

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
1.1 Die Depression.....	6
1.1.1 Historische Entwicklung.....	7
1.1.2 Modelle der Depressionsgenese	13
1.1.2.1 Psychoanalytische Theorie der Depression	13
1.1.2.2 Kognitive Theorien der Depression	16
1.1.2.2.1 Kognitives Depressionsmodell nach Beck	16
1.1.2.2.2 Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman.....	18
1.1.2.2.3 Andere kognitive Depressionsmodelle.....	21
1.1.2.3 Kritische Lebensereignisse (“life-events“)	23
1.1.2.4 Der genetische Einfluss.....	24
1.1.2.5 Depression und Persönlichkeit.....	25
2. Material und Methoden	29
2.1 Das Testmaterial	29
2.1.1 Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) nach Murray.....	29
2.1.1.1 Vorgeschichte und Entstehung des TATs	30
2.1.1.2 Beschreibung des TATs.....	33
2.1.1.3 Theoretische Grundlagen zum TAT	34
2.1.1.4 Verwendungszweck des TATs	35
2.1.1.5 Der tiefenpsychologische Aspekt des TATs.....	36
2.1.1.6 Das Bildmaterial	37
2.1.1.6.1 Beschreibung der Bildtafeln.....	37
2.1.1.7 Auswertung des TATs.....	39
2.1.2 Der Eysenck-Persönlichkeitsfragebogen (EPI).....	42
2.1.3 Der Biografische Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA-AL)	
.....	47
2.2 Die Stichproben.....	49
2.3 Durchführung.....	51
3. Ergebnisse	52
3.1 TAT	52
3.1.1 Vergleich zwischen der Anzahl der Sätze der Tafeln 1-10	
zwischen Patienten und gesunden Probanden.....	52
3.1.2 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden in	
Bezug auf die prozentuale Aktivität in den Bildtafeln des TATs.....	54
3.1.3 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Proband in Bezug	
auf die prozentuale Passivität pro Bildtafel des TATs.....	56
3.1.4 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden in	
Bezug auf die negativen Gedanken.....	58
3.1.5 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden in	
Bezug auf die positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln	60

3.2 Vergleich des Biografischen Tests für Alkoholiker zwischen Patienten und gesunden Probanden	62
3.3 Vergleich des EPIs zwischen Patienten und gesunden Probanden	63
3.4 2-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test	64
3.5 1-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test	66
3.6 2-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen des BIFAs und EPIs nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test.....	68
3.7 1-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen des BIFAs und EPIs nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test:.....	70
3.8 Vergleich der Anzahl der Sätze mit Alter, Schulbildung und Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten.....	72
3.9 Vergleich der prozentualen Aktivität der einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht	74
3.10 Vergleich der prozentualen Passivität der einzelnen Bildtafeln des TATs beider Vergleichsgruppen mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	76
3.11 Vergleich der prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs aller Versuchspersonen mit dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	78
3.12 Vergleich des Zusammenhangs der prozentualen positiven Gedanken der einzelnen Bildtafeln des TATs aller Versuchspersonen mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht	80
3.13 Vergleich der Skalen des BIFAs und EPIs aller Versuchspersonen mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten	82
3.14 Vergleich der Anzahl der Sätze des TATs in Korrelation zum Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten untereinander nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	84
3.15 Vergleich der Prozentualen Aktivität in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten untereinander nach dem Spearman Correlation Coeffizienten:.....	86
3.16 Vergleich der prozentualen Passivität der Patienten in den einzelnen Bildtafeln in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten.....	88
3.17 Vergleich der prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht in der Vergleichsgruppe der Patienten nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	90
3.18 Vergleich der prozentualen positiven Gedanken der Patienten in den einzelnen Tafeln in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten.....	92

3.19 Vergleich der beiden Testformen BIFA und EPI in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	94
3.20 Vergleich der Anzahl der Sätze der einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	95
3.21 Vergleich der prozentualen Aktivität in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten.	97
3.22 Vergleich der prozentualen Passivität in den einzelnen Tafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten.	99
3.23 Vergleich der prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	101
3.24 Vergleich der prozentualen positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	103
3.25 Vergleich der Skalen des BIFAs und EPIs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten	105
4. Diskussion	106
4.1 Der Thematische Apperzeptionstest (TAT)	106
4.1.1 Die Anzahl der Sätze	106
4.1.2 Die prozentuale Aktivität	108
4.1.3 Die prozentuale Passivität	108
4.1.4 Die prozentualen negativen Gedanken.....	109
4.1.5 Die prozentualen positiven Gedanken.....	110
4.1.6 Die zweiseitige und einseitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für die Skalen des TATs	110
4.1.7 Der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Fantasiegeschichten des TATs	111
4.1.8 Die Ergebnisse des TATs im Überblick	115
4.2 Die Persönlichkeitsfragebögen Eysenck Personality Inventory (EPI) und der Biografische Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA)	118
4.2.1 Die zweiseitige und einseitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für die Skalen des EPIs	122
4.2.1.1 Der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Skalen des EPIs	122
4.2.2 Die zweiseitige und einseitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für die Skalen des BIFAs	123

4.2.2.1 Der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Skalen des BIFAs	124
Zusammenfassung	126
Literaturverzeichnis.....	130
Anhang	146
Die zehn verwendeten Bildtafeln des TATs.....	146
Abkürzungen	149
Danksagung	151

1. Einleitung

Persönlichkeitsunterschiede von depressiven und gesunden Probanden hinsichtlich dem Thematischen Apperzeptionstest, dem Eysenck-Persönlichkeits-Inventar und dem Biografischen Fragebogen für Alkoholabhängige

Das Anliegen und Ziel dieser klinischen Studie ist den Unterschied zwischen einer Stichprobe von Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz, mit der Hauptdiagnose der Depression, mit einer Stichprobe gesunder Probanden durch drei verschiedene Fragebögen bzw. Tests (Eysenck-Personality-Inventory (EPI); Thematic-Apperception-Test (TAT); Biografischer-Fragebogen-für-Alkoholabhängige (BIFA-AL)) hervorzuheben. Die Untersuchung legt auf Grund der Auswahl der Fragebögen bzw. Tests den Schwerpunkt in der Herausarbeitung der unterschiedlichen Persönlichkeiten und Biografien zwischen depressiven Patienten und gesunden Probanden. Die Patienten befanden sich zwischen dem Zeitraum von 1996-1998 in der Behandlung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg mit der Erkrankung an einer mittelgradigen depressiven Episode.

Zu Beginn einer Behandlung wurden die obengenannten Fragebögen bzw. Tests dem Patienten nacheinander vorgelegt. Bevor es zu einer Beantwortung der Fragebögen bzw. Durchführung des Tests kam, wurden der EPI, BIFA und der TAT genau erklärt und offen gebliebene Fragen beantwortet. Voraussetzung für die Auswahl der gesunden Probanden war der Versuch einer Parallelisierung der beiden Stichproben. Jedem Patienten wurde ein entsprechender gesunder Proband zugeordnet. Eine weitere Voraussetzung für die Auswahl der gesunden Probanden war, dass der Proband sich in seinem bisherigen Leben in keiner psychiatrischen bzw. psychologischen Behandlung befand und an keiner psychischen Störung litt.

Die gesunden Probanden mussten folgende Bedingungen erfüllen um eine Parallelisierung zu gewährleisten:

1. das Geschlecht musste mit dem entsprechenden Patienten übereinstimmen
2. das Alter durfte nur bis zu drei Jahren von dem Alter des entsprechenden Patienten abweichen
3. die Schulausbildung bzw. der ausgeübte Beruf musste mit der Schulausbildung oder dem Beruf des entsprechenden Patienten übereinstimmen.

Zu der vorgegebenen Stichprobe von Patienten musste eine entsprechende Stichprobe von gesunden Probanden gesucht werden. Dem zu Folge mussten die entsprechenden Probanden aus den gleichen sozialen Schichten stammen.

1.1 Die Depression

Die Depression¹ ist eine sehr häufig gestellte Diagnose in der Psychiatrie. In einer Studie von 1974 wurde festgestellt, dass 5 % der Männer und 10 % der Frauen wenigstens einmal in ihrem Leben eine Depression haben. Die Depression² ist eine Erkrankung, die häufig mit anderen psychischen Problemen und mit körperlichen Erkrankungen verbunden ist und selten alleine auftritt. Auch die Ursachen der Depression sind sehr vielfältig und auf den ersten Blick nicht sofort erkennbar. Viele Faktoren sind bei der Entstehung einer Depression zu berücksichtigen.

¹ Woodruff, Goodwin, Guze, 1974

² Davison, Neale, 1998

1.1.1 Historische Entwicklung

Die Depression³ gehört zu den affektiven Erkrankungen. Die Einteilung und die Begriffsbestimmung affektiver Störungen sowie die Definition der Depression wechselten im Laufe der Zeit erheblich. Das Phänomen der affektiven Erkrankungen wurde schon in der Antike beschrieben. Hippokrates beschrieb im 4. Jahrhundert v. Chr. die affektive Erkrankung als Melancholie und Manie. Seiner Ansicht nach entstand diese seelische Erkrankung durch humorale Störungen der schwarzen Galle (griechisch : mélaina choláe) und gelben Galle. Jules Falret definierte Mitte des 19. Jahrhunderts den Terminus „folie circulaire“, durch den ausgedrückt werden sollte, dass Patienten zwischen depressiven und gehobenen Stimmungslagen „zyklisieren“ können. 1880 wurde der Begriff der Zyklothymie von Kahlbaum eingeführt. Er wollte mit diesem Begriff verdeutlichen, dass die Melancholie und die Manie ein Krankheitsbild darstellen. Nach seiner Auffassung verkörpern die Manie und Melancholie nur unterschiedliche Zustände innerhalb diesem Krankheitsbild. Ende des 19. Jahrhunderts führte Kraepelin⁴ den Begriff des „manisch-depressiven Irreseins“ ein. Damit wollte er deutlich machen, dass auch die unipolaren Depressionen unter diese Krankheitseinheit fallen.

Im Verlaufe der Zeit wurden die obengenannten Erkrankungen unter dem Begriff der affektiven Psychosen zusammengefasst. Die affektiven Psychosen wurden von den schizophrenen Psychosen abgegrenzt. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal war, dass die affektiven Psychosen nach Abklingen der einzelnen Phasen ad integrum ausheilen. Die Schizophrenie und die affektiven Erkrankungen wurden als „endogene Psychosen“ bezeichnet, d.h. Psychosen, die nicht von außen verursacht werden. Endogene Psychose⁵ meint, dass weder psychische noch körperliche Ursachen der Erkrankung nachgewiesen werden können. Es lassen sich auch keine nachvollziehbaren äußeren Stressbedingungen erkennen.

³ Berger, Stieglitz, 1999

⁴ Kraepelin, 1913

⁵ Haring, 1989, S. 89-90; Kiker, Freyberger, Rose, Wulff, 1987

Der Begriff der Neurose, fand in der deutschen Psychiatrie nur langsam Einzug. In den 60er Jahren wurde durch Familien- und Verlaufsstudien deutlich, dass man unipolare Erkrankungen von bipolaren Erkrankungen abgrenzen muss. Als unipolare endogene Depressionen oder Melancholie wurden ausschließlich depressive Erkrankungen bezeichnet. Der Begriff der Depression und der Melancholie wurden zu diesem Zeitpunkt weiterhin im deutschen Sprachraum mit dem Begriff Psychose gleichgesetzt. Im Gegensatz zu dieser Einteilung kam man im angloamerikanischen Sprachraum zu der Entscheidung nur dann von psychotischen Depressionen zu sprechen wenn diese mit dem Verlust zur Realität, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen einhergehen. Auch der Begriff der Zykllothymie wurde im angloamerikanischen Sprachraum neu definiert. Als Zykllothymie wurde ein chronisches leichteres Krankheitsbild bezeichnet, bei dem sowohl die depressiven als auch die gehobenen Stimmungsphasen nicht das Vollbild der Depression bzw. Manie erreicht. Im deutschen Sprachraum setzte man dagegen den Begriff der Zykllothymie gleich mit dem Begriff der bipolaren affektiven Erkrankungen. Im Verlauf⁶ der 60er Jahre wurde auch immer mehr der Begriff der neurotischen Depression verwendet. Die Betonung lag aber in einer Unterscheidung zwischen der endogenen Depression und neurotischen Depression. Durch verschiedene Untersuchungen wurde deutlich, dass der Unterschied durch folgende Punkte festgelegt werden konnte:

1. die Vererbung
2. der Verlauf der beiden Krankheiten
3. die unterschiedlichen Therapierbarkeiten
4. die Ätiopathogenese

Der Begriff der neurotischen Depression wurde in der heutigen Zeit in DSM-IV (vierte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen) durch den Begriff der „dysthymen Störung“ und im ICD-10 (International Classification of Diseases, gegenwärtiges System

⁶ Berger, Stieglitz, 1999, S. 484-485

der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) durch die Dysthymia ersetzt, worauf später noch genauer eingegangen wird.

Eine kurze Definition zu dem Begriff der Neurosen:

Als Neurosen⁷ werden krankhafte Störungen der Erlebnisverarbeitung bezeichnet:

aus psychoanalytischer Sicht:

Fehlentwicklung/ -haltung mit Symptomcharakter durch Reaktivierung in Adoleszenz/ jungem Erwachsenenalter von ätiologisch und pathogenetisch bis in die Kindheit zurückreichenden, unbewussten, nicht gelösten infantilen Konflikten

aus lerntheoretischer Sicht:

Erlerntes Fehlverhalten

Die Depression besitzt eine große Heterogenität, die vor allem durch das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen Symptomen und Intensitätsunterschieden dieser Symptome entsteht. Die Depression⁸ ist die Störung, für welche die meisten konkurrierenden Definitionen, Klassifikationen und Operationalisierungen entwickelt wurden.⁹ Die beiden am weitesten verbreiteten Einteilungen und Typisierung stellen die Definitionen depressiver Störungen der vierten Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV, 1994; deutsch 1998) und des International classification of diseases (ICD-10, 1993; deutsch 1994)¹⁰ der World Health Organisation (WHO) dar. Diese beiden Diagnoseschlüssel dienen der Klassifikation und Deskription von Erkrankungen, so dass sie auch auf internationaler Ebene diskutierbar werden. Eine der ersten diagnostischen Unterscheidungen, die auch in diesen beiden Klassifikationen beibehalten wurden, sind die

⁷ Dilling, Reimer, 1995, S. 135

⁸ Helmchen, Henn, Lauter, Sartorius, Schizophrenie und affektive Störungen, 2000, S. 287-290

⁹ Philipp et al., 1991 ; Linden 1979

¹⁰ Dilling et al. 1991, 1994

Unterteilung in unipolare und bipolare affektive Störungen. Zu¹¹ der unipolaren Störung werden auch die major Depression des DSM-IV und die depressive Episode des ICD-10 sowie die Dysthyme Störung bei beiden Systemen gezählt, auf die später noch genauer eingegangen wird. Die unipolare affektive Störung liegt vor, wenn depressive Symptome ohne manische oder hypomanische Zustände vorkommen. Als Manie bezeichnet man eine abnorme Steigerung des Aktivitätsniveaus, des Selbstwertgefühls und der Stimmung. Die Manie kann man als Gegenteil der Depression bezeichnen. Als bipolare Störung wird das abwechselnde Auftreten von depressiven und manischen bzw. hypomanischen Phasen bezeichnet. Halluzinationen und Wahnvorstellung als psychotische Symptome, können häufig ebenfalls mit bipolaren Störungen vergesellschaftet sein. Die bipolare Störungen sind häufig chronische Probleme. Zu dem ICD-10 und dem DSM-IV ist zu sagen, dass sie nicht mehr den klassischen Begriff der endogenen Depression wie er z.B. von Weitbrecht (1972)¹² vertreten wurde verwenden, sondern sie gehen von breiter gefassten Hauptsyndromen aus. Beim DSM-IV wird der Begriff der Major Depression verwendet, beim ICD-10 spricht man von depressiven Episoden (Tabelle 1).

¹¹ Hammen, 1999, S.14-28

¹² Weitbrecht, 1972

Tabelle 1: Depressionskriterien nach DSM-IV und ICD-10

Depressionskriterien nach DSM-IV Episode einer Major Depression	Depressionskriterien nach ICD-10¹³ Depressive Episode
Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode; mindestens eines der Symptome ist entweder depressive Verstimmung oder Verlust an Interesse oder Freude.	A Die Symptome müssen mindestens zwei Wochen lang bestehen; in der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug waren, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode zu erfüllen.
a) depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages	B a) depressive Stimmung die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, unbeeinflusst von den Umständen
b) deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages	b) Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
c) deutlich Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen	c) verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
d) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen	C a) Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls
e) psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen	b) unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle
f) Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen	c) wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid
g) Gefühl von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle an fast allen Tagen	d) vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
h) verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen	e) psychomotorisch Agitiertheit oder Hemmung
i) wiederkehrende Gedanken an den Tod	f) Schlafstörung jeder Art g) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit

¹³ Tabellen übernommen von Hammen, 1999, S.16-17

Anmerkung zu der depressiven Episode des ICD-10:

Folgende Schweregradeinteilung ist vorgesehen:

Leichte (mindestens vier Symptome, davon mindestens jeweils zwei der unter B und C genannten Symptome)

Mittelgradige (mindestens sechs Symptome, davon mindestens zwei der unter B plus drei oder vier der unter C genannten Symptome)

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (mindestens neun Symptome, davon alle drei unter B und mindestens vier der unter C genannten Symptome – keine Halluzinationen, Wahn oder depressiver Stupor).

Von¹⁴ diesen Hauptsyndromen werden wieder einzelne Subgruppen unterschieden. Diese Unterscheidung kommt dadurch zustande, dass man z.B. die psychopathologische Symptomatik sowie den Verlauf der Erkrankung betrachtet, und je nach Schweregrad die einzelnen Symptome zusammenfasst und einer Subgruppe unterordnet. Der Vorläufer des ICD-10, der ICD-9, verwendete noch den klassischen Begriff der endogenen Depression. Durch die Verwendung des Begriffs der „depressiven Episode“ näherte sich der ICD-10 an den DSM-IV an. Die depressive Episode und die Major Depression umfassen dabei den gleichen Symptomenkomplex. Der DSM-IV berücksichtigt in seiner Einteilung vor allem die Schwere der Störung und den Verlauf, d.h. von voll Remission bis zu einem chronischen Verlauf, sowie das Auftreten melancholischer, katatonen und atypischer Merkmale. Der ICD-10 unterteilt dagegen vor allem unter der Schwere und dem Bestehen somatischer oder psychotischer Symptome sowie nach dem Wiederkehren bzw. Dauer der Erkrankung. Nicht nur die Einteilung in eine Major Depression und in eine depressive Episode wird von beiden Systemen vorgenommen, sondern es gibt noch die Hauptunterteilung in eine „Dysthyme Störung“ bei beiden Systemen. Auch bei der Definition der Dysthymen Störung gibt es bei beiden Klassifikationssystemen große Übereinstimmungen.

¹⁴ siehe Hammen, 1999, S. 14-28

In den Vorläufern des DSM-IV und des ICD-10, dem DSM-III und ICD- 9, war noch der Begriff der neurotischen Depression aufgeführt, der durch den Begriff der dysthymen Störung bzw. Dysthymia ersetzt wurde. Als Dysthymia bezeichnet man Störungen, die mindestens zwei Jahre lang ständig oder höchstens unterbrochen von depressionsfreien Phasen, die nicht länger als zwei Monate dauern, anhalten. Bei der Dysthymia sind die Symptome schwächer ausgeprägt dafür aber chronisch. Es kommt zu erheblichen Einschränkungen im Leben des Betroffenen. Daraus entwickelt sich ein Leidensdruck, der in der Therapie und Diagnostik zu berücksichtigen ist. Die letzte Unterteilung ist die in „Nicht Näher Bezeichnete Depressive Störungen“, worunter kürzere und leichtere depressive Störungen fallen wie z.B. die saisonale Depression oder die prämenstruelle Depression. Beide Systeme¹⁵ haben sich zum Ziel gemacht möglichst deskriptiv und atheoretisch zu bleiben. Sie versuchen in ihrer Unterscheidung nicht nach genetischen, ätiologischen oder therapeutischen Kriterien zu gehen, sondern die Unterscheidung allein durch den Symptomenkomplex der einzelnen Patienten zu treffen. Der ICD-10 und DSM-IV sind zwei Klassifikationssysteme, die sich in ihrer Einteilung auf den Symptomenkomplex der einzelnen Patienten stützen. Die Depressionsgenese sowie andere Faktoren werden dabei nicht berücksichtigt. Zu den psychologischen Theorien der affektiven Störungen gehören einmal die psychoanalytische Theorie der Depression und die kognitive Theorie der Depression.

1.1.2 Modelle der Depressionsgenese

1.1.2.1 Psychoanalytische Theorie der Depression

Es gibt¹⁶ viele verschiedene psychoanalytische Theorien. Eine der wichtigsten Theorien ist die psychoanalytische Theorie von Freud, die Ausgangstheorie für viele anderen Theorien und Depressionsmodelle war.

¹⁵ siehe Helmchen, Henn, Lauter, Sartoris, 2000, S. 287-291

¹⁶ Davison, Neale, 1998, S. 257-267

Freud stellte 1917¹⁷ seine Theorie über die Entstehung einer Depression in seinem Aufsatz „Trauer und Melancholie“ vor. Seiner Ansicht nach lag vor allem die Ursache in der oralen Phase der Entwicklung. Wurden die Triebe in dieser Phase nur unzureichend oder übermäßig befriedigt bestand die Gefahr, dass das Kind in dieser Phase stecken bleibt. Auch die psychosexuelle Reife bleibt auf der Stufe der oralen Entwicklung fixiert. Durch das „Steckenbleiben“ auf dieser Stufe ist das Selbstwertgefühl des betroffenen Menschen übermäßig abhängig von der Anerkennung anderer. Zu der Entwicklung einer Depression im späteren Erwachsenenalter kommt es durch einen verhinderten normal ablaufenden Trauerprozess. Freud geht von der Hypothese aus, dass die Person, die einen geliebten Menschen verliert, anfängt sich mit diesem Menschen zu identifizieren. Freud ist der Ansicht, dass man sowohl positive wie auch negative Gefühle einem geliebten Menschen gegenüber bringt. Der Trauernde richtet diese negativen Gefühle nun gegen sich selbst, da er sich mit dem verlorenen Menschen identifiziert. Der Alleingelassene nimmt es übel, dass er verlassen worden ist und entwickelt darüber hinaus Schuldgefühle über das vermeintliche Böse, das er dem verlorenen Menschen anscheinend angetan hat. An diese Zeit der Introjektion folgt eine Zeit der „Trauerarbeit“. Während der Trauerarbeit lässt der Mensch seine Erinnerungen an den Verlorenen wieder aufleben und löst die zu engen Bande, die während der Introjektion entstanden sind. Bei Menschen die nun in der oralen Phase der Entwicklung stecken geblieben sind, kann diese Trauerverarbeitung missglücken. Da nach Freuds Ansicht diese Menschen übermäßig abhängig sind bleiben sie in einem andauernden Stadium der Selbstbeschuldigung und Selbstverachtung stecken, welches die Ursache der Depression sein soll. Diese Menschen distanzieren sich während der Trauerarbeit nicht von dem verlorenen Menschen und machen sich für jeden Fehler, den der Verlorene begangen hat bzw. für jede negative Charaktereigenschaft verantwortlich, da sie sich mit ihm identifizieren. Die Wut und negativen Gedanken gegenüber dem Verlorenen bleiben nach innen gerichtet.

¹⁷ Freud, 1917

Da nicht alle Menschen erst depressiv werden wenn sie einen geliebten Menschen verloren haben wurde die Theorie Freuds durch den Begriff des „symbolischen Verlustes“ erweitert. Als „symbolischer Verlust“ wird der Liebesentzug bzw. die Zurückweisung eines, für den Betroffenen, wichtigen Menschen bezeichnet. Die psychoanalytischen Theorien veranlassten zu verschiedenen Untersuchungen und Tests, die das Phänomen der gegen sich selbst gerichteten Aggression widerlegten. Vor allem Beck und Ward (1961)¹⁸ analysierten die Träume von depressiven Patienten und fanden dabei heraus, dass depressive Patienten vor allem an Verlust- und Versagensangst litten und nicht, wie nach Freud formuliert, Zorn und Feindseligkeit gegenüber sich selbst. Durch Untersuchungen wurde herausgefunden, dass sich Depressive nicht mit dem Aggressor sondern mit dem Opfer identifizieren. Freuds Idee, dass durch das Steckenbleiben in der oralen Phase der Zwang entsteht von allen Menschen geliebt und geschätzt zu werden. Die entstehende Verlustangst und der Liebesentzug ist Ausgang von anderen Modellen, die sich mit der Depressionsgenese beschäftigen.

Nach den lerntheoretisch-behavioristischen Erklärungsansätzen¹⁹ wird seit Mitte der 80er Jahre verstärkt die Linie der sogenannten „kognitiven Depressionsforschung“ verfolgt. Daraus sind zwei dominierende Theorien hervorgegangen, die für die Erklärung der klinischen Depression bedeutend sind.

- die Beck'sche Theorie der negativen Schemata und
- die Theorie der gelernten Hilflosigkeit von Seligman

¹⁸ Beck, Ward, 1962

¹⁹ vgl. Hoffmann, Kaul, 1976; Börner 1990

1.1.2.2 Kognitive Theorien der Depression

1.1.2.2.1 Kognitives Depressionsmodell nach Beck

Die zentrale These²⁰ von Aaron Beck (1967; 1985; 1987)²¹ ist die moderne Theorie, dass Menschen depressiv werden weil sie einen charakteristischen logischen Denkfehler begehen. Durch eine Reihe von klinischen Beobachtungen entwickelte Beck seine Theorie „der negativen Schemata“(Beck 1967). Seiner Ansicht nach entsteht die depressive Persönlichkeit im Laufe eines Lebens durch negative Erfahrungen wie z.B. Schicksalsschläge, Kritik oder Zurückweisung. Diese negativen Erfahrungen verfestigen sich als sogenannte „kognitive Schemata“. Die negativen kognitiven Schemata werden immer dann aktiviert, aktualisiert und verstärkt wenn sie in neue Situationen geraten, die im entferntesten den Situationen ähneln, durch die sie ihr negatives Schema erworben haben. Seine negativen Schemata veranlassen den Depressiven zu bestimmten Fehlschlüssen und -entscheidungen, durch die wiederum die negativen Schemata zusätzlich verstärkt werden, so dass die Realität verzerrt wird.

Als Beispiel für negative Schemata sind z.B. das Selbstvorwurf-Schema und das negative Schema der Selbstwertung zu nennen. Durch das sogenannte „Selbstvorwurf-Schema“ macht sich der Betroffene für jedes Missgeschick verantwortlich, welches in seiner näheren Umgebung geschieht. Das Schema der negativen Selbstwertung hält der depressiven Persönlichkeit seine Wertlosigkeit vor Augen. Beck entwickelte den Begriff der negativen Triade, die durch die negativen Schemata zusammen mit kognitiven Vorurteilen aufrecht gehalten werden.

Die negative Triade wird definiert durch:

1. die negative Ansicht über sich selbst.
2. die negative Ansicht über die Umwelt
3. die negative Ansicht über die Zukunft

²⁰ siehe Davison, Neale, 1998, S. 258-262

²¹ Beck, 1967, 1985, 1987

Vor allem die folgenden Punkte zeigen die wichtigsten kognitiven Fehleinstellungen eines depressiven Menschen.

1. Willkürliche Schlüsse: Schlüsse, die ohne hinreichende Beweise oder ohne jeglichen Beweis gezogen werden.
2. Selektive Abstraktion: Schlüsse, die nur auf der Grundlage eines von vielen Elementen einer Situation gezogen werden.
3. Übergeneralisierung: Ein alles umfassender Schluss auf der Grundlage eines einzelnen, möglicherweise trivialen Ereignisses.
4. Über- und Untertreibung: Grobe Fehleinschätzung von Leistungen

Aus den kognitiven Störungen entstehen fünf Merkmalsbereiche der Depression:

1. die emotionale Manifestation in Form von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, dem Gefühl der Gefühllosigkeit
2. die kognitive Manifestation als negatives Selbstwertgefühl und als Selbstvorwurf
3. die motivationale Manifestation erkennbar in Passivität, Selbstmordgedanken und Entschluslosigkeit
4. die vegetative Manifestation ist zu finden in Appetitlosigkeit, Schlafschwierigkeit und Obstipation
5. die motorische Manifestation in gegensätzlicher Weise als Retardierung oder Agitiertheit²²

Aaron Beck untersuchte selbst seine Theorien in einer Reihe von Studien und fand z.B. bei der Traumanalyse von depressiven Patienten und gesunden Probanden heraus, dass die depressiven Patienten negative Themen vermehrt in den Mittelpunkt ihres Traumes stellten.²³

²² Frese, Schöffthaler-Rühl, 1976

²³ Beck, Ward, 1961; vgl. dazu Teasdale und Bancroft, 1977; Fogarty und Hensley, 1983

In einer weiteren Untersuchung²⁴ bewies er, dass Depressive verschiedene Ereignisse immer gleich negativ bewerteten und ein Mislingen dieser Ereignisse auf die eigene Person zurückführten.²⁵ Aber auch die Theorie von Beck wurde, wie vorher bei Freud erwähnt, in Frage gestellt. So gibt es Untersuchungen, welche die Theorie von Beck, dass die Kognition bei Depressiven verzerrt ist, nicht bestätigten. Ein Beispiel dafür ist die Untersuchung von Hoehn-Hyde et. al.²⁶, die keine signifikanten typischen Ergebnisse im Sinne der Beck'schen Theorie finden konnten. Auch Monbreun und Craighead²⁷ erhielten Forschungsergebnisse, die eher gegen die Beck'sche Theorie sprachen als dafür. Sie stellten fest, dass die Wiedergabe einer Leistungsrückmeldung bei zweideutigen Aufgabenstellungen keine Gruppenunterschiede zwischen Depressiven und Nichtdepressiven feststellen ließen.

Noch viele weitere Untersuchungen widerlegten die Theorie der negativen Schemata, und ließen so Zweifel an die Richtigkeit dieser Theorie auftreten. Einige Therapeuten wurden jedoch durch die Arbeiten von Beck dazu angeregt, die Gefühle ihrer Patienten über eine Beeinflussung ihres Denkens zu ändern, und konnten gewisse Erfolge verzeichnen.

1.1.2.2 Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman

Die Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ wurde von Martin Seligman²⁸ und Mitarbeitern (1975) durch tierexperimentelle Forschung²⁹ aufgestellt. Seligman übertrug diese Hypothese auf die menschliche Depression und stellte die Theorie auf, dass Depressive die fälschliche Meinung haben, dass keine Kontrolle möglich wäre, d.h. dass sie sich weder in der Lage

²⁴ Beck, 1963

²⁵ vgl. dazu Roth und Rehm, 1980

²⁶ Hoehn-Hyde, Schlottmann und Rush, 1982; Roth und Rehm, 1980

²⁷ De Monbreun und Craighead, 1977

²⁸ Seligman, 1986; Seligman, 1974; Seligman, 1975; Seligman und Maier, 1967; Miller und Seligman, 1975; Hiroto und Seligman, 1975; Seligman, Maier und Solomon, 1971

²⁹ Maier, Seligman und Solomon, 1969; Seligman und Maier, 1967; Seligman und Groves, 1970; Overmier und Seligman, 1967; Seligman und Beagley, 1975; Seligman, Rosellini und Kosak, 1975

befinden aktiv positive Ereignisse herbeizuführen noch aktiv negative Ereignisse zu verhindern und sie sich also in einer passiven Situation befinden. Durch diese vermeintliche passive Rolle die sie in ihrem eigenen Leben einnehmen versinken sie in Depression. Wie in den Tierexperimenten schienen die depressiven Patienten gelernt zu haben hilflos zu sein. 1978 wurde diese Theorie durch das „Attributionsmodell“ von Seligman, Abramson und Teasdale erweitert.³⁰ In diesem Modell wurde zusätzlich die Theorie erstellt, dass Depressive die Neigung haben, die Ursache für negative Ereignisse in stabilen und globalen Eigenschaften der eigenen Person zu sehen. Der Unterschied zu den „Gesunden“ besteht darin, dass sie im Gegensatz zu den Depressiven das Geschehen von negativen Ereignissen nicht auf die eigene Person beziehen, sondern veränderliche und spezifische Ursachen dafür verantwortlich machen. Später sprach Seligman von einem „negativen Erklärungsstil“: Einer grundsätzlichen Neigung zu stabilen, globalen und internalen Kausalattributionen für negative Ereignisse.³¹ Seligman sprach jetzt nicht mehr von der Ursachenzuschreibung für spezifische unerwünschte Situationen, sondern ging von einer allgemeinen Neigung aus, negative Geschehnisse auf eine bestimmte Weise zu interpretieren. Geschehen also negative Ereignisse macht sich die depressive Persönlichkeit für diese Ereignisse verantwortlich und ist der festen Überzeugung, dass nicht veränderliche globale Charaktereigenschaften die Ursache für ihre Situation sind.

Die Idee von Seligman und seinen Mitarbeitern war Ausgang für viele weitere Forschungen bzw. Studien. Zum Beispiel bewiesen Stiensmeier-Pelster et al.³² in einer Reihe von Studien, dass Misserfolge die experimentell induziert waren, zu einer Verschlechterung der Stimmungslage führten, wenn die Ursache dafür intern, global und stabil attribuiert waren. Die Stimmungsverschlechterung trat jedoch nicht auf, wenn die negative Situation durch externe, variable und spezifische Ursachen verursacht war. Auffällig war, dass der Attributionsstil durch

³⁰ Abramson, Seligman und Teasdale, 1978

³¹ siehe Hammen, 1999, S. 103

³² Stiensmeier-Pelster, Schürmann und Duda, 1988; Hubert, Jong-Meyer, Düsse und Keul, 1988

Erfolgserlebnisse in den durchgeführten Studien keine Stimmungsänderung bewirkte. Das scheint dafür zu sprechen, dass das Zusammentreffen eines internalen, globalen, spezifischen Attributionsstiles mit negativen Ereignissen zu einer Depression führt.

1989 wurde³³ von Abramson, Metalsky und Alloy³⁴ ein revidiertes „Hoffnungslosigkeitsmodell“ erstellt. In diesem Modell stellten sie mit aller Deutlichkeit fest, dass ihr neu formuliertes Hoffnungslosigkeitsmodell nicht eine allgemeine Depressionstheorie ist, sondern sich nur auf einen Teil der Depressiven bezieht. Als Hoffnungslosigkeit bezeichnen sie:

- den Mangel an Optimismus, dass ein ersehntes positives Ereignis eintrifft
- das Gefühl der Hilflosigkeit bestimmte Situationen bzw. Geschehnisse beeinflussen zu können

Diese Hoffnungslosigkeit wirkt erdrückend und löst direkte depressive Reaktionen aus. Die Hoffnungslosigkeit ist die Konsequenz aus negativen Lebensereignissen, die zu einer negativen Interpretation derselben führte. In dem „Hoffnungslosigkeitsmodell“ wurde die These übernommen, dass die Depressiven die negativen Geschehnisse auf die eigene Person bzw. unveränderliche Charaktereigenschaften zurück führen.

Rose et al.³⁵ untersuchten 1994 die Frage, bei welchen Depressiven es zu Hoffnungslosigkeitskognitionen kommt. Dafür untersuchten sie depressive Patienten mit verschiedenen Arten von Depressionen sowie in Abhängigkeit von verschiedenen demographischen und biographischen Variablen. Sie fanden heraus, dass die Hoffnungslosigkeitskognitionen v.a. bei folgenden Patienten zu finden waren:

³³ siehe Davison, Neale, 1998, S. 265-266

³⁴ Abramson, Metalsky und Alloy, 1989

³⁵ Rose et al., 1994

1. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen v. a. vom Borderline-Typ
2. Patienten die in ihrer Kindheit massiven belasteten Situationen ausgesetzt waren, wie z.B. sexueller Missbrauch oder einem erdrückenden Familienumfeld
3. Patienten mit besonders schwerer Depression

Auch die Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ entfachte viele Diskussionen und regte zu verschiedenen Studien an die einerseits für dieses Modell sprachen, andererseits es auch in einigen Punkten widerlegten.³⁶

1.1.2.2.3 Andere kognitive Depressionsmodelle

Es gibt noch einige andere kognitive Depressionsmodelle, die wegen ihrer Vielzahl nicht alle erwähnt werden können. Nur die wichtigsten³⁷ sollen hier kurz dargestellt werden, deren Thesen teilweise in die allgemeine kognitive Depressionstheorie übernommen wurden oder zum Ausgang breitere Modelle wurden.

Rehm³⁸ entwickelte 1977 die „Selbstkontrolltheorie der Depression“. In dieser Theorie ging er davon aus, dass Menschen, die an einer Depression leiden Defizite in verschiedenen Bereichen der Selbstregulation haben. Zu diesen Bereichen zählte er:

1. die Selbstbeobachtung
2. die Selbstbewertung
3. die Selbstverstärkung

³⁶ Peterson, Villanova und Raps, 1985; Coyne und Gotlieb, 1983; Brewin, 1985; Cochran und Hammen, 1985; Dohr, Rush und Bernstein, 1989; Patrick und Moore, 1986; Brewin, 1988; Stiensmeier-Pelster, Schürmann und Duda, 1988; Singer und Hautzinger, 1988; Brinshwitz, 1993; Bebbington, 1985

³⁷ siehe Hammen, 1999, S. 104

³⁸ Rehm, 1977

Seiner Ansicht nach sehen die Depressiven nur die negativen Dinge im Leben und übersehen dabei die positiven. Auch die Ziele in ihrem Leben sind zu hochgesetzt, so hoch, dass es im überwiegenden Teil unmöglich ist sie zu erreichen, und sie in der Weise immer wieder Rückschläge erfahren. Die depressive Persönlichkeit bewertet sich selbst als negativ, und auch wenn Erfolge erzielt werden, bezieht sie es nicht auf die eigene Person sondern macht andere Faktoren für diesen Erfolg verantwortlich. Ein weiteres Depressionsmodell welches Erwähnung finden sollte ist das „Problemlösedefizitmodell“ von Nezu und Mitarbeitern.³⁹ Dieses Modell geht davon aus, dass Depression durch einen Mangel an Fähigkeiten zur Bewältigung schwieriger Situationen entsteht und aufrechterhalten wird. Dieses Modell ist nicht rein kognitiv, es werden jedoch verschiedene kognitive Elemente des Problemlöseprozesses hervorgehoben wie z.B., dass das Problem als Bedrohung empfunden wird. Der Depressive hat also eine dysfunktionale Einstellung gegenüber Problemen. Auch die Lösungsfindung ist bei den depressiven Menschen in diesem Modell als erschwert dargestellt, sogar teilweise als nahezu unmöglich. Nach der Meinung von Nezu und seinen Mitarbeitern liegt die Ursache in der negativen Kognition in Bezug auf die eigene Person und an einen Mangel an entsprechenden Fähigkeiten.

Pyszczynski und Greenberg (1987)⁴⁰ und Ingram (1990)⁴¹ gingen davon aus, dass bei Depressiven die „selbstfokussierte Aufmerksamkeit“ erhöht ist. Dieser Selbstfokus⁴² verstärkt die Selbstkritik und lässt die Folgen von negativen Ereignissen noch bedrohlicher erscheinen, da sie auf die eigene Person bezogen werden. Durch die „selbstfokussierte Aufmerksamkeit“ wird ein angemessenes Verhalten verhindert.

³⁹ Nezu und Mitarbeiter, 1987 und 1989

⁴⁰ Pyszczynski und Greenberg, 1987

⁴¹ Ingram, 1990

⁴² Hammen, 1999, S.105

1.1.2.3 Kritische Lebensereignisse (“life-events“)

Bei einem großen Teil der Depressionen findet sich eine psychoreaktive Auslösung. Durch empirische Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass Depressive vor Ausbruch ihrer Krankheit, häufig für sie einschneidende Erlebnisse durchleben. Diese Erlebnisse hatten häufig einen für sie negativen und belastenden Charakter. Als typische Auslöser konnten folgende Punkte eruiert werden:

- Verlust oder Probleme mit nahen Bezugspersonen
- Entwurzelung
- Anhaltende Konflikte
- Veränderungen der gewohnten Lebensweisen wie Pension, Umzug, Beförderung

In der Life-Event-Forschung wird immer wieder die Verbindung zwischen Ereignissen und Depression betont.⁴³ Durch verschiedene Studien konnte bewiesen werden, dass der Zusammenhang zwischen verschiedenen kritischen Lebensereignissen und Depression unspezifisch ist. Roy et al.⁴⁴ kamen 1985 in ihren Studien zu den Ergebnissen, dass vor allem neurotisch Depressive diesen Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und der Depression aufweisen.

Brown et al.⁴⁵ stellten 1994 fest, dass schwere Life-Events bei endogen, melancholisch-psychotisch Depressiven signifikant seltener vorkamen. In einer davor durchgeführten Studie stellten Brown u. Harris 1978⁴⁶ fest, dass nur bei rund 30% der Depressiven keine vorangehenden Life-Events im Sinne von Stressoren festzustellen waren.

⁴³ Mitchell, Cronkite und Moos, 1983; Brown und Harris, 1978; Monroe, 1982; Fergusson und Horwood, 1984; Billings, Cronkite und Moos, 1983; Fergusson und Horwood, 1986; Siegrist, 1980; Schepnak et al., 1984; Fergusson und Horwood, 1984; Kaltschmitt, 1991

⁴⁴ Roy et al., 1985

⁴⁵ Brown et al., 1994

⁴⁶ Brown und Harris, 1978

1.1.2.4 Der genetische Einfluss

Durch eine Vielzahl⁴⁷ von Studien konnte festgestellt werden, dass die genetische Belastung einen nicht zu vernachlässigen Aspekt in der Ätiologie der Depression darstellt. In einer Reihe von Zwillingsstudien konnte festgestellt werden, dass vor allem die Neigung bzw. Vulnerabilität zur Depression vererbt wird. Ob es nun zur Entwicklung einer affektiven Störung kommt hängt v.a. von den entsprechenden Auslösefaktoren und den Umständen ab, in denen sich der Mensch befindet. Die chromosomalen Abberationen, die für die Vererbung der Depression verantwortlich gemacht werden, konnten noch nicht hinreichend bewiesen werden. Die neue Theorie geht davon aus, dass die meisten Formen der affektiven Störungen durch Alterationen auf verschiedenen Genen verursacht wird, die in den Familien durch die Vererbung auf verschiedenste Weise kombiniert werden.

Seit 1982 wurden ca. 10 Zwillingsstudien durchgeführt, wobei eine dänische Studie zu den Bedeutendsten gehört. In dieser Studie wurden 110 eineiige und zweieiige Zwillinge untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass die Konkordanzrate für bipolare Verläufe bei eineiigen Zwillingen um 80 % , bei zweieiigen Zwillingen bei 15-20 % liegt. Für monopolare Verläufe zeigte sich die Konkordanzrate bei eineiigen bei 50 % und bei zweieiigen Zwillingen bei 15-20 %. Durch eine Anzahl von anderen Studien fand man heraus, dass das Risiko an einer Major Depression zu erkranken für Verwandte 1.Grades von monopolar Erkrankten auf 10-15 % gesteigert ist, wenn man von einer vorsichtig geschätzten Lebenszeitprävalenz der Bevölkerung für die Major Depression von 7 % ausgeht. Geht man von einem Erkrankungsrisiko der Bevölkerung von 1-2 % für bipolar-affektive Störungen aus, so haben Verwandte 1.Grades ein Morbiditätsrisiko von 15-20 %. Das Risiko von einem Kind, dessen Eltern beide an einer affektiven Störung erkrankt sind, liegt bei ca. 55 %.

⁴⁷ Berger, Stieglitz, 1999, S. 508 ff

Auch die dysthyme Störung tritt häufiger bei Verwandten 1.Grades von Major-Depression-Erkrankten auf als in der allgemeinen Bevölkerung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in einer Anamnese von depressiven Patienten die Frage nach Familienangehörigen, die evtl. ebenfalls an einer affektiven Störung leiden, nie fehlen darf.

1.1.2.5 Depression und Persönlichkeit

Die bei dieser klinischen Studie verwendeten Testformen sind Tests, die sich mit der Untersuchung der Persönlichkeit beschäftigen. Der Thematic Apperception Test (TAT) versucht durch die Erweckung der Fantasie die Persönlichkeit indirekt aufzudecken, ohne dass es dem Probanden bewusst wird, dass er durch die Fantasiegeschichten sich selbst und Teile seines Lebens offenbart. Durch die Fantasiegeschichten bekommt der Untersucher einen Einblick, wie die Persönlichkeit des Probanden strukturiert ist und ob seine Geschichten negative oder positive Tendenzen haben, die Helden in der Geschichte eher aktive oder passive Persönlichkeiten besitzen, die versuchen z.B. Probleme zu lösen oder eher versuchen Probleme aus dem Weg zu gehen. Beziehungen zu nahen Bezugspersonen wie z.B. die Eltern oder Ehepartner können durch die erfundenen Geschichten aufgedeckt werden, denn der Test spekuliert darauf, dass die Versuchsperson eigene Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse in seine Geschichten mit einfließen lässt. Lewis R. Aiken Jr.⁴⁸ sagte in Bezug auf die TAT Geschichten aus, dass Langsamkeit und ein Stocken in der Erzählung der Geschichten ein Hinweis auf die depressive Erkrankung des Probanden sein kann.

Der Eysenck-Personality-Inventory (EPI) ist ein Persönlichkeitsfragebogen, der vor allem zwei Hauptkriterien der Persönlichkeit, nach Eysenck, untersuchen soll. Einmal die emotionale Labilität (Neurotizismus) und zum anderen die Extrovertiertheit/ Introvertiertheit des Probanden.

⁴⁸ Aiken, 1976

In seiner Persönlichkeitstheorie ging Eysenck (1967)⁴⁹ davon aus, dass Spannung und Schüchternheit zusammen mit der Angst oder Ängstlichkeit zur „Introversion“ konfluiert, die auf einer Dimension polar der Extraversion gegenübergestellt ist. Durch verschiedene klinische Studien gewann er die Erkenntnis, dass sehr ängstliche Personen hohe Introversion- und Neurotizismusscores aufweisen. Neuerdings werden Angsterkrankungen zu den affektiven Störungen gerechnet. Es bestehen fließende Übergänge zwischen Angst und Depression, es wird auch von dem „ängstlich-depressiven Syndrom“ gesprochen. In den letzten Jahren wurde eine hohe Co-Morbiditätsrate (21-40 %) ⁵⁰ von depressiven Störungen mit Panikerkrankungen beschrieben.

Der Biographische Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA) (Bühler und Bardeleben 1994, 1996) ist ein Fragebogen der eine biographische Skala und zwei Persönlichkeitsskalen beinhaltet. Die erste Skala ist die Skala für „Neurotizismus“, die zweite Skala ist die biographische Skala „unvorteilhafte gegen vorteilhafte primäre Sozialisation“, die dritte Skala ist wieder eine Persönlichkeitsskala und beinhaltet die „Zukunftsorientiertheit und unspezifische Motivation“ (auch hier wird später noch genauer darauf eingegangen). Auch diese Testform beschäftigt sich in erster Linie mit der Persönlichkeit, sowie mit der Erfassung von biographischen Daten.

In einer klinischen Studie⁵¹ von K.-E. Bühler, S. Geyer, H. Haltenhof und H. Bardeleben (“Prognostic effects of biographical data and differences between neurotic depressive, endogenous depressive and healthy subjects”) konnte gezeigt werden, dass depressive Stimmungen nicht durch biographische Daten beeinflusst werden. Auch die Berichterstattung von biographischen Daten wird nicht signifikant von depressiven Verstimmungen beeinflusst. So haben z. B. signifikante Änderungen in der Stimmungslage von Patienten keinen Einfluss auf die Berichterstattung in biographischen Daten.

⁴⁹ Eysenck, 1967

⁵⁰ Reich et al., 1993

⁵¹ Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben 2000

Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass die Gruppe der Depressiven einen statistisch signifikanten höheren Score auf der Skala „Neurotizismus“ und einen statistisch niedrigeren Score auf der Skala „Zielgerichtetheit“ aufwiesen. Zusätzlich zeigte sich, dass Neurotizismus ein Indikator für den Widerstand gegen Änderungen in den Gefühlen ist und Patienten mit einem hohen Score für „Zielgerichtetheit“ haben weniger das Bedürfnis nach Verbesserung, da sich die Patienten nicht ernstlich krank bzw. beeinträchtigt fühlen. Da sich die Testformen TAT, EPI und BIFA mit der Persönlichkeit beschäftigen bzw. unter anderem Persönlichkeitsfragebögen sind, soll noch genauer auf die Persönlichkeit v.a. depressiver Patienten eingegangen werden. Persönlichkeitsstörungen⁵² sind charakteristische, zeitlich stabile Verhaltensmuster des Betroffenen, die von den gesellschaftlichen erwarteten Normen abweichen. Durch das eigene Verhalten kommt es zum Leidensdruck und einem negativen Feedback durch die soziale Umwelt. Die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen werden allgemein in drei Hauptgruppen eingeteilt:

1. paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörung
2. dissoziale, emotional instabile, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung
3. ängstliche, abhängige, anankastische und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen

Die Unterscheidung zwischen depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist oft schwierig und oft finden sich fließende Übergänge zwischen diesen beiden Krankheitsbildern. In Komorbiditätsstudien⁵³ konnten zwischen Patienten mit einer Major Depression zu 30-70 % ebenfalls eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden. Fydrich et al.⁵⁴ fanden Komorbiditätsraten von 35-88 %.

⁵² Möller, Laux, Kapfhammer, 2000, S. 1523

⁵³ Farmer, Nelson-Gray, 1990

⁵⁴ Fydrich et al., 1996

Es ist davon auszugehen, dass bei mindestens der Hälfte der Patienten, die an einer Major Depression leiden, ebenfalls eine Persönlichkeitsstörung anzutreffen ist. Die am häufigsten anzutreffende Persönlichkeit ist dabei die ängstliche, selbstunsichere, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeit, die im Laufe ihres Leben mindestens eine oder mehrere Episoden einer Major Depression erfährt. Hirschfeld et al.⁵⁵ kamen durch ihre Studien zum Ergebnis, dass Depressive eine mehr introvertierte, passive Persönlichkeit haben. Sie sind gegenüber Autoritätspersonen bzw. -institutionen gehorsam und weisen eine starke zwischenmenschliche Abhängigkeit auf. Angst und Clayton⁵⁶ fanden 1986 heraus, dass unipolar depressiv Erkrankte einen hohen Punktwert in Aggression und autonomische Labilität erzielen. Erhöhte Werte von autonomischer Instabilität oder von Neurotizismus wurde auch durch die Untersuchungen von Maier et al. (1992)⁵⁷, Surtees and Wainwrights (1996), Boyce et al. (1991), Kendler et al. (1993), Rorsman et al. (1993), Clayton et al. (1994) , Lauer et al. (1997) gefunden. Maier et al.⁵⁸ entdeckte ebenfalls erhöhte Werte für die Persönlichkeitseigenschaften Härte bzw. Strenge und verminderte Werte für Extraversion und Frustrationstoleranz bei depressiv Erkrankten, was ebenfalls auch durch Lauer et al.⁵⁹ 1997 festgestellt wurde. Durch weitere klinische Untersuchungen konnten zusätzlich noch weitere Persönlichkeitseigenschaften, bzw. Charaktereigenschaften festgestellt werden :

- Mangel an Vertrauen⁵⁹,
- Affektive Persönlichkeitseigenschaften,
- Asthenische / subjektiv asthenische Symptome⁶⁰,

⁵⁵ Hirschfeld et al., 1983

⁵⁶ Angst und Clayton, 1986

⁵⁷ Maier et al., 1992 ; Surtees und Wainwrights, 1996; Boyce et al., 1991 ; Kendler et al., 1993 ; Rorsman et al., 1993 ; Lauer et al., 1997

⁵⁸ Maier et al., 1992

⁵⁹ Lauer et al., 1993

⁶⁰ Rorsman et al., 1993

⁶¹ Boyce et al., 1991

- Tendenz sich schnell belastet und überfordert zu fühlen⁶⁰,
- Grübelneigung⁶⁰,
- Hohe zwischenmenschliche Sensibilität⁶¹,

2. Material und Methoden

2.1 Das Testmaterial

Die drei Testformen, welche Verwendung fanden, sind:

1. der Thematische Apperzeptionstest (TAT)
2. das Eysenck-Persönlichkeits-Inventar (EPI)
3. Biographischer Fragebogen (BIFA)

2.1.1 Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) nach Murray

Henry A. Murray schuf 1935⁶² mit seinem Thematischen Apperzeptionstest ein Hilfsmittel zur Exploration im Rahmen der klinischen Psychologie. Seine Absicht, die zu der Entstehung dieses Tests führte, war das Ziel ein Werkzeug zu entwickeln, welches das Gespräch mit dem Patienten erleichtern und unterstützen sollte. Der Thematische Apperzeptionstest sollte also weniger ein Instrument zur Messung von speziellen Fähigkeiten sein. Die Idee zur Entwicklung des TATs kam durch die Beobachtung, dass Menschen in psychisch bedrängter Lage nach Hilfe suchen, aber meistens nicht in der Lage sind, ihre Nöte und Ängste in Worte zu fassen. Henry A. Murray suchte daraufhin ein Explorationsinstrument, das dem Patienten das Gespräch erleichtern sollte und sie indirekt ihre Probleme in Worte fassen konnten.

⁶² Murray, Morgan, 1935

„Der TAT ist eine Methode, mit deren Hilfe der geübte Diagnostiker einige der dominanten Triebe, Gefühle, Gesinnungen, Konflikte und Komplexe seiner Persönlichkeit erkennen kann.“ (Zitat, Murray)⁶³

Der TAT ist also ein Umweg für die Exploration, innere Probleme indirekt auszusprechen. Der Untersucher bekommt so die Möglichkeit über das normale Gespräch hinaus Informationen über den Probanden zu erlangen, die durch eine normale Frageform verborgen geblieben wären. Psychische Schwierigkeiten einer Persönlichkeit werden aufgedeckt und können aus den Bildergeschichten abgelesen werden. Durch den TAT werden charakteristische Verhaltens- und Erlebnisweisen aufgedeckt, sowie deren situationalen Kontext und die tragende Motivation.

2.1.1.1 Vorgeschichte und Entstehung des TATs

Der TAT⁶⁴ hat seinen Ursprung in den Ideen von F. Galton.⁶⁵ Herr F. Galton ist der Erfinder der experimentellen Untersuchung des freien Assoziierens. Die Assoziationsexperimente sind Instrumente der Individualdiagnostik. F. Galton machte zwei wichtige Feststellungen:

1. Assoziationen, die während einer Zeit von vier Monaten mehrmals wiederkehren, lassen sich größtenteils bis in die Jugend und Kindheit zurück verfolgen.
2. Assoziationen, die nur einmal auftauchen, stammen von Erlebnissen jüngerer Datums.

Galton erkannte die diagnostische Möglichkeiten dieser Methode, verfolgte sie aber nicht weiter. W. Wundt führte die Assoziationsexperimente, die auf Galton zurückgehen, in die deutsche Psychologie ein aber auch er verwendete das Assoziationsexperiment nicht zu diagnostischen Zwecken.

⁶³ Murray, Stein, 1943

⁶⁴ Revers, 1973, S.17 ff

⁶⁵ Galton, 1880

Der Psychiater C.G. Jung⁶⁶ kam aufgrund der in der Züricher psychiatrischen Klinik von Bleuler durchgeführten Assoziationsuntersuchungen zu der wichtigen Erkenntnis, dass der Assoziationsinhalt von den Vorstellungen und Erfahrungen der Probanden abhing. Die Reaktionen der Probanden auf die dargebotenen Reize wurden vor allem durch vorher erlebte Erfahrungen und Erlebnisse bestimmt. Diese Feststellung ließ das Assoziationsexperiment zu einem Instrument der Individualdiagnostik werden. Die Idee, die dem TAT von Murray zugrunde liegt ist ähnlich. Die Erkenntnisse von Jung fanden aber keine Verbreitung und gerieten bald in Vergessenheit. Erst durch Britains Arbeit "A study of imagination"(1907)⁶⁷ erlangte das Problem der Persönlichkeit wieder an Bedeutung. Brittain entwickelte eine Testform in der weiblichen und männlichen Jugendlichen eine Bilderserie von neun Bildern vorgelegt wurde, zu denen sie Fantasiegeschichten erzählen sollten. Die Testauswertung bestand darin, dass er die Geschichten unter folgenden Kriterien begutachtete:

1. ob sie in der ersten oder dritten Person verfasst wurden
2. welche Details der Bilder in den Geschichten verwendet wurden
3. die Länge der einzelnen Geschichten
4. ihre Einheitlichkeit
5. die erklärende und aufschließende Idee der Geschichten
6. die Verwendung religiöser, moralischer und sozialer Elemente

Brittain entdeckte durch seine Art des Assoziationsexperimentes, dass ein deutlicher Unterschied in der Interessenslage zwischen den beiden Geschlechtern bestand. Eine weitere Entdeckung die Brittain machte war, dass sich zwischen Affekt und Vorstellung ein kausaler Zusammenhang feststellen lässt. Er deutete die Möglichkeit an, dass sich Aktivität, Affekt und Phantasie wechselseitig beeinflussen könnten. Brittain konnte seine Annahmen nicht beweisen. Doch diese Vermutungen die Brittain machte, stellen die Grundkonzeption für den TAT dar.

⁶⁶ vgl. Jung: Die psychologische Diagnostik des Tatbestandes, Zürich und Leipzig, o.J.
⁶⁷ Brittain, 1907

Die Arbeiten von Brittain gerieten in Vergessenheit und wurden erst 25 Jahre später von dem Psychiater Schwartz wiederentdeckt. Schwartz⁶⁸, der die "Clinic for juvenile Research" leitete, entwickelte den "Social Situation Picture Test". Dieser Test wurde aus Gründen der Zeitersparnis entwickelt und diente der Einleitung und Vorbereitung von Interviews. Er bestand aus einer Bilderserie von acht Bildern, auf denen Situationen abgebildet waren, die im Leben von straffälligen Jugendlichen nach seinen Erfahrungen häufig vorkamen. Die Jugendlichen sollten am Anfang beschreiben, was sie auf den Bildern erkennen konnten, dann sollten sie erzählen, was sich der abgebildete Jugendliche für Gedanken macht und zuletzt sollten sie darüber Auskunft geben, was sie anstelle des Jugendlichen machen würden, wenn sie sich in der gleichen Situation befinden würden.

Der "Social Situation Picture Test" mochte subjektiv sehr ergiebig sein, war jedoch der kritischen Prüfung anhand objektiver Kriterien entzogen, da jede Erzählung von einer Reihe von Fragen, die voneinander abhängig waren, beeinflusst war. Das mag einer der Gründe sein, warum dieser Test wenig Verbreitung fand. Er verhalf aber anderen Forschern zur Anregung. Der Veröffentlichung des "Social Situation Picture Test" folgte 1935 die erste Publikation des "Thematic Apperception Test" von Morgan und Murray.⁶⁹ Das Grundprinzip dieses Tests ist, dass der Proband, wenn er aufgefordert wird eine mehrdeutige soziale Situation zu beschreiben, anfängt eigene Erfahrungen, Interessen, Wünsche und Neigungen in diese Erzählungen einfließen zu lassen. Dadurch deckt er, ohne es vorher beabsichtigt zu haben, seine eigene Persönlichkeit auf, und vorher verborgene psychische Probleme werden von ihm unbewusst dargeboten.

⁶⁸ Schwartz, 1932

⁶⁹ Murray, Morgan, 1935

2.1.1.2 Beschreibung des TATs

Die Idee von Murray war eine Serie von Bildergeschichten zu entwickeln, auf denen verschiedene mehrdeutige Situationen dargestellt waren. Diese Bilderserie umfasste eine Anzahl von 20 Bildern. Dadurch, dass verschiedene mehrdeutige soziale Situationen sowie Fantasiebilder dargestellt waren, wurden unbewusste Persönlichkeitsmerkmale der Probanden aufgedeckt. Der Original-TAT bestand aus 19 Schwarzweißbildern und einem leeren weißen Blatt. 11 Bilder des Original-TAT sind auf beide Geschlechter und auf alle Altersstufen anwendbar. Sie sind mit Zahlen gekennzeichnet, welche die Darbietungsreihenfolge der Bilder angeben. Einige andere Bilder sind nach Alter und Geschlecht auswechselbar. Diese sind neben der Zahl mit den Majuskeln M, F, B, G bezeichnet, je nachdem, für welches Alter oder Geschlecht das Bild anzuwenden ist. Bilder die mit einem B (boy) gekennzeichnet sind, werden bei männlichen, die mit einem G (girl) bezeichnet sind, bei weiblichen Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr verwendet. Bilder mit dem Buchstaben F (female) oder M (male) sind weiblichen bzw. männlichen Erwachsenen vorzulegen. Der gesamte Satz von 20 Tafeln ist in zwei Serien zu je 10 Tafeln eingeteilt. Die Bilder der zweiten Serie (Tafeln 11-20) sind weniger wirklichkeitsnah, bizarrer und fantastischer als die der ersten Serie (Tafeln 1-10)

Die Auswahl der Bilder erfolgte von Murray und seinen Mitarbeitern nach dem Kriterium der praktischen Erfahrung. Es fanden solche Bilder Verwendung, die nach Meinung von Murray und seinen Mitarbeitern besonders die Fantasie des Probanden anregten. Murray forderte die Probanden auf, zu jedem der 20 Bilder eine möglichst dramatische Geschichte zu erzählen, die sowohl die Vorgeschichte, die gegenwärtige Situation sowie das mögliche Ende umfassen sollte. Der von Henry A. Murray und seinen Mitarbeitern entwickelte Thematische Apperzeptionstest verbreitete sich sehr rasch und ist heute in Amerika und zum Teil auch in Europa neben dem Rorschach-Test das meist verwendete Projektivverfahren.

2.1.1.3 Theoretische Grundlagen zum TAT

Die Idee zu der Entstehung des Thematischen Apperzeptionstests liegt in Murrays Persönlichkeitstheorie.⁷⁰ Murray behauptet, dass Handlungen vor allem von den Bedürfnissen (needs), den Umweltbedingungen und den Umweltanforderungen (presses) abhängen, so dass Verhalten und Probleme eines Menschen im wesentlichen aus seinen unbewussten Wünschen, Ängsten und Konflikten verstanden werden können. Die Auswertung von Murray stützt sich darauf, dass er feststellt, welche needs und presses bei jedem einzelnen Individuum wirksam werden.

Ein wichtige Stütze seiner Persönlichkeitstheorie ist die Überlegung, dass sich das Unbewusste in Träumen und Fantasien ausdrückt, sowie in einer sogenannten „Projektion“. Diese besteht darin, dass ein Proband unter dem Einfluss von Bedürfnissen in die ihn umgebenden Objekte Fantasien projiziert, die mit den Bedürfnissen verbunden sind. Schon Freud⁷¹ versuchte aus literarischen Arbeiten seiner Patienten, auf deren Persönlichkeiten zu schließen, indem er sie mit Vorsicht wie Traumfantasien behandelte. Der klassische Projektionsbegriff nach Freud wird folgendermaßen definiert:

„Projektion ist ein Abwehrmechanismus gegen innere Wahrnehmungen, die nicht mehr ausreichend verdrängt werden können und daher in die Außenwelt verlegt werden.“ (Freud, 1911)

Murray machte sich den klassischen Projektionsbegriff Freuds zu nutze und stellte die These auf, dass auch Persönlichkeitstendenzen die dem Subjekt nicht bewusst sind, projiziert werden können. Laut Murstein und Pryer (1959)⁷² und Heckhausen (1960)⁷³ ließ sich jedoch bisher ein solcher Prozess (der Projektion im klassischen Sinne nach Freud), für den TAT nicht nachweisen und es ist fraglich, ob er überhaupt existiert.

⁷⁰ Murray, 1938: Exploration in Personality

⁷¹ Freud: Die Traumdeutung, 1950 (1900)

⁷² Murstein, Pryer, 1959

⁷³ Heckhausen, 1960

Die zweite wichtige Annahme, die Murray trifft, ist die Identifikationshypothese. Wie schon oben erwähnt, identifiziert sich der Proband mit der in den Bildern abgebildeten Situation bzw. identifiziert sich mit dem Helden seiner Geschichte. Dabei kommt es häufig vor, dass der Proband seine Geschichte in der 1. Person Singular schreibt.

2.1.1.4 Verwendungszweck des TATs

Der TAT⁷⁴ wird als Hilfsmittel für die psychopathologische Persönlichkeitsdiagnose verwendet. Er findet Anwendung bei der Untersuchung von zahlreichen psychopathologischen Syndromen wie:

- Depression,
- Angst- und Zwangsneurose,
- Hysterie,
- Schizophrenie,
- psychopathischen Kriminalität,
- Sexualstörungen,
- Suchtprobleme,
- Stottern usw.

Der TAT dient der eingehenden Persönlichkeitsdiagnose und hat auf Grund dieser Tatsache in Hinblick auf viele psychiatrische Erkrankungen, z.B. der Depression einen aufklärenden Charakter. Der TAT bewährte sich bei der Untersuchung der kindlichen Entwicklung, sowie der Entstehung einer Persönlichkeit. Die Entstehung einer Persönlichkeit hängt grundsätzlich von ihrem sozialen Umfeld ab, ebenso von der Einbeziehung in das familiäre Leben und der Beziehung zu den einzelnen Familienmitgliedern. Die verschiedenen vielfältigen Charaktereigenschaften eines Individuums müssen genau betrachtet und analysiert werden.

⁷⁴ Revers, 1973, S.27 ff

Es muss festgestellt werden, in welchen Situationen diese Charakterzüge auftreten und durch welche Personen bestimmtes Verhalten an den Tag gelegt wird. Besonders durch den TAT treten solche im täglichen Alltag verborgenen Charaktereigenschaften hervor. Der TAT macht vor allem auch die Weiterentwicklung von Eigenschaften deutlich, wie sie sich durch die Persönlichkeitsentfaltung verändert haben. Durch den TAT wird deutlich, wie sich der Prozess der Entfaltung und Prägung vollzogen hat.

Seit 1935 erlangte der TAT neben dem Rorschach-Test in der Persönlichkeitsdiagnostik große Bedeutung, während er zur Diagnose von Psychosen umstritten blieb. Der TAT erwies sich als ein hervorragendes Hilfsmittel in der Lebenslaufanalyse. Er ist eine Ergänzung zum ermittelnden Gespräch, indem er in die unbewussten Bereiche der Persönlichkeit Einblick gewährt. Vor allem die erste Kontaktaufnahme bei gehemmten oder verschlossenen Probanden, die im direkten Gespräch schwer zu erreichen sind, wird durch den TAT erleichtert. Auch Werthaltungen, wie religiöse und ethische Einstellungen, können durch den TAT erkennbar gemacht werden, wie dies Henry (1947)⁷⁵ und Oppenheimer (1945)⁷⁶ zeigen konnten.

2.1.1.5 Der tiefenpsychologische Aspekt des TATs

Wird eine Person dazu aufgefordert eine Geschichte zu erfinden, so kann diese Erzählung viel Ähnlichkeit mit Traumgehalten oder aber Tagträumen haben. Versteht man den TAT so wie ihn ja auch Murray verstanden hat, nämlich als psychologisches Explorationsverfahren, das unbewusste Tendenzen und Inhalte anspricht und in Erscheinung treten lässt, dann ist auch bei der Gestaltung und der Auswahl des Bildmaterials darauf zu achten, dass „es aus dem selben Stoff ist, aus dem die Träume sind“. Gemeint ist also, dass das Bildmaterial in gleicher Weise unreal und diffus sein soll, wie dies auf Bilder und Szenen aus Träumen zutrifft.

⁷⁵ Henry, 1947

⁷⁶ Oppenheimer, 1945

Wenn diese Überlegung stimmt, könnte damit auch die folgende, von W.J. Revers gestellte Frage eine Beantwortung finden. Es ist eines jener offenen Probleme gemeint, „... worauf es zurückzuführen (sei) ist, dass unbewusste Inhalte im TAT in Erscheinung treten können, oft aber tatsächlich nicht zum Ausdruck gebracht werden.“ (Zitat, W.J. Revers, Handbuch, S. 204)⁷⁷

Beide beschriebenen Aspekte fordern also eine Form der Gestaltung, die sowohl zeitliche als auch tiefenpsychologische Überlegungen berücksichtigt. Hieraus ergeben sich die Anforderungen an das Bildmaterial, die bereits weiter oben formuliert worden sind.

2.1.1.6 Das Bildmaterial

Wie zuvor aufgeführt besteht der Originaltest aus 20 Bildtafeln. In zwei Sitzungen werden dem Probanden jeweils 10 Bildtafeln vorgelegt. Diese Durchführung des Tests wurde nicht beibehalten. Die Probanden bekamen in nur einer Sitzung 10 Bildtafeln einzeln vorgelegt. Dabei wurden nur die Bildtafeln verwendet, die auf beide Geschlechter und alle Altersstufen anwendbar sind. Geschlechtsspezifische bzw. altersspezifische Bildtafeln wurden aussortiert.

2.1.1.6.1 Beschreibung der Bildtafeln⁷⁸

1. Ein Junge sitzt, den Kopf in beide Hände gestützt, vor einer Geige, die vor ihm auf einem Tisch liegt und betrachtet sie.
2. Eine Szene auf dem Land: Vorn links steht eine jugendliche weibliche Person mit Büchern in der Hand, im Hintergrund bearbeitet ein Mann mit einem Pferd den Acker; rechts steht, angelehnt an einen Baum, eine Frau in bäuerlicher Kleidung.

⁷⁷ Revers, Handbuch, S. 204

⁷⁸ siehe Anhang, Revers, der Thematische Apperzeptionstest, 1973, S. 23-25

3. Eine Frau greift einen Mann bei den Schultern; Gesicht und Körper des Mannes sind von ihr abgewendet, als versuchte er, von ihr loszukommen. Im Hintergrund neben dem Kopf des Mannes ist undeutlich die Gestalt einer spärlich bekleideten Frau sichtbar.
4. Eine Frau in mittlerem Alter steht an einer Türschwelle und schaut durch die halbgeöffnete Tür, zum Beschauer gerichtet, in ein Zimmer.
5. Kopf einer Frau an die Schulter eines Mannes gelehnt.
(Sichtbar sind zwei Köpfe, Mann und Frau ?, beide mit geschlossenen Augen. Hand und Kopf der vorderen Person scheinen an der Schulter der Person, die links steht, angelehnt zu sein.)
6. (Die Felsenschlucht von Böcklin.) Eine Strasse zieht durch eine tiefe Felsenschlucht. Auf der Strasse vor einer Brücke sieht man in der Ferne dunkle Gestalten. Aus der Felswand streckt ein Drache Hals und Kopf hervor.
7. (Schattenriss) Auf einer schwarzen Fläche ein geöffnetes, helles Fenster. Im Fenster die Silhouette einer Gestalt, die mit einem Arm an den Fensterrahmen gelehnt ist.
8. (Holzschnitt) Ein hagerer Mann mit gefalteten, nach unten gestreckten Händen steht zwischen Grabsteinen.
9. Ein sehr stilisiertes Bild, auf dem schwer etwas zu erkennen ist. Scheinbar eine schneebedeckte Hütte, von bizarren Wolkenformen umgeben.
10. Eine spärlich beleuchtete Gestalt (männlich oder weiblich) bei Nacht an einen Laternenpfahl gelehnt.

2.1.1.7 Auswertung des TATs

Der Thematische Apperzeptionstest ist eine Testform für die es noch keine einheitliche, geeichte und allgemeingültige Auswertungsmethode gibt. Es gibt für keinen anderen Test so viele Auswertungsschemata wie für den TAT, die von intuitiven über inhaltsanalytischen und formalen bis zu quantitativen Methoden reichen.⁷⁹

An dieser Stelle soll kurz die Auswertungsmethode nach Murray erwähnt werden. Murray geht bei seiner Auswertungsmethode⁸⁰ von seinem Persönlichkeitsmodell aus und analysiert die Geschichten vom Inhalt her. Zunächst ermittelt er die Hauptfigur, den „Helden“, von dem er annimmt, dass sich der Proband mit ihm identifiziert nach der Identifikationshypothese: „Der Proband identifiziert sich mit einer der Figuren auf dem Bild und schreibt auf diese Weise der Figur ihre eigenen Bedürfnisse zu, während die Umgebung dieses Helden in der Geschichte so beschrieben wird, wie der Proband seine eigene Umwelt mit ihren Forderungen und Möglichkeiten erlebt.“ (Murray, 1938, zit. nach Kornadt, 1964⁸¹) Danach analysiert er die Motive, Einstellungen und Gefühle der Hauptfigur (needs) und ebenso die Milieueinflüsse, denen die Hauptfigur ausgesetzt ist (presses). Die needs und presses werden nach Stärke ihres Auftretens mit den Ziffern 1-5 gewichtet. Außerdem untersucht Murray noch die Beziehung zwischen den Bedürfnissen der Hauptfigur und den Milieueinflüssen (need-press-combination).

Die Auswertungsmethode nach Murray, sowie andere Auswertungsmethoden, fanden in der durchgeführten klinischen Studie keine Anwendung. Es wurde eine neue Auswertungsmethode erprobt. Die erfundenen Geschichten der Probanden wurden einzeln betrachtet.

⁷⁹ siehe auch dazu: Das Kategoriensystem von Tomkins, 1947; Die Verfahren der inhaltlichen Auswertung von Stein, 1948, Rapaport, 1949, Wyatt, 1942 u. 1958, Rotter, 1946, Holt, 1952 und Bellak, 1950; Quantitative Auswertungssysteme von Dana, 1956, McClelland, Atkinson, Clark und Lowell, 1953, Heckhausen, 1954

⁸⁰ Siehe Revers, Der Thematische Apperzeptionstest, 1973, S.153ff.

⁸¹ Kornadt, 1964

Als erstes wurde die Anzahl der Sätze in den Geschichten bestimmt. Danach wurde jeder Satz in den Geschichten einzeln betrachtet und es wurde bestimmt ob der Satz Zeichen der :

1. Aktivität,
2. Passivität,
3. negative Gedanken und
4. positive Gedanken

beinhaltete. Diese vier Hauptpunkte werden durch folgende Kriterien definiert:

Aktivität

- Auflehnung
- Entscheidung
- Leistung
- Wunsch
- Gedanken machen über etwas

Passivität

- Ausweichen
- Nachdenklichkeit
- Unentschlossenheit
- Aufgeben

Negative Gedanken

- Ärger
- Angst
- Aufregung
- Enttäuschung
- Mitleid
- Scheitern
- Selbstzweifel
- Strafe

- Trauer
- Unglück
- Unlust
- Versagen
- Zweifel
- Schadenfreude
- Drohen

Positive Gedanken

- Freude
- Glück
- Hoffnung
- Lösung
- Lust
- Zufriedenheit
- Akzeptanz
- Trost
- Vertrauen
- Hilfe
- Erfolg
- Erleichterung

Die einzelnen Geschichten der zehn Bildtafeln des Patienten wurden mit seiner Vergleichsperson, dem gesunden Probanden verglichen, hinsichtlich der Anzahl der oben aufgeführten fünf Punkte (Anzahl der Sätze, Aktivität, negative Gedanken, positive Gedanken), um einen möglichen Unterschied zwischen Patienten und gesunden Probanden festzustellen. Zur Auswahl gerade dieser Hauptpunkte kam es, weil bei der Betrachtung der Fantasiegeschichten vor allem Zeichen der Aktivität, der Passivität, negativen und positiven Gedanken ins Auge fielen. Es wurde eine Strichliste für jeden der oben angegebenen Punkte, für jede Geschichte der zehn Bildtafeln des TAT angefertigt und statistisch ausgewertet (siehe Ergebnisteil).

2.1.2 Der Eysenck-Persönlichkeitsfragebogen (EPI)

Der Eysenck-Persönlichkeitsfragebogen ist eine Weiterentwicklung der vorangehenden Persönlichkeitsfragebögen von Eysenck, der MPI⁸² (Maudsley Personality Inventory, Eysenck 1959, Knapp 1962⁸³) und MMQ (Maudsley Medical Questionnaire, Eysenck 1947,1952)⁸⁴, der 1964 veröffentlicht wurde. Während der⁸⁵ Maudsley Medical Questionnaire als Screening-Verfahren zur Diagnose von Neurotizismus entwickelt wurde, erfassen der MPI und der EPI beide Persönlichkeitsdimensionen: die Extraversion und den Neurotizismus. MMQ und EPI enthalten zudem eine Kontrollskala zur Messung der sozialen Erwünschtheit. Der MMQ wurde speziell für Patienten der Psychiatrie entwickelt. Das Ziel war die genaue Erfassung der neurotischen Tendenz bei den einzelnen Patienten. Der MMQ umfasste ursprünglich eine Anzahl von 40 Fragen, die deutsche Übersetzung wurde auf 38 Fragen gekürzt. Von den 38 Fragen zählen insgesamt 18 Fragen zu einer sogenannten „Lügenliste“, durch die die Tendenz zu Verfälschungen aufgedeckt werden sollen. Die Reliabilität wurde von Eysenck mit 0,88 angegeben. Eysenck entwickelte 1956⁸⁶ aus dem MMQ und verschiedenen Fragebögen von Guilford das Maudsley Personality Inventory (MPI). Durch das Maudsley Personality Inventory sollte Neurotizismus und Extraversion messbar werden. Während hohe Neurotizismuswerte eine neurotische Disposition wahrscheinlich machen, steht die Extraversion in Beziehung zu Symptomatik der Neurose. Dysthymiker haben auf der Dimension Introversion – Extraversion niedrige Werte. Delinquenten und psychopathische Persönlichkeiten können mehr auf dem Pol der Extraversion lokalisiert werden. Hysteriker liegen hinsichtlich der Extraversion im Normalbereich. Eysenck entwickelte 1960⁸⁷ eine Persönlichkeitstheorie. In dieser Persönlichkeitstheorie stellt er die These auf, dass Extraversion und Neurotizismus zu den Hauptdimensionen der Persönlichkeit zählen.

⁸² Eysenck, 1959

⁸³ Knapp, 1962

⁸⁴ Eysenck 1947 und 1952

⁸⁵ Schmidt, 1984

⁸⁶ Eysenck, 1956

⁸⁷ Eysenck, 1960

Seiner Ansicht nach sind es bipolare Dimensionen:

- Extraversion: Intraversion – Extraversion
- Neurotizismus: Stabilität – Instabilität

Eysenck begründete die Entstehung des EPI folgendermaßen:

„Der EPI soll wie seine Vorgänger MMQ und MPI die hauptsächlichsten Dimensionen der Persönlichkeit, nämlich Extraversion und Neurotizismus, erfassen. Er ist dem MPI hinreichend ähnlich und korreliert genügend hoch mit ihm, so dass die experimentellen Ergebnisse zum älteren Instrument auch auf das neuere übertragen werden können. Die Verbesserungen des EPI lassen seine Anwendung aus mehreren praktischen Gesichtspunkten für geraten erscheinen.

Diese Vorteile sind wie folgt (Manual 1971, Eysenck):

1. Das EPI besteht aus zwei parallelen Formen A und B, wodurch eine Testwiederholung nach einer (experimentellen oder therapeutischen) Behandlung ermöglicht wird.
2. Die Items sind sorgfältig überarbeitet worden, um auch bei Versuchspersonen niedriger Intelligenz und/oder niedrigem Bildungsstatus ein Verständnis zu erreichen; die Items des MPI hatten sich als zu schwer für Versuchspersonen dieser Art erwiesen.
3. Die Korrelation zwischen Extraversion und Neurotizismus ist im MPI zwar gering, aber signifikant ($r = -0,22$), während eine andere Aufgabenauswahl diese Korrelation beim EPI verschwinden lässt.
4. Der EPI enthält eine Lügenskala, die zur Eliminierung von Versuchspersonen benutzt werden kann, die eine Reaktionstendenz im Sinne der Darstellung der sozialen Erwünschtheit zeigen. Der MPI enthielt keine derartige Skala.

5. Die Wiederholungszuverlässigkeit des EPI ist höher als die des MPI, sogar nach Zeitabständen von einigen Monaten liegen die Werte noch über 0,85. Der MPI erreicht nur Werte von 0,70.
6. Es liegen Untersuchungen vor, nach denen der EPI als beschreibendes Instrument
7. der Verhaltensmanifestationen der Persönlichkeit valide ist.“

Der EPI besteht aus den beiden parallelen Formen A und B, die jeweils eine Extraversionsskala und eine Neurotizismusskala mit je 24 Items und eine Lügenskala mit 9 Items enthalten. Die Items können nur mit ja oder nein beantwortet werden. Die Auswertung geschieht mit Schablonen. Die Schlüsselrichtung der Neurotizismus-Items liegt immer auf ja, bei den Extraversionss- und Lügenskalen wechseln die Antworten ja und nein ab.

Extravertierte Persönlichkeiten⁸⁸ werden von Eysenck durch folgende Charaktereigenschaften definiert:

1. Impulsive Menschen, die ständig auf der Suche nach Anregung sind.
2. Menschen, die Einsamkeit vermeiden und sich gerne mit Menschen umgeben.
3. Persönlichkeiten, die Veränderungen lieben und optimistisch in die Zukunft blicken.
4. sie strahlen eine gewisse Fröhlichkeit aus, können aber auch auf Lappalien sehr schnell aggressiv reagieren und sehr schnell die Geduld verlieren.
5. die Gefühle sind nicht immer unter Kontrolle.
6. gilt oft als nicht sehr zuverlässig.

⁸⁸ Eggert, 1974, S.11

Introvertierte Persönlichkeiten definiert Eysenck als:

1. zurückhaltende Menschen, welche Einsamkeit und Ruhe suchen.
2. Persönlichkeiten, die fremden Menschen recht distanziert gegenüber treten und nur bei vertrauten Menschen sich so geben wie sie wirklich sind.
3. Menschen, die ihre Zukunft planen, sind nicht spontan, sondern vorsichtig gegenüber jeder Art von Veränderungen.
4. Menschen die selten ihre wahren Gefühle zeigen und im täglichen Leben sehr kontrolliert wirken, Aggressivität sowie überschwängliche Freude werden selten an den Tag gelegt.
5. überwiegend pessimistische Charaktere.

In Eysencks Persönlichkeitslehre bezeichnet er also die Extraversion und die Intraversion als Hauptdimensionen, nicht zu vergessen ist der Neurotizismus. „Unter Neurotizismus wird ein vegetativ verankerter Anlagefaktor verstanden, der in größeren oder geringerem Grade bei beiden Persönlichkeitstypen angetroffen wird.“ (Zitat, Ludwig J. Pongratz⁸⁹). Wichtig ist hierbei die Unterscheidung in der Neurosenform. Bei introvertierten Persönlichkeiten entwickelt sich überwiegend eine dysthymische Neurose, unter belastenden Umwelteinflüssen, wie z.B. ein Zwang oder eine Phobie. Extrovertierte Persönlichkeiten hingegen entwickeln Neurosen von soziopathischer Natur. Sie verhalten sich in verschiedenen sozialen Situationen nicht situationsgemäß und widersprüchlich. Zusammenfassend kann über den Neurotizismus gesagt werden, dass er die Emotionalität beschreibt, die Leichtigkeit mit der eine Person erregt werden kann, die emotionale Instabilität⁹⁰. Der Neurotizismus ist konstitutionell oder biologisch bedingt, d. h. er ist ein Erbfaktor. Der EPI misst, wie bereits erwähnt, die beiden Dimensionen Neurotizismus und Intraversion-Extraversion.

⁸⁹ Pongratz, 1973, S.303

⁹⁰ Pongratz, 1973, S. 143, 186-191, 304

Diejenigen Personen⁹¹, die in einer bestimmten Dimension entweder hoch oder niedrig eingestuft werden, werden als abnorm beurteilt. So wird zum Beispiel eine Person, die sowohl in Neurotizismus, als auch in Extraversion hoch eingestuft wird, von Eysenck als psychopathisch betrachtet.

Die Begründung für die Entstehung des EPI definierte Eysenck folgendermaßen:

„Beobachtbares Verhalten ist eine Funktion dieser konstitutionellen Unterschiede in Interaktion mit der Umwelt; diese Interaktion führt zu deskriptiven, phänotypischen Unterschieden in der Extraversion - Introversion, die am besten mit Fragebögen wie dem EPI gemessen werden.“ (Eysenck).⁹²

Eysenck begründete seine Idee zu einem Test, durch welche die Persönlichkeit messbar wird, folgendermaßen:

„Zusammengefasst hat man nun einen kurzen zuverlässigen und gültigen Messwert für die zwei am bedeutendsten scheinenden Dimensionen der Persönlichkeit. Ein solches Messinstrument kann in jeder Untersuchung sinnvoll sein, wo man erwartet, dass Persönlichkeit und inter- und intra-individuelle Differenzen eine gewisse Rolle spielen“(Zitat Eysenck).⁹³

⁹¹ Davison, Neale, 1979, S.35ff

⁹² Zitat Eysenck, in: Eysenck-Persönlichkeitsinventar E-P-I von Prof. Dr. Eggert, S.13

⁹³ Zitat Eysenck, in: Eysenck-Persönlichkeitsinventar E-P-I von Prof. Dr. Eggert, S.28

2.1.3 Der Biografische Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA-AL)

Der Biografische Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA-AL) wurde primär zur Erfassung biografischer Dimensionen alkoholkranker Patienten entwickelt (Suchtkrankheit „Alkoholismus“ gemäss der operationalen WHO-Definition, 1952). Mit diesem Fragebogen sollte ein universelles standardisiertes Instrument entwickelt werden, das dem Untersucher die Analyse der Entwicklungsdynamik in relevanten Lebensbereichen bei Alkoholabhängigen erleichtern sollte.

Der BIFA-AL wurde aber auch in Untersuchungen mit depressiven Menschen bereits erprobt.⁹⁴ Dem BIFA-AL, der von K-E. Bühler und Bardeleben⁹⁵ entwickelt wurde, ging ein Primärfragebogen voraus (Bühler und Mörschel, 1981). Im Gegensatz zum BIFA-AL, der nur 38 Items umfasst, wies der Primärfragebogen 255 Items aus 11 Inhaltsbereichen auf. Diese Bereiche umfassten:

1. Familiensituation
2. Erziehungsformen und -stil der Eltern
3. Mutter- und Vaterbild
4. Selbstständigkeit
5. Leistungsmotivation
6. Reaktion auf Frustration
7. Einstellung gegenüber der Umwelt und der eigenen Person
8. persönliche und soziale Beziehungen
9. Lebensgefühl und Lebensgestaltung
10. Stimmungsniveau
11. Selbstkritik

⁹⁴ Kaltschmitt, 1991

⁹⁵ Bühler, Bardeleben, 1994

Aus den 255 Items des Primärfragebogens ergaben sich durch den Screen-Test von Cattell (1966)⁹⁶, dem Verlauf der Eigenwertdifferenzen und dem Kriterium von Fürntratt (1969)⁹⁷ drei Dimensionen bzw. Intervallskalen, die im BIFA-AL durch die 38 Items umfasst werden. Die insgesamt 38 Items sind also den drei Intervallskalen zugeordnet⁹⁸:

1. Skala: „Emotionale Insuffizienz“ (15 Items)
2. Skala: „ungünstige versus günstige Primärsozialisation“ (12 Items)
3. Skala: „Zielstreben“ (11 Items)

Die Items werden durch die dichotomen Kategorien „stimmt“ (Punktwert 1) oder „stimmt nicht“ (Punktwert 0) beantwortet. Die erste Dimension bzw. Skala „Emotionale Insuffizienz bzw. Neurotizismus“ (unipolar) beinhaltet v.a. Merkmale der Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Stimmungslabilität, Zukunftsängste und Versagensängste. Da es sich dabei um Zustände ohne zeitlichen Bezug handelt, sogenannte „zeitlose oder situationsgebundene“⁹⁹ Zustände, wird dieser Faktor der Gegenwart zugeordnet. Bei der Skala „ungünstige versus günstige Primärsozialisation“ (bipolar) kann man von einem positiven und negativen Pol sprechen. Der positive Pol lehnt das als unharmonisch empfundene Elternhaus ab. Er beschreibt den strengen Erziehungsstil der Eltern und die geringe Unterstützung auf der Gefühlsebene. Der negative Pol beinhaltet das Gegenteil in Form liebevoller Zuwendung durch die Eltern und ein positives Familienleben. Dieser Faktor repräsentiert den biografischen Aspekt der Vergangenheit des Fragebogens.

⁹⁶ Cattell, 1966

⁹⁷ Fürntratt, 1969

⁹⁸ Bühler, Bardeleben, 1994

⁹⁹ Bühler, Bardeleben, 1994

Die letzte Skala „Zielstreben“ (unipolar) umfasst drei verschiedene thematische Bereiche:

1. die konventionelle Leistungsorientierung
2. die dazu erforderlichen Fähigkeiten
3. die konzentrierte Planung der Ziele

Diese Dimension ist im Gegensatz zu den beiden anderen Dimensionen in die Zukunft gerichtet. Zur Beurteilung und Auswertung des Fragebogens werden von den einzelnen Subskalen Summenscores, deren Korrelationen untereinander und mit anderen Faktoren gebildet, die jeweils auch über die Zeit verglichen werden.

2.2 Die Stichproben

In der Einleitung wurde schon darauf hingewiesen, dass eine Parallelisierung der beiden Untersuchungsgruppen, die Voraussetzung für die Auswahl der gesunden Probanden war. Jedem depressiven Patienten musste ein entsprechender gesunder Proband zugeordnet werden. Das Aufnahmekriterium war zunächst die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nach dem ICD-10. Die Gruppe der depressiven Patienten war in ihrem Aufbau sehr heterogen, sie kamen aus unterschiedlichen sozialen Verhältnissen mit unterschiedlichem Bildungsniveau, so dass auch die gesunden Probanden diese Heterogenität widerspiegeln mussten. Die Bedingung für die Auswahl der gesunden Probanden war, dass sie sich zu keinem Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung befunden hatten bzw. an psychischen Störungen litten. Wie bereits erwähnt mussten drei Kriterien erfüllt sein:

1. das Geschlecht der beiden Vergleichspersonen musste identisch sein
2. das Alter durfte nur drei Jahre von dem Alter der Vergleichsperson abweichen (nach oben oder unten).
3. die Schulausbildung bzw. der Beruf musste identisch sein.

Tabelle 2: Die Verteilung des Geschlechts:

Geschlecht	Depressive Patienten	Gesunde Probanden	Total Wert
Männlich	20	20	40
Weiblich	24	24	48

Tabelle 3: Das Bildungsniveau

	Depressive Patienten	Gesunde Probanden	Total Wert
Hauptschule	13	13	26
Realschule	17	17	34
Gymnasium	4	4	8
Universität	10	10	20

Tabelle 4: Die Altersverteilung

	Anzahl der Versuchspersonen	Mittelwert	Standardabweichung SD	SE vom Mittelwert
Depressive Patienten	44	28.00	8.562	1.291
Gesunde Probanden	44	28.295	8.636	1.302

Mean Difference : -.2955

Wie in den Tabellen schon aufgeführt, umfasst die Stichprobe 88 Versuchspersonen, davon 44 depressive Patienten und 44 gesunde Probanden. Die Voraussetzung für die Aufnahme in die Versuchgruppen war ein korrektes Ausfüllen aller drei Testformen.

2.3 Durchführung

Nach Stellung der Diagnose der „Depression“, gemäss dem ICD-10, bekamen die Patienten nach ihrer Einwilligung und einem vorausgegangenem Gespräch, in dem die Zielsetzung dieser Umfrage ihnen dargelegt wurde, die drei Testformen vorgelegt. Es wurde eine bestimmte Reihenfolge beibehalten. Zunächst wurde der Thematische Apperzeptionstest ausführlich erklärt. Jedes der zehn Bilder des TATs wurde dem Patienten einzeln nach und nach vorgelegt. Die Versuchspersonen wurden dazu angehalten, zu jedem Bild eine möglichst spannende Geschichte zu erzählen. Der Fantasie sollte dabei freien Lauf gelassen werden. Es sollte beschrieben werden, was auf den Bildern im Augenblick geschieht, d.h. was die Menschen auf den Bildern gerade denken, fühlen, vorhaben, was gerade in ihnen vor sich geht. Des weiteren sollte von den Versuchspersonen beschrieben werden, wie es zu der jetzigen Situation kam, d.h. was vorher passiert war und das mögliche Ende der Geschichte sollte beschrieben werden. Den Versuchspersonen wurde dabei soviel Zeit gelassen wie sie zur Fertigstellung der Geschichte benötigten. Nach Beendigung des Thematischen Apperzeptionstest wurde der Biografische Fragebogen für Alkoholabhängige den Probanden vorgelegt. Auch dieser Test wurde vorab ausführlich erklärt. Zuletzt kam es zur Bearbeitung des Eysenck-Personality-Inventory. Es wurde darauf geachtet, dass bei jedem einzelnen Probanden die Reihenfolge beibehalten wurde.

3. Ergebnisse

3.1 TAT

3.1.1 Vergleich zwischen der Anzahl der Sätze der Tafeln 1-10 zwischen Patienten und gesunden Probanden

Tabelle 5:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	<u>Mittelwert :</u>	<u>Standardabweichung:</u>	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>
Tafel 1	8.68	6.29	6.79	3.90
Tafel 2	7.75	5.73	7.14	4.50
Tafel 3	6.59	4.50	7.36	5.64
Tafel 4	6.52	5.84	6.18	4.05
Tafel 5	6.54	8.13	6.61	5.11
Tafel 6	5.57	5.32	6.48	5.11
Tafel 7	6.29	7.43	5.77	3.68
Tafel 8	5.66	4.71	6.29	4.27
Tafel 9	5.45	5.36	5.34	4.24
Tafel 10	7.84	8.53	6.50	5.33
Total	66.90	51.55	64.48	37.98

In der Tabelle 5 werden die Mittelwerte der Summe aller geschriebenen Sätze in den einzelnen Bildtafeln des TATs von den Patienten und gesunden Probanden aufgelistet und können so vergleichend betrachtet werden. Am Ende der Tabelle ist der **Total-Wert** angegeben. Dieser Wert gibt den Mittelwert der Summe aller Sätze in den gesamten Bildtafeln, sowohl der Patienten wie auch der gesunden Probanden, wieder. Auffallend ist die Varianz in der Anzahl der Sätze der einzelnen Bildtafeln, sowohl der Patienten als auch der gesunden Probanden. Die Standardabweichung ist bei den Patienten zusammengefasst grösser als vergleichend zu den gesunden Probanden. Es kann davon ausgegangen werden, dass vor allem bei den Patienten vergleichend untereinander eine grosse Spannbreite zwischen der Anzahl der einzelnen Sätze in den jeweiligen Bildtafeln besteht.

Die meiste Anregung zur Verfassung einer Geschichte lieferte bei den **Patienten** die Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang), an zweiter Stelle stand die Bildtafel Nr. 10 (siehe Anhang), und an dritter Stelle die Bildtafel Nr. 2 (siehe Anhang). Bei den **gesunden Probanden** wurden die meisten Sätze zur Bildtafel Nr. 3 (siehe Anhang) verfasst. An zweiter Stelle stand die Bildtafel Nr. 2 (siehe Anhang), an dritter Stelle die Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang). Die Patienten sowie die gesunden Probanden wurden unterschiedlich von den Bildtafeln zur Verfassung von Geschichten angeregt.

Der **Total-Wert** ist bei den Patienten mit einem Mittelwert von 66.90 geringgradig höher als bei den gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 64.48. Auffallend ist der Unterschied der Standardabweichung, der bei den Patienten mit einem Wert von 51.55 im Gegensatz zu 37.98 bei den gesunden Probanden höher liegt.

3.1.2 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden in Bezug auf die prozentuale Aktivität in den Bildtafeln des TATs

Tabelle 6:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	Mittelwert:	Standardabweichung:	Mittelwert:	Standardabweichung:
Tafel 1	35.19	25.23	50.28	39.59
Tafel 2	42.94	27.23	47.73	47.42
Tafel 3	37.71	34.79	46.61	34.76
Tafel 4	24.61	16.33	43.53	35.46
Tafel 5	17.08	21.28	21.49	23.07
Tafel 6	29.78	35.73	31.48	32.59
Tafel 7	24.65	27.79	28.95	30.68
Tafel 8	18.46	26.83	18.87	26.08
Tafel 9	13.07	15.39	26.34	27.94
Tafel 10	18.61	24.24	21.85	34.37
Total	25.09	12.78	32.15	16.01

Die Totalität wird errechnet:

Prozentuale Aktivität = (Summe der Aktivität über alle 10 Bilder/ Summe der Sätze) x 100

In der Tabelle 6 wird der Mittelwert der prozentualen Aktivität in den einzelnen Bildtafeln von Patienten und gesunden Probanden aufgeführt und in dieser Weise vergleichbar gemacht. Es wird ersichtlich, dass die einzelnen Bildtafeln des TATs die Patienten im Gegensatz zu den gesunden Probanden in Bezug auf die Auslösung von Aktivität in den Geschichten bzw. Handlungen unterschiedlich angesprochen haben.

Bei den **Patienten** hat vor allem die Bildtafel Nr. 2 (siehe Anhang) den höchsten Anteil an prozentualer Aktivität in den erfundenen Geschichten ausgelöst. An zweiter Stelle steht die Bildtafel Nr. 3 (siehe Anhang), an dritter Stelle die Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang).

Bei den **gesunden Probanden** hat vor allem die Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang) den höchsten Anteil an prozentualer Aktivität in den Geschichten ausgelöst. An zweiter Stelle steht die Tafel Nr. 2 (siehe Anhang), an dritter Stelle steht die Bildtafel Nr. 3 (siehe Anhang).

Auffallend ist, dass sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden vor allem die ersten drei Bildtafeln die meiste prozentuale Aktivität in den einzelnen Geschichten auslöst.

Der **Total-Wert** ist bei den gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 32.15% an Aktivität höher als bei den Patienten mit einem Mittelwert von 25.09%. Es kann zusammenfassend gesagt werden, dass der Anteil an prozentualer Aktivität in der Summe aller erfundenen Geschichten bei den gesunden Probanden höher liegt als bei den Patienten.

3.1.3 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Proband in Bezug auf die prozentuale Passivität pro Bildtafel des TATs

Tabelle 7:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	Mittelwert:	Standardabweichung:	Mittelwert:	Standardabweichung:
Tafel 1	23.31	22.22	26.66	25.45
Tafel 2	3.59	7.28	13.89	20.04
Tafel 3	6.22	11.60	9.78	13.38
Tafel 4	1.77	5.11	3.42	6.90
Tafel 5	2.55	5.99	1.70	4.86
Tafel 6	5.32	10.14	6.14	12.84
Tafel 7	13.36	15.54	20.16	25.89
Tafel 8	12.14	16.65	15.30	21.43
Tafel 9	3.40	7.48	4.62	13.31
Tafel 10	13.31	17.50	21.40	28.07
Total	8.93	5.84	11.50	6.75

Errechnung der prozentualen Passivität:

Prozentuale Passivität = (Summe der Passivität über alle 10 Bildtafeln/Summe der Sätze) X 100

In der Tabelle 7 wird der Mittelwert der prozentualen Passivität in den Geschichten der einzelnen Bildtafeln von Patienten und gesunden Probanden verglichen. Auch in dieser Tabelle wird ersichtlich, dass die Bildtafeln die Patienten im Vergleich zu den gesunden Probanden unterschiedlich angesprochen haben.

Die Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang) hat bei den **Patienten** den höchsten prozentualen Anteil an Passivität in den Geschichten ausgelöst. An zweiter Stelle steht die Bildtafel Nr. 7 (siehe Anhang) knapp gefolgt von der Bildtafel Nr. 10.

Bei den **gesunden Probanden** steht ebenfalls die Bildtafel Nr. 1 an erster Stelle was den Anteil an prozentualer Passivität in den Geschichten betrifft. An zweiter Stelle steht die Bildtafel Nr. 10 (siehe Anhang), an dritter Stelle die Bildtafel Nr. 7.

Es fällt auf, dass sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden die gleichen drei Bildtafeln den höchsten Anteil an Passivität in den Geschichten erzeugt, jedoch in unterschiedlicher Reihenfolge.

Der **Total-Wert** ergibt bei den gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 11.50 % an Passivität in allen Geschichten einen höheren Wert als bei den Patienten mit einem Mittelwert von 8.93 %.

3.1.4 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden in Bezug auf die negativen Gedanken

(angegeben in Prozent pro Bildtafel)

Tabelle 8:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>
Tafel 1	31.96	27.40	40.57	32.48
Tafel 2	21.95	20.26	22.49	20.03
Tafel 3	34.16	21.40	42.03	25.70
Tafel 4	27.35	25.08	36.86	32.57
Tafel 5	20.33	25.53	19.84	21.09
Tafel 6	43.85	73.26	27.60	35.32
Tafel 7	23.85	22.64	18.79	22.05
Tafel 8	44.43	38.21	45.00	20.84
Tafel 9	26.31	50.96	14.75	21.12
Tafel 10	17.90	16.65	26.16	26.56
Total	27.41	11.91	28.78	9.11

Berechnung des Total-Wertes:

Prozentuale negative Gedanken = (Summe der negativen Gedanken über alle 10 Bildtafeln/Summe der Sätze) x 100

In der Tabelle 8 wird der prozentuale Anteil an negativen Gedanken in den einzelnen Geschichten der Bildtafeln von Patienten und gesunden Probanden verglichen. Den höchsten prozentualen Anteil an negativen Gedanken erzeugte die Bildtafel Nr. 8 (siehe Anhang) bei den **Patienten**. An zweiter Stelle steht die Bildtafel Nr. 6 (siehe Anhang) mit 43.85 % Anteil an negativen Gedanken. Die Bildtafel Nr. 3 (siehe Anhang) steht an dritter Stelle.

Bei den **gesunden Probanden** hat die Bildtafel Nr. 8 (siehe Anhang) den höchsten prozentualen Anteil an negativen Gedanken erzeugt. An zweiter Stelle steht die Bildtafel Nr. 3 (siehe Anhang) gefolgt von der Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang).

Auffällig ist, dass durch die Bildtafel Nr. 8 sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden der höchste Anteil an negativen Gedanken erzeugt wurde. Auch die Bildtafel Nr. 3 erzeugt bei beiden Testgruppen die Neigung zur Bildung negativer Gedanken. Betrachtet man die einzelnen Bildtafeln, so neigen insgesamt die gesunden Probanden in Bezug auf die Bildtafeln eher zu negativen Gedanken als die Patienten.

Der **Total-Wert** an negativen Gedanken liegt bei den Patienten mit 27.41% unter dem der gesunden Probanden mit 28.78%.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die gesunden Probanden unter Berücksichtigung der Anzahl der Sätze eher zu negativen Gedanken neigen als die Patienten.

3.1.5 Vergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden in Bezug auf die positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln (angegeben in Prozent)

Tabelle 9:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	Mittelwert:	Standardabweichung:	Mittelwert:	Standardabweichung:
Tafel 1	21.33	34.05	10.72	20.60
Tafel 2	13.56	19.76	16.76	18.95
Tafel 3	21.16	24.59	9.70	19.38
Tafel 4	21.26	38.11	12.67	32.12
Tafel 5	46.32	34.20	52.11	48.30
Tafel 6	10.56	19.54	9.42	17.14
Tafel 7	19.08	30.45	29.00	31.51
Tafel 8	7.85	16.24	5.51	11.44
Tafel 9	11.47	21.57	11.74	17.89
Tafel 10	11.10	13.55	16.95	26.43
Total	17.08	12.14	15.96	10.11

Berechnung des Total-Wertes:

Prozentuale positive Gedanken = (Summe positiver Gedanken aller 10 Bildtafeln / Summe der Sätze) x 100

In der dargestellten Tabelle 9 werden die prozentualen positiven Gedanken der Patienten in den einzelnen Bildtafeln mit den der gesunden Probanden verglichen. Die Bildtafel Nr. 5 (siehe Anhang) regte mit 46.32% am häufigsten die **Patienten** zur Bildung positiver Gedanken an. An zweiter Stelle steht die Bildtafel Nr.1 (siehe Anhang) dicht gefolgt von der Bildtafel Nr. 4 (siehe Anhang).

Bei den **gesunden Probanden** steht ebenfalls die Bildtafel Nr. 5 mit 52.11% an erster Stelle. An zweiter Stelle steht mit 29% die Bildtafel Nr. 7 (siehe Anhang) , an dritter Stelle die Bildtafel Nr. 10 (siehe Anhang).

Auffallend ist, dass sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden die Bildtafel Nr. 5 zur Bildung des höchsten Anteils an positiven Gedanken angeregt hat.

Der **Total-Wert** an positiven Gedanken ist mit 17.08% bei den Patienten höher als bei den gesunden Probanden mit 15.96%. Der Unterschied ist jedoch nur gering. Die Vermutung, dass vor allem die gesunden Probanden gegenüber den Patienten mehr positive Gedanken bei der Betrachtung der Bilder haben, kann nicht bestätigt werden.

Vergleicht man die Tabelle 8 mit der Tabelle 9, so fällt auf, dass prozentual gesehen in Bezug auf die geschriebenen Sätze insgesamt bei beiden Versuchsgruppen mehr negative Gedanken als positive Gedanken bei der Betrachtung der Bildtafeln entstanden sind.

3.2 Vergleich des Biografischen Tests für Alkoholiker zwischen Patienten und gesunden Probanden

Tabelle 10:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>
Zielgerichtetheit	5.16	3.30	9.84	1.75
Neurotizismus	9.50	4.32	5.32	4.30
Primärsozialisation	3.95	3.25	1.90	2.74

In der Tabelle 10 wurden die drei Skalen des Biografischen Fragebogens für Alkoholabhängige von den Versuchsgruppen untereinander verglichen. Die **gesunden Probanden** zeigen mit einem Mittelwert von 9.84 Items eine höhere Zielgerichtetheit als die **Patienten** mit einem Mittelwert von 5.16 Items. Bei der Skala „Neurotizismus“ liegen die Patienten mit einem Mittelwert von 9.50 Items höher als die gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 5.32 Items. Da die Skala des Neurotizismus vor allem Merkmale der Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Stimmungslabilität beinhaltet, kann der höhere Mittelwert bei den Patienten durch die depressive Erkrankung erklärt werden. Die Skala der Primärsozialisation repräsentiert den biografischen Aspekt der Vergangenheit der Versuchspersonen. Auch hier liegen die Patienten mit einem Mittelwert von 3.95 Items höher als die gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 1.90.

3.3 Vergleich des EPIs zwischen Patienten und gesunden Probanden

Tabelle 11:

	Patienten		Gesunde Probanden	
	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>	<u>Mittelwert:</u>	<u>Standardabweichung:</u>
Neurotizismus	15.02	4.84	11.54	4.52
Extraversion	9.45	4.23	13.79	3.55

In der Tabelle 11 werden die beiden Skalen Neurotizismus und Extraversion des Eysenck-Persönlichkeitsfragebogens (EPI) der **Patienten** mit denen der **gesunden Probanden** verglichen. Die Gruppe der Patienten zeigt mit einem Mittelwert von 15.02 Items einen höheren Wert als die gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 11.54 Items in der Skala des Neurotizismus. Ein hoher Neurotizismuswert weist die Neigung zu neurotischen Dispositionen auf. So kann der höhere Wert bei den Patienten gegenüber den gesunden Probanden erklärt werden. In der Skala der Extraversion haben dagegen die **gesunden Probanden** mit einem Mittelwert von 13.79 Items einen höheren Wert erlangt als die **Patienten** mit einem Mittelwert von 9.45 Items. Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, werden meist als introvertierte Menschen, das heißt vor allem als zurückgezogene Menschen beschrieben. Da die Skala der Extraversion aber auch die Neigung zur Ausbildung neurotischer Störungen aufweist kann erklärt werden, dass auch die Patienten einen Mittelwert von 9.45 Items erreicht haben. Die gesunden Probanden haben dagegen den höheren Mittelwert in der Skala der Extraversion erreicht. Die Extraversiondimension steht in Beziehung zur Symptomatik der Neurose. Da bei der Versuchsgruppe der Patienten vor allem die affektive Störung im Vordergrund steht, bei den gesunden Probanden aber die Möglichkeit besteht, eine Vielfalt von unterschiedlichen Störungen zu entwickeln, ist der Mittelwert der Skala der Extraversion höher gelegen als der Mittelwert der Patienten.

3.4 2-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test

Tabelle 12:

	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6	T 7	T 8	T 9	T 10	Total
Anzahl d. Sätze	.323	.804	.753	.741	.505	.224	.747	.290	.476	.841	.673
P Akt.	.048*	.916	.090	.017*	.298	.725	.434	.806	.039*	.965	.074
P Pass.	.614	.003**	.123	.197	.461	.926	.488	.661	.547	.334	.051
P Neg.	.217	.961	.196	.277	.840	.541	.234	.228	.240	.351	.346
P Pos.	.026*	.316	.003**	.094	.938	.743	.057	.532	.804	.927	.942

T = Bildtafel des TAT

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

P = prozentual

Akt = Aktivität

Pass = Passivität

Neg. = Negative Gedanken

Pos. = Positive Gedanken

p ist die Irrtumswahrscheinlichkeit:

$$0 \leq p \leq 1$$

$p \leq 0.1$: Tendenz zur Signifikanz

$p \leq 0.05$: Unterschiede sind signifikant *

$p \leq 0.01$: Unterschiede sind sehr signifikant **

$p \leq 0.001$: Unterschiede sind höchst signifikant ***

Hypothese:

Bei der zweiseitigen Tabelle von Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W Test wird erwartet, dass sich die gesunden Probanden und Patienten in den Ergebnissen des TAT unterscheiden. Die Richtung des Unterschiedes wird jedoch in der Hypothese nicht angegeben.

Die **Nullhypothese** besagt, dass der zu erwartende Effekt in der Grundgesamtheit nicht existiert. Das Ergebnis der Stichprobe ist auf die zufallsabhängige Streuung zurückzuführen.

Der Begriff der **Signifikanz** sagt aus, dass die Ergebnisse nicht nur durch den Zufall erklärbar sind. Dadurch kommt es zur Widerlegung der Nullhypothese.

In der Tabelle 12 kommt es zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden zwischen den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf die Frage nach der Anzahl der Sätze, der prozentualen Aktivität, Passivität, negativen und positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln.

Betrachtet man nur den **Total-Wert**, so ist keine Signifikanz in den 5 Skalen (Anzahl der Sätze, P Akt., P Pass., P Neg. und P Pos.) zu verzeichnen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse eher durch den Zufall zu erklären sind. Die Nullhypothese wurde nicht widerlegt.

3.5 1-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test

Tabelle 13:

	T 1	T 2	T 3	T 4	T 5	T 6	T 7	T 8	T 9	T 10	Total
Anzahl d. Sätze	.161	.402	.376	.370	.252	.112	.373	.145	.238	.420	.336
P Akt.	.024*	.458	.045*	.008**	.149	.362	.217	.403	.019*	.482	.037*
P Pass.	.307	.0015**	.061	.098	.230	.463	.244	.330	.273	.167	.002**
P Neg.	.108	.480	.098	.138	.420	.270	.117	.114	.120	.175	.173
P Pos.	.013*	.158	.0015**	.047*	.469	.371	.028*	.266	.402	.463	.471

T = Bildtafel des TAT

P = prozentual

Akt. = Aktivität

Pass. = Passivität

Neg. = negative Gedanken

Pos. = positive Gedanken

p ist die Irrtumswahrscheinlichkeit:

$$0 \leq p \leq 1$$

$p \leq 0.1$: Tendenz zur Signifikanz

$p \leq 0.05$: Unterschiede sind signifikant *

$p \leq 0.01$: Unterschiede sind sehr signifikant **

$p \leq 0.001$: Unterschiede sind höchst signifikant ***

Bei der einseitigen p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich über die 5 Skalen (Anzahl der Sätze, Aktivität, Passivität, negative Gedanken und positive Gedanken) wird eine Vermutung über die Richtung des zu erwartenden Unterschiedes angegeben. Es wird erwartet, dass die gesunden Probanden höhere Werte im Gegensatz zu den Patienten erzielen.

Wird der **Total-Wert** betrachtet, so fällt auf, dass bei der prozentualen Aktivität die Unterschiede zwischen gesunden Probanden und Patienten signifikant sind, und der Unterschied in Bezug auf die prozentuale Passivität sehr signifikant ist. In diesen beiden Skalen wird die Nullhypothese widerlegt.

Werden die Anzahl der Sätze betrachtet, so fällt auf, dass in keiner der Bildtafeln die Tendenz zur Signifikanz besteht. Die Skala der prozentualen Aktivität weist dagegen Signifikanz in der Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang), Nr. 3 und Nr. 9 auf. Sehr signifikante Unterschiede bestehen in der Bildtafel Nr. 4.

Die Skala der prozentualen Passivität weist nur in der Bildtafel Nr. 4 einen sehr signifikanten Unterschied zwischen gesunden Probanden und Patienten auf. Die übrigen Bildtafeln weisen keine Tendenz zur Signifikanz auf. Auch in der Skala der negativen Gedanken kommt es zu keiner Tendenz zur Signifikanz in den Bildtafeln. Die Skala der prozentualen positiven Gedanken weist eine große Signifikanz in der Bildtafel Nr. 3 auf und Signifikanz in den Bildtafeln Nr. 1, 4 und 7.

3.6 2-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen des BIFAs und EPIs nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test

Tabelle 14:

BIFA			EPI	
ZG	N	PS	N	EV
.000***	.000***	.0014*	.0002**	.000***

ZG: Zielgerichtetheit

N: Neurotizismus

PS: Primärsozialisation

EV: Extraversion

p ist die Irrtumswahrscheinlichkeit :

$$0 \leq p \leq 1$$

$p \leq 0.1$: Tendenz zur Signifikanz

$p \leq 0.05$: Unterschiede sind signifikant *

$p \leq 0.01$: Unterschiede sind sehr signifikant **

$p \leq 0.001$: Unterschiede sind höchst signifikant ***

In der Tabelle 14 werden die Skalen des BIFAs sowie des EPIs von den gesunden Probanden und Patienten hinsichtlich der Signifikanz untersucht. Jeder der untersuchten Skalen weist Signifikanz in Bezug auf den Unterschied zwischen den untersuchten Stichproben auf, so dass davon ausgegangen werden kann, dass der Unterschied nicht durch den Zufall bedingt ist, und somit die Nullhypothese widerlegt ist.

Die Skala der Zielgerichtetheit im Biografischen Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA) weist einen höchst signifikanten Unterschied zwischen Patienten und gesunden Probanden auf. Auch die Skala des Neurotizismus im BIFA weist einen höchst signifikanten Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen auf.

Die Skala der Primärsozialisation weist ebenfalls Signifikanz auf, diese Signifikanz ist jedoch gegenüber den anderen beiden Skalen des BIFAs nicht von dem gleichen Niveau. In den beiden Skalen des EPIs (Eysenck Personality Inventory) besteht ebenfalls deutliche Signifikanz was den Unterschied zwischen gesunden Probanden und Patienten in Hinsicht auf die beiden Skalen betrifft.

In der Skala des Neurotizismus ist der Unterschied sehr signifikant, in der Skala der Extraversion ist der Unterschied höchst signifikant.

3.7 1-seitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich zwischen Patienten und gesunden Probanden für alle Skalen des BIFAs und EPIs nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W-Test:

Tabelle 15:

BIFA			EPI	
ZG	N	PS	N	EV
.000***	.000***	.0007**	.0001**	.000***

ZG: Zielgerichtetheit

N: Neurotizismus

PS: Primaersozialisation

EV: Extraversion

p ist die Irrtumswahrscheinlichkeit:

$$0 \leq p \leq 1$$

$p \leq 0.1$: Tendenz zur Signifikanz

$p \leq 0.05$: Unterschiede sind signifikant *

$p \leq 0.01$: Unterschiede sind sehr signifikant **

$p \leq 0.001$: Unterschiede sind höchst signifikant ***

In der einseitigen p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für alle Skalen des BIFAs und EPIs finden sich wie schon zuvor in der zweiseitigen p-Wert-Tabelle ein hohes Signifikanzniveau in den einzelnen Skalen des EPIs und des BIFAs.

Die Skala der Zielgerichtetheit und des Neurotizismus weisen im Bezug auf den Unterschied der beiden Vergleichsgruppen die höchste Signifikanz auf. Somit kann ausgeschlossen werden, dass das Ergebnis zufällig entstanden ist.

In der Primärsozialisation des BIFAs kommt ebenfalls zwischen den Patienten und gesunden Probanden ein signifikanter Unterschied zur Darstellung. In der Skala der Extraversion des EPIs ist der Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen höchst signifikant, in der Skala des Neurotizismus ist der Unterschied sehr signifikant.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse in beiden Testformen nicht durch Zufälle bedingt sind und auf eine Grundgesamtheit übertragen werden können.

3.8 Vergleich der Anzahl der Sätze mit Alter, Schulbildung und Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 16:

	Alter	Schulbildung	Geschlecht
Anzahl der Sätze in Tafel 1	-.246	.1924	.0085
Anzahl der Sätze in Tafel 2	.1442	.1043	-.0860
Anzahl der Sätze in Tafel 3	-.1797	.217	.1027
Anzahl der Sätze in Tafel 4	-.1638	.1755	.0720
Anzahl der Sätze in Tafel 5	-.1866	.1552	.0257
Anzahl der Sätze in Tafel 6	-.2798	.1571	.1369
Anzahl der Sätze in Tafel 7	-.2531	.1684	.1028
Anzahl der Sätze in Tafel 8	-.2238	.1921	.0198
Anzahl der Sätze in Tafel 9	-.2169	.1914	.0149
Anzahl der Sätze in Tafel 10	-.2001	.2574	-.0072
Total	-.2720	.2504	.0475

Definition des Rangkorrelationskoeffizienten :

$r \leq \pm 0.2$: sehr geringe Korrelation

$r \leq \pm 0.5$: geringe Korrelation

$r \leq \pm 0.7$: mittlere Korrelation

$r \leq \pm 0.9$: hohe Korrelation

$r \geq \pm 0.9$: sehr hohe Korrelation

In der Tabelle 16 wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman bestimmt. Die Beziehung zwischen Anzahl der Sätze und jeweils Alter, Schulausbildung und Geschlecht soll auf diese Weise bestimmt werden. Um den Zusammenhang zwischen den zu betrachtenden Größen angeben zu können, wird der Korrelationskoeffizient berechnet, der Werte von +1 bis -1 annehmen kann. Zeigt der Korrelationskoeffizient den Wert +1 oder -1, lässt sich der eine Wert aus dem anderen Wert ableiten bzw. berechnen. Bei Werten um Null spielt die postulierte Abhängigkeit zwischen den zu betrachtenden Werten keine Abhängigkeit.

Betrachtet man die Anzahl der Sätze in Bezug auf das Alter beider Vergleichsgruppen können nur schwache Rangkorrelationen gesichert werden.

Aus dem **Total-Wert** von -0.2720 kann abgeleitet werden:

Je höher das Alter desto geringer die Anzahl der Sätze.

Auch bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Schulausbildung und Anzahl der Sätze kann nur eine schwache Rangkorrelation gesehen werden.

Der **Total-Wert** von 0.2504 sagt aus, dass je höher die Schulausbildung ist, desto höher ist die Anzahl der Sätze.

Die Betrachtung des Geschlechts in Bezug auf die Anzahl der Sätze weist ebenfalls eine schwache Rangkorrelation auf.

Der **Total-Wert** von 0.0475 weist eine äußerst geringe Korrelation aus. Sofern eine Aussage überhaupt abgeleitet werden kann, könnte gesagt werden, dass Frauen insgesamt in den Bildtafeln mehr schreiben als die Vergleichsgruppe der Männer.

3.9 Vergleich der prozentualen Aktivität der einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht

Tabelle 17:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Akt in Tafel 1	.0744	.0536	.0922
P Akt in Tafel 2	.1694	-.1403	.1573
P Akt in Tafel 3	-.1668	-.0630	.0628
P Akt in Tafel 4	-.1244	.0130	.0142
P Akt in Tafel 5	.0032	-.0019	.1369
P Akt in Tafel 6	-.1819	.0746	.0743
P Akt in Tafel 7	.2506	-.2505	.0653
P Akt in Tafel 8	.0478	.0558	.1514
P Akt in Tafel 9	-.2440	.0911	.2883
P Akt in Tafel 10	-.2089	-.0208	.2170
Total	.0787	-.1209	.2094

Definition der Rangkorrelation :

Vgl. S 66

P Akt: prozentuale Aktivität

Tafel: Bildtafeln des TAT

In der Tabelle 17 wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman zwischen der prozentualen Aktivität der einzelnen Bildtafeln und jeweils Alter, Schulausbildung und Geschlecht bestimmt.

Vergleicht man den Zusammenhang des Alters der beiden Versuchsgruppen mit der prozentualen Aktivität der Bildtafeln kann auch hier festgestellt werden, dass nur eine schwache Rangkorrelation besteht. Teilweise tendiert der Korrelationskoeffizient sogar gegen Null, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die prozentuale Aktivität pro Bildtafel in keinem bis nur geringem Zusammenhang zum Alter besteht.

Der **Total-Wert** von 0.0787 macht dies deutlich. Wenn überhaupt ein Zusammenhang abgeleitet werden kann, so kann gesagt werden, dass je höher das Alter ist desto höher ist die prozentuale Aktivität der einzelnen Bildtafeln.

Auch der Rangkorrelationskoeffizient, der den Zusammenhang zwischen Schulausbildung und der prozentualen Aktivität darstellen soll, weist nur eine schwache Rangkorrelation auf. Auch hier kann eine Tendenz gegen Null festgestellt werden. Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes** liegt bei -0.1209, tendiert also ebenfalls gegen Null, so dass eher kein Zusammenhang zwischen der Schulausbildung und der prozentualen Aktivität der Bildtafeln besteht.

Wenn überhaupt eine Aussage gemacht werden kann, könnte gesagt werden, dass je höher die Schulausbildung desto geringer die prozentuale Aktivität in den einzelnen Bildtafeln.

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchsperson und der prozentualen Aktivität weist ebenfalls nur eine schwache Beziehung auf und tendiert zum Teil gegen Null. Durch den Korrelationskoeffizient des **Total-Wertes** mit einem Wert von 0.2094 wird diese schwache Rangkorrelation noch einmal verdeutlicht.

Die Aussage des Korrelationskoeffizienten lautet, dass Frauen eine höhere prozentuale Aktivität in den Bildtafeln des Thematic Apperception Tests aufweisen als das andere Geschlecht.

3.10 Vergleich der prozentualen Passivität der einzelnen Bildtafeln des TATs beider Vergleichsgruppen mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 18:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Pass in Tafel 1	.2214	-.1871	-.1400
P Pass in Tafel 2	.2521	-.0667	.0548
P Pass in Tafel 3	-.0006	.1135	.0582
P Pass in Tafel 4	-.0883	.0541	-.1478
P Pass in Tafel 5	-.0483	.0932	-.0629
P Pass in Tafel 6	.2088	-.2563	-.1292
P Pass in Tafel 7	-.0638	.0644	-.0954
P Pass in Tafel 8	.0595	-.0919	-.0221
P Pass in Tafel 9	-.0967	-.0931	-.1014
P Pass in Tafel 10	.0437	-.1747	-.1044
Total	.2267	-.2040	-.1506

P Pass: prozentuale Passivität
Tafeln: Bildtafeln des TATs

Definition des Rangkorrelationskoeffizienten:

Vgl. S. 66

In der Tabelle 18 wird der Zusammenhang zwischen der prozentualen Passivität der einzelnen Bildtafeln des TATs mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht in der Gesamtheit beider Vergleichsgruppen betrachtet. Auch hier kann in der Beziehung zwischen Alter und prozentualer Passivität der einzelnen Bildtafeln insgesamt nur ein schwacher Zusammenhang gesehen werden. Der Rangkorrelationskoeffizient tendiert teilweise gegen Null. Der Korrelationskoeffizient des **Total-Wertes** mit 0.2267 macht diesen schwachen Zusammenhang noch einmal deutlich. Es könnte gesagt werden, dass je höher das Alter der Versuchspersonen, desto höher ist die prozentuale Passivität in den Bildtafeln des TATs.

Der Zusammenhang zwischen Schulausbildung und prozentualer Passivität in den Bildtafeln ist ebenfalls schwach und tendiert auch hier teilweise gegen Null. Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes** mit einem Wert von -0.2040 verdeutlicht dies. Es könnte folgende Aussage gemacht werden: Je höher die Schulausbildung desto, geringer die prozentuale Passivität in den Bildtafeln des TATs.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und prozentualer Passivität weist ebenfalls nur eine schwache Rangkorrelation auf. Auch hier besteht teilweise eine Tendenz gegen Null. Der **Total-Wert** mit einem Wert von -0.1506 verdeutlicht dies. Es könnte gesagt werden, dass Männer eine höhere prozentuale Passivität aufweisen in den Bildtafeln des TATs als im Vergleich zu den Frauen.

3.11 Vergleich der prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs aller Versuchspersonen mit dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 19:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Neg in Tafel 1	.0259	.0561	.1056
P Neg in Tafel 2	.0150	.0814	-.1596
P Neg in Tafel 3	.1574	-.1943	-.0970
P Neg in Tafel 4	-.0988	.0691	.1246
P Neg in Tafel 5	-.0197	.0851	.0463
P Neg in Tafel 6	.0292	.0661	.0126
P Neg in Tafel 7	-.0971	.0291	-.0387
P Neg in Tafel 8	-.0028	-.0595	.1058
P Neg in Tafel 9	-.0460	.0122	-.1255
P Neg in Tafel 10	-.2173	.2975	.1780
Total	.0784	.0505	.1538

P Neg.: prozentuale negative Gedanken

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 19 wird der Zusammenhang der prozentualen negativen Gedanken mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten dargestellt.

Es kommt in allen drei Vergleichsuntergruppen eine schwache Rangkorrelation zur Darstellung die, wie auch in den vorangehenden Tabellen, teilweise gegen Null tendiert und somit nur eine schwache Beziehung bzw. kein Zusammenhang zwischen den prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln und den drei Vergleichsparameter aufweist.

Der Rangkorrelationskoeffizienten des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen den prozentualen negativen Gedanken der Bildtafeln und des Alters zeigt, hat einen Wert von 0.0784. Dieser Wert weist eine äusserst schwache Beziehung auf. Wenn überhaupt eine Aussage gemacht werden kann, könnte man sagen: Je höher das Alter desto höher die prozentualen negativen Gedanken in den Bildtafeln des TATs.

Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen der Schulausbildung und den prozentualen negativen Gedanken aufweisen soll, hat ebenfalls mit einem Wert von 0.0505 einen Wert der gegen Null tendiert. Wenn überhaupt aus diesem Wert eine Aussage abgeleitet werden kann, könnte gesagt werden dass, je höher die Schulausbildung desto höher der Anteil an prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln.

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchspersonen und den prozentualen negativen Gedanken in den Bildtafeln hat einen **Total-Wert** von 0.1538. Dieser Wert weist einen nur schwachen Zusammenhang auf. Es könnte gesagt werden, dass Frauen im Vergleich zu Männern öfters prozentual gesehen negative Gedanken in den einzelnen Bildtafeln äußern.

3.12 Vergleich des Zusammenhangs der prozentualen positiven Gedanken der einzelnen Bildtafeln des TATs aller Versuchspersonen mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht

Tabelle 20:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Pos in Tafel 1	.0013	.0578	.2029
P Pos in Tafel 2	-.0266	.2040	.1694
P Pos in Tafel 3	.0625	-.1282	-.1331
P Pos in Tafel 4	.1291	-.1350	.1617
P Pos in Tafel 5	.0671	-.1781	.0828
P Pos in Tafel 6	-.1000	-.0877	.1140
P Pos in Tafel 7	.0477	-.0112	.1181
P Pos in Tafel 8	.2889	-.1861	.0651
P Pos in Tafel 9	.1415	-.0951	.0839
P Pos in Tafel 10	.1873	.0303	.1517
Total	.1689	-.1529	.2264

P Pos: Prozentuale positive Gedanken

Tafel: Bildtafeln des TATs

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S.66

In der Tabelle 20 wird der Zusammenhang zwischen positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs und jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten dargestellt. Auch hier kann wiederum nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation in allen drei Gruppen festgestellt werden.

Der Rangkorrelationskoeffizienten des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen Alter und prozentualen positiven Gedanken darstellt, hat einen Wert von 0.1689 und somit kann nur ein geringer Zusammenhang gesehen werden. Eine Aussage würde lauten: Je höher das Alter, desto höher der prozentuale Anteil an positiven Gedanken in den Bildtafeln des TATs.

Auch der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen der Schulausbildung und den positiven Gedanken aufweisen soll, hat mit -0.1529 nur eine geringe Korrelation. Die Aussage lautet : Je höher die Schulausbildung, desto geringer der prozentuale Anteil der positiven Gedanken in den Bildtafeln des TATs.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und prozentualen positiven Gedanken hat mit einem **Total-Wert** von 0.2264 eine geringe Korrelation. Wenn eine Aussage gemacht werden kann, würde diese lauten : Frauen haben einen höheren Anteil an positiven Gedanken in den Bildtafeln des TATs.

3.13 Vergleich der Skalen des BIFAs und EPIs aller Versuchspersonen mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten

Tabelle 21:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
BIFA Z	.1369	.0646	-.0132
BIFA N	-.1396	-.1090	-.0400
BIFA P	.0220	-.1090	-.1876
EPI N	-.1565	-.1800	.1277
EPI E	.0163	-.0255	-.1147

BIFA Z: Zielgerichtetheit

BIFA N: Neurotizismus

BIFA P: Primaersozialisation

EPI N: Neurotizismus

EPI E: Extraversion

Definition des Rangkorrelationskoeffizienten :

Vgl. S. 66

In der Tabelle 21 soll der eventuelle Zusammenhang der einzelnen Skalen des BIFAs und EPIs mit jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht aller Versuchsprobanden dargestellt werden.

Auch in dieser Tabelle besteht wiederum nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation zwischen Alter, Schulausbildung und Geschlecht sowie den jeweiligen Skalen des BIFAs (Zielgerichtetheit, Neurotizismus und Primärsozialisation) und den Skalen des EPIs (Neurotizismus und Extraversion).

Von einem Zusammenhang der zu betrachtenden Werten kann nicht direkt gesprochen werden und die Werte können nicht voneinander abgeleitet werden.

3.14 Vergleich der Anzahl der Sätze des TATs in Korrelation zum Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten untereinander nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 22:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
Anzahl der Sätze in Tafel 1	-.2969	.2761	.1240
Anzahl der Sätze in Tafel 2	-.0899	.2887	-.0090
Anzahl der Sätze in Tafel 3	-.2660	.3077	.1565
Anzahl der Sätze in Tafel 4	-.2241	.1699	.2177
Anzahl der Sätze in Tafel 5	-.1688	.1923	.1170
Anzahl der Sätze in Tafel 6	-.3095	.1999	.1783
Anzahl der Sätze in Tafel 7	-.2795	.0753	.3225
Anzahl der Sätze in Tafel 8	-.2306	.2092	.1282
Anzahl der Sätze in Tafel 9	-.2543	.1900	.1641
Anzahl der Sätze in Tafel 10	-.1674	.3046	.1242
Total	-.3052	.2832	.1846

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

In der Tabelle 22 wird nun der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Sätze der einzelnen Bildtafeln des TATs und dem Alter, der Schulausbildung und des Geschlechts der Patienten dargestellt. Das Alter scheint nur eine geringe Korrelation zu der Anzahl der Sätze in den einzelnen Bildtafeln zu haben.

Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes** hat einen Wert von - 0.3052. Es kann davon abgeleitet werden: Je höher das Alter, desto geringer die Anzahl der Sätze.

Auch die Korrelationskoeffizienten, die den Zusammenhang zwischen Schulausbildung und Anzahl der Sätze in den einzelnen Bildtafeln darstellen, weisen nur eine geringe bis sehr geringe Beziehung zwischen den beiden Werten auf. Der Rangkorrelationskoeffizienten des **Total-Wertes** liegt bei 0.2832. Sofern eine Aussage aus diesem Wert abgeleitet werden kann, kann gesagt werden dass, je höher die Schulausbildung, desto größer ist die Anzahl der Sätze.

Die Korrelation zwischen Geschlecht und Anzahl der Sätze schwankt ebenfalls von gering bis sehr gering. Der **Total-Wert** von 0.1846 weist darauf hin, dass eigentlich von keinem direkten Zusammenhang ausgegangen werden kann. Es könnte gesagt werden, dass Frauen mehr Sätze in den einzelnen Bildtafeln insgesamt schreiben als das andere Geschlecht.

3.15 Vergleich der Prozentualen Aktivität in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten untereinander nach dem Spearman Correlation Coeffizienten:

Tabelle 23:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Akt in Tafel 1	-.0228	-.1513	-.0413
P Akt in Tafel 2	.2445	-.2766	-.0905
P Akt in Tafel 3	-.3000	-.1206	.0539
P Akt in Tafel 4	-.1042	.0576	-.1400
P Akt in Tafel 5	-.1586	.0393	.0931
P Akt in Tafel 6	-.0301	.0859	-.2310
P Akt in Tafel 7	.3069	-.4305	-.0965
P Akt in Tafel 8	.1957	.1271	.2089
P Akt in Tafel 9	-.1986	-.0590	.0788
P Akt in Tafel 10	-.0368	-.0752	.2199
Total	.1281	-.2162	-.0394

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

P Akt: prozentuale Aktivität

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 23 wird die prozentuale Aktivität der einzelnen Bildtafeln des TATs in Zusammenhang mit dem Alter der Schulausbildung und dem Geschlecht dargestellt. Betrachtet werden dabei die Gruppe der Patienten. Auch hier kann zwischen den drei Werten (Alter, Schulausbildung und Geschlecht) nur ein geringer bis sehr geringer Zusammenhang deutlich gemacht werden.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen Alter und prozentualer Aktivität in den Bildtafeln darstellt, hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.1281. Aus diesem Wert ließe sich ableiten, dass je höher das Alter, desto höher die prozentuale Aktivität in allen Tafeln.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen Schulausbildung und prozentualer Aktivität in allen Bildtafeln aufzeigt, hat einen geringen Rangkorrelationskoeffizienten von -0.2162. Daraus ließe sich die Aussage ableiten, je höher die Schulausbildung, desto geringer die prozentuale Aktivität in den einzelnen Bildtafeln.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und prozentualer Aktivität der Bildtafeln hat einen sehr geringen **Total-Wert** von -0.0394. Von diesem Rangkorrelationskoeffizienten kann eigentlich kein direkter Zusammenhang zwischen den beiden Werten abgeleitet werden. Soll trotz dieses Wertes eine Aussage gemacht werden, müsste diese lauten: Die Frauen in der Gruppe der Patienten zeigen in den Bildtafeln eine geringere prozentuale Aktivität als das andere Geschlecht.

3.16 Vergleich der prozentualen Passivität der Patienten in den einzelnen Bildtafeln in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 24:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Pass in Tafel 1	.3275	-.2171	-.1133
P Pass in Tafel 2	.2817	-.3082	-.1677
P Pass in Tafel 3	-.0090	.2566	-.0154
P Pass in Tafel 4	-.1700	-.1956	-.1137
P Pass in Tafel 5	-.0230	-.0056	-.1414
P Pass in Tafel 6	.3034	-.2306	-.0536
P Pass in Tafel 7	-.1190	.0424	-.1042
P Pass in Tafel 8	-.1184	-.1450	-.2803
P Pass in Tafel 9	-.0041	-.0787	-.1717
P Pass in Tafel 10	.0607	-.1082	-.0825
Total	.3561	-.3409	-.2742

Definition des Rangkorrelationskoeffizienten:

Vgl. S. 66

P Pass: prozentuale Passivität

Tafeln: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 24 wird die Korrelation zwischen der prozentualen Passivität der einzelnen Bildtafeln zu Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten dargestellt. Auch in dieser Tabelle wird eine geringe bis sehr geringe Korrelation sichtbar.

Der Rangkorrelationskoeffizienten des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen Alter und prozentualer Passivität in den Bildtafeln darstellt, liegt bei 0.3561. Es kann gesagt werden dass, je höher das Alter, desto höher die prozentuale Passivität in den Bildtafeln des TATs.

Auch der **Total-Wert**, der die Beziehung zwischen Schulausbildung und der prozentualen Passivität darstellt, zeigt mit einem Korrelationskoeffizienten von -0.3209 eher einen geringen Zusammenhang zwischen den beiden Werten. Wenn überhaupt eine Aussage aus diesem Wert abgeleitet werden kann, kann gesagt werden, dass je höher die Schulausbildung, desto geringer die prozentuale Passivität in den Bildtafeln bei der Gruppe der Patienten.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Patienten und der prozentualen Passivität in allen Bildtafeln verdeutlicht, hat einen Korrelationskoeffizienten von -0.2742. Auch dieser Wert weist eher einen geringen Zusammenhang auf. Wenn eine Aussage aus diesem Wert abgeleitet werden soll, kann gesagt werden, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine geringere prozentuale Passivität in den Bildtafeln aufweisen.

3.17 Vergleich der prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht in der Vergleichsgruppe der Patienten nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 25:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Neg in Tafel 1	.1341	.0055	-.0905
P Neg in Tafel 2	-.0328	.2426	-.1343
P Neg in Tafel 3	.0838	-.1931	-.0602
P Neg in Tafel 4	-.2392	.0104	-.1381
P Neg in Tafel 5	-.1395	.1691	.2139
P Neg in Tafel 6	-.0106	-.1254	-.0301
P Neg in Tafel 7	.1391	-.0275	-.0837
P Neg in Tafel 8	.0133	-.0306	.1673
P Neg in Tafel 9	.2202	-.1275	-.2228
P Neg in Tafel 10	-.3558	.4043	.0611
Total	.0756	.0112	.0125

Definition des Rangkoeffizienten :

Vgl. S. 66

P Neg: prozentuale negative Gedanken

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 25 wird der Zusammenhang zwischen den prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs und dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht der Patienten durch den Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten aufgezeigt. Auch hier kann wieder nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation zwischen den Werten festgestellt werden.

Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und den prozentualen negativen Gedanken in allen Tafeln zeigt, hat einen Wert von 0.075. Dieser Wert tendiert gegen Null, so dass gesagt werden kann, dass nahezu kein Zusammenhang zwischen beiden Werten besteht.

Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen der Schulausbildung der Patienten und den prozentualen negativen Gedanken in allen Bildtafeln zeigt, hat ebenfalls mit einem Wert von 0.0112 einen Wert, der gegen Null tendiert, und so keinen eindeutigen Zusammenhang aufweist.

Auch der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Patienten und den prozentualen negativen Gedanken in allen Bildtafeln, hat mit einem Korrelationskoeffizienten von 0.0125 einen Wert der gegen Null tendiert.

3.18 Vergleich der prozentualen positiven Gedanken der Patienten in den einzelnen Tafeln in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 26:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Pos in Tafel 1	-.0264	-.0094	.3795
P Pos in Tafel 2	-.1078	.2153	.2084
P Pos in Tafel 3	.2821	-.2318	-.0754
P Pos in Tafel 4	.1826	-.2001	.3089
P Pos in Tafel 5	.2140	-.2922	-.0329
P Pos in Tafel 6	.0604	-.0504	.1749
P Pos in Tafel 7	-.1148	.0889	.1686
P Pos in Tafel 8	.4035	-.2581	-.0029
P Pos in Tafel 9	.0950	-.2616	.0051
P Pos in Tafel 10	.1984	.0102	.1135
Total	.1985	-.2509	.1989

Definition des Rangkorrelationskoeffizienten:

Vgl. S. 66

P Pos: prozentuale positive Gedanken in den Tafeln des TAT

Tafeln: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 26 wird der Zusammenhang zwischen den prozentualen positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs und jeweils dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht nach dem Spearmanschen Korrelationskoeffizienten aufgezeigt. Auch in dieser Tabelle kommen nur geringe bis sehr geringe Korrelationen zur Darstellung.

Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes**, der den Zusammenhang zwischen dem Alter und den prozentualen positiven Gedanken aller Bildtafeln der Patienten aufweist, hat einen Wert von 0.1985. Dieser Wert weist nur eine geringe Korrelation auf. Wenn überhaupt eine Aussage gemacht werden kann, kann gesagt werden dass die prozentualen positiven Gedanken in allen Bildtafeln mit dem Alter zunimmt.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen Schulausbildung und prozentualen positiven Gedanken in allen Bildtafeln der Patienten aufzeigt, hat einen Korrelationskoeffizienten von -0.2509. Auch dieser Wert weist nur eine geringe Korrelation auf. Wenn überhaupt eine Aussage gesichert werden kann, dann könnte gesagt werden, dass die prozentualen positiven Gedanken abnehmen, je höher die Schulausbildung des Patienten ist.

Die Beziehung zwischen dem Geschlecht und den prozentualen positiven Gedanken in allen Bildtafeln der Patienten, hat ebenfalls mit einem **Total-Wert** von 0.1989 einen nur geringen Zusammenhang. Es kann eher kein Wert aus dem anderen abgeleitet werden.

3.19 Vergleich der beiden Testformen BIFA und EPI in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der Patienten nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 27:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
BIFA Z	.2568	-.0786	-.1081
BIFA N	.0133	-.0399	-.0918
BIFA P	- 0487	.0425	-.2266
EPI N	- 0632	-.1873	.0863
EPI E	.0710	-.1215	-.0722

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

- BIFA Z: Zielgerichtetheit
- BIFA N: Neurotizismus
- BIFA P: Primaersozialisation
- EPI N: Neurotizismus
- EPI E: Extraversion
- BIFA: Biografischer Fragebogen für Alkoholabhängige
- EPI: Eysenck Personality Inventory

In der Tabelle 27 werden die einzelnen Skalen des BIFAs und des EPIs in Korrelation mit dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht gebracht. Es wird der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman benutzt.

Die Rangkorrelationskoeffizienten, die den Zusammenhang zwischen den einzelnen Skalen und dem Alter, die Schulausbildung und dem Geschlecht beschreiben, haben eine geringe bis sehr geringe Korrelation, so dass kein direkter Zusammenhang zwischen den Werten abgeleitet werden kann.

3.20 Vergleich der Anzahl der Sätze der einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 28:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
Anzahl der Sätze in Tafel 1	-.2094	.1024	-.1101
Anzahl der Sätze in Tafel 2	-.2091	-.0776	-.1448
Anzahl der Sätze in Tafel 3	-.1243	.1372	.0669
Anzahl der Sätze in Tafel 4	-.1113	.1609	-.0849
Anzahl der Sätze in Tafel 5	-.2147	.1212	-.0542
Anzahl der Sätze in Tafel 6	-.2462	.0608	.0560
Anzahl der Sätze in Tafel 7	-.2397	.2701	-.1413
Anzahl der Sätze in Tafel 8	-.2054	.1338	-.0921
Anzahl der Sätze in Tafel 9	-.1428	.1609	-.2042
Anzahl der Sätze in Tafel 10	-.2202	.2238	-.1406
Total	-.2199	.1831	-.1115

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 28 werden die Anzahl der einzelnen Bildtafeln des TATs in Beziehung zu dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht der gesunden Probanden gesetzt. Um den Zusammenhang in Beziehung zu setzen dient der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman.

Die Korrelationskoeffizienten weisen nur einen geringen bis sehr geringen Zusammenhang auf. Betrachtet man das Alter der gesunden Probanden in Bezug zu der Anzahl der Sätze in den einzelnen Bildtafeln, kann ein direkter Zusammenhang zwischen diesen beiden Werten auch hier nicht abgeleitet werden.

Der **Total-Wert** hat einen Rangkorrelationskoeffizienten von -0.2199. Wenn eine Aussage überhaupt abgeleitet werden kann, könnte man sagen, dass je höher das Alter ist, desto geringer ist die Anzahl der Sätze in den Bildtafeln des TATs.

Auch der Zusammenhang zwischen der Schulausbildung der gesunden Probanden und der Anzahl der Sätze in den Bildtafeln weist nur einen geringen bis sehr geringen Zusammenhang auf. Der **Total-Wert** hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.1831, so dass kein direkter Zusammenhang zwischen den Werten abgeleitet werden kann.

Die Beziehung zwischen dem Geschlecht der gesunden Probanden und der Anzahl der Sätze in den Bildtafeln weist ebenfalls nur einen geringen bis sehr geringen Zusammenhang auf. Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes** weist nur einen Wert von -0.115 auf, so dass auch hier kein direkter Zusammenhang gesehen werden kann.

3.21 Vergleich der prozentualen Aktivität in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 29:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Akt in Tafel 1	.0911	.2108	.2196
P Akt in Tafel 2	.4237	.0903	.0211
P Akt in Tafel 3	.0511	-.0715	-.0273
P Akt in Tafel 4	-.1810	-.0851	.1116
P Akt in Tafel 5	.1679	-.0609	.1443
P Akt in Tafel 6	-.3092	.0706	.3111
P Akt in Tafel 7	.2063	-.0872	.2452
P Akt in Tafel 8	-.1079	-.0154	.0974
P Akt in Tafel 9	-.2951	.1699	.4673
P Akt in Tafel 10	-.3512	.0469	.2145
Total	.0011	-.0434	.4359

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

P Akt: prozentuale Aktivität

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 29 wird der Zusammenhang zwischen dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht der gesunden Probanden mit der prozentualen Aktivität der Bildtafeln an Hand des Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten aufgezeigt. Auch hier kann wiederum nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation aufgezeigt werden.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen Alter und prozentualer Aktivität aller Bildtafeln aufzeigt, hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.0011. Dieser Wert geht gegen Null, so dass der eine Wert nicht aus dem anderen Wert abgeleitet werden kann.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen Schulausbildung und der prozentualen Aktivität in allen Bildtafeln aufweist, hat einen Rangkorrelationskoeffizienten von -0.0434, so dass auch hier keine direkte Beziehung zwischen diesen beiden Werten abgeleitet werden kann.

Der **Total-Wert**, welcher den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der gesunden Probanden und der prozentualen Aktivität in allen Bildtafeln aufweist, hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.4359. Auch hier gilt wiederum, dass der Zusammenhang nur gering ist, und wenn überhaupt eine Aussage abgeleitet werden kann, könnte gesagt werden, dass Frauen eine höhere prozentuale Aktivität in den Bildtafeln des TATs aufweisen als das andere Geschlecht.

3.22 Vergleich der prozentualen Passivität in den einzelnen Tafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 30:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Pass in Tafel 1	.1480	-.1518	-.1827
P Pass in Tafel 2	.2697	.0799	.2191
P Pass in Tafel 3	-.0203	-.0436	.0944
P Pass in Tafel 4	-.0425	.2380	-.1784
P Pass in Tafel 5	-.0732	.2275	.0203
P Pass in Tafel 6	.1538	-.2722	-.1963
P Pass in Tafel 7	-.0204	.0431	-.0971
P Pass in Tafel 8	.2117	-.0479	.2091
P Pass in Tafel 9	-.1996	-.1093	-.0292
P Pass in Tafel 10	.0416	-.2542	-.1138
Total	.1310	-.1184	-.0849

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

P Pass: prozentuale Passivität

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 30 wird der Zusammenhang zwischen dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht der gesunden Probanden und der prozentualen Passivität an Hand des Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten aufgezeigt. Auch hier wird nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation zwischen den Werten sichtbar.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen dem Alter und der prozentualen Passivität in allen Bildtafeln verdeutlicht, hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.1310. Dieser Wert zeigt nur eine sehr geringe Korrelation.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen der Schulausbildung und der prozentualen Passivität aller Bildtafeln aufweist, hat einen Wert von -0.1184. Auch dieser Wert zeigt nur eine sehr geringe Korrelation.

Die Beziehung zwischen dem Geschlecht und der prozentualen Passivität weist einen **Total-Wert** von -0.0849 auf. Dieser Wert geht gegen Null, so dass kein direkter Zusammenhang zwischen den Werten gesehen werden kann.

3.23 Vergleich der prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 31:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Neg in Tafel 1	-.1243	.1127	.3235
P Neg in Tafel 2	.0187	-.0675	-.1624
P Neg in Tafel 3	.2171	-.2352	-.1553
P Neg in Tafel 4	-.0151	.1096	.3622
P Neg in Tafel 5	.0864	-.0037	-.1158
P Neg in Tafel 6	.0711	.2748	.0479
P Neg in Tafel 7	-.3141	.0997	-.0083
P Neg in Tafel 8	-.0229	-.0763	.0734
P Neg in Tafel 9	-.2982	.1685	-.0460
P Neg in Tafel 10	-.1208	.2092	.2717
Total	.1099	.0383	.2944

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

P Neg: prozentuale negative Gedanken

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 31 wird der Zusammenhang zwischen dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht der gesunden Probanden sowie den prozentualen negativen Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs durch den Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten dargestellt. Auch hier kann wieder nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation festgestellt werden.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen dem Alter und den prozentualen negativen Gedanken aller Bildtafeln darstellt, hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.1099. Dieser Wert weist nur eine sehr geringe Korrelation auf.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen der Schulausbildung und den prozentualen negativen Gedanken in allen Bildtafeln darstellt, hat einen Korrelationskoeffizienten von 0.0383. Dieser Wert geht gegen Null, so dass der eine Wert nicht aus dem anderen Wert abgeleitet werden kann.

Der **Total-Wert**, der den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den prozentualen negativen Gedanken aller Bildtafeln aufweist, hat einen Rangkorrelationskoeffizienten von 0.2944. Wenn überhaupt eine Aussage aus diesem Wert abgeleitet werden kann, könnte gesagt werden, dass Frauen öfters negative Gedanken äußern als im Vergleich zu den Männern.

3.24 Vergleich der prozentualen positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln des TATs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 32:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
P Pos in Tafel 1	.0695	.1456	.0000
P Pos in Tafel 2	.0268	.2117	.1436
P Pos in Tafel 3	-.1193	-.0431	-.1732
P Pos in Tafel 4	.0949	-.0458	.0200
P Pos in Tafel 5	-.0472	-.0833	.1647
P Pos in Tafel 6	-.2090	-.1192	.0599
P Pos in Tafel 7	.1832	-.1635	.1015
P Pos in Tafel 8	.1887	-.1098	.1348
P Pos in Tafel 9	.2002	.0592	.1663
P Pos in Tafel 10	.2229	.0216	.1625
Total	.1248	-.0369	.2604

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

P Pos: prozentuale positive Gedanken

Tafel: Bildtafeln des TATs

In der Tabelle 32 wird der eventuelle Zusammenhang zwischen den prozentualen positiven Gedanken in den einzelnen Bildtafeln und dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearmanschen Rangkorrelationskoeffizienten dargestellt.

Wird das Alter in Zusammenhang mit den prozentualen positiven Gedanken in den Bildtafeln betrachtet, so fällt auf, dass nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation zur Darstellung kommt. Der **Total-Wert** liegt bei einem Korrelationskoeffizienten von 0.1248.

Die Korrelation zwischen der Schulausbildung der gesunden Probanden und den prozentualen positiven Gedanken ist ebenfalls nur gering bis sehr gering. Der Rangkorrelationskoeffizient des **Total-Wertes** hat einen Wert von -0.369. Dieser Wert geht gegen Null, so dass ein direkter Zusammenhang zwischen den Werten nicht gesehen werden kann.

Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den prozentualen positiven Gedanken in den Bildtafeln ist ebenfalls nur gering bis sehr gering. Der Korrelationskoeffizient des **Total-Wertes** hat einen Wert von 0.2604. Es könnte gesagt werden, dass Frauen öfters positive Gedanken in der Beschreibung der Bildtafeln entwickeln als im Vergleich zu den Männern.

3.25 Vergleich der Skalen des BIFAs und EPIs in Bezug auf Alter, Schulausbildung und Geschlecht der gesunden Probanden nach dem Spearman Correlation Coeffizienten

Tabelle 33:

	Alter	Schulausbildung	Geschlecht
BIFA Z	.0795	.1723	.1356
BIFA N	-.3543	-.1060	.0759
BIFA P	.0875	-.0243	-.1234
EPI N	-.2994	-.1030	.2363
EPI E	-.0182	.0432	-.2060

Definition der Rangkorrelation:

Vgl. S. 66

BIFA Z: Zielgerichtetheit

BIFA N: Neurotizismus

BIFA P: Primärsozialisation

EPI N: Neurotizismus

EPI E: Extraversion

BIFA: Biografischer Fragebogen für Alkoholabhängige

EPI: Eysenck Personality Inventory

In der Tabelle 33 wird der Zusammenhang der einzelnen Skalen des BIFAs und EPIs mit dem Alter, der Schulausbildung und dem Geschlecht dargestellt. Die Korrelation zwischen den Werten ist gering bis sehr gering, und geht auch teilweise gegen Null, so dass die Werte nicht voneinander abgeleitet werden können.

4. Diskussion

Persönlichkeitsfragebögen und Persönlichkeitstests sind im allgemeinen standardisierte Inventare zur Beobachtung und Beschreibung menschlichen Verhaltens. Diese Fragebögen sollen Persönlichkeitsmerkmale und Hintergründe emotionale Bedürfnisse aufdecken und werden daher sehr häufig zur Diagnostik verwendet.

In der vorliegenden klinischen Studie sollten an Hand zweier Persönlichkeitsfragebögen (EPI und BIFA) und einem Persönlichkeitstest (TAT) mögliche Unterschiede zwischen Patienten mit der Diagnose einer Major Depression und gesunden Probanden herausgearbeitet werden. Durch die Parallelisierung der beiden Stichproben in Bezug auf biografische Einflussfaktoren, sollte eine gemeinsame Ausgangsposition geschaffen werden.

4.1 Der Thematische Apperzeptionstest (TAT)

4.1.1 Die Anzahl der Sätze

In der vorliegenden klinischen Studie wurde ein neues Auswertungsverfahren des TAT erprobt (siehe Auswertung des Thematischen Apperzeptionstest). Unter anderem sollte die Anzahl der Sätze zwischen Patienten und gesunden Probanden vergleichend betrachtet werden. (siehe Tabelle 5) Auffallend war, dass die Patienten sowie die gesunden Probanden unterschiedlich von den Bildtafeln zur Verfassung von Geschichten angeregt wurden, das heisst die Bildtafeln übten einen deutlich unterschiedlichen Reiz auf die beiden Stichproben aus. Eine Erklärung für dieses Phänomen könnte die Projektionshypothese sein, auf die sich die Persönlichkeitstheorie von Murray stützt.¹⁰¹

¹⁰¹ Murray, 1938: Exploration in Personality

Die Projektionshypothese sagt aus, dass ein Proband unter dem Einfluss von Bedürfnissen in die ihn umgebenden Objekte Fantasien projiziert, die mit den Bedürfnissen verbunden sind. Demnach scheinen depressive Patienten und gesunde Probanden unterschiedliche Bedürfnisse zu besitzen, die durch die Verfassung von Geschichten zu den unterschiedlichen Bildtafeln zur Darstellung kommen. Auch die Standardabweichung ist bei den Patienten zusammenfassend größer als vergleichend zu den gesunden Probanden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass vor allem bei den Patienten vergleichend untereinander eine große Spannbreite zwischen der Anzahl der einzelnen Sätze in den jeweiligen Bildtafeln bei den Patienten besteht. Anscheinend haben die Bildtafeln die Patienten untereinander unterschiedlich dazu animiert Fantasiegeschichten zu verfassen. Einige der Patienten fühlten sich von dem dargestellten Thema sehr angesprochen, andere dagegen weniger. Auch dieses kann durch die unterschiedlichen Bedürfnisse bzw. erlebten Erfahrungen erklärt werden, die anscheinend bei den gesunden Probanden nicht so unterschiedlich ausfallen wie bei den Patienten.

Der Total-Wert der Sätze ist bei den Patienten mit einem Mittelwert von 66.90 geringgradig höher als bei den gesunden Probanden mit einem Mittelwert von 64.48. Da der TAT ein Explorationsinstrument ist, innere Probleme indirekt auszusprechen, kann dies die Begründung sein, dass die Patienten trotz ihrer Depression und der vermeidlichen Passivität genauso lange Geschichten bzw. sogar längere Geschichten verfassen wie die gesunden Probanden, da sie durch die Geschichten ihre inneren Konflikte darstellen können.

4.1.2 Die prozentuale Aktivität

Der Vergleich der Aktivität¹⁰² in den Fantasiegeschichten der Patienten und gesunden Probanden zeigt auf, dass der Anteil an prozentualer Aktivität in der Summe aller erfundenen Geschichten bei den gesunden Probanden höher liegt als bei den Patienten (siehe Tabelle 6).

Wie in der Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman schon aufgeführt, wurde von Seligman und seinen Mitarbeitern¹⁰³ eine passive Haltung der depressiven Patienten beschrieben. Die depressiven Patienten haben anscheinend gelernt hilflos zu sein und zeigen deshalb geringere Zeichen der Aktivität in ihren Fantasiegeschichten. Auch das „Problemlösedefizitmodell“ von Nezu und Mitarbeitern¹⁰⁴, welches zuvor erwähnt wurde, könnte die Erklärung der geringeren prozentualen Aktivität in den Geschichten im Vergleich zu den gesunden Probanden erklären.

4.1.3 Die prozentuale Passivität

Der Vergleich der prozentualen Passivität in der Summe aller erfundener Geschichten zwischen Patienten und gesunden Probanden ergibt bei den gesunden Probanden einen höheren Wert an Passivität als bei den Patienten (siehe Tabelle 7). Auffällig ist, dass bei beiden Stichproben die prozentuale Passivität recht gering ist. Nach der Theorie der „gelernten Hilflosigkeit“ (Seligman und Mitarbeiter) sowie anderen kognitiven Depressionsmodellen,¹⁰⁵ müsste die Passivität in den Geschichten der Patienten gegenüber den gesunden Probanden deutlich erhöht sein. Dies ist in der vorliegenden klinischen Studie nicht der Fall, so dass angenommen werden kann, dass Passivität in der Fantasie keine größere Rolle spielt.

¹⁰² siehe Definition der Aktivität unter „Auswertung des TAT“

¹⁰³ Seligman, 1986; Seligman, 1974; Seligman 1975; Seligman und Maier, 1967; Miller und Seligman, 1975; Hiroto und Seligman 1975; Seligman, Maier und Solomon, 1971

¹⁰⁴ Nezu und Mitarbeiter, 1987 und 1989

Die geringe prozentuale Passivität bei beiden Stichproben könnte durch die Auswahl der Bildtafeln bedingt sein. Die Bildtafeln regen die Probanden eher dazu an, Aktivität als Passivität zu beschreiben.

Es fällt auf, dass die Bildtafel Nr. 1 (siehe Anhang) sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden den höchsten Anteil an Passivität im Vergleich zu den anderen Bildtafeln erzeugt hat. Diese Bildtafel scheint unabhängig von der Depression auf Probanden einen hohen Anteil an passiven Gefühlen zu erzeugen.

4.1.4 Die prozentualen negativen Gedanken

Auffällig bei der Auswertung der negativen Gedanken ist, dass beide Stichproben zu der Bildtafel Nr. 8 den höchsten Anteil an negativen Gedanken in ihren Fantasiegeschichten haben. Das heißt, dass die Bildtafel Nr. 8 unabhängig von der affektiven Störung der Major Depression die gleichen Gefühle bei den Probanden hervorruft. Insgesamt liegen die Patienten mit dem prozentualen Anteil an negativen Gedanken in allen Bildtafeln unter dem der gesunden Probanden (siehe Tabelle 8). Wenn auch hier die kognitiven Depressionsmodelle von Aaron Beck¹⁰⁵, Rehm¹⁰⁶ und Nezu und Mitarbeiter¹⁰⁷ sowie andere Modelle betrachtet werden, sollte man auch hier ein anderes Ergebnis erwarten. Die depressive Persönlichkeit bewertet sich selbst als negativ und betrachtet auch ihre Umwelt vor allem aus einem negativen Gesichtspunkt. Da der Thematische Apperzeptionstest ein Explorationsinstrument darstellt um die inneren Gefühle der Probanden zu verdeutlichen, und sich die Probanden meistens als die „Hauptfigur“ in den Geschichten beschreiben, hätte man einen deutlich höheren Anteil an negativen Gedanken in den Fantasiegeschichten der depressiven Patienten erwartet. Es kann angenommen werden, dass negative Gedanken in der Fantasie keine große Rolle spielen.

¹⁰⁵ Beck, 1967, 1985, 1987

¹⁰⁶ Rehm, 1977

¹⁰⁷ Nezu und Mitarbeiter, 1987 und 1989; Abramson, Betelsky und Alloy, 1989

4.1.5 Die prozentualen positiven Gedanken

Bei der Auswertung der prozentualen positiven Gedanken in den Fantasiegeschichten fällt auf, dass die Bildtafel Nr. 5 (siehe Anhang) sowohl bei den Patienten als auch bei den gesunden Probanden am häufigsten zur Verfassung von positiven Gedanken angeregt hat, unabhängig von der Erkrankung der Patienten (siehe Tabelle 9). Insgesamt haben die Patienten einen gering höheren Anteil an positiven Gedanken in allen Fantasiegeschichten bezogen auf die Summe der Anzahl der Sätze als die gesunden Probanden. Auch dieses Ergebnis hätte man eher nicht erwartet. Es wurde vermutet, dass vor allem die gesunden Probanden vermehrt positive Gedanken äußern. Ursächlich dafür kann sein, dass die ausgewählten Bildtafeln eher dem betrachtenden gesunden Probanden als „düster“ und „abweisend“ vorkamen, so dass die Verfassung von positiven Gedanken nicht möglich erschien.

Es fällt auch auf, dass prozentual gesehen in Bezug auf die geschriebenen Sätze insgesamt bei beiden Versuchsgruppen mehr negative Gedanken als positive Gedanken bei der Betrachtung der Bildtafeln entstanden sind. Auch hier kann angenommen werden, dass positiven Gedanken in der Fantasie keine so große Rolle zukommen, als dass Unterschiede zwischen den Probanden auftreten.

4.1.6 Die zweiseitige und einseitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für die Skalen des TATs

Bei der zweiseitigen Tabelle von Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W Test (siehe Tabelle 12) wird erwartet, dass sich die gesunden Probanden und Patienten in den Ergebnissen des TATs deutlich unterscheiden, dass also die Nullhypothese widerlegt wird.

Die Nullhypothese sagt aus, dass der zu erwartende Effekt in der Grundgesamtheit nicht existiert. Das Ergebnis der Stichprobe ist auf die zufallsabhängige Streuung zurückzuführen. Betrachtet man die Tabelle 12 so liegt bei den Total-Werten der einzelnen Skalen des TATs (Anzahl der Sätze, prozentuale Aktivität, Passivität, negative Gedanken und positive Gedanken) keine Signifikanz vor. Es kommt also nicht zu einer Widerlegung der Nullhypothese. Die Ergebnisse scheinen eher durch den Zufall bedingt zu sein. Der vermeintliche deutliche Unterschied zwischen den beiden Stichproben, bedingt durch die Major Depression der Patienten in Bezug auf die Skalen des TAT sind nicht signifikant.

In der einseitigen p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich ist eine Signifikanz bei der prozentualen Aktivität und der prozentualen Passivität zu sehen (siehe Tabelle 13). In den anderen Skalen ist auch hier wiederum keine Signifikanz sichtbar und der bestehende Unterschied eher durch den Zufall bedingt.

4.1.7 Der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Fantasiegeschichten des TATs

In den Tabellen 16-22, 22-26 sowie 28-32 sind die drei Faktoren (Alter, Schulausbildung und Geschlecht) nach dem Spearman Correlation Coeffizienten in Bezug auf die einzelnen Auswertungsskalen (Anzahl der Sätze, prozentuale Aktivität, Passivität, negative Gedanken und positive Gedanken) des TAT dargestellt. Es sollte eine mögliche Korrelation zwischen den einzelnen Skalen und den drei Faktoren dargestellt werden.

In den Tabellen 16-22 wurden die beiden Stichproben zu einer Stichprobe zusammengefasst. Es werden nur die Ergebnisse dargestellt die eine Korrelation aufweisen:

1. Je höher das Alter der Probanden ist, desto geringer ist die Satzzahl in den Fantasiegeschichten des TATs.

2. Je höher die Schulausbildung ist, desto höher ist die Anzahl der Sätze in den Geschichten.
3. Je höher das Alter, desto höher ist die prozentuale Passivität in den Geschichten.
4. Je höher die Schulausbildung, desto geringer ist die prozentuale Passivität.
5. Weibliche Probanden haben einen höheren Anteil an positiven Gedanken in ihren Fantasiegeschichten als männliche Probanden.
6. Weibliche Probanden haben einen höheren prozentualen Anteil an Aktivität in ihren Geschichten

Die Punkte 1 und 2 können dadurch erklärt werden, dass jüngere Probanden im Durchschnitt eine höhere Schulausbildung haben als im Vergleich zu den älteren Probanden. Durch die höhere und längere Schulausbildung der jungen Probanden sind sie z.B. in der Verfassung ihrer Gedanken in Worte besser geschult, sie können sich besser und differenzierter ausdrücken, und vermutlich ist auch die Fantasie der jungen Probanden noch lebhafter als gegenüber den älteren Probanden. Da vor allem die jüngeren Probanden eine höhere Schulausbildung haben, ist die fallende prozentuale Passivität mit steigender Schulausbildung zu erklären. Die jüngeren Probanden verhalten sich gegenüber den älteren Probanden noch aktiver in ihren Fantasiegeschichten, wohingegen die älteren Probanden eher passiv sind. In den Punkten 5 und 6 wird aufgeführt, dass die weiblichen Probanden im Gegensatz zu den männlichen Probanden höhere Zeichen der Aktivität haben sowie öfters positive Gedanken in ihren Fantasiegeschichten äußern. Die Ursache könnte sein, dass Frauen sich mit den abgebildeten Situationen bzw. Figuren eher identifizieren als die Männer, die eher teilnahmslos den Bildern gegenüberstehen. Auch haben Frauen eine höhere emotionale Komponente und können sich vermutlich in die abgebildeten Bilder besser hineinfühlen. In den Tabellen 22-26 ist der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Fantasiegeschichten des TATs bei den Patienten dargestellt.

Folgende Korrelationen konnten festgestellt werden:

1. Je höher das Alter der Patienten, desto geringer die Anzahl der Sätze.
2. Je höher das Alter, desto höher die prozentuale Passivität.
3. Je höher die Schulausbildung, desto höher die Anzahl der Sätze.
4. Je höher die Schulausbildung, desto geringer die prozentuale Aktivität.
5. Je höher die Schulausbildung, desto geringer die prozentuale Passivität.
6. Je höher die Schulausbildung, desto geringer sind die prozentualen positiven Gedanken.
7. Die weiblichen depressiven Patienten weisen eine geringere prozentuale Passivität auf.

Abgesehen von den Punkten 4 und 6 stimmen die Ergebnisse mit den oben angegebenen Ergebnissen überein. Auffällig ist, dass bei den depressiven Patienten die prozentuale Aktivität mit steigender Schulausbildung abnimmt. Da Patienten mit der Diagnose einer Depression sich nach den kognitiven Depressionsmodellen¹⁰⁸ und der Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman¹⁰⁹ eher passiv verhalten und keinen Versuch machen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen bzw. Lösungen für die bestehende Problematik zu suchen, ist die geringe prozentuale Aktivität erklärbar. Da vor allem die jüngeren Patienten eine höhere Schulausbildung haben, sind es auch gerade die jüngeren Patienten die eine geringere prozentuale Aktivität aufweisen. Verschiedene klinische Studien¹¹⁰ weisen auf, dass vor allem bei Jüngeren die Depression auf dem Vormarsch ist und häufiger als bei älteren Menschen vorkommt.

¹⁰⁸ Beck, 1967, 1985, 1987; Rehm, 1977; Nezu und Mitarbeiter, 1987 u. 1989

¹⁰⁹ Seligman, 1986; Seligman, 1974; Seligman, 1975; Seligman und Maier, 1967; Miller und Seligman, 1975; Hiroto und Seligman, 1975; Seligman, Maier und Solomon, 1971

¹¹⁰ Burke, Burke, Regier & Rae, 1990; Klerman und Weissmann, 1989; Cross National Collaborative Group, 1992

In einer Arbeit von Horowitz et al.¹¹¹ wird deutlich, dass gerade jüngere Menschen Ereignisse als belastender einschätzen als ältere, so dass nach dem Diathese-Stress-Modell dadurch der Ausbruch einer Depression gefördert wird.

In den Tabellen 28-32 ist der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Fantasiegeschichten des TATs der gesunden Probanden dargestellt. Folgende Korrelationen können festgestellt werden:

1. Je höher das Alter, desto geringer die Anzahl der Sätze.
2. Weibliche Probanden weisen eine höhere prozentuale Aktivität in ihren Fantasiegeschichten auf.
3. Weibliche Probanden weisen einen höheren Anteil an negativen Gedanken auf als das andere Geschlecht.
4. Weibliche Probanden weisen einen höheren Anteil an positiven Gedanken auf als männliche Probanden.

Auffällig ist, dass auch bei den gesunden Probanden die Aussage gemacht werden kann, dass mit steigendem Alter die Anzahl der Sätze abnimmt. Bei allen drei aufgeführten Vergleichen konnte diese Aussage gemacht werden. Mit zunehmenden Alter scheint die Fähigkeit, Fantasiegeschichten zu verfassen deutlich abzunehmen, unabhängig ob es sich um Patienten mit einer Major Depression oder um gesunde Probanden handelt.

Ebenfalls auffällig ist der Unterschied zwischen den weiblichen und männlichen Probanden. Ob es sich nun um depressive Patienten handelt oder um gesunde Probanden, oder um die Zusammenfassung beider Stichproben, die weiblichen Probanden weisen eine höhere Aktivität in ihren Geschichten auf sowie einen höheren Anteil an positiven und negativen Gedanken.

¹¹¹ Horowitz, Schäfer und Cooney (1974); vgl. dazu Miller, Dean, Ingham, Kreitman, Sashidharan und Surtees (1986)

Männliche Personen äußern dagegen häufiger neutrale Gedanken, die naturgemäß weniger emotional geprägt sind. Das erhaltene Ergebnis ist unabhängig von der Erkrankung der Patienten. Weibliche Probanden scheinen generell mit mehr Emotionalität ihre Fantasiegeschichten zu verfassen. Dieses Ergebnis kann auch durch eine Studie von Clark und Teasdale¹¹² bestätigt werden. Frauen wiederholen in guter Stimmung mehr positive Worte als negative, und umgekehrt in negativer emotionaler Verfassung vermehrt negative. Bei Männern lässt sich dieser Unterschied nicht feststellen, sie benutzen sowohl in schlechter als auch in guter Stimmung gleichviel positive oder negative Worte.

In einer amerikanischen Studie¹¹³ mit dem Thematic Apperception Test wurde dieses Ergebnis bestätigt. Es wurde festgestellt, dass die männlichen Probanden versuchen, ihre depressive Stimmungslage zu verdrängen, und ihre depressive Stimmungslage nicht in ihre Fantasiegeschichten einfließen zu lassen.

4.1.8 Die Ergebnisse des TATs im Überblick

Es kann die Aussage gemacht werden, dass die ausgesuchten Bildtafeln die beiden Stichproben unterschiedlich dazu animieren, Fantasiegeschichten zu verfassen. Die Ursache kann in den unterschiedlichen Bedürfnissen gesehen werden, die durch die Verfassung der Fantasiegeschichten zur Darstellung kommen. Da die Probanden unterschiedliche Bedürfnisse haben, werden sie von den Bildtafeln unterschiedlich zur Verfassung von Geschichten angeregt, wodurch die Varianz in der Länge der Geschichten erklärt werden kann. Da jeder Mensch Bedürfnisse hat, und wie schon oben erwähnt, diese durch die Fantasiegeschichten zum Ausdruck kommen, kann der nahezu gleiche Mittelwert in der Anzahl der Sätze erklärt werden. Die Erkrankung an einer mittelgradigen depressiven Episode nimmt keinen Einfluss auf die Länge der Fantasiegeschichten.

¹¹² Clark und Teasdale (1982)

¹¹³ Holmstrom, Karp und Silben 1994

Die drei Auswertungsfaktoren „prozentuale Passivität, prozentuale negative Gedanken sowie prozentuale positive Gedanken“ scheinen nach den Ergebnissen dieser klinischen Studie keinen Einfluss auf die Verfassung von Fantasiegeschichten zu nehmen. Nehmen die depressiven Patienten nach der Meinung von einigen Depressionsforschern (siehe Fußnote 105, 106 und 107) eine eher passive Rolle in ihrem alltäglichen Leben ein, scheint dies in ihrer Fantasie nicht der Fall zu sein. Sie zeigen sogar weniger Passivität als im Vergleich zu den gesunden Probanden. Die Bildtafeln scheinen die Patienten zu animieren, ihre passive Rolle aufzugeben und in ihren Fantasiegeschichten aktiv in das Geschehen einzugreifen. Auch die Verfassung von negativen und positiven Gedanken in den Fantasiegeschichten scheinen durch die Erkrankung nicht beeinflusst zu sein. Im alltäglichen Leben der depressiven Patienten ist die Gedankenwelt nach der Meinung der Depressionsforscher (siehe Fußnote 104, 106, 107) durch einen negativen Gesichtspunkt in Bezug auf sich selbst und der Umwelt geprägt. In den Fantasiegeschichten scheint dies nicht aufzutreten. Die Patienten liegen prozentual gesehen in der Verfassung negativer Gedanken unter den gesunden Probanden. Ursache für dieses Ergebnis kann die Auswahl der Bildtafeln sein, die vor allem die gesunden Probanden dazu veranlasst mehr negative Gedanken zu verfassen.

Auffällig ist, dass unabhängig von der Erkrankung die Bildtafel Nr. 8 beide Stichproben dazu veranlasst hat, den meisten Anteil an negativen Gedanken zu verfassen. Auch bei der Auswertung der positiven Gedanken fällt auf, dass die Bildtafel Nr. 5 beide Stichproben, unabhängig von der Erkrankung, dazu veranlasst hat die meisten positiven Gedanken zu verfassen. Die Erkrankung scheint keinen Einfluss auf die Wahrnehmung von bestimmten Signalen zu haben die von den Bildtafeln ausgesendet werden. Die Patienten haben einen höheren prozentualen Anteil an positiven Gedanken als die gesunden Probanden.

Auch hier scheinen die Patienten durch die Bildtafeln unabhängig von der Erkrankung zur Verfassung von positiven Gedanken angeregt zu werden. In den Fantasiegeschichten scheinen sie sich von ihrem realen Leben zu lösen, und leben ihre Fantasie aus. Wunschgedanken kommen zum Ausdruck.

Bei der Auswertung des Einflusses von Alter, Schulausbildung und Geschlecht auf die Fantasiegeschichten fielen auch hier Unterschiede zwischen den Stichproben sowie Gemeinsamkeiten auf. Das Alter scheint einen gravierenden Einfluss auf die Länge der Fantasiegeschichten zu nehmen. Es fiel auf, dass mit steigendem Alter bei beiden Stichproben die Anzahl der Sätze deutlich abnimmt. Unabhängig von der Erkrankung schien mit steigender Schulausbildung die Anzahl der Sätze in beiden Stichproben zuzunehmen. Durch die höhere Schulausbildung sind anscheinend die Probanden in der Lage ihre Fantasie besser ausdrücken zu können, unabhängig von der Erkrankung an einer Major Depression.

Ebenfalls auffällig war, dass bei der Stichprobe der Patienten sowohl die prozentuale Aktivität sowie die prozentuale Passivität mit steigender Schulausbildung abnahm, die Anzahl der Sätze jedoch wie oben schon erwähnt zunahm. Mit zunehmender Schulausbildung scheinen mehr neutrale Sätze formuliert zu werden. Die prozentuale Aktivität sowie Passivität, wie wir sie in unserem Auswertungsschema beschrieben haben (siehe Auswertung des TATs) scheinen in der Verfassung von Fantasiegeschichten keine Rolle zu spielen. Vor allem scheint die Erkrankung an einer mittelgradigen depressiven Episode keinen Unterschied zwischen der prozentualen Passivität sowie Aktivität hervorzurufen. Die prozentuale Aktivität lag sogar gegen unserer Erwartung bei den Patienten höher als die Passivität.

Verglich man die weiblichen Probanden mit den männlichen Probanden, so fiel auf, dass sich die Fantasiegeschichten deutlich voneinander unterschieden. Die weiblichen Probanden in beiden Stichproben zeigten, unabhängig von der Erkrankung, ihre Gefühle deutlicher in den Fantasiegeschichten als die männlichen Probanden. Sie waren insgesamt emotionaler. Ob es sich nun um Aktivität, Passivität, negative oder positive Gedanken handelte, in jedem dieser Punkte lagen die weiblichen Probanden in beiden Stichproben höher als die männlichen Probanden. Dieses Ergebnis konnte auch schon in anderen klinischen Studien bestätigt werden (siehe Fußnoten 112 und 113).

4.2 Die Persönlichkeitsfragebögen Eysenck Personality Inventory (EPI) und der Biografische Fragebogen für Alkoholabhängige (BIFA)

In den beiden Persönlichkeitsfragebögen EPI und BIFA gibt es jeweils zwei Skalen zur Untersuchung der Persönlichkeit und eine zusätzliche Skala zur Untersuchung biografischer Daten für den BIFA.

Die beiden Persönlichkeitsskalen des EPIs lauten Neurotizismus und Extraversion/ Intraversion, die des BIFAs Neurotizismus und Zielgerichtetheit. Es fällt auf, dass in beiden Fragebögen die Patienten einen deutlich höheren Wert in der Skala des Neurotizismus erzielt haben als die Stichprobe der gesunden Probanden. In beiden Fragebögen stellt der Neurotizismus die emotionale Labilität dar, die Neigung Neurosen bzw. wie in unserem Fall affektive Störungen zu entwickeln. Der Neurotizismus liegt unabhängig von der verwendeten Testform bei depressiven Patienten höher als bei den gesunden Probanden. Dieses Ergebnis wurde auch in einer Reihe von anderen klinischen Studien verifiziert.

In mehreren Studien von K.-E. Bühler et al.¹¹⁴ konnte gesichert werden, dass depressive Patienten einen deutlich höheren Wert auf der Skala des Neurotizismus erzielen als im Vergleich zu gesunden Probanden. Dieses Ergebnis konnte auch in den klinischen Studien von Maier et al. (1992), Rorsman et al. (1993), Kendler et al. (1993), Clayton et al. (1994), Lauer et al. (1997), Surtees und Wainwright (1996) und Boyce et al. (1991)¹¹⁵ gesichert werden.

Die emotionale Labilität bzw. Neurotizismus ist ein Persönlichkeitsfaktor der bei den Patienten besonders ausgeprägt ist, im Unterschied zu den Gesunden. Probanden die noch nicht an einer depressiven Episode erkrankt sind, jedoch einen erhöhten Wert in der Skala des Neurotizismus erzielen, haben ein erhöhtes Risiko zu erkranken. Der Ausbruch dieser Erkrankung kann durch verschiedene einschneidende Lebensereignisse bedingt sein, die das innere Gleichgewicht durcheinander bringen. Bei depressiven Patienten ist dieses innere Gleichgewicht labiler als im Vergleich zu den Gesunden. Auch dieses wurde durch die Studien von K.-E. Bühler et al. (siehe Fußnote 114) bestätigt. Es konnte gezeigt werden, dass je höher der Neurotizismus und geringer die Zielgerichtetheit ist, desto mehr einschneidende und das innere Gleichgewicht beeinflussende Lebensereignisse konnten dokumentiert werden und vice versa.

Auch in einer Studie von Bagby und Parker¹¹⁶(2001) kam es zu den gleichen Ergebnissen. Es konnte festgestellt werden, dass durch die beiden Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus und Extraversion, der Ausbruch, Verlauf und Ausprägung der Erkrankung an einer Major Depression vorhergesagt werden konnte.

¹¹⁴ Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 2000; Bühler und Pagels; Bühler und Kaltschmitt, 1991

¹¹⁵ Maier, Lichtermann, Minges, Heim, 1992 ; Rorsman, Graesbeck, Hagnell, Isberg, Otterbeck, 1993 ; Kendler, Kessler, Neale, Heath, Eavers, 1993; Clayton, Ernst, Angst, 1994; Lauer, Bronisch, Kamiz, Schreiber, Holsboer, Krieg, 1997; Surtees, Wainwright, 1996; Boyce, Parker, Barnett, Cooney, Smith, 1991

¹¹⁶ Bagby, R.M., Parker, J.D.A., 2001

Je höher der Wert in der Skala des Neurotizismus war und je niedriger in der Skala der Extraversion, desto höher war das Risiko zu erkranken, und desto ausgeprägter war bei Erkrankung die Depression.

Auch in unserer klinischen Studie konnte bei den Patienten ein deutlich niedriger Wert in der Skala der Extraversion und Zielgerichtetheit gesichert werden als im Vergleich zu den gesunden Probanden. Auch Harkness und Lilienfeld (1997)¹¹⁷ und N. Martin (1985)¹¹⁸ fanden in ihren Studien heraus, dass durch die Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus und Extraversion eine Vorhersage über die Erkrankung gemacht werden kann. Individuen die einen hohen Wert im Bereich des Neurotizismus erzielten zeigten eine höhere Neigung zu einer depressiven Stimmungslage.

In einer weiteren klinischen Studie von Bagby et al. (1995)¹¹⁹ kam man zu dem Ergebnis, dass Patienten die einen höheren Wert in der Skala der Extraversion erzielen, sich schneller von einer depressiven Episode erholen als andere Patienten mit deutlich niedrigeren Werten in dieser Skala. Durch den Persönlichkeitsfaktor „Zielgerichtetheit“ können ebenfalls Aussagen über die Wahrscheinlichkeit an einer depressiven Episode zu erkranken gemacht werden, welches durch eine Reihe von klinischen Studien von Bühler et al.¹²⁰ nachgewiesen werden konnte. Wie in unserer klinischen Studie, hatten die Patienten einen deutlich niedrigeren Wert in dieser Skala erzielt als die gesunden Probanden. Zusätzlich konnte durch die Ergebnisse die Aussage gemacht werden, dass Patienten, die einen besonderen niedrigen Wert erreicht hatten, auch schwerer erkrankt waren als die Patienten mit einem höheren Wert. Auffällig war jedoch, dass Patienten mit einem niedrigeren Wert trotz ihrer schwereren Erkrankung eine höhere Chance hatten, während der therapeutischen Behandlung eine Verbesserung zu erzielen, als die Patienten mit einem höheren Wert in dieser Skala.

¹¹⁷ Harkness und Lilienfeld (1997)

¹¹⁸ Martin (1985)

¹¹⁹ Bagby, Joffe, Parker, Kalemba und Harkness, 1995

¹²⁰ Bühler, Geyer, Haltenhof, Bardeleben, 2000; Bühler und Pagels S.; Bühler, Haltenhof, Geyer, Bardeleben, 1999; Bühler und Kaltschmitt, 1991

Durch diese Ergebnisse konnte die Aussage getroffen werden, dass ein hoher Wert in der Skala der Zielgerichtetheit ein Indikator für eine verminderte Möglichkeit ist, sich zu ändern und eine Verbesserung der Erkrankung zu erzielen, da die Erkrankung an sich nicht als gravierend belastend empfunden wird.

Der biografische Aspekt der Vergangenheit des BIFAs wird durch die Skala „ungünstige versus günstige Primärsozialisation“ dargestellt. In unserer klinischen Studie erreichten die Patienten einen höheren Wert in dieser Skala als im Vergleich zu den gesunden Probanden. Auch dieses Ergebnis war schon zuvor durch eine Reihe von klinischen Studien von Bühler et al. (siehe Fußnote 120) bestätigt worden. Werden höhere Werte in dieser Skala erreicht, kann daraus geschlossen werden, dass der Proband das als z.B. unharmonisch empfundene Elternhaus ablehnt und den Erziehungsstil der Eltern als belastend empfunden hat. Niedrigere Werte in dieser Skala weisen daraufhin, dass der Proband z.B. die elterliche Beziehung als liebevoll empfunden hat.

Durch die Untersuchungen von Bühler et al. (siehe Fußnote 120) konnte festgestellt werden, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen Neurotizismus, Zielgerichtetheit und Primärsozialisation gibt. Je mehr die Primärsozialisation von den Probanden als negativ und belastend beschrieben wurde, um so höher lagen die Werte in der Skala des Neurotizismus und um so niedriger in der Skala der Zielgerichtetheit. Durch eine ungünstige Primärsozialisation scheint das Risiko an einer depressiven Episode zu erkranken deutlich erhöht zu sein. Durch die Untersuchungen (siehe Fußnote 120) wurde ebenfalls herausgefunden, dass die Berichterstattung von biografische Daten im Wesentlichen nicht durch die Depression beeinflusst wird. Vor und nach der klinischen Behandlung war die Berichterstattung über die biografischen Daten nicht verändert, die Primärsozialisation fiel also nach entsprechender Therapie nicht günstiger aus.

Durch die Skala der Primärsozialisation kann generell keine Aussage über die Schwere der Erkrankung und ihren Verlauf getroffen werden, wie dies durch die beiden anderen Skalen gemacht werden kann. Auffällig ist nur der Unterschied zwischen den Patienten und den gesunden Probanden in dieser Skala.

Auch durch Studien von Kendler et al. (1993) und der Zürich Studie (Ernst et al. 1992)¹²¹ konnte nachgewiesen werden, dass eine ungünstige Primärsozialisation die Neigung zur Entwicklung einer Major Depression erhöht ist.

4.2.1 Die zweiseitige und einseitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für die Skalen des EPIs

In den Tabellen 14 und 15 werden die Skalen des EPIs von den gesunden Probanden und Patienten hinsichtlich der Signifikanz untersucht. Die Unterschiede stellen sich als sehr bis höchst signifikant dar, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben nicht durch Zufall bedingt sind und reproduzierbar sind. Der Grund für den signifikanten Unterschied ist die Major Depression, die den deutlichen Unterschied in den beiden Skalen hervorruft.

4.2.1.1 Der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Skalen des EPIs

In der Tabelle 21 wird der Einfluss der drei Faktoren auf die Skalen des EPI dargestellt. Es wird nur eine geringe bis sehr geringe Korrelation dargestellt. Von einem Zusammenhang zwischen den Werten kann nicht direkt gesprochen werden und die Werte können nicht direkt voneinander abgeleitet werden.

¹²¹ Kendler, Kessler, Neale, Heath, Eaves, 1993; Ernst, Schmid, Angst, The Zurich Study, 1992

Die Persönlichkeitsskalen Neurotizismus und Extraversion sind unabhängig von dem Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechtes. Beeinflusst werden sie anscheinend nur von der Krankheit an sich.

In den Tabellen 27 und 33 wird der Einfluss der drei Faktoren auf die Skalen des EPI für die Patienten und gesunden Probanden getrennt aufgezeigt. Die Aussagen, die gemacht werden können, sind folgende:

Für die Stichprobe der gesunden Probanden:

1. Mit zunehmenden Alter sinkt die emotionale Labilität
2. Männliche Probanden erreichen höhere Werte in der Skala der Extraversion

Es muss aber daraufhingewiesen werden, dass die Korrelation gering ist. Auffällig ist, dass mit zunehmenden Alter bei den gesunden Probanden die emotionale Labilität sinkt. Im Alter scheint die Gefahr an einer Major Depression zu erkranken reduziert zu sein.

4.2.2 Die zweiseitige und einseitige p-Wert-Tabelle zum Gruppenvergleich für die Skalen des BIFAs

In den Tabellen 14 und 15 werden die Skalen des BIFAs von den gesunden Probanden und Patienten hinsichtlich der Signifikanz untersucht. Auch hier kann, wie zuvor schon beim EPI, eine deutliche Signifikanz in dem Unterschied zwischen den beiden Stichproben gesehen werden. Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben ist also nicht durch den Zufall bedingt und somit reproduzierbar. Die Major Depression wirkt sich entsprechend auf die Persönlichkeit der Patienten aus, so dass diese Unterschiede zustande kommen.

4.2.2.1 Der Einfluss des Alters, der Schulausbildung und des Geschlechts auf die Skalen des BIFAs

In der Tabelle 21 wird der Einfluss der drei Faktoren auf die Skalen des BIFAs in der Grundgesamtheit beider Stichproben dargestellt. Wie auch beim EPI kann auch beim BIFA keine Korrelation festgestellt werden. Die drei Faktoren scheinen keinen Einfluss auf den Neurotizismus, die Zielgerichtetheit und die Primärsozialisation zu haben.

In den Tabellen 27 und 33 ist der Einfluss der drei Faktoren auf die Skalen des BIFA getrennt für die Patienten und gesunden Probanden aufgezeigt. Werden die beiden Stichproben separat voneinander betrachtet, können folgende Aussagen gemacht werden:

Für die Stichprobe der Patienten:

Mit zunehmenden Alter wächst die Zielgerichtetheit der Patienten. Die männlichen Probanden erreichen höhere Werte in der Skala der Primärsozialisation als die weiblichen Probanden

Für die Stichprobe der gesunden Probanden:

Je höher das Alter, desto geringer die emotionale Labilität (Neurotizismus).

Es muss aber daraufhingewiesen werden, dass die Korrelation gering ist. Auffällig ist, dass bei den gesunden Probanden mit steigendem Alter die emotionale Labilität sinkt. Dieses Ergebnis konnte schon zuvor durch den EPI nachgewiesen werden. Im Alter scheint das Risiko an einer Major Depression zu erkranken vermindert zu sein. Wie bereits erwähnt, wurde durch eine Studie von Horowitz et al.¹²² nachgewiesen, dass v.a. jüngere Menschen Ereignisse als belastender einschätzen als ältere und daher die Chance an einer Major Depression zu erkranken erhöht ist.

¹²² Horowitz, Schäfer und Cooney (1974)

Auch scheint im höhern Alter die Zielgerichtetheit bei den Patienten zu steigen. Wie oben angeführt, ist ein hoher Wert in der Zielgerichtetheit ein Indikator dafür, dass die Patienten eine verminderte Möglichkeit haben, ihre depressive Stimmungslage zu verbessern und die Verbesserung ihrer Erkrankung erschwert ist. Dies könnte der Grund dafür sein, dass die Therapie v.a. älterer Patienten erschwert ist, und eine Heilungsmöglichkeit deutlich reduziert ist.

Zusammenfassung

Thema der vorliegenden Studie ist die Herausarbeitung des Persönlichkeitsunterschiedes und des Unterschieds in der Berichterstattung biografischer Daten zwischen einer Stichprobe gesunder Probanden und einer Stichprobe von Patienten, welche an einer mittelgradigen depressiven Episode erkrankt sind.

Insgesamt umfasste die klinische Studie 88 Versuchspersonen von jeweils 44 gesunden Probanden und 44 depressiven Patienten. Die Voraussetzung für die Auswahl der gesunden Probanden war eine Parallelisierung zu der Stichprobe der Patienten, d.h. jedem Patienten wurde ein gesunder Proband zugeordnet, der in Bezug auf das Alter, Geschlecht und Schulausbildung mit dem Patienten übereinstimmte. Zur Anwendung kamen zwei Persönlichkeitsfragebögen (Eysenck-Personality-Inventory und Biografischer Fragebogen für Alkoholabhängige) und ein Persönlichkeitstest (Thematic Apperception Test).

Die Probanden wurden aufgefordert, zu jeder der ausgewählten zehn Bildtafeln des TATs eine möglichst fantasievolle Geschichte zu verfassen. Zur Auswertung der Geschichten wurden die Anzahl der Sätze, die prozentuale Aktivität und Passivität sowie die prozentualen negativen und positiven Gedanken in den Geschichten zwischen Patienten und gesunden Probanden verglichen. Die drei Auswertungsfaktoren „prozentuale Passivität, prozentuale negative Gedanken sowie prozentuale positive Gedanken“ scheinen, nach den Ergebnissen der Auswertung zu urteilen, keinen Einfluss auf die Verfassung von Fantasiegeschichten zu nehmen. Es wurde erwartet, dass die Stichprobe der Patienten sich deutlich von der Stichprobe der gesunden Probanden in den Auswertungskriterien unterscheiden würde. So wurde vor allem vermutet, dass die Patienten einen höheren Anteil in der prozentualen Passivität sowie in den prozentualen negativen Gedanken als die gesunden Probanden erzielen würden.

Ebenfalls bestand die Hypothese, dass die Patienten im Unterschied zu den gesunden Probanden weniger positive Gedanken in ihren Fantasiegeschichten äußern. Die Hypothesen wurden deutlich durch die Ergebnisse widerlegt. Im alltäglichen Leben nehmen die depressiven Patienten eine passive Rolle ein, sie greifen nicht aktiv in ihr eigenes Leben ein und versuchen nicht selbstständig ihr Leben zu ändern. Sie haben eine negative Ansicht über sich selbst, ihre Umwelt und Zukunft. Die depressive Persönlichkeit macht sich selbst für alle negativen Geschehnisse in ihrer nahen Umgebung verantwortlich.

Betrachtet man die Ergebnisse des TATs, so scheinen die Patienten sich in ihren Fantasiegeschichten von ihrer eingenommenen Rolle im alltäglichen Leben zu lösen. Die Bildtafeln scheinen die Patienten zu animieren, ihre passive Rolle aufzugeben und in ihren Fantasiegeschichten aktiv in das Geschehen einzugreifen. In ihren Fantasiegeschichten scheinen sich die Patienten so zu verhalten wie sie gerne in Wirklichkeit wären. Auffällig ist, dass unabhängig von der Erkrankung, eine Bildtafel beide Stichproben dazu veranlasst hat, den meisten Anteil an negativen und positiven Gedanken zu verfassen. Die Erkrankung an einer Major Depression scheint keinen Einfluss auf die Wahrnehmung von bestimmten Signalen zu haben, die von den Bildtafel ausgesendet werden.

Bei der Auswertung des Einflusses von Alter, Schulausbildung und Geschlecht auf die Fantasiegeschichten fiel auf, dass das Alter einen gravierenden Einfluss auf die Länge der Fantasiegeschichten hat, unabhängig von der Erkrankung. Es kann die Aussage gemacht werden, dass je höher das Alter der Probanden ist, desto deutlicher nimmt die Anzahl der Sätze ab. Ebenfalls unabhängig von der Erkrankung an einer Major Depression kann die These aufgestellt werden, dass mit steigender Schulausbildung die Länge der Geschichten zunimmt.

Durch die vorliegende klinische Studie konnte ebenfalls ein deutlicher Unterschied in den Fantasiegeschichten der weiblichen Probanden zu den männlichen Probanden festgestellt werden. Auch hier war das Ergebnis unabhängig von der Erkrankung. Ob es sich nun um die Aktivität, Passivität, negative oder positive Gedanken handelte, in jedem dieser Punkte lagen die weiblichen Probanden in beiden Stichproben höher als die männlichen Probanden. Die Geschichten der weiblichen Probanden waren deutlich emotionaler als die der männlichen Probanden.

Zusammenfassend kann über die Ergebnisse des TATs die Aussage gemacht werden, dass die Patienten in ihren Fantasiegeschichten sich deutlich von ihrer eingenommenen Rolle im alltäglichen Leben zu lösen scheinen. Sie scheinen sich von ihrer Persönlichkeit, die sie im normalen Leben einnehmen, zu differenzieren. In ihren Fantasiegeschichten leben sie das aus, was sie im normalen Leben nicht können, bedingt durch die Erkrankung.

Bei der Auswertung der beiden Persönlichkeitsfragebögen (EPI und BIFA) konnten deutliche Unterschiede zwischen den beiden Stichproben verifiziert werden. Die Patienten erreichten in der Skala des Neurotizismus in beiden Fragebögen deutlich höhere Werte als die gesunden Probanden. In beiden Fragebögen stellt der Neurotizismus die emotionale Labilität dar, die Neigung, Neurosen bzw. wie in unserem Fall affektive Störungen zu entwickeln. Der Neurotizismus ist ein Persönlichkeitsfaktor, der durch die Erkrankung an einer mittelgradigen depressiven Episode deutlich beeinträchtigt wird. Die emotionale Labilität ist bei diesen Patienten deutlich erhöht, schon kleine Veränderungen im täglichen Leben können neue Schübe oder eine Verstärkung der affektiven Psychose verursachen. Der Neurotizismus ist ein sicherer Persönlichkeitsfaktor, um zwischen depressiven Patienten und gesunden Probanden zu unterscheiden.

Auch in der Skala der Extraversion des EPIs konnten deutliche Unterschiede zwischen den beiden Stichproben festgestellt werden. Die Patienten erreichten deutlich niedrigere Werte als die gesunden Probanden in dieser Skala. Die Extraversion ist ebenfalls ein stabiler Auswertungsfaktor, um zwischen Menschen mit einer mittelgradigen depressiven Episode und Gesunden zu unterscheiden. Die Extraversion ist ein Persönlichkeitsfaktor, der deutlich durch die Erkrankung beeinträchtigt wird.

In der Skala der Zielgerichtetheit des BIFAs erzielten die Patienten deutlich niedrigere Werte als die gesunden Probanden. Auch dieser Teil der Persönlichkeit scheint ein stabiler Auswertungsfaktor zu sein, um zwischen Patienten und gesunden Probanden zu differenzieren. Die Zielgerichtetheit ist ein Teil der Persönlichkeit, der deutlich durch die Erkrankung beeinträchtigt wird. Der biografische Aspekt der Vergangenheit des BIFA wird durch die Skala „ungünstige versus günstige Primärsozialisation“ dargestellt. In der vorliegenden Arbeit erreichten die Patienten höhere Werte als die gesunden Probanden. Die Vermutung, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen der Berichterstattung der Vergangenheit zwischen Patienten und gesunden Probanden geben wird, konnte so bestätigt werden. Die Patienten empfinden ihre Primärsozialisation deutlich ungünstiger und belastender als die gesunden Probanden. Die biografischen Angaben unterscheiden sich deutlich in beiden Stichproben, bedingt durch die Erkrankung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus, Extraversion versus Intraversion sowie die Zielgerichtetheit stabile Unterscheidungsmerkmale zwischen Patienten und gesunden Probanden darstellen. Der vermutete Persönlichkeitsunterschied zwischen Erkrankten und Gesunden konnte bestätigt werden. Auch die Vermutung, dass in der Berichterstattung der biografischen Daten ein deutlicher Unterschied auftreten würde, konnte bestätigt werden.

Literaturverzeichnis

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87: 49-74

Abramson, L.Y.; Metalsky, G.I., Alloy, L.B. Hopelessness depression, A theory-based subtype of Depression. *Psychological Review* 1989; 96: 358-372

Aiken, L.R. Jr. *Psychological Testing and Assessment*, Second edition, 1976, Allyn and Bacon Inc. Boston London Sydney

Angst, J., Clayton, P. Premorbid personality of depressive, bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiat* 1986; 27: 511-532

Bagby, R.M., Joffe, R.T., Parker, J.D., Kalembe, V., Harkness, K.L. Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders* 1995; 9: 224-234

Bagby, R.M., Parker, J.D.A. Relation of Rumination and Distraction with Neuroticism and Extraversion in a Sample of Patients with Major Depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25 2001; 1: 91-102

Bebbington, P. Three cognitive theories of depression. *Psychological Medicine* 1985; 15: 759-769

Beck, A.T., Ward, C.H. Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry* 1961; 5: 462-467

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., Erbaugh, J.K. Reliability of psychiatric diagnosis: II. A study of consistence of clinical judgements and rating. *American Journal of Psychiatry* 1962; 119

Beck, A.T. Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry* 1963; 9: 324-333

Beck, A.T. Depression: Clinical experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row 1967

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-years prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 559-563

Beck, A.T. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quartely* 1987; 1: 5-37

Bellak, L. The Thematic Apperception Test in Clinical Use. In: Abt and Bellak: *Projective Psychology*: A.A. Knopf, New York 1950

Berger, M., Stieglitz R.-D. *Psychiatrie und Psychotherapie*, Urban & Schwarzenberg München Wien Baltimore 1999

Bown, G.W., Harris T.O., Hepworth, C. Life-events and endogenous depression *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 525-534

Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., Smith, F. Personality as a vulnerability factor to depression. *Br J Psychiat* 1991; 159: 106-114

Brewin, Ch.R. Depression and Causal Attributions: What is their Relation? *Psychological Bulletin* 1985; 98: 297-309

Brewin, Ch.R. Depression und Attribution: Kritische Fragen, In: Kammer, Hautzinger (Hrsg.) *Kognitive Depressionsforschung*, Verlag Hans Huber, Stuttgart, Toronto 1989: 17-29

Brinschwitz, M. *Attributionsstil und Depression*. Medizinische Dissertation, Marburg 1993

Brittain, H.L. A study of imagination. *Ped. Sem.* 1907; 14

Brown, G.W., Harris, T.O. *Social origins of depression: A study of Psychiatric disorder in women*. Tavistock publications, London 1978

Bühler, K.-E., Kaltschmitt, J. *Lebensereignisse und Lebensstil bei neurotisch und endogenen Depressiven*, Dissertation, Würzburg, Dezember 1991

Bühler, K.-E., Bardeleben, H., *Biografischer Fragebogen für Alkoholabhängige* In: ZPID-Testarchiv (ND: 3264) Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation, Trier 1994

Bühler, K.-E., Haltenhof, H., Geyer, S., Bardeleben H. Reliability of biographical data, their relations to personality variables and their influence on life-events. *J Affect Disord* 1999; Apr.,53 (1): 67-76

Bühler, K.-E., Geyer, S., Haltenhof H., Bardeleben H. Prognostic effect of biographical data and differences between neurotic depressive, endogenous depressive and healthy subjects *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2000; 151: 114-122

Bühler, K.-E., Pagels, S. The influence of biography, life-events and chronic difficulties on the course of inpatient therapy of depressives, Institute of Psychotherapy and Medical Psychology at Julius-Maximilians-University of Würzburg, 2001

Burke, K.C.; Burke, J.D., Regier, D.A., Rae, D.S. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. Archives of General Psychiatry 1990; 47: 789-795

Catell, R.B. The Screen-Test for the Number of Factors. In: Multivar. Behav. Reg. 1966; 1: 245-276

Clark, D.M., Teasdale, J.D. Diurnal Variation in Clinical Depression and Accessibility of Memories of Positive and Negative Experiences, Journal of Abnormal Psychology 1982; 91: 87-95

Clayton, P.J., Ernst, C., Angst, J. Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar disorders. Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 1994; 243: 340 ff

Cochran, S.D., Hammen, C.L. Perceptions of Stressful Life Events and Depression: A Test of Attributional Models. Journal of Personality and Social Psychology 1985; 48: 1562-1571

Coyne, J.C., Gotlib, I.H. The Role of Cognition in Depression: A critical Appraisal, Psychological Bulletin 1983; 94: 472-505

Cross-National Collaborative Group, The changing rate of major depression: Cross-national comparisons. Journal of the American Medical Association 1992; 268: 3098-3105

Dana, R. Cross validation of objective TAT-scoring. J.Consult Psychol. 1956; 20: 33-36

Davison, G.C., Neale, J.M. Klinische Psychologie, Urban & Schwarzenberg München Wien Baltimore 1979

Davison, G. C., Neale, J.M. Klinische Psychologie 5. aktualisierte Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1998

De Monbreun B.G., Craighead, W.E. Distortion of perception and recall of Positive and neutral feedback in depression. Cognitive Therapie and Research 1977; 1: 311-329

Dilling, H., Reimer, Ch. Psychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1995

Dilling H., Mombow W., Schmidt M.H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (1991) ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinie, Hube, Bern

Dilling H., Mombow W., Schmidt M.H., Schulte-Markwart E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (1994) ICD 10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinie, Huber, Bern

Dohr, K.B., Rush, A.J., Bernstein, I.H. Cognitive Biases and Depression. Journal of Abnormal Psychology 1989; 98: 263-267

Eggert, D. Eysenck-Persönlichkeits-Inventar (EPI) Handanweisung für die Durchführung und Auswertung. Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen 1974

Ernst, C., Schmid, G., Angst, J. The Zurich Study: early antecedents of depression Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 1992; 242: 142-51

Eysenck, H.J. Manual of the Maudsley Personality Inventory. University of London Press, London 1947

Eysenck, H.J. Dimension of Personality. Routledge & Kegan Paul, London 1947

Eysenck, H.J. The scientific study of personality. London 1952

Eysenck, H.J. The structure of Human Personality. Methuen, London 1960

Eysenck, H.J. The biological basis of personality. CC Thomas, Springfield/ IL 1967

Eysenck, H.J. The questionnaire measurement of neuroticism and extraversion *Revista di psychologia*; 50:113-140

Farmer, R., Nelson-Gray, R. Personality disorders in depression: Hypothetical relations, empirical findings and Methodological considerations. *Clin Psychol* 1990; 10: 453-476

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. The effects of test reliability on relationships between measures of life events and depression. *Social Psychiatry* 1986; 21: 53-62

Fogarty, S. J., Hensley, D.R. Depression and the Accessibility of Memories, A longitudinal Study. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142: 232-237

Frese, M., Schöfthaler-Rühl, R. Kognitive Ansätze in der Depressionsforschung. In: Hoffmann (Hrsg.) *Depressives Verhalten, Psychologische Modelle der Ätiologie und der Therapie*. Müller, Salzburg 1976: 57-107

Freud, S. Mourning and melancholia (1917) In: Collected papers, Vol. 4. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 1950

Freud, S. Die Traumdeutung. London 1959

Fürntratt, E. Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren In: Diagnostica 1969; 15: 62-76

Fyrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S., König, J. Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, B., Fydrich, T., Limbacher, K. (Hrsg.) Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Verlag Union, Weinheim 1996: 56-90

Galton, F. Psychometric Experiments. Brain, 1880; 2

Hammen, C. Depression, Erscheinungsform und Behandlung. Verlag Hans Huber, Bern 1999

Haring, C. Psychiatrie. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1989

Harkness, A.R., Lilienfeld, S.O. Individual differences science for treatment planning: Psychological Assessment 1997; 9: 349-360

Heckenhauser, H. Die Problematik des Projektionsbegriffs und Grundannahme des Thematischen Auffassungstests. Psychol. Beitr. 1960; 5

Heckhausen, H. Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation. Meisenheim/Glan 1954

Helmchen, H., Henn, F. Lauter, H., Sartorius, N. Schizophrene und affektive Störungen Springer Verlag Berlin Heidelberg 2000

Henry, W.E. The Thematic Apperception Technique in the study of culture-personality relations. Genet. Psychol. Monographs 1947; 35

Hiroto, D.S., Seligman, M.E.P. Generality of learned helplessness in man. Journal of Personality and Social Psychology 1975; 31: 311-327

Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Clayton, P.J., Keller, M.B. Personality and depression Arch Gen Psychiat 1983; 40: 993-998

Hoehn-Hyde, D., Schlottmann, R.S., Rush, A.J. Perception of social interactions in depressed psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1982; 50: 209-212

Hoffmann, N., Kaul, S. Verhaltenstheoretische Ansätze in der Depressionsforschung. In: Boerner, Kognitive Störungen bei Klinischer Depression. Europäische Hochschulschriften 6301, Lang, Peter, 1990: 10-55

Holmstrom, R.W., Karp, S.A., Silber, D.E. Prediction of Depression with the Apperceptive Personality Test. Journal of Clinical Psychology 1994; Vol. 50, No. 2: 234-237

Holt, R.R. The Thematic Apperception Test. In: Anderson and Anderson: An Introduction to Projective Techniques, New York 1952

Horowitz, M., Schäfer, C., Cooney, P. Life event scaling for recency of experience. In: Gunderson, Rahe (Hrsg.), Life-Stress and Illness, Thomas, Springfield, Chapter VIII, 1974: 213-218

Hoehn-Hyde, D., Schlottmann, R.S., Rush, A.J. Perception of social interactions in depressed psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982; 52: 209-212

Hoffmann, N., Kaul, S. Verhaltenstheoretische Ansätze in der Depressionsforschung In: Boerner, Kognitive Störungen bei Klinischer Depression Europäische Hochschulschriften 6301, Lang, Peter 1990: 10-55

Holmstrom, R.W., Karp, S.A., Silber, D.E. Prediction of Depression with the Apperceptive Personality Test. *Journal of Clinical Psychology* 1994; Vol. 50, No. 2: 234-237

Holt, R.R. The Thematic Apperception Test. In: Anderson and Anderson: An Introduction to Projective Techniques. New York 1952

Horowitz, M., Schäfer, C. Cooney, P. Life event scaling for recency of experience. In: Gunderson, Rahe (Hrsg.), *Life-Stress and Illness*, Thomas, Springfield, Chapter VIII 1974: 213-218

Hubert, W., Jong-Meyer, R.de., Düsse, M., Keul, D. Analyse emotionaler Reaktionsmuster nach Erfolg und Misserfolg. In: Kammer, Hautzinger (Hrsg.) *Kognitive Depressionsforschung*, Verlag Hans Huber, Stuttgart, Toronto 1988: 128-137

Ingram, R.E. Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model *Psychological Bulletin* 1990; 107: 156-176

Jung, C.G. Über die Bedeutung des Assoziationsexperimentes für die Psychologie. *Gross' Arch. f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik* 1906

Jung, C.G. *Die psychologische Diagnostik des Tatbestandes*. Zürich und Leipzig, o.J.

Kaltschmitt, J. Lebensereignisse und Lebensstil bei neurotisch und endogen Depressiven. Dissertation, Würzburg 1991

Kendler, K.S., Kessler, R.C., Neale, M.C., Heath, A.C., Eaves, L.J. The prediction of major depression in women. *Am J Psychiat* 1993; 150: 1139-1148

Klerman, G.L., Weissman, M.M. Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association* 1989; 261: 2229-2235

Knapp, R.R. Manual of Maudsley Personality Inventory. Educational and Industrial Testing Service, San Diego

Kornadt, H.J. Thematisches Apperzeptionsverfahren. In: *Handbuch der Psychologie*, Bd. 6 Göttingen 1964

Kraepelin E. *Psychiatrie* Burth, Leipzig 1913

Lauer, C.J., Bronisch, T., Kamiz, M., Schreiber, W., Holsboer, F., Krieg, J.C. Premorbid psychometric profile of subjects at high familial risk for affective disorder. *Psychol Med* 1997; 27: 355-362

Linden M. Psychiatrische und psychologische Klassifikation depressiver Störungen. In: Hautzinger M., Hoffmann N. (Hrsg.) *Depression und Umwelt*, Müller, Salzburg 1979: 95-124

Maier, S.F., Seligman, M.E.P., Solomon, R.L. Pavlovian fear conditioning and learned helplessness. In: Campbell, Church (Hrsg.) *Punishment and aversive behavior*, New York, Appleton-Century-Crofts 1969: 229-243

Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., Heim, R. Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression. *J Affect Disord* 1992; 24: 153-164

Martin, M. Neuroticism as predisposition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences* 1985; 6: 353-365

McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A., Lowell, E.R. *The achievement motive*. New York 1953

Miller, P.M., Seligman, M.E.P. Depression and the perception of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology* 1973; 82: 62-73

Miller, P.M., Seligman, M.E.P. Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology* 1975; 84: 228-238

Miller, P.M., Dean, C., Ingham, J.G., Kreitman, N.B., Sashidharan, S.P., Surtees, P.G. The Epidemiology of Life Events and Long-term Difficulties, with some Reflections on the Concept of Independence. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 686-696

Mitchell, R.E., Cronkite, R.C., Moos, R.H. Stress, Coping, and Depression Among Married Couples. *Journal of Abnormal Psychology* 1983; 92: 433-448

Monroe, S.M. Life Events and Disorder: Event-Symptom Associations and the Course of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1982; 91: 14-24

Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2000: 1099-1103

Murray, H.A., Morgan, C.D. A method for investigating phantasies: The Thematic Apperception Test. *Arah. Neurol. And Psychiatry* 1935; 34: 289 ff

Murray, H.A. *Exploration in Personality*. Oxford University Press, New York 1938

Murray, H.A., Stein, M.I. Note on the selection of combat officers. *Psychosom. Med.* 1943; 5: 386 ff

Murstein, B.I., Pryer, R.S. The concept of projection: a review. *Psychol. Bulletin* 1959; 56: 353-374

Nezu, A.M. A problem-solving formulation of depression. A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review* 1987; 7: 121-144

Nezu, A.M., Nezu, C.M., Perri, M.G. *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley 1989

Oppenheimer, F. Pamela a case study in status symbols. *J. abnorm. and Soc. Psychol.* 1945; 40: 187 ff

Overmier, J.B., Seligman, M.E.P. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 1967; 63: 23-33

Patrick, L.F., Moore, J.S. Life-event-types and attributional styles as Predictors of depression in elderly women. *Journal of geriatric Psychiatry* 1986; 19: 241-262

Peterson, C., Villanova, P., Raps, C.S. Depression and Attributions: Factors Responsible for Inconsistent Results in the Published Literature. *Journal of Abnormal Psychology* 1985; 94: 165-168

Philipp M. et al. Das depressive Kernsyndrom im Vergleich der operationalisierten Klassifikationssysteme. In: Mund C., Friedler P., Lang H., Kraus A. (Hrsg.) Depressionskonzept heute: Psychotherapie oder Pathopsychologie. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1991: 145-156

Pongratz, L.J. Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen 1973

Pyszczynski, T., Greenberg, J. Self-regulatory perseveration and the depressive self- focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. Psychological Bulletin 1987; 102: 122-138

Rapaport, D. The Thematic Apperception Test. In: Diagnostic Psychological Testing, Vol. II. The Yearbook Publishers, Chicago 1949; 4

Rehm, L.P. A self-control model of depression. Behavior Therapy 1977; 8: 787-804

Reick J., Warshaw M., Peterson, L.G. Comorbidity of panic and major depressive disorder. J. Psychiatr. Res. 1993; 27: Suppl 1, 23-33

Revers, W.J., Popp, W., Taeuber, K. Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 1973

Revers, W.J., Allesch, C.G. Handbuch zum Thematischen Gestaltungstest Beltz Verlag Weinheim und Basel 1985

Rorsman, B., Graesbeck, A., Hagnell, O., Isberg, P.E., Otterbrecht, L. Premorbid personality traits and psychosomatic background factors in depression. The Lundby study 1957-1972. Neuropsychobiology 1993; 27: 72-79

Rose, D.T., Abramson L.Y., Hodulik, C.J., Haberstadt L., Leff, G. Heterogeneity of cognitive style among depressed inpatients. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103: 419-429

Roth, D., Rehm, L.P Relationships among selfmonitoring processes, memory and depression. *Cognitive Therapy and Research* 1980; 4: 149-159

Rotter, J.B. Thematic Apperception Test: Suggestions for administration and interpretation. *J.of Pers.* 1946; 17, 49: 70 ff.

Roy, A., Breier, A., Doran A.R. Life event in depression: Relationship to subtypes *J. Affect Disord* 1985; 9: 143-148

Schepnak, H. Wie häufig kommen seelisch bedingte Erkrankungen wirklich vor ? Ergebnisse des Mannheimer Kohorten-Projektes. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 1984; 29: 105-114

Schwartz, L.A. Social situation pictures in the psychiatric interview; *Am. J. Orthopsychiatry* 1932; 2

Schmidt, L.R. *Lehrbuch der klinischen Psychologie*, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1984: 227-237

Seligman, M.E.P., Maier, S.F. Failure to escape traumatic shock *Journal of Experimental Psychology* 1967; 74: 1-9

Seligman, M.E.P., Groves. Non-transient learned helplessness. *Psychonom Science* 1970; 19: 191-192

Seligman, M.E.P., Maier, S.F., Solomon, R.L. Unpredictable and uncontrollable aversive events. In: Brush (Hrsg.), *Aversive conditioning and Learning*, New York, Academic Press 1971: 347-400

Seligman, M.E.P. Depression and learned helplessness. In: Friedman, Katz (Hrsg.) The Psychology of depression : Contemporary theory and research. Washington DC : Winston 1974: 83-113

Seligman, M.E.P. Helplessness: On depression development and death, San Francisco, Freeman, 1975

Seligman, M.E.P., Beagley, G. Learned helplessness in the rat. J.Comp. Physiol. Psychol. 1975; 88: 534-541

Seligman, M.E.P., Rosellini, Kosak. Learned helplessness in the rat; time course, immunization and reversibility. J. comp. Physiol. Psychol. 1975; 68: 542-547

Seligman, M.E.P. Erlernte Hilflosigkeit. Psychologie, Verlags Union, Urban & Schwarzenberg München Weinheim 1986

Siegrist, J. Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. Nervenarzt 1980; 51: 313-320

Singer, H., Hautzinger, M. Kausalattributionen, Depressivität und kritische Lebensereignisse als stochastischer Prozess. In: Kammer, Hautzinger (Hrsg.) Kognitive Depressionsforschung, Verlag Hans Huber, Stuttgart, Toronto 1988: 42-56

Stein, M.I. The Thematic Apperception Test. Addison-Wesley Press, Cambridge 1948

Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., Duda, K. Attributionsstil als Risikofaktor depressiver Reaktionen. In: Kammer, Hautzinger (Hrsg.) Kognitive Depressionsforschung, Verlag Hans Huber, Stuttgart, Toronto 1988: 31-41

Surtees, P.G., Wainwright, N.W.J. Fragile states of mind: Neuroticism, vulnerability, and long-term outcome of depression. *Br J Psychiat* 1996; 169: 338-347

Teasdale, J.D., Bancroft J. Manipulation of thought content as a Determinant of mood and corrugator EMG in depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology* 1977; 86: 235-241

Tomkins, S.S. *The Thematic Apperception Test. The Theory and Technique of Interpretation.* Grune & Stratton, New York 1947

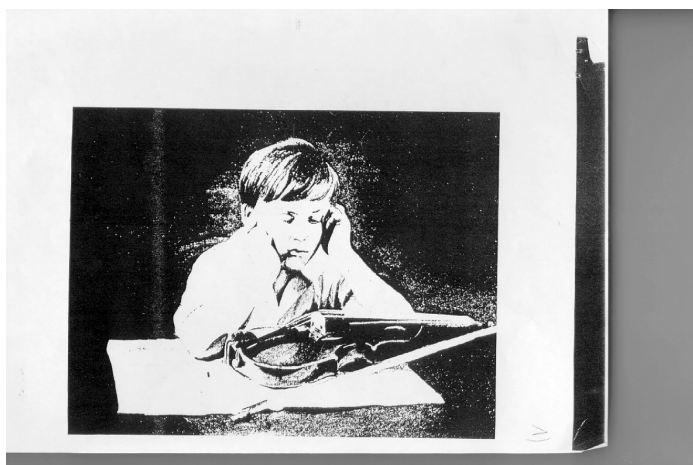
Weitbrecht H. J. Depressive und manische endogene Psychosen In: Kisker K.P., Meyer J. E., Müller M., Strömngren E. (Hrsg.) *Psychiatrie der Gegenwart, Bd.1: Klinische Psychiatrie* Springer, Berlin Heidelberg New York 1972: 83-140

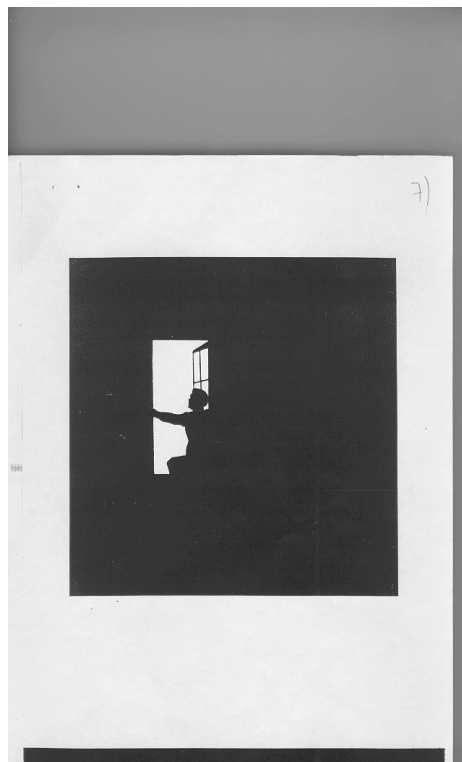
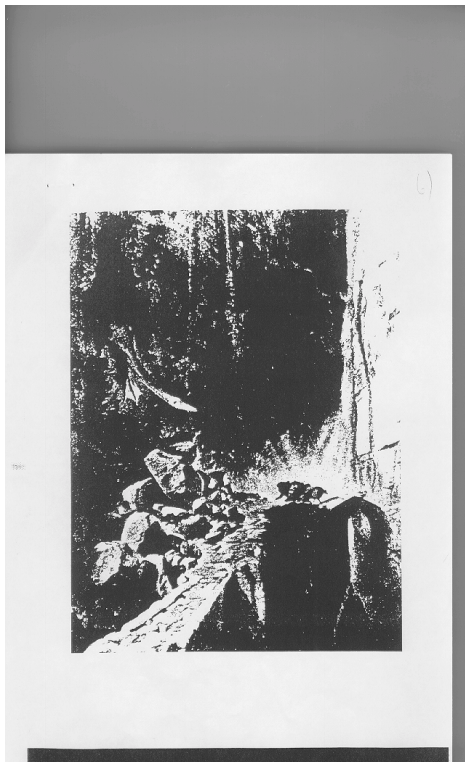
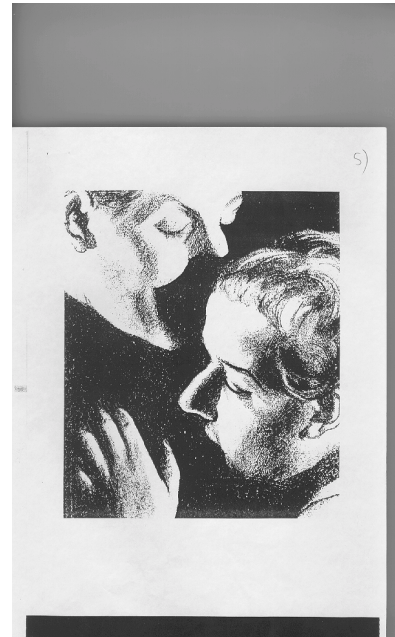
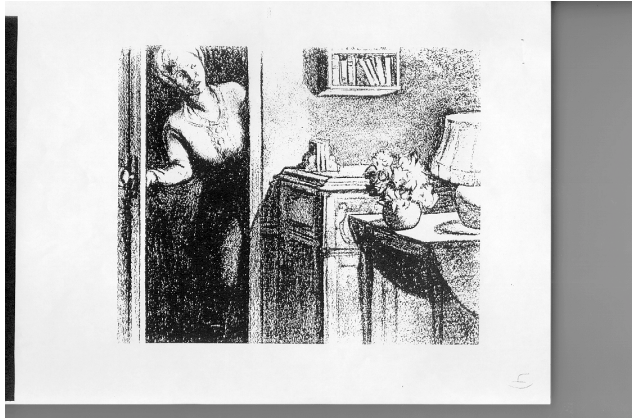
Wyatt, F. Formal Aspect of the Thematic Apperception Test. *Psychol. Bull.* 1942; 39: 491ff.

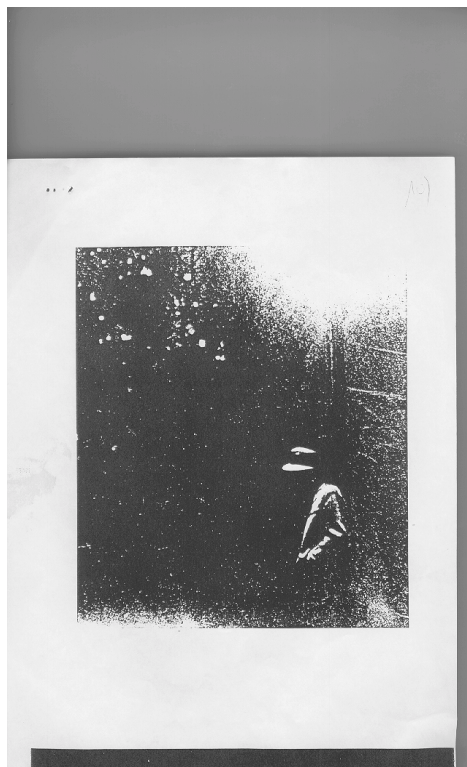
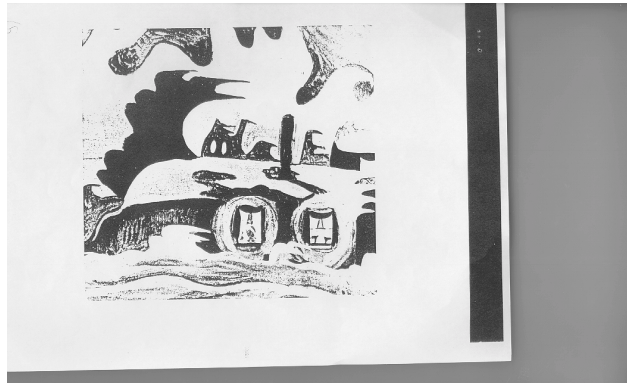
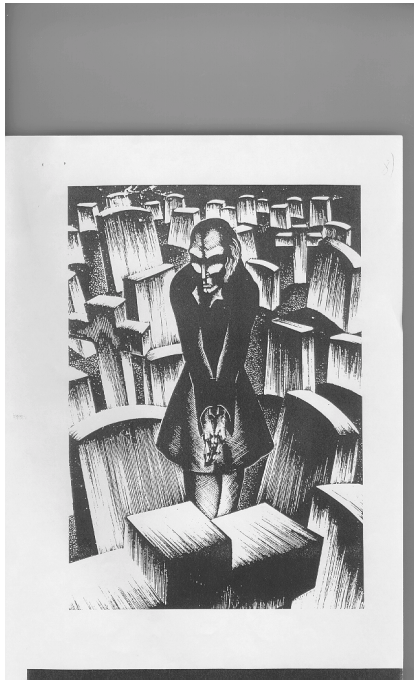
Wyatt, F. A principle for the interpretation of fantasy. *J. proj. Tech.* 1958; 22: 173-180

Anhang

Die zehn verwendeten Bildtafeln des TATs







Abkürzungen

Akt	Aktivität
BIFA-AL	Biografischer Fragebogen für Alkoholabhängige
BIFAZ	Zielgerichtetheit im Biografischen Fragebogen
BIFAN	Neurotizismus im Biografischen Fragebogen
BIFAP	Primärsozialisation im Biografischen Fragebogen
DSM-III	dritte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen
DSM-IV	vierte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen
EPI	Eysenck-Persönlichkeits-Inventar
EPIE	Extraversion im Eysenck-Persönlichkeits-Inventar
EPIN	Neurotizismus im Eysenck-Persönlichkeits-Inventar
EV	Extraversion
ICD-9	International Classification of Diseases, 9. Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Fassung
MMQ	Maudsley Medical Questionnaire
MPI	Maudsley Personal Inventory
N	Neurotizismus
Neg	Negativität
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
P	prozentual
Pass	Passivität
Pos	positive Gedanken
PS	Primärsozialisation
R	Rangkorrelationskoeffizient
T	Bildtafel des Thematic Apperception Tests
TAT	Thematic Apperception Test

WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)
ZG	Zielgerichtetheit

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt allen, die zur Durchführung und Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben.

Ich danke besonders Herrn PD Dr. K.-E. Bühler (Psychiatrische Universitätsklinik, Klinikum der Philipps-Universität Marburg) für die Überlassung des Dissertationsthemas sowie als Betreuer dieser Arbeit für die Einführung und Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten.

Für das Korrekturlesen danke ich meiner Mutter Edith Ahmadi-Torkabadi, und Herrn Dipl.-Betriebswirt (FH) T. Schlick.

Für die geduldige Unterstützung danke ich meinen lieben Eltern Edith und Dr. med. Haschem Ahmadi-Torkabadi sowie meinem Ehemann Dr. med. Heiko König.

Curriculum vitae

Persönliche Angaben

Geburtstag: 24.02.1974

Geburtsort: Köln

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: Seit dem 30.06.2000 verheiratet mit Dr. med. Heiko König. Zwei Söhne: Daniel Julian, geb. am 06.10.2001 und Lauren Elias, geb. am 02.05.2003.

Eltern: Vater : Dr. med. Haschem Ahmadi,
 Facharzt für Chirurgie und Allgemeinmedizin
 Mutter : Edith Ahmadi, geb. Sponsky, Arzthelferin

Schulbildung

1980 – 1984 Grundschule am Niersenberg, Kamp-Lintfort

1984 – 1993 Städtisches Gymnasium Kamp-Lintfort

Mai 1993 Abitur

Medizinstudium

Wintersemester 1993/94 – Wintersemester 1998/99

Philipps-Universität Marburg

März 1996 Physikum

März 1997 1. Staatsexamen

März 1999 2. Staatsexamen

Sommersemester 1999 – Wintersemester 1999/2000

Ludwig-Maximilians-Universität München

Mai 2000 3. Staatsexamen

Famulaturen

August 1996 Innere Medizin, Krankenhaus St. Josef, Moers

August 1997 Pädiatrie, Krankenhaus Bethanien, Moers

März 1998 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Marburg

August 1998 Allgemeinmedizin, Praxis Dr. Ahmadi Kamp-Lintfort

Praktisches Jahr

1.Tertial Division of Gastroenterology, UCLA
 Division of Endocrinology, UCLA
 Kardiologie, Städtisches Klinikum München-Harlaching

2.Tertial Dermatologie (Wahlfach), Städtisches Klinikum München-Schwabing

3.Tertial Kinderchirurgie, Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum Innenstadt der LMU München

AIP

01.11.2000 – 08.08.2002

Abteilung für Innere Medizin/ Kreiskrankenhaus Rastatt

Assistenzärztin

01.09.2002 – 31.10.2002

Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe

Seit 01.11.2002

Abteilung für Kardiologie/ St. Vincentius Kliniken Karlsruhe