechneten aus Studien mit wenigstens einer Nachkontrolle pro Jahr eine Rückfallrate von durchschnittlich 60% bei medikamentös therapierten Patienten; bei Depressiven, die einer kognitiven Verhaltenstherapie zugeführt wurden, lag die Rückfallrate

hingegen bei nur 29%. Während die kognitive Therapie in der Akutphase eine ähnliche Effektivität aufweist wie eine pharmakologische Depressionsbehandlung, zeigt sich die Überlegenheit der Psychotherapie also vor allem in der Betrachtung der Langzeitergebnisse. Daher hat sie sich auch insbesondere als Erhaltungstherapie zur Vorbeugung von Rückfällen etabliert (Paykel et al., 1999; Jarret et al., 2001; Fava et al., 2004).

Es stellt ein Problem dar, nachzuweisen, ob eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung den jeweiligen Monotherapien überlegen ist, da bereits beide Monotherapien für sich genommen effektiv sind. Dennoch konnte gezeigt werden, dass eine mit Antidepressiva kombinierte Psychotherapie einer alleinigen Chemotherapie überlegen ist (z.B. Blackburn et al., 1981; Pampallona et al., 2004; Cuijpers, Dekker, 2005). Eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie wird außerdem bei äußerst schweren Depressionen, chronifizierenden Verläufen sowie bei sehr alten Menschen empfohlen (Segal et al., 2001; de Jong-Meyer et al., 2007). Insgesamt zeigt sich allerdings kein einheitliches Bild bei der Frage, ob eine kombiniert pharmakologisch-psychotherapeutische Behandlung von Vorteil gegenüber einer psychotherapeutischen Monotherapie ist. Während de Jong-Meyer et al. (1996) feststellten, dass eine Kombination aus Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie den Monotherapien weder unter- noch überlegen war, betont die Arbeitsgruppe um Weissman (1979) den Vorteil der Kombinationsbehandlung. Diesen sah Weissman insbesondere in einer deutlichen Verringerung der Abbrecherquote und einer erheblich höheren Akzeptanz (96%) der Kombinationsbehandlung.

Schließlich konnte die Arbeitsgruppe um Goldapple (2004) nachweisen, dass eine erfolgreiche kognitive Verhaltenstherapie mit signifikanten metabolischen Veränderungen im limbischen System sowie im frontalen Kortex assoziiert war. Dieses veränderte Stoffwechsellmuster unterschied sich dabei von demjenigen medikamentös behandelter Patienten.

Verglichen mit anderen Psychotherapieformen zur Behandlung depressiver Störungen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Die Wirksamkeit der kognitiven Therapie ist derjenigen der interpersonalen Therapie vergleichbar

(Klerman et al., 1984). Auch im Vergleich mit einer reinen Verhaltenstherapie zeigen sich keine gravierenden Unterschiede im Hinblick auf die Effektivität (Jacobson, Hollon, 1996).

2.2.5 Untersuchungen zur kognitiven Umstrukturierung von biographischen Einschätzungen und Persönlichkeitsmerkmalen

Mit der vorliegenden Eingruppen-Prä-Post-Studie soll unter anderem der Fragestellung nachgegangen werden, ob sich im Verlauf einer kognitiven Psychotherapie Veränderungen in Bezug auf eher überdauernde Persönlichkeitsmerkmale der depressiven Patienten ergeben. Außerdem soll untersucht werden, ob es nach Abschluss der Therapie zu einer veränderten Beurteilung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte kommt.

Diese Fragestellung knüpft an Untersuchungen von Bühler und Mitarbeitern (Bühler, König, 2003; Bühler, Eitel, 2007; Bühler, Eitel, 2008) an, welche ihrerseits den Einfluss von biographischen und aktuellen Persönlichkeitsvariablen auf Stimmung und Befindlichkeit belegen und die Bedeutung der Förderung psychoprotektiver Faktoren beziehungsweise der Abschwächung psychovulnerabler Faktoren für die Therapie der Depression aufzeigen sowie Unterschiede zwischen gesunden und depressiven Probanden im Hinblick auf biographische und überdauernde Persönlichkeitsmerkmale darstellen. Ferner konnten Untersuchungen von Bühler et al. (Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben, 2000; Bühler, Pagels, 2003) biographische Aspekte und bestimmte Wesensmerkmale als Vulnerabilitätsfaktoren für das Entstehen affektiver Störungen ausmachen respektive psychoprotektive Größen aufzeigen, die auch auf einen möglichen Therapieverlauf Einfluss nehmen.

Dabei waren insbesondere die Persönlichkeitsvariablen „Neurotizismus“ (NE) sowie „Desorganisation“ (DO) in früheren Arbeiten deutlich mit negativem psychischen Befinden korreliert und erwiesen sich als typische Merkmale einer depressiven Persönlichkeit (Bühler, Eitel, 2008). Zahlreiche andere klinische Studien konnten bestätigen, dass depressive Patienten verglichen mit einem gesunden Kontrollkollektiv deutlich höhere, also ungünstigere Werte in der Skala „Neurotizismus“ (NE) erzielten (Clayton, Ernst, Angst, 1994; Surtees, Wainwright, 1996; Farmer et al., 2002; Mulder, 2002; Bienvenu et al., 2004). Die Skala „Neurotizismus“ (NE) erfasst dabei Merkmale von Stimmungslabilität, Depressivität, affektiver Unausgeglichenheit, Gefühle der Verzweiflung und Perspektivlosigkeit, Zukunftsängste sowie Insuffizienzgefühle und ein geringes Selbstwertgefühl. „Desorganisation“ (DO) ist durch allgemeine Ziellosigkeit oder mangelnde Entschlussfähigkeit angesichts zu vieler unrealistischer Pläne gekennzeichnet. Kontrastierend zu „Desorganisation“ (DO) steht die Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) für Leistungsorientierung und Zielstrebigkeit, Extravertiertheit, Ich-Stärke, Selbstsicherheit und Kooperationsbereitschaft. Bühler und Pagels (2003) konnten in diesem Zusammenhang aufzeigen, dass „Neurotizismus“ (NE) und umgekehrt „Zielgerichtetheit“ (ZG) als gute Prognosefaktoren für den klinischen Verlauf der Behandlung depressiver Störungen dienen können. Außerdem wiesen Depressive im Vergleich mit einem gesunden Kontrollkollektiv signifikant höhere Scores auf der Skala „Neurotizismus“ (NE) sowie einen statistisch signifikant niedrigeren Wert auf der Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) auf (Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben, 2000; Bühler, König, 2003). Schließlich ist eine depressive Persönlichkeit häufig durch eine hohe „Arbeitsbezogenheit“ (AB) gekennzeichnet, die alle anderen Lebensbereiche dominiert und mit einem Kontrollverlust über die Arbeitsmenge einhergeht. Es liegt die Vermutung nahe, dass das Scheitern an übertriebenen Selbstansprüchen eine Prädisposition für psychische Störungen darstellt (Fiedler, 1997).

In Bezug auf die Vergangenheitsskalen seien frühere Studien erwähnt, die aufzeigen konnten, dass die Bewertung biographischer Daten nicht durch depressive Verstimmungen beeinflusst wird (Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben, 2000) und dass eine Veränderung der gegenwärtigen Stimmungslage nicht zu einer modifizierten Einschätzung von vergangenen Ereignissen und Erinnerungen führt (Bühler, Pagels, 2003). Allerdings können biographische Faktoren Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung beziehungsweise Verhinderung psychischer Störungen nehmen, indem sie entweder als psychovulnerable respektive psychoprotektive Faktoren wirksam werden (Bühler, Pagels, 2003). Insbesondere eine ungünstige „Primärsozialisation“ (PS) stellt einen deutlichen Vulnerabilitätsfaktor für das Entstehen psychischer Probleme dar (Hautzinger, 1981; Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler, Eitel, 2008).

3 Fragestellungen und Hypothesen

Das Anliegen dieser klinischen Patientenstudie ist es, zu überprüfen, ob beziehungsweise inwieweit persönlichkeitsstypische Merkmale depressiver Probanden im Verlauf einer kognitiven Verhaltenstherapie eine Veränderung erfahren. Der Fragestellung, ob es nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention zu einer veränderten Beurteilung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte durch die Testpersonen kommt, gilt das zweite Hauptaugenmerk. Desweiteren wird evaluiert, ob sich im Verlauf der Therapie die allgemeine Befindlichkeit und Stimmungslage der Probanden im Sinne einer Abnahme der Depressivität sowie einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit verändert. Schließlich soll untersucht werden, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge respektive biographische Beurteilungen der depressiven Testpersonen einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit während des Therapieverlaufes nehmen und ob sich bestimmte Persönlichkeitsmerkmale beziehungsweise biographische Einschätzungen somit als Prädiktoren für Änderungen des allgemeinen Befindens während einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen.

Diese Fragestellungen knüpfen zum einen an die in Kapitel 2.2.5 zitierten Arbeiten von Bühler und Mitarbeitern an, die sich mit den Einflüssen von Persönlichkeit und Biographie auf Stimmung und Befindlichkeit beschäftigten und die Bedeutung der Förderung psychoprotektiver Persönlichkeitsfaktoren beziehungsweise der Abschwächung psychovulnerabler Faktoren für die Therapie der Depression darlegen konnten. Ferner wurden biographische Aspekte und bestimmte Wesensmerkmale als Vulnerabilitätsfaktoren für das Entstehen affektiver Störungen respektive psychoprotektive Größen aufgezeigt,

die auch auf einen möglichen Therapieverlauf Einfluss nehmen. Darüberhinaus konnten Bühler et al. nachweisen, dass die Bewertung biographischer Aspekte nicht durch depressive Verstimmungen beeinflusst wurde und dass eine Veränderung der gegenwärtigen Stimmungslage nicht zu einer modifizierten Einschätzung von vergangenen Ereignissen und Erinnerungen führte.

Zum anderen wird im Rahmen dieser Studie untersucht, ob es im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie zu einer Linderung der depressiven Symptomatik kommt. Diese Fragestellung soll jedoch nur an zweiter Stelle behandelt werden, da die Effektivität der kognitiven Therapie empirisch bereits als hinreichend belegt gilt (vgl. Kapitel 2.2.4).

Auf Grundlage der genannten wissenschaftlichen Arbeiten werden die folgenden Hypothesen formuliert, die im Rahmen dieser Studie überprüft werden sollen:

- 1. Im Verlauf der sich auf die Veränderung der gegenwärtig wirksamen, also erkennbaren Stützursachen der Lebensschwierigkeiten konzentrierenden kognitiven Therapie können biographische Merkmale beziehungsweise in der Vergangenheit liegende mögliche Entstehungsursachen der Depression nur im gegenwärtigen Erleben der Patienten, das heißt aus rückblickender Sicht, eine Veränderung erfahren. Der Bericht aus dem Blickwinkel der Vergangenheit bleibt unverändert. Veränderungen sind daher nur in Bezug auf überdauernde Persönlichkeitsmerkmale feststellbar.*
- 2. Im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie kommt es zu einer Abnahme der Depressivität und einer Steigerung des momentanen subjektiven Wohlbefindens der Patienten.*

4 Material und Methode

4.1 Untersuchungsdesign

Das Ziel der vorliegenden klinischen Eingruppen-Prä-Post-Studie ist es, zu untersuchen, ob persönlichkeitspezifische Merkmale der depressiven Probanden im Verlauf einer kognitiven Psychotherapie eine Veränderung erfahren und ob es nach Abschluss der Therapie zu einer veränderten Einschätzung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte kommt. Desweiteren wird evaluiert, ob sich während des Therapieverlaufes die allgemeine Befindlichkeit und Stimmungslage der Testpersonen im Sinne einer Abnahme der Depressivität sowie einer Steigerung des gegenwärtigen psychischen Wohlbefindens verändert. Darüberhinaus soll der Fragestellung nachgegangen werden, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge respektive biographische Beurteilungen der depressiven Probanden einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit im Verlauf der kognitiven Therapie ausüben und ob sich bestimmte Persönlichkeitsmerkmale beziehungsweise biographische Einschätzungen somit als Prädiktoren für die Veränderung des allgemeinen Befindens im Laufe einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen.

An 46 Patienten mit der Diagnose einer unipolaren Depression nach DSM-IV, die sich im Zeitraum zwischen 1999 und 2005 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden, wurden vor Beginn der psychotherapeutischen Therapie mittels des Fragebogens für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP) biographische Merkmale sowie grundlegende Persönlichkeitsstrukturen erhoben. Die beiden Fragebögen Eigenschaftswörterliste (EWL) und Befindlich-

keitsskala (Bf-S) dienten ferner zur Erfassung von Stimmung und Befindlichkeit der Patienten zu diesem Zeitpunkt.

Nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention im Sinne einer kognitiven Verhaltenstherapie füllten die Patienten die gleichen Fragebögen noch einmal aus.

In dieser klinischen Studie werden nun zum einen die prä- und posttherapeutischen Ergebnisse der Fragebögen miteinander verglichen.

Auf diesem Wege soll untersucht werden, ob persönlichkeitspezifische Merkmale der Probanden sowie deren Beurteilung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte im Verlauf der kognitiven Therapie eine Veränderung erfahren haben (FPVP).

Außerdem erfolgt ein Vergleich der Stimmungs- und Befindlichkeitsskalen, um zu evaluieren, ob es nach Abschluss der Therapie zu einer Veränderung der allgemeinen Befindlichkeit und Stimmungslage der Probanden im Sinne einer Abnahme der Depressivität und einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit gekommen ist (EWL und Bf-S).

Zum anderen werden Korrelationsberechnungen zwischen den Prä-Werten der biographischen beziehungsweise persönlichkeitspezifischen Skalen sowie den aus Post- und Prä-Werten der Stimmungs- und Befindlichkeitsskalen gebildeten Differenzen durchgeführt.

Hierdurch soll die Frage geklärt werden, ob mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit während des Therapieverlaufs durch Prä-Werte biographischer respektive persönlichkeitspezifischer Skalen eine korrelative Beeinflussung erfahren haben.

4.2 Soziodemographische Merkmale der Probanden

Die vorliegende klinische Studie umfasst 46 Versuchspersonen, die sich zwischen 1999 und 2005 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befanden. Das Aufnahmekriterium in die Studie war die Diagnose einer „Major Depression“ nach DSM-IV. Dabei betrug die psychotherapeutische Behandlungsdauer durchschnittlich 1,7 Jahre mit einer Standardabweichung von 1,3 Jahren und variierte innerhalb des Patientenkollektivs zwischen einigen Monaten und maximal fünf Jahren.

Tabelle 4.1 gibt einen globalen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der Probanden:

Tabelle 4.1: Soziodemographische Merkmale der Probanden

Stichproben- charakteristika	Gesamt n = 46	
	n	%
Geschlecht		
Frauen	32	70
Männer	14	30
Alter		
20 – 29 Jahre	8	17,4
30 – 39 Jahre	14	30,4
40 – 49 Jahre	12	26,1
50 – 59 Jahre	11	23,9
> 60 Jahre	1	2,2
Bildungsniveau		
Hauptschulabschluss	16	35
Mittlere Reife	12	26
Abitur	12	26
keine Angaben	6	13

In Bezug auf die Geschlechterverteilung ist mit 70% eine deutliche Dominanz der weiblichen Probanden festzustellen.

Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 40,4 Jahre mit einer Standardabweichung von 10,8 Jahren. Der Median des Alters entspricht mit 40,5 Jahren annähernd dem Durchschnittsalter. Das Alter des jüngsten Patienten beträgt 20 Jahre, der älteste Patient ist 61 Jahre alt. Insgesamt ist das gesamte Spektrum des jungen und mittleren Erwachsenenalters gut vertreten, wobei die 30- bis 39-Jährigen mit 30,4% die größte Gruppe bilden.

Schließlich wurden noch Angaben zum Schulabschluss der Probanden erfragt. Mit 35% bilden hierbei die Hauptschulabsolventen die größte Gruppe, jeweils 26% verfügen über Mittlere Reife beziehungsweise Abitur. Von 13% der Testpersonen sind keine Angaben bezüglich der Schulbildung bekannt.

4.3 Testmaterial

Bei der vorliegenden klinischen Patientenstudie kam der „Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion“ (FPVP) zur Anwendung, um grundlegende Persönlichkeitsstrukturen sowie biographische Merkmale der Probanden darzustellen. Weiterhin dienten die „Eigenschaftswörterliste“ (EWL) und die „Befindlichkeitsskala“ (Bf-S) zur Erfassung der aktuellen subjektiven Befindlichkeit und Stimmung der Patienten.

Im Folgenden sollen diese Untersuchungsinstrumente nun vorgestellt werden.

4.3.1 Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion

Mit dem Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP), der im Anhang wiedergegeben ist, lassen sich zentrale Aspekte der Persönlichkeit und Biographie eines Patienten darstellen. Diese grundlegenden Persönlichkeitscharakteristika wurden in zahlreichen Studien faktorenanalytisch ermittelt. Dem klinisch psychiatrischen Diagnostiker dient der FPVP als Untersuchungsinstrument, um rasch einen allgemeinen Überblick über zentrale Strukturen der Persönlichkeit und Lebensgeschichte eines Patienten zu gewinnen, und somit als Orientierung für das weitere therapeutische Vorgehen. Daneben findet der FPVP auch Anwendung zu Forschungszwecken im Rahmen typologischer Ansätze (Bühler, Eitel, 2008).

Der FPVP kann als zusammenfassender Fragebogen folgender Vorformen verstanden werden:

- BIFA-AL Biographischer Fragebogen für Alkoholabhängige (Bühler, 1994)
- SEO Skala zur Erfassung von Ordnungsbezogenheit (Bühler, Stecher, Bardeleben, 1996)

- SEA Skala zur Erfassung von Arbeitsbezogenheit
(Bühler, Schneider, 1999)
- BIFA Biographischer Fragebogen
(Bühler, Bardeleben, 2005)

Die elf Intervallskalen des FPVP mit insgesamt 126 Items lassen sich in psychoprotektive und psychovulnerable Qualitäten aufteilen. Die psychoprotektiven Skalen sind „Zielgerichtetheit“ (ZG, 11 Items), der positive Pol von „Primärsozialisation“ (PS, 3 Items), „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI, 6 Items), „Idealität/soziale Konformität“ (ID, 8 Items), „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA, 8 Items) sowie „Berufszufriedenheit“ (BE, 8 Items). Die Skalen „Arbeitsbezogenheit“ (AB, 20 Items), „Rigidität“ (RI, 15 Items), „Desorganisation“ (DO, 16 Items), „Neurotizismus“ (NE, 15 Items) sowie der negative Pol von „Primärsozialisation“ (PS, 9 Items) stellen psychovulnerable Qualitäten dar; „Schulisches Engagement“ (SCH, 7 Items) ist neutral zu werten. Außerdem kann eine Unterteilung in persönlichkeitspezifische Gegenwartsskalen und Vergangenheitsskalen, die Aspekte der Biographie der Probanden repräsentieren, vorgenommen werden. Während die Skalen „Primärsozialisation“ (PS), „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) sowie „Schulisches Engagement“ (SCH) der Vergangenheit zugeordnet sind und Aspekten der Lebensgeschichte des Patienten entsprechen, repräsentieren die übrigen Skalen gegenwärtige Persönlichkeitsmerkmale (Bühler, Eitel, 2008).

Da sich mit dem FPVP zentrale Strukturen der Persönlichkeit und Biographie eines Patienten darstellen lassen, ist dieses Untersuchungsinstrument im Rahmen dieser Studie zur Überprüfung der ersten Hypothese, welche die Umstrukturierbarkeit von biographischen Einschätzungen und Persönlichkeitsmerkmalen zum Thema hat, geeignet.

Das Antwortformat des Fragebogens ist dichotom. Hierbei entspricht einer „trifft zu“-Antwort der Punktwert 1, der Punktwert 0 wird für das Ankreuzen von „trifft nicht zu“ vergeben. Die Skalensumme kann dann als Maß für die Ausprägung des entsprechenden Merkmals verstanden werden.

In mehreren Untersuchungen hat sich der FPVP als ein zuverlässiges und valides Messinstrument erwiesen (Bühler, Eitel, 2008).

Die folgende Tabelle soll die einzelnen Skalen des FPVP charakterisieren:

Tabelle 4.2: Beschreibung der FPVP-Skalen

(nach: Eitel, 2006, S. 89)

Skala	Beschreibung der FPVP-Skala
AB	Die Skala „ Arbeitsbezogenheit “ ist gekennzeichnet durch eine hohe Arbeitsbezogenheit, die alle anderen Lebensbereiche dominiert, einhergehend mit einem Kontrollverlust über die Arbeitsmenge.
BE	Die Skala „ Berufszufriedenheit “ berücksichtigt insbesondere das Verhältnis zu Vorgesetzten und Mitarbeitern im Arbeitsleben.
DO	„ Desorganisation “ ist entweder durch allgemeine Ziellosigkeit gekennzeichnet oder durch mangelnde Entschlussfähigkeit angesichts zu vieler Pläne. Zusammen mit dem Fassen vieler (unrealistischer) Pläne, deren Verwirklichung scheitern muss, steht dies im Zusammenhang mit Insuffizienzgefühlen und Perspektivlosigkeit.
ID	Mit der Skala „ Idealität/soziale Konformität “ lassen sich eine Reihe sozial auffälliger Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Alkoholkonsum oder psychische Störungen, beschreiben.
KI	Die Skala „ Kindliches Kontaktverhalten “ beschreibt das Kontaktverhalten mit Gleichaltrigen während der Kinder- und Jugendzeit.
NE	„ Neurotizismus “ ist durch Merkmale von Depressivität, Stimmungs labilität, affektiver Unausgeglichenheit, Gefühlen der Verzweiflung sowie der Auswegs- und Aussichtslosigkeit charakterisiert. Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit und Resignation bestimmen das Bild ebenso wie Versagensängste, Unzulänglichkeitsgefühle und ein geringes Selbstwertgefühl.
PA	Die Skala „ Partnerschaftszufriedenheit “ beinhaltet die verschiedenen Aspekte einer Partnerbeziehung respektive Ehe. Dabei findet sowohl das Verhältnis der Partner untereinander als auch die Beziehung des Partners zu Freunden und Verwandten Berücksichtigung.
PS	Die „ Primärsozialisation “ bezeichnet einen biographischen Aspekt und setzt sich aus zwei Polen zusammen: Der negative Pol beschreibt dabei ein als unharmonisch erlebtes Elternhaus mit strengem Erziehungsstil und geringer Unterstützung durch die primären Bezugspersonen; der positive Pol hingegen steht für familiäre Harmonie und vertrauensvolle Zuwendung durch frühere Bezugspersonen.
RI	„ Rigidität “ verlangt eine von außen vorgegebene Zielsetzung mit festen Pflichten und Ordnungen. Diese werden mit großer Sorgfalt erfüllt, wobei von den im Voraus detailliert geplanten Abläufen nur ungern abgewichen wird.
SCH	Die Skala „ Schulisches Engagement “ beschäftigt sich mit der sekundären Sozialisation, womit Erfahrungen und Einstellungen im schulischen Werdegang gemeint sind.
ZG	Die „ Zielgerichtetheit “ repräsentiert den biographischen Aspekt der Zukunft und kombiniert so drei miteinander zusammenhängende Themenbereiche: Leistungsorientierung beziehungsweise Zielstrebigkeit, offenes Kontaktverhalten respektive Kooperationsfähigkeit und Selbstsicherheit beziehungsweise sogenannte Ich-Stärke.

Tabelle 4.3 nennt exemplarisch charakteristische Items der FPVP-Skalen:

Tabelle 4.3: Itembeispiele der FPVP-Skalen

(nach: Bühler, Eitel, 2008, S. 621)

Skala	Itembeispiele der FPVP-Skalen
AB	<ul style="list-style-type: none"> • Ich habe Mühe, mich zu entspannen und nichts zu tun. • Wenn ich untätig bin, habe ich ein Gefühl der Leere in mir.
BE	<ul style="list-style-type: none"> • Meine Leistungen werden von meinen Vorgesetzten, meinen Mitarbeitern oder anderen Leuten, die mich kennen, anerkannt. • Im Großen und Ganzen bin ich mit meiner Berufswahl oder der Wahl meiner sonstigen Tätigkeiten zufrieden.
DO	<ul style="list-style-type: none"> • Manchmal quält mich der Gedanke, im Leben nicht zurecht zu kommen. • Manchmal denke ich, dass mit mir nichts anzufangen ist.
ID	<ul style="list-style-type: none"> • Ich habe noch nie Drogen genommen. • Ich habe noch nie abgetrieben oder zu einer Abtreibung angeregt.
KI	<ul style="list-style-type: none"> • Seit meiner frühesten Kindheit spielte ich häufig mit anderen Kindern. • Mit meinen Schulkameraden habe ich mich auch außerhalb der Schule häufig getroffen.
NE	<ul style="list-style-type: none"> • Manchmal fühle ich mich wie in einer Sackgasse, in der es nicht mehr weitergeht. • Meine Stimmung wechselt rasch ohne ersichtlichen Grund.
PA	<ul style="list-style-type: none"> • Unsere Beziehung ist in jeder Weise erfüllt und glücklich. • Ich würde meinen Partner nie gegen einen anderen eintauschen.
PS neg. Pol	<ul style="list-style-type: none"> • Gelegentlich hatte ich das Empfinden, dass ich nicht so recht in meine Familie hineingehöre. • Ich wurde daheim oft wegen Dingen bestraft, die ich nicht getan hatte.
PS pos. Pol	<ul style="list-style-type: none"> • Mein Vater, meine Mutter oder andere Erziehungspersonen waren für mich da, wenn ich Probleme hatte. • Zu meinem Vater, meiner Mutter oder anderen Erziehungspersonen hatte ich eine ziemlich vertrauensvolle Beziehung.
RI	<ul style="list-style-type: none"> • Pflichterfüllung ist für mich oberstes Lebensprinzip. • Es entspricht meinem Temperament, ein geordnetes Leben zu führen.
SCH	<ul style="list-style-type: none"> • In der Schule war ich immer sehr ehrgeizig. • Für gewöhnlich beteiligte ich mich mit Interesse am Unterricht.
ZG	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ich ein wichtiges Ziel im Leben erreichen möchte, verfolge ich diese Absicht konsequent, auch wenn das Ziel in weiter Ferne liegt. • Ich habe eine große Ausdauer, wenn es gilt, ein gestecktes Ziel zu erreichen.

AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, KI = „Kindliches Kontaktverhalten“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, PS = „Primärsozialisation“, RI = „Rigidität“, SCH = „Schulisches Engagement“, ZG = „Zielgerichtetheit“

4.3.2 Eigenschaftswörterliste

Bei der Eigenschaftswörterliste (EWL) nach W. Janke und G. Debus (1978) handelt es sich um ein mehrdimensionales Verfahren zur quantitativen Beschreibung des momentanen Befindens. Es liegen zwei Formen der Eigenschaftswörterliste vor, wobei in dieser Studie die längere Variante EWL-N mit 161 Items, die an gesunden Probanden entwickelt worden ist, zur Anwendung kam. Mittels der EWL-N lassen sich 15 verschiedene Befindlichkeitsaspekte beschreiben, die durch die Items empirisch gebildeter Kategorien, sogenannter Subskalen, erfasst werden. Diese Subskalen lassen sich wiederum sechs größeren Bereichen (synonym Faktoren) zuordnen, welche sich ihrerseits in Faktoren positiver beziehungsweise negativer Befindlichkeit gliedern lassen. Die Faktoren der Klasse „Positive Befindlichkeit“ (POS) sind „Leistungsbezogene Aktivität“ (LA), „Extraversion/Introversion“ (EI) und „Allgemeines Wohlbehagen“ (AW); die Faktoren „Allgemeine Desaktivität“ (AD), „Emotionale Gereiztheit“ (EG) sowie „Angst“ (AG) repräsentieren hingegen Bereiche „Negativer Befindlichkeit“ (NEG). Dementsprechend ist eine Auswertung der EWL auf der Basis dreier Interpretationsstufen möglich (Klassen, Faktoren und Subskalen).

Die EWL enthält eine Auswahl von 161 Adjektiven, auf die der Proband mit „trifft zu“ oder „trifft nicht zu“ entsprechend seiner gegenwärtigen Stimmungslage reagieren kann, wodurch eine Selbstbeschreibung des augenblicklichen Gemütszustandes entstehen soll. Der „trifft zu“-Antwort entspricht hierbei ein Punktwert von 1, dem Ankreuzen von „trifft nicht zu“ entspricht der Punktwert 0. Diese Rohwerte werden dann subskalenweise addiert, so dass die Summe als Ausprägungsgrad des entsprechenden Befindensmerkmals interpretiert werden kann.

Die EWL lässt sich weiterhin als Methode, welche auf die Erfassung von Zuständen (States) abzielt, charakterisieren. Deswegen ist sie im Besonderen dafür geeignet, Zustandsveränderungen des Befindens in Abhängigkeit von Interventionen, wie psychotherapeutischen Maßnahmen, aufzuzeigen (Janke, Debus, 1978).

In zahlreichen Studien hat sich die Eigenschaftswörterliste als objektiver und valider Test der aktuellen Befindlichkeit ausgezeichnet; die Zuverlässigkeit dieses Messinstrumentes ist durch empirische Untersuchungen hinreichend belegt (Brähler et al., 2002).

Tabelle 4.4 soll den dreistufigen Aufbau der Eigenschaftswörterliste verdeutlichen. Außerdem werden Itembeispiele (Eigenschaftswörter) zur Charakterisierung der einzelnen Subskalen gegeben:

Tabelle 4.4: Dreistufiger Aufbau der Eigenschaftswörterliste

(nach: Janke, Debus, 1978, S. 10f. u. S. 14)

Klasse	Bereich	Subskala	Anzahl der Items	Itembeispiele
Positive Befindlichkeit (POS)	Leistungsbezogene Aktivität (LA)	Aktiviertheit (A)	19	tatkräftig, energisch
		Konzentriertheit (B)	6	aufmerksam, konzentriert
	Extraversion/Introversion (EI)	Extravertiertheit (F)	9	gesprächig, zutraulich
		Introvertiertheit (G)	8	ungesellig, wortkarg
Allgemeines Wohlbehagen (AW)	Selbstsicherheit (H)	8	selbstsicher, unbekümmert	
	Gehobene Stimmung (I)	16	gutgelaunt, angenehm	
Negative Befindlichkeit (NEG)	Allgemeine Desaktivität (AD)	Desaktiviertheit (C)	16	energielos, träge
		Müdigkeit (D)	7	schläfrig, erschöpft
		Benommenheit (E)	9	benebelt, schlaftrunken
	Emotionale Gereiztheit (EG)	Erregtheit (J)	15	aufgeregt, kribbelig
		Empfindlichkeit (K)	4	erregbar, empfindlich
		Ärger (L)	7	ärgerlich, ungehalten
Angst (AG)	Ängstlichkeit (M)	7	bekloffen, schreckhaft	
	Deprimiertheit (N)	20	traurig, sorgenvoll	
	Verträumtheit (O)	10	tiefsinnig, verträumt	

4.3.3 Befindlichkeitsskala

Die Befindlichkeitsskala (Bf-S) stellt einen Bestandteil der Klinischen Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS München) dar und wurde 1975 von D. v. Zerssen unter Mitarbeit von D.-M. Koeller entwickelt. Es handelt sich um eine Eigenschaftswörterliste zur Erfassung der momentanen subjektiven Befindlichkeit, bei der sich jeweils zwei konträre Adjektive als Gegensatzpaar gegenüberstehen. Die für erwachsene Versuchspersonen konzipierte Befindlichkeitsskala eignet sich für Längsschnittuntersuchungen an Patienten aller Diagnosegruppen sowie an gesunden Probanden (CIPS, 2005). Der Testwert reflektiert dabei den aktuellen „Befindenzustand“ in einem globalen Sinne. Demgegenüber erscheint der Aussagegehalt der EWL von Janke und Debus differenzierter, jedoch ist dieser Test mit 161 Items auch deutlich umfangreicher. Insgesamt ist die Bf-S besonders für klinische Untersuchungen geeignet, bei denen es auf eine Veränderung des Gesamtbefindens ankommt (Zerssen, Koeller, 1975). Die Objektivität, Reliabilität und Validität der Befindlichkeitsskala wurde in Studien hinreichend belegt (CIPS, 2005).

Bei dieser klinischen Studie kam eine Vorform der Bf-S zum Einsatz, die aus 66 Paaren konträrer Adjektive besteht (zum Beispiel „müde – frisch“, „reizbar – verträglich“, „ängstlich – mutig“, „humorlos – humorvoll“). Auf einer Skala von 1 bis 7 sollten die Probanden ankreuzen, wie sie ihre augenblickliche Stimmung relativ zu den beiden gegensätzlichen Eigenschaftswörtern einschätzten. Der negative Pol (zum Beispiel „ängstlich“) entspricht dabei dem Punktwert 1; der Punktwert 7 wird dem positiven Pol (zum Beispiel „mutig“) zugeordnet. Die Werte 2 und 3 beziehungsweise 5 und 6 reproduzieren eine Tendenz in die eine oder andere Richtung, der Punktwert 4 schließlich steht für eine „Weder-Noch“-Antwort. Anschließend wurden die Punktwerte für jedes Eigenschaftswortpaar faktorenweise aufsummiert. Dabei spricht eine hohe Faktorensomme für ein Überwiegen des positiven Pols innerhalb des betreffenden Faktors, während geringe Faktorensommen auf eine negative Tendenz hinweisen.

Bei der Auswertung der Bf-S wurde eine unrotierte Drei-Faktoren-Lösung angewandt. Hierbei repräsentieren die drei Faktoren die der Befindlichkeitsskala zugrunde liegenden Unterskalen (Bühler, Eitel, 2008).

Tabelle 4.5 zeigt eine Interpretation der drei Bf-S-Faktoren:

Tabelle 4.5: Aufbau der Drei-Faktoren-Lösung der Befindlichkeitsskala

(nach: Bühler, Eitel, 2008, S. 624)

Faktor	Negativer Pol	Positiver Pol
I Grundstimmung, Stimmungslage	Missgestimmtheit, Unsicherheit, Depressivität	Zufriedenheit, Selbstsicherheit, Wohlbefinden, Ausgeglichenheit
II Energie-Dimension	Passivität, Schwäche	Maskulinität, Aktivität, Durchsetzungsvermögen, Stabilität
III Affektive (emotionale) Dimension	Kälte, Ablehnung, Dominanz, Ungeduld	Wärme, Zuwendung, Anpassung, Gefügigkeit

4.4 Statistische Datenanalyse

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit der Statistiksoftware PASW Statistics in der Version 17 (vormals SPSS).

Auf eine Alpha-Fehler-Adjustierung (Bonferroni-Korrektur) wurde aufgrund der gezielten Überprüfung einer begrenzten Zahl von Hypothesen verzichtet.

In Bezug auf die erste Hypothese, welche mögliche Veränderungen von biographischen Einschätzungen und Persönlichkeitsmerkmalen im Verlauf der Therapie zum Thema hat, werden wegen der multiplen Signifikanztestungen allerdings nur diejenigen Unterschiede interpretiert, die sich auf dem höchsten Signifikanzniveau ($p < ,001$) als statistisch signifikant erweisen. Die Überprüfung der zweiten Hypothese, die sich auf die mögliche Veränderung der aktuellen Stimmungslage und Befindlichkeit der Patienten nach Abschluss der Therapie bezieht, erfolgt auf der höchsten Aggregationsebene (Klassen) der Eigenschaftswörterliste (EWL) sowie auf Grundlage des Prä-Post-Vergleiches der drei Faktoren der Befindlichkeitsskala (Bf-S). Die übrigen Unterskalen der EWL (Faktoren und Skalen) werden lediglich explorativ analysiert.

Mittels des nonparametrischen statistischen Verfahrens des Wilcoxon-Vorzeichen-Rangsummen-Tests für zwei abhängige Stichproben wurden die prä- und posttherapeutischen Persönlichkeits- sowie Befindlichkeitsskalen vergleichend auf Veränderungen hin untersucht. Der Output dieser Wilcoxon-Testungen ist im Anhang der vorliegenden Arbeit wiedergegeben.

Die Ergebnisdarstellung der Prä-Post-Vergleiche erfolgt tabellarisch in Form einer deskriptiven Statistik, welche die Fallzahl (n), die Minima (Min) und Maxima (Max) der jeweiligen Stichprobe sowie die zentralen Tendenzen in Form der Mediane (Md) und Mittelwerte (M) mit den entsprechenden Dispersionsmaßen Quartil 1 (Q_1) und Quartil 3 (Q_3) beziehungsweise der Standardabweichung (s) ausweist. Weiterhin wird der p-Wert (p) der

Signifikanzprüfung durch den Wilcoxon-Test angegeben. Eine graphische Darstellung der prä- und posttherapeutischen Mediane der verschiedenen Skalen erfolgt schließlich in Form eines Punkte-Diagramms.

Die Klärung der Fragestellung, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge beziehungsweise biographische Beurteilungen der Probanden einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit während des Therapieverlaufs ausüben und ob sich bestimmte Wesensmerkmale und biographische Einschätzungen somit als Prädiktoren für die Veränderungen des allgemeinen Befindens im Laufe einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen, wird im Rahmen dieser Studie auf Grundlage von Korrelationsberechnungen vollzogen.

Hierfür wurden nonparametrische Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten (r_s) zwischen den Prä-(1)-Werten der biographischen beziehungsweise persönlichkeitspezifischen Skalen sowie den aus Post-(2)- und Prä-(1)-Werten der Stimmungs- und Befindlichkeitsskalen gebildeten Differenzen (Δ) errechnet. Die Differenzbildung (Δ) erfolgte hierbei durch Subtraktion des Prä-(1)-Wertes vom Post-(2)-Wert.

Bei der tabellarischen Darstellung der Ergebnisse werden der Übersichtlichkeit wegen nur die statistisch signifikanten Korrelationskoeffizienten aufgeführt. Eine vollständige Darstellung der Korrelationsberechnungen kann dem Anhang entnommen werden.

Aufgrund der multiplen Testungen werden im Ergebnisteil zudem nur diejenigen Korrelationen interpretiert, welche sich auf dem 0,01-Niveau (**) als statistisch signifikant erweisen.

5 Ergebnisse

5.1 Prä-Post-Vergleich des Fragebogens für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP)

Der Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP), mit dem sich biographische Einschätzungen und zentrale Persönlichkeitszüge der Probanden erfassen lassen, dient im Rahmen dieser Studie zur Überprüfung der ersten Hypothese, die wie folgt lautet:

Im Verlauf der sich auf die Veränderung der gegenwärtig wirksamen, also erkennbaren Stützursachen der Lebensschwierigkeiten konzentrierenden kognitiven Therapie können biographische Merkmale beziehungsweise in der Vergangenheit liegende mögliche Entstehungsursachen der Depression nur im gegenwärtigen Erleben der Patienten, das heißt aus rückblickender Sicht, eine Veränderung erfahren. Der Bericht aus dem Blickwinkel der Vergangenheit bleibt unverändert. Veränderungen sind daher nur in Bezug auf überdauernde Persönlichkeitsmerkmale feststellbar.

Tabelle 5.1 subsumiert die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleiches der Persönlichkeits- und biographischen Skalen des Fragebogens für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP). Die unterschiedlichen Fallzahlen (n) für die jeweiligen Skalen resultieren aus der Verwendung verschiedener Fassungen und Vorformen des FPVP, die ihrerseits nicht sämtliche FPVP-Skalen enthielten, zur Erhebung der Patientendaten (vgl. Kapitel 4.3.1):

Tabelle 5.1: Deskriptive Statistik der FPVP-Skalen

Skala		Deskriptive Statistik: FPVP								
		n	Min	Max	Q ₁	Q ₂ (Md)	Q ₃	M	s	p
AB	1	43	0	19	8	12	14	10,6	5,1	< ,001
	2		0	17	1	3	7	4,9	4,7	
BE	1	30	2	8	3	5	7	4,9	2,2	n. sign.
	2		0	8	5	6	7	5,5	2,1	
DO	1	45	0	16	5	12	12	9,3	4,4	< ,001
	2		0	14	1	3	3	4,0	3,8	
ID	1	38	0	8	5	7	7	6,0	2,0	n. sign.
	2		0	8	5	6	7	5,7	2,3	
KI	1	41	0	6	2	4	6	3,8	2,1	n. sign.
	2		0	6	3	4	6	4,0	2,0	
NE	1	45	0	15	6	10	13	8,9	4,7	< ,001
	2		0	13	0	2	4	2,7	3,1	
PA	1	27	0	8	4	6	7	5,4	2,6	n. sign.
	2		0	8	5	7	8	6,0	2,5	
PS	1	45	0	12	1	4	9	4,8	4,0	,012
	2		0	12	1	3	8	4,2	4,1	
RI	1	44	0	15	6	9	12	8,9	3,9	n. sign.
	2		0	14	4	9	11	7,8	4,4	
SCH	1	41	0	7	4	4	6	4,5	1,7	n. sign.
	2		0	7	4	5	6	4,5	1,9	
ZG	1	44	0	11	3	6	9	5,9	3,4	< ,001
	2		0	11	8	10	11	8,7	3,2	

AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, KI = „Kindliches Kontaktverhalten“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, PS = „Primärsozialisation“, RI = „Rigidität“, SCH = „Schulisches Engagement“, ZG = „Zielgerichtetheit“

Beim Vergleich der prä- und posttherapeutischen Mediane ergeben sich laut Wilcoxon-Vorzeichen-Rangsummen-Test demnach innerhalb der Stichprobe keine signifikanten Veränderungen der zentralen Tendenz hinsichtlich biographischer, der Vergangenheit zugeordneter Aspekte, die durch die Skalen „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) sowie „Schulisches Engagement“ (SCH) repräsentiert werden. Lediglich die Vergangenheitsskala „Primärsozialisation“ (PS) weist mit einer relativ hohen Irrtumswahrscheinlichkeit von 1,2% eine signifikante Abnahme des Medians auf, was einem günstigeren Wert für diese Skala nach Abschluss der kognitiven Therapie entspricht. Das heißt, die Primärsozialisation in der Vergangenheit wird nach der Behandlung günstiger bewertet.

Bei den gegenwartsbezogenen Persönlichkeitsskalen „Arbeitsbezogenheit“ (AB), „Desorganisation“ (DO), „Neurotizismus“ (NE) sowie „Zielgerichtetheit“ (ZG), die in einem engen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Depression stehen (vgl. Tabelle 4.2), kommt es im Verlauf der kognitiven Psychotherapie hingegen zu einer signifikanten Veränderung der zentralen Tendenz. Während die Medianwerte der Skalen „Arbeitsbezogenheit“ (AB), „Desorganisation“ (DO) und vor allem „Neurotizismus“ (NE) nach Abschluss der Behandlung geringer als die entsprechenden prätherapeutischen Scores ausfallen, imponiert innerhalb der Stichprobe eine Erhöhung des Medians der Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) im Vergleich mit dem Ausgangswert zu Beginn der Behandlung.

Demgegenüber weisen die ebenfalls der Gegenwart zugeordneten Persönlichkeitsskalen „Berufszufriedenheit“ (BE), „Idealität/soziale Konformität“ (ID), „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA) sowie „Rigidität“ (RI) keine signifikanten Veränderungen nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention auf.

Abbildung 5.1 illustriert die Veränderungen der zentralen Tendenzen innerhalb der Stichprobe für die Skalen „Arbeitsbezogenheit“ (AB), „Desorganisation“ (DO) und „Neurotizismus“ (NE), deren Medianwerte nach Abschluss der Therapie geringer ausfallen, sowie für die Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) mit einem posttherapeutisch höheren Median:

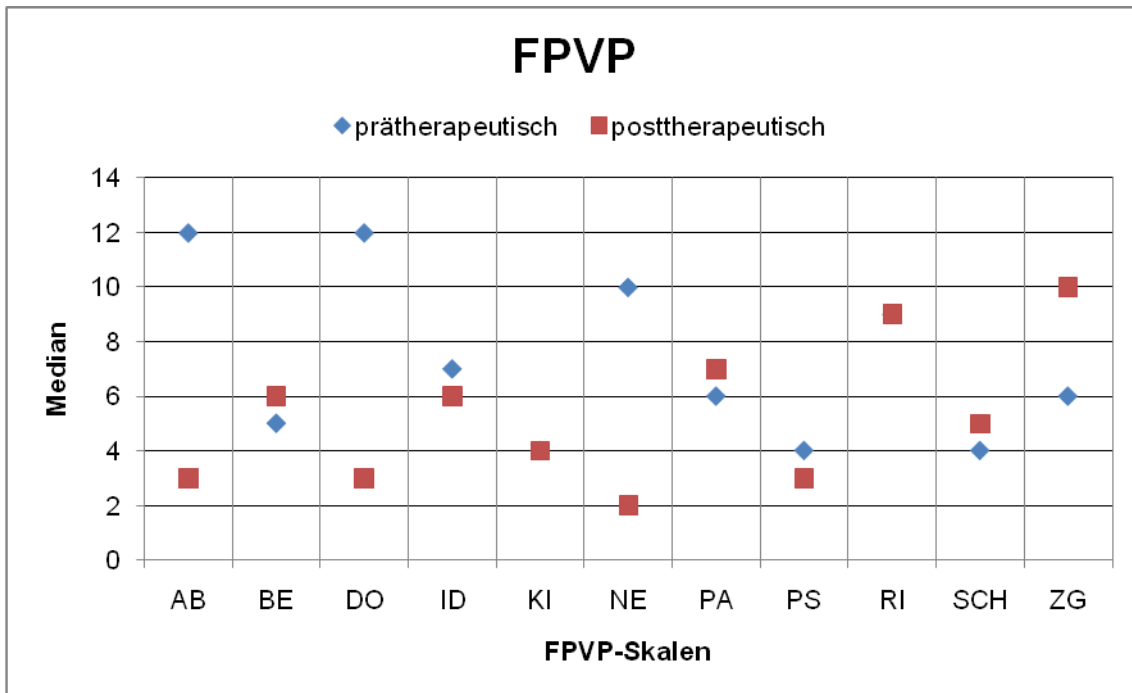


Abbildung 5.1: Prä-Post-Vergleich der FPVP-Skalen

AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, KI = „Kindliches Kontaktverhalten“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, PS = „Primärsozialisation“, RI = „Rigidität“, SCH = „Schulisches Engagement“, ZG = „Zielgerichtetheit“

(Anmerkung: Die Prä-Werte der Skalen „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) sowie „Rigidität“ (RI) liegen hinter den jeweiligen Post-Werten verborgen.)

5.2 Prä-Post-Vergleich der Eigenschaftswörterliste (EWL)

Dem dreistufigen Aufbau der Eigenschaftswörterliste (EWL) entsprechend ist eine Auswertung dieses Fragebogens auf drei Interpretationsstufen (Klassen, Faktoren, Skalen) möglich.

Die Überprüfung der zweiten Hypothese dieser Studie erfolgt dabei zunächst auf Grundlage des Prä-Post-Vergleiches der höchsten Aggregationsebene dieses Fragebogens, also auf Grundlage der EWL-Klassen. Zusätzlich wird die zweite Hypothese anhand des Prä-Post-Vergleichs der drei Faktoren der Befindlichkeitsskala (Bf-S) überprüft (Kapitel 5.3).

Wegen der multiplen Testungen werden nur die Ergebnisse mit der geringsten Irrtumswahrscheinlichkeit berücksichtigt.

5.2.1 Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen

Der Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen, der globalsten Interpretationsstufe der Eigenschaftswörterliste (EWL), soll zur Überprüfung der zweiten Hypothese dieser Studie herangezogen werden. Diese lautet wie folgt:

Im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie kommt es zu einer Abnahme der Depressivität und einer Steigerung des momentanen subjektiven Wohlbefindens der Patienten.

Die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleiches der EWL-Klassen sind in Tabelle 5.2 zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 5.2: Deskriptive Statistik der EWL-Klassen

Skala		Deskriptive Statistik: EWL-Klassen								
		n	Min	Max	Q ₁	Q ₂ (Md)	Q ₃	M	s	p
POS	1	29	3	63	8	20	31	22,8	15,7	< ,001
	2		13	63	38	52	58	45,8	13,8	
NEG	1	29	4	79	27	38	61	41,3	21,3	< ,001
	2		0	40	2	9	17	11,0	10,8	

POS = „Positive Befindlichkeit“, NEG = „Negative Befindlichkeit“

Für den Vergleich der prä- und posttherapeutischen Mediane zeigen sich für beide EWL-Klassen demnach signifikante Veränderungen hinsichtlich der zentralen Tendenz. Einer signifikanten Zunahme der „Positiven Befindlichkeit“ (POS) steht eine signifikante Abnahme des Medianwertes für die EWL-Klasse „Negative Befindlichkeit“ (NEG) gegenüber. Die beiden EWL-Klassen, welche konträre Stimmungslagen und Befindlichkeiten subsumieren, zeigen also ein erwartungsgemäß gegenläufiges Verhalten.

Abbildung 5.2 zeigt die Veränderungen der beiden EWL-Klassen bezüglich ihrer zentralen Tendenzen nach der psychotherapeutischen Maßnahme:

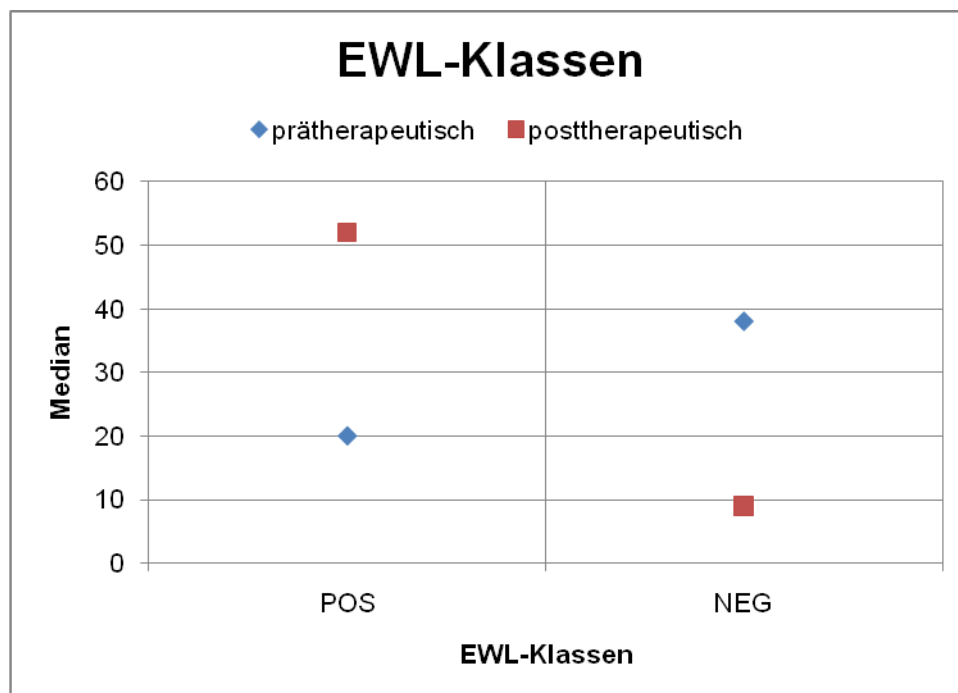


Abbildung 5.2: Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen

POS = „Positive Befindlichkeit“, NEG = „Negative Befindlichkeit“

5.2.2 Prä-Post-Vergleich der EWL-Faktoren

Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch auf Faktorenebene. So ergeben sich für sämtliche EWL-Faktoren, die zur Klasse der „Positiven Befindlichkeit“ (POS) gehören, posttherapeutisch signifikant höhere Werte. Dies sind die Faktoren „Leistungsbezogene Aktivität“ (LA), „Extraversion/Introversion“ (EI), welcher ein Maß für die Extravertiertheit der Probanden darstellt, sowie „Allgemeines Wohlbefinden“ (AW).

Die mit „Negativer Befindlichkeit“ (NEG) assoziierten Faktoren „Allgemeine Desaktivität“ (AD) sowie „Emotionale Gereiztheit“ (EG) und „Angst“ (AG) zeichnen sich laut Wilcoxon-Test hingegen durch signifikant geringere Medianwerte nach Abschluss der kognitiven Therapie aus.

Tabelle 5.3: Deskriptive Statistik der EWL-Faktoren

Skala		Deskriptive Statistik: EWL-Faktoren								
		n	Min	Max	Q ₁	Q ₂ (Md)	Q ₃	M	s	p
LA	1	29	0	23	3	7	13	8,6	7,0	< ,001
	2		2	25	12	20	23	17,2	6,9	
EI	1	29	1	17	4	11	14	9,5	5,2	< ,001
	2		6	17	12	14	16	13,5	2,9	
AW	1	29	0	23	0	2	7	4,8	6,2	< ,001
	2		0	22	13	16	20	15,1	6,0	
AD	1	29	0	26	4	10	18	11,0	8,6	< ,001
	2		0	13	0	0	4	2,1	3,2	
EG	1	29	0	21	6	11	17	11,1	6,1	< ,001
	2		0	20	0	1	4	3,5	5,3	
AG	1	29	1	36	13	19	28	19,2	10,4	< ,001
	2		0	26	2	5	8	5,4	5,4	

LA = „Leistungsbezogene Aktivität“, EI = „Extraversion/Introversion“, AW = „Allgemeines Wohlbefinden“, AD = „Allgemeine Desaktivität“, EG = „Emotionale Gereiztheit“, AG = „Angst“

Abbildung 5.3 illustriert die Veränderungen der zentralen Tendenzen innerhalb der EWL-Faktoren:

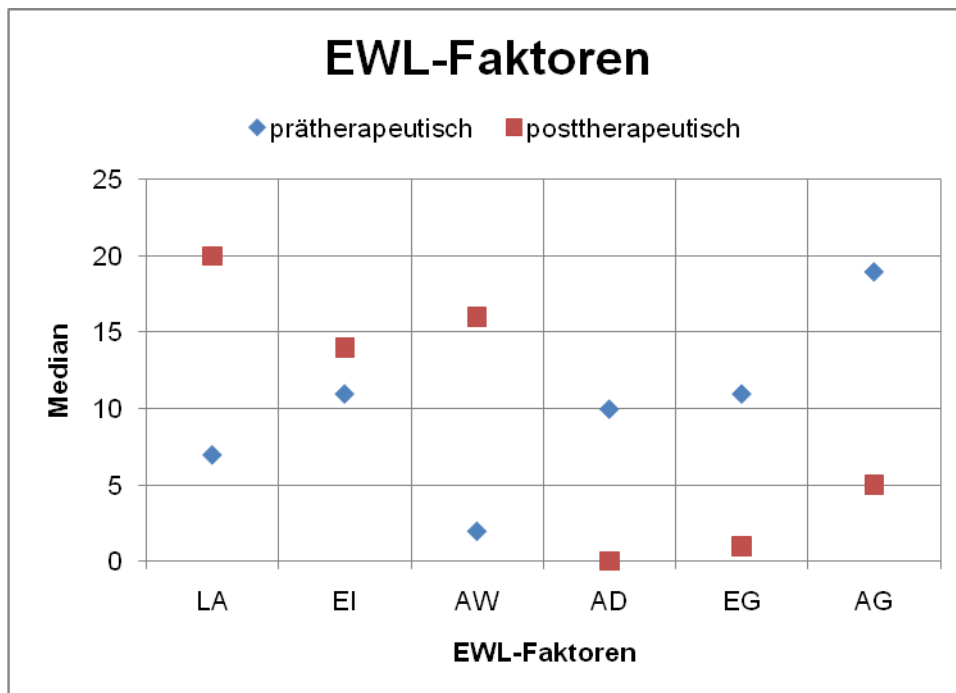


Abbildung 5.3: Prä-Post-Vergleich der EWL-Faktoren

LA = „Leistungsbezogene Aktivität“, EI = „Extraversion/Introversion“, AW = „Allgemeines Wohlbehagen“, AD = „Allgemeine Desaktivität“, EG = „Emotionale Gereiztheit“, AG = „Angst“

5.2.3 Prä-Post-Vergleich der EWL-Skalen

Schließlich ist eine Auswertung der Eigenschaftswörterliste (EWL) auf Ebene der EWL-Subskalen möglich, welche 15 verschiedene Aspekte augenblicklichen Befindens repräsentieren und somit die differenzierteste Interpretationsstufe der EWL bilden.

Tabelle 5.4 gibt die deskriptive Statistik für die Subskalen der Eigenschaftswörterliste (EWL) wieder:

Tabelle 5.4: Deskriptive Statistik der EWL-Skalen

Skala		Deskriptive Statistik: EWL-Skalen								p
		n	Min	Max	Q ₁	Q ₂ (Md)	Q ₃	M	s	
A	1	29	0	18	2	4	8	5,8	5,4	< ,001
	2		1	19	8	15	17	12,3	5,6	
B	1	30	0	6	1	3	5	2,8	2,0	< ,001
	2		1	6	4	6	6	4,9	1,5	
C	1	29	0	16	1	5	11	6,4	5,5	< ,001
	2		0	11	0	0	2	1,4	2,7	
D	1	30	0	7	1	4	6	3,5	2,5	< ,001
	2		0	4	0	0	0	0,5	1,1	
E	1	29	0	4	0	1	2	1,2	1,3	,001
	2		0	2	0	0	0	0,2	0,5	
F	1	29	0	9	3	4	7	4,7	2,5	,009
	2		1	9	5	6	8	6,1	2,1	
G	1	30	0	8	0	2	7	3,4	3,3	< ,001
	2		0	5	0	0	1	0,7	1,4	
H	1	30	0	8	0	1	2	1,6	2,2	< ,001
	2		0	8	2	5	6	4,5	2,3	
I	1	29	0	15	0	1	6	3,1	4,3	< ,001
	2		0	16	9	12	14	10,5	4,5	
J	1	30	0	14	3	7	10	6,7	3,9	< ,001
	2		0	10	0	0	1	1,3	2,6	
K	1	29	0	4	3	4	4	3,2	1,1	< ,001
	2		0	4	0	1	3	1,5	1,6	
L	1	30	0	7	0	0	3	1,7	2,4	,044
	2		0	7	0	0	0	0,7	1,7	
M	1	30	0	7	2	3	6	3,5	2,4	< ,001
	2		0	6	0	0	1	0,7	1,4	
N	1	29	0	20	4	12	17	10,5	6,8	< ,001
	2		0	14	0	0	1	1,0	2,6	
O	1	29	1	10	3	5	8	5,2	2,9	,014
	2		0	10	1	3	6	3,7	2,7	

A = „Aktiviertheit“, B = „Konzentriertheit“, C = „Desaktiviertheit“, D = „Müdigkeit“, E = „Benommenheit“, F = „Extravertiertheit“, G = „Introvertiertheit“, H = „Selbstsicherheit“, I = „Gehobene Stimmung“, J = „Erregtheit“, K = „Empfindlichkeit“, L = „Ärger“, M = „Ängstlichkeit“, N = „Deprimiertheit“, O = „Verträumtheit“

Beim Prä-Post-Vergleich der zentralen Tendenzen durch den Wilcoxon-Test ergeben sich nach der kognitiven Psychotherapie für die folgenden EWL-Skalen signifikant von Null verschiedene Änderungen:

Die mit der EWL-Klasse „Negative Befindlichkeit“ (NEG) assoziierten Subskalen „Desaktiviertheit“ (C), „Müdigkeit“ (D), „Erregtheit“ (J), „Empfindlichkeit“ (K),

„Ängstlichkeit“ (M) sowie schließlich „Deprimiertheit“ (N) zeigen im Median nach der Therapie hierbei durchwegs geringere Werte als vorher.

Demgegenüber stehen posttherapeutisch höhere Medianwerte der Subskalen „Aktiviertheit“ (A), „Konzentriertheit“ (B), „Selbstsicherheit“ (H) und „Gehobene Stimmung“ (I), die zur EWL-Klasse „Positive Befindlichkeit“ (POS) gehören. Die Skala „Introvertiertheit“ (G) wird ebenfalls unter der Klasse „Positive Befindlichkeit“ (POS) subsumiert, da sie als negativer Gegenpol zusammen mit der Skala „Extravertiertheit“ (F) den für Extraversion stehenden, bipolaren Faktor „Extraversion/Introversion“ (EI) bildet. Bei Wertung der positiven Ergebnisse für „Introvertiertheit“ (G) auf Skalenebene fällt demgemäß der posttherapeutische Median niedriger als der prätherapeutische Wert aus.

Abbildung 5.4 stellt die Veränderungen der Medianwerte der EWL-Skalen im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung dar:

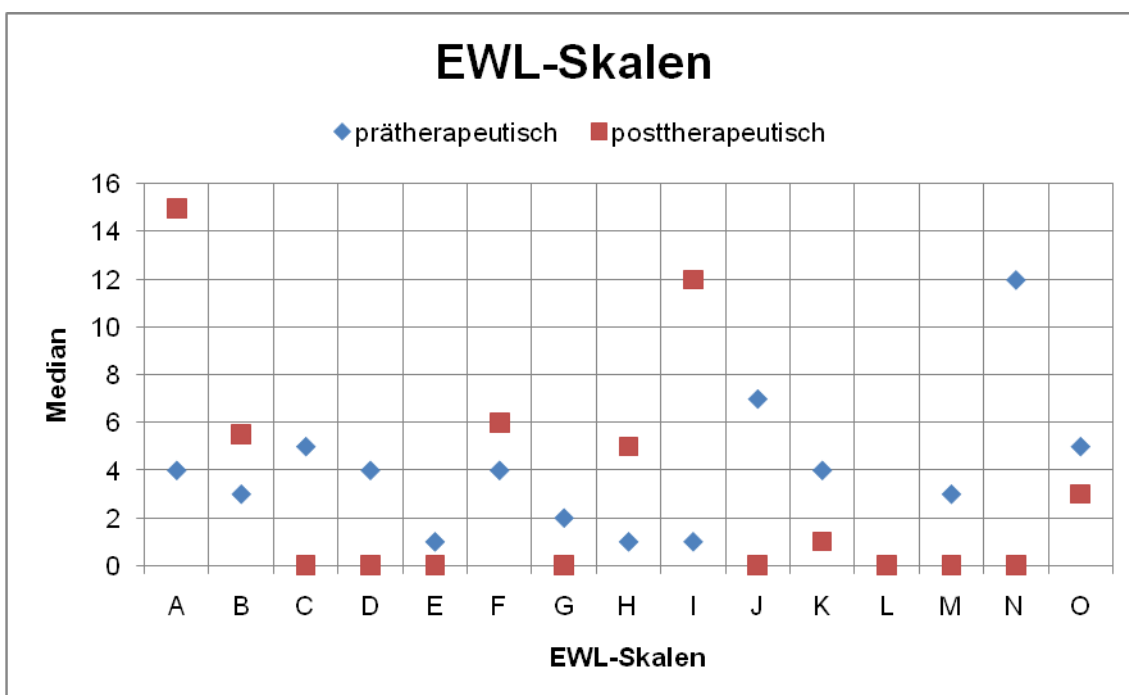


Abbildung 5.4: Prä-Post-Vergleich der EWL-Skalen

A = „Aktiviertheit“, B = „Konzentriertheit“, C = „Desaktiviertheit“, D = „Müdigkeit“, E = „Benommenheit“, F = „Extravertiertheit“, G = „Introvertiertheit“, H = „Selbstsicherheit“, I = „Gehobene Stimmung“, J = „Erregtheit“, K = „Empfindlichkeit“, L = „Ärger“, M = „Ängstlichkeit“, N = „Deprimiertheit“, O = „Verträumtheit“ (Anmerkung: Der Prä-Wert der Skala „Ärger“ (L) liegt hinter dem Post-Wert verborgen.)

5.3 Prä-Post-Vergleich der Befindlichkeitsskala (Bf-S)

Bei der Befindlichkeitsskala (Bf-S) handelt es sich um ein Untersuchungsinstrument zur Erfassung der momentanen subjektiven Befindlichkeit, das sich insbesondere für klinische Studien eignet, bei denen es auf eine globale Veränderung des Gesamtbefindens ankommt. Im Rahmen dieser Arbeit soll der Prä-Post-Vergleich der drei Bf-S-Faktoren zur Überprüfung der zweiten Hypothese dienen, welche an dieser Stelle noch einmal wiederholt wird:

Im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie kommt es zu einer Abnahme der Depressivität und einer Steigerung des momentanen subjektiven Wohlbefindens der Patienten.

Wie aus Tabelle 5.5 hervorgeht, zeigen sich im Median für alle drei Bf-S-Faktoren höhere Werte nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention. Dies entspricht einer Besserung der allgemeinen Befindlichkeit und Stimmungslage der Patienten im Sinne einer Verschiebung zum positiven Pol der Befindlichkeitsskala (Bf-S) hin.

Tabelle 5.5: Deskriptive Statistik der Bf-S

Skala		Deskriptive Statistik: Bf-S								
		n	Min	Max	Q ₁	Q ₂ (Md)	Q ₃	M	s	p
I	1	25	63	233	113	143	186	148,5	47,7	< ,001
	2		123	240	178	211	230	200,8	35,8	
II	1	25	32	150	65	79	100	81,5	28,2	< ,001
	2		83	148	104	123	136	120,9	19,4	
III	1	25	10	55	26	35	42	32,9	10,9	< ,001
	2		29	53	39	45	48	43,5	6,2	

I = Grundstimmung, Stimmungslage, II = Energie-Dimension, III = affektive, emotionale Dimension

Abbildung 5.5 illustriert graphisch, dass die Faktorenwerte der Bf-S nach Abschluss der Therapie im Median höher ausfallen als prätherapeutisch:

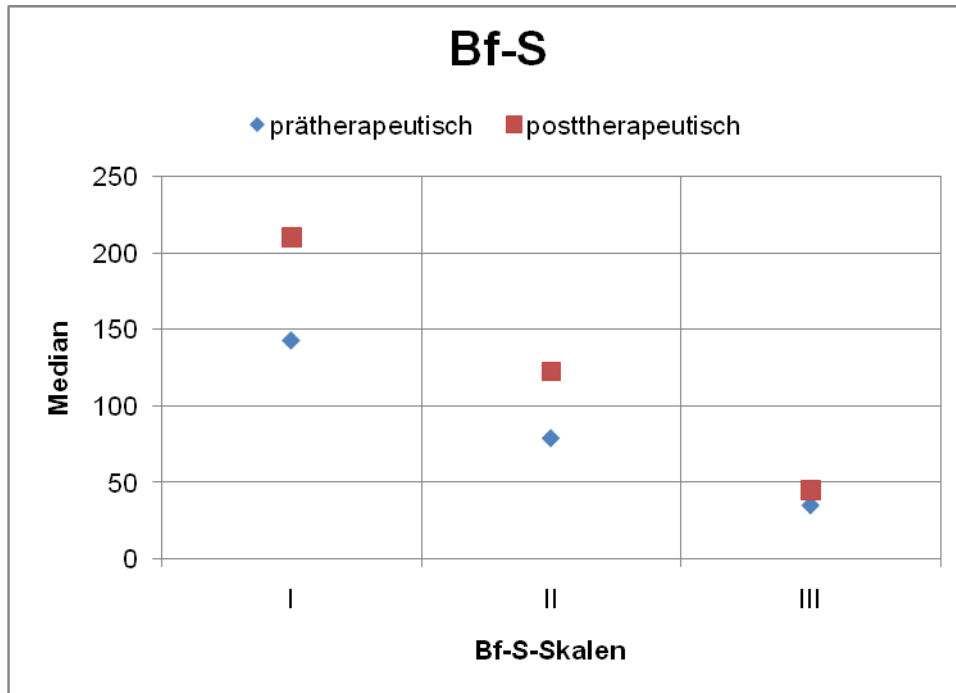


Abbildung 5.5: Prä-Post-Vergleich der Bf-S

I = Grundstimmung, Stimmungslage, II = Energie-Dimension, III = affektive, emotionale Dimension

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die zuvor dargestellten Ergebnisse die im dritten Kapitel dieser Arbeit formulierten Hypothesen in Bezug auf Veränderungen von biographischen Beurteilungen beziehungsweise von Persönlichkeitsmerkmalen der Probanden sowie hinsichtlich des Rückgangs der Depressivität im Verlauf der kognitiven Therapie bestätigen.

Die erste Hypothese dieser Studie bezog sich auf die Umstrukturierbarkeit von biographischen Einschätzungen und Persönlichkeitsmerkmalen der Probanden. Dieser Hypothese zufolge sollte es im Verlauf der sich auf die Veränderung der gegenwärtig wirksamen, also erkennbaren Stützursachen der Lebensschwierigkeiten konzentrierenden kognitiven Therapie zu keinen unmittelbaren Veränderungen biographischer Merkmale beziehungsweise in der Vergangenheit liegender möglicher Entstehungsursachen der Depression kommen, da diese, der ersten Hypothese nach, nur im gegenwärtigen Erleben der Patienten, das heißt aus rückblickender Sicht, eine Veränderung erfahren können. Mögliche Veränderungen hingegen sollten nur in Bezug auf überdauernde Persönlichkeitsmerkmale feststellbar sein.

Durch die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleiches der FPVP-Skalen kann diese Hypothese insofern verifiziert werden, als es innerhalb der Stichprobe zu keinen signifikanten Veränderungen der zentralen Tendenz hinsichtlich biographischer, der Vergangenheit zugeordneter Aspekte kommt, welche durch die Skalen „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) sowie „Schulisches Engagement“ (SCH) repräsentiert werden. Lediglich die Vergangenheitsskala „Primärsozialisation“ (PS) weist mit einer relativ hohen Irrtumswahrscheinlichkeit von 1,2% eine signifikante Verringerung des Medians auf, was einem günstigeren Wert für diese Skala entspricht. Diese Veränderung führen wir darauf zurück, dass in der

Skala „Primärsozialisation“ (PS) vermehrt Bewertungen (d.h. 25% der Items enthalten Bewertungen), in den Skalen „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) (d.h. kein Item enthält eine Bewertung) und „Schulisches Engagement“ (SCH) (d.h. kein Item enthält eine Bewertung) hingegen ausschließlich Feststellungen vorgenommen werden.

Demgegenüber kommt es im Verlauf der kognitiven Psychotherapie bei den gegenwartsbezogenen Persönlichkeitsskalen „Arbeitsbezogenheit“ (AB), „Desorganisation“ (DO), „Neurotizismus“ (NE) sowie „Zielgerichtetheit“ (ZG), die in einem engen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Depression stehen, zu einer signifikanten Veränderung der zentralen Tendenz. Dabei entsprechen die Abnahmen der Medianwerte der Skalen „Arbeitsbezogenheit“ (AB), „Desorganisation“ (DO) und vor allem „Neurotizismus“ (NE) sowie die Erhöhung des Medians der Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) einer Linderung der affektiven Störung im Sinne einer Abnahme der Depressivität.

Indessen weisen die ebenso der Gegenwart zugeordneten Persönlichkeitsskalen „Berufszufriedenheit“ (BE), „Idealität/soziale Konformität“ (ID), „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA) sowie „Rigidität“ (RI) nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung keine signifikanten Veränderungen bezüglich ihrer zentralen Tendenz auf.

Der zweiten Hypothese zufolge sollte es im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie zu einem Rückgang der Depressivität und einer Steigerung des momentanen subjektiven Wohlbefindens der Patienten kommen.

Dies wird zum einen durch das Ergebnis des Prä-Post-Vergleiches der EWL-Klassen bestätigt, der eine signifikante Abnahme des Medianwertes der Klasse „Negative Befindlichkeit“ (NEG) sowie umgekehrt eine signifikante Zunahme der „Positiven Befindlichkeit“ (POS) ausweist. Zum anderen zeigen alle drei Faktoren der Befindlichkeitsskala (Bf-S) nach Abschluss der kognitiven Therapie signifikant höhere Werte hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz, was einer Besserung der allgemeinen Befindlichkeit und Stimmungslage der Patienten entspricht.

5.5 Einfluss der Prä-FPVP-Skalenwerte auf die Veränderung von Stimmung und Befindlichkeit

Schließlich ist es ein Anliegen der vorliegenden klinischen Studie, der Fragestellung nachzugehen, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge respektive biographische Beurteilungen der depressiven Probanden einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit während des Therapieverlaufes nehmen. Es soll hierdurch geklärt werden, ob sich bestimmte Wesensmerkmale beziehungsweise biographische Einschätzungen als Prädiktoren für Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit im Laufe einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen.

Für die nachfolgende Darstellung der Korrelationsberechnungen zwischen den Prä-(1)-FPVP-Skalenwerten und den Differenzen (Δ) der Stimmungsvariablen, die durch Subtraktion des Prä-(1)-Wertes vom Post-(2)-Wert gebildet wurden, gilt allgemein der folgende Zusammenhang:

1. Bei positiver Korrelation:

Je größer die Prä-Variable ist, desto größer ist auch die Differenz der Stimmungsvariablen; das heißt desto größer ist der Wert der Stimmungsvariablen am Ende der Behandlung gegenüber derjenigen zu Beginn.

2. Bei negativer Korrelation:

Je größer die Prä-Variable ist, desto kleiner ist die Differenz der Stimmungsvariablen; das heißt desto kleiner ist der Wert der Stimmungsvariablen am Ende der Behandlung gegenüber derjenigen zu Beginn. Dabei kann es sogar zu einer negativen Differenz kommen; eine solche ist kleiner als eine positive Differenz.

5.5.1 Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen

Dem dreistufigen Aufbau der Eigenschaftswörterliste (EWL) gemäß wurde die Berechnung von Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten zwischen den Prä-Werten der FPVP-Skalen und den Differenzen der EWL-Skalen schrittweise durchgeführt.

Zunächst wurden die prätherapeutischen FPVP-Werte mit den Differenzen der EWL-Klassen korreliert. Auf Faktorebene erfolgte die Berechnung von Korrelationskoeffizienten dann nur für diejenigen Prä-FPVP-Werte, für die sich auf der übergeordneten Aggregationsebene der EWL-Klassen statistisch signifikante Korrelationen ergeben hatten. Analog hierzu wurden schließlich nur die prätherapeutischen FPVP-Werte auf Ebene der EWL-Skalen korreliert, für welche auf Faktorebene signifikante Korrelationen errechnet worden waren.

Aufgrund der multiplen Testungen werden an dieser Stelle allerdings nur diejenigen Korrelationen interpretiert, welche sich auf dem 0,01-Niveau (**) als statistisch signifikant erweisen.

Tabelle 5.6 fasst die Ergebnisse der schrittweisen Korrelationsberechnungen zwischen den prätherapeutischen FPVP-Skalen und den Differenzen der Stimmungs- und Befindlichkeitsskalen der Eigenschaftswörterliste (EWL) zusammen:

Tabelle 5.6: Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen

Skala	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen										
	AB1	BE1	DO1	ID1	KI1	NE1	PA1	PS1	RI1	SCH1	ZG1
ΔPOS LA, EI, AW	,444*	n. sign.	,653**	n. sign.	-,386*	,389*	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔNEG AD, EG, AG	-,401*	n. sign.	-,706**	n. sign.	n. sign.	-,626**	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔLA A, B	n. sign.		,623**		n. sign.	n. sign.					
ΔEI F, G	,458*		n. sign.		n. sign.	n. sign.					
ΔAW H, I	,525**		,708**		-,427*	,497**					
ΔAD C, D, E	n. sign.		-,668**			-,686**					
ΔEG J, K, L	-,394*		-,445*			n. sign.					
ΔAG M, N, O	n. sign.		-,696**			-,589**					
ΔA			,640**								
ΔB			,452*								
ΔC			-,669**			-,705**					
ΔD			-,525**			-,559**					
ΔE			-,615**			-,620**					
ΔF	,394*										
ΔG	-,406*										
ΔH	,605**		,616**		n. sign.	,438*					
ΔI	,405*		,632**		-,435*	,406*					
ΔJ	-,423*		n. sign.								
ΔK	n. sign.		-,431*								
ΔL	n. sign.		n. sign.								
ΔM			-,584**			-,391*					
ΔN			-,709**			-,641**					
ΔO			n. sign.			n. sign.					

AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, KI = „Kindliches Kontaktverhalten“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, PS = „Primärsozialisation“, RI = „Rigidität“, SCH = „Schulisches Engagement“, ZG = „Zielgerichtetheit“

POS = „Positive Befindlichkeit“, NEG = „Negative Befindlichkeit“

LA = „Leistungsbezogene Aktivität“, EI = „Extraversion/Introversion“, AW = „Allgemeines Wohlbehagen“, AD = „Allgemeine Desaktivität“, EG = „Emotionale Gereiztheit“, AG = „Angst“

A = „Aktiviertheit“, B = „Konzentriertheit“, C = „Desaktiviertheit“, D = „Müdigkeit“, E = „Benommenheit“, F = „Extravertiertheit“, G = „Introvertiertheit“, H = „Selbstsicherheit“, I = „Gehobene Stimmung“, J = „Erregtheit“, K = „Empfindlichkeit“, L = „Ärger“, M = „Ängstlichkeit“, N = „Deprimiertheit“, O = „Verträumtheit“

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

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

Die Korrelationsberechnungen zwischen den Prä-FPVP-Skalen und den Differenzen der EWL-Skalen legen dar, dass in erster Linie die Prä-Werte der klinischen Variablen „Desorganisation“ (DO) und „Neurotizismus“ (NE) einen korrelativen Einfluss auf Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung ausüben.

So gilt im Hinblick auf die klinische Variable „Desorganisation“ (DO) der Zusammenhang, dass die Differenz der „Positiven Befindlichkeit“ (Δ POS) umso größer beziehungsweise die der „Negativen Befindlichkeit“ (Δ NEG) umso geringer ausfällt, je höher der Prä-Wert von „Desorganisation“ (DO1) ist. Je größer die prätherapeutische „Desorganisation“ (DO1) ist, desto positiver wird im Verlauf der Therapie also die Stimmung in Relation zum Ausgangswert. Auf Faktorebene errechnen sich ferner positive Korrelationen des Prä-Wertes von „Desorganisation“ (DO1) mit den Differenzen der Faktoren „Leistungsbezogene Aktivität“ (Δ LA) und „Allgemeines Wohlbefinden“ (Δ AW) sowie negative Korrelationen mit den Faktoren „Allgemeine Desaktivität“ (Δ AD) und „Angst“ (Δ AG). Positive Korrelationen ergeben sich auf Ebene der EWL-Skalen zwischen dem Prä-Wert von „Desorganisation“ (DO1) und den Differenzen der Skalen „Aktiviertheit“ (Δ A), „Selbstsicherheit“ (Δ H) und „Gehobene Stimmung“ (Δ I). Ferner korrelieren die Differenzen der Skalen „Desaktiviertheit“ (Δ C), „Müdigkeit“ (Δ D), „Benommenheit“ (Δ E), „Ängstlichkeit“ (Δ M) und schließlich „Deprimiertheit“ (Δ N) negativ mit dem Prä-Wert von „Desorganisation“ (DO1).

Darüberhinaus gilt bezüglich der klinischen Variablen „Neurotizismus“ (NE) auf Klassenebene, dass die Differenz der „Negativen Befindlichkeit“ (Δ NEG) umso geringer ausfällt, je größer der prätherapeutische „Neurotizismus“ (NE1) ist. Je höher die „Neurotizismus“-Werte (NE1) zu Beginn der Therapie sind, desto positiver verändert sich folglich die Befindlichkeit der Probanden relativ zu den Ausgangswerten im Verlauf der Depressionsbehandlung. Auf Ebene der EWL-Faktoren ergeben sich negative Korrelationen zwischen dem Prä-Wert von „Neurotizismus“ (NE1) und den Differenzen von „Allgemeine Desaktivität“ (Δ AD)

sowie „Angst“ (ΔAG). Die Differenzen der Skalen „Desaktiviertheit“ (ΔC), „Müdigkeit“ (ΔD), „Benommenheit“ (ΔE) und „Deprimiertheit“ (ΔN) korrelieren außerdem negativ mit dem Prä-Wert von „Neurotizismus“ ($NE1$).

Abschließend errechnen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den prätherapeutischen Werten der FPVP-Skalen „Berufszufriedenheit“ (BE), „Idealität/soziale Konformität“ (ID), „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA), „Primärsozialisation“ (PS), „Rigidität“ (RI), „Schulisches Engagement“ (SCH) sowie „Zielgerichtetheit“ (ZG) und den Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung. Die Korrelationen zwischen dem Prä-Wert der Skala „Arbeitsbezogenheit“ ($AB1$) und den Differenzen der EWL-Klassen „Positive Befindlichkeit“ (ΔPOS) beziehungsweise „Negative Befindlichkeit“ (ΔNEG) erweisen sich nur auf dem 0,05-Niveau als statistisch signifikant. Gleiches gilt für die Korrelation zwischen dem Prä-Wert der Skala „Kindliches Kontaktverhalten“ ($KI1$) und der Differenz der „Positiven Befindlichkeit“ (ΔPOS).

5.5.2 Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der Bf-S-Faktoren

Wie der Tabelle 5.7 zu entnehmen ist, imponieren bei der Betrachtung der Korrelationsberechnungen zwischen den Prä-FPVP-Skalen und den Differenzen der drei Bf-S-Faktoren, die den aktuellen Befindenzustand in einem globalen Sinne reflektieren, ähnliche Befunde wie bei den Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der Stimmungs- und Befindlichkeitskalen der Eigenschaftswörterliste (EWL).

Tabelle 5.7: Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der Bf-S-Faktoren

Skala	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der Bf-S-Faktoren										
	AB1	BE1	DO1	ID1	KI1	NE1	PA1	PS1	RI1	SCH1	ZG1
ΔI	n. sign.	n. sign.	,631**	n. sign.	-,463*	,507**	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔII	,492*	n.sign.	,615**	n. sign.	n. sign.	,441*	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔIII	,409*	n. sign.	,665**	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.	n. sign.

AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, KI = „Kindliches Kontaktverhalten“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, PS = „Primärsozialisation“, RI = „Rigidität“, SCH = „Schulisches Engagement“, ZG = „Zielgerichtetheit“

I = Grundstimmung, Stimmungslage, II = Energie-Dimension, III = affektive, emotionale Dimension

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

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

Wiederum sind es die prätherapeutischen Werte der Persönlichkeitsskalen „Desorganisation“ (DO) und „Neurotizismus“ (NE), welche einen korrelativen Einfluss auf die Veränderung von Stimmung und Befindlichkeit im Verlauf der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung ausüben.

Demnach korreliert der Prä-Wert der Skala „Desorganisation“ (DO1) positiv mit den Differenzen aller drei Bf-S-Faktoren, also den Differenzen von Stimmungslage (ΔI), Energie-Dimension (ΔII) sowie affektiver Dimension (ΔIII). Dies entspricht dem Zusammenhang, dass sich die allgemeine Stimmungslage nach Abschluss der Therapie im Vergleich zu derjenigen zu Beginn umso positiver darstellt, je höher die prätherapeutischen Werte der Persönlichkeitsskala „Desorganisation“ (DO1) sind.

Hinsichtlich der Persönlichkeitsskala „Neurotizismus“ (NE) zeigt sich ferner, dass der Score des Bf-S-Faktors Stimmungslage (I) nach Abschluss der Therapie in Relation zum Ausgangswert am Beginn der Depressionsbehandlung umso höher ausfällt, je größer der prätherapeutische „Neurotizismus“ (NE1) ist.

Erneut errechnen sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den prätherapeutischen Werten der FPVP-Skalen „Berufszufriedenheit“ (BE), „Idealität/soziale Konformität“ (ID), „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA), „Primärsozialisation“ (PS), „Rigidität“ (RI), „Schulisches Engagement“ (SCH) sowie

„Zielgerichtetheit“ (ZG) und den Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung. Zudem erweisen sich die Korrelationen zwischen dem Prä-Wert der Skala „Arbeitsbezogenheit“ (AB1) und den Differenzen der zwei Bf-S-Faktoren Energie-Dimension (Δ II) sowie affektive Dimension (Δ III) abermals nur auf dem 0,05-Niveau als statistisch signifikant. Das Gleiche gilt für den korrelativen Zusammenhang zwischen dem Prä-Wert der Skala „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI1) und der Differenz des Bf-S-Faktors Energie-Dimension (Δ II).

5.5.3 Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP-Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen

Die Prä-Post-Vergleiche der vorliegenden Studie legen nahe, dass die gegenwartsbezogenen Persönlichkeitsskalen des Fragebogens für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP) getrennt von den biographischen FPVP-Skalen im engeren Sinne, also „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI), „Primärsozialisation“ (PS) und „Schulisches Engagement“ (SCH), beurteilt werden müssen.

Daher soll zusätzlich der Frage nachgegangen werden, ob diese biographischen Skalen einen korrelativen Einfluss auf die Veränderungen der klinischen FPVP-Persönlichkeitsvariablen im Laufe der kognitiven Therapie ausüben.

Wie der Tabelle 5.8 entnommen werden kann, zeigt sich im Blick auf die Persönlichkeitsskala „Zielgerichtetheit“ (ZG) eine positive Korrelation zwischen dem Prä-Wert der Skala „Schulisches Engagement“ (SCH1) und den Veränderungen von „Zielgerichtetheit“ (Δ ZG) im Laufe der Therapie. Relativ zu den Anfangswerten erhöhen sich also die posttherapeutischen Scores für „Zielgerichtetheit“ (ZG) umso mehr, je größer die prätherapeutisch konstatierten Werte der Skala „Schulisches Engagement“ (SCH1) sind.

Tabelle 5.8: Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP-Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen

Skala	Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP-Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen		
	KI1	PS1	SCH1
ΔAB	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔBE	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔDO	n. sign.	-,297*	n. sign.
ΔID	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔNE	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔPA	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔRI	n. sign.	n. sign.	n. sign.
ΔZG	-,325*	n. sign.	,514**

KI = „Kindliches Kontaktverhalten“, PS = „Primärsozialisation“, SCH = „Schulisches Engagement“
 AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, RI = „Rigidität“, ZG = „Zielgerichtetheit“

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

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

5.5.4 Korrelationen der Prä-Werte von EI, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen

Bei den vorangegangenen Korrelationsberechnungen zeigt sich mehrfach eine korrelative Beeinflussung der Veränderung von Stimmung und Befindlichkeit im Verlauf der Therapie durch die biographische FPVP-Skala „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI), welche als Maß für die Extraversion im Kindesalter zu werten ist.

Wenngleich sich die entsprechenden Korrelationen nur auf dem 0,05-Niveau als statistisch signifikant erweisen, soll nun abschließend dennoch der Frage nachgegangen werden, ob ebenso die gegenwärtigen Persönlichkeitsdimensionen Extra- respektive Introvertiertheit einen korrelativen Einfluss auf die Veränderung des Gesamtbefindens im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung ausüben. Hierzu dient die Berechnung von Korrelations-

koeffizienten zwischen den Prä-Werten des EWL-Faktors „Extraversion/Introversion“ (E1) sowie den Prä-Werten der konträren EWL-Skalen „Extravertiertheit“ (F1) und „Introvertiertheit“ (G1) mit den Differenzen der die Stimmungslage repräsentierenden EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen.

Die Ergebnisse der genannten Berechnungen sind in Tabelle 5.9 zusammengefasst:

Tabelle 5.9: Korrelationen der Prä-Werte von E1, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen

Skala	Korrelationen der Prä-Werte von E1, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen		
	E1	F1	G1
Δ LA	-,411*	n. sign.	,436*
Δ AW	-,502**	-,386*	,509**
Δ AD	,658**	,479**	-,735**
Δ EG	,502**	,412*	-,512**
Δ AG	,492**	n. sign.	-,640**
Δ I	-,610**	-,550**	,610**
Δ II	-,486*	-,449*	,471*
Δ III	-,605**	-,558**	,541**
Δ AB	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ BE	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ DO	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ ID	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ NE	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ PA	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ RI	n. sign.	n. sign.	n. sign.
Δ ZG	n. sign.	n. sign.	n. sign.

E1 = „Extraversion/Introversion“, F = „Extravertiertheit“, G = „Introvertiertheit“

LA = „Leistungsbezogene Aktivität“, AW = „Allgemeines Wohlbefinden“, AD = „Allgemeine Desaktivität“, EG = „Emotionale Gereiztheit“, AG = „Angst“

I = Grundstimmung, Stimmungslage, II = Energie-Dimension, III = affektive, emotionale Dimension

AB = „Arbeitsbezogenheit“, BE = „Berufszufriedenheit“, DO = „Desorganisation“, ID = „Idealität/soziale Konformität“, NE = „Neurotizismus“, PA = „Partnerschaftszufriedenheit“, RI = „Rigidität“, ZG = „Zielgerichtetheit“

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

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

Demnach zeigt sich ebenso eine korrelative Beeinflussung der Veränderungen des psychischen Befindens im Verlauf der Depressionsbehandlung durch solche Variablen, welche die Persönlichkeitsdimensionen Extravertiertheit beziehungsweise Introvertiertheit im Erwachsenenalter repräsentieren.

So errechnen sich negative Korrelationen zwischen den Prä-Werten des EWL-Faktors „Extraversion/Introversion“ (EI1) – hohe Faktorensommen entsprechen hierbei einem hohen Maß an Extravertiertheit – und den Differenzen des Persönlichkeitsfaktors „Allgemeines Wohlbehagen“ (ΔAW) sowie der Bf-S-Faktoren Grundstimmung (ΔI) und affektive, emotionale Dimension (ΔIII). Im Vergleich zu den Ausgangswerten fallen die posttherapeutischen Scores der Skala „Allgemeines Wohlbehagen“ (AW) sowie diejenigen der Bf-S-Faktoren Grundstimmung (I) und affektive, emotionale Dimension (III) folglich umso geringer aus, je höher die prätherapeutischen Werte der Skala „Extraversion/Introversion“ (EI1) sind, das heißt je höher die prätherapeutische Extravertiertheit ist.

Demgegenüber korrelieren die Prä-Werte dieses Faktors positiv mit den Differenzen der EWL-Faktoren „Allgemeine Desaktivität“ (ΔAD), „Emotionale Gereiztheit“ (ΔEG) sowie „Angst“ (ΔAG). Es gilt demzufolge der Zusammenhang, dass die posttherapeutischen Werte der Faktoren „Allgemeine Desaktivität“ (AD), „Emotionale Gereiztheit“ (EG) und „Angst“ (AG) verglichen mit denjenigen zu Beginn der Depressionsbehandlung umso höher ausfallen, je größer die Prä-Werte des Faktors „Extraversion/Introversion“ (EI1) sind, je größer also die Extravertiertheit am Therapiebeginn ist.

Zwischen den Prä-Werten des EWL-Faktors „Extraversion/Introversion“ (EI1) und den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen ergeben sich schließlich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

Die sich für die EWL-Skala „Extravertiertheit“ (F) darstellenden Ergebnisse verhalten sich im Prinzip analog zu denjenigen auf Faktorenebene. Allerdings errechnen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem prä-

therapeutischen Wert von „Extravertiertheit“ (F1) und den Differenzen der EWL-Faktoren „Allgemeines Wohlbehagen“ (ΔAW), „Emotionale Gereiztheit“ (ΔEG) und „Angst“ (ΔAG).

Im Hinblick auf die EWL-Skala „Introvertiertheit“ (G) imponieren gänzlich gegengleiche Zusammenhänge dergestalt, dass nämlich die prätherapeutischen „Introvertiertheit“-Werte (G1) positiv mit der Differenz des EWL-Faktors „Allgemeines Wohlbehagen“ (ΔAW) sowie mit den Differenzen der Bf-S-Faktoren Stimmungslage (ΔI) sowie affektive, emotionale Dimension (ΔIII) korrelieren, wohingegen sich negative Korrelationen mit den Differenzen der Faktoren „Allgemeine Desaktivität“ (ΔAD), „Emotionale Gereiztheit“ (ΔEG) sowie schließlich „Angst“ (ΔAG) errechnen. Je höher die „Introvertiertheit“ (G1) zu Beginn der Depressionsbehandlung ist, desto höher fällt demzufolge der posttherapeutische Wert des EWL-Faktors „Allgemeines Wohlbehagen“ (AW) im Vergleich mit demjenigen zu Therapiebeginn aus und desto positiver ist die globale Stimmungslage nach Abschluss der Therapie (I/III) in Relation zu den Ausgangswerten. Demgegenüber ergeben sich für die Persönlichkeitsfaktoren „Allgemeine Desaktivität“ (AD), „Emotionale Gereiztheit“ (EG) und „Angst“ (AG) am Therapieende umso geringere Werte verglichen mit den Scores zu Behandlungsbeginn, je höher die prätherapeutischen Werte der Skala „Introvertiertheit“ (G1) sind.

Auch zwischen den Prä-Werten der EWL-Skala „Introvertiertheit“ (G1) und den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen errechnen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

6 Diskussion

Bei der vorliegenden Eingruppen-Prä-Post-Studie wurden zunächst die von den depressiven Probanden vor und nach einer kognitiven Verhaltenstherapie erhobenen Angaben in Bezug auf Aspekte der Persönlichkeit sowie der Biographie miteinander verglichen (FPVP). Sodann erfolgte der Prä-Post-Vergleich der aktuellen psychischen Befindlichkeit (EWL und Bf-S). Hierdurch sollte der Fragestellung nachgegangen werden, ob beziehungsweise inwieweit persönlichkeitsstypische Probandenmerkmale im Verlauf einer kognitiven Psychotherapie eine Veränderung erfahren und ob es nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention zu einer veränderten Beurteilung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte durch die depressiven Testpersonen kommt. Desweiteren wurde evaluiert, ob sich im Laufe der kognitiven Therapie die allgemeine Befindlichkeit und Stimmungslage der Probanden im Sinne einer Abnahme der Depressivität sowie einer Verbesserung der psychischen Befindlichkeit verändert.

Durch Korrelationsberechnungen zwischen den Prä-Werten persönlichkeits-spezifischer beziehungsweise biographischer Skalen mit den aus Post- und Prä-Werten von Stimmungs- und Befindlichkeitsskalen gebildeten Differenzen sollte schließlich untersucht werden, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge respektive biographische Beurteilungen der Probanden einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit während des Therapieverlaufes nehmen und ob sich bestimmte Persönlichkeitsmerkmale beziehungsweise biographische Einschätzungen somit als Prädiktoren für Änderungen des allgemeinen Befindens während einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen.

6.1 Prä-Post-Vergleich der FPVP-Skalen

Der Prä-Post-Vergleich der biographischen und Persönlichkeitsskalen des Fragebogens für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP) diene im Rahmen dieser Studie zur Überprüfung der ersten Hypothese, die an dieser Stelle noch einmal wiederholt werden soll:

Im Verlauf der sich auf die Veränderung der gegenwärtig wirksamen, also erkennbaren Stützursachen der Lebensschwierigkeiten konzentrierenden kognitiven Therapie können biographische Merkmale beziehungsweise in der Vergangenheit liegende mögliche Entstehungsursachen der Depression nur im gegenwärtigen Erleben der Patienten, das heißt aus rückblickender Sicht, eine Veränderung erfahren. Der Bericht aus dem Blickwinkel der Vergangenheit bleibt unverändert. Veränderungen sind daher nur in Bezug auf überdauernde Persönlichkeitsmerkmale feststellbar.

Im Blick auf biographische, der Vergangenheit zugeordnete Faktoren kommt es in der vorliegenden klinischen Studie zu keinen statistisch signifikanten Veränderungen der Scores der Faktoren „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) sowie „Schulisches Engagement“ (SCH). Mit einer relativ hohen Irrtumswahrscheinlichkeit von 1,2% ergibt sich lediglich für die Vergangenheitsskala „Primärsozialisation“ (PS) eine statistisch signifikante Änderung des Medians. Diese führen wir darauf zurück, dass in der Skala „Primärsozialisation“ (PS) vermehrt Bewertungen (d.h. 25% der Items enthalten Bewertungen), in den Skalen „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) (d.h. kein Item enthält eine Bewertung) und „Schulisches Engagement“ (SCH) (d.h. kein Item enthält eine Bewertung) hingegen Feststellungen vorgenommen werden. Bewertungen scheinen daher im Laufe der Therapie verändert zu werden, reine Feststellungen demgegenüber nicht.

In diesem Zusammenhang sei zudem auf frühere Untersuchungen verwiesen, die darlegen konnten, dass die Einschätzung der eigenen Lebensgeschichte nicht durch depressive Verstimmungen beeinflusst wird (Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben, 2000) und dass eine signifikante Veränderung der gegenwärtigen Stimmungslage nicht zu einer modifizierten Beurteilung vergangener Ereignisse und Erinnerungen führt (Bühler, Pagels, 2003).

Bühler und Pagels (2003) konnten jedoch den Einfluss biographischer Faktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung beziehungsweise Verhinderung affektiver Störungen darlegen. Biographische Faktoren können demnach entweder als psychovulnerable respektive psychoprotektive Größen wirksam werden. Insbesondere eine ungünstige „Primärsozialisation“ (PS) im Sinne eines als unharmonisch erlebten Elternhauses und einer Erziehung, die durch Strenge und eine geringe Unterstützung durch die primären Bezugspersonen geprägt ist, stellt einen deutlichen Vulnerabilitätsfaktor für das Entstehen psychischer Probleme dar (Hautzinger, 1981; Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler, Eitel, 2008).

Hinsichtlich der gegenwartsbezogenen Persönlichkeitsskalen „Neurotizismus“ (NE), „Desorganisation“ (DO) sowie „Arbeitsbezogenheit“ (AB) zeigen sich hingegen signifikante Abnahmen der Skalenwerte. Gegengleich erhöht sich der Wert der Gegenwartsskala „Zielgerichtetheit“ (ZG) signifikant.

In früheren Studien erwiesen sich insbesondere „Neurotizismus“ (NE) sowie „Desorganisation“ (DO) als typische Merkmale einer depressiven Persönlichkeit, die deutlich mit negativem psychischen Befinden korreliert waren (Bühler, Eitel, 2008). Zahlreiche andere klinische Studien konnten ebenso bestätigen, dass depressive Patienten im Vergleich mit einem gesunden Kontrollkollektiv deutlich höhere, also ungünstigere Werte in der Skala „Neurotizismus“ (NE) erzielten (Clayton, Ernst, Angst, 1994; Surtees, Wainwright, 1996; Farmer et al., 2002; Mulder, 2002; Bienvenu et al., 2004). Die Skala „Neurotizismus“ (NE) erfasst hierbei Merkmale von Stimmungslabilität, Depressivität, affektiver

Unausgeglichenheit, Gefühle der Verzweiflung und Perspektivlosigkeit, Zukunftsängste sowie Insuffizienzgefühle und ein geringes Selbstwertgefühl. „Desorganisation“ (DO) ist durch allgemeine Ziellosigkeit oder mangelnde Entschlussfähigkeit angesichts zu vieler unrealistischer Pläne gekennzeichnet. Umgekehrt steht die Erhöhung des Skalenwertes von „Zielgerichtetheit“ (ZG) für Leistungsorientierung und Zielstrebigkeit, Extravertiertheit, Ich-Stärke, Selbstsicherheit und Kooperationsbereitschaft. In diesem Zusammenhang konnten Bühler und Pagels (2003) belegen, dass „Neurotizismus“ (NE) und umgekehrt „Zielgerichtetheit“ (ZG) als gute Prognosefaktoren für den klinischen Verlauf der Behandlung depressiver Störungen dienen können. Außerdem wiesen Depressive im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe signifikant höhere Werte auf der Skala „Neurotizismus“ (NE) sowie statistisch signifikant niedrigere Scores auf der Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) auf (Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben, 2000; Bühler, König, 2003). Die signifikante Abnahme der Skala „Arbeitsbezogenheit“ (AB) zeigt schließlich, dass die Patienten nach Abschluss der Therapie dazu imstande sind, die Kontrolle über ihre Arbeitsmenge zurückzugewinnen, wohingegen die Arbeit beziehungsweise Geschäftigkeit prätherapeutisch alle anderen Lebensbereiche dominiert hat. Es sei diesbezüglich erwähnt, dass im Scheitern an übertriebenen Selbstansprüchen eine Prädisposition für psychische Störungen gesehen werden kann (Fiedler, 1997).

Keine statistisch signifikanten Veränderungen im Vergleich nach Therapieabschluss zeigen sich demgegenüber innerhalb der gegenwartsbezogenen Persönlichkeitsskalen „Berufszufriedenheit“ (BE), „Idealität/soziale Konformität“ (ID), „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA) sowie „Rigidität“ (RI).

Es scheint sich hierbei um ausgesprochen stabile Persönlichkeits- und Empfindensmuster Depressiver zu handeln, welche einer kognitiven Umstrukturierung daher kaum zugänglich sind. Eitel (2006) konnte zeigen, dass sich depressive Patienten in Bezug auf die Skala „Rigidität“ (RI), welche einen Persönlichkeitszug repräsentiert, der nach festen Ordnungen und Pflichten verlangt, nicht signifikant von sonstigen psychisch Erkrankten sowie einer gesunden Kontrollgruppe unterscheiden. Er versteht „Rigidität“ (RI) daher als

einen störungstypischen, jedoch nicht störungsspezifischen Aspekt depressiver Persönlichkeiten, der so auch in der Allgemeinbevölkerung zu finden ist. Ähnliches gilt für die Persönlichkeitsskala „Idealität/soziale Konformität“ (ID), welche eine Reihe sozial auffälliger Verhaltensweisen zusammenfasst.

Weitere klinische Studien belegen schließlich die signifikant geringere „Partnerschaftszufriedenheit“ (PA) depressiver Patienten im Vergleich mit einem gesunden Kontrollkollektiv (z.B. Burns et al., 1994; Stravynski et al., 1995). Diese störungstypische, aber nicht depressionsspezifische Persönlichkeitsvariable muss als stabil angesehen werden und ist daher einer kognitiven Veränderung nur bedingt zugänglich. Im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe zeigen depressive Patienten, allerdings auch sonstige psychisch Kranke, signifikant geringere Werte innerhalb der Skala „Berufszufriedenheit“ (BE) (Eitel, 2006). Auch hierbei handelt es sich um ein ausgeprägt stabiles Wesensmerkmal.

6.2 Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen und Bf-S-Faktoren

Auf Grundlage des Prä-Post-Vergleiches der EWL-Klassen sowie der Bf-S-Faktoren, die jeweils eine globale Aussage über die aktuelle psychische Stimmung und Befindlichkeit der Patienten erlauben, erfolgt im Rahmen dieser Studie die Überprüfung der zweiten Hypothese, der zufolge es im Verlauf der kognitiven Therapie zu einer Abnahme der Depressivität und einer Steigerung des momentanen subjektiven Wohlbefindens der Patienten kommen sollte.

Dabei zeigen sich für den Vergleich der prä- und posttherapeutischen Mediane der beiden EWL-Klassen signifikante Veränderungen. Einer signifikanten Zunahme der „Positiven Befindlichkeit“ (POS) steht ein signifikanter Rückgang des Medianwertes für die EWL-Klasse „Negative Befindlichkeit“ (NEG) gegenüber.

Der Prä-Post-Vergleich der drei Bf-S-Faktoren ergibt ein gleiches Bild. Demnach kommt es nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung im Median für alle drei Bf-S-Faktoren zu signifikant höheren Werten, was einer Besserung der allgemeinen Befindlichkeit und Stimmungslage der Patienten entspricht.

Wenngleich dieses Ergebnis mangels einer Kontrollgruppe nicht „kausal“ auf die psychotherapeutische Intervention im Sinne einer kognitiven Verhaltenstherapie zurückgeführt werden kann, so steht dieses Resultat dennoch im Einklang mit den in Kapitel 2.2.4 zitierten Studien zur Wirksamkeit kognitiver Therapieverfahren, welche die große Effektivität dieses Behandlungsansatzes bei der Therapie monopolarer Depressionen hinreichend belegen.

6.3 Korrelationen der Prä-FPVP-Skalenwerte mit den Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit

Die Korrelationsberechnungen zwischen den Prä-FPVP-Skalenwerten und den Veränderungen von Stimmung und Befindlichkeit im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie legen zunächst dar, dass im Wesentlichen die Prä-Werte der klinischen Persönlichkeitsvariablen „Desorganisation“ (DO) sowie „Neurotizismus“ (NE) einen korrelativen Einfluss auf die Veränderungen der allgemeinen Befindlichkeit im Laufe der Depressionsbehandlung ausüben.

Dabei erwiesen sich insbesondere diese beiden Skalen in früheren Studien als typische Merkmale einer depressiven Persönlichkeit, welche ihrerseits deutlich mit negativem psychischen Befinden korreliert waren (Bühler, Eitel, 2008).

Je höher, also ungünstiger, die Werte der klinischen Persönlichkeitsskalen „Desorganisation“ (DO) sowie „Neurotizismus“ (NE) zu Beginn der Behandlung sind, desto positiver verändert sich die Stimmungslage im Laufe der Therapie in Relation zu den prätherapeutischen Anfangswerten, das heißt desto größer ist der Nutzen, den die Patienten aus der kognitiven Umstrukturierung ziehen können. Im Falle relativ ungünstiger Ausgangswerte eröffnen sich also dem Psychotherapeuten größere Handlungsspielräume für ein kognitives Umstrukturieren psychovulnerabler Faktoren.

Hinsichtlich des Befundes für die Persönlichkeitsdimension „Neurotizismus“ (NE) sei in diesem Zusammenhang auf die Dissertation von Koch (1991) verwiesen. Dieser beschäftigte sich mit der wechselseitigen Beeinflussung zwischen Extraversion beziehungsweise Introversion, Neurotizismus und autogenem Trainingserfolg, wobei der Erfolg des autogenen Trainings zielorientiert im Sinne einer Verbesserung des allgemeinen Befindens innerhalb einer überwiegend aus klinischen Probanden bestehenden Untersuchungsgruppe verstanden wurde. Dabei zeigte sich, dass insbesondere emotional labile Patienten mit hohen prätherapeutischen Neurotizismus-Scores von dieser Methode profitierten, indem sich trotz ungünstiger Ausgangswerte innerhalb

dieser Gruppe im Laufe des autogenen Trainings stärker ausgeprägte positive Veränderungen der Befindlichkeit ergaben als in der Gruppe der emotional stabilen Patienten. Die Vermutung, dass hohe Neurotizismus-Werte zu Anfangsschwierigkeiten bei der Realisierung des autogenen Trainings führen könnten, konnte hingegen nicht bestätigt werden. Stattdessen könnten hohe Neurotizismus-Scores sogar von Vorteil für den Therapieverlauf sein, indem schwerer gestörte Patienten aufgrund des stärkeren Leidensdrucks eine höhere Compliance und Motivation im Hinblick auf die therapeutische Intervention zeigen (Koch, 1991).

Desweiteren imponieren korrelative Zusammenhänge zwischen den Wesensmerkmalen Extravertiertheit beziehungsweise Introvertiertheit und den Veränderungen der psychischen Befindlichkeit im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung.

Diese Zusammenhänge stellen sich dergestalt dar, dass sich das allgemeine psychische Befinden im Laufe der Depressionsbehandlung verglichen mit den Ausgangswerten umso positiver verändert, je höher die prätherapeutischen Introvertiertheit-Werte sind. Je höher demgegenüber die Extravertiertheit der Probanden zu Beginn der Therapie ist, desto weniger positiv fallen die Veränderungen der Stimmung und Befindlichkeit im Laufe der Therapie in Relation zu den Anfangswerten aus. Introvertierte haben demnach einen höheren Nutzen von den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie.

Diese Befunde zeigen erneut Parallelen zu den Ergebnissen der Dissertation von Koch (1991) mit dem Thema der wechselseitigen Beeinflussung zwischen Extraversion beziehungsweise Introversion, Neurotizismus und autogenem Trainingserfolg. Diese konnte aufzeigen, dass die Prognose des autogenen Trainings in erster Linie durch die Persönlichkeitsdimension Extraversion bestimmt wurde, indem sich hohe Extraversions-Werte ungünstig auf den Verlauf des autogenen Trainings auswirkten, wohingegen ausgeprägte Befindlichkeitsverbesserungen innerhalb der Gruppe der Introvertierten gemessen werden konnten. Auch im Rückblick auf die Neurotizismus-Dimension bleibt zu erwähnen, dass Koch (1991) die größten Therapieerfolge

im Sinne einer Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit bei emotional labilen Personen mit hohen Introversions-Werten feststellen konnte. Als ursächlich hierfür sieht Koch eine geringere Reizentzugstoleranz Extravertierter sowie einen negativen Gefühlston von Personen mit hohen Extraversions-Werten in Situationen mit niedrigem Stimulationsniveau und eine daraus resultierende, die Konzentration auf die Übungsformeln störende Selbststimulation. Während Extravertierte im Allgemeinen eine schnelle, ungenaue Arbeitsweise bevorzugen, tendieren introvertierte Personen zu einer langsamen und genauen Arbeitsweise, was sich ebenfalls in einer größeren Regelmäßigkeit und Ernsthaftigkeit bei der Trainingsanwendung niederschlägt, worin letztlich eine Ursache für den Therapieerfolg gesehen werden kann. Aufgrund lerntheoretischer Annahmen Eysencks sind Introvertierte leichter konditionierbar als Extravertierte. Darauf führt er die größere Störbarkeit Introvertierter durch ungünstige Umweltreize zurück. Die hier gefundenen Ergebnisse und die von Koch (1991) machen jedoch auch deutlich, dass die höhere Konditionierbarkeit Introvertierter sich durch günstige Umweltreize auch günstig auswirken kann.

Schließlich erweist sich der prätherapeutische Wert der biographischen FPVP-Skala „Schulisches Engagement“ (SCH) als Prädiktor für „Zielgerichtetheit“ (ZG) im Laufe der Depressionsbehandlung, indem die posttherapeutischen Scores für die Skala „Zielgerichtetheit“ (ZG) umso höher ausfallen, je größer sich die Werte der biographischen Skala „Schulisches Engagement“ (SCH) zu Beginn der Behandlung darstellen.

6.4 Einschränkungen der Studie

Die Haupteinschränkung des Aussagegehaltes dieser Studie ist im Untersuchungsdesign zu sehen. Durch die Anlage als Eingruppen-Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe können die im Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie aufgetretenen Veränderungen lediglich als solche konstatiert werden. Wenngleich es plausibel erscheinen mag, ist es mangels einer Kontrollgruppe nicht statthaft, die festgestellten Veränderungen im Hinblick auf biographische Beurteilungen, Persönlichkeitsmerkmale sowie die allgemeine Befindlichkeit und Stimmungslage der Patienten „kausal“ auf den Einfluss der kognitiven Therapie zurückzuführen, da diese Veränderungen nicht zweifelsfrei von Zufallserscheinungen und Spontanremissionen abgegrenzt werden können.

Ebenso kann die vorliegende klinische Studie keine Beantwortung der Frage liefern, wie sich der korrelative Einfluss derjenigen Variablen, die sich als Prädiktoren für die Veränderungen des psychischen Befindens im Laufe der Depressionsbehandlung erwiesen haben, „kausal“ erklären lässt. An dieser Stelle ergibt sich daher ein interessanter Ansatzpunkt für zukünftige Forschungsarbeiten.

Weiterhin schränkt die relativ geringe Fallzahl von nur 46 Probanden die Aussagekraft der statistischen Überprüfungen ein.

Innerhalb des Patientenkollektivs ist das gesamte Spektrum des jungen und mittleren Erwachsenenalters gut vertreten, wobei die 30- bis 39-Jährigen mit 30,4% hierbei die größte Gruppe bilden. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass epidemiologische Studien ein gehäuftes Auftreten depressiver Episoden im frühen Erwachsenenalter aufzeigen konnten (Davison, Neale, Hautzinger, 2007). Demgegenüber ist die Gruppe der Senioren über 65 Jahre in dieser Studie nicht repräsentiert, so dass das Krankheitsbild der Altersdepression, welches die häufigste psychische Erkrankung in dieser Altersgruppe darstellt (Laux, 2009), in der vorliegenden klinischen Studie keinen Niederschlag findet.

Schließlich hat diese klinische Studie lediglich unmittelbar nach Abschluss der Behandlung untersucht, ob es innerhalb des Patientenkollektivs zu Veränderungen von biographischen Beurteilungen und Persönlichkeitsvariablen sowie einer veränderten Stimmungslage gekommen ist. Deswegen lassen sich keine Rückschlüsse auf Langzeitergebnisse ziehen.

6.5 Folgerungen für das klinisch-therapeutische Vorgehen

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass die Ergebnisse der vorliegenden klinischen Studie die in Kapitel 3 formulierten Hypothesen insoweit bestätigen, als zum einen aufgezeigt werden konnte, dass lediglich gegenwartsbezogene Persönlichkeitsmerkmale im Verlauf einer kognitiven Verhaltenstherapie eine Veränderung erfuhren, wohingegen es zu keiner modifizierten Beurteilung biographischer Aspekte durch die Probanden kam. Zum anderen war innerhalb des Patientenkollektives eine Verbesserung der gegenwärtigen Stimmungslage und Befindlichkeit nach der psychotherapeutischen Behandlung zu konstatieren.

Desweiteren erwiesen sich die Persönlichkeitsskalen „Desorganisation“ (DO) und „Neurotizismus“ (NE) als Prädiktoren für die Veränderung der Stimmung und Befindlichkeit im Verlauf der Depressionsbehandlung, indem sich in Relation zu den prätherapeutischen Ausgangswerten das allgemeine psychische Befinden innerhalb des Patientenkollektivs umso positiver veränderte, je größer die Scores der beiden genannten klinischen Skalen zu Beginn der kognitiven Therapie waren.

Außerdem wurde dargelegt, dass Introvertierte dergestalt stärker vom Verfahren der kognitiven Umstrukturierung profitierten, dass sich die psychische Befindlichkeit der Probanden im Laufe der Behandlung umso positiver veränderte, je höher deren Introvertiertheit beziehungsweise je geringer deren Extravertiertheit zu Beginn der psychotherapeutischen Intervention war.

Im Folgenden sollen aus den Studienergebnissen Folgerungen für das klinisch-therapeutische Vorgehen gezogen werden:

Die vorliegende klinische Studie stellt einerseits die Abnahme der Depressivität und Besserung der allgemeinen Befindlichkeit innerhalb des Patientenkollektivs im Verlauf einer kognitiven Psychotherapie dar und zeigt andererseits, dass bestimmte Persönlichkeitsvariablen einer kognitiven Umstrukturierung zugänglich sind.

Bühler und Mitarbeiter konnten bereits die Zusammenhänge zwischen eher überdauernden Wesensmerkmalen und dem aktuellen Befinden aufzeigen (z.B. Bühler, Eitel, 2008). So ergibt sich ein psychotherapeutischer Interventionsansatz auf der Persönlichkeitsebene. Durch gezielte Abschwächung und kognitive Umstrukturierung psychovulnerabler Faktoren, wie insbesondere „Neurotizismus“ (NE) sowie „Desorganisation“ (DO) und „Arbeitsbezogenheit“ (AB), lässt sich eine positive Auswirkung auf die Stimmungslage der Patienten erzielen. Wesenszüge, welche unter der psychoprotektiven Variablen „Zielgerichtetheit“ (ZG) subsumiert werden können, sollen hingegen therapeutisch gefördert und unterstützt werden, um ein wichtiges Therapieziel, nämlich eine Verbesserung der Grundstimmung der Patienten, zu erreichen.

In Bezug auf biographische Probandenmerkmale zeigt sich, dass die therapeutische Beeinflussung von Aspekten der Lebensgeschichte nur sehr bedingt möglich ist, sofern sich diese hauptsächlich auf Feststellungen und weniger auf Bewertungen beziehen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass diese Faktoren Erfahrungen und Ereignisse repräsentieren, welche bereits abgeschlossen sind und in entsprechender Weise stattgefunden haben. Demnach ist es nicht unmittelbar möglich, dass diese Faktoren eine kognitive Veränderung aus dem Blickwinkel der Vergangenheit erfahren; jedoch lässt sich aus rückblickender Perspektive die Sicht auf die eigene Vergangenheit beziehungsweise die Bewertung der persönlichen Lebensgeschichte therapeutisch beeinflussen. Dem Patienten ist ein veränderter Blick auf die eigene Vergangenheit beziehungsweise eine veränderte Bewertung derselben näher zu bringen, so dass positive wie schlechte Seiten abgewägt werden und zu einer modifizierten Sicht des eigenen Lebens gefunden wird. Schließlich soll der Patient mit seiner persönlichen Vergangenheit ausgesöhnt werden; er soll seine Lebensgeschichte akzeptieren und einsehen, dass er in der Gegenwart, trotz

Problemen in seinem früheren Dasein, ein unbeschwertes Leben führen kann. Unter professioneller Anleitung sind Depressive durchaus imstande, einen derart veränderten Blickwinkel zu realisieren. So konnten Bühler und König (2003) zeigen, dass sich depressive Patienten in Phantasiegeschichten von ihren negativen Einstellungen und ihrer Passivität im realen Leben lösen können. Ein kognitiver Verhaltenstherapeut kann sich dieses Potential zu nutze machen, indem er den Patienten zu einer fiktiven Verfremdung der eigenen Biographie bis hin zu einer fiktiven Rekonstruktion der Lebensgeschichte, die nämlich auch anders hätte verlaufen können, anleitet (Bühler, Eitel, 2008). Durch die Stärkung psychoprotektiver biographischer Faktoren sowie durch die Abschwächung und kognitive Umstrukturierung psychovulnerabler Aspekte der Lebensgeschichte lässt sich schließlich ein positiver Einfluss auf die gegenwärtige Stimmungslage des Patienten bewirken. Die Persönlichkeit des Patienten bildet also einen Ansatzpunkt für die psychotherapeutische Intervention.

Ein weiterer interessanter Aspekt für das psychotherapeutische Vorgehen ergibt sich aus den aufgezeigten Zusammenhängen zwischen Introversion beziehungsweise Extraversion und der Veränderung von Stimmung und Befinden im Laufe der kognitiven Therapie.

Demnach ist die Realisierung eines therapeutischen Hauptzieles bei der Depressionsbehandlung, nämlich die Erzielung einer Verbesserung des gegenwärtigen Befindens des Patienten, mit hohen Introversions- respektive geringen Extraversions-Werten korreliert. Es stellt sich aus diesem Grunde die Frage, ob die kognitive Verhaltenstherapie als geeignetes Behandlungskonzept zur Therapie depressiver Störungen bei stark extravertierten Patienten betrachtet werden kann. Da demgegenüber insbesondere introvertierte, emotional labile Patienten von diesem Verfahren zu profitieren scheinen, bietet sich die kognitive Therapie als adäquate Behandlungsmethode zur Therapie depressiver Erkrankungen bei introvertierten Patienten an.

6.6 Folgerungen für die zukünftige Forschung

Aufgabestellungen künftiger Forschungsarbeiten ergeben sich in erster Linie aus den in Kapitel 6.4 dargestellten Einschränkungen der vorliegenden klinischen Studie.

So wäre insbesondere eine erneute Überprüfung der Hypothesen dieser Arbeit durch eine weitere Studie wünschenswert, die es aufgrund eines modifizierten Untersuchungsdesigns ermöglicht, im Verlauf der kognitiven Therapie festgestellte Veränderungen im Hinblick auf biographische Einschätzungen und Persönlichkeitsmerkmale sowie eine veränderte Stimmungslage der Probanden auch „kausal“ auf die psychotherapeutische Behandlung zurückzuführen. Wenngleich es auf den ersten Blick plausibel erscheinen mag, dass die im Rahmen dieser Studie aufgezeigten Veränderungen als Folge der psychotherapeutischen Behandlung zu sehen sind, so können diese mangels einer Kontrollgruppe doch nicht zweifelsfrei von Zufallserscheinungen und Spontanremissionen abgegrenzt werden.

Ein weiterer interessanter Ansatzpunkt für zukünftige Forschungsarbeiten ergibt sich in Bezug auf die sich stellende Frage, wie sich der korrelative Einfluss derjenigen Variablen, die sich als Prädiktoren für die Veränderungen des psychischen Befindens im Laufe der Depressionsbehandlung erwiesen haben, „kausal“ erklären lässt. Besonders gilt dies im Hinblick auf den bemerkenswerten Befund, dass die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie das allgemeine psychische Befinden der Probanden umso positiver beeinflussen, je größer deren Introvertiertheit ist, weshalb introvertierte Patienten einen größeren Nutzen von diesem psychotherapeutischen Behandlungskonzept zu haben scheinen.

Eine solche Untersuchung sollte zudem auf der Datenanalyse eines größeren Probandenkollektivs basieren, um die statistische Aussagekraft derselben zu erhöhen.

Sollten sich die im Verlauf der kognitiven Therapie festgestellten Veränderungen von biographischen Merkmalen und Persönlichkeitszügen sowie die Abnahme der Depressivität auch tatsächlich als „kausale“ Folge der psychotherapeutischen Behandlung erweisen, so wäre es wünschenswert, diese Untersuchungen im gleichen Patientenkollektiv in definierten zeitlichen Abständen zu wiederholen, um Rückschlüsse auf die Langzeitwirkung der kognitiven Verhaltenstherapie hinsichtlich dieser Faktoren ziehen zu können.

Weiterhin ließe sich die Fragestellung der vorliegenden klinischen Studie auch auf andere psychotherapeutische Interventionsansätze zur Behandlung affektiver Erkrankungen, wie beispielsweise die interpersonelle Psychotherapie oder eine reine Verhaltenstherapie, ausweiten, da sich die Frage stellt, ob und in welcher Weise andere Behandlungskonzepte biographische Beurteilungen und Persönlichkeitsmerkmale depressiver Patienten verändern beziehungsweise beeinflussen und ob diesbezüglich Unterschiede im Vergleich mit der kognitiven Verhaltenstherapie zu konstatieren sind.

7 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden klinischen Studie sollte untersucht werden, ob beziehungsweise inwieweit persönlichkeitspezifische Merkmale depressiver Patienten im Verlauf einer kognitiven Psychotherapie eine Veränderung erfahren. Das zweite Hauptaugenmerk galt der Fragestellung, ob es nach Abschluss der psychotherapeutischen Intervention zu einer veränderten Beurteilung biographischer Aspekte der Lebensgeschichte durch die Probanden kommt. Weiterhin wurde evaluiert, ob sich im Verlauf der Therapie die allgemeine Befindlichkeit und Stimmungslage der Testpersonen im Sinne einer Abnahme der Depressivität sowie einer Steigerung des gegenwärtigen psychischen Wohlbefindens verändert.

Schließlich sollte untersucht werden, ob prätherapeutisch konstatierte Persönlichkeitsgrundzüge respektive biographische Beurteilungen der depressiven Probanden einen korrelativen Einfluss auf mögliche Veränderungen von Stimmung und psychischem Befinden während des Therapieverlaufes nehmen und ob sich bestimmte Persönlichkeitsmerkmale beziehungsweise biographische Einschätzungen somit als Prädiktoren für Änderungen der allgemeinen Befindlichkeit im Laufe einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung im Sinne einer kognitiven Verhaltenstherapie erweisen.

Die als Eingruppen-Prä-Post-Studie konzipierte Arbeit umfasste ein Probandengut von 46 Patienten mit der Diagnose einer Major Depression nach DSM-IV, die sich im Zeitraum von 1999 bis 2005 in ambulanter psychiatrischer Therapie befanden und nach Prinzipien und Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden. Mit dem Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP) wurden dabei biographische Merkmale sowie Persönlich-

keitscharakteristika der Probanden erfasst. Zur quantitativen Beschreibung des momentanen Befindens dienten ferner die Eigenschaftswörterliste (EWL) sowie die Befindlichkeitsskala (Bf-S). Jeweils am Anfang sowie nach Abschluss der kognitiven Psychotherapie füllten die Patienten die entsprechenden Fragebögen aus. Eine Überprüfung der so ermittelten Ergebnisse auf statistisch signifikante Veränderungen nach Abschluss der Therapie erfolgte mittels des Wilcoxon-Vorzeichen-Rangsummen-Testes. Außerdem wurden Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten zwischen den prätherapeutischen Werten der biographischen beziehungsweise persönlichkeitsbezogenen Variablen und den Veränderungen der allgemeinen Stimmungslage im Verlauf der Therapie errechnet. So sollte der Fragestellung nachgegangen werden, ob sich bestimmte Wesensmerkmale respektive biographische Einschätzungen der Probanden als Prädiktoren für die Veränderungen des allgemeinen Befindens im Laufe einer psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erweisen.

Die Studie konnte einerseits aufzeigen, dass die psychovulnerablen FPVP-Persönlichkeitsvariablen „Neurotizismus“ (NE) sowie „Desorganisation“ (DO) und „Arbeitsbezogenheit“ (AB) einer kognitiven Umstrukturierung zugänglich waren. Gleiches galt für die psychoprotektive Persönlichkeitsvariable „Zielgerichtetheit“ (ZG). Weiterhin konnte dargelegt werden, dass die biographischen Skalen „Kindliches Kontaktverhalten“ (KI) sowie „Schulisches Engagement“ (SCH), der Tatsache entsprechend, dass sie auf Erlebnissen und Erfahrungen basieren, die bereits in einer gewissen Weise stattgefunden haben, einer kognitiven Veränderung nicht unmittelbar zugänglich waren.

Andererseits zeigte sich, dass es im Verlauf der kognitiven Psychotherapie zu einer Verbesserung der gegenwärtigen Stimmungslage und psychischen Befindlichkeit innerhalb des Patientenkollektivs kam. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit zahlreichen früheren Studien, welche die hohe Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie bei der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung hinreichend belegen.

Außerdem wurde dargelegt, dass die Prä-Werte der klinischen Skalen „Desorganisation“ (DO) und „Neurotizismus“ (NE) die Veränderungen der allgemeinen Stimmungslage im Laufe der kognitiven Therapie korrelativ beeinflussten. Je höher nämlich die prätherapeutischen Scores der genannten Variablen ausfielen, umso ausgeprägter verbesserte sich das psychische Befinden der Probanden verglichen mit den prätherapeutischen Ausgangswerten.

Schließlich imponierte der Befund, dass sich die psychische Befindlichkeit der Testpersonen im Laufe der Behandlung umso positiver veränderte, je höher deren Introversions- beziehungsweise je geringer deren Extraversions-Werte zu Beginn der Therapie waren. Introvertierte Patienten scheinen demnach einen höheren Nutzen von dem psychotherapeutischen Verfahren der kognitiven Umstrukturierung zu haben.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse sowie auf den Erkenntnissen früherer Arbeiten, welche bereits den Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und aktuellem Befinden darlegen konnten, wurden Folgerungen für das klinisch-therapeutische Vorgehen gezogen:

Durch bewusste Förderung gewisser psychoprotektiver Faktoren beziehungsweise gezielte Abschwächung und kognitive Umstrukturierung psychovulnerabler Persönlichkeitsvariablen lässt sich die psychische Grundverfassung depressiver Patienten therapeutisch positiv beeinflussen.

Biographische Merkmale können demgegenüber nicht unmittelbar verändert werden; jedoch ist es möglich, dem Patienten eine veränderte Perspektive auf Aspekte seiner Lebensgeschichte zu vermitteln, was bis hin zu einer fiktiven Rekonstruktion der eigenen Biographie reichen kann.

Der im Rahmen dieser Studie aufgezeigte Befund, dass ein erfolgreicher Verlauf der kognitiven Therapie mit hohen Introversions- respektive geringen Extraversions-Werten der Probanden korrelierte, wirft schließlich die Frage auf, ob die kognitive Verhaltenstherapie als adäquates Therapieverfahren zur

Behandlung depressiver Erkrankungen bei stark extravertierten Patienten verstanden werden kann. Da demgegenüber gerade introvertierte, emotional labile Patienten von diesem psychotherapeutischen Verfahren zu profitieren scheinen, bietet sich die kognitive Therapie als geeignete Behandlungsmethode zur Therapie depressiver Störungen bei solchen Patienten an.

8 Literaturverzeichnis

- Alonso, J. et al.: Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 2004, S. 21 – 27
- Andrade, L. et al.: The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 2003, S. 3 – 21
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G.: *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz Verlag, 1999²
- Beesdo, K., Wittchen, H.-U.: *Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie*. In: Wittchen, H.-U., Hoyer, J. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006, S. 731 – 762
- Bienvenu, O. J. et al.: Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. In: *Depression and Anxiety*, 20(2), 2004, S. 92 – 97
- Bifulco, A. et al.: Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. In *Psychological Medicine*, 28, 1998, S. 39 – 50
- Blackburn, I. M. et al.: The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. In: *British Journal of Psychiatry*, 139, 1981, S. 181 – 189
- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D., Petermann, F. (Hrsg.): *Brickenkamp. Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Band 1*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2002³

- Bühler, K.-E.: BIFA-AL. Biographischer Fragebogen für Alkoholabhängige (PSYTKOM-Dok.-Nr. 3264). In: Zentrum für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.): ZPID Datenbank PSYTKOM (Online-Datenbank), 1994
- Bühler, K.-E., Bardeleben, H.: BIFA. Biographischer Fragebogen (PSYTKOM-Dok.-Nr. 3960). In: Zentrum für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.): ZPID Datenbank PSYTKOM (Online-Datenbank), 2005
- Bühler, K.-E., Eitel, I.: Biografie und Persönlichkeit bei Depressiven, sonstigen psychiatrischen Patienten und nicht-klinischen Probanden. In: Nervenheilkunde, 26(4), 2007, S. 229 – 332
- Bühler, K.-E., Eitel, I.: Der Einfluss der Biografie auf die Stimmung und Befindlichkeit. In: Nervenheilkunde, 27(7), 2008, S. 620 – 632
- Bühler, K.-E., Geyer, S., Haltenhof, H., Bardeleben, H.: Prognostic effects of biographical data and differences between neurotic depressive, endogenous depressive and healthy subjects. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 151(3), 2000, S. 114 – 122
- Bühler, K.-E., Haltenhof, H., Geyer, S., Bardeleben, H.: Reliability of biographical data, their relations to personality variables and their influence on life-events. In: Journal of Affective Disorders, 53, 1999, S. 67 – 76
- Bühler, K.-E., König, M.: Depression und Biografie. In: Nervenheilkunde, 22(5), 2003, S. 220 – 280
- Bühler, K.-E., Pagels, S.: The influence of biography, life events and chronic difficulties on depressivity during the process of inpatient treatment of depressives. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 154(6), 2003, S. 284 – 291
- Bühler, K.-E., Schneider, C.: SEA. Skala zur Erfassung von Arbeitsbezogenheit (PSYTKOM-Dok.-Nr. 3937). In: Zentrum für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.): ZPID Datenbank PSYTKOM (Online-Datenbank), 1999

- Bühler, K.-E., Stecher, J., Bardeleben, H.: SEO. Skalen zur Erfassung von Ordnungsbezogenheit (PSYTKOM-Dok.-Nr. 3481). In: Zentrum für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.): ZPID Datenbank PSYTKOM (Online-Datenbank), 1996
- Burnes, D. D., Sayers, S. L., Moras, K.: Intimate relationships and depression: Is there a causal connection? In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1994, S. 1033 – 1043
- Clayton, P. J., Ernst, C., Angst, J.: Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar depression. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 143, 1994, S. 340 – 346
- Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (CIPS) (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Göttingen: Beltz Test GmbH, 2005⁵
- Comer, R. J.: Affektive Störungen. In: Sartory, G. (Hrsg.): *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Verlag, 2001, S. 174 – 199
- Cuijpers, P., Dekker, J.: Psychological treatment of depression; a systematic review of meta-analysis. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(34), 2005
- Davison, G. C., Neale, J. M., Hautzinger, M.: *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz Verlag, 2007⁷
- de Jong-Meyer, R.: Kognitive Verfahren nach Beck und Ellis. In: Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009³, S. 611 – 627
- de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M. et al.: Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(2), 1996, S. 130 – 145
- de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., Schramm, E.: *Psychotherapie affektiver Störungen. Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007
- de Rubeis, R. J., Crits-Christoph, P.: Empirically Supported Individual and Group Psychological Treatments for Adult Mental Disorders. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 1998, S. 37 – 52

- de Rubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., Simons, A. D.: Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. In: American Journal of Psychiatry, 156(7), 1999, S. 1007 – 1013
- de Rubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. et al.: Cognitive therapy versus medication in the treatment of moderate to severe depressions. In: Archives of General Psychiatry, 62(4), 2005, S. 409 – 416
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM 2004). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2004¹⁰
- Eitel, I.: Psychovulnerabilität und Psychoprotektion bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz: Vergleich von depressiven und nicht-depressiven Patienten mit einer nicht-klinischen Kontrollgruppe. Universität Würzburg, Dissertation, 2006
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T. et al.: NIMH Treatment of depression collaborative research program. In: Archives of General Psychiatry, 46, 1989, S. 971 – 982
- Farmer, A. et al.: Neuroticism, extraversion, life events and depression: The Cardiff Depression Study. In: British Journal of Psychiatry, 181, 2002, S. 118 – 122
- Fava, G. A. et al.: Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. In: American Journal of Psychiatry, 161(10), 2004, S. 1872 – 1876
- Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1997³
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I.: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. In: Journal of Affective Disorders, 49(1), 1998, S. 59 – 72
- Goldapple, K. et al.: Modulation of cortical-limbic pathways in Major Depression. In: Archives of General Psychiatry, 61, 2004, S. 34 – 41

- Hautzinger, M.: Depression und Kognition. In: Hautzinger, M., Greif, S. (Hrsg.): Kognitionspsychologie der Depression. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1981, S. 11 – 41
- Hautzinger, M.: Verhaltenstherapie bei unipolaren Depressionen. In: Batra, A., Wassmann, R., Buchkremer, G.: Verhaltenstherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2000, S. 230 – 239
- Hautzinger, M.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz Verlag, 2003⁶
- Hautzinger, M.: Depressionen. In: Petermann, F., Reinecker, H. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005, S. 449 – 462
- Hautzinger, M.: Depression. In: Margraf, J., Schneider, S.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009³, S. 125 – 138
- Hohagen, F., Stieglitz, R.-D., Bohus, M., Berger, M.: Psychotherapie. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban und Schwarzenberg Verlag, 1999, S. 131 – 218
- Hollon, S. D., de Rubeis, R. J., Shelton, R. C. et al.: Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. In: Archives of General Psychiatry, 62(4), 2005, S. 417 – 422
- Jacobi, F. et al.: Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: Psychological Medicine, 34, 2004, S. 597 – 611
- Jacobson, N. S., Hollon, S. D.: Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's return is verdict, it's time to present the rest of the evidence. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1996, S. 74 – 80
- Janke, W., Debus, G.: Die Eigenschaftswörterliste. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1978

- Jarret, R. B. et al.: Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. A randomized clinical trial. In: Archives of General Psychiatry, 58, 2001, S. 381 – 388
- Kendler, K. S. et al.: Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. In: Archives of General Psychiatry, 60, 2003, S. 789 – 796
- Kessler, R. C. et al.: The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: Journal of the American Medical Association, 289(23), 2003, S. 3095 – 3105
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., Chevron, E. S.: Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984
- Koch, J.: Wechselseitige Beeinflussung zwischen Extraversion/Introversion, Neurotizismus und autogenem Trainingserfolg. Ein Vergleich zwischen Eysencks Persönlichkeitsmodell und Autogenem Training. Universität Würzburg, Dissertation, 1991
- Laux, G.: Affektive Störungen. In: Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A.: Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 2009⁴, S. 76 – 109
- Lückert, H.-R., Lückert, I.: Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie. München: Reinhardt Verlag, 1994
- MacMillan, H. L. et al.: Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. In: American Journal of Psychiatry, 158(11), 2001, S. 1878 – 1883
- Mulder, R. T.: Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. In: American Journal of Psychiatry, 159, 2002, S. 25 – 31
- Pampallona, S. et al.: Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression – A systematic review. In: Archives of General Psychiatry, 61, 2004, S. 714 – 719
- Patten, E. S. et al.: Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38(7), 2003, S. 360 – 365

- Paykel, E. S. et al.: Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. In: Archives of General Psychiatry, 56(9), 1999, S. 829 – 835
- Paykel, E. S. et al.: Size and burden of depressive disorders in Europe. In: European Neuropsychopharmacology, 15, 2005, S. 411 – 423
- Reinecker, H.: Methoden der Verhaltenstherapie. In: Reinecker, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Verlag, 1999, S. 147 – 333
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Hollon, S. D.: Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. In: Cognitive therapy and research, 1, 1977, S. 17 – 37
- Segal, Z. V., Whitney, D. K., Lam, R. W., CANMAT Depression Work Group: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. III. Psychotherapy. In: Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie, 46(1), 2001, S. 29 – 37
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J.: Fragile states of mind: neuroticism, vulnerability and the long-term outcome of depression. In: British Journal of Psychiatry, 169, 1999, S. 338 – 347
- Stravynski, A., Temblay, M., Verreault, R.: Marital adjustment and depression. In: Psychopathology, 28, 115, S. 112 – 117
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., Tierney, S. C.: A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus „other therapies” for depression. In: Journal of Affective Disorders, 68, 2002, S. 159 – 165
- Weissman, M. M.: The psychological treatment of depression. Evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. In: Archives of General Psychiatry, 36, 1979, S. 1261 – 1269
- Wilken, B.: Kognitive Umstrukturierung. In: Petermann, F., Reinecker, H. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2005, S. 357 – 364
- Wilken, B.: Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfadens für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Verlag Kohlhammer, 2010⁵

- Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Bittner, A.: Depression – An underdiagnosed disease. In: *Medicographia*, 25(74), 2003, S. 9 – 18
- Wittchen, H.-U. et al.: Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 2002, S. 24 – 34
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F.: Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. In: *European Neuropsychopharmacology*, 15, 2005, S. 357 – 376
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F.: Epidemiologie. In: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin: Springer Verlag, 2006, S. 15 – 37
- Wittchen, H.-U., Pittrow, D.: Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. In: *Human Psychopharmacology – Clinical and Experimental*, 17, 2002, S. 1 – 11
- Zerssen, D. v., Koeller, D.-M.: *Die Befindlichkeitsskala*. Manual. Weinheim: Beltz Verlag, 1975

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Verstärkungstheoretisches Modell nach Lewinsohn	16
Abbildung 2.2	Prinzip der „kognitiven Triade“ nach Beck und Mitarbeitern	17
Abbildung 2.3	Integrative Modellvorstellung zur Depression	21
Abbildung 2.4	ABC-Theorie nach A. Ellis	24
Abbildung 2.5	Phasen und Elemente kognitiver Verhaltenstherapie bei Depressionen	32
Abbildung 5.1	Prä-Post-Vergleich der FPVP-Skalen	57
Abbildung 5.2	Prä-Post-Vergleich der EWL-Klassen	59
Abbildung 5.3	Prä-Post-Vergleich der EWL-Faktoren	61
Abbildung 5.4	Prä-Post-Vergleich der EWL-Skalen	63
Abbildung 5.5	Prä-Post-Vergleich der Bf-S	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Erscheinungsbild der Depression	10
Tabelle 2.2	Major Depression nach DSM-IV	11
Tabelle 2.3	Mittelgradige depressive Episode nach ICD-10	12
Tabelle 2.4	Typische systematische Denkfehler eines depressiven Patienten	18
Tabelle 2.5	Beispiele für depressiogene Grundannahmen	19
Tabelle 4.1	Soziodemographische Merkmale der Probanden	42
Tabelle 4.2	Beschreibung der FPVP-Skalen	46
Tabelle 4.3	Itembeispiele der FPVP-Skalen	47
Tabelle 4.4	Dreistufiger Aufbau der Eigenschaftswörterliste	49
Tabelle 4.5	Aufbau der Drei-Faktoren-Lösung der Befindlichkeitsskala	51
Tabelle 5.1	Deskriptive Statistik der FPVP-Skalen	55
Tabelle 5.2	Deskriptive Statistik der EWL-Klassen	59
Tabelle 5.3	Deskriptive Statistik der EWL-Faktoren	60
Tabelle 5.4	Deskriptive Statistik der EWL-Skalen	62
Tabelle 5.5	Deskriptive Statistik der Bf-S	64
Tabelle 5.6	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen	70
Tabelle 5.7	Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der Bf-S-Faktoren	73
Tabelle 5.8	Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP-Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen	75
Tabelle 5.9	Korrelationen der Prä-Werte von EI, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen	76

Abkürzungsverzeichnis

A	„Aktiviertheit“
AB	„Arbeitsbezogenheit“
AD	„Allgemeine Desaktivität“
AG	„Angst“
AW	„Allgemeines Wohlbefinden“
B	„Konzentriertheit“
BE	„Berufszufriedenheit“
Bf-S	Befindlichkeitsskala
C	„Desaktiviertheit“
D	„Müdigkeit“
d.h.	das heißt
DO	„Desorganisation“
DSM-IV	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders IV
Δ	delta; mathematisches Symbol für Differenz
E	„Benommenheit“
EG	„Emotionale Gereiztheit“
EI	„Extraversion/Introversion“
et al.	et alii; lateinisch: und andere
etc.	et cetera; lateinisch: und so weiter
EWL	Eigenschaftswörterliste
f.	folgend
F	„Extravertiertheit“
FPVP	Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion
G	„Introvertiertheit“
H	„Selbstsicherheit“
I	„Gehobene Stimmung“
ICD-10	International Classification of Diseases 10

ID	„Idealität/soziale Konformität“
J	„Erregtheit“
Jhdt. n. Chr.	Jahrhundert nach Christus
K	„Empfindlichkeit“
KI	„Kindliches Kontaktverhalten“
L	„Ärger“
LA	„Leistungsbezogene Aktivität“
M	„Ängstlichkeit“
M	arithmetischer Mittelwert
Max	Maximum
Md	Medianwert
Min	Minimum
n	Anzahl
N	„Deprimiertheit“
NE	„Neurotizismus“
neg.	negativ
NEG	„Negative Befindlichkeit“
n. sign.	nicht signifikant
O	„Verträumtheit“
p	p-Wert, Signifikanzwert
PA	„Partnerschaftszufriedenheit“
pos.	positiv
POS	„Positive Befindlichkeit“
PS	„Primärsozialisation“
Q_{1/2/3}	Quartil _{1/2/3}
RET	rational-emotive Therapie
RI	„Rigidität“
r_s	Spearman-Rangkorrelationskoeffizient
s	Standardabweichung
S.	Seite
SCH	„Schulisches Engagement“
u.	und

vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZG	„Zielgerichtetheit“

9 Anhang

9.1 Fragebogen für Psychovulnerabilität und Psychoprotektion (FPVP)

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die Ihre Meinungen und Interessen betreffen sowie persönliche Angaben über Ihr Elternhaus, über Ihre schulische Bildung, über Ihre Berufsvorstellungen, Lebensansichten und über Ihre eigene Person.

Jeder Mensch hat seine eigenen Ansichten und Auffassungen über sich und sein Leben, es gibt also hier *keine* richtigen und falschen Antworten. Sie können sich frei und unbefangen äußern, Ihre Angaben werden *streng vertraulich* behandelt.

Die Beantwortung der Fragen ist natürlich nur dann sinnvoll, wenn Sie nach bestem Wissen antworten. Überlegen Sie also bitte erst nicht, welche Antwort wohl den besten „Eindruck“ macht, sondern antworten Sie so, wie es Ihrer Meinung nach zutrifft.

Sie sollten sich nicht an einzelnen Fragen „festbeißen“, sondern die Antwort geben, welche Ihnen zuerst einfällt. Es wird wohl einige Fragen geben, deren Beantwortung für Sie nicht ganz einfach sein wird. Kreuzen Sie trotzdem bitte immer eine Antwort an, die am ehesten bei Ihnen zutrifft.

Es werden mehrere Lebensbereiche berührt, Sie finden deshalb viele Fragen vor. Lassen Sie trotzdem keine Frage aus, auch wenn Ihnen manchmal eine Antwort schwer fallen sollte.

Wir wollen Sie nun mit den Aussagen und den Antwortmöglichkeiten vertraut machen. Bei jeder Frage gibt es zwei Antwortmöglichkeiten:

1. die Antwort „stimmt nicht“
2. die Antwort „stimmt“

Trifft eine Aussage auf Sie zu, so setzen Sie bitte ein Kreuz in den entsprechenden Kreis mit der Feststellung „stimmt“. Sollten Sie einer Aussage nicht zustimmen können, so verfahren Sie einfach in umgekehrter Weise und setzen Ihr Kreuz in den entsprechenden Kreis mit der Antwortmöglichkeit „stimmt nicht“. Falls Sie sich beim Ankreuzen geirrt haben, machen Sie bitte einen Kreis um die nicht gültige Antwort und kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

FPVP	Stimmt	Stimmt nicht
Ich habe Mühe, mich zu entspannen und nichts zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um beruflich akzeptiert zu werden, bin ich bereit, viel zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich untätig bin, dann habe ich ein Gefühl der Leere in mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, von meiner Arbeit abzuschalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Bedürfnis, am Tag so viel zu schaffen, wie nur geht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist wichtig für mich, eine Aufgabe besser als andere zu erfüllen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke sehr häufig an meine Arbeit, zum Beispiel beim Einschlafen, Essen...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich übernehme zusätzliche Arbeit, weil ich Angst habe, dass sie sonst nicht getan wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verkürze meine Mittagspause, um länger arbeiten zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein ganzer Lebenslauf orientiert sich an meiner Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich arbeite auch, wenn ich eigentlich entspannen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst, ein Versager zu sein, wenn ich nicht hart genug arbeite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal betrachte ich mich selbst als arbeitssüchtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein/e Partner/in sagt, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin innerlich fast immer mit meiner Arbeit beschäftigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte beruflich mehr als meine Kollegen leisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wache nachts auf und mache mir Gedanken über Probleme, die meine Arbeit betreffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Gewissensbisse, wenn ich nicht arbeite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich investiere mehr Energie, Zeit und Denken in meine Arbeit als in meine Familie und Freunde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde oft ungeduldig, weil meine Kollegen zu langsam arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vieles, was ich mir vornehme, führe ich auch zu Ende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich besitze die Kraft und die Fähigkeit, mein Leben zu meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hinsichtlich meines Lebenszieles fühle ich mich sicher und entschlossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gelingt mir gut, aufmerksam eine Sache zu verfolgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Großen und Ganzen bin ich der Welt gegenüber positiv eingestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt	Stimmt nicht
Eigentlich fühle ich mich den Schwierigkeiten des Lebens ganz gut gewachsen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In dem Auf und Ab des Lebens komme ich ganz gut zurecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe eine große Ausdauer, wenn es gilt, ein gestecktes Ziel zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit den Aussichten, die mir das Leben bietet, bin ich durchaus zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewöhnlich kann ich genug Selbstbeherrschung aufbringen, die angestrebten Ziele zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Über meine wirklichen Interessen war ich mir stets im Klaren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich plane lieber im Voraus, als dass ich etwas dem Zufall überlasse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflichterfüllung ist für mich oberstes Lebensprinzip.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es entspricht meinem Temperament, ein geordnetes Leben zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich Sorge dafür, dass meine Arbeit sorgfältig geplant und organisiert ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe gerne einen geregelten Tagesablauf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Wichtiges vorhabe, dann treffe ich meist schon lange im Voraus meine Vorbereitungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man sollte nach meiner Meinung die Freizeit erst dann richtig genießen, wenn man seine Pflichten restlos erfüllt hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es entspricht meinem Charakter mehr, etwas sofort und genau zu tun, wie man es von mir erwartet, als augenblicklichen Einfällen nachzugeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unvorhergesehene Ereignisse stören mich im Allgemeinen sehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin der Auffassung: Gut geplant ist halb gewonnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lege großen Wert auf Pünktlichkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache es mir zum Prinzip, mich durch nichts von der Arbeit abhalten zu lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist es lieber, wenn innerhalb eines Arbeitsbereiches die Aufgaben konstant bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich plane meine Reisen immer im Voraus unter Festlegung eines Reiseweges, von dem ich nur ungern abweiche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Beste, was man tun kann, ist, gut zu planen und sich zu bemühen, damit alles so bleibt oder wieder wird, wie es in der Vergangenheit war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal quält mich der Gedanke, im Leben nicht zurecht zu kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde oft unruhig und möchte etwas tun, ohne genau zu wissen was.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal denke ich, dass mit mir nichts anzufangen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft habe ich Angst, den mir gestellten Aufgaben nicht gewachsen zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beschäftige mich oft mit vielem gleichzeitig, weshalb ich mich hin- und hergerissen fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke mir oft Dinge aus, die ich dann doch nicht verwirkliche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir bereitet der Gedanke, dass es Wichtigeres gegeben hätte, selbst dann ein unbefriedigendes Gefühl, wenn ich viel getan habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal habe ich keinerlei Hoffnung für die Zukunft mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt	Stimmt nicht
Ich hatte ab und zu das Gefühl ohnmächtigen Zornes, weil ich dachte, alles Bisherige umsonst getan zu haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich arbeite oft innerlich gehetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Gedanken wandern oft umher, obwohl eigentlich Konzentration erforderlich wäre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich quält manchmal der Gedanke, im Angesicht des Todes sagen zu müssen, dass mein Leben umsonst war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Pläne sind voller Schwierigkeiten, sodass ich sie später wieder aufgebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termine bringen mich leicht in Hetze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe zu viel Zeit mit unwichtigen Dingen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meistens kann ich mich nicht so recht für eine bestimmte Sache entscheiden, weil ich zu viel lohnende Ziele und Möglichkeiten entdecke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich selbst hatte immer das Gefühl, von meiner Mutter beziehungsweise meinem Vater innerlich abgelehnt zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelegentlich hatte ich das Empfinden, dass ich nicht so recht in meine Familie hineingehöre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde daheim oft wegen Dingen bestraft, die ich nicht getan hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte selten Streit mit meinen Familienangehörigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft hatte ich das Gefühl, als wäre zwischen mir und meiner Mutter beziehungsweise meinem Vater gleichsam eine Wand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Mutter beziehungsweise mein Vater beziehungsweise meine engsten Bezugspersonen hatten dauernd etwas gegen mich auszusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Mutter beziehungsweise mein Vater beziehungsweise meine engsten Bezugspersonen waren für mich da, wenn ich Probleme hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es kam häufig vor, dass mich meine Mutter beziehungsweise mein Vater beziehungsweise meine engsten Bezugspersonen vor anderen Jugendlichen bloßstellten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuhause fühlte ich mich nicht richtig wohl, weil wir kein gutes Familienleben hatten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu meinem Vater beziehungsweise meiner Mutter beziehungsweise zu meinen engsten Bezugspersonen hatte ich eine ziemlich vertrauensvolle Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Mutter beziehungsweise mein Vater konnten mir nur schwer verzeihen, wenn es wegen mir Unannehmlichkeiten gab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Mutter beziehungsweise mein Vater stritten sich mehr als andere Leute.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal fühle ich mich in einer Sackgasse, in der es nicht mehr weitergeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Stimmung wechselt rasch und ohne ersichtlichen Grund.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft habe ich das Gefühl der Teilnahmslosigkeit und der inneren Leere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verbringe mehr Zeit damit, mich auf das Leben vorzubereiten, als es tatsächlich zu leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe stets Angst, mich zu blamieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt	Stimmt nicht
Oft habe ich Angst, den mir gestellten Aufgaben nicht gewachsen zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manchmal quält mich der Gedanke, den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obwohl ich an sich ein lebensfroher Mensch bin, wird mir oft alles zu viel oder zu schwer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meistens schiebe ich Dinge auf, die ich eigentlich sofort tun sollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Alltag ist oft so grau und leer, dass ich mich in eine schöne, angenehme Traumwelt flüchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft sitze ich nur so da und döse vor mich hin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Blick in die Zukunft wird mehr von Ängsten, Wünschen und Hoffnungen bestimmt als von Tatsachen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Pläne erscheinen mir oft so schwierig, dass ich sie später wieder aufgebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufig fühle ich mich elend und bedrückt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit ist sehr wechselhaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich lebe in einer Partnerschaft oder Ehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin in dieser Partnerschaft sehr glücklich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsere Beziehung ist in jeder Weise erfüllt und glücklich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit meinem Partner kann ich offen über alles reden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Am liebsten würde ich aus dieser Partnerschaft ausbrechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meinen Partner nie gegen einen anderen eintauschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Partner und ich sind uns hundertprozentig treu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es kommt sehr oft vor, dass sich mein Partner und ich streiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Freunde sind auch die Freunde meines Partners.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In schulischen Dingen war ich immer sehr faul.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In schulischen Dingen war ich immer sehr ehrgeizig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigentlich saß ich in der Schule nur meine Zeit ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich machte meine Hausaufgaben eigentlich nur selten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich ging immer sehr gern zur Schule.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für gewöhnlich beteiligte ich mich mit Interesse am Unterricht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich nach der Schule nach Hause kam, erledigte ich als erstes meine Hausaufgaben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich übe einen Beruf aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Leistungen werden von meinem Chef und meinen Mitarbeitern anerkannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit meiner jetzigen beruflichen Tätigkeit bin ich vollauf zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Großen und Ganzen bin ich mit meiner Berufswahl zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An meinem Arbeitsplatz ist die innerbetriebliche Grundstimmung sehr gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn es wirklich darauf ankommt, halten alle Mitarbeiter an meinem Arbeitsplatz zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stimmt	Stimmt nicht
Ich denke, dass ich in meinem Beruf wirklich etwas leiste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin an meiner Arbeit wirklich mit Interesse bei der Sache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich arbeite in meinem Beruf so gerne, dass ich freiwillig viele Überstunden mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leute mit psychischen Störungen sind in meiner Familie noch nicht vorgekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Von uns hat keiner Kinder mit in die Beziehung gebracht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Familie ist noch kein Fall von Epilepsie aufgetreten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe noch nie abgetrieben oder zu einer Abtreibung angeregt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Familie leidet niemand unter Alkoholsucht oder irgendeiner anderen Sucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe noch nie Drogen genommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Gedanke, ein Tier zu quälen, ist mir noch nie in den Sinn gekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe noch nie ein Tier gequält.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seit meiner frühesten Kindheit spielte ich häufig mit anderen Kindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Schulzeit war ich eigentlich immer in den sogenannten Klassenclan integriert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit meinen Schulkameraden habe ich mich auch außerhalb der Schule häufig getroffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Schule war ich bei meinen Mitschülern eigentlich immer anerkannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im frühen Kindesalter habe ich meine Zeit fast nur mit gleichaltrigen Kindern verbracht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innerhalb unserer Schulklasse hielten wir zusammen wie Pech und Schwefel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.2 Outputs der statistischen Berechnungen

9.2.1 Wilcoxon-Test der FPVP-Skalen

```
GET
  FILE='J:\Spieler_Christof\Datens6_kurz.sav'.
DATASET NAME Datenset1 WINDOW=FRONT.
NPAR TEST
/WILCOXON=AB1 ZG1 RI1 DO1 PS1 NE1 KI1 SCH1 ID1 KN1 PA1 BE1
WITH AB2 ZG2 RI2 DO2 PS2 NE2 KI2 SCH2 ID2 KN2 PA2 BE2 (PAIRED)
/MISSING ANALYSIS .
```

Nichtparametrische Tests

[Datenset1] J:\Spieler_Christof\Datens6_kurz.sav

Wilcoxon-Test

		Ränge		
		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
AB2 - AB1	Negative Ränge	36 ^a	21,21	763,50
	Positive Ränge	4 ^b	14,13	56,50
	Bindungen	3 ^c		
	Gesamt	43		

- a. AB2 < AB1
- b. AB2 > AB1
- c. AB2 = AB1

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
ZG2 - ZG1	Negative Ränge	7 ^d	11,07	77,50
	Positive Ränge	31 ^e	21,40	663,50
	Bindungen	6 ^f		
	Gesamt	44		
RI2 - RI1	Negative Ränge	26 ^g	20,27	527,00
	Positive Ränge	13 ^h	19,46	253,00
	Bindungen	5 ⁱ		
	Gesamt	44		
DO2 - DO1	Negative Ränge	38 ^j	20,97	797,00
	Positive Ränge	2 ^k	11,50	23,00
	Bindungen	5 ^l		
	Gesamt	45		
PS2 - PS1	Negative Ränge	20 ^m	16,58	331,50
	Positive Ränge	9 ⁿ	11,50	103,50
	Bindungen	16 ^o		
	Gesamt	45		

- d. ZG2 < ZG1
- e. ZG2 > ZG1
- f. ZG2 = ZG1
- g. RI2 < RI1
- h. RI2 > RI1
- i. RI2 = RI1
- j. DO2 < DO1
- k. DO2 > DO1
- l. DO2 = DO1
- m. PS2 < PS1
- n. PS2 > PS1
- o. PS2 = PS1

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
NE2 - NE1	Negative Ränge	40 ^p	21,03	841,00
	Positive Ränge	1 ^q	20,00	20,00
	Bindungen	4 ^r		
	Gesamt	45		
KI2 - KI1	Negative Ränge	7 ^s	9,93	69,50
	Positive Ränge	13 ^t	10,81	140,50
	Bindungen	21 ^u		
	Gesamt	41		
SCH2 - SCH1	Negative Ränge	7 ^v	11,64	81,50
	Positive Ränge	12 ^w	9,04	108,50
	Bindungen	22 ^x		
	Gesamt	41		
ID2 - ID1	Negative Ränge	12 ^y	10,92	131,00
	Positive Ränge	9 ^z	11,11	100,00
	Bindungen	17 ^{aa}		
	Gesamt	38		

- p. NE2 < NE1
- q. NE2 > NE1
- r. NE2 = NE1
- s. KI2 < KI1
- t. KI2 > KI1
- u. KI2 = KI1
- v. SCH2 < SCH1
- w. SCH2 > SCH1
- x. SCH2 = SCH1
- y. ID2 < ID1
- z. ID2 > ID1
- aa. ID2 = ID1

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
KN2 - KN1	Negative Ränge	3 ^{ab}	3,83	11,50
	Positive Ränge	2 ^{ac}	1,75	3,50
	Bindungen	2 ^{ad}		
	Gesamt	7		
PA2 - PA1	Negative Ränge	5 ^{ae}	6,90	34,50
	Positive Ränge	11 ^{af}	9,23	101,50
	Bindungen	11 ^{ag}		
	Gesamt	27		
BE2 - BE1	Negative Ränge	8 ^{ah}	10,25	82,00
	Positive Ränge	15 ^{ai}	12,93	194,00
	Bindungen	7 ^{aj}		
	Gesamt	30		

ab. KN2 < KN1

ac. KN2 > KN1

ad. KN2 = KN1

ae. PA2 < PA1

af. PA2 > PA1

ag. PA2 = PA1

ah. BE2 < BE1

ai. BE2 > BE1

aj. BE2 = BE1

Statistik für Test^c

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
AB2 - AB1	-4,763 ^a	,000
ZG2 - ZG1	-4,258 ^b	,000
RI2 - RI1	-1,921 ^a	,055
DO2 - DO1	-5,210 ^a	,000
PS2 - PS1	-2,511 ^a	,012
NE2 - NE1	-5,326 ^a	,000
KI2 - KI1	-1,352 ^b	,176
SCH2 - SCH1	-,556 ^b	,578
ID2 - ID1	-,549 ^a	,583
KN2 - KN1	-1,084 ^a	,279
PA2 - PA1	-1,771 ^b	,076
BE2 - BE1	-1,719 ^b	,086

a. Basiert auf positiven Rängen.

b. Basiert auf negativen Rängen.

c. Wilcoxon-Test

9.2.2 Wilcoxon-Test der EWL-Skalen und Bf-S-Faktoren

```
NPART TEST  
/WILCOXON= EWL1_NA to EWL1_N_NEG BfS1_I BfS1_II BfS1_III  
WITH EWL2_NA to EWL2_N_NEG BfS2_I BfS2_II BfS2_III (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.
```

Nichtparametrische Tests

```
[DatenSet1] J:\Spieler_Christof\Daten6_kurz.sav
```

Wilcoxon-Test

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
EWL2_NA - EWL1_NA	Negative Ränge	4 ^d	5,50	22,00
	Positive Ränge	23 ^b	15,48	356,00
	Bindungen	2 ^c		
	Gesamt	29		
EWL2_NB - EWL1_NB	Negative Ränge	3 ^d	5,67	17,00
	Positive Ränge	21 ^e	13,48	283,00
	Bindungen	6 ^f		
	Gesamt	30		
EWL2_NC - EWL1_NC	Negative Ränge	23 ^g	13,70	315,00
	Positive Ränge	2 ^h	5,00	10,00
	Bindungen	4 ⁱ		
	Gesamt	29		
EWL2_ND - EWL1_ND	Negative Ränge	22 ^j	12,30	270,50
	Positive Ränge	1 ^k	5,50	5,50
	Bindungen	7 ^l		
	Gesamt	30		
EWL2_NE - EWL1_NE	Negative Ränge	17 ^m	11,21	190,50
	Positive Ränge	3 ⁿ	6,50	19,50
	Bindungen	9 ^o		
	Gesamt	29		
EWL2_NF - EWL1_NF	Negative Ränge	8 ^p	10,13	81,00
	Positive Ränge	19 ^q	15,63	297,00
	Bindungen	2 ^r		
	Gesamt	29		
EWL2_NG - EWL1_NG	Negative Ränge	19 ^s	10,00	190,00
	Positive Ränge	0 ^t	,00	,00
	Bindungen	11 ^u		
	Gesamt	30		
EWL2_NH - EWL1_NH	Negative Ränge	4 ^v	6,75	27,00
	Positive Ränge	22 ^w	14,73	324,00
	Bindungen	4 ^x		

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
EWL2_NH - EWL1_NH	Gesamt	30		
EWL2_NI - EWL1_NI	Negative Ränge	2 ^y	4,50	9,00
	Positive Ränge	25 ^z	14,76	369,00
	Bindungen	2 ^{aa}		
	Gesamt	29		
EWL2_NJ - EWL1_NJ	Negative Ränge	26 ^{ab}	14,46	376,00
	Positive Ränge	1 ^{ac}	2,00	2,00
	Bindungen	3 ^{ad}		
	Gesamt	30		
EWL2_NK - EWL1_NK	Negative Ränge	19 ^{ae}	10,87	206,50
	Positive Ränge	1 ^{af}	3,50	3,50
	Bindungen	9 ^{ag}		
	Gesamt	29		
EWL2_NL - EWL1_NL	Negative Ränge	11 ^{ah}	8,64	95,00
	Positive Ränge	4 ^{ai}	6,25	25,00
	Bindungen	15 ^{aj}		
	Gesamt	30		
EWL2_NM - EWL1_NM	Negative Ränge	23 ^{ak}	13,74	316,00
	Positive Ränge	2 ^{al}	4,50	9,00
	Bindungen	5 ^{am}		
	Gesamt	30		
EWL2_NN - EWL1_NN	Negative Ränge	25 ^{an}	13,00	325,00
	Positive Ränge	0 ^{ao}	,00	,00
	Bindungen	4 ^{ap}		
	Gesamt	29		
EWL2_NO - EWL1_NO	Negative Ränge	20 ^{aq}	13,58	271,50
	Positive Ränge	6 ^{ar}	13,25	79,50
	Bindungen	3 ^{as}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_LA - EWL1_N_LA	Negative Ränge	4 ^{at}	6,25	25,00
	Positive Ränge	25 ^{au}	16,40	410,00
	Bindungen	0 ^{av}		
	Gesamt	29		

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
EWL2_N_EI - EWL1_N_EI	Negative Ränge	5 ^{aw}	5,60	28,00
	Positive Ränge	21 ^{ax}	15,38	323,00
	Bindungen	3 ^{ay}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_AW - EWL1_N_AW	Negative Ränge	3 ^{az}	3,67	11,00
	Positive Ränge	24 ^{ba}	15,29	367,00
	Bindungen	2 ^{bb}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_AD - EWL1_N_AD	Negative Ränge	24 ^{bc}	16,17	388,00
	Positive Ränge	4 ^{bd}	4,50	18,00
	Bindungen	1 ^{be}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_EG - EWL1_N_EG	Negative Ränge	25 ^{bf}	14,72	368,00
	Positive Ränge	2 ^{bg}	5,00	10,00
	Bindungen	2 ^{bh}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_AG - EWL1_N_AG	Negative Ränge	28 ^{bi}	15,39	431,00
	Positive Ränge	1 ^{bj}	4,00	4,00
	Bindungen	0 ^{bk}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_POS - EWL1_N_POS	Negative Ränge	3 ^{bi}	4,83	14,50
	Positive Ränge	25 ^{bm}	15,66	391,50
	Bindungen	1 ^{bn}		
	Gesamt	29		
EWL2_N_NEG - EWL1_N_NEG	Negative Ränge	28 ^{bo}	14,50	406,00
	Positive Ränge	0 ^{bp}	,00	,00
	Bindungen	1 ^{bq}		
	Gesamt	29		
BfS2_I - BfS1_I	Negative Ränge	3 ^{br}	9,17	27,50
	Positive Ränge	22 ^{bs}	13,52	297,50
	Bindungen	0 ^{bt}		

Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
BfS2_I - BfS1_I	Gesamt	25		
BfS2_II - BfS1_II	Negative Ränge	3 ^{bu}	2,67	8,00
	Positive Ränge	21 ^{bv}	13,90	292,00
	Bindungen	1 ^{bw}		
	Gesamt	25		
BfS2_III - BfS1_III	Negative Ränge	2 ^{bx}	7,25	14,50
	Positive Ränge	22 ^{by}	12,98	285,50
	Bindungen	1 ^{bz}		
	Gesamt	25		

- a. EWL2_NA < EWL1_NA
- b. EWL2_NA > EWL1_NA
- c. EWL2_NA = EWL1_NA
- d. EWL2_NB < EWL1_NB
- e. EWL2_NB > EWL1_NB
- f. EWL2_NB = EWL1_NB
- g. EWL2_NC < EWL1_NC
- h. EWL2_NC > EWL1_NC
- i. EWL2_NC = EWL1_NC
- j. EWL2_ND < EWL1_ND
- k. EWL2_ND > EWL1_ND
- l. EWL2_ND = EWL1_ND
- m. EWL2_NE < EWL1_NE
- n. EWL2_NE > EWL1_NE
- o. EWL2_NE = EWL1_NE
- p. EWL2_NF < EWL1_NF
- q. EWL2_NF > EWL1_NF
- r. EWL2_NF = EWL1_NF
- s. EWL2_NG < EWL1_NG
- t. EWL2_NG > EWL1_NG
- u. EWL2_NG = EWL1_NG
- v. EWL2_NH < EWL1_NH
- w. EWL2_NH > EWL1_NH
- x. EWL2_NH = EWL1_NH
- y. EWL2_NI < EWL1_NI
- z. EWL2_NI > EWL1_NI
- aa. EWL2_NI = EWL1_NI
- ab. EWL2_NJ < EWL1_NJ
- ac. EWL2_NJ > EWL1_NJ
- ad. EWL2_NJ = EWL1_NJ

ae. EWL2_NK < EWL1_NK
af. EWL2_NK > EWL1_NK
ag. EWL2_NK = EWL1_NK
ah. EWL2_NL < EWL1_NL
ai. EWL2_NL > EWL1_NL
aj. EWL2_NL = EWL1_NL
ak. EWL2_NM < EWL1_NM
al. EWL2_NM > EWL1_NM
am. EWL2_NM = EWL1_NM
an. EWL2_NN < EWL1_NN
ao. EWL2_NN > EWL1_NN
ap. EWL2_NN = EWL1_NN
aq. EWL2_NO < EWL1_NO
ar. EWL2_NO > EWL1_NO
as. EWL2_NO = EWL1_NO
at. EWL2_N_LA < EWL1_N_LA
au. EWL2_N_LA > EWL1_N_LA
av. EWL2_N_LA = EWL1_N_LA
aw. EWL2_N_EI < EWL1_N_EI
ax. EWL2_N_EI > EWL1_N_EI
ay. EWL2_N_EI = EWL1_N_EI
az. EWL2_N_AW < EWL1_N_AW
ba. EWL2_N_AW > EWL1_N_AW
bb. EWL2_N_AW = EWL1_N_AW
bc. EWL2_N_AD < EWL1_N_AD
bd. EWL2_N_AD > EWL1_N_AD
be. EWL2_N_AD = EWL1_N_AD
bf. EWL2_N_EG < EWL1_N_EG
bg. EWL2_N_EG > EWL1_N_EG
bh. EWL2_N_EG = EWL1_N_EG
bi. EWL2_N_AG < EWL1_N_AG
bj. EWL2_N_AG > EWL1_N_AG
bk. EWL2_N_AG = EWL1_N_AG
bl. EWL2_N_POS < EWL1_N_POS
bm. EWL2_N_POS > EWL1_N_POS
bn. EWL2_N_POS = EWL1_N_POS
bo. EWL2_N_NEG < EWL1_N_NEG
bp. EWL2_N_NEG > EWL1_N_NEG
bq. EWL2_N_NEG = EWL1_N_NEG
br. BfS2_I < BfS1_I
bs. BfS2_I > BfS1_I
bt. BfS2_I = BfS1_I
bu. BfS2_II < BfS1_II
bv. BfS2_II > BfS1_II

bw. BfS2_II = BfS1_II
 bx. BfS2_III < BfS1_III
 by. BfS2_III > BfS1_III
 bz. BfS2_III = BfS1_III

Statistik für Test ^c

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
EWL2_NA - EWL1_NA	-4,017 ^a	,000
EWL2_NB - EWL1_NB	-3,819 ^a	,000
EWL2_NC - EWL1_NC	-4,108 ^b	,000
EWL2_ND - EWL1_ND	-4,042 ^b	,000
EWL2_NE - EWL1_NE	-3,279 ^b	,001
EWL2_NF - EWL1_NF	-2,619 ^a	,009
EWL2_NG - EWL1_NG	-3,834 ^b	,000
EWL2_NH - EWL1_NH	-3,781 ^a	,000
EWL2_NI - EWL1_NI	-4,329 ^a	,000
EWL2_NJ - EWL1_NJ	-4,499 ^b	,000
EWL2_NK - EWL1_NK	-3,832 ^b	,000
EWL2_NL - EWL1_NL	-2,013 ^b	,044
EWL2_NM - EWL1_NM	-4,152 ^b	,000
EWL2_NN - EWL1_NN	-4,377 ^b	,000
EWL2_NO - EWL1_NO	-2,450 ^b	,014
EWL2_N_LA - EWL1_N_LA	-4,167 ^a	,000
EWL2_N_EI - EWL1_N_EI	-3,762 ^a	,000
EWL2_N_AW - EWL1_N_AW	-4,280 ^a	,000
EWL2_N_AD - EWL1_N_AD	-4,217 ^b	,000
EWL2_N_EG - EWL1_N_EG	-4,305 ^b	,000
EWL2_N_AG - EWL1_N_AG	-4,618 ^b	,000
EWL2_N_POS - EWL1_N_POS	-4,293 ^a	,000
EWL2_N_NEG - EWL1_N_NEG	-4,623 ^b	,000
BfS2_I - BfS1_I	-3,633 ^a	,000

a. Basiert auf negativen Rängen.

b. Basiert auf positiven Rängen.

c. Wilcoxon-Test

Statistik für Test^c

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
BfS2_II - BfS1_II	-4,058 ^a	,000
BfS2_III - BfS1_III	-3,877 ^a	,000

a. Basiert auf negativen Rängen.

c. Wilcoxon-Test

```
SAVE OUTFILE='J:\Spieler_Christof\Daten6_kurz.sav'  
/COMPRESSED.
```


9.2.3 Spearman-Korrelationen der Prä-FPVP-Skalen mit den Differenzen der EWL-Skalen und der Bf-S-Faktoren

```

GET
  FILE='J:\Spieler_Christof\Daten6_kurz.sav'.
DATASET NAME DatenSet1 WINDOW=FRONT.
NONPAR CORR
  /VARIABLES=EWL21_NA EWL21_NB EWL21_NC EWL21_ND EWL21_NE EWL21_NF
  EWL21_NG EWL21_NH EWL21_NI EWL21_NJ EWL21_NK EWL21_NL EWL21_NM
  EWL21_NN EWL21_NO EWL21_N_LA EWL21_N_EI EWL21_N_AW EWL21_N_AD
  EWL21_N_EG EWL21_N_AG EWL21_N_NEG EWL21_N_POS
  BFS21_I BFS21_II BFS21_III with
  AB1 ZG1 RI1 DO1 PS1 NE1 KI1 SCH1 ID1 KN1 PA1 BE1
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.

```

Nichtparametrische Korrelationen

[DatenSet1] J:\Spieler_Christof\Daten6_kurz.sav

Korrelationen

			AB1	ZG1	RI1	DO1	PS1
Spearman-Rho	EWL21_NA	Korrelationskoeffizient	,343	-,068	,179	,640	,003
		Sig. (2-seitig)	,074	,727	,361	,000	,986
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_NB	Korrelationskoeffizient	,376	-,177	,024	,452	-,032
		Sig. (2-seitig)	,045	,350	,903	,012	,866
		N	29	30	29	30	30
	EWL21_NC	Korrelationskoeffizient	-,315	,127	-,232	-,669	-,298
		Sig. (2-seitig)	,102	,511	,235	,000	,117
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_ND	Korrelationskoeffizient	-,253	,148	-,332	-,525	-,437
		Sig. (2-seitig)	,186	,435	,078	,003	,016
		N	29	30	29	30	30
	EWL21_NE	Korrelationskoeffizient	-,352	,184	-,096	-,615	-,286
		Sig. (2-seitig)	,066	,340	,627	,000	,133
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_NF	Korrelationskoeffizient	,394	,023	,332	,214	-,118
		Sig. (2-seitig)	,038	,907	,084	,264	,543
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_NG	Korrelationskoeffizient	-,406	,122	-,258	-,422	-,015
		Sig. (2-seitig)	,029	,520	,176	,020	,938

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			NE1	KI1	SCH1	ID1	KN1
Spearman-Rho	EWL21_NA	Korrelationskoeffizient	,358	-,293	,074	,072	-,243
		Sig. (2-seitig)	,057	,123	,702	,714	,599
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_NB	Korrelationskoeffizient	,282	-,404	,193	,076	-,057
		Sig. (2-seitig)	,132	,027	,307	,694	,904
		N	30	30	30	29	7
	EWL21_NC	Korrelationskoeffizient	-,705	,311	-,310	-,113	,337
		Sig. (2-seitig)	,000	,100	,101	,569	,460
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_ND	Korrelationskoeffizient	-,559	,257	-,245	-,022	,208
		Sig. (2-seitig)	,001	,170	,191	,911	,655
		N	30	30	30	29	7
	EWL21_NE	Korrelationskoeffizient	-,620	,363	-,055	-,065	,563
		Sig. (2-seitig)	,000	,053	,779	,743	,188
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_NF	Korrelationskoeffizient	,132	-,091	,227	,181	-,347
		Sig. (2-seitig)	,496	,638	,237	,357	,446
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_NG	Korrelationskoeffizient	-,422	,225	-,322	-,304	,312
		Sig. (2-seitig)	,020	,233	,083	,109	,496

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			PA1	BE1
Spearman-Rho	EWL21_NA	Korrelationskoeffizient	,074	,198
		Sig. (2-seitig)	,721	,365
		N	26	23
	EWL21_NB	Korrelationskoeffizient	,061	,055
		Sig. (2-seitig)	,763	,798
		N	27	24
	EWL21_NC	Korrelationskoeffizient	,223	-,015
		Sig. (2-seitig)	,274	,946
		N	26	23
EWL21_ND	Korrelationskoeffizient	,358	,167	
	Sig. (2-seitig)	,067	,434	
	N	27	24	
EWL21_NE	Korrelationskoeffizient	,209	,149	
	Sig. (2-seitig)	,305	,498	
	N	26	23	
EWL21_NF	Korrelationskoeffizient	-,180	,205	
	Sig. (2-seitig)	,380	,348	
	N	26	23	
EWL21_NG	Korrelationskoeffizient	,184	,093	
	Sig. (2-seitig)	,359	,665	

Korrelationen

			AB1	ZG1	RI1	DO1	PS1
Spearman-Rho	EWL21_NG	N	29	30	29	30	30
	EWL21_NH	Korrelationskoeffizient	,605	-,308	,163	,616	,088
		Sig. (2-seitig)	,001	,098	,398	,000	,646
		N	29	30	29	30	30
	EWL21_NI	Korrelationskoeffizient	,405	-,225	,213	,632	,014
		Sig. (2-seitig)	,032	,241	,276	,000	,941
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_NJ	Korrelationskoeffizient	-,423	-,104	-,229	-,315	-,033
		Sig. (2-seitig)	,022	,584	,232	,090	,862
		N	29	30	29	30	30
	EWL21_NK	Korrelationskoeffizient	-,296	,152	,051	-,431	-,004
		Sig. (2-seitig)	,126	,430	,796	,020	,982
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_NL	Korrelationskoeffizient	-,160	-,067	-,267	-,191	-,110
		Sig. (2-seitig)	,406	,724	,162	,311	,563
		N	29	30	29	30	30
	EWL21_NM	Korrelationskoeffizient	-,425	,020	-,095	-,584	-,192
		Sig. (2-seitig)	,021	,917	,623	,001	,309
		N	29	30	29	30	30
	EWL21_NN	Korrelationskoeffizient	-,356	,209	-,100	-,709	-,200
	Sig. (2-seitig)	,063	,276	,611	,000	,298	
	N	28	29	28	29	29	
EWL21_NO	Korrelationskoeffizient	,023	-,232	,132	-,251	-,250	
	Sig. (2-seitig)	,910	,227	,505	,189	,191	
	N	28	29	28	29	29	
EWL21_N_LA	Korrelationskoeffizient	,352	-,111	,108	,623	-,016	
	Sig. (2-seitig)	,066	,565	,585	,000	,933	
	N	28	29	28	29	29	
EWL21_N_EI	Korrelationskoeffizient	,458	-,080	,295	,346	-,133	
	Sig. (2-seitig)	,014	,679	,128	,066	,492	
	N	28	29	28	29	29	
EWL21_N_AW	Korrelationskoeffizient	,525	-,258	,198	,708	,048	
	Sig. (2-seitig)	,004	,177	,312	,000	,803	
	N	28	29	28	29	29	
EWL21_N_AD	Korrelationskoeffizient	-,324	,147	-,262	-,668	-,378	
	Sig. (2-seitig)	,092	,445	,178	,000	,043	

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			NE1	KI1	SCH1	ID1	KN1
Spearman-Rho	EWL21_NG	N	30	30	30	29	7
	EWL21_NH	Korrelationskoeffizient	,438	-,317	,064	-,057	,019
		Sig. (2-seitig)	,016	,087	,737	,769	,968
		N	30	30	30	29	7
	EWL21_NI	Korrelationskoeffizient	,406	-,435	,155	,122	-,056
		Sig. (2-seitig)	,029	,018	,422	,535	,905
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_NJ	Korrelationskoeffizient	-,102	,124	-,156	-,126	-,170
		Sig. (2-seitig)	,592	,514	,409	,514	,716
		N	30	30	30	29	7
	EWL21_NK	Korrelationskoeffizient	-,210	,184	-,187	-,011	-,137
		Sig. (2-seitig)	,275	,340	,331	,954	,769
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_NL	Korrelationskoeffizient	-,143	-,005	-,399	-,096	,330
		Sig. (2-seitig)	,452	,978	,029	,620	,470
		N	30	30	30	29	7
	EWL21_NM	Korrelationskoeffizient	-,391	,289	-,097	,042	,000
		Sig. (2-seitig)	,033	,122	,609	,830	1,000
		N	30	30	30	29	7
	EWL21_NN	Korrelationskoeffizient	-,641	,351	-,057	-,004	,208
		Sig. (2-seitig)	,000	,062	,770	,982	,655
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_NO	Korrelationskoeffizient	-,232	-,227	,057	-,145	-,048
		Sig. (2-seitig)	,225	,236	,770	,462	,919
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_LA	Korrelationskoeffizient	,362	-,323	,120	,041	-,283
		Sig. (2-seitig)	,054	,088	,536	,835	,538
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_EI	Korrelationskoeffizient	,286	-,225	,287	,255	-,318
		Sig. (2-seitig)	,132	,241	,132	,190	,487
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_AW	Korrelationskoeffizient	,497	-,427	,162	,036	-,019
		Sig. (2-seitig)	,006	,021	,401	,856	,968
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_AD	Korrelationskoeffizient	-,686	,303	-,283	-,098	,472
		Sig. (2-seitig)	,000	,110	,136	,620	,285

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			PA1	BE1
Spearman-Rho	EWL21_NG	N	27	24
	EWL21_NH	Korrelationskoeffizient	-,162	,064
		Sig. (2-seitig)	,418	,765
		N	27	24
	EWL21_NI	Korrelationskoeffizient	-,091	,122
		Sig. (2-seitig)	,660	,579
		N	26	23
	EWL21_NJ	Korrelationskoeffizient	,026	-,084
		Sig. (2-seitig)	,898	,696
		N	27	24
	EWL21_NK	Korrelationskoeffizient	,030	,190
		Sig. (2-seitig)	,885	,386
		N	26	23
	EWL21_NL	Korrelationskoeffizient	,213	,110
		Sig. (2-seitig)	,287	,607
		N	27	24
	EWL21_NM	Korrelationskoeffizient	-,027	-,026
		Sig. (2-seitig)	,892	,903
	N	27	24	
EWL21_NN	Korrelationskoeffizient	,141	-,060	
	Sig. (2-seitig)	,491	,787	
	N	26	23	
EWL21_NO	Korrelationskoeffizient	-,292	,275	
	Sig. (2-seitig)	,148	,203	
	N	26	23	
EWL21_N_LA	Korrelationskoeffizient	,101	,168	
	Sig. (2-seitig)	,625	,444	
	N	26	23	
EWL21_N_EI	Korrelationskoeffizient	-,192	,086	
	Sig. (2-seitig)	,346	,698	
	N	26	23	
EWL21_N_AW	Korrelationskoeffizient	-,131	,129	
	Sig. (2-seitig)	,524	,556	
	N	26	23	
EWL21_N_AD	Korrelationskoeffizient	,267	,064	
	Sig. (2-seitig)	,187	,772	

Korrelationen

			AB1	ZG1	RI1	DO1	PS1
Spearman-Rho	EWL21_N_AD	N	28	29	28	29	29
	EWL21_N_EG	Korrelationskoeffizient	-,394	,073	-,099	-,445	-,010
		Sig. (2-seitig)	,038	,707	,616	,016	,958
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_N_AG	Korrelationskoeffizient	-,326	,081	-,049	-,696	-,259
		Sig. (2-seitig)	,091	,677	,803	,000	,174
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_N_NEG	Korrelationskoeffizient	-,401	,140	-,109	-,706	-,254
		Sig. (2-seitig)	,034	,468	,581	,000	,184
		N	28	29	28	29	29
	EWL21_N_POS	Korrelationskoeffizient	,444	-,171	,203	,653	-,002
		Sig. (2-seitig)	,018	,376	,301	,000	,991
		N	28	29	28	29	29
	BfS21_I	Korrelationskoeffizient	,202	-,215	,172	,631	,105
		Sig. (2-seitig)	,343	,302	,422	,001	,617
		N	24	25	24	25	25
	BfS21_II	Korrelationskoeffizient	,492	-,219	,073	,615	,069
		Sig. (2-seitig)	,015	,293	,733	,001	,742
		N	24	25	24	25	25
	BfS21_III	Korrelationskoeffizient	,409	-,008	,070	,665	,125
		Sig. (2-seitig)	,047	,968	,747	,000	,552
	N	24	25	24	25	25	

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			NE1	KI1	SCH1	ID1	KN1
Spearman-Rho	EWL21_N_AD	N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_EG	Korrelationskoeffizient	-,211	,250	-,250	-,132	-,094
		Sig. (2-seitig)	,273	,192	,191	,502	,842
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_AG	Korrelationskoeffizient	-,589	,249	-,049	-,030	-,019
		Sig. (2-seitig)	,001	,194	,801	,880	,968
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_NEG	Korrelationskoeffizient	-,626	,293	-,216	-,078	,318
		Sig. (2-seitig)	,000	,123	,260	,693	,487
		N	29	29	29	28	7
	EWL21_N_POS	Korrelationskoeffizient	,389	-,386	,180	,113	-,056
		Sig. (2-seitig)	,037	,038	,350	,569	,905
		N	29	29	29	28	7
	BfS21_I	Korrelationskoeffizient	,507	-,463	,168	,130	-,265
		Sig. (2-seitig)	,010	,020	,422	,545	,612
		N	25	25	25	24	6
	BfS21_II	Korrelationskoeffizient	,441	-,334	,251	,016	-,088
		Sig. (2-seitig)	,028	,103	,227	,939	,868
		N	25	25	25	24	6
	BfS21_III	Korrelationskoeffizient	,388	-,166	,326	-,015	,000
		Sig. (2-seitig)	,055	,427	,111	,946	1,000
	N	25	25	25	24	6	

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			PA1	BE1
Spearman-Rho	EWL21_N_AD	N	26	23
	EWL21_N_EG	Korrelationskoeffizient	,031	-,017
		Sig. (2-seitig)	,879	,937
		N	26	23
	EWL21_N_AG	Korrelationskoeffizient	,001	,040
		Sig. (2-seitig)	,997	,855
		N	26	23
	EWL21_N_NEG	Korrelationskoeffizient	,126	,082
		Sig. (2-seitig)	,540	,711
		N	26	23
EWL21_N_POS	Korrelationskoeffizient	-,035	,170	
	Sig. (2-seitig)	,866	,437	
	N	26	23	
BfS21_I	Korrelationskoeffizient	-,154	,072	
	Sig. (2-seitig)	,484	,764	
	N	23	20	
BfS21_II	Korrelationskoeffizient	-,077	,014	
	Sig. (2-seitig)	,726	,954	
	N	23	20	
BfS21_III	Korrelationskoeffizient	-,034	,032	
	Sig. (2-seitig)	,876	,895	
	N	23	20	

9.2.4 Korrelationen der Prä-Werte der biographischen FPVP-Skalen mit den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen

```
GET
  FILE='J:\Spieler_Christoph\Daten4_kurz.sav'.
DATASET NAME DatenSet1 WINDOW=FRONT.
COMPUTE AB21=AB2 - AB1.
COMPUTE BE21=BE2 - BE1.
COMPUTE DO21=DO2 - DO1.
COMPUTE ID21=ID2 - ID1.
COMPUTE NE21=NE2 - NE1.
COMPUTE PA21=PA2 - PA1.
COMPUTE RI21=RI2 - RI1.
COMPUTE ZG21=ZG2 - ZG1.
EXECUTE.

SAVE OUTFILE='J:\Spieler_Christoph\Daten5_kurz.sav'
  /COMPRESSED.
NONPAR CORR
  /VARIABLES=AB21 BE21 DO21 ID21 NE21 PA21 RI21 ZG21
  with KI1 PS1 SCH1
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Nichtparametrische Korrelationen

```
[DatenSet1] J:\Spieler_Christoph\Daten5_kurz.sav
```

Korrelationen

			KI1	PS1	SCH1
Spearman-Rho	AB21	Korrelationskoeffizient	-,283	-,030	-,088
		Sig. (2-seitig)	,081	,848	,593
		N	39	43	39
	BE21	Korrelationskoeffizient	,288	,207	,325
		Sig. (2-seitig)	,123	,273	,080
		N	30	30	30
	DO21	Korrelationskoeffizient	,218	-,297*	-,181
		Sig. (2-seitig)	,171	,048	,257
		N	41	45	41
	ID21	Korrelationskoeffizient	,304	-,102	,016
		Sig. (2-seitig)	,064	,544	,923
		N	38	38	38
	NE21	Korrelationskoeffizient	,105	-,235	-,200
		Sig. (2-seitig)	,514	,120	,209
		N	41	45	41
	PA21	Korrelationskoeffizient	-,253	,023	,016
		Sig. (2-seitig)	,204	,909	,936
		N	27	27	27
	RI21	Korrelationskoeffizient	-,254	,243	,008
		Sig. (2-seitig)	,114	,111	,963
		N	40	44	40
	ZG21	Korrelationskoeffizient	-,325	,268	,514**
		Sig. (2-seitig)	,041	,078	,001
		N	40	44	40

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

9.2.5 Korrelationen der Prä-Werte von EI, F und G mit den Differenzen der EWL- und Bf-S-Faktoren sowie den Differenzen der FPVP-Persönlichkeitsskalen

```

GET
  FILE='J:\Spieler_Christof\Daten6_kurz.sav'.
DATASET NAME DatenSet1 WINDOW=FRONT.
NONPAR CORR
  /VARIABLES=EWL21_N_LA EWL21_N_AW EWL21_N_AD EWL21_N_EG EWL21_N_AG
  BfS21_I BfS21_II BfS21_III AB21 BE21 DO21 ID21 NE21 PA21 RI21 ZG21
  with EWL1_N_EI EWL1_NF EWL1_NG
  /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.

```

Nichtparametrische Korrelationen

[DatenSet1] J:\Spieler_Christof\Daten6_kurz.sav

Korrelationen

			EWL1_N_EI	EWL1_NF	EWL1_NG
Spearman-Rho	EWL21_N_LA	Korrelationskoeffizient	-,411	-,288	,436
		Sig. (2-seitig)	,027	,129	,018
		N	29	29	29
	EWL21_N_AW	Korrelationskoeffizient	-,502**	-,386*	,509**
		Sig. (2-seitig)	,006	,039	,005
		N	29	29	29
	EWL21_N_AD	Korrelationskoeffizient	,658**	,479**	-,735**
		Sig. (2-seitig)	,000	,009	,000
		N	29	29	29
	EWL21_N_EG	Korrelationskoeffizient	,502**	,412*	-,512**
		Sig. (2-seitig)	,006	,026	,005
		N	29	29	29
	EWL21_N_AG	Korrelationskoeffizient	,492**	,309*	-,640**
		Sig. (2-seitig)	,007	,102	,000
		N	29	29	29
	BfS21_I	Korrelationskoeffizient	-,610**	-,550**	,610**
		Sig. (2-seitig)	,001	,004	,001

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**.. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Korrelationen

			EWL1_N_EI	EWL1_NF	EWL1_NG
Spearman-Rho	BfS21_I	N	25	25	25
	BfS21_II	Korrelationskoeffizient	-,486*	-,449*	,471*
		Sig. (2-seitig)	,014	,024	,018
		N	25	25	25
	BfS21_III	Korrelationskoeffizient	-,605**	-,558**	,541**
		Sig. (2-seitig)	,001	,004	,005
		N	25	25	25
AB21		Korrelationskoeffizient	-,067	-,048	-,019
		Sig. (2-seitig)	,726	,799	,922
		N	30	30	30
BE21		Korrelationskoeffizient	-,085	-,087	,196
		Sig. (2-seitig)	,700	,692	,370
		N	23	23	23
DO21		Korrelationskoeffizient	,178	,199	-,148
		Sig. (2-seitig)	,338	,282	,428
		N	31	31	31
ID21		Korrelationskoeffizient	,023	,003	-,113
		Sig. (2-seitig)	,904	,986	,552
		N	30	30	30
NE21		Korrelationskoeffizient	,142	,124	-,245
		Sig. (2-seitig)	,447	,508	,184
		N	31	31	31
PA21		Korrelationskoeffizient	-,169	-,039	,204
		Sig. (2-seitig)	,452	,862	,363
		N	22	22	22
RI21		Korrelationskoeffizient	,018	,047	,007
		Sig. (2-seitig)	,924	,804	,969
		N	30	30	30
ZG21		Korrelationskoeffizient	-,269	-,293	,265
		Sig. (2-seitig)	,144	,110	,150
		N	31	31	31

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

10 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Karl-Ernst Bühler für die Überlassung des interessanten Themas und die Betreuung während der Anfertigung dieser Dissertationsschrift.

Ebenso bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Faller für die Übernahme des Korreferates.

Herrn Alois Spahn vom Rechenzentrum der Universität Würzburg sei für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Patientendaten gedankt.

Schließlich möchte ich mich von Herzen bei meinen Eltern und meinem Bruder bedanken. Während meines gesamten Studiums haben sie mich zu jeder Zeit motiviert, gestützt und getragen.

Ohne sie wäre weder diese Arbeit noch mein Studium der Zahnheilkunde möglich gewesen.

11 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Christof Spieler
Geburtsdatum	21. Juli 1984
Geburtsort	Bad Windsheim
Familienstand	ledig
Eltern	Werner Spieler, Architekt Irmgard Spieler, geb. Schemm

Schulbildung

09/91 – 07/95	Grundschule I Bad Windsheim
09/95 – 06/04	Georg-Wilhelm-Steller-Gymnasium Bad Windsheim
06/04	Allgemeine Hochschulreife (1,2)

Zivildienst

07/04 – 03/05	Zivildienst in der Kiliani-Klinik Bad Windsheim
---------------	---

Hochschulausbildung

04/05 – 06/10	Studium der Zahnheilkunde an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
04/06	Naturwissenschaftliche Vorprüfung („gut“)
10/07	Zahnärztliche Vorprüfung („gut“)
06/10	Zahnärztliche Prüfung („sehr gut“)
07/10	Approbation als Zahnarzt

Famulaturen

08/06	Zahnarztpraxis am Neumühlenweg Bad Windsheim
09/08	Helios-Klinikum Erfurt (MKG-Chirurgie)
03/09 – 04/09	Mawenzi Regional Hospital Moshi, Tansania
08/09	Helios-Klinikum Erfurt (MKG-Chirurgie)

Berufliche Tätigkeit

seit 07/10	Assistenz Zahnarzt Zahnarztpraxis Dr. Wolfgang Henke Zellingen
------------	---