

Aus dem Fachbereich Medizin
des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am
Main
Zentrum der Psychiatrie
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. H. J. Hampel

Selbst-Objekt-Beziehungen

bei PatientInnen mit manischen Störungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereiches Humanmedizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Vorgelegt von
Heike Will
aus Frankfurt am Main

Frankfurt am Main 2011

Dekan: Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter

Referent: Prof. Dr. rer. med. Dipl. Psych. Jochen Jordan

Koreferent: Prof. Dr. med. Rainer König

Tag der mündlichen Prüfung: [06.10.2011]

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	1
1. Einleitung.....	3
2. Stand der Forschung.....	5
2.1 Manie	5
2.2 Historischer Rückblick.....	8
2.3 Klinisch psychiatrische Konzepte der Depression und Manie.....	9
2.4 Psychoanalytische Konzepte der Depression und Manie	13
2.4.1 Triebdynamisches Modell.....	13
2.4.2 Ich – Psychologisches Modell.....	17
2.5 Objektbeziehungstheoretische Modelle.....	17
2.6 Weitere psychodynamische Modelle.....	20
2.7 Familiendynamische Modelle (Interpersonale Modelle).....	26
2.8 Rollendynamisches Modell.....	27
2.9 Kognitive Modelle.....	28
2.10 Modell der erlernten Hilflosigkeit.....	28
2.11 Multifaktorielles, psychologisches Depressionsmodell	28
2.12 Empirische Befunde der Persönlichkeitsforschung zur Depression und Manie	29
2.13 Zusammenfassung der Befunde empirischer Untersuchungen	42
3. Material und Methode.....	45
3.1 Zur Theorie der persönlichen Konstrukte.....	45
3.2 Die Repertory Grid-Technik als idiografisches Untersuchungsverfahren.....	47
3.3 Auswertungsmethoden.....	48
3.3.1 Faktorenanalyse.....	48
3.3.2 Die Varianz der Konstrukte und Elemente.....	49
3.3.3 Distanzen zwischen den Elementen.....	50
3.3.4 Selbst-Identitäts-Objekt-Grafik.....	51
3.3.5. SIOG-Diagnosen.....	52
3.4 Der Gießen-Test.....	58
3.4.1 Theorie.....	58
3.4.2 Testdurchführung.....	60

3.4.3 Auswertungsmethoden.....	61
3.4.4 Kritik.....	61
3.5 Depressivitäts - Skala von Zerssen (D-S´).....	62
3.6 Hamilton Depressions - Skala (HAMD).....	62
3.7 Halbstandardisiertes Interview.....	63
4. Eigene Untersuchung	63
4.1 Repertory Grid-Technik.....	64
4.1.1 Erhebung	64
4.1.2 Auswertung (Hauptkomponentenanalyse)	65
4.1.3 Operationalisierung des Selbstwertgefühls mit Hilfe des Abstandes zwischen Selbst und Ideal-Selbst.....	66
4.1.4 Operationalisierung von Objektbeziehungen mit Hilfe der Distanzen zu wichtigen Bezugspersonen.....	67
4.2 Gießen-Test.....	67
4.2.1 Erhebung.....	67
4.2.2 Auswertung.....	67
4.3 Halbstandardisiertes Interview (IVB).....	67
4.4 Begleituntersuchung.....	68
4.4.1 Depressionsskala von Zerssen (D-S´) und Hamilton Depressionsskala (HAMD).....	68
4.5 Fragestellung und Hypothesen.....	68
4.5.1 Hypothesen zum Selbstwertgefühl.....	68
4.5. Hypothesen zu den Objektbeziehungen unipolar manischer PatientInnen	70
5. Ergebnisse.....	72
5.1 ProbandInnen und Stichprobenbeschreibung.....	72
5.2 Ergebnisse des Interviews.....	72
5.2.1 Sozialer, beruflicher und familiärer Status	72
5.2.2 Krankheitsdaten der manisch Erkrankten	73
5.2.3 Kindheit und Familie	74
5.2.4 Aktuelle soziale Situation.....	75
5.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse des Interviews.....	76
5.3. Depressionsskala von Zerssen.....	77
5.4. Hamilton Depressionsskala (HAMD).....	77

5.4.1 Deskriptivstatistische Kennwerte des Gesamtwertes.....	77
5.5. Ergebnisse des Repertory Grid.....	78
5.5.1 Varianzprozente der drei Hauptkomponenten.....	78
5.5.2 Varianzprozente der Elemente.....	78
5.5.3 Mittlere Distanzen zwischen Selbst, Ideal-Selbst als Maß für das Selbstwertgefühl.....	79
5.5.4 Kombination hohes Selbstwertgefühl und Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz.....	79
5.5.5 Mittlere Distanzen zu den Objekten.....	80
5.5.6 Auffällige Objektbeziehungen.....	80
5.5.7 Selbst-Identitäts-Objekt-Graphen.....	82
5.5.8 Diagnosen.....	86
5.5.9 Zusammenfassung der Ergebnisse der Repertory Grid-Technik	87
5.6 Gießen-Test.....	89
5.6.1 Unterschiede des Selbstkonzeptes (Selbst, Ideal-Selbst und normatives Selbst) zwischen beiden untersuchten Kollektiven	89
5.6.2 Selbstbild und Grundstimmung.....	91
5.6.3 Vergleich des Selbstbildes der ManikerInnen mit den Bildern der Mutter und des Vaters.....	92
5.6.4 Vergleich des Idealbildes der ManikerInnen mit den Bildern von Mutter und Vater.....	93
5.6.5 Vergleich zwischen normativem Selbst und Mutter und Vater.....	95
5.6.6 Distanzen zwischen den Selbstelementen und den Vater- und Mutterbildern im Vergleich zwischen der psychiatrischen und orthopädischen Gruppe.	97
5.6.7 Zusammenfassung der Ergebnisse des Gießen-Testes	102
5.7. Zusammenfassung der gesamten Ergebnisse	102
5.7.1 Ausschluss von Depressivität.....	102
5.7.2 Familiäres, berufliches und soziales Umfeld.....	102
5.7.3 Selbstwertproblematik.....	103
5.7.4 Objektbeziehungen	104
6. Einzelfallorientierte Darstellung.....	106
6.1 Kasuistik Herr A (3012)	106
6.1.1 Ergebnisse des Repertory Grid Testes.....	107

6.1.3 Gießen-Test.....	111
6.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Entwicklung der Hypothesen ..	112
6.2 Kasuistik Herr B (3022)	113
6.2.1 Ergebnisse des Repertory Grid Testes.....	115
6.2.2 Gießen-Test.....	120
6.2.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	121
6.3 Kasuistik Frau C (3031).....	123
6.3.1 Ergebnisse des Repertory Grid Testes.....	124
6.3.2 Gießen-Test.....	129
6.3.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen	130
6.4 Kasuistik Frau D (3041)	131
6.4.1. Repertory Grid-Technik.....	132
6.4.2. Gießen-Test.....	137
6.4.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen	138
6.5 Kasuistik Herr E (3052).....	140
6.5.1 Repertory Grid-Technik.....	141
6.5.2 Gießen-Test.....	146
6.5.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	146
6.6 Kasuistik Frau F (3061).....	147
6.6.1 Repertory Grid-Technik.....	149
6.6.2 Ergebnisse aus dem Gießen-Test.....	155
6.6.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	156
6.7 Kasuistik 3072 (Herr G).....	158
6.7.1 Repertory Grid-Technik.....	159
6.7.2 Gießen-Test.....	164
6.7.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	165
6.8 Kasuistik 3082 (Herr H).....	166
6.8.1 Repertory Grid- Technik.....	167
6.8.2 Gießen-Test	171
6.8.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	171
6.9 Kasuistik 3092 (Herr I).....	173
6.9.1 Repertory Grid-Technik.....	174
6.9.2 Gießen-Test.....	178

6.9.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	179
6.10. Kasuistik 3102 (Herr K).....	180
6.10.1 Repertory Grid-Technik.....	181
6.10.2 Gießen-Test.....	185
6.10.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	186
6.11 Kasuistik 3112 (Herr L).....	188
6.11.1 Repertory Grid-Technik.....	188
6.11.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen.....	193
7. Zusammenfassung der Hypothesen aus den Kasuistiken	196
7.1 Selbstwertgefühl.....	196
7.2 Objektbeziehungen.....	199
8. Diskussion.....	203
8.1 Bedeutung der Konstruktsysteme	203
8.2 Selbstidentität und Selbstwertgefühl der unipolar manischen PatientInnen im Vergleich zur Kontrollgruppe	204
8.2.1 Selbstidentität dargestellt durch die Varianzaufklärung der Selbstelemente	205
8.2.2 Selbstwertgefühl operationalisiert durch die mittleren Distanzen zwischen den Selbstelementen in der Repertory Grid-Technik	206
8.2.3 Das normative Selbst in der SIOG	207
8.2.4 Operationalisierung des Selbstwertgefühls mit den SIOG Diagnosen...208	
8.2.5 Selbstwertgefühl operationalisiert durch die Gießen-Test Skalen 1, 3 und 6.....	209
8.2.6 Grundstimmung operationalisiert durch die Skala 4 des Gießen-Testes	209
8.2.7 Zusammenfassende Interpretation der Selbstidentität und des Selbstwertgefühls unipolar manisch Erkrankter.....	210
8.3 Objektbeziehungen der unipolar manischen PatientInnen und der Kontrollgruppe.....	211
8.3.1 Varianzaufklärung und Bedeutung der Elemente in der Repertory Grid-Technik	211
8.3.2 Mittlere Distanzen der Eltern zu den Selbstbildern in der Repertory Grid-Technik	211

8.3.3 Interpersonelle Beziehungsstruktur in der SIOG	212
8.3.4 Vergleich Selbstbilder und Elternbilder im Gießen-Test	213
8.4 Zusammenfassende Interpretation der Objektbeziehungen	213
8.5 Diskussion der Kasuistiken und des hypothesengenerierenden Ansatzes ...	214
8.5.2 Selbstidentität und Selbstwertgefühl der unipolar manischen PatientInnen	217
8.6 Zusammenfassung der Diskussionen aus der Gruppenauswertung und aus dem hypothesengenerierenden Ansatz	226
8.6.1 Bedeutung der Konstruktsysteme	226
8.6.2 Selbstwertgefühl	226
8.6.3 Objektbeziehungen	228
8.7 Kritische Diskussion der Methodik	229
8.7.1 Stichprobe.....	229
8.7.3 Auswertungskriterien	229
9. Zusammenfassung	231
Verzeichnisse.....	234
Literaturverzeichnis.....	234
Verzeichnis der Abkürzungen.....	250
Anhang	

Vorwort

Die hier vorgelegte Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes POD (Persönlichkeit und Objektbeziehungen depressiver Patienten) der J. W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik am Zentrum der Psychiatrie. Die Arbeitsgruppe stand unter der Leitung von Prof. Dr. med. S. Mentzos, in Kooperation mit Prof. Dr. med. H. Böker, und wurde nach der Emeretierung von Prof. Dr. med. S. Mentzos durch Prof. Dr. med. G. Overbeck und Prof. Dr. rer. med. Dipl. Psych. J. Jordan übernommen. Ziel der Studie ist, die Persönlichkeit und die interpersonalen Beziehungen depressiver PatientInnen zu untersuchen. Dazu wird ein Gruppenvergleich zwischen PatientInnen mit affektiven Psychosen (unipolare Depression, unipolare Manie, bipolare Erkrankung, schizoaffektive Psychosen), neurotischer Depression und einer Kontrollgruppe bestehend aus somatisch erkrankten PatientInnen aus dem orthopädischen Formenkreis durchgeführt. Thema dieser Dissertation ist die Gruppe der vorwiegend manisch erkrankten PatientInnen.

Der Schwerpunkt liegt auf der Untersuchung psychodynamisch relevanter und interpersoneller Faktoren und deren Zusammenhang mit Manifestation, Verlauf und Bewältigung der Erkrankung. Es wird versucht, durch einen explorativen, hypothesengenerierenden Ansatz gruppentypische Muster der Persönlichkeitsbilder der PatientInnen, ihre soziale Wahrnehmung und die Beziehungsdynamik zu erfassen.

Die Studie begann mit einer theoretischen Einarbeitungsphase 1991. Zwischen 1992 und 1996 wurden die PatientInnen der verschiedenen Krankheitsgruppen mit folgenden Testinstrumenten untersucht: Hamilton Depressionsskala (HAMD), Depressionsskala von Zerssen (D – S'), Gießener Beschwerdebogen, Gießen-Test und Repertory Grid-Technik. Mittels eines halbstandardisierten Interviews wurden die wesentlichen soziodemografischen Daten erfasst.

Die Gruppe der manischen PatientInnen wird der Kontrollgruppe der somatisch Erkrankten gegenübergestellt. Bei allen PatientInnen soll die Persönlichkeit und spezifische Beziehungsdynamik nach Abklingen der manischen Verstimmung im „symptomarmen Intervall“ untersucht werden. Es soll herausgearbeitet werden, ob intrapsychische Strukturen und interpersonelle Beziehungsmuster für die Manifestation, den Verlauf und die Bewältigung der manischen Erkrankung eine Rolle spielen.

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mir bei der Planung, Durchführung und

Fertigstellung dieser Arbeit behilflich waren.

Herrn Professor Dr. med. S. Mentzos danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und Herrn Professor Dr. med. G. Overbeck und Herrn Professor Dr. rer. med. Dipl. Psych. J. Jordan für die weitere Betreuung der Dissertation und Unterstützung bei deren Fertigstellung.

Herr Professor Dr. med. H. Böker gab mir immer wieder theoretische und praktische Anregungen. Besonders möchte ich mich bei ihm für die engagierte und geduldige Unterstützung bedanken.

Herrn Dr. F. Härtling und Frau Linz danke ich für das Korrekturlesen und den Rat und Tat, mit dem sie mich unterstützt haben.

Herrn Prof. Dr. rer. med. Dipl. Psych. K. Budischewski danke ich für die Hilfe bei der statistischen Auswertung.

Herrn Daniel Göhde für die vielen Tips und Anregungen für Kniffe und Tricks mit den Computerprogrammen.

Herrn Axel Fuchs und Maribel Will danke ich ganz besonders für die große Hilfe, Geduld und Zeit, die sie mir gegeben haben.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei allen ProbandInnen, ohne deren Mut und Hilfsbereitschaft diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Außerdem danke ich den ÄrztInnen und folgenden Krankenhäusern für die kollegiale Zusammenarbeit bei der Vermittlung der ProbandInnen und die freundliche Überlassung ihrer Räumlichkeiten zur Durchführung der Untersuchungen:

- Zentrum der Psychiatrie des Klinikums der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main
- Orthopädische Universitätsklinik Stiftung Friedrichshaim Frankfurt am Main
- Psychiatrische Abteilung des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen
- Psychiatrische Abteilung des Klinikums der Philipps-Universität Marburg
- Psychiatrisches Krankenhaus Hadamar
- Psychiatrisches Krankenhaus Weilmünster
- Psychiatrisches Krankenhaus Rehberg Herborn

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit versucht bestimmte Aspekte der Persönlichkeit unipolar manischer PatientInnen im symptomarmen Intervall herauszustellen. Die relevanten Persönlichkeitsdimensionen werden mit verschiedenen Messinstrumenten erfasst. Aufgrund der geringen Fallzahl dieser Gruppe wird eine hypothesengenerierende Einzelfalluntersuchung angeschlossen.

Die Zuordnung der PatientInnen zu den jeweiligen Gruppen erfolgt auf der Grundlage von ICD-10-Kriterien. Es wurden acht männliche und drei weibliche Personen untersucht. Eine laufende thymoleptische Therapie oder eine Lithiumtherapie stellt kein Ausschlusskriterium dar. Die Untersuchung wurde im „symptomfreien Intervall“ kurz vor Entlassung aus der Klinik oder unter ambulanten Bedingungen durchgeführt. Voraussetzung war die Freiheit von psychotischen oder manischen Symptomen. Dieser Zeitpunkt war bewusst gewählt, um der eventuellen präpsychotischen Persönlichkeit am nächsten zu kommen und eine Validierung des von VON ZERSSEN beschriebenen „Typus manicus“ (vgl. V. ZERSSEN, 1986, 2000) durchzuführen. In ähnlicher Weise werden die manisch Erkrankten von KROEBER (VGL. KROEBER, 1988) als Menschen beschrieben, die sich in einer dauerhaften hypomanischen Stimmung auf soziale Normen und Konventionen beziehen. Mittels des gewählten einfallorientierten Ansatzes sollte untersucht werden, ob es Anzeichen dafür gibt, dass die Gruppe der ManikerInnen aufgrund ihres erhöhten Selbstwertgefühls und ihres idealisierten bzw. hochambivalenten Vaterbildes prädisponiert ist, an einer Manie zu erkranken.

Als Instrumente dienen der Gießen-Test (GT) und die Repertory Grid-Technik (vgl. Kapitel Methodik). Der Gießen-Test erfasst eine Reihe von intraindividuellen und psychosozialen Merkmalskomplexen und gibt Hinweise auf intrapersonelle Strukturen.

Eine Übersicht über den Gießen-Test geben BECKMANN ET AL. (1991).

In Verbindung mit diesem standardisierten Persönlichkeitstest wird die Repertory Grid-Technik als einfallorientiertes Untersuchungsverfahren verwendet, um psychodynamische und interaktionelle Zusammenhänge zu erfassen. Die individuell gewonnenen Daten werden für die Einfallanalyse herangezogen. Darüber hinaus werden aus den jeweiligen Einfällen Daten in einer Weise generiert, die einen

Gruppenvergleich auf einer abstrakten Ebene ermöglicht. Hierzu werden bekannte mathematisch-statistische Rechenwerte wie die Varianzaufklärung und die euklidischen Distanzen herangezogen und mittels der sog. Selbst-Identitäts-Objekt-Grafik visualisiert. Zur Repertory Grid-Technik geben SCHEER und CATINA (1993) einen zusammenfassenden Überblick.

Die vorliegende Arbeit ist in drei Teilbereiche gegliedert. An den Beginn ist der theoretische Teil mit einer Übersicht über den aktuellen Stand der Literatur gestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den psychodynamischen Modellen im Bereich der affektiven Störungen.

Im Anschluss daran werden die verwendeten Testverfahren beschrieben und der methodische Hintergrund der wenig bekannten Repertory Grid-Technik beleuchtet. Die Fragestellungen und Operationalisierung der vorliegenden Untersuchung werden beschrieben.

Im Ergebnisteil wird zunächst die Stichprobe anhand soziodemographischer Daten dargestellt. Im Zentrum stehen die Ergebnisse des Gießen-Testes und der Repertory Grid-Technik. Zusätzlich erfolgt eine Einzelfalldarstellung der elf PatientInnen. Ein Vergleich der zwei Testinstrumente auf Einzelfallebene und eine Zusammenfassung des auf der Grundlage idiografischer Befunde entwickelten hypothesengenerierenden Ansatzes schließen sich an.

Im Diskussionsteil werden Einzelfallanalysen und Gruppenergebnisse vor dem Hintergrund bisheriger Forschungsergebnisse und der eigenen Hypothesen inhalts- und methodenkritisch überprüft.

Die Zusammenfassung stellt eine kurze komprimierte Version der Ergebnisse und der Diskussion vor. Die wissenschaftlichen Ergebnisse werden kritisch hinterfragt.

Das Resümee schließt Überlegungen zu zukünftigen Forschungen bei unipolar manischen bzw. bipolar affektiven Störungen und der therapeutischen Bedeutung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ein.

2. Stand der Forschung

2.1 Manie

Der Begriff Manie stammt von dem griechischen Wort Mania - Raserei und Wut - ab. Heute wird die Manie zu den affektiven Störungen gezählt. Bei diesen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung, meist in Richtung Depression, mit oder ohne begleitende Angst, oder in Richtung einer gehobenen Stimmung. Mit diesem Stimmungswechsel geht meist ein Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus einher. Die meisten dieser Störungen tendieren zum wiederholten Auftreten. Der Beginn der Episoden ist häufig mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Verbindung zu bringen.

Die Verlaufsforschung der unipolaren und bipolaren Erkrankungen hat gezeigt, dass unipolare Manien extrem selten sind (ANGST 1966, 1978, MARNEROS ET AL. 1991, PERRIS 1966, WINOKUR UND CLAYTON 1967), nach HUBER (1999) machen sie nur 3-6% aller affektiven Psychosen aus. In den seltenen Fällen, in denen keine depressive Episode im Verlauf erfasst worden ist, sind leichtere Formen, die nicht klinisch behandlungsbedürftig werden, wahrscheinlich. Die bipolaren Erkrankungen werden durch das Vorhandensein manischer Symptomatik definiert. Nach DUNNER ET AL. (1976) können die bipolaren Erkrankungen in Bipolar I (wenigstens einmal im Verlauf wegen einer manischen Episode hospitalisiert) und Bipolar II (Hospitalisierung nur wegen depressiver Episoden, lediglich hypomanische Episoden neben den schweren depressiven Phasen) unterschieden werden. Die einzelne manische Episode wird in drei Schweregrade eingeteilt: leichtere (Hypomanie), mittelgradige (Manie ohne psychotische Symptome) und schwere Form (Manie mit psychotischen Symptomen). Diese Episoden werden als F 30.0, F 30.1 bzw. F 30.2 nach ICD-10 codiert (vgl. MÖLLER ET AL., 2010). In der vorliegenden Studie wurden PatientInnen untersucht, die wiederholt an klinisch behandlungsbedürftigen manischen Episoden erkrankt waren. Der Erkrankungsgipfel liegt im dritten und vierten Lebensjahrzehnt, eine erste manische Episode tritt im Durchschnitt früher als eine erste depressive Episode auf.

Der Manie polar entgegengesetzt ist die Depression. Beide Formen affektiver Störungen verlaufen in zeitlich abgesetzten Intervallen, die in der Regel remittieren. In der Remission sind meist keine pathologischen Persönlichkeitsveränderungen feststellbar, wobei nach langen Verläufen besonders bei den mehrphasigen Manien Nivellierungen und Entdifferenzierungen eintreten können. Die Persönlichkeitsverän-

derungen sind aber nicht nur Krankheitsfolge, sondern auch die Folge der, durch die Krankheit, gestörten Persönlichkeitsentwicklung und sozialer Schwierigkeiten. Der zeitliche Ablauf der manischen Episoden ist bisher wenig untersucht. Es scheint, dass die manischen Phasen (ca. 50% Dauer bis zu drei Monaten, 30% bis zu einem Jahr und 20% über einem Jahr (TÖLLE, 1991)) kürzer andauern als die depressiven Phasen. Eine leichte depressive Nachschwankung kann sich an die manische Episode anschließen oder dieser als Vorstadium vorangehen. Die manische Episode ist durch gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und Ideenflucht gekennzeichnet. Die manische PatientIn wirkt oft fröhlich, witzig, ausgelassen und in ihre Stimmung ansteckend, sie kann aber auch gereizt und aggressiv sein. Der Antrieb des Erkrankten ist gesteigert, was sich in einer erhöhten Aktivität, starkem Bewegungsdrang und in einer für Außenstehende nie enden wollenden Betriebsamkeit zeigt. Das Schlafbedürfnis ist vermindert. Es kann zu einer Enthemmung kommen, diese wiederum kann auch zum Verlust des Schamgefühls (Witze erzählen, sexuelle Aufdringlichkeit, Liebesanträge, etc.) führen. In der Manie sind Gedächtnis und Denkfähigkeit erhalten und das Bewusstsein bleibt klar. Die Ideen des Kranken sind jedoch flüchtig und unbeständig, und häufig nur durch Assoziationen verknüpft und damit für andere schwer oder gar nicht nachvollziehbar. Ein langer Gedankengang kann nicht logisch bis zum Ende verfolgt und gedacht werden, sondern wird von Themensprüngen unterbrochen. Im Zusammenhang damit steht das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit und der Selbstüberschätzung. Daher besitzen die Kranken meist wenig oder keine echte Krankheitseinsicht. Wenn die Größenideen in die Tat umgesetzt werden, kommt es zu Großeinkäufen, Schulden, etc.. Erst mit Abklingen der manischen Phase stellt sich die Krankheitseinsicht wieder ein (FAUST, 1997, TÖLLE 2008).

Ein Patient schilderte seine abklingende Manie folgendermaßen: “Der Höhenflug geht nun zu Ende.... und es kommen die kleinen Alltagsängste wieder.“ (TÖLLE, 1991).

TÖLLE (1991) schrieb, dass der Gegenpol des melancholischen Schuld- und Versündigungswahn in der Unfähigkeit des Manikers, Schuld und Versündigung zu erleben, gesehen werden kann. Es wirke, als ob der Kranke von seinem Über-Ich befreit wäre. Das subjektive Erleben dieses Zustandes wird nicht immer als positiv geschildert und nach Abklingen des akuten Schubes kann es sogar als beschämend erachtet werden. Manche PatientInnen empfinden die Manie als persönlichkeitsfremd und hektisch, andere wiederum fühlen sich leistungsstark und gesund. Alle aber haben gemeinsam, dass sie wenig Schlaf benötigen und sich trotzdem vital fühlen. Auf dem Höhepunkt einer manischen Phase können vorübergehend auch paranoide, halluzina-

torische oder katatone Symptome beobachtet werden. Neben den drei verschiedenen Ausprägungsformen der Manie wird zusätzlich zwischen einer katatonen und deliriösen Manie unterschieden. Klinisch kann in die heitere, die gereizte, die erregte, die ideenflüchtige, die verworrene und die expansive Manie unterschieden werden. Nach ICD-10 Kriterien muss für die Diagnose einer manischen Episode die Stimmung vorwiegend gehoben, expansiv gereizt und für die Betroffenen deutlich abnorm sein. Dieser Stimmungswechsel muss auffällig sein und mindestens eine Woche anhalten. Drei bzw. vier (wenn die Stimmung nur gereizt ist) der folgenden Merkmale müssen zusätzlich vorliegen: gesteigerte Aktivität/motorische Ruhelosigkeit, gesteigerte Gesprächigkeit, Ideenflucht/subjektives Gefühl von Gedankenrasen, Verlust sozialer Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung/Größenwahn, Ablenkbarkeit/dauernder Wechsel von Aktivitäten und Plänen, tollkühnes/leichtsinniges Verhalten, gesteigerte Libido/sexuelle Taktlosigkeit. Manische Persönlichkeitszüge können auch als Ausdruck einer organischen Ursache vorkommen, so dass eine somatische Grunderkrankung immer ausgeschlossen werden muss (MÖLLER ET AL., 2010).

Die Ätiologie wird zur Zeit als multifaktoriell angesehen. Für die gesamte Gruppe der affektiven Psychosen wird ein hoher Erbfaktor angenommen (TÖLLE, 2008). Daneben gibt es neurobiochemische Befunde, die Störungen des cerebralen Katecholamin-Stoffwechsels vermuten lassen. Als Auslöser können körperliche Erkrankungen (7%) oder psychische Belastungen (7-15%) wirken (TÖLLE, 1991). So haben beispielsweise Untersuchungen der Life-event-Forschung gezeigt, dass in den Monaten vor dem Ausbruch einer Depression seelisch belastende Lebensereignisse deutlich häufiger waren als bei einer Kontrollgruppe nicht depressiver PatientInnen im gleichen Zeitraum (PAYKEL, 1987, 2003). Typische Life events sind tatsächliche oder drohende Verluste (Verlust wichtiger Bezugsperson durch Tod, Trennung, o. ä.). Die Behandlung der manischen Erkrankung ist durch die oft fehlende Krankheitseinsicht schwierig. Bei ausgeprägten Manien kann eine stationäre Aufnahme notwendig werden. Medikamentös stehen Neuroleptika zur Verfügung (Phenothiazine und Butyrophenon-Derivate). Als Phasenprophylaxe werden Lithiumsalze eingesetzt, deren antimanische Wirkung nachgewiesen ist. Alternativ kann zur Prophylaxe Carbamazepin oder Valproat eingesetzt werden.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vor allem mit der Intervallpersönlichkeit bzw. der prämorbidem Persönlichkeit von PatientInnen mit wiederholt klinisch behandlungsbedürftigen manischen Episoden.

Diese Untersuchungsrichtung hat eine lange klinische Tradition (BLANKENBURG, 1986; KISKER ET AL, 1987). Es wurde versucht, durch die Erforschung persönlichkeitsbedingter Disposition das Krankheitsrisiko und die Verlaufsprognose zu klären und durch kausale Krankheitsmodelle (vgl. v. ZERSEN, 1977; HIRSCHFELD, CROSS, 1982; AKISKAL, 1983; AKISKAL ET AL, 1983) Hilfen für therapeutische Ansätze und Strategien (vgl. TELLENBACH, 1977; MÖLLER, 1992) zu entwickeln.

Die Konzepte der prämorbidem Persönlichkeiten für bestimmte affektive Psychosen wurden entweder anhand von bestimmten Charakterzügen erarbeitet (BLEULER, 1922; KRAEPLIN, 1913; SJÖBRING, 1923; KRETSCHMER, 1921) oder es wurden bestimmte Charakterzüge zu einem Persönlichkeitstyp zusammengefasst, der dann einer Krankheitsgruppe zugeordnet wurde („Typus melancholicus“ vgl. TELLENBACH, 1961; „Typus manicus“ vgl. v. ZERSEN, 1977). Nach einem Erklärungsmodell sind Temperament und bestimmte Persönlichkeitsmerkmale milde Manifestationsformen affektiver Störungen, denen allen genetische Veranlagung oder Labilität zugrunde liegt (KRAEPLIN, 1913, KRETSCHMER, 1921, LEONHARD, 1963, AKISKAL, 1983, 1992).

Die theoretische Grundlage und das Erklärungsmodell der Manie sind nicht unabhängig von der Depressionsforschung zu betrachten. Deshalb werden im folgenden Kapitel die wichtigsten theoretischen Ansätze und Ergebnisse der Depressionsforschung dargestellt. Ein Teil der Autoren, die sich mit der Depression beschäftigt haben, nehmen auch Stellung zum Krankheitsbild der Manie.

2.2 Historischer Rückblick

Als erste Quelle zum Thema Depression taucht in der Medizingeschichte HIPPOKRATES (1839) auf, der schätzungsweise im vierten Jahrhundert vor Christus lebte. Er definierte den Begriff der „Melancholie“ („Schwarzgalligkeit“), um die ungewöhnliche Trübsal, die den depressiven Menschen kennzeichnet, zu benennen. In seiner medizinischen Beschreibung der Depression behauptete er, die „Melancholie“ entstehe durch ein Übermaß an schwarzer Galle im Gehirn, sie stehe in engem Zusammenhang mit der Epilepsie. Für ihn galt sie als eine der vier großen psychiatrischen Krankheiten, neben der Manie, der Phrenitis und der Paranoia.

Erst ungefähr 600 Jahre später griff ARETAEUS VON KAPPADOZIEN (1828) den Begriff der Depression erneut auf. Für ihn war sie durch rein psychische Faktoren verursacht. Er sah schon einen Zusammenhang zwischen Manie und Depression und beide Zustände als Teil ein und derselben „Krankheitsentität“. Schließlich hat er auch die Bedeu-

tung der zwischenmenschlichen Beziehungen im Zusammenhang mit der Depression erkannt.

Bis in die Renaissance hinein wurden diese Theorien nicht weiter verfolgt und bis in die Neuzeit galt die von GALEN (183) aufgestellte Doktrin, dass geistige Krankheit etwas mit den Körpersäften zu tun habe.

2.3 Klinisch psychiatrische Konzepte der Depression und Manie

Erst KRAEPLIN (1913) wendete sich diesem Thema wieder zu, indem er die psychiatrischen Erkrankungen neu definierte. Er führte ein eigenes nosologisches System ein, das noch heute Gültigkeit hat. Von ihm wurden drei große Kategorien der psychiatrischen Erkrankung aufgestellt: die Dementia praecox, die Paraphrenie, und die manisch-depressive Psychose. Zu der letzteren zählte er die intermittierende Psychose, die einfache Manie, bestimmte Zustände der Verwirrtheit, die meisten Fälle von Melancholie und bestimmte Fälle leichter Stimmungsstörungen als Vorläufer ernsthafter Zustände. Insgesamt unterschied er vier größere Untergruppen: depressive Zustände, manische Zustände, gemischte Zustände und „fundamentale“ Zustände.

Diese Einteilung diente in den 20er Jahren KRETSCHMER (1921), BLEULER (1922) und SJÖBRING (1923) als Grundlage zur Typisierung der prämorbidem Persönlichkeit bipolarer Psychosen.

Nach Meinung von SCHNEIDER (1950) existieren echte hyperthymische Persönlichkeiten, die aber selten manische oder depressive Phasen erleiden, sondern diesen Persönlichkeitszug als eine Art Dauerzustand besitzen. Sie unterscheiden sich vom echten „Maniker“ in Qualität, Quantität und Beeinflussbarkeit der Symptome (hyperthymische und expansive Persönlichkeiten).

LEONHARD (1963) hingegen zog andere Schlüsse aus einer Reihe von Patienten, die in der Berliner Klinik Charité behandelt wurden. Seine Hypothese, dass vorwiegend manische oder depressive Neigungen aus den präpsychotischen Temperamenten abzuleiten wären, konnte er nicht belegen. Es fanden sich viele zylothyme Temperamente, die teilweise die Schwankungen der Krankheit selbst darstellten, aber auch als Ausdruck einer affektiven Wesensart vermutet wurden. Im Gegensatz dazu fanden sich bei reinen Melancholikern starkes Hervortreten der subdepressiven Wesensart, bei reinen Manien (14 Fälle) ein starkes Überwiegen der hypomanischen Wesensart. Die Anlage zur manisch-depressiven Erkrankung werde nur dann manifest,

wenn sie mit einer affektiven Wesensart, d.h. einem subdepressiven, hypomanischen (hyperthymen) oder zykllothymen Temperament zusammentrifft. Er trennte die reinen unipolaren manischen Formen von der Zykllothymie ab. Diese hätten keine Disposition zur Gegenseite in sich.

NIETSCHÉ (1910) fasste mit eigenen Falldarstellungen und in der Literatur geschilderten Fällen die Manie in Subgruppen zusammen. Anhand von ausführlichen Anamnesen stellte er eine Kategorisierung der Fälle auf.

Zur ersten Gruppe zählten Menschen mit hypomanischen Zustandsbildern von Jugend an: der Persönlichkeitszug bestehe ununterbrochen. Für NIETSCHÉ war dies die originäre Hypomanie. Bei der zweiten Untergruppe bestehe nach NIETSCHÉ von Geburt an ein lebhaftes, sanguinisches, selbstbewusstes, unbeständiges und unternehmungslustiges Temperament, das sich allerdings im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt bis zur schweren Manie steigern könne. Diese progressive manische Konstitution könne über Jahre oder auch Jahrzehnte bestehen bleiben. Hypomanien von abnorm langer Dauer im Rahmen eines zirkulären Irreseins ordnete er in die zirkuläre chronische Hypomanie ein. Als letzte Untergruppe führte er die zeitweisen manischen Erregtheiten an. Diese Menschen hatten für ihn eine geringe Ausprägung der Symptome, wobei die Erregtheit im Vordergrund steht. Für NIETSCHÉ gehörten alle diese Gruppen zu dem Oberbegriff des „manisch-depressiven Irreseins“, zeigten aber teilweise Aspekte der Hysterie.

TELLENBACH (1961) beschäftigte sich mit der Erforschung der Depression und legte mit der Erarbeitung des „*Typus melancholicus*“ eine wichtige Grundlage zur Entwicklung von prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen affektiver Erkrankungen vor. Er versuchte seine Beobachtungen bei den Behandlungen depressiver PatientInnen zu systematisieren. In seinem 1959 zum ersten Mal erschienenen Buch befasste er sich mit der Problemgeschichte, der Typologie, der Pathogenese und der Klinik der depressiven Erkrankung.

Hierzu explorierte er 119 PatientInnen in der Remission und entwickelte daraus den „*Typus melancholicus*“ als einen herausragenden, einheitlichen Charakterzug. Als besonders wichtig erschien ihm der Begriff der Ordnung. Er begriff ihn nicht nur in dem alltäglichen Sinn als Schlichtheit und Sauberkeit, sondern auch als Fleiß, Gewissenhaftigkeit, Pflichtbewusstsein und Solidität. Begriffe wie Treue und Hilfsbereitschaft hätten einen hohen Wert für diese Menschen. Die gesellschaftliche und patriarchalische Rangordnung werde akzeptiert. Eine wichtige Rolle spiele ein aufop-

ferndes Verhalten für andere Menschen, feste Verbundenheit mit dem ehelichen Partner und den Kindern. Ein wichtiger Charakterzug dieser Menschen sei ein überdurchschnittlicher Anspruch an die eigene Leistung. Diese PatientInnen würden in der Arbeitswelt oft wegen ihrer konstanten, qualitativ und quantitativ guten Arbeitsleistung geschätzt.

Der Raum des Depressiven sei begrenzt durch feste, wenig verschiebbare, aber selbst gewählte Grenzen. Außerhalb davon erscheine es ihm unübersichtlich und unkontrollierbar. TELLENBACH (1961) kam zu dem Schluss, dass der Typus selbst zu den Bedingungen für das Zustandekommen von Depression zu zählen sei. Dabei verstand er den „Typus melancholicus“ als Charakterzug und nicht als ein zur Krankheit zählendes Merkmal oder eine Abnormität.

DIETRICH (1968) ordnete die Manien den Zykllothymien zu. Er sah in ihnen eine Verbundenheit zum Gegenpol Depression. Er hielt die Manie für eine Abwehr der Depression. Allerdings unterschied er verschiedene Formen: die rezidivierenden reinen Manien, wie sie auch LEONHARD (1963) beschrieben hat, die chronischen Manien und die hypomanischen Persönlichkeiten. Die Stimmung der reinen Maniker sei dauerhaft gehoben und wechsele nicht zur Depression. Gereiztheit, Dysphorie und leichte depressive Verstimmungen seien wenig ausgeprägt. Es bestünden ein subjektiv gehobenes Lebensgefühl, Leistungsstärke, Vitalität und Optimismus. Diese Menschen erscheinen häufig als strahlende und vitale Persönlichkeiten, die Unermüdlichkeit gebe den Anschein großer Leistungen, das Denken sei aber leicht ablenkbar und häufig flach. Durch ihren Betätigungsdrang stießen diese Menschen oft an die Grenzen der geltenden Gesetze. Die schnelle Umsetzung von Ideen und Vorhaben führe zu Leichtsinn und Fahrlässigkeit. Diese Menschen zeigten keine Züge depressiver Denkstrukturen.

Die zweite Form sei die chronische Manie, die von WERNICKE (1899), SPECHT (1908) und KRAEPELIN (1913) geprägt wurde. Sie bewege sich auf der Intensitätsstufe der Hypomanie. Exazerbationen mit Erregtheit und/oder psychotischer Verworrenheit könnten zu klinischen Aufnahmen führen. Diese Form manifestiere sich meist in der Pubertät und könne im weiteren Leben durch gesellschaftliche Ziele (Beruf, Karriere, etc.) verdeckt werden. Exazerbationen würden durch Konflikte ausgelöst. Im Alter würden diese Formen in cerebralsklerotisch gefärbte paranoische Krankheitsbilder übergehen.

Davon abzugrenzen sind nach Meinung von DIETRICH (1968) die sogenannten Monomanien, zu denen er Kleptomanie, Pyromanie und andere ähnliche Krankheiten zähl-

te. Die eigentlichen Hypomaniker könnten nicht nur durch die hysterische Struktur erklärt werden und von der depressiven, anankastischen oder schizoiden Struktur seien sie weit entfernt. Der Autor verwendet den Ausdruck des "Typus hystericus" für die elanvollen, freundlichen, lauten, manchmal ungemütlichen Menschen, die zwar eine starke Persönlichkeit ausstrahlen, diese aber bei genauer Betrachtung nicht besitzen. Nach seiner Definition hätten wesentlich mehr Menschen maniforme Strukturen, als die eigentliche Diagnose Manie gestellt wird.

TÖLLE (1987) dagegen bestritt den eindeutigen Zusammenhang zwischen Depression und Persönlichkeit der Erkrankten. Er sieht keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur für depressive Erkrankungen. Trotzdem möchte er an dem Gesamtkonzept des „Typus melancholicus“ festhalten.

Für JANZARIK (1988) sind affektpsychotische Verläufe mit überwiegend oder ausschließlich manischen Manifestationen in der Mehrzahl eher in den schizoaffektiven Zwischenbereich einzuordnen. Die strukturelle Gebundenheit finde sich auch in den bipolaren Verläufen. Nach seiner Meinung unterscheiden sich die bipolar Erkrankten prämorbid von den unipolar Depressiven durch ein hohes Niveau des dynamischen Phänomenbereiches. Die manische Entgleisung unterbreche bei den lebendigeren und geistig beweglicheren bipolaren Patienten das strukturelle Gebundensein der Depressiven.

BAGBY UND RYDER (2000) sind der Ansicht, dass die meisten Studien zu den Beziehungen zwischen Persönlichkeit und affektiven Störungen fälschlicherweise bestimmte Persönlichkeitszüge als potentielle Vulnerabilitätsfaktoren außer Acht gelassen haben, weil diese bei den untersuchten Patienten nicht absolut stabil waren. Sie gehen davon aus, dass es wichtig ist, auch solche Persönlichkeitszüge zu berücksichtigen, die nur eine relative Stabilität aufweisen (SANTOR, BAGBY ET AL., 1997).

AKISKAL ET AL. (2002) beschrieben den Zusammenhang zwischen Temperament und affektiven Störungen. Temperament definierten die Autoren als einen Aspekt der Persönlichkeit, der die emotionalen Anlagen, Reaktionen und deren Geschwindigkeit und Intensität beinhaltet. Die Stärke der Gemütsbewegung korreliert eng mit dem Konstrukt „Extraversion“ und die Schnelligkeit des Wechsels der Gemütsbewegungen mit „Neurotizismus“ bzw. „emotionaler Instabilität“. Die Temperamentsforschung werde in zunehmenden Ausmaß in das Verständnis über psychische Störungen

gen und affektive Erkrankungen integriert (vgl. AKISKAL ET AL., 2002). Die Autoren grenzen das depressive, das zylothyme, das hyperthyme und das phobische Temperament voneinander ab und untermauern diese mit den TEMPS-A-Skalen. Temperamente seien Grundzustände, die einen Zusammenhang zu affektiven Erkrankungen haben können. Ein Temperament könne eine sich ausbildende affektive Störung formen. Es wäre dabei eine depressive Episode auf einem depressiven Temperament vorstellbar, aber auch eine depressive Episode auf einem hyperthymen Temperament, das zur Entwicklung einer gemischten Episode führen würde.

2.4 Psychoanalytische Konzepte der Depression und Manie

2.4.1 Triebdynamisches Modell

Nach der triebdynamischen Theorie kommt es zu einem Verlust des ambivalent geliebten Objektes. Die Wut darüber wendet sich gegen das eigene Selbst. Dieser Vorgang setzt voraus, dass das verlorene Objekt zuvor durch Introjektion zurückgewonnen wurde.

Wohl als erster Psychoanalytiker beschäftigte sich ABRAHAM (1911) mit der Depression. Vor dem damaligen Hintergrund nahm ABRAHAM (1911) an, dass die Depression eine Folge von Triebunterdrückung sei, der Mensch habe die Hoffnung aufgegeben, sein libidinöses Streben befriedigen zu können. Der Depressive sei nicht imstande, sich geliebt zu fühlen oder selbst zu lieben. Die massiven Schuldgefühle führte er auf die im Unterbewusstsein zurückgehaltenen Zerstörungswünsche zurück. Diese würden sich in Träumen, Fehlleistungen und anderen symbolischen Akten äußern.

Die Manie sah er als die Manifestation des in der Depression Unterdrückten. Die manische Phase mit allen ihren Symptomen verstand er als Rückkehr in die Kindheit, in die Phase, in der der Ausdruck solcher Emotionen noch nicht unterdrückt wurde. Für ihn stellte die Manie das Abschütteln der Herrschaft des „Ich – Ideals“ dar. Der manische Mensch wende sich mit einer auffälligen Gier der Objektwelt zu. Es gelänge den Manikern, zur Stärkung ihres geschädigten Selbst, mit der Objektwelt zu fusionieren und sich als einig zu erleben. In dieser Situation erlebe der Maniker die Fusion mit den Objekten als eine Bereicherung (ABRAHAM, 1912).

Abraham nannte als Erster wichtige Charaktereigenschaften der Depressiven, die vor ihm noch kein Forscher formuliert hatte: die Ambivalenz und Unfähigkeit der Erkrankten, andere Menschen zu lieben und die Tatsache, dass diese Personen sogar Schuldgefühle nutzen, um die Aufmerksamkeit auf ihre Person zu lenken. In den später erschienenen Artikeln (1924) versuchte ABRAHAM, die Theorien von FREUD

(1917) klinisch zu untermauern. Die Depression sei eine Regression auf die erste psychosexuelle bzw. orale Phase. Den Gedanken der Introjektion griff er auf und verstärkte diesen Ansatz, indem er sagte, der Kranke versuche unbewußt zu verschlingen und zu vernichten. Diese Tendenz führe zur Verweigerung der Nahrungsaufnahme und gleichzeitig zur Angst vor dem Verhungern. Wichtig erschien ihm auch die unerträglich erscheinende Enttäuschung durch das Liebesobjekt, die dann zu einer Introjektion führe.

In seinem Artikel „Trauer und Melancholie“ befasste sich FREUD (1917) eingehend mit der Depression. Er unterschied Trauer von Melancholie. Obwohl sie sich in ihrer äußeren Erscheinung recht ähnlich seien, hätten sie doch einige bedeutsame Unterschiede. Trauer sei immer eine Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder eines Abstraktums, das an deren Stelle getreten sei. Die Trauerarbeit wurde aber von FREUD (1917) als etwas Konstruktives gesehen, als ein Loslösungsprozess der Libido von dem geliebten Objekt, damit das „Ich“ wieder frei und ungehemmt sein könne. Die Melancholie hingegen sei ausgezeichnet durch tiefe schmerzliche Verstimmung, eine Interesselosigkeit für die Außenwelt, durch den Verlust der Liebesfähigkeit, durch die Hemmung jeder Leistung und die Herabsetzung des Selbstgefühls, was sich in Selbstvorwürfen, Selbstbeschimpfungen und Vorstellungen der Selbstbestrafung äußere. Die Trauer zeige die gleichen Züge bis auf die Störung des Selbstwertgefühls. Dies sei für die Bedeutung der Melancholie sehr wichtig. Der Verlust des geliebten Objektes müsse nicht immer ein realer Verlust sein, sondern könne auch auf ideeller Ebene geschehen. Der Melancholiker zeige außerdem eine übermäßige Herabsetzung seines Ichgefühls, verbunden mit einer extremen Ich-Verarmung. „Bei der Trauer ist die Welt leer, bei der Melancholie ist es das Ich selbst“ (FREUD, 1917, S.431). Die Selbstbeschuldigungen des Melancholikers wirken unangemessen, übermäßig moralisch und sind oft öffentlich und ungeniert. Diese Tatsache wurde von FREUD (1917) auf eine Ich-Spaltung zurückgeführt. Der eine Teil des Ichs betrachte den anderen kritisch und beurteile ihn wie ein äußeres Objekt. Das veranlaßte FREUD (1917) zu der Annahme, dass die Selbstbeschuldigungen in Wahrheit einem geliebten Objekt gelten. Den kritischen Teil des Ichs kenne jeder Mensch als das Gewissen. Durch Kränkung oder Enttäuschung durch eine geliebte Person komme es zum Bruch der Beziehung mit dem Abzug der libidinösen Besetzung. Die freie Libido werde nun nicht auf ein neues Objekt übertragen, sondern statt dessen in das Ich zurückgenommen, was eine Identifizierung des Ichs mit dem aufgegebenen Objekt darstelle.

FREUD (1917) sah in dieser Introjektion eine wichtige Voraussetzung für die Entstehung der Melancholie. Im späteren Leben erfahrene Verluste reaktivierten diese alte Enttäuschung neu und veranlassten den Patienten, seine Wut am ursprünglich enttäuschenden Objekt auszulassen, das aber jetzt mit einem Teil seines Ichs verschmolzen sei.

Die Manie habe nun keinen anderen Inhalt als die Melancholie, nur gelänge es der Manie diesen „Komplex“ zu bewältigen oder beiseite zu schieben. Der Manische erscheine als vom Objekt befreit, indem er „wie ein Heißhungriger auf neue Objektbesetzungen ausgeht“ (FREUD, 1917, S.442). Manie wurde von ihm auf die gleiche Grundstörung wie die Melancholie zurückgeführt und beruhe auf der Abwehr des zugrundeliegenden Konfliktes und gleichzeitig einer Abwehr der daraus resultierenden Melancholie. Häufig werde die Manie psychoreaktiv ausgelöst, z.B. durch den Tod einer nahestehenden Person.

Auch JUNG (1904) befasste sich mit dem Krankheitsbild der Manie. Anhand von vier Kasuistiken entwickelte er einige Grundzüge der chronischen Manie, die für ihn eine eigenständige Krankheitsgruppe darstellte. Die manische Verstimmung lasse sich bis in die Jugend anhand einer permanenten submanischen Stimmungslage verfolgen. Er zählte die manische Verstimmung zu dem Gebiet der psychopathischen Minderwertigkeit. In der submanischen Stimmung treten nach seiner Erfahrung Episoden von manischen Exazerbationen mit unbekannter Periodizität auf. Als Symptome, die in Zusammenhang mit der manischen Verstimmung auftreten können, nannte er Alkoholismus, Kriminalität, moralischen Wahnsinn und soziale Unbeständigkeit.

Unter dem Einfluss der Strukturtheorie erarbeitete RADO (1928) seine Theorien über Depression und Manie. Die Ursachen sah er in den sich gegenseitig beeinflussenden Beziehungen zwischen dem Ich, dem Über-Ich und dem Liebesobjekt. Bei dem zur Depression neigenden Menschen müssen die narzisstischen Bedürfnisse zum sicheren Selbst von außen erbracht werden. Im gesunden Intervall versuche der Depressive, den Partner zu beherrschen und zu kontrollieren. Dabei werde das Liebesobjekt bis an die Grenzen seiner Toleranz gedrängt. Besteht die Gefahr eines Verlustes, ver falle dieser Mensch in eine Depression. Er bestrafe sich für den gedachten oder tatsächlich erlittenen Verlust selbst. Ist das Objekt verloren, versuche er es wiederzugewinnen, indem er Schuldgefühle und Mitleid in ihm wachrufe. RADO (1928) beschreibt das als Sequenz zwischen Feindseligkeit-Schuldgefühl-Zerknirschung und führt diese auf das alte Muster Wut-Hunger-Saugen zurück. Er sah den Kern der Me-

lancholie in dem Wunsch, von der Mutter erneut genährt zu werden. In der schweren Depression aber werde das äußere Objekt aufgegeben und das Über-Ich nehme dessen Stelle ein. Geschehe eine solche Entwicklung schon im Kleinkindalter, werden die Eltern introjiziert und auf diese Art und Weise zu einer intrapsychischen Instanz gemacht. Nach Auffassung von RADO (1928) finde dabei eine Doppelintrojektion statt. Der gute Teil werde in das Über-Ich und der schlechte Anteil in das Ich übernommen. Diese Verhaltensmuster blieben unpassenderweise bis ins Erwachsenenalter hinein erhalten. Der Sinn der Depression sei die Wiederherstellung des verlorenen Liebesobjektes. Hier betonte der Autor, dass der Verlust des Objektes nicht real sein muss. In einer späteren Veröffentlichung (RADO, 1951) wendete er sich von diesen klassischen psychodynamischen Zusammenhängen ab und bezeichnete oben beschriebene Verhaltensweisen als krankhafte Reaktionen auf Lebensbelastungen.

Nach Meinung von DEUTSCH (1933) verleugne das Ich eine erlittene Kränkung, um sich vor der melancholischen Zerknirschung zu schützen und sich vor dem strafenden Angriffen des Über-Ichs zu bewahren. In der Manie würden so orale Wünsche phallisch – narzisstisch abgewehrt.

WEISS (1944) sah die Manie nur im Zusammenhang mit der Melancholie. Das durch Introjektion der Elternautoritäten entstandene Über-Ich verfolge das Ich bzw. die passive Introjektion im Ich. In der Manie würde das passive Introjekt nach außen projiziert. Diese Projektion sei jedoch nicht stabil und der Maniker sei daher immer von der Melancholie bedroht.

FENICHEL (1945) war der erste, der hauptsächlich das Fehlen von Selbstachtung für die Depression verantwortlich macht. Damit rückte er das „Ich“ als zentrales Element für die Depression in den Vordergrund.

LEWIN (1959) betonte die wichtige Rolle der Verleugnung unter den an der Manie beteiligten Abwehrmechanismen. In der Manie werde die Restitutio des frühinfantilen Lust-Ichs angestrebt. Das hypomanische Ich entstehe aus der Verschmelzung des frühen Ichs mit dem Über-Ich im Sinne eines Lust-Ichs.

SANDLER UND JOFFE (1965) vertraten einen ähnlichen Standpunkt. Depression war für sie ein fundamentaler Affekt, der als Reaktion auf einen Verlust auftritt. Wobei auch hier mit Verlust kein realer Verlust gemeint war, sondern der Verlust des Gefühls ei-

ner narzisstischen Integrität. Für sie war die klinische Depression eine abnorme Variante des ursprünglichen Affektes der „normalen“ psychobiologischen Depression.

2.4.2 Ich – Psychologisches Modell

Für BIBRING (1953) spielte sich die Depression hauptsächlich im Selbst ab, nicht zwischen den Instanzen Ich und Über-Ich. Daher zählte für ihn Depression zu den primären Erfahrungen, wie zum Beispiel auch Angst, und ist aus dieser Überlegung heraus auch nicht reparativ. Für ihn sind daher nur die Symptome der Depression therapierbar.

Auch JACOBSON (1971) hielt die Regulierung der Selbstachtung für eine grundlegende Problematik in der Depression. Sie argumentierte mit der Verschiebung aggressiver und libidinöser Besetzungen zwischen Selbst- und Objektvorstellungen und einer Fusion intrapsychischer Strukturen. Bei der psychotischen Depression fände eine krankhafte Fusion von Selbst- und Objektrepräsentanzen sowohl im Ich als auch im Über-Ich statt. Durch diesen Prozess komme es zu Anschuldigungen von Seiten des pathologischen Über-Ichs auf eine abgewertete Selbst-Objektrepräsentanz im Ich. Die Stärke und Pathologie der Depression hänge von diesen strukturellen Anordnungen der Selbst - Objektrepräsentanzen im Ich und Über-Ich ab.

KOHUT (1971) beschäftigte sich im Rahmen der von ihm entwickelten Selbstpsychologie auch mit depressiven und manischen Psychosen. Für ihn besitzt der depressive Mensch kaum oder wenig Selbstwertgefühl und Vitalität. Dies sei zum einen durch biologische Faktoren und zum anderen durch einen Mangel an Selbstspiegelungen bei primären Bezugspersonen verursacht. Diese zwei Faktoren führten zu einer massiven Entleerung des Selbstwertgefühls und Vitalität und damit zum Bild einer leeren Depression. Die fehlende Möglichkeit zur Identifikation mit der Ruhe und der Sicherheit des idealisierten Objektes wiederum führe zu einer Schulddepression. Die Manie sah er als einen Versuch, diese zur Depression führenden Konflikte abzuwehren und zu verleugnen. Für ihn ist die Manie eine abgewehrte Depression und keine eigenständige Erkrankung, der ein eigenständiger Konflikt zugrunde liegt.

2.5 Objektbeziehungstheoretische Modelle

Das Interesse von KLEIN (1940) galt den psychischen Bedingungen für eine depressive Erkrankung. Dabei hob sie die Bedeutung der dyadischen Beziehung zwischen Mutter und Kind hervor. Ein Kind durchlaufe zwei Entwicklungsstadien während des

ersten Lebensjahres. Zuerst die „schizo-paranoide“ Position: während dieser Zeit werde ein Objekt (Mutter, Vater) internalisiert, dann in gute und schlechte Teilobjekte zerlegt und daraufhin werden die schlechten Teilobjekte wieder externalisiert. Im 4.-5. Monat beginne die „depressive“ Position. Das Kind erkenne, dass jedes Objekt aus guten und schlechten Teilen bestehe und fürchte die Zerstörung der Objekte. Sie ging davon aus, dass depressive und manisch-depressive Patienten diese Phase der depressiven Position nicht überwinden können. Es sei ihnen unmöglich, ein inneres Objekt zu entwickeln. Auch sie hielt die Depression für den klinischen Ausdruck einer pathologischen Trauer, ähnlich der Auffassung FREUDS (1917). Die Manie fasste sie wie FREUD (1917) als eine Abwehr dieser pathologischen Trauer auf. Zum Schutz des Selbst gegen Schuld und Aggression werde die Manie stark idealisiert. Ein weiterer Schutzmechanismus sei der manische Triumph über ein verlorenes Objekt. Darin sah KLEIN (1940) Todeswünsche. Außerdem zählte sie zu manischen Abwehrmechanismen Allmacht, Verachtung, Zwangsinjektion und Identifizierung mit dem Über-Ich. Die Dominanz der manischen Mechanismen führe zu einer hypomanischen Psychose oder einer hypomanischen Persönlichkeit. Die hypomanische Persönlichkeit verleugne sämtliche realen Objekte und die Schuld ihnen gegenüber. KLEIN (1940) sah einen engen Zusammenhang zwischen hypomanischen Persönlichkeiten und narzisstischen Objektbeziehungen.

MAHLER (1952, 1966) entwickelte die Objektbeziehungstheorie weiter. Obwohl sie nicht zur Depression und Manie direkt Stellung bezog, waren ihre Ergebnisse eine wichtige Basis. Sie teilte die kindliche Entwicklung in Phasen ein: die autistische, die symbiotische, die Phase der Trennung-Individuation und die Phase der Objektkonstanz. Sie bezog dann verschiedene Erkrankungen auf Fehlentwicklungen während dieser Phasen.

GUNTRIP (1962) verstand die manisch-depressive Reaktion als Abwehr drohenden Ich – Verlustes im schizoiden Prozess. In der manischen Reaktion komme es zur Revolte gegen Moral und Selbstbestrafung, aber auch zu dem Versuch, die Psyche aus der Passivität und der Regression zu holen.

WISDOM (1967) präziserte die klassische Theorie zur Entstehung der Melancholie. Er unterschied zwischen Kern-Introjekten/Identifikationen und randständigen Introjekten /Identifikationen. Die Kernintrojekte bilden das Selbst, die randständigen stellen die inneren Objekte dar. Verschiedene psychische Erkrankungen entstünden bei

misslungener Introjektion oder Extrajektion von Objekten. Er betonte außer der grundlegenden Rolle der Mutter die wichtige Rolle des Vaters für Introjektion von Objekten. In der manischen Abwehr werde der Verlust eines ambivalenten Objektes geleugnet und idealisiert. Da dies meist keine wirkliche Befriedigung darstelle, entwickelten sich Verfolgungswahn und durch die Wechselwirkung schizoide und manischer Abwehrmechanismen die Melancholie.

FREEMAN (1971) sah in der Manie einen vielschichtigen Abwehrvorgang, der durch einen realen oder irrealen Objektverlust ausgelöst wird. Das Ich-Ideal würde überbesetzt und die Selbst-Objekt-Grenzen würden verschmelzen. In der manischen Abwehr komme es auch zur Extendisierung als Maßnahme gegen den Objektverlust. Dabei würden eigene Triebwünsche äußeren Objekten zugeschrieben und an ihnen bekämpft.

H. S. KLEIN (1974) war der Meinung, dass die Manie dem Zusammenhalt primär desintegrierter Persönlichkeitsanteile diene.

Die bei den Ich-Psychologen angenommene Ich-Schwäche wurde durch KERNBERG (1975, 1988) zu einem differenzierten Konzept der Selbst- und Objektrepräsentanzen ausgebaut. Die Ich-Schwäche, die zur Depression führe, komme durch eine mangelnde Abgrenzung und eine ungenügende Strukturierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen zustande. Die Betroffenen hätten ein gestörtes Verhältnis sowohl zu sich selbst als auch zu Objekten und deren intrapsychischen Repräsentanzen.

BATTEGAY (1987) beschrieb zusammenfassend seine analytischen Beobachtungen. Depressiv Erkrankte besäßen eine sogenannte orale Störungskomponente. Sie lebten ständig mit dem Wunsch nach einer symbiotischen Einverleibung eines Objektes. Die Umsetzung dieses Wunsches könne nie gelingen und so erlebten diese Patienten dabei einen Verlust des Objektes. Sie seien daher gekennzeichnet durch eine ambivalent erfahrene narzisstische Fusion mit diesem Objekt, wie auch durch die gleichsinnig erlebte orale Inkorporation des Objektes. Es werde zur Verstärkung des eigenen Selbst benötigt. BATTEGAY (1987) schloss sich der Meinung TELLENBACHS (1961) an. Auch er betonte die zentrale Rolle von Ordnung bei depressiv Erkrankten. Sie könnten ihr archaisches Über-Ich nicht mildern oder relativieren. Eine „normale“ narzisstische Basisbeziehung mit einem Objekt sei nicht möglich, da in der Depression dem Individuum jener Narzissmus fehle, mit dem das Ich, Es, Über-Ich und auch der ei-

gene Körper besetzt seien. Aus diesem Grunde werde versucht, das eigene Selbst durch ein Objekt zu erweitern bzw. mit diesem eine Fusion einzugehen. Gleichzeitig drohe ständig der Verlust desselben, da eine reale Fusion nicht möglich sei.

Auch er tendierte zu der Meinung, in der Manie eine Abwehr der Depression zu sehen. Die oben beschriebene narzisstische Leere werde verleugnet und die betreffende Person versuche, den damit verbundenen Mangel im Selbst durch Größenphantasien abzuwehren. Es entwickle sich eine euphorische Stimmungslage. Irgendwann breche diese Abwehr zusammen, da das narzisstische Defizit nicht ausgeglichen werden könne.

JACKSON (1993) beschrieb anhand einer Fallbeschreibung die psychoanalytischen Hintergründe der Depression und Manie. In der Depression läge eine Identifizierung mit der Mutter, in der Manie eine mit dem phallisch idealisierten Vater vor.

2.6 Weitere psychodynamische Modelle

MENTZOS (1995) entwarf zur Veranschaulichung der Ursachen psychischer Erkrankungen und für die Entwicklung von Persönlichkeitsstrukturen ein Drei-Säulenmodell. Die Basis der ersten Säule entspreche dem Größen-Selbst, darüber lägen die Größenphantasien und an der Spitze das reife Ideal-Selbst. Für die Stabilität dieser Säule sei ein gewisses Ausmaß von zusätzlicher lebenslanger narzisstischer Zufuhr, Anerkennung und positive Zuwendung von außen erforderlich.

Die Basis der zweiten Säule verweise auf symbiotische Abhängigkeit, der mittlere Teil auf die idealisierten Elternimages und der obere Abschnitt auf das im Zuge der Identifikation gereifte, assimilierte und nicht komplett introjizierte Idealobjekt.

Hauptrollen bei der Ausformung dieser Säule spielen zunächst symbiotische und später identifikatorische Prozesse. „Die gesunde narzisstische Stärkung erfolgt im Kreislauf der normalen Internalisierungen und Externalisierungen. Durch sie wird auch eine zunehmend differenzierte, kritische und realistische Selbsteinschätzung möglich“ (MENTZOS, 1995, S.42).

Die dritte Säule symbolisiere das Über-Ich, sie werde gestärkt durch Leistung, Pflichterfüllung und dadurch erreichte Anerkennung. Die Basis stelle das archaische unreife Über-Ich, der Mittelabschnitt das ödipale Über-Ich und das obere Drittel das reife Gewissen dar.

Durch Schwächung einer, zweier oder aller Säulen entstünden depressive Zustände. Allerdings sei eine Schwächung, z.B. ein Objektverlust, durch gesunde Säulen zu kompensieren. Die Depression sei nicht die Störung selbst, sondern nur eine Reakti-

on auf eine anders zu definierende Störung. Der ablaufende Mechanismus sei zwar ein regressiver, aber gleichzeitig ein aktiv – defensiver. Aus dem Säulenmodell lassen sich verschiedene Depressionstypen durch Hypertrophien oder Regressionen einzelner Säulen oder deren Teilbereiche oder durch Blockierung aller drei erklären. Bipolare Patienten beschrieb er als oft im Äußeren unauffällig, leistungsorientiert und sozial angepasst. Versteckt dahinter lägen erhebliche Kontrollbedürfnisse, Skrupelhaftigkeit und ein niedriges Selbstwertgefühl. „Es handelt sich also oft um Menschen, die vielleicht gar nicht so weit vom Tellenbachschen Typus melancholicus stehen.“ (MENTZOS, 1995, S.87/88)

Mithilfe seines Säulen Modells versuchte er auch die Psychodynamik der Manie zu symbolisieren. Er ging davon aus, dass es bei Verlust, Enttäuschung oder Kränkung jeglicher Art zu einer regressiven Mobilisierung der Basis der ersten Säule (Größenphantasien) kommt. Das Größen-Selbst werde mobilisiert, bei gleichzeitiger Unterdrückung der dritten Säule (Über-Ich). Das Über-Ich werde über Bord geworfen. Er mochte dieses Säulenmodell aber keineswegs nur auf psychische Krankheiten bezogen verstehen, sondern gab diesem vielmehr einen allgemein gültigen Rahmen. So könne zum Beispiel das Modell auch auf Persönlichkeitstypen und Anpassungsmuster angewendet werden. „Eine gute, stabile Selbstwertgefühlregulation beruht auf einer intakten, ausgeglichenen Struktur und Funktionalität aller drei Säulen. Es gibt aber auch Menschen, die hauptsächlich nur auf zwei oder sogar nur auf einer Säule stehen.“ (MENTZOS, 1995, S.48). Die als hyperthym bezeichneten Persönlichkeiten „stützen ihre gesamte narzisstische Homöostase vorwiegend auf eine hypertroph aufgeblähte Säule I: sie sind arrogant, großmäulig, umtriebig, viel beschäftigt, sehr von sich selbst überzeugt. Sie kennen keine Über-Ich Hemmungen (atrophische Säule drei) und keine Idealisierungen und leidenschaftlichen, schwärmerischen Bindungen an andere Menschen (schwach ausgebildete Säule zwei).“ (MENTZOS, 1995, S.48). Bisher wurde die Manie als ein psychodynamisch vorwiegend antidepressiver Mechanismus verstanden. Laut MENTZOS (1995) ist diese Betrachtungsweise zwar richtig, aber nicht ausreichend. Die Manie werde damit unterschätzt und das Positive in ihr missachtet. Sie sei vielmehr eine Alternativlösung für dasselbe Problem, denselben Konflikt, dieselbe dilemmatische Konstellation, die auch zur Depression führe. Er äußerte die Vermutung, „dass unipolar Depressive das mütterliche (archaische) Über-Ich internalisiert haben, während der bipolare Patient ein mehr vom Vater stammendes Über-Ich besitzt, das er gelegentlich auch (in der Manie) abwerfen kann.“ (MENTZOS, 1995, S.85) „Die Manie stelle den fast heroischen Versuch dar, die narzisstische Homöostase nur auf eine künstlich aufgeblähte erste Säule, unter Vernach-

lässigung der zweiten und dritten Säule zu begründen. Das bedeutet: unter Verzicht auf eine Abhängigkeit von 'starken' Objekten oder aber unter Verzicht auf eine konformistische Unterwerfung unter das Über-Ich bzw. unter die soziale Norm.“

(MENTZOS, 1995, S.87).

ARIETI und BEMPORAD beschrieben in ihrem 1973 auf englisch und 1983 in übersetzter und gekürzter Form erschienenem Buch „Depression“ das Krankheitsbild, dessen Entstehung, dessen Dynamik und dessen psychotherapeutische Behandlung.

ARIETI ging davon aus, „dass zwischen Traurigkeit - einer normalen Emotion - und Depression - einem psychiatrischen Symptom/psychiatrischen Zustand - ein enger Zusammenhang besteht.“ (ARIETI, 1983, S.165) Das somatische Erklärungsmodell möchte er keineswegs widerlegen, sondern bezieht es in seine Überlegungen ein.

Ausgangspunkt seiner Überlegungen über Depression war die Einteilung und das Verständnis von Emotionen. Die Emotionen teilte ARIETI (1983) in drei Rangordnungen ein.

Als Emotionen ersten Ranges benannte er Spannung, Appetit, Furcht, Wut und Befriedigung. Diese seien Erfahrungen des inneren Zustandes, brächten eine gewisse körperliche Veränderung, muskulärer oder hormonaler Art, würden durch Stimuli ausgelöst, bestimmten das Verhalten des Menschen, wirkten sofort und erforderten ein Minimum an kognitiver Bemühung. „Emotionen der zweiten Ordnung“ würden nicht durch einen direkten oder unmittelbar bevorstehenden Angriff oder durch eine drohende unmittelbare Veränderung in der Homöostase des Organismus hervorgerufen, sondern durch kognitiv symbolische Prozesse. Der Mensch schaffe sich hierfür innere Bilder, die auch als Ersatz für äußere Objekte dienten, was diese sehr affektbeladen machen könne. Hierzu zählte er Angst, Zorn, Wünsche und Sicherheit.

„Emotionen der dritten Ordnung“ kämen zustande, wenn die präkonzeptuellen Ebenen verlassen werden und die konzeptuellen Ebenen der Kognition sich entwickeln. Aus diesen drei Ordnungen entwickle sich ein kompliziertes und vielfältiges emotionales Repertoire. Die Sprache spiele für die Emotionen der dritten Rangordnung, zu denen Traurigkeit, Hass, Liebe und Freude zu zählen sind, eine bedeutende Rolle. Traurigkeit sei ein spezifisches menschliches Phänomen, das durch sehr verschiedene Situationen ausgelöst werden könne. Traurigkeit, die durch Trauer um den Verlust eines geliebten Menschen ausgelöst werde, könne als motivierende Kraft zu einer Neuordnung wirken. Sie verlangsamt die menschlichen Tätigkeiten, halte lange genug im Menschen an, um keine sofortige motorische Reaktion zu erzeugen. Am Anfang des Verlustes stehe die kognitive Würdigung des Geschehens und seiner Folgen.

Darauf folge die Traurigkeit und der betroffene Mensch zeige ein verlangsamtes Handeln. Es folge die reparative, realitätsbezogene Arbeit. Daraus werde deutlich, dass Traurigkeit einen Zweck erfülle. Manchmal werde diese Trauer nicht bewältigt und aus der unbewältigten Trauer entwickle sich Depression. Es sei in der Praxis immer wieder zu beobachten, dass viele Fälle von Traurigkeit, die schließlich zur schweren Depression führen, einen sehr langsamen Verlauf nehmen. Es gebe meist einen auslösenden Faktor und vor der Manifestation habe schon eine leicht depressive Stimmung bestanden.

Die Art der Einflussnahme und die Art der Bearbeitung bei depressiven Menschen unterscheidet sich von denen bei gesunden Menschen, sowie von denen der typisch schizophrenen Patienten. Die Kindheit eines später depressiv Erkrankten verlaufe in der Regel nicht so traumatisch wie die eines später schizophrenen oder neurotischen Erkrankten. Vielmehr entstehe der Eindruck von Zusammenhalt und Stabilität durch die Eltern. Die Familie wirke solide und halte sich an die ungeschriebenen Gesetze der Gesellschaft. Das Kind werde von der Mutter akzeptiert, sie sei sich ihrer Pflichten voll bewusst. Diese Bereitschaft von seiten der Mutter werde wiederum vom Kind akzeptiert. Damit sei das Kind schon früh sehr empfänglich für die Zuwendung und den Einfluss des signifikanten Erwachsenen, d.h. der Mutter. Diesem Einfluss werde kein Widerstand entgegengesetzt. Damit sei das Kind empfänglich gegenüber allen anderen Erwachsenen in der Umgebung und es werde die Bereitschaft gefördert, sie mit allen ihren Symbolen und Werten zu akzeptieren. Diese Empfänglichkeit für die Guttaten anderer Menschen und die Bereitschaft, sie in diesem frühen Alter zu introjizieren, fördere ganz bestimmte Persönlichkeitszüge in dem späteren Patienten. Die beschriebene Bereitschaft zum Annehmen prädisponiere diesen Menschen auch zur pathologischen oder übertriebenen Introjektion. Die Person neige dazu, sich zu sehr auf andere Menschen zu verlassen. Im zweiten Lebensjahr ändere sich die Haltung der Mutter gegenüber dem Kind, es empfangen die elterliche Fürsorge nur noch, wenn es die elterlichen Erwartungen akzeptiert und ihnen zu genügen sucht. Dieser Wechsel werde als drastische Änderung, als Trauma empfunden. Häufig haben die Eltern hohe Erwartungen an das Kind und es komme häufig vor, dass in dieser Zeit ein weiteres Geschwisterkind geboren wird. Dies fördere ein Gefühl des 'Beiseitegeschobenwerdens'. Dieses Gefühl scheine im Verlauf vieler Fälle von manisch-depressiver Psychose und anderen Formen der schweren Depression eine wichtige Rolle zu spielen. Da es manchmal nur ein vorgestellter Verlust sei, nannte ARIETI (1983) dies eine „Bedrohung“. Das Kind entwickle nun bestimmte Strategien gegen diese reale oder vorgestellte Bedrohung. Es schaffe sich Sicherheit, indem es

die elterlichen Erwartungen akzeptiere. Diese Sicherheit solle den befürchteten Liebesentzug verhindern. Es entwickle sich eine Vorstellung von der „guten“ Mutter im Gegensatz zum schlechten Selbstbild. Die Angst, die elterlichen Erwartungen nicht mehr erfüllen zu können, verwandele sich in Schuldgefühle. „Das Kind möchte lieber bestraft werden als die Liebe der Mutter zu verlieren.“ (ARIETI, 1983, S.193). Die beschriebenen Verhaltensmuster, die das Kind im Umgang mit der Mutter lerne, werde es später auf andere Menschen ausdehnen. Zu beachten sei, dass jedes Konstrukt neben einer interpersonalen Seite auch eine intrapersonelle habe. Das Kind versuche durch Herausbildung eines unerreichbaren Zieles die Liebe der signifikanten Bezugsperson zurückzugewinnen bzw. zu erhalten. Wenn diese Entwicklung nicht wieder korrigiert werde, konzentriere sich der junge Mensch auf das eine Ziel unter Außerachtlassung aller anderen Lebensaspekte. Dieser Mensch neige dann zur Selbstbezogenheit und kühler Distanz, er werde eine außerordentlich anspruchsvolle und gleichzeitig extrem abhängige Persönlichkeit.

Ein weiterer dynamischer Mechanismus findet sich nach Meinung ARIETIS (1983) manchmal dort, wo es später zur manisch-depressiven Erkrankung kommt: „Das Kind spürt, dass die Annahme oder Introjektion der Eltern eine zu große Last bedeutet, und wendet sich, ohne dies zu erkennen, anderen erwachsenen Menschen in seiner Umgebung zu (sehr viel älteren Geschwistern, einem Onkel, einer Tante, den Großeltern, Freunden, usw.), die es dann anstelle seiner Eltern internalisiert.“ Die übertriebene Introjektion und Hinwendung zu eigentlich peripheren Bezugspersonen erweise sich in vielen Fällen als nicht nützlich. Von dieser Position ausgehend entwickelte ARIETI drei prädepressive Persönlichkeitstypen, die sich aus dieser Konstellation heraus entwickeln können. Der erste Typ beziehe seine Handlungen auf eine Person oder eine Institution. Dieser Typ zeichne sich durch ausgeprägten Patriotismus, betonte Religiosität und Loyalität gegenüber einer politischen Partei oder der Familie aus. Meist sei er sehr unsicher, gehemmt und pflichtbewusst, gleichzeitig habe er aber ein großes Bedürfnis nach Ordnung und Sauberkeit, kombiniert mit Halsstarrigkeit, Ausdauer und Zuverlässigkeit. Er habe festgelegte Überzeugungen und hielte sich an seine Grundsätze. Aus diesem Teufelskreis sei es sehr schwer zu entkommen, das innere Konstrukt werde immer weiter verengt und immer mehr vom Gefühl der Pflicht und Schuld gekennzeichnet. Durch die Starrheit des Denkens und Handelns erscheine der Mensch zwanghaft. Das psychische Gleichgewicht dieser Menschen sei stark von der Anerkennung anderer abhängig. Der Patient sei zur autonomen Befriedigung nicht fähig und bilde eine feste Bindung zu einer dominanten Bezugsperson. Die dominante Bezugsperson könne auch durch ein dominantes Bezugssystem

ausgetauscht werden. Die kindlichen Muster würden wiederholt und erwiesen sich als immer unflexibler.

Der zweite Typ zeichne sich durch die Verfolgung eines signifikanten Zieles aus, er werde allmählich selbst von seinem inzwischen dominanten Ziel verfolgt. Das Ziel sei in der Regel unerreichbar und damit für ihn auch die Liebe anderer Menschen.

Der dritte Typ wiederum fiele stärker durch die Abhängigkeit auf. Ein Oszillieren zwischen eigenen Schuldgefühlen und dem Wunsch, andere Menschen Schuldgefühle empfinden zu lassen. Die Glückseligkeit der ersten Kinderjahre werde nie vergessen und werde immer wieder gesucht. Dieser Charakter suche die Lösung der Konflikte eher in der Außenwelt, im Gegensatz zu den ersten beiden Typen.

Der vierte Typ, den der Autor als die Vorform des Manikers sieht, wirke lebhaft, aktiv, kraftvoll und freundlich, aber oberflächlich. Die Flucht in Aktionen und die Realität bliebe aber leer und unbefriedigt. Diese Flucht sei eine Flucht vor den eigenen Moralvorstellungen, an denen ihm besonders viel gelegen sei. Global könne man sagen, diese Menschen haben auf Dauer kein stabiles Gleichgewicht und der anhaltende Zustand von Unzufriedenheit und Traurigkeit führe dann mit oder ohne auslösenden Faktor zum Ausbruch der Erkrankung.

PAO (1971) erklärte die Manie durch Regression und Schädigung der Ich – Funktion. Der Maniker könne sich nicht vom enttäuschten Objekt trennen und ersetze dies durch eine phantasierte Vereinigung mit dem idealisierten omnipotenten Primärobjekt.

Für ELIA (1983) bedeutete Manie eine schwere Regression zur symbiotischen Phase. Dabei komme es zur Vereinigung von Ich und Es. Die Logorrhö in der Manie diene dazu, andere Personen von sich fernzuhalten und verhindere eine Fragmentierung des Selbst. Gleichzeitig komme es in der Manie zu einer Verschmelzung zwischen Selbst und einem Objekt. Auch für ihn lag unter der Manie die Depression.

Nach MESTER (1986) waren enttäuschte Größenphantasien Auslöser für manische Erkrankungen.

KIPP UND STOLZENBURG (2000) sahen die Symptome und Auswirkungen der Manie als Stimmungsmodulatoren. Sie dienten dazu, die manische Hochstimmung zu stabilisieren und zu steigern. Zu den Stimmungsmodulatoren zählten sie eine Annäherung von Über-Ich bzw. Ich-Ideal an das Ich, eine oral regressive Verschmelzung, Ver-

leugnung als typische Abwehrform und Abkehr vom Objekt zur Mobilisierung von Allmachtsphantasien. Vor dem Hintergrund der unbewussten psychodynamischen und biologischen Prozesse sei die Kenntnis dieser Stimmungsmodulatoren wichtig für eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie.

2.7 Familiendynamische Modelle (Interpersonale Modelle)

Aus einem anderen Blickwinkel untersuchten COHEN und ihre Mitarbeiter den manisch-depressiven Patienten (COHEN ET AL., 1954). Sie befassten sich mit der Familienatmosphäre, in der der manisch-depressive Patient heranwächst, der Wirkung des Patienten auf andere und mit der Persönlichkeit des Erkrankten.

Die Familien wurden als isoliert beschrieben, entweder aus eigenem Willen oder unfreiwillig. Das Kind werde zur Verbesserung der sozialen Position eingesetzt. Die Mütter wurden als streng und dominierend beschrieben, die Väter eher als schwach, aber liebenswert. In allen zwölf untersuchten Fällen zeigten die Mütter Probleme mit der wachsenden Unabhängigkeit ihres Kindes, im Gegensatz dazu habe es diese in der abhängigen Säuglingszeit noch nicht gegeben. Als ältere Kinder nehmen diese Kinder aufgrund ihrer Fähigkeiten und nicht durch ihre Person häufig eine besondere und begünstigte Position ein. Diese Erfahrungen aus der Kindheit führten zu einer Krankheitsdisposition. Bei einem entsprechenden Auslöser komme es dann zu einer manifesten Erkrankung.

Im Hinblick auf die Bedeutung eines geringen Selbstwertgefühls Depressiver sind zwei weitere Autoren zu nennen, die Familienforschung betrieben und der Rolle des Vaters besonderen Wert beimaßen. V. LIPPE und BLOCK (1973) untersuchten Familien und fanden heraus, dass Söhne mit mangelndem Selbstwertgefühl, vermehrtem Verhalten wie Unterwürfigkeit und Verletzlichkeit als unbeteiligter am Familienleben beschrieben werden. Die Elternbeziehung wird als konfliktreich geschildert, die Mutter hätte Probleme mit ihrer Rolle.

Vor dem Hintergrund der Fragestellung, inwieweit die Beziehung zum Vater bei unipolar manischen bzw. bipolaren PatientInnen einem gruppentypischen Muster folgt, soll kurz auf die Vaterforschung eingegangen werden.

Es gibt keine einheitliche Meinung, ob das Aufwachsen in einem vaterlosen Haushalt zu einer späteren Manifestation einer psychischen Störung disponiert. Einige Autoren behaupten, keine signifikante Beziehung zu finden. Andere wiederum sagen, dass die Wahrscheinlichkeit einer depressiven Erkrankung besonders groß bei dem Verlust

des Vaters zwischen dem zehnten und fünfzehnten Lebensjahr und durch Trennung der Eltern sei (vgl. WASSILIOS, 1988). Es scheint, dass der Zusammenhang zwischen Vaterabwesenheit und Erkrankungsrisiko im Erwachsenenalter von einer Vielzahl unbekannter Variablen abhängt.

Sicher sei nach Meinung von WASSILIOS (1988) nur, dass vaterlose Kinder und Jugendliche häufiger als Vergleichsgruppen in ihrer psychosozialen Entwicklung beeinträchtigt waren. Sie seien psychisch labiler, ängstlicher und hätten geringeres Selbstvertrauen, was häufiger zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen führe. Ein Zusammenhang bestehe zwischen der Schwere der Störung und Dauer der Vaterabwesenheit.

2.8 Rollendynamisches Modell

KRAUS lieferte in seinen Ausführungen (vgl. KRAUS 1978, 1985, 1987 und 1991) einen neuen Erklärungsansatz für die Persönlichkeit Manisch - Depressiver. Hierzu verwendete er das „Hypernomiekonzept“, um Sinn und Bedeutung der Verhaltensweisen (Streben nach Ordnung, perfektionistische Genauigkeit bei hohem Leistungsanspruch) im Kontext ihrer sozialen Bezüge zu sehen. Die Überangepasstheit von Patienten mit affektiven Störungen beschrieb er als hypernomisches Verhalten, das zur Aufrechterhaltung sogenannter Rollenidentitäten diene. Hypernomisches Verhalten sei Ausdruck einer mangelnden Ich-Identität und wehre Identitätsverluste ab. Der „Typus melancholicus“ stehe im Zusammenhang mit hohem Anpassungs- und zugleich geringem Autonomiestreben. Das Gleiche gelte für die bipolar Erkrankten. Hypernomisches Verhalten zeichne sich aus durch geringe Distanz gegenüber normativen Rollenerwartungen, bloße Anpassung an vorgegebene Normen ohne persönliche Stellungnahme und geringes Vertrauen in eigene kreative Fähigkeiten.

Bei bipolaren Patienten finde man partielle Unterschiede zu unipolar Depressiven. Sie zeigten zeitweise ein starkes Autonomie- und Unabhängigkeitsstreben, mehr Kreativität und Ehrgeiz. Außerdem existierten Tendenzen, sich aus den Rollenabhängigkeiten zu befreien und die Ich-Identität zu realisieren.

Das zweite von KRAUS entwickelte Konzept beschreibt ein Verhalten, das bei unipolar Depressiven ausgeprägter sei als bei bipolar Erkrankten. Als Ambiguitätsintoleranz bezeichnete er die Unfähigkeit, miteinander in Konflikt stehende Eigenschaften eines Objektes (wie etwa positive und negative Persönlichkeitszüge) wahrzunehmen bzw. zu erkennen. Die Leistung, ambigüose Gefühle ertragen zu können, fehle.

Beide Konzepte (Hypernomie- und Ambiguitätskonzept) könnten zum Verständnis sowohl der Auslösesituationen manisch-depressiver Phasen, als auch zum Verständ-

nis der Krankheitsphänomene selbst beitragen. Auslöser beider Phasen könnten ambigüen Situationen sein. Gekoppelt werden die beiden Konzepte im „Identitätskonzept“. Dies besagt, dass hypernomisches und ambigüenintolerantes Verhalten der Aufrechterhaltung einer external fundierten Identität dienen. Diese Verhaltensweisen bei manisch-depressiv Erkrankten seien Ausdruck einer mangelnden Ich-Leistung bzw. mangelnder Ich-Identität, der Patient definiere sich hauptsächlich über seine Rollenidentitäten bzw. über seine Objekte, mit denen er überidentifiziert sei.

2.9 Kognitive Modelle

Die Verzerrung der Kognitionen (extremer Pessimismus und grundlose Selbstwürfe) sieht BECK (1974) nicht nur als Symptome, sondern als primäre Ursache der Störung an. Für die Depression entwickelte er als Grundlage die „kognitive Triade“. Deren Teilkomponenten seien negative Erwartungen gegenüber der Umgebung, negative Zukunftserwartungen und negative Sicht der eigenen Person. Der depressive Affekt trete sekundär ein.

2.10 Modell der erlernten Hilflosigkeit

Abgeleitet von Experimenten mit Hunden stellte SELIGMAN (1979) die These auf, dass der depressive Mensch die Techniken der Anpassung nicht mehr einsetzen könne, um mit einer schmerzlichen Situation fertig zu werden. Er habe die Hilflosigkeit erlernt, er erkenne keinen Zusammenhang zwischen den eigenen Reaktionen und den Verstärkungen, die er aus der Umgebung zieht. Eine Generalisierung der erlernten Verhaltensweise führe dazu, dass diese internalisiert wird. Zur Depression komme es dann, wenn der Mensch denke, er habe die gesamte Kontrolle über seine Umgebung verloren und er durch die erlernte Hilflosigkeit resigniere.

2.11 Multifaktorielles, psychologisches Depressionsmodell

Zuerst entwickelte HAUTZINGER (1991) ein Modell mit Komponenten, die den Entstehungsprozess einer Depression beeinflussen und die gleichzeitig durch das Auftreten einer Depression selbst beeinflusst werden. Depressive Erkrankungen sind das Endresultat von Veränderungen des Verhaltens, Empfindens, Erlebens, Denkens und körperlicher Vorgänge, die durch situative, umgebungsgebundene Auslöser initiiert werden. Darauf aufbauend beschreibt er das Modell, welches in spezifischer Weise die Entstehung und den Verlauf bipolarer affektiver Störungen erklärt (MEYER UND HAUTZINGER, 2004). Ausgehend vom Vulnerabilitäts-Stress-Modell nehmen sie erblich

bedingte und zum Teil durch Lernprozesse erworbenen Anfälligkeiten an, welche das Risiko erhöhen, affektive Symptome zu entwickeln. Sie sehen das Kernproblem in einer Instabilität oder Dysregulation biologischer biologischer Prozesse (z. B. zirkadiane Rhythmen, Schlaf-Wach-Rhythmus, Verhaltensaktivierungssystem). Durch interne oder externe Auslöser werde das neurobehaviorale System aktiviert. Bei Personen mit Vulnerabilität für eine bipolare affektive Störung bleibe eine Angleichung des Aktivitätsniveaus und der Homöostase aus und die Spirale drehe sich weiter in Richtung Depression oder Manie. In dieses Modell versuchen sie die multiplen Ansätze zur Ätiologie und dem Verlauf bipolarer Störungen zu integrieren: neben genetischen Faktoren und einer Instabilität bzw. Dysregulation biologischer Prozesse spielen Stress und kritische Lebensereignisse (z. B. Konflikte, Arbeitsbelastung, Verluste) sowie individuelle Problembereiche (z. B. mangelnde soziale Kompetenz, ungünstige Lebensführung, Alkohol-oder Drogenabusus), individuelle Ressourcen (z. B. stabile Partnerschaft, soziale Unterstützung, Bewältigungsfertigkeiten, Fähigkeiten zur Erkennung von Frühsymptomen manischer oder depressiver Episoden) und das Krankheitskonzept der Patienten eine wichtige Rolle.

2.12 Empirische Befunde der Persönlichkeitsforschung zur Depression und Manie

BECKER (1960) testete 24 manisch-depressive PatientInnen und 30 psychisch Gesunde mittels drei Persönlichkeitsinventaren. Die psychiatrische Gruppe zeigte mehr Leistungsstreben, Konformität und konventionelle Einstellungen als die gesunde Gruppe. Die Ergebnisse wurden von SPIELBERGER ET AL. (1963) bestätigt.

PERRIS (1966, 1971) fand in zwei Untersuchungen bei bipolar Erkrankten mehr Substabilität und weniger Subvalidität als bei unipolar Depressiven. Ebenso zeigten die Bipolaren höhere Extraversions/Neurotizismus Ratio als unipolar Depressive. In einer Folgeuntersuchung (PERRIS ET AL., 1983) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen bipolar und unipolar Depressiven. Dies bestätigte sich (PERRIS, 1984) in einer weiteren Untersuchung. Bipolar Erkrankte gleichen in ihrer Persönlichkeit weitgehend den unipolar Depressiven, lediglich in den Punkten der Isolation (bipolare < unipolare) und Monotonievermeidung (bipolare > unipolare) unterscheiden sie sich. Beide Gruppen unterscheiden sich deutlich von den psychisch Gesunden..

MARKERT (1972) arbeitete Unterschiede zwischen bipolar Erkrankten und Gesunden

heraus. Die psychisch erkrankte Gruppe zeige signifikant größere Tendenzen zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen sowie größeres Abhängigkeits- und Nähebedürfnis.

ABRAMS (1974) untersuchte in einer Studie 50 ProbandInnen, die an einer Manie erkrankt waren. Vierzehn von diesen PatientInnen hatten bisher nur manische Episoden durchlebt. Diese wurden den restlichen PatientInnen gegenübergestellt, die alle einen bipolaren Krankheitsverlauf aufwiesen. Ausgenommen waren Personen mit Neuroleues, Drogenabusus und solche, bei denen ein Hinweis auf eine organische cerebrale Ursache vorlag. Untersucht wurden die Patienten mit einem semistrukturierten Interview, das nach WINOKUR ET AL (1969) modifiziert war. Die Analyse wurde mit t-Test und χ^2 durchgeführt. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den untersuchten Variablen (Symptomen). Nur im Alter der Ersterkrankung zeigte sich ein signifikanter Unterschied. Die PatientInnen mit den rein manischen Verläufen hatten im Mittel ein jüngeres Ersterkrankungsalter. In den demografischen Variablen, den Persönlichkeitsdimensionen und den Familiengeschichten ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Unter den unipolaren Manikern befanden sich weniger mit einer belasteten Familienanamnese hinsichtlich Psychosen oder Alkoholismus. Aus dieser Studie gewann ABRAMS (1974) die Ansicht, dass diese minimalen Unterschiede nicht ausreichten, um die Manie als eigenständige Erkrankung anzuerkennen.

TELLENBACH (1975) kam nach Auswertung von psychiatrischen Krankheitsgeschichten von PatientInnen mit endogenen Psychosen zu dem Ergebnis, dass monopolar Depressive dem „Typus melancholicus“ entsprechen. Die Gruppe der bipolar Erkrankten konnte er keiner einheitlichen Persönlichkeitsstruktur zuordnen. Es ließen sich lediglich Unterschiede zu den monopolar Depressiven feststellen.

MATUSSEK und FEIL (1980) beschrieben die Persönlichkeitsstruktur depressiver PatientInnen. Das Alter lag zwischen 47 und 63 Jahren und die PatientInnen wurden in der Follow-up Studie im Durchschnitt etwa 40 Stunden exploriert. Die PatientInnen wurden im symptomfreien Intervall interviewt und die Begriffe „Intervallpersönlichkeit“ und „prämorbid“ bzw. „präphasische“ Persönlichkeit wurden synonym verwendet. Es wurde mit verschiedenen Persönlichkeitsfragebögen gearbeitet, die mittels eines diskriminanzanalytischen Verfahrens ausgewertet und miteinander verglichen wurden. Drei Faktoren, die sich voneinander diskriminieren ließen, wurden herausgear-

beitet. Faktor eins entspricht Autoaggression, Schuldgefühlen, Neurotizismus, Pessimismus, mangelndem Selbstwertgefühl. Faktor zwei beschreibt eine pessimistische extrapunktive Haltung (Wunsch, Wille, Andere für eigene moralische Unzulänglichkeit oder Schuld büßen zu lassen), Dominanz und Eigenständigkeit. Faktor drei steht für Ordnungs- und Autoritätsglauben, Initiativdrang und mangelnde Eigenständigkeit. Die monopolar depressiven PatientInnen ließen sich den Persönlichkeitskonstrukten Autoaggression, Schuldgefühlen, Neurotizismus, Pessimismus und mangelndem Selbstwertgefühl zuordnen. Gleichzeitig zeigten sowohl die monopolar als auch bipolaren PatientInnen mehr Ordnungs- und Autoritätsglauben und weniger Eigenständigkeit als die neurotisch Depressiven und die Kontrollgruppe.

In einer späteren Veröffentlichung konnten MATUSSEK UND FEIL (1983) die Ergebnisse vervollständigen. Die bipolar Erkrankten zeigten mehr Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Erfolgs- und Leistungsorientiertheit. Aggression, autodestruktive Tendenzen, Ordnungs- und Autoritätsgläubigkeit waren in der psychiatrischen Gruppe vermehrt vertreten.

HIRSCHFELD ET AL (1982) gaben eine Literaturübersicht und eine Zusammenfassung bisheriger Studien. Danach teilten sie drei Gruppen ein, die Gruppe der Erkrankten mit depressiven Symptomen, die Gruppe mit bipolaren depressiven Syndromen und die der unipolaren depressiven Syndrome. Die Geschlechtsverteilung bei unipolarer Depression ist 2:1 zugunsten des weiblichen Geschlechtes, bei den bipolar Erkrankten ist das Verhältnis ausgeglichen. Das mittlere Alter der Erstmanifestation liege für unipolar Depressive zwischen 18 und 44 Jahren. Das mittlere Erkrankungsalter bei den bipolar Erkrankten liege zwischen 25 und 30 Jahren. Verheiratete Menschen erkranken weniger häufig als alleinstehende. Alleinstehende Frauen hätten eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit nach einer Entbindung (PAYKAL ET AL., 1976). Bei den bipolar Erkrankten sei dieser Zusammenhang nicht eindeutig.

Bei der Variablen Wohngegend existieren verschiedene Meinungen. Nach „NIMH-CRB Collaborative Study of Depression“ (vgl. HIRSCHFELD ET AL., 1982) kommen Depressionen in Städten häufiger vor. Andere Studien wiesen diesen Zusammenhang nicht nach.

Nach WAHRHEIT ET AL (1975) hob sich der höhere Anteil an Depressionen in der afro-amerikanischen Bevölkerung durch die Variable Klassenzugehörigkeit wieder auf. Es zeigte sich höhere Prävalenz in niedrigeren sozialen Klassen für die Depression. Für die bipolare Psychose wurde eine leicht erhöhte Prävalenz in den mittleren und höhe-

ren sozialen Klassen gefunden. Kein Zusammenhang konnte zwischen Religion und Erkrankung hergestellt werden. Im Allgemeinen wird von der Existenz zweier depressiver Persönlichkeiten ausgegangen. Entweder sei die Persönlichkeit mit einem niedrigem Selbstbewusstsein und hohen Werten für Zwanghaftigkeit ausgestattet oder sie habe eine niedrige Frustrationstoleranz und eine erhöhte Abhängigkeit von Anderen zur Unterstützung und Festigung der eigenen emotionalen Labilität. Depressiv Erkrankte seien signifikant introvertierter, zeigen mehr Neurotizismus und Zwanghaftigkeit als der Durchschnitt. Maniker (nach einer manischen Episode) zeigen normale Ergebnisse, unterschieden sich nur in der Zwanghaftigkeit.

Von HIRSCHFELD (1983) wurden 31 Patientinnen, bei denen eine Depression erstmalig aufgetreten war, untersucht. Untersuchungswerkzeuge waren „Schedule for Affective Disorder Schizophrenia“ und mehrere Selbsteinschätzungsinventare. Zum Untersuchungszeitpunkt mussten die Patientinnen symptomfrei sein. Die Testergebnisse wurden verglichen mit weiblichen Verwandten mit einer affektiven Erkrankung und weiblichen psychisch gesunden Verwandten. Die Gruppe der depressiven Patientinnen zeigte sich depressiver, introvertierter, passiver und mit größerer interpersonaler Abhängigkeit.

ANGST und CLAYTON (1986) untersuchten 6000 Rekruten auf ihre Persönlichkeitsdimensionen, von denen sich später 183 in psychiatrischer Behandlung befanden. Dies ist die einzige prospektive Untersuchung. Untersuchungsinstrumente waren semistrukturierte Interviews und der FPI. Dabei zeigten bipolare PatientInnen in keiner Persönlichkeitsdimension signifikante Abweichungen von den gesunden Kontrollpersonen und wenig oder gar keine Verhaltensauffälligkeiten im Gegensatz zu den monopolar depressiv Erkrankten, die wiederum vermehrte Introvertiertheit, Zwanghaftigkeit, hohen Aggressions-Score, hohe vegetative Labilität und Zeichen des Typus melancholicus zeigten. Die Autoren fragten nach dem Grund der Unauffälligkeit der bipolaren PatientInnen und stellten die Hypothese auf, dass die prämorbide Persönlichkeit eine „Legierung zwischen den zwei gegensätzlichen Typen melancholicus/manicus“ sein könnte.

In einer Studie wurden depressiv Erkrankte im symptomfreien Intervall auf Persönlichkeitsstörungen mittels Freiburger Persönlichkeitsinventar und DSM3 Kriterien von TÖLLE ET AL (1987) untersucht. Es wurde keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur, sondern eine Vielfalt dieser gefunden. Bei ca. 78% der Untersuchten hätten sich

Persönlichkeitsanomalien gezeigt (sensitiv, narzisstisch, depressiv, anankastisch, hysterisch, asthenisch, dependant, avoidant), die in verschiedenen Kombinationen miteinander auftraten. Ordentlichkeit sei nie als einziges Merkmal aufgetreten.

KRÖBER (1988) stellte heraus, dass bipolar Erkrankte in Temperament, Extraversion und Aktivität zwischen den Gesunden und den depressiv Erkrankten stehen. Ansonsten zeigten sie wenig oder gar keine Normabweichungen. Gemeinsame charakterliche Merkmale seien Leistungsorientiertheit und Initiative, die aber in Konventionalität und Überanpassung an soziale Normen zum Ausdruck kommen. Bisweilen sei die Persönlichkeit mit einer gewissen Zwanghaftigkeit verbunden. Der Autor bot zwei Erklärungsmuster für die hier vorgetragenen Ergebnisse. Zum einen könnte die Krankheit eine Verstärkung der prämorbidem Temperamenteigentümlichkeit, nämlich der emotionalen Labilität sein, zum anderen eine Negation sonst wirksamer Charakterzüge wie Angepasstheit, Ordentlichkeit oder Treue. Daraus schlussfolgerte er, dass bipolar Erkrankte möglicherweise konventionelle Verhaltensschemata bevorzugen, weil sie ihre biologische Labilität spüren und einer externen Stabilisierung bedürfen. Eine andere Hypothese ist, dass die Rigidität der entwickelten Charakterstruktur intrapsychische Spannungen aufbaue, die dann ihrerseits zur akuten Erkrankung führe.

KRÖBER (1988) ging von der Fragestellung aus, wie eine unipolare Manie von Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, subaffektiven Störungen und schizoaffektiven Störungen abzugrenzen sei. Historisch sei der Begriff der chronischen Manie fest definiert, nämlich als eine seit Ersterkrankung über Jahre und Jahrzehnte in klinisch relevanter Form anhaltende manische Verstimmung, die sich erst im Alter bisweilen abschwächen soll. Dies sei eventuell übertragbar auf den von v. ZERSSEN (1988) geprägten Begriff des 'Typus manicus'.

Die in den Jahren vor 1988 veröffentlichten Kasuistiken manisch Erkrankter betrafen meist hirnorganisch Erkrankte und größtenteils Kinder. Diese unterschieden sich von den funktionellen Manien durch das Fehlen der thematischen Gebundenheit in der manischen Aussage. Gemeinsam mit den hebephrenen Verläufen in der Schizophrenie habe die Manie die Redefreude, die heitere Stimmung, Kritiklosigkeit und die Unstetigkeit als Symptome. Aber im Unterschied zur Hebephrenie beziehe sich der von KRÖBER (1989) aufgeführte Patient in der vorgestellten Fallgeschichte immer auf traditionelle soziale Normen und befinde sich in ständiger Rechtfertigung vor diesen. Er verweise ständig auf den eigenen Altruismus, auf seine Rechtschaffenheit und Treue. „Es gibt offenbar Menschen, die unter anhaltender Bezugnahme auf soziale

Normen und Konventionen dauerhaft das Bild manischer oder hypomanischer Symptomatik bieten, das mit depressiven Elementen vermischt sein kann und in seinen wahnhaften Anteilen gegenüber akut schizophrener Symptomatik fast banal wirkt“ (KRÖBER, 1989, S. 747). Aber durch die anhaltende dynamische Expansion bei lang hingezogenen Krankheitsverläufen sei eine strukturelle Verformung unter Umständen nicht zu vermeiden. „Es muss offen bleiben, ob sich der Patient in diesem Prozess vor der Fragmentation, vor dem Zerschneiden eines hinlänglich konsistenten Weltbildes auf Dauer bewahren kann, oder ob am Ende sein Weltbild so artifiziell-autistisch geworden ist, dass nun doch ein Verstummen im schizophrenen Wahn folgt.“ (KRÖBER, 1989, S. 748). Der Patient entferne sich immer weiter von der Realität seiner Mitmenschen, damit befinde er sich in einem Grenzbereich der manischen Position, die nur wenig entfernt sei von schizophrener Verstiegenheit und Schutzlosigkeit. Hinzu komme eventuell eine mangelnde Festigung der eigenen Persönlichkeit durch einen frühen Krankheitsbeginn, was dann auch wieder zu einer eher schizoaffektiven Erkrankung führen könne.

KRÖBER (1993) untersuchte 40 PatientInnen mit manisch depressiver und 41 PatientInnen mit bipolarer schizoaffektiver Erkrankung mindestens 3 Monate nach ihrer Klinikentlassung. Als Testinstrument wurde ein eigens dafür entwickeltes, halbstrukturiertes, neunzig Minuten dauerndes Interview eingesetzt. Zusätzlich füllten die ProbandInnen eine Reihe standardisierter und selbstentwickelter Fragebögen aus (Prä-morbides Persönlichkeitsinventar, IPC-Fragebogen zur Kontrollüberzeugung, Frankfurter Selbstkonzeptskalen, Mehrfachwahl-Wortschatztest zur Selbstbeurteilung und Global Assessment Scale, Manie- und Melancholie Skalen von Bech-Rafaelsen, Symptom Checkliste zur Achse II des DSM III zur Fremdbeurteilung). Die Krankheitsgeschichte wurde anhand von Akten rekonstruiert.

Das Intervallbefinden der PatientInnen war umso schlechter, je mehr Krankheitsphasen bisher durchlaufen waren. Nur 36% zeigten keine Persönlichkeitsstörungen, 44% waren auffällig und 20% erfüllten vollständig die Kriterien der DSM III. PatientInnen ohne Auffälligkeiten waren als letzte erkrankt und diejenigen mit dem besten Intervallbefinden wiesen die niedrigste Rückfallquote auf.

Die gefundenen Persönlichkeitsstörungen zeigten meist emotional instabile Charaktere mit narzisstischer und geltungsbedürftiger Problematik. Es zeigten sich relativ hohe Ausprägung von Extraversion und Ordentlichkeit. KRÖBER (1993) war der Meinung, dass mit fortschreitendem Krankheitsverlauf die Persönlichkeitsstörungen zunehmen. Es entwickle sich eine zunehmende Auflösung des syntonen Selbstkonzeptes von Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit, bzw. des Gefühls für sich

selbst einstehen zu können. Begleitet sei dies von verminderter Extraversion und Kontaktfähigkeit und zunehmend subdepressiven Zügen (KRÖBER, 1993). KRÖBER (1993) bestätigte die Ergebnisse TÖLLES (1987), der bei unipolaren und bipolaren Melancholikern gehäuft Persönlichkeitsstörungen nach DSM III nachgewiesen hatte. Allerdings sah KRÖBER (1993) diese nicht als unabhängig von der psychiatrischen Erkrankung im Gegensatz zu TÖLLE (1987). Die Meinung v. ZERSSENS (1990), dass bipolar Erkrankte im Spektrum zwischen „Typus manicus“ und „Typus melancholicus“ liegen, konnte er nicht bestätigen. Vielmehr war er der Meinung, dass bei bipolar manisch-depressiv Erkrankten der Persönlichkeitswandel zwischen den Krankheitsphasen stattfände und dann in einen Rückfall münde. Er sah dies als Grund dafür an, dass bei ihnen eine phasenübergreifende Persönlichkeitsänderung, wie bei unipolar depressiv Erkrankten, so selten feststellbar sei.

v. ZERSSSEN ET AL. (1990) wiederum untermauerten die Thesen von TELLENBACH (1961). Bei einer Erhebung mittels eigens dafür konstruierter Fragebögen konnten bei monopolar melancholischen PatientInnen Normabweichungen im Sinne des „Typus melancholicus“ nachgewiesen werden. V. ZERSSSEN (1990) stellte zu diesem Ergebnis die Hypothesen auf, dass der „Typus melancholicus“ das Ergebnis einer Abwehrleistung gegenüber depressiven Tendenzen sein könnte, alternativ dazu könnte aber die prä-morbide Persönlichkeit ein von der Krankheitsdisposition unabhängiger, additiver Faktor in der Krankheitsgenese darstellen.

Außerdem prägte er den Begriff des „Typus manicus“ (v. ZERSSSEN, 1992). Ausgehend von einer Beobachtung TELLENBACHS (1961), dass einige PatientInnen mit bipolarem Krankheitsverlauf Züge des ‘Typus melancholicus’ trügen, andere aber zu Draufgängertum, ausgeprägter sexueller Aktivität, wechselnden Partnerbeziehungen und zu Selbstüberschätzung neigten, nahm v. ZERSSSEN (1992) an, dass diese Charakterzüge am ehesten PatientInnen mit überwiegend manischem Verlauf kennzeichnen. Er prägte für diese Gruppe den Begriff „Typus manicus“ im Gegensatz zum „Typus melancholicus“ (vgl. Tab.1).

Tabelle: Typus manicus als Gegenstück zum Typus melancholicus

Typus manicus	Typus melancholicus
unstet	beharrlich
unabhängig	abhängig
unkonventionell	konventionell
weltmännisch	bieder
phantasievoll	phantasiarm
leichtfertig	gewissenhaft
risikofreudig	vorsichtig

Tabelle 1: Typus manicus (v. Zerssen, 1982)

Für seine Untersuchungen dehnte er den Begriff der unipolaren Manie auf Fälle mit überwiegend manischen Verlauf aus und versuchte diese Gruppe von der unipolar Depressiven zu diskriminieren. Untersucht wurden dreizehn PatientInnen mit der Diagnose bipolare affektive Psychose (ICD 9: 296.1) mit überwiegend manischen Phasen (zehn Frauen und drei Männer) und ein Patient mit der Diagnose einer schizoaffectiven Psychose. Als Vergleichsgruppe dienten vierzehn Personen mit typisch bipolarem Verlauf einer affektiven Psychose, vierzehn PatientInnen mit einer unipolaren Depression, vierzehn mit einer neurotischen Depression (ICD 9: 300.4), vierzehn mit anderen Neuroseformen oder einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und eine Kontrollgruppe, bestehend aus körperlich Erkrankten. Erwartet wurde ein Charakter, der sich als unstet, unabhängig, unkonventionell, weltmännisch, phantasievoll, leichtfertig und risikofreudig beschreiben lässt. Dies im Gegensatz zum 'Typus melancholicus', der als beharrlich, abhängig, konventionell, bieder, phantasiarm, gewissenhaft und vorsichtig gelte.

Als Untersuchungsinstrument verwendete v. ZERSSSEN (1992) einen 51 Items umfassenden Fragebogen (Münchener Persönlichkeitstest). Die Items mit der Hauptgewichtung waren Extraversion, Neurotizismus, Frustrationstoleranz, Rigidität, Isolations-tendenz und esoterische Neigungen. Die Skalenwerte der psychiatrischen PatientInnen, mit besonderem Augenmerk auf die manisch Erkrankten, wurden miteinander verglichen. Zusätzlich wurde eine Hysterieskala eingeführt. In der Extraversionsskala unterschieden sich die unipolar manischen PatientInnen von der anderen Gruppen. In der Skala der Frustrationstoleranz ließen sich die unipolaren Maniker nur gegenüber den Gruppen mit auffallend niedrigen Werten (neurotische Depression und Schizophrenie) abgrenzen. Der Hang zu esoterischen Neigungen sei gegenüber anderen Gruppen etwas ausgeprägter und in der Hysterieskala zeige sich im Vergleich zu

den anderen psychiatrisch Erkrankten (außer zu den monopolar depressiven Patienten) eine Skalenwerterhöhung, allerdings keine statistisch gesicherte Erhöhung gegenüber der Gruppe der Gesunden. Aus diesen Ergebnissen lasse sich nach Meinung von v. ZERSSSEN (1992) der „Typus manicus“ als Gegenstück vom „Typus melancholicus“ ableiten.

V. ZERSSSEN und seine Mitarbeiter (PÖSSL, v. ZERSSSEN, 1990, v. ZERSSSEN 1993, v. ZERSSSEN 1994a, v. ZERSSSEN 1994b) haben weitere Ergänzungen zu der Konzeption des „Typus manicus“ entwickelt. Sie ermittelten zwei weitere Persönlichkeitstypen neben dem „Typus melancholicus“ und „Typus manicus“: der „ängstlich-unsichere Typ (ähnlich dem dysthymen Temperament von AKISKAL plus schizotype Züge) und der nervös-angespannte Typ (ähnlich dem irritierbaren Typ von AKISKAL). Die zwei letztgenannten Persönlichkeitstypen lassen sich ihrer Meinung eher den nicht affektiven Erkrankungen zuordnen, aber der ängstlich-unsichere Typ wäre bei unipolaren Depression und Bipolar-II-Störungen signifikant häufiger als bei den „unipolaren“ Manien.

V. ZERSSSEN und MÖLLER (1987) fassten den Stand der Forschung über prämorbid Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen kurz zusammen. Bipolar depressiv Erkrankte zeigten im Vergleich zu monopolar depressiven PatientInnen höhere Extraversions-Scores, gleichen aber der psychisch gesunden Kontrollgruppe eher, während monopolar manisch erkrankte eine eindeutige Tendenz zur Extraversion aufweisen, es besteht eine signifikante Korrelation zwischen Extraversion und „Typus manicus“ (v. ZERSSSEN, 2000). Erweiternd sieht v. ZERSSSEN (2000, 2002) die verschiedenen Typen seiner Typologie in einem Zusammenhang zu den Persönlichkeitsstörungen, die zum Teil als Extremvarianten seiner Typen auffasst. So ordnet er die hyperthyme, narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörung dem „Typus manicus“ zu.

WICKI und ANGST (1991) fanden im Rahmen einer Studie eine 1 - Jahr - Prävalenz - Rate von 4% Hypomanien. Diese seien assoziiert mit starker Depression (major depression) und Dysthymia. Bei den später Erkrankten waren schon sieben Jahre vor der Diagnosestellung ein erhöhtes Aktivitätsniveau und erhöhter Neurotizismus nachweisbar.

RICHTER ET AL. (P. RICHTER, K. DIEBOLD, M. SCHÜTZWOHL, 1993) verglichen die Profile im Freiburger Persönlichkeitsinventar von 23 unipolar depressiven, 26 bipolar manisch-depressiven und 30 gesunden Personen mit der Eichstichprobe. Die Untersu-

chung fand am Ende eines stationären Aufenthaltes statt, befragt wurde die Zeit vor der Erkrankung. Parallel dazu wurde der Remissionsgrad mit den AMDP-Skalen (Depressives, Apathisches, Manisches Syndrom) und dem Aufmerksamkeitsbelastungstest überprüft.

Bei der statistischen Kontrolle des Remissionsgrades durch Intraclass-Kovarianzanalysen waren signifikante Unterschiede zwischen den unipolar Depressiven, bipolar Manisch - Depressiven und den normalen Kontrollpersonen in drei Skalen (FPI 3 Depressivität, FPI 8 Gehemmtheit und FPI E Extraversion) festgestellt worden. Diese signifikanten Unterschiede waren weder durch Alter noch durch Geschlechtszugehörigkeit zu erklären. Die unipolar Depressiven beschrieben sich gegenüber bipolar Manisch - Depressiven und der normalen Kontrollgruppe als depressiver, gehemmter und introvertierter. Es wurden die Leistungsdaten und die AMDP-Skalen getrennt nach Diagnose mit den Stanine-Werten der Skalen korreliert. Es ergaben sich nur diagnosespezifische Effekte des Remissionsgrades bei den Skalen für Geselligkeit und Gelassenheit. Die Skalenwerte der unipolar Depressiven seien eher typisch für eine „klassische weibliche Selbstbeschreibung“, obwohl Geschlechts- und Alterseffekte den Test nicht beeinflussen. Die Skala Maskulinität korreliere signifikant mit Erkrankungsdauer, Episodenzahl und Anzahl der Phasen, sie steht im Zusammenhang mit der Vorgeschichte der Erkrankung. Die psychische Stabilität nehme bei unipolar Erkrankten mit wiederholten Krankheitsphasen ab. Die bipolar Manisch - Depressiven wichen in keiner Skala des FPI signifikant von den Normwerten ab. Die Ergebnisse des Aufmerksamkeitsbelastungstests sprechen allerdings dafür, dass bei einem Teil der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine vollständige Remission eingetreten war. Bei beiden Patientengruppen fällt eine erhebliche Variationsbreite der Leistungsdaten auf. Gleiches gilt für die Fremdbeurteilung.

Anhand von zwei Persönlichkeitsinventaren testeten PARDOEN ET AL. (1993) bipolar und unipolar Erkrankte und verglichen sie mit psychisch Gesunden. Bipolar Erkrankte zeigten keine signifikanten Unterschiede im Selbstwertgefühl zu gesunden Testpersonen.

YOUNG ET AL. (1995) fanden, dass beide PatientInnengruppen (bipolare und unipolare) sich in Schüchternheit, Besorgnis und Pessimismus nicht voneinander, sondern nur von den Gesunden unterschieden. Impulsivität, Neugier und Unordentlichkeit sei bei den bipolaren gegenüber den unipolaren PatientInnen verstärkt feststellbar.

SOLOMON ET AL. (1996) verglichen die Gruppe der bipolar Erkrankten (Bipolar I =

mindestens eine klinisch relevante manische Phase) mit psychisch Gesunden. Die psychisch erkrankten Personen unterschieden sich in sechs der siebzehn Persönlichkeitsdimensionen von den Gesunden. Sie wiesen weniger emotionale Stabilität/Stärke, Gelassenheit, Selbstvertrauen und Ich-Kontrolle und mehr hysterische Züge und Neurotizismus auf.

OSHER, CLONINGER UND BELMAKER (1996) untersuchten 50 bipolare PatientInnen und stellten sie einer Normstichprobe gegenüber. Die psychisch Erkrankten zeichneten sich durch weniger Durchhaltevermögen und geringere Frustrationstoleranz aus. Ebenso wiesen sie verstärkt Schüchternheit und Pessimismus auf und zeigten eine größere Abhängigkeit von Belohnung.

HECHT ET AL. (1997) verglichen Persönlichkeiten von bipolar I, bipolar II, unipolar depressiven PatientInnen und psychisch Gesunden anhand des Münchner Persönlichkeitstests und des Biographical Personality Interview. Bipolar I PatientInnen und psychisch Gesunde zeigten signifikant mehr Eigenschaften des „Typus manicus“, während bipolar II und unipolar depressive PatientInnen signifikant zum „Typus melancholicus“ tendierten. Bezüglich des Neurotizismus, der Rigidität und der Frustrationstoleranz bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen.

Ebenfalls mit dem Münchner Persönlichkeitstest arbeiteten SAUER, RICHTER ET AL. (1997). Sie konnten herausarbeiten, dass die bipolaren PatientInnen gegenüber den unipolar Depressiven auf der Skala für Extraversion höhere Werte haben. Sie stellen sich selbst weniger rigide und weniger an sozialen Normen orientiert dar. Im Vergleich der bipolaren Krankheitsgruppe mit der Normstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung zeigten die psychiatrisch Erkrankten mehr Extraversion, Rigidität, Schizoidie, Neurotizismus, esoterische Neigungen und Isolationstendenz. Dagegen orientierten sie sich weniger an sozialen Normen und hätten eine geringere Frustrationstoleranz.

SHAPIRA ET AL. (1999) untersuchten ebenfalls bipolare PatientInnen und verglichen sie mit gesunden Kontrollpersonen. Sie konnten zeigen, dass die bipolar Erkrankten weniger Selbstwertgefühl aufweisen als die Gesunden.

Immer wieder wird die Notwendigkeit von prospektiven Untersuchungen diskutiert.

DUNAYEVICH ET AL. (1996, 2000) zeigten in ihrer Studie auf, dass erkrankte bipolare Patienten deutlich weniger Persönlichkeitsstörungen aufweisen als PatientInnen, die schon mehrere Krankheitsepisoden erlebt hatten (33% gegenüber 65%).

BRIEGER ET AL. (2003) fassten 7 Studien unter Einschluss ihrer eigenen Untersuchung (JACKSON ET AL., 1991, PESELOW ET AL., 1995, ÜÇOK ET AL., 1998, BARBATO ET AL., 1998, DUNAYEVICH ET AL., 1996, 2000, ROSSI ET AL., 2001, BRIEGER ET AL., 2003) zusammen und gehen von einer mittleren Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen (nach DSM III bzw. IV) von 45,6% aus. Dies wäre im Vergleich mit der ermittelten Prävalenz von 6-9% in der Allgemeinbevölkerung deutlich höher.

Im Rahmen der Forschungsprojektes POD-Studie entstanden drei weitere Dissertationen mit ähnlichen Fallzahlen und gleichen Untersuchungsmethoden. Zwei Arbeiten untersuchten die Gruppe der bipolar Erkrankten ohne Überwiegen der manischen Episoden, eine mit der Repertory Grid-Technik (HÄRTLING, 1999) und eine mit dem Gießen-Test (HIMMIGHOFFEN, 2006). Ferner ist die Arbeit „Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose“, eine Untersuchung mit dem Gießen-Test (WALESCH, 2002) zu erwähnen.

HÄRTLING konnte mithilfe der Repertory Grid-Technik keine signifikanten Unterschiede in der Selbstwertproblematik der bipolar Erkrankten im Vergleich zu dem Kontrollkollektiv feststellen. Es zeigte sich lediglich eine Tendenz zur Normorientiertheit. Die Mutter der Bipolaren wird signifikant näher am Ideal-Selbst erlebt, bei der Beziehung zu den Vätern zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Die Untersuchung des Partners ergab inkongruente Ergebnisse. Insgesamt vermutete der Autor eine inhomogene Gruppe der bipolaren Patienten und regt weitere Untersuchungen an.

HIMMIGHOFFEN dagegen konnte mit den im Gießen-Test neu entwickelten Dimensionen „Selbstwert“ und „Nähe zum Objekt“ ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl der bipolar Erkrankten im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen. Ebenso beschrieben sich die psychiatrisch Kranken als weiter entfernt von anderen. Dies unterstreicht die Bedeutung der Regulierung des Selbstwertgefühls und der zwischenmenschlichen Dimension in den langfristigen Verläufen der bipolaren affektiven Erkrankungen.

WALESCH zeigte eine größere Differenz zwischen Selbstbildern schizoaffektiver Patienten als in einer Vergleichsgruppe und eine größere Nähe dieser Gruppe zur Mutter als in der Vergleichsgruppe, polar dazu eine größere Entfernung zum Vater.

KNOWLES ET AL. (2007) untersuchten das Selbstwertgefühl bipolarer und unipolarer Patienten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe zu mehreren Zeitpunkten und fanden bei den bipolaren Patienten eine ausgeprägte Instabilität des Selbstwertgefühls und des Affektes. Sie vermuteten, dass dies ein Marker für die Vulnerabilität für diese Erkrankung sein könnte.

LOFTUS ET AL (2008) konnten bei immerhin 85 bipolar I Erkrankten im Vergleich zu 85 nach Geschlecht und Alter gematchten Gesunden eine höhere Schadensvermeidung und eine geringere Selbstgerichtetheit nachweisen. Das Persistieren dieser Persönlichkeitseigenschaften korrelierte mit manischen Residualsymptomen. Nach ihrer Meinung unterschied sich die Persönlichkeit bipolar I Erkrankter signifikant von der Gesunder.

In einem Review kamen FAN UND HASSELL (2008) zu dem Schluss, dass Bipolare signifikant häufiger als die Allgemeinbevölkerung Persönlichkeitsstörungen haben. Die meisten Untersuchungen wiesen auf eine Störung in der Achse II mit instabiler Stimmung hin. Die Patienten mit einer Psychopathologie in der Persönlichkeit hätten schlechteres Ansprechen auf Medikamente und einen virulenteren Verlauf der Erkrankung.

ROSSO ET AL (2009) fanden bei einer ähnlich großen Stichprobe (71) in ca. 42% Persönlichkeitsstörungen ohne Unterschied zwischen bipolar I und bipolar II Patienten.

LÖNNQVIST ET AL. (2009) haben die bisher größte und prospektive Studie gemacht. Sie untersuchten 213.443 Wehrpflichtige und verglichen das 14 Jahre später mit den Krankenhausregistern. 98 Personen waren an einer bipolaren Störung erkrankt. Hohe Werte auf der Skala für Extraversion korrelierten positiv mit dem Ausbruch einer bipolaren Störung.

Ebenfalls aus Finnland kam eine Studie, in der die Autoren eine geringere Rate an Extraversion und mehr Neurotizismus bei bipolar Erkrankten als in der Allgemeinbevölkerung fanden (JYLHÄ ET AL., 2010). Sie resumierten, dass die Levels in Neurotizismus und Extraversion nicht geeignet sind, um Persönlichkeitstypen zwischen Bipolar I, Bipolar II- Störungen oder Depression zu erarbeiten.

2.13 Zusammenfassung der Befunde empirischer Untersuchungen

Die empirischen Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeit bzw. Intervallpersönlichkeit wurden mit unterschiedlichsten Methoden und Persönlichkeitsinventaren durchgeführt. Häufig handelte es sich um retrospektive Untersuchungen, eine Ausnahme bildet hierbei die ZÜRCHER STUDIE (WICKI UND ANGST, 1991) und die Untersuchung von LÖNNQVIST ET AL. (2009) aus Finnland. Meist wurde die Gruppe der bipolar Erkrankten mit unipolar depressiven PatientInnen oder psychisch Gesunden verglichen.

Im Laufe der psychiatrischen Weiterentwicklung existierten verschiedene Zuordnungen der Manie zu den psychiatrischen Krankheitsgruppen. NITSCHKE (1910) und BATTEGAY (1987) beschrieben eigenständige Formen der Manie und propagierten ihre Existenz. MENTZOS (1995) mochte die Manie nicht nur als eine Abwehr der Depression sehen, sondern als eigenständige Erkrankung mit einem ähnlichen Grundkonflikt. KRÖBER (1988, 1993) wiederum entwickelte die These, dass bei frühen und langen Verläufen sich aus der Manie eine schizoaffektive Erkrankung entwickeln kann. Nach ICD-10 wird die wiederholte manische Episode der bipolaren Erkrankung zugeordnet. Zum Teil wird zwischen bipolar I und bipolar II unterschieden. Die bipolar I Erkrankten haben mindestens eine manische Episode, die zu einer klinischen Behandlung führte, erlitten. Die depressiven Phasen sind meist subdepressive Phasen. Die bipolar II Erkrankten werden wegen wiederholter depressiver Episoden hospitalisiert (vgl. MARNEROS, 1992, TÖLLE 2008). V. ZERSEN entwickelte das Persönlichkeitsmodell des „Typus manicus“, das bei überwiegend manischen Verlaufsformen häufig zu bemerken war. Er kennzeichnete es mit den Begriffen unstet, unabhängig, unkonventionell, weltmännisch, phantasievoll, leichtfertig und risikofreudig (vgl. V. ZERSEN, 1992, 2000). In der Skala der Extraversion unterschieden sich die manischen PatientInnen signifikant bis hochsignifikant von den Vergleichsgruppen (bipolare, unipolar depressive, neurotisch depressive, schizophrene und Kontrollgruppe). HIRSCHFELD ET AL. (1986) verglichen bipolar I PatientInnen mit unipolar Erkrankten und Gesunden. Zusammenfassend ergaben sich mehr Gemeinsamkeiten von Bipolaren und Unipolaren als Unterschiede. Lediglich skalierten die Bipolaren in der „Ich-Kontrolle“ höher. Die bipolar erkrankten Frauen zeigten mehr hysterische Züge. Dagegen fanden SOLOMON ET AL. (1996) unter der bipolar I erkrankten Patientengruppe weniger emotionale Stabilität und Stärke, Gelassenheit, Selbstvertrauen und Ich-Kontrolle. Es zeigten sich mehr hysterische Züge und

Neurotizismus als bei psychisch Gesunden. HECHT ET AL. (1997) konnten zeigen, dass die bipolar I PatientInnen ähnlich den Gesunden mehr Eigenschaften des „Typus manicus“ besitzen als unipolare und bipolar II PatientInnen, die eher den „Typus melancholicus“ ähneln. Nach Meinung von LOFTUS ET AL. (2008) unterscheiden sich bipolar I Erkrankte von Gesunden signifikant. Die meisten anderen UntersucherInnen unterschieden innerhalb der Krankheitsgruppe der Bipolaren nicht unter bipolar I und bipolar II. KRÖBER (1993) fand bei bipolar und schizoauffektiv Erkrankten ein vermindertes Selbstwertgefühl im Vergleich zur Normstichprobe. Bei bipolar Erkrankten mit längerem Krankheitsverlauf traten eine weitere Verringerung des Selbstwertgefühls und subdepressive Züge auf. Gleichzeitig zeigten sich eine Abnahme von syntonen Selbstkonzepten, Extraversion und Kontaktfähigkeit. YOUNG ET AL. (1995) wiesen Unterschiede zwischen bipolaren und unipolaren nach. Erstere seien impulsiver, neugieriger und unordentlicher. In Schüchternheit, Besorgnis und Pessimismus unterschieden sie sich nicht. SOLOMON ET AL. (1996) verglichen bipolar I PatientInnen mit psychisch Gesunden. Die psychiatrische Gruppe zeigte weniger emotionale Stabilität, Gelassenheit, Selbstvertrauen und Ich-Kontrolle, aber mehr hysterische Züge und Neurotizismus. SAUER, RICHTER ET AL. (1997) fanden in ihrer Untersuchungsgruppe unter den bipolar Erkrankten mehr Extraversion, weniger Rigidität und Orientierung an sozialen Normen als bei den unipolar Depressiven. Im Vergleich der bipolar Erkrankten mit der Normstichprobe ließen sich unter anderem mehr Extraversion und weniger Orientierung an sozialen Normen herausarbeiten. SHAPIRA ET AL. (1999) wiesen unter den bipolaren weniger Selbstwertgefühl nach als bei psychisch gesunden Kontrollpersonen. MÖLLER (1992, 2003) hält es grundsätzlich für sinnvoll, Patienten im symptomfreien Intervall oder besser sogar vor Ausbruch der Erkrankung – also prospektiv – zu untersuchen. Er sieht zudem häufig im Rahmen von Studien eine nicht ausreichende Differenzierung und Operationalisierung der nosologischen Diagnostik (bzw. fehlende Differenzierung der unipolaren Erkrankungen von den bipolaren affektiven Störungen). LOFTUS ET AL. (2008), FAN UND HASSELL (2008) und ROSSO ET AL. (2009) kamen alle zu dem Schluss, dass bipolar oder bipolar I Erkrankte mehr Persönlichkeitsstörungen aufweisen als die gesunde Allgemeinbevölkerung. Uneinigkeit besteht, ob Unterschiede zwischen bipolar I und II Erkrankten bestehen. Sie sprechen von Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Achse II mit instabiler Stimmung und von Charaktereigenschaften, wie geringere Selbstgerichtetheit und höhere

Schadensvermeidung. Alle diese haben einen Einfluss auf Verlauf und
Therapierbarkeit der Erkrankung.

Insgesamt gibt es immer noch Uneinigkeit über das Vorhandensein, die Art, das
Ausmaß und die Stabilität von Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang mit
bipolaren Erkrankungen.

3. Material und Methode

Um einen besseren Einblick in das eingesetzte idiografische Verfahren (Repertory Grid-Technik) zu ermöglichen, ist es notwendig, zunächst die Theorie kurz zu erläutern.

3.1 Zur Theorie der persönlichen Konstrukte

Mitte der fünfziger Jahre entwickelte KELLY (1955) aus seiner Kritik an den psychoanalytischen, lerntheoretischen und humanistischen Ansätzen eine eigene Denkweise, die eine theoretische Zwischenposition darstellte. Jedes Individuum bilde Konstrukte und konstruiere sich so seine individuelle Realität. Diese Konstrukte stellen die passagere subjektive Sichtweise der Welt in Form von Hypothesen dar, die ständiger Verifizierung und Falsifizierung unterzogen werden.

Im Gegensatz dazu entwickelten BANNISTER und FRANSELLA (1981) die Theorie des „akkumulativen Fragmentalismus“. Wahrheit werde gesammelt, bis sich das Bild der objektiven Realität ergebe.

KELLY (1986) aber sah den Menschen als „Wissenschaftler“. Er befinde sich in dauernder Veränderung, zur Verbesserung und Aktualisierung werden Hypothesen an der Realität an- und abgeglichen. Auf welche Art und Weise dieser Vorgang stattfindet, bilde die jeweilige Individualität eines Menschen.

Konstrukte würden als verbale Repräsentanzen persönlicher Erfahrungen und deren individueller Verarbeitung gebildet. Jeder Mensch entwickle eine Anzahl solcher Konstrukte, die seine persönliche Interpretation der Welt darstellen. Dieses Konstruieren geschehe auf der rationalen und emotionalen Ebene. Der einzelne Mensch bilde ein Konstruktsystem, welches das individuelle Verhalten bestimme und das Denken und Fühlen beeinflusse. Dies stellte das Grundpostulat KELLYS dar. Jedes Individuum sehe die Realität in den Begriffen seines persönlichen Konstruktsystems. Die Konstrukte bzw. das Konstruieren beziehe sich auf Personen oder Situationen, die als Elemente bezeichnet werden. Die Elemente werden auf Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit hin überprüft und so eine Dichotomie hergestellt, die KELLY für sehr wichtig erachtete.

Weiterhin beschrieb er sogenannte Kernkonstrukte, die für die Selbstidentität eines Menschen wichtig seien. Es handele sich dabei um übergeordnete Konstrukte, die die lebenserhaltenden Prozesse eines Individuums steuere. Solche Konstrukte könnten nicht oder nur gegen einen starken Widerstand verändert werden. Falls doch eine

Veränderung eintrete, könne es zu psychischem Stress kommen.

Die Entstehung einer Persönlichkeit erklärte KELLY mit Hilfe des Konstruktions-, Individualitäts- und Organisationssatzes (KELLY 1955, S.85). Es existiere ein regelrechtes Konstruktsystem mit Kernkonstrukten (Definition des Selbst) und Kernrollenkonstrukten (Definition der Beziehung des Individuums zu anderen). Die Kernkonstrukte spielten eine übergeordnete Rolle und seien wichtig für die Kontinuität der Persönlichkeit und dementsprechender Widerstand werde deren Veränderung entgegengebracht. Andere Konstrukte dienten mehr konkreten Handlungen und seien eher peripher.

Die Entwicklung und Veränderung des Konstruktsystems erklärte er mit Hilfe des Erfahrungs-, Modulations-, Dichotomie-, Wahl- und Fragmentationssatzes.

Das Konstruktsystem unterliege einem ständigen Fluss durch permanente Überprüfung, Angliederung, Revidierung durch Auseinandersetzung mit der Realität. Es komme durch Auflockerung und Verfestigung zur Entwicklung von neuen Konstrukten. Ob und wie weit das System veränderbar sei, hänge von der Permeabilität der Konstrukte ab. Immer existierten eine gewisse Anzahl an dichotomen Konstrukten. Jedes Individuum habe die Wahl, seine Konstrukte eher fester oder lockerer zu definieren, um sie damit permanent auszuweiten und verändern zu können. Das Konstruktsystem werde weiterentwickelt durch zunehmende Differenzierung und Bildung einer Hierarchie.

Die Funktionsweise sozialer Beziehungen erklärte KELLY (1955) mit der Existenz gemeinsamer Konstrukte durch gleiche Kultur und Sprache. So seien Möglichkeiten gegeben, andere Menschen zu verstehen. Nachteil der gebildeten Konstruktsysteme sei die Entstehung von Vorurteilen, die gemeinsame undurchlässige Konstrukte darstellten. Zusätzlich hätten Menschen die Fähigkeit, die Konstrukte einer anderen Person (z. B. Partner) zu verstehen und diese auf das eigene System zu beziehen.

Angst entstehe durch ein zu rigides System und die Unfähigkeit, neue Erfahrungen darin zu integrieren. Furcht werde erzeugt, wenn nach mehrmaliger Invalidierung von Kernkonstrukten nur geringe Veränderungen vorgenommen wurden. Die Notwendigkeit einschneidender Veränderungen von Kernkonstrukten werde als Bedrohung erlebt. Ebenso würden Schuld und Scham empfunden, wenn sich Konstrukte als unangemessen herausstellten.

3.2 Die Repertory Grid-Technik als idiografisches Untersuchungsverfahren

Zur Abbildung des Konstruktsystems entwickelte KELLY (1955) die Repertory Grid-Technik. Als persönliche Konstrukte bezeichnete KELLY (1995) die von einem Individuum entwickelten Begriffe, um Ereignisse der physischen, sozialen und „inneren“ Welt in bedeutsame, wiederkehrende Muster zu ordnen und zukünftige Ereignisse antizipieren zu können. Anhand der Elemente können auf verschiedene Weisen die Konstrukte gewonnen werden (vgl. RYLE und LUNGI, 1970). Eine gute Übersicht und Darstellung der verschiedenen Grid Entwicklungen geben FRANELLA & BANNISTER (1977). Konstrukte und Elemente werden auf einer Matrix aufgetragen. Die zweidimensionale Matrix der Element- und Konstruktverknüpfung wird nach dem englischen Wort für Raster als Grid bezeichnet. Die Information, die in jedem Quadrat des Grid enthalten ist, wird durch eine Analyse des gesamten Grid untersucht. Nach SLATER (1969) kann jede Interviewmethode als Grid bezeichnet werden, bei der genügend Informationen gewonnen werden, um ein Raster auszufüllen. Bei heutigen Grid-Durchführungen werden neben der Konstruktgewinnung auch die Elemente mit einer Rang- oder Bewertungsskala beurteilt.

Die erhobenen Grids müssen dem jeweiligen Anwendungsbereich angepaßt sein. Daher kann es je nach Fragestellung zu unterschiedlichen Frageformen und Vorgaben kommen. Gleich sind aber immer die Darstellungsformen der Ergebnisse. Sie stellen immer die Beziehungen zwischen den gewählten oder vorgegebenen Konstrukten dar, über die ein Proband verfügt und zeigen damit dessen individuelles Konstrukt-muster auf. Jeder Grid wird in Form eines Einzelinterviews erhoben, wobei auch die nicht direkt im Test verwertbaren Informationen als wichtige Zusatzinformationen erkannt und notiert werden sollten. Die Form der Testerhebung macht es möglich, dass der Proband eine aktive Rolle einnimmt und den Verlauf und Aufbau des Testes mitbestimmt. Allerdings ist durch die Dialogform die Gefahr einer Suggestion gegeben. Der Interviewer sollte bei der Konstrukt-, Elementfindung und der nachfolgenden Skalierung keinen Einfluss ausüben. Als fertige Endform des Interviews entsteht ein ausgefülltes Gitter (=Grid).

Elemente					
Pol	1	2	3	4	Gegenpol

Abbildung 1: Ein Grid, Spalten 1-4 entsprechen den Elementen und deren Skalierung, die Zeilen den Konstrukten, mit denen die Elemente skaliert werden.

Die Untersuchung des Konstruktsystems erfolgt durch die Analyse dieser Matrix. Einen zusammenfassenden Überblick zur Reliabilität und Validität geben BANNISTER UND MEYER (1976), sowie FRANSELLA UND BANNISTER (1977). Bei BANNISTER UND MEYER liegen die Reliabilitätskoeffizienten zwischen 0.6 und 0.8 (Re-Test-Reliabilität). Da es sich um ein individuumzentriertes Testverfahren handelt, ist aber mit starken individuellen Reliabilitätsschwankungen zu rechnen. Die Schwankungen können nicht mit traditionellen Erhebungsmethoden verglichen werden, da hierbei keine individuellen Reliabilitäten berechnet werden. Es fehlt bisher ein direkter Vergleich der Reliabilitäten zu anderen individuumszentrierten Datenerhebungsmethoden. LOHAUS (1983) stellt die Hypothese auf, dass möglicherweise bei Grid-Techniken mit hohen Freiheitsgraden sogar Ergebnisse erreicht werden, die gemessen an Reliabilitätskriterien traditioneller Erhebungsmethoden überlegen sind.

3.3 Auswertungsmethoden

Grundsätzlich lässt sich ein Teil der Information des Grids durch das Beobachten der wechselseitigen Zusammenhänge von Elementen und Konstrukten und deren inhaltlicher Unterfütterung ablesen. Zum anderen gibt es die Möglichkeit, den Repertory Grid computergestützt faktorenanalytisch auszuwerten.

3.3.1 Faktorenanalyse

KELLY hatte 1955 eine nonparametrische Faktorenanalyse zur Grid Auswertung vorgeschlagen und später wurden die parametrischen Faktorenanalysen entwickelt. Heute werden in erster Linie softwaregestützte Faktorenanalysen benutzt, wozu die Hauptfaktoren- und die Hauptkomponentenanalyse zählen (englisch: principal components analysis, PCA, JOLLIFFE, 1986). Das weitaus gebräuchlichste Computerprogramm zur Hauptkomponentenanalyse wurde von SLATER (1976) entwickelt (IN-GRID) und seither mehrfach modifiziert (INGRID 72). Die Hauptkomponentenanalyse eines Grids liefert eine bildliche Darstellung des komplexen Zusammenhangs

der Konstruktwelt eines Probanden anhand seiner Elemente. Als erster Schritt wird die Zahl der Konstrukte auf möglichst wenige, voneinander unabhängige Komponenten reduziert. „Die Gesamtvarianz wird durch wenige Komponenten aufgeklärt, wobei die erste die größte ist und die meiste Varianz aufklärt. Die Komponenten sind als Dimensionen anzusehen, mit denen der Proband sich und seine Welt beurteilt“ (BARTHOLOMEW, 1990, S.40). Es wird ein Bild davon entworfen, welche Konstrukte für den Probanden inhaltlich zusammengehören und eine übergeordnete Rolle spielen. Gleichzeitig können die Elemente anhand ihrer Ladungen im Konstruktraum positioniert werden. Mittels der Hauptkomponentenanalyse werden die Zahlen der Matrix so umgerechnet, dass für die Elemente und Konstruktpole neue Koordinaten auf den sogenannten Hauptachsen entstehen. Die Achsen sind als grundlegende Dimension des kognitiven Ähnlichkeitsraumes zu verstehen bzw. als mathematisches Hilfsmittel zur Erzeugung einer Grafik ohne eigenständige Bedeutung. Elemente und Konstrukte werden in dieser Grafik dargestellt und können so in ihrer wechselseitigen Beziehung betrachtet werden (Biplot Prinzip, JOLLIF 1986).

3.3.2 Die Varianz der Konstrukte und Elemente

Die Varianz der Konstrukte drückt die Interaktion zwischen denselben aus. Die Spalten der Matrix definieren die Konstrukte im Elementenraum, die Zeilen die Elemente im Konstruktraum.

Die Gesamtvarianz ist auf eine begrenzte Zahl von unabhängigen Komponenten beschränkt, die sich nach ihrer Aussagekraft ordnen lassen. Sie wird in der Regel durch wenige Komponenten aufgeklärt.

Die Komponenten sind als Dimensionen anzusehen, mit denen der Proband sich und seine Welt beurteilt. Jede Komponente stellt eine Achse im Element- und Konstruktraum dar. Der Anteil jedes Konstruktes an der Gesamtvarianz wird in Prozenten angegeben. „Sind diese prozentualen Varianzen unterschiedlich hoch, so deutet dies darauf hin, daß der Proband die Breite der Beurteilungsskala nicht ausgenutzt hat. Die Konstrukte mit hohen Varianzen sind daher möglicherweise am besten geeignet, zwischen den Elementen zu unterscheiden; andererseits könnten die Varianzanteile auch eine fehlende bzw. gröbere Differenzierungsfähigkeit des Konstruktes kennzeichnen.“ (BARTHOLOMEW, 1990, S.39)

Gleiches Verfahren gilt auch für die Varianz der Elemente, wobei eine kleine Varianz vermuten lässt, dass der Proband gegenüber diesem Element eine indifferente Einstellung hat. Ein Element mit einer hohen Varianz scheint für den Probanden wichtiger zu sein.

Beschränkt sich ein Großteil der Gesamtvarianz auf nur eine Komponente, spricht dies für eine starke Einengung oder Fokussierung der Urteilsfähigkeit. KELLY (1955) nannte diese Fokussierung „constriction“. Nach MORRIS (1977) scheint die Verengung des Konstruktsystems häufig in Krisensituationen aufzutreten. Umgekehrt ist das Vorhandensein von mehreren Komponenten mit kleineren Prozentwerten der Gesamtvarianz ein Indiz für ein differenziertes Gesamtsystem. ADAMS-WEBBER (1979) stellte bei schizophrenen Patienten fest, dass eine geringe Anzahl von signifikanten Korrelationen eher für ein verwirrtes als für ein komplexes Denken sprechen. Seit JONES (1954) und BIERI (1955) kognitive Komplexität und Simplizität unterschieden und faktorenanalytisch umsetzten, hat sich auf diesem Sektor ein eigenes Forschungsgebiet entwickelt. Hier sei auf CHETWYND (1977) und ADAMS-WEBBER UND MANUSCO (1983) verwiesen.

BARTHOLOMEW (1990) stellte in ihrer Studie zum Selbstbild und Objektbeziehungen von PatientInnen mit akuter Virushepatitis eine große Variationsbreite in der Differenzierung des Konstruktsystems innerhalb des untersuchten Kollektives fest. Sie nahm deshalb eine Unterteilung in drei Gruppen entsprechend der Varianzaufklärung des ersten Faktors der PCA vor. Einem niedrig differenzierten Konstruktsystem misst sie eine Varianzaufklärung des ersten Faktors der PCA von >58% zu. Ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem wird durch die mittlere Varianzaufklärung zwischen 41% und 58% angegeben. Die dritte Gruppe besitzt ein hoch differenziertes Konstruktsystem, das sich in einer Varianzaufklärung des ersten Faktors in der PCA von < 40% zeigt. In der vorliegenden Untersuchung wurde die von Bartholomew vorgeschlagene Gruppeneinteilung der Varianzaufklärung des ersten Faktors der PCA übernommen.

3.3.3 Distanzen zwischen den Elementen

Die Elementabstände basieren auf euklidischen Distanzen, die in ein Verhältnis zu den erwarteten Abständen gesetzt werden. Sie lassen sich unter Verwendung des Computerprogrammes INGRID 72 von SLATER (1972, 1977) (vgl. SCHOENEICH, 1994) errechnen. Nun können individuelle Elementabstände interindividuell verglichen werden. Die Abstände können minimal 0 und maximal Anzahl der Elemente - 1 betragen, selten ist der höchste Abstand größer als 2. Bei 559 ausgewerteten Grids (60.000 errechneten Abständen) hatten 99.78% der Elemente Abstände < 2 bzw. 99.99% der Elemente hatten Abstände < 2.4 (SLATER, 1972).

Die Distanz ist ein Maß für die Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit zwischen den Ele-

menten aus der Sicht des Probanden. Die Distanz 0 würde demnach bedeuten, dass beide Elemente identisch konstruiert werden, 2 würde die größtmögliche Unähnlichkeit bedeuten und der Wert 1 steht weder für Ähnlichkeit, noch für Unähnlichkeit.

3.3.4 Selbst-Identitäts-Objekt-Grafik

MAKLOUF-NORRIS UND JONES (1971,1972) und später MAKLOUF-NORRIS UND NORRIS (1976) entwickelten das sog. Selbst-Identitäts-System. Ausgehend von Untersuchungen zur Messung von Entfremdung (alientation) bei zwangsneurotischen Patienten beschäftigten sie sich mit dem Selbstkonzept eines Menschen. Die Selbstidentität sei nötig für die Entscheidungsfindung und die Umsetzung von Handlungen jedes Menschen. Das „Selbst“ eines Menschen bestehe aus mehreren Elementen, wobei das aktuelle Selbst (die Repräsentation des gegenwärtigen Selbst), das soziale Selbst (Die Repräsentation der Konzepte anderer über das Selbst) und das Ideal-Selbst (das Ziel oder die Richtung erwünschter Veränderungen repräsentierend) die drei wichtigsten Selbstelemente darstellen. Diese Selbstelemente werden an Mitmenschen an- und abgeglichen und auf ihre Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit hin überprüft und so eine eigene Identität entwickelt. Diese hypothetische Konstruktion aus den Selbstelementen nannten sie „Selbst-Identitäts-System“. Die Hauptaufgabe des Selbst-Identitäts-Systems bestehe in der Reduzierung von Selbstunsicherheit.

Zur Darstellung dieses Konzeptes entwickelten MAKLOUF-NORRIS UND JONES (1971) die Selbst-Identitäts-Grafik, um die Struktur mittels Punkten und Dimensionen in einem multidimensionalen Raum darstellen zu können. Da INGRID 72 die räumliche Beziehung zwischen Elementen (Punkten) und Konstrukten (Dimensionen) liefert, kann es zur Darstellung eines Selbst-Identitäts-System herangezogen werden. Die Entwicklung der Selbst-Identitäts-Grafik (self identity plot) gestattet eine zweidimensionale Darstellung.

Dabei werden die Ähnlichkeit bzw. die Unähnlichkeit beliebig wählbarer Elemente mit dem Selbst, Ideal-Selbst oder dem sozialen Selbst auf zwei orthogonalen Achsen aufgetragen. Anhand der Distanzen zwischen den Elementen können die Positionen jedes Elementes in der Grafik markiert werden.

Die Abbildung zeigt den Aufbau einer solchen Selbst-Identitäts-Objekt-Grafik.

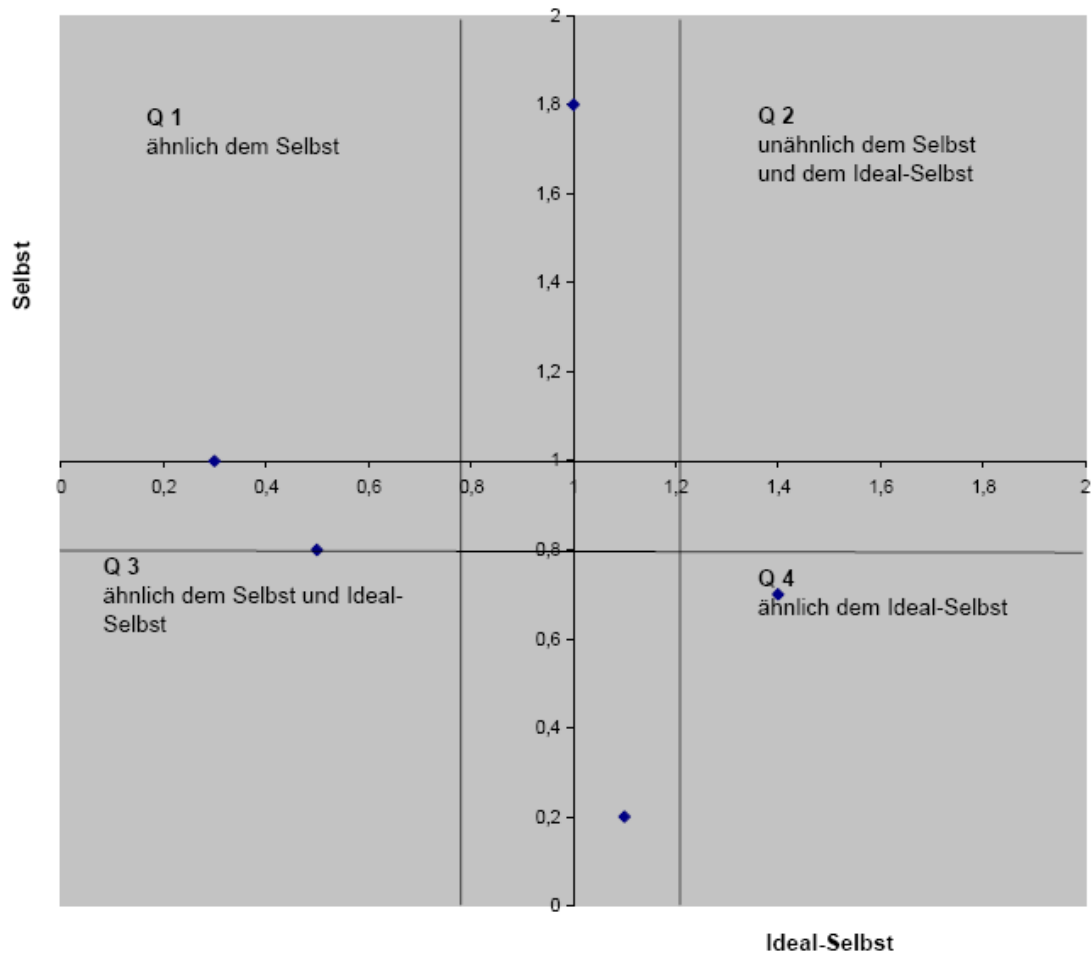


Abbildung 2 Grafik SIOG

MAKHLOUF-NORRIS UND NORRIS (1976) legten den Indifferenzbereich zwischen 0.8 und 1.2 fest. Zur Validierung benutzten sie 100 zufällig ausgefüllte Grids, bei denen erwartungsgemäß 92% der Elemente in diesem Bereich lagen. Elemente um den Wert 1 werden als weder ähnlich noch als unähnlich gesehen und spielen für die Selbst-Identität eine untergeordnete Rolle. Die Elemente in diesem definierten Bereich verhalten sich gegenüber den Selbstelementen indifferent.

3.3.5. SIOG-Diagnosen

MAKLOUF-NORRIS UND NORRIS (1976) fanden heraus, dass PatientInnen mit psychischen Störungen häufig ihr Selbst-Identitäts-System so konstruieren, dass ein Selbstelement allen anderen Elementen unähnlich oder häufiger allen anderen Elementen ähnlich definiert wird. Die Autoren entwickelten fünf Formen der mangelnden Integration des Selbst und definierten diese.

Selbst-Isolation: Das Selbst wird als verschieden von allen im Grid verwendeten Elementen wahrgenommen. Die ProbandIn definiert ihr Selbst durch die Unähnlich-

keit von den anderen Elementen bezüglich der Konstrukte. Keine Elemente sind innerhalb eines Abstandes von 0,8 vom Selbst. Nach NORRIS UND MAKLOUF-NORRIS (1976) „hat die Person damit keine Basis für persönlich-soziale Interaktion“ (S. 58, BARTHOLOMEW, 1990).

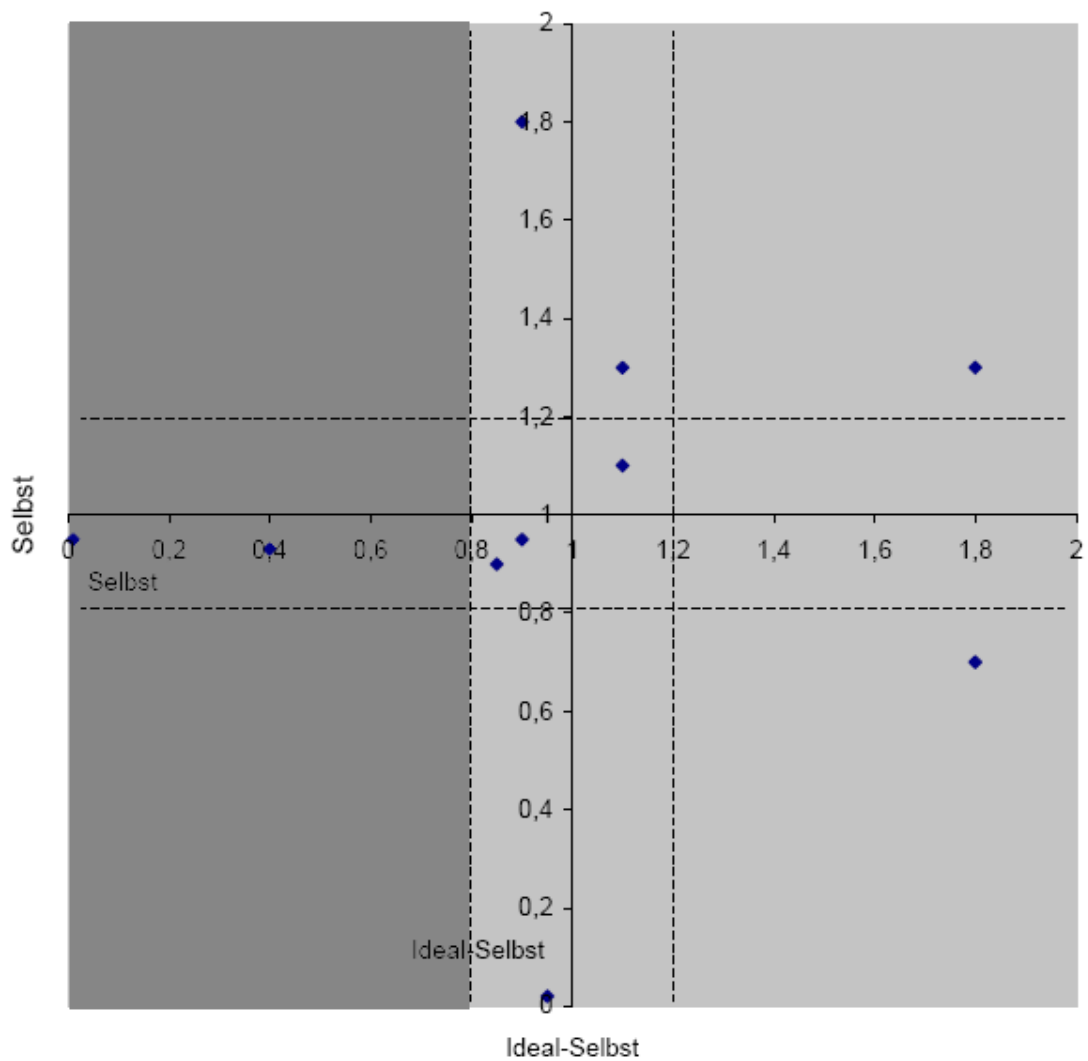


Abbildung 3: Selbst-Isolation, es befinden sich keine Elemente innerhalb eines Abstandes von 0,8 vom Selbst

Ideal-Selbst-Isolation: Die ProbandIn definiert ihr Ideal-Selbst durch die Unähnlichkeit mit allen anderen Elementen bezüglich der Konstrukte. Es befinden sich keine Elemente innerhalb eines Abstandes von 0.8 vom Ideal-Selbst. Die ProbandIn weiß, wie sie nicht sein möchte, aber nicht, wie sie gerne wäre.

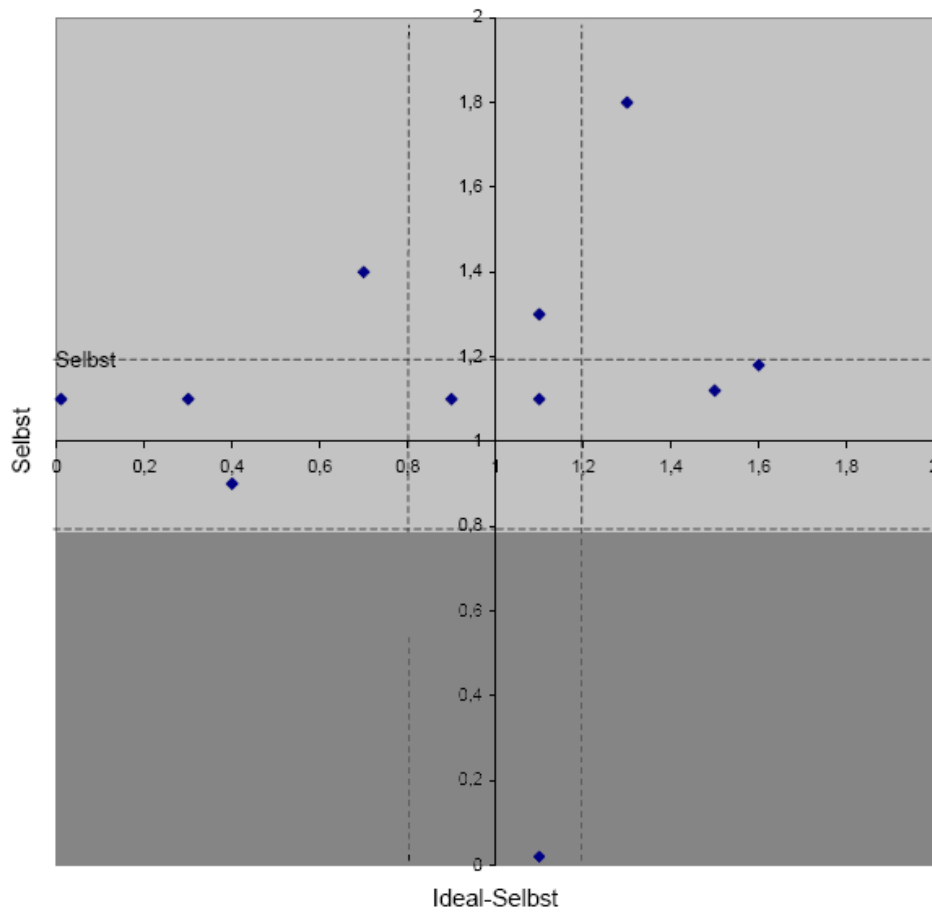


Abbildung 4: Ideal-Selbst-Isolation

Doppelte Isolation (soziale Entfremdung): Die doppelte Isolation, auch soziale Entfremdung genannt, ist eine Kombination aus Selbst-Isolation und Ideal-Selbst-Isolation. Die Person nimmt sich als verschieden gegenüber den Bezugspersonen wahr. Diese Verschiedenartigkeit ist erwünscht. Es befinden sich maximal zwei Elemente innerhalb eines Abstandes von 0.8 vom Selbst und vom Ideal-Selbst.

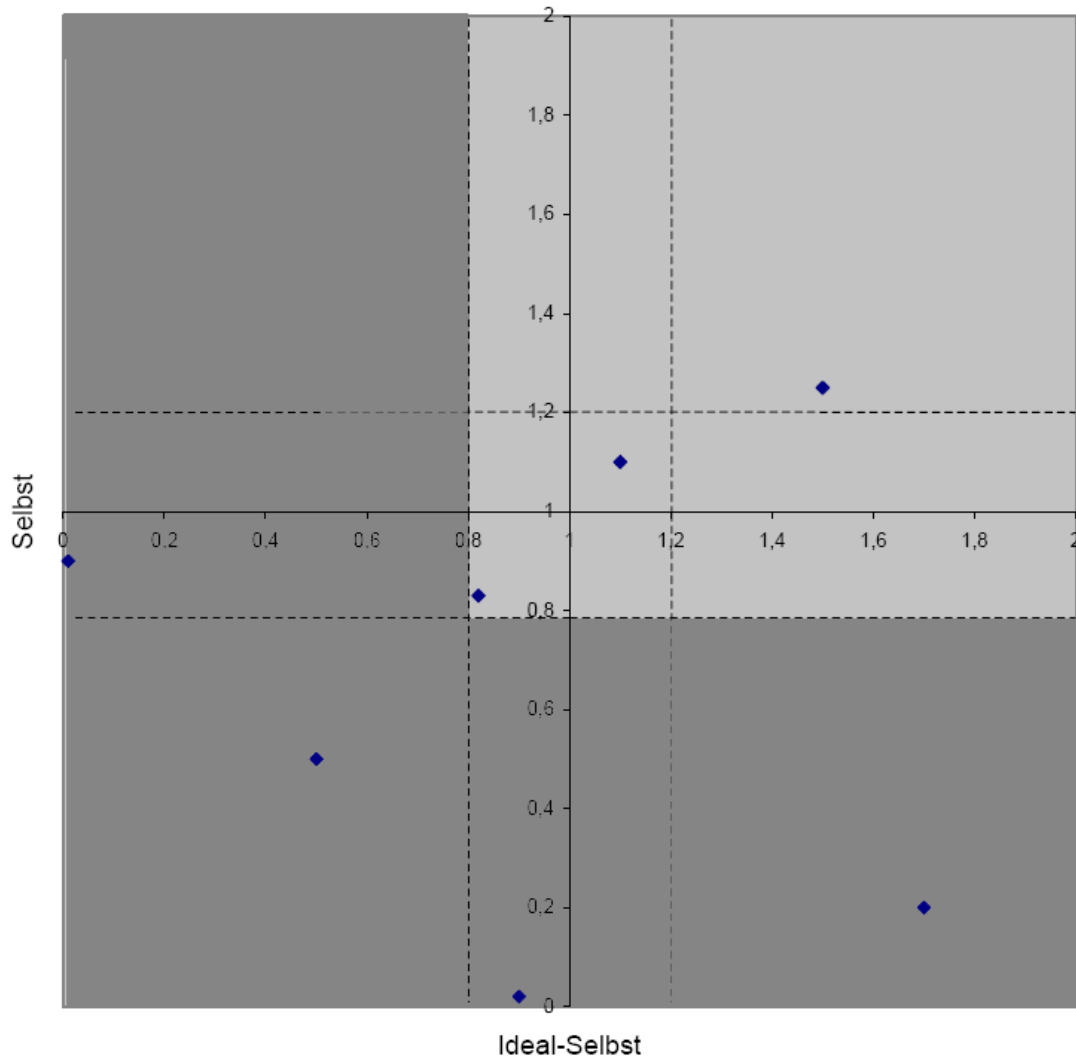


Abbildung 5: SIOG Diagnosen, doppelte Isolation

Selbst-Ideal-Selbst-Divergenz: Die zwei Selbstelemente werden so verschieden gesehen, dass das eine durch eine Konstruktseite definiert wird und das andere durch deren Gegenpol. Selbst und Ideal-Selbst sind durch einen Abstand von mehr als 1.2 voneinander entfernt und es befinden sich maximal zwei Elemente weiter entfernt vom Ideal-Selbst als das Selbst. Nach Meinung einiger Autoren (vgl. FESTINGER, 1977, ARNOLD ET AL, 1987) erzeugt dieser Zustand ein unangenehmes Gefühl mit einem Druck zur Änderung.

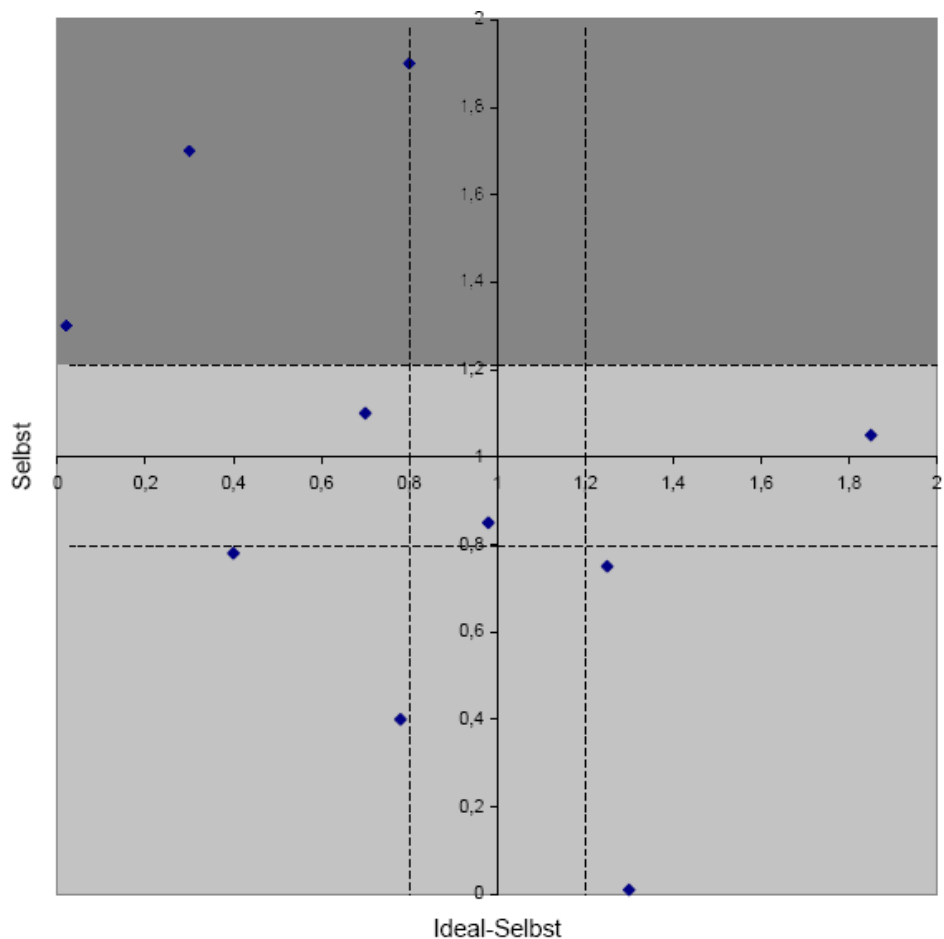


Abbildung 6: SIOG Diagnosen, Selbst-Ideal-Selbst-Divergenz

Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz: das Selbst ist näher am Ideal-Selbst als die meisten oder alle anderen Elemente. Das Individuum glaubt so zu sein, wie es sein möchte und sieht daher keine Veranlassung zu Veränderungen. Selbst und Ideal-Selbst sind durch einen Abstand von weniger als 0,8 voneinander entfernt und es befinden sich maximal zwei Elemente näher am Ideal-Selbst als das Selbst.

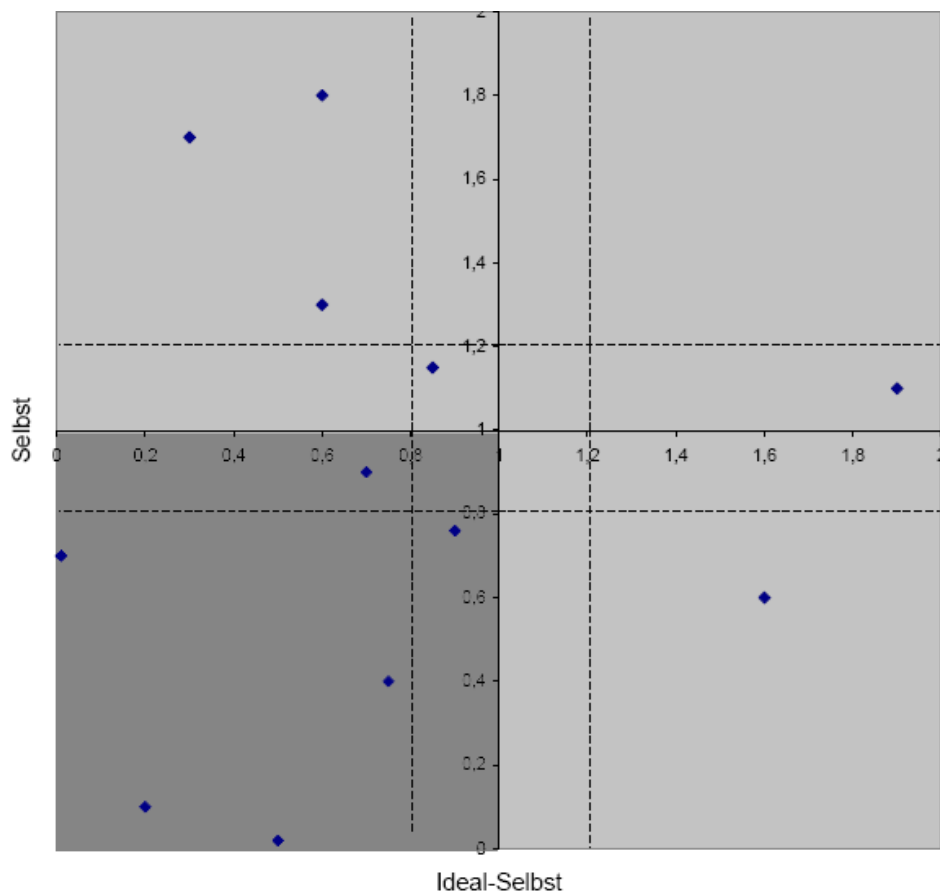


Abbildung 7: SIOG Diagnosen, Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz

Da die verschiedenen Diagnosen miteinander kombiniert und isoliert auftreten können, ist eine Kombination der Diagnosen möglich (BARTHOLOMEW, 1990). Das alleinige Auftreten einer Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz kennzeichnet die „selbstzufriedenen Personen“. Die Kombination aus Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz und einer doppelten Isolation wird als „splendid isolated“ zusammengefasst. Die Nähe des Selbst zum Ideal-Selbst und die große Entfernung zu den anderen Elementen impliziert, dass sich diese Personen in ihrer Isolation wohl fühlen und diese gewünscht ist. Die Gruppe der „unauffälligen“ Personen weist keine der genannten Diagnosen auf. Es wird davon ausgegangen, dass diese Menschen selbstzufrieden und sozial integriert sind. Als letzte Gruppe wird die der „isolierten“ Personen gebildet, die irgendeine Form der Isolation aufweisen.

3.4 Der Gießen-Test

Die verschiedenen Selbst- und Fremdbilder der PatientInnen werden in der vorliegenden Studie neben dem einzelfallorientierten Vorgehen mit der Repertory-Grid-Technik auch mit einem standardisierten Instrument, dem Gießen-Test, erfragt.

3.4.1 Theorie

Der Gießen-Test wurde ursprünglich als nomothetisches Messinstrument für die Individualdiagnostik entwickelt. Er besteht aus 40 Einzelfragen, bei denen der Proband/Probandin auf einer Skala sich selbst einstuft. Die 40 Items werden zu 6 Skalen zusammengefasst, die eine Reihe von intraindividuellen und psychosozialen Merkmalskomplexen erfassen. Zusätzlich gibt er Hinweise auf intrapersonale Strukturen, auf verschiedene Triebbereiche und deren Organisationsstrukturen, wie zum Beispiel auf Ich- und Über-Ich-Organisation. Es werden Anhaltspunkte für intraindividuelle Abwehr, psychosoziale Fähigkeiten, Abwehrformen und indirekt erlebte soziale Resonanz sichtbar. Da der Test eine Selbsteinschätzung ist, kann sich jede Testperson verfremdet oder unwahr darstellen. So kann sie gemäß ihrer Abwehr ihr Selbstbild in Richtung ihres Ich-Ideals verschieben. Eine andere Person verschiebt es durch starke Selbstkritik zum Negativen. Sie entwertet sich z. B. infolge eines rigiden Über-Ichs. Eine starke Verschiebung Richtung Hypomanie und Kontrollschwäche legen den Verdacht auf eine Identifizierung mit Ich-Ideal-Aspekten nahe. Gegenläufiges gilt für die Identifizierung mit Über-Ich Aspekten. Der Gießen-Test erfasst nicht Persönlichkeitsmerkmale, sondern Anteile des Selbstkonzeptes, Faktoren zur Personenwahrnehmung und Interaktionsformen zwischen Partnern. Das Selbstkonzept ist ein hypothetisches Konstrukt der eigenen Person und ihrer zwischenmenschlichen Bezüge. Es setzt sich zusammen aus Selbstzuschreibungen. Ein konsistentes Selbstkonzept verleiht einem Individuum soziale und individuelle Identität. Der Umformungsprozess ist fortlaufend, fehlende Umformung ist charakteristisch für seelische Krankheiten. Die einzelnen Items sind zu sogenannten Standardskalen zusammengefasst. Die erste Skala spiegelt die soziale Resonanz wieder. Erfragt wird wie leicht/schwer sich eine Person anziehend fühlt, wie leicht/schwer es ihr fällt anziehend zu sein, für wie wertvoll oder minderwertig sie sich hält, mit welcher Arbeitsleistung sie zufrieden bzw. unzufrieden ist, wie gut/schlecht eigene Interessen durchgesetzt werden können und wieviel Wert darauf gelegt wird, schön auszusehen. Das Maß der sozialen Bestätigung korreliert dabei mit der Möglichkeit, eigene Interessen durchsetzen zu können.

Im Vordergrund steht, wie narzisstisch bestätigt oder frustriert eine Person sich in der sozialen Interaktion sieht.

Die zweite Skala reflektiert die Dominanz. Auf der einen Seite stehen dabei Aggressivität, Impulsivität, Eigensinn und Herrschaftsansprüche. Auf der anderen Seite liegen Aggressionsunfähigkeit, Geduld, Anpassungswilligkeit und Unterordnungstendenz. Dies soll wechselseitig bezogene psychosoziale Abwehrformen widerspiegeln. Auf der linken Seite der Skala steht der dominierende Typ, der sich häufig abreagieren kann. Die rechte Seite spiegelt den Menschen wider, der sich klein macht, an komplementären Partner-Hilfs-Strukturen festhält und häufig Ich-Funktionen und Über-Ich Aspekte delegiert. Dies stellt die neurotische Ich-Einschränkung mit Untertanenhaltung dar, während PatientInnen mit psychogenen Störungen eher in Richtung Dominanz tendieren.

Die Skala drei testet die eigene Kontrolle. Unter sie fallen Fragen nach gutem/schlechtem Umgang mit Geld, nach Ordentlichkeit, sich wenig/viel Mühe machen, nach dem Streben nach Wahrheit, es bei einer Sache leicht/schwer haben, leicht/schwer ausgelassen sein zu können und unterkontrolliert oder eher zwanghaft zu sein. Die Thematik dieser Skala liegt mehr im intrapsychischen Individualbereich und weniger im zwischenmenschlichem Verhalten. Es soll die Beziehung zwischen dem Es und den Kontrollmechanismen der Über-Ich-Organisation überprüft werden. Das neutrale Mittel ist nach rechts verschoben (Skalenwert 24), während unausgelesene PatientInnen der Psychosomatischen Klinik Gießen und um Rat suchende Studenten und Studentinnen nach links abweichen. Die Rechtstendenz der "Normalen" verstärkt sich in den höheren Altersgruppen, höchstwahrscheinlich durch den Einfluss von soziokulturellen Normen wie Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Wahrheitsliebe und eine gewisse Rigidisierung im Alter (BECKMANN ET AL., 1991).

Die vierte Skala gibt die Grundstimmung wieder. Es wird gefragt, ob die ProbandInnen oft/selten bedrückt sind, häufig/selten sich über innere Probleme Gedanken machen, besonders/wenig ängstlich sind, sich immer/selten Selbstvorwürfe machen, Ärger in sich hineinfressen/abreagieren und sich eine Änderung der äußeren Lebensumstände sich stark/wenig auf die seelische Verfassung auswirken würde. Die linke Seite der Skala spiegelt die hypomanischen, die rechte die eher depressiven Charaktere wider. Diese Skala markiert die Grundstimmung und zeigt die Beziehung zwischen der Stimmungslage und der Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung auf. Die rechte Skalenseite zeigt Selbstunsicherheit im Zusammenhang mit depressiver Verstimmung. Nach der Theorie ist die depressive Position verbunden mit Ich-Schwäche und begünstigt deshalb eine hilfeschuchende Abhängigkeitshaltung. Anstelle der inneren

Selbstsicherheit wird eine schützende Außenbeziehung zur Kompensation depressiver Impulse benötigt.

Die fünfte Skala verdeutlicht Durchlässigkeit. Sie beinhaltet Fragen wie schwer/leicht jemand aus sich herausgehen kann, wie fern/nah er sich anderen Menschen fühlt, wieviel von sich preisgegeben wird, wieviel Bedürfnis nach Liebe gezeigt wird, ob wenig/viel Vertrauen anderen gegenüber gebracht wird, ob sie in der Liebe wenig/viel erlebnisfähig sind. Es wird die psychosoziale Beziehungsfähigkeit erfragt. Mit der Darstellung des Kontaktverhaltens und Kontakterlebens werden frühe orale und anale Kategorien angesprochen (Urvertrauen - Urmisstrauen und Autonomie - Scham und Zweifel). Die Fragen nach der Nähe und dem Vertrauen zu anderen Menschen haben eine orale Grundlage, überformt durch Reaktionsbildungen, die eine fortgeschrittene Reife als Voraussetzung haben. Aus Vertrauen als Grundlage entwickelt sich Offenheit, Durchlässigkeit nach Außen und Innen. Aus Angst entwickelt sich hingegen Verslossenheit.

Die letzte und sechste Skala zeigt die soziale Potenz. Die Fragen zielen auf Vermeiden/Suchen von Gesellschaft, Befangenheit/Unbefangenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht, die Fähigkeit wenig/viel Liebe schenken zu können, kaum/stark daran interessiert sein, Andere zu übertreffen, die Fähigkeit sich schwer/leicht an einen anderen Menschen zu binden und wenig/viel Phantasie zu haben. Diese Skala zeigt bei den Neurotikern im Mittel keine Normabweichung.

1968 wurde der Test zum ersten Mal an einer repräsentativen Stichprobe von 660 Personen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren in der BRD und West-Berlin standardisiert (BECKMANN UND RICHTER, 1972). 1975 fand eine Neustandardisierung an 1601 Personen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren statt, zusätzlich wurde eine Standardisierung der Fremdbilder mit 400 Personen durchgeführt. Die bisher letzte Neustandardisierung fand 1989 statt.

Die verschiedenen Items sind im Originalfragebogen mit der Skalierung 3-2-1-0-1-2-3 gewichtet (Likert Skala) und werden beim Auswerten auf eine lineare Skalierung transferiert. Die Rohwerte der ersten fünf Skalen entstehen durch eine Faktorenanalyse, der entsprechende Wert der sechsten Skala wird aus einzelnen Items, die mit dem sozialen Status der Befragten korrelieren, zusammengesetzt.

Die Test-Retest-Korrelation der 40 Items beträgt $r=0.30$ nach 6 Wochen. Die mittlere Test-Retest-Korrelation des Testprofils beträgt $r=0.56$ mit großer Streuung, die durch die zeitvariablen Eigenschaften zustande kommt. Die eigentlichen Standardskalen besitzen eine Test-Retest-Korrelation von 0.72. (BECKMANN ET AL, 1991).

3.4.2 Testdurchführung

Der Test selbst enthält eine Anweisung für den Gebrauch. Der jeweiligen ProbandIn werden die Testbögen gegeben mit dem Hinweis, sich die Anleitung selbst durchzulesen und daraufhin den Test zu bearbeiten. Sie kreuzt die Fragen alleine an, es sollten keine Hilfestellungen gegeben werden. Es können Selbst- und Fremdbilder ausgefüllt werden.

3.4.3 Auswertungsmethoden

Das Ziel ist die Erstellung eines schematischen Profils durch Benutzung aller 40 Einzelitems. Bei Gruppenprofilen wird jedes Item gegenüber den zugehörigen Normwerten gestellt (t-Test). Es gibt Items, die eine Neigung zur Unpolarität besitzen (Item 2,9,23,28,30,33 und 40). Bei der Interpretation ist immer eine Gegenüberstellung der Standardskalen erforderlich und die einzelnen Items sollten auf ihre positiven und negativen Zusammenhänge hin überprüft werden. Fehlankreuzungen können sichtbar werden durch verschiedenartige Ankreuzungen in zueinander passenden Items. Wichtig ist es bei der Einzelauswertung nach gleichsinnigen und konträren Items aus derselben Skala zu schauen, denn diese können einen Konflikt aufzeigen. Eine Ankreuzung steht dann auf der Seite des abgewehrten Impulses oder Affektes, die andere ist die Abwehr selbst. Zur Individualdiagnostik werden die einzelnen Items in Kombination mit anderen Testverfahren interpretiert und kombiniert. Außer für dieses Ziel kann der Gießen-Test auch für Interaktionen und Gruppendiagnostik durch Analyse der Mittelwertsprofile verwendet werden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass durch Mittelwerte von extremen Skalierungen charakteristische Merkmale verwischt werden können. Es ist eine starke Verschiebung durch extreme Einzelpersonen möglich. Tabellen über signifikant von der Norm abweichende Mittelwerte bei einzelnen Items geben interessante Aufschlüsse über generelle psychische Merkmale des untersuchten Kollektivs, darüber hinaus auch über bestimmte Konflikte und Formen der Konfliktabwehr.

3.4.4 Kritik

Zeitweise wurde gefordert, dass der Testbogen für das Ich-Ideal umformuliert werden müsse, da der vorangestellte Satz: „Wie ich gerne sein möchte“ nicht ausreichen würde. Ein Vergleich beider Erhebungsformen zeigte aber, dass eine Umformulierung aller Items keinen Gewinn bringt, da beide Formen hoch miteinander korrelieren (BÖCKENFÖRDE ET AL. 1974). Es wurde die Empfehlung einer allgemeinen vorangestellten Anweisung gegeben. Nach FREILING (1976) sind bei gesunden Personen zwi-

schen der Darstellung „wie ich sein möchte“ und „wie ich sein muss“ kaum relevante Differenzen sichtbar. Außerdem scheinen die Dissonanzen zwischen Selbst und dem Ideal bei nicht klinischen Gruppen unter Frauen ausgeprägter zu sein als bei Männern. WOLF (1976) fand jedoch diese Kongruenz bei klinischen Gruppen nicht durchgehend. Das ideale Selbst lässt sich im wesentlichen auf allgemeine Sozialstereotypen zurückführen. Daher erfasst eine Verringerung der Distanz beider Bilder den Grad der Anpassung des Selbstbildes an allgemeine soziale Normen. Ideale Selbstbilder sind unabhängig vom Geschlecht und Alter (BEYER 1975, DIECKING, STRUPOWSKI 1976). In einer weiteren Untersuchung konnte gezeigt werden, dass Idealbilder über einen großen Zeitraum (vier Jahre) und während einer Analyse konstant bleiben (RUNZHEIME 1972, LEISTER 1976). Dagegen zeigte BECKMANN (1973), dass durch Gruppen ein Einfluss auf individuelle Idealbilder über Gruppennormen ausgeübt wird. Die Dimensionen des Testes sind stichprobenabhängig. Der Test ist standardisiert für Neurotiker, für andere Patientengruppen müssten neue Itemverknüpfungen geschaffen werden. Die Merkmale einer Personengruppe werden um so weniger erfasst je weiter diese Gruppe von den Neurotikern entfernt ist, da jeder Wert auf die für Neurotiker vorgegebene und entwickelte Dimension projiziert wird.

3.5 Depressivitäts - Skala von Zerssen (D-S')

In über 16 Fragen zum seelischen Befinden wird die allgemeine Stimmungslage der Testpersonen eingeschätzt. Der Test ist in Form einer Selbstbeurteilungsskala aufgebaut. Er umfasst Stimmungslage, Unruhe, Schlaf, Spannung, Selbstmordtendenzen, Unruhe und Denkfähigkeit. Die Ergebnisse sind individuell, aber auch für Gruppenvergleiche zu benutzen. Statistische Vergleichswerte stammen aus dem Programm Ravensdorf, Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (vgl. v. ZERSSEN UND KÖLLER, 1976 S. 20-22). Der Mittelwert für Gesunde liegt bei 7.09 ± 5.47 und für depressive Patienten ist ein Wert von 21.85 ± 9.93 ermittelt. Der Testbogen ist im Anhang aufgeführt.

3.6 Hamilton Depressions - Skala (HAMD)

Der Test erfasst das seelische Gleichgewicht und die Stimmung der Testperson. Es handelt sich um eine Fremdbeurteilungsskala. Sie besteht aus 21 Items, zu jedem Item ist die Einschätzung des Schweregrades des erfragten Sachverhaltes anhand einer Skalierung möglich. Stichproben bei unipolaren und bipolaren PatientInnen während der Krankheitsphase ergaben Mittelwerte zwischen 38,16 und 19,5. Bei stationären, somatisch erkrankten Patienten hingegen Mittelwerte zwischen 14,16 und

18,16 (vgl. HAMILTON, 1986). Die Skala ist im Anhang aufgeführt.

3.7 Halbstandardisiertes Interview

Hiermit können die Daten aus den idiografischen und standardisierten Tests durch qualitative Informationen aus der Biographie untermauert und ergänzt werden. Vier große Bereiche werden abgedeckt:

- Sozialer, beruflicher und familiärer Status
- Krankheitsdaten
- Kindheit und Familie
- Augenblickliche Situation

Der Großteil des Interviews wird anhand halbstrukturierter Fragen durchgeführt. Es bleibt Raum für unstrukturierte Fragen, die häufig als Einleitung in einen Themenbereich dienen. Sie geben der Testperson einen weiten Raum zur Beantwortung. Nicht vollständig geklärte Fragen können durch gezieltes Nachfragen nachträglich vervollständigt werden.

4. Eigene Untersuchung

Der Erhebungszeitraum lag zwischen 1992 und Anfang 1996. Untersucht wurden acht Patienten und drei Patientinnen, die zuvor von einem von dem Untersuchungsteam unabhängigen Arzt die klinische Diagnose einer unipolaren Manie zugeordnet bekommen hatten. Voraussetzung waren manische Episoden in der Anamnese. Die Zuordnung der PatientInnen erfolgte auf der Grundlage von ICD-10 Kriterien. Die untersuchten PatientInnen fielen unter F 31.8. Bis auf einen Patienten waren alle mehrere Male wegen manischer Episoden stationär behandelt worden. Wegen einer depressiven Episode war bei keinem der PatientInnen bisher eine stationäre Aufnahme zu verzeichnen. Das Alter lag zwischen 24 und 57 Jahren. Eine Lithiumtherapie stellte kein Ausschlusskriterium dar.

Um der prämorbidem Persönlichkeit möglichst nahe zu kommen, wurde die Untersuchung im „symptomfreien Intervall“ durchgeführt. Voraussetzung war die Abwesenheit produktiver oder manischer Symptomatik oder depressiver Nachschwankungen. Dieser Gruppe wurde eine Kontrollgruppe von somatisch erkrankten PatientInnen der orthopädischen Abteilung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main gegenübergestellt. In der Kontrollgruppe wurden insgesamt 72 Testpersonen untersucht, 32

davon mit der Repertory Grid-Technik. Im Ergebnisteil der Gruppenauswertung ist die Kontrollgruppe nach Alter und Geschlecht gematcht. Die Teilnehmer der Studie für die Gruppe der Maniker wurden aufgrund der sehr seltenen Diagnose aus verschiedenen Kliniken rekrutiert. Nachfolgend eine Auflistung aller beteiligten Kliniken:

- Zentrum der Psychiatrie der Johann Wolfgang Goethe-Universität,
- Psychiatrische Kliniken des Universitätsklinikums Gießen,
- Psychiatrische Kliniken des Universitätsklinikums Marburg
- Psychiatrisches Krankenhaus Weilmünster,
- Psychiatrisches Krankenhaus Koepfern,
- Psychiatrisches Krankenhaus Herborn,
- Psychiatrisches Krankenhaus Hadamar,
- Psychiatrisches Krankenhaus Philipppshospital Riedstadt,
- Burghof Klinik Bad Nauheim
- Orthopädische Universitätsklinik Stiftung Friedrichshaim Frankfurt am Main

Das Interview wurde aus methodischen Gründen an das Ende der Befragung oder auf einen zweiten Untersuchungstermin gelegt. Die Repertory Grid-Technik sollte ohne eine vorangehende andere Untersuchung durchgeführt werden. Zur möglichst objektiven Beantwortung wurde nach einer kurzen Pause der Gießen-Test angeschlossen und zuletzt das halbstandardisierte Interview durchgeführt.

4.1 Repertory Grid-Technik

4.1.1 Erhebung

Bei jeder Testperson wurde einmalig ein Grid erhoben. Als ersten Schritt sollten die ProbandInnen ihnen wichtige Bezugspersonen aufzählen. Erst später wurde auf die vorgegebenen Personen verwiesen, wenn diese von den PatientInnen spontan nicht genannt wurden. Gleichzeitig wurde an dieser Stelle darüber gesprochen, warum bestimmte Personen eventuell nicht genannt worden waren. Im Testverlauf vorgegeben waren die drei Selbstelemente zur Erfassung der Selbstrepräsentanzen, das Selbst („Ich, wie ich bin“), das Ideal-Selbst („Ich, wie ich sein möchte“) und der Selbstanteil, der die Kontrollrepräsentanz erfasst („Ich, wie ich sein muß“). Dieser Selbstanteil wird im weiteren Verlauf auch normatives Selbst genannt. Außerdem wurde das phasenspezifische Selbst erfragt („Ich in der Manie“) und das Selbst mit schlechter Laune. Als Rollenbilder waren „Ich, wie mich die Mutter und der Vater sehen“, ent-

halten. Als Fremdbilder wurde nach Mutter, Vater und Partner/in gefragt. Das Bild des Partners/Partnerin konnte mit dem gegenwärtigen Beziehungspartner gefüllt werden oder mit aus der Vergangenheit sehr wichtigen Partnern. Zwei Rollenbilder konnten vom Patienten selbst besetzt werden: „Eine Person, von der ich mich besonders gut verstanden fühle“ und „eine Person, von der ich mich besonders schlecht verstanden fühle“. Drei Elemente konnte die PatientIn außerdem mit Personen seiner Wahl besetzen. Die Elementengewinnung geschah im Rahmen eines Gesprächs.

Nach diesem ersten Testschritt wurden mit der Triadenmethode Konstrukte mit Pol und Gegenpol erarbeitet. Es wurde nach dem Vorbild der „Minimum Context Form“ nach KELLY (1955) vorgegangen. Die ersten Triaden waren vorgegeben und wurden jeweils mit dem Selbst, dem Ideal-Selbst und dem „Ich, wie ich sein muß“ mit dem Vater- und Mutterbild gebildet. Die übrigen elf Triaden wurden einmalig per Zufallsprinzip zusammengesetzt und die Zufallszahlen wurden in allen weiteren Tests benutzt. Der Testperson wurden die Elemente der Triade gereicht und sie entwickelte damit ein Konstrukt nach dem Prinzip „überlegen Sie sich bitte, welche zwei von diesen drei Personen einander ähnlich sind und aufgrund welcher Charaktereigenschaft die zwei Personen sich in dieser Eigenschaft von der dritten Person unterscheiden“. Schritt für Schritt wurden so 14 Konstruktpaare entwickelt.

Die erarbeiteten Elemente und Konstruktpaare wurden in das Grid eingetragen. Nun sollten die PatientInnen als letzten Schritt die vorher gewählten Elemente anhand der entwickelten Konstrukte einstufen. Die Skala umfasst die Werte von eins bis sechs, absichtlich wurde die Zahlenreihe ohne einen Mittelwert gewählt. Auf diese Art und Weise wurde ein Gitter mit 14 Konstrukten und 15 Elementen und deren Skalierung erarbeitet.

4.1.2 Auswertung (Hauptkomponentenanalyse)

Mit INGRID 72 wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, mit deren Hilfe die einzelnen PatientInnen und deren Konstruktsystem im zweidimensionalen Raum dargestellt werden können. Zum Gruppenvergleich werden die Elementabstände zwischen den Selbstelementen und den Objekten und die Varianzaufklärungen herangezogen. Ein Element mit prozentual hoher Varianz wird differenzierter gesehen als ein für die ProbandIn eher indifferentes Element mit niedriger Varianzaufklärung. Nach ERNST (1995) liegt der Indifferenzbereich, unterhalb dessen ein Element keine Bedeutung mehr für das Konstruktsystem besitzt, bei ca. 6,7%. In der vorliegenden Untersuchung beansprucht das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ einen Großteil der Gesamtvarianz, so dass wir den von ERNST vor-

geschlagenen Indifferenzbereich auf 5% absenkten (vgl. HÄRTLING, 1999).

Außerdem werden die Selbst-Identitätsgrafiken und die entwickelten Diagnosen miteinander verglichen (vgl. Methodik Teil).

4.1.3 Operationalisierung des Selbstwertgefühls mit Hilfe des Abstandes zwischen Selbst und Ideal-Selbst

In Anlehnung an HEWSTONE ET AL (1981) und BARTHOLOMEW (1990) wird das Selbstwertgefühl durch den Abstand zwischen Selbst und Ideal-Selbst dargestellt. Eine Ähnlichkeit zwischen beiden Elementen drückt ein hohes Selbstwertgefühl aus und eine große Distanz zwischen beiden Selbstelementen ein niedriges Selbstwertgefühl.

Hohes Selbstwertgefühl	Abstand Selbst Ideal-Selbst 0 bis 0.5
Durchschnittliches Selbstwertgefühl	Abstand Selbst Ideal-Selbst 0.5 bis 1.0
Niedriges Selbstwertgefühl	Abstand Selbst Ideal-Selbst > 1.0

4.1.4 Operationalisierung von Objektbeziehungen mit Hilfe der Distanzen zu wichtigen Bezugspersonen

In Anlehnung an die Arbeit von BARTHOLOMEW (1990) wird auch in dieser Arbeit angenommen, dass alle Distanzen zwischen den Elementen, die kleiner 0.7 und größer 1.3 sind, als auffällig zu bewerten sind. Außerdem wird der von MAKLOUF-NORRIS UND NORRIS (1972) eingeführte Indifferenzbereich beibehalten, so dass alle Elemente zwischen 0.8 und 1.2 als indifferent gelten und damit nicht auszuwerten sind. Diese Elemente werden weder als ähnlich noch als unähnlich gesehen und sind damit unbedeutend für die Selbstidentität.

4.2 Gießen-Test

4.2.1 Erhebung

Nach einer kurzen Pause wurde der Gießen-Test durchgeführt. Es wurden die drei Selbstbilder erfragt. Die Fremdbilder konnten aufgrund der begrenzten Zeit und der mit der fortschreitenden Untersuchung abnehmenden Konzentration nicht mehr in diesem Rahmen durchgeführt werden. Die TeilnehmerInnen bekamen die Testbögen zur Beantwortung mit nach Hause und sendeten diese zurück. Ihnen war erklärt worden, dass sie die Testbögen alleine und selbständig ohne Rat anderer ausfüllen mussten.

4.2.2 Auswertung

Mit Hilfe des Gießen-Tests wird ein Vergleich der drei Selbstbilder untereinander, der Vergleich der für das Selbstwertgefühl und die Stimmung wichtigen Skalen mit der Kontrollgruppe und ein Vergleich zwischen Selbst- und Elternbildern durchgeführt. Aufgrund der geringen Fallzahl wird dieser Vergleich mit Mittelwerten und Standardabweichungen verdeutlicht. Als prägnant wird immer ein Unterschied bezeichnet, wenn er mehr als eine Standardabweichung beträgt. Es wird nur auf die Unterschiede eingegangen, die prägnant waren.

4.3 Halbstandardisiertes Interview (IVB)

Das Interview wurde am Ende des Untersuchungstermins oder an einem unabhängigen Termin durchgeführt. Es bestand aus drei Teilen mit Fragen zur Sozialanamnese, anamnestischen Daten, Fragen zur Krankheitsgeschichte und biographischen Daten einschließlich Kindheit und Familie. Zusätzlich füllten die Teilnehmer Rating-Skalen zu Partnerschaft, Beruf und Lebensgestaltung aus (Interview Bogen siehe Anhang).

Besonderheiten werden deskriptiv im Ergebnisteil und in den Einzelfällen dargestellt.

4.4 Begleituntersuchung

4.4.1 Depressionsskala von Zerssen (D-S‘) und Hamilton Depressionsskala (HAMD)

Die Depressionsskala (D-S‘) gibt eine Selbsteinschätzung wieder. Sie dient zur Abklärung affektiver Nachschwankungen und wurde bei allen affektiven Gruppen innerhalb der POD-Studie standardmäßig ausgefüllt. Entsprechend wurde der HAMD als Fremdbeurteilung geführt.

4.5 Fragestellung und Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit sollen Persönlichkeitsdimensionen von manisch erkrankten PatientInnen im Intervall untersucht und denen der Kontrollgruppe gegenübergestellt werden. Es stellt sich die Frage, ob diese PatientInnen auch im symptomfreien Intervall Charaktereigenschaften zeigen, die sich von der somatisch erkrankten Kontrollgruppe unterscheiden. Neben dem Gießen-Test als standardisiertem Persönlichkeitsinventar wird in dieser Arbeit die Repertory Grid-Technik als idiographisches Verfahren eingesetzt. Aufgrund der kleinen Fallzahl wird in der vorliegenden Arbeit eine Gruppenauswertung mit einzelfallorientierter Darstellung der PatientInnen und einer Zusammenfassung der Ergebnisse anhand eines hypothesengenerierenden Ansatzes kombiniert.

Folgende Fragen sind relevant im Hinblick auf diese Arbeit.

- Besitzen unipolar manische PatientInnen im symptomfreien Intervall ein höheres Selbstwertgefühl und mehr Anteile des „Typus manicus“ (v.ZERSSSEN, 1990) und lassen sich diese Vermutungen mit dem idiografischen Verfahren der Repertory Grid-Technik und dem standardisierten Verfahren des Gießen-Testes darstellen?
- Sind die für das Selbstkonzept wichtigen Objektbeziehungen in der psychiatrischen Gruppe eher problematisch als in der Kontrollgruppe?
- Kann die vermutete größere Nähe der Selbstidentität der psychiatrischen ProbandInnen zum Vater mit Hilfe beider Testverfahren dargestellt werden?

4.5.1 Hypothesen zum Selbstwertgefühl

Hypothese 1: Beide untersuchten Kollektive besitzen ein differenziertes (unauffälliges) Konstruktsystem.

1 A: In der Hauptkomponentenanalyse der Repertory Grid-Technik wird eine gleichmäßige Verteilung auf die ersten zwei Hauptkomponenten erwartet, als Ausdruck eines differenzierten Konstruktsystems. Eine Fokussierung auf die erste Komponente würde für ein eingegengtes Konstruktsystem sprechen, das bei depressiven Personen vorkommen kann. Das Ergebnis sollte dem Ergebnis aus der somatischen Kontrollgruppe entsprechen.

Operationalisiert wird diese Hypothese durch die Varianzverteilung der ersten drei Hauptkomponenten.

Hypothese 2: Die Selbstelemente sind für Selbstidentität in der manischen Gruppe wichtig.

2 A: In der Aufteilung der Varianzprozente nehmen das Selbst, das Selbst-Ideal, das normative Selbst und das phasenspezifische Selbst einen hohen Prozentsatz ein, da diese für die Selbstidentität wichtig sind.

2 B: Vater und Mutter sollten in den Prozenträngen nach diesen Selbstelementen kommen, da sie zu den wichtigsten Personen zählen.

Operationalisiert wird diese Hypothese durch die Varianzverteilung innerhalb der Elemente.

Hypothese 3: Höheres Selbstwertgefühl als Ausdruck des „Typus manicus“ und der hypomanischen Grundstimmung

3 A: Der Abstand des Selbst zum Ideal-Selbst sollte als Ausdruck des höheren Selbstwertgefühls geringer als bei der Kontrollgruppe sein. Die vermutete hypomanische Grundstimmung spiegelt sich in einem erhöhten Selbstwertgefühl wider.

Operationalisiert wird diese Hypothese durch die Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst. Distanzen von $< 0,8$ entsprechen einem hohem Selbstwertgefühl. Für ein geringes Selbstwertgefühl sprechen Distanzen von $> 1,2$.

3 B: Als Ausdruck einer hohen Selbstzufriedenheit tritt bei den Manikern die Diagnose Selbst/Ideal-Selbst Konvergenz in den SIOG Diagnosen häufiger und die Diagnose Selbst/Ideal-Selbst Divergenz seltener auf als bei der Kontrollgruppe.

3 C: Im Gießen-Test wird in der Gruppe der Maniker eine größere Übereinstimmung zwischen Selbst und Ideal-Selbst zu finden sein.

3 D: Höheres Selbstwertgefühl der psychiatrischen Gruppe wird verdeutlicht durch die Skalen 1, 3 und 6 im Gießen-Test. Sie selbst sehen sich durch ihr höheres Selbstwertgefühl als sozial resonanter (Gießen-Test, Skala 1), sozial potenter (Gießen-Test, Skala 6) und halten sich für unterkontrollierter (Gießen-Test, Skala 3).

3 E: Hypomanischere Grundstimmung der psychiatrischen Gruppe im Gießen-Test

wird verdeutlicht durch die Skala 4 (Grundstimmung). Die Stimmung der manischen PatientInnen ist in Richtung Hypomanie verschoben, subdepressive Züge kommen nicht vor.

Hypothese 4: Geringere Beachtung gesellschaftlicher Normen als Ausdruck des „Typus manicus“

4 A: Es wird erwartet, dass der Abstand zwischen dem Ideal-Selbst und dem normativen Selbst, als Ausdruck einer geringeren Beachtung von gesellschaftlichen Konventionen, größer ist als bei der Kontrollgruppe.

Operationalisiert wird dies durch die Distanz zwischen dem Ideal-Selbst und dem normativen Selbst. Distanzen von $< 0,8$ sind auffällig klein und $> 1,2$ auffällig groß und durch die Verteilung des normativen Selbst in der SIOG. Es wird erwartet, dass in der Kontrollgruppe das normative Selbst häufiger in den Quadranten drei und vier zu finden ist als bei den Manikern.

4 B: Größere Differenz zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst im Gießen-Test in der psychiatrischen Gruppe als in der Kontrollgruppe.

4.5. Hypothesen zu den Objektbeziehungen unipolar manischer PatientInnen

Hypothese 5: Der Vater besitzt für manisch Erkrankte eine große Bedeutung

5 A: Es wird erwartet, dass der Vater in der Konstruktwelt der Maniker eine große Bedeutung einnimmt (Varianzwert des Elementes Vater in der Repertory Grid-Technik).

Hypothese 6: Vermehrt problematische Objektbeziehungen

6 A: Es zeigen sich vermehrt problematische Objektbeziehungen zu den Eltern. Es wird angenommen, dass bei manischen PatientInnen konfliktreiche Beziehungen vorliegen (sehr große ($>1,3$) und sehr kleine ($<0,7$) Distanzen vom Selbst bzw. Ideal-Selbst zu den Elementen Vater und Mutter in der Repertory Grid-Technik).

Hypothese 7: Größere Nähe zum Vater als zur Mutter

7 A: Ausgehend von der Annahme, dass sich die später manisch erkrankten PatientInnen in ihrer Kindheit am Vater orientierten (vgl. MENTZOS, 1995) und diesen idealisierten, werden geringere Distanzen zwischen dem Vater und dem Selbst und Ideal-Selbst als zur Mutter erwartet (entsprechend den dargestellten psychodynamischen Theorien, nach denen die relative Stabilität infolge eines väterlichen Über-Ich Introjektes das Auftreten der Manie erst ermöglicht. Dies steht im Gegensatz zur unipolaren Depression, bei der ein „mütterliches Über-Ich Introjekt“ vermutet wird).

7 B: Es wird ferner angenommen, dass in der SIOG die Väter der manischen Patienten vermehrt im rechten unteren (Q_4) und linken unteren (Q_3) Quadranten konstruiert

werden als Zeichen einer Idealisierung oder einer idealisierten Abhängigkeit.

7 C: Im Gießen-Test wird eine größere Übereinstimmung des Selbst, des Ideal-Selbst und des normativen Selbst mit dem Bild des Vaters im Vergleich mit dem Mutterbild erwartet. Bei der somatischen Kontrollgruppe wird eine größere Distanz zwischen den Selbstelementen und dem Bild des Vaters erwartet.

Die Hypothesen sollen anhand der Gruppenauswertungen mit prozentualen Verteilungen und Mittelwerten überprüft und abgeglichen werden. Da in der vorliegenden Arbeit aufgrund der geringen Fallzahl nicht von signifikanten Unterschieden gesprochen werden kann, werden prägnante Unterschiede betont. Prägnant bedeutet in diesem Fall Unterschiede, die größer als eine Standardabweichung sind.

5. Ergebnisse

5.1 ProbandInnen und Stichprobenbeschreibung

Zwischen 1992 und 1996 wurden elf PatientInnen mit bipolarer Störung überwiegend manischer Verlaufsform interviewt. Die diagnostische Zuordnung erfolgte nach ICD 10 Kriterien (F 31.8). Insgesamt nahmen acht männliche Patienten und drei weibliche Patientinnen teil. Das Alter lag zwischen 24 und 57 Jahren, der Mittelwert war 39,6 Jahren.

Für die Kontrollgruppe wurden insgesamt 73 orthopädische PatientInnen in der orthopädischen Universitätsklinik, Stiftung Friedrichshaim in Frankfurt am Main untersucht. Diese Gruppe wurde nach Alter und Geschlecht selektiert. Da nicht genügend Testpersonen alle relevanten Testverfahren vorgelegt bekommen hatten, wurde die Kontrollgruppe auf die doppelte Größe der Patientenstichprobe erweitert (sechs weibliche und 16 männliche Personen). Der Altersmittelwert der orthopädischen Kontrollgruppe betrug 40,1 Jahre, er unterscheidet sich nicht signifikant von dem Alter der psychiatrischen Probanden. Das durchschnittliche Alter der Frauen aus der psychiatrischen war 43,7, aus der orthopädischen Gruppe ist 45,8 Jahre. Das durchschnittliche Alter der Männer aus der psychiatrischen Gruppe war mit 38,0 und mit 37,94 aus der Vergleichsgruppe gering jünger als das der Frauen. Bei keinem der ProbandInnen aus der Kontrollgruppe war bis zum Untersuchungszeitpunkt eine psychiatrische Erkrankung oder der Verdacht darauf diagnostiziert worden.

5.2 Ergebnisse des Interviews

5.2.1 Sozialer, beruflicher und familiärer Status

Im Folgenden werden die soziodemographischen Daten des halbstandardisierten Interviews beschrieben und auffällige Unterschiede zwischen der psychiatrischen und der Vergleichsgruppe hervorgehoben. Eine tabellarische Aufstellung der wichtigen Daten ist im Anhang aufgeführt.

In der Gruppe der unipolaren Maniker ist ein größerer Anteil (45,5%) als in der somatischen Kontrollgruppe (27,3%) ledig. Der Prozentsatz der verheirateten Personen ist mit 36,4% in beiden untersuchten Gruppen gleich. Die Anzahl der geschiedenen Personen ist unter den Manikern (18,2%) gegenüber der Kontrollgruppe (9,1%) höher (vgl. Tabelle 84). Der verwitwete, geschiedene oder wiederverheiratete Stand kommt unter den Kontrollpersonen jeweils einmal vor, in der psychiatrischen Gruppe nicht.

Der Anteil der alleine Lebenden ist in der psychiatrischen Gruppe höher (27,3%) als in der orthopädischen (18,2%). Ebenso leben mehr psychiatrische PatientInnen bei einem der Elternteile (27,3%), in der Kontrollgruppe trifft dies auf keinen zu. Der Anteil der mit (Ehe)PartnerIn lebenden ist in der orthopädischen Gruppe mit 63,6% viel höher als in der psychiatrischen (vgl. Tab. 87).

Auffallend ist der hohe Anteil der Maniker, die in einem peripher gelegenen Dorf wohnen (45,5%). Bei der Kontrollgruppe wohnt ein ähnlich großer Anteil in einem Dorf im Ballungsraum (36,4%) (vgl. Tabelle 86). Die Anteile der in Groß-, Mittel- und Kleinstadt Lebenden sind in beiden Gruppen ausgeglichen.

Hinsichtlich der schulischen Ausbildung ist in der Gruppe der ManikerInnen der Anteil der Real- und Abiturabschlüsse größer. Der Hauptschulabschluss bildet den größten Anteil in der somatischen Gruppe (54,4% gegenüber 27,3%). Der Anteil der Hochschulabschlüsse ist mit 18,2% in der psychiatrischen Gruppe höher als in der orthopädischen (9,1%) (vgl. Tabelle 88).

Der berufliche Status zeigt außer dem höheren Anteil an ungelernten ArbeiterInnen (18,2%) und dem geringeren Anteil an Facharbeiterinnen (27,3%) in der Gruppe der orthopädisch Erkrankten keine deutliche Unterschiede im Gegensatz zu den psychiatrisch Erkrankten. In der psychiatrischen Gruppe sind kein ungelernter Arbeiter und 45,5% Facharbeiter (vgl. Tabelle 89). Der große Anteil Berufstätiger (90,9%) in der Gruppe der Maniker ist auffällig. Nur 68,5% der Kontrollgruppe sind berufstätig (vgl. Tab. 90). Alle aus der Gruppe der affektiv Erkrankten haben das Gefühl, eine verantwortungsvolle Tätigkeit auszuüben (vgl. Tab. 91) und 90,9% gefällt ihr Beruf (vgl. Tab. 92). Der entsprechende Anteil in der Kontrollgruppe ist wesentlich geringer (84,9% und 86,3%).

5.2.2 Krankheitsdaten der manisch Erkrankten

Die durchschnittliche Krankheitsdauer der manisch Erkrankten beträgt $11,36 \pm 9,3$ Jahre (vgl. Tab. 99). Das mittlere Alter bei Erstmanifestation liegt bei 28 ± 11 Jahren (vgl. Tab. 100). Die Ergebnisse entsprechen den Angaben in der Literatur (vgl. TÖLLE, 1991 und FAUST, 1997). Im Mittel waren die PatientInnen ca. fünfmal in stationärer Behandlung (vgl. Tab. 101). Ungefähr die Hälfte war oder ist in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Tab. 102). Zehn PatientInnen wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung medikamentös behandelt. Sechs Personen nahmen zur Phasenprophylaxe regelmäßig Lithium, einer nur zeitweise. Zusätzlich nahmen zwei ein atypisches Neuroleptikum (Leponex^R), ein Patient das Psychopharmaka Zotepin

(Nipolept^R) und eine Patientin ein Thyreostatikum. Nur einer der Patienten nahm eine Dreierkombination aus einem Neuroleptikum (Melleril^R), einem Antiepileptikum (Tegretal^R) und einem trizyklischen Antidepressivum (Sinquan^R) (vgl. Tab. 104) ein.

54% der ManikerInnen geben seelische Belastungen vor der Erstmanifestation an, nur eine Person körperliche Belastungen und zwei Personen soziale Belastungen. Vier PatientInnen (36%) erinnern sich an eine Veränderung in ihrer Familie und fünf (45%) an eine Veränderung an ihrem Arbeitsplatz kurz vor Beginn der manischen Erkrankung (vgl. Tabellen 107/108). Bei der Kontrollgruppe hingegen gibt nur ein ganz geringer Teil der PatientInnen seelische oder soziale Belastungen vor der Erstkrankung an (vgl. Tab. 107/108).

Drei Personen (27%) aus der Gruppe der ManikerInnen geben an, dass in der Verwandtschaft ersten Grades affektive Psychosen vorkamen. Bei 73% kamen keine psychischen Erkrankungen in der Verwandtschaft ersten Grades vor. Unter ferneren Verwandten trat in einem Fall eine nicht psychotische Auffälligkeit auf.

5.2.3 Kindheit und Familie

In diesen Fragekomplex geht der soziale Status und das affektive Klima des Elternhauses ein.

Die Mehrzahl der Mütter der psychiatrischen PatientInnen waren Hausfrauen (50%), drei Mütter waren Facharbeiterinnen (30%). Eine ähnliche Strukturierung zeigt sich in der Kontrollgruppe (vgl. Tab. 113). Der Beruf der Väter verteilt sich in beiden Gruppen ähnlich auf die Berufszweige (vgl. Tabelle 114).

Unter den manisch Erkrankten war der Großteil bei den eigenen Eltern aufgewachsen. Nur eine Patientin (3041) gibt an vom 6.-13. Lebensjahr in einem Internat aufgewachsen zu sein. Ein Patient (3072) heiratete mit dem achtzehnten Lebensjahr und gründete einen eigenen Hausstand. Von der Kontrollgruppe waren sieben Personen während ihrer gesamten Kindheit und Jugend bei den Eltern aufgewachsen, zwei Personen hatten einen Teil der Jugend bei der Mutter gelebt. Als weitere Betreuungsperson wurde einmal die Großmutter und viermal sonstige Personen genannt.

Der Anteil der Einzelkinder ist in der psychiatrischen Gruppe höher (Maniker 18,2%, kein Einzelkind in der Kontrollgruppe). Dagegen hat ein Großteil der orthopädischen Patienten zwei Geschwister (54,6%), nur 27,3% der Maniker haben zwei Geschwister. Die sonstige Geschwisteranzahl ist in beiden Gruppen ähnlich (vgl. Tab. 115).

Die mittlere Position in der Geschwisterreihe ist die häufigste unter den psychotisch Erkrankten (vgl. Tab. 116).

Auf die Frage „wie erlebten Sie ihr Elternhaus“ antworteten die manischen PatientInnen sehr verschieden. In einer Bewertungsskala von sehr gut bis ungenügend zeigt sich ein gemischtes Bild (vgl. Tabelle 118). Zur Begründung wurden von den manischen PatientInnen sehr persönliche emotionale Gründe aufgeführt, die sich nicht in die vorgegebenen Kategorien einordnen lassen. Sie zählten hierzu bei einer guten Einschätzung des Elternhauses viel Verständnis durch die Eltern, Liebe, Zuneigung, Geborgenheit und viel Raum für Freizeit. Als Gründe für eine schlechte Atmosphäre im Elternhaus wurden eine große Distanz zu den Eltern und starke Ichbezogenheit der Eltern genannt.

Von den psychiatrischen ProbandInnen wurde auf die Frage nach positiven Vorbildern der Vater, die Großmutter, Lehrer und sonstige Personen genannt (vgl. Tab. 119). Von der Kontrollgruppe wurde der Vater als positives Vorbild sehr viel häufiger genannt (36,4%) und die Mutter einmal. Als negatives Vorbild wurde von den manisch Erkrankten zweimal die Mutter und einmal die Großmutter genannt (vgl. Tab. 120). Eine Patientin nannte ihre Mutter traditionell und sehr fleißig, dieser Maxime mochte sie selbst nicht folgen. Ein anderer Patient sah sich als Sohn eher dem Vater zugeneigt und seine Schwester der Mutter, das impliziert für ihn, dass er nicht diese weiblichen Eigenschaften haben möchte. Die Kontrollgruppe nannte zweimal den Vater, einmal beide Eltern und Geschwister als negatives Vorbild. Dreimal bzw. viermal waren sonstige Personen bzw. kein negatives Vorbild von dieser Gruppe angegeben.

Das Antwortverhalten auf die Frage nach emotionaler Bindung in der Kindheit ist bei den manisch Erkrankten auffällig. Seltener werden die Mütter, Väter und beide Eltern als nächste Bezugspersonen genannt. Hingegen öfters Großeltern und Geschwister (vgl. Tabelle 121).

Zwei der manischen PatientInnen berichteten über eine schwere somatische Erkrankung bis zum 21. Lebensjahr.

5.2.4 Aktuelle soziale Situation

Anhand der Fragen zur aktuellen sozialen Situation zeigt sich eine große Bedeutung der eigenen Familie und der Gesundheit (vgl. Tab. 127). In der Frage nach der emotional am nächsten stehende Person ist die Nennung des Vaters in der Gruppe der manisch Erkrankten auffällig. Zwei männliche Patienten nannten ihn als nahestehende Person. Keiner der ProbandInnen aus der Kontrollgruppe nannte den Vater als eine für ihn nahestehende Person. Die Mutter wurde aus der Gruppe der psychiatrischen Patienten einmal als nahestehende Person genannt, von der Kontrollgruppe

nicht. Der/die PartnerIn wurde in beiden Gruppen fast in der Hälfte der Fälle genannt (vgl. Tab. 127).

In der Partnerschaft sind die manischen PatientInnen zufrieden (vgl. Tab. 128). Die Mehrzahl schätzte ihre Stimmung als gut und ausgeglichen ein (vgl. Tab. 129).

5.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse des Interviews

In der psychiatrischen Gruppe gab es zum Untersuchungszeitraum mehr alleinstehende und alleinlebende Personen als in der Vergleichsgruppe. Die Schul- und Berufsausbildung ist in der Gruppe der affektiv Erkrankten höher qualifiziert als in der somatischen Kontrollgruppe. Insgesamt sind mehr Personen aus dem psychiatrischen Kollektiv berufstätig.

Vor der Erstmanifestation ihrer Erkrankung gaben die affektiv Erkrankten seelische und soziale, die somatisch Erkrankten körperliche Belastungen an.

Der Bildungsstand der Eltern ist in beiden Gruppen ähnlich. Aus der psychiatrischen Gruppe war der größere Anteil in der Kernfamilie aufgewachsen. In der Vergleichsgruppe spielten Großeltern und allein erziehende Mütter eine größere Rolle. Manisch Erkrankte sind vermehrt Einzelkinder und die mittlere Geschwisterposition ist die häufigste. Die ProbandInnen nannten seltener als die Kontrollgruppe die Mutter als eine zentrale Bezugsperson in ihrer Kindheit und Jugend. Dagegen nannten aus heutiger Sicht zwei der elf manischen PatientInnen den Vater als nächste Bezugsperson. Diese Nennung kam in der Kontrollgruppe nicht vor.

5.3. Depressionsskala von Zerssen

	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
	MM (n=11)		KG (n=46)	
Skala 1	1,27	1,10	0,87	0,81
Skala 2	0,27	0,47	0,63	0,83
Skala 3	0,27	0,47	0,35	0,74
Skala 4	0,27	0,47	0,48	0,55
Skala 5	0,18	0,41	0,54	0,69
Skala 6	0,36	0,51	0,37	0,74
Skala 7	0,55	0,69	1,07	0,95
Skala 8	0,18	0,41	0,41	0,58
Skala 9	0,36	0,51	0,67	0,85
Skala 10	0,36	0,67	0,57	0,69
Skala 11	0,00	0,00	0,02	0,15
Skala 12	0,46	0,52	0,50	0,59
Skala 13	0,46	0,69	0,22	0,55
Skala 14	1,00	1,41	1,22	1,25
Skala 15	0,18	0,41	0,13	0,50
Skala 16	0,36	0,67	0,17	0,38
Gesamt- wert	6,55	4,78	8,22	4,10

Tabelle 2: Depressionsskala von Zerssen

Die Tabelle stellt die Einzelskalen und die Gesamtwerte der statistischen Auswertung dar. Die Normwerte der Kontrollgruppe entsprechen den Normwerten für Gesunde. Der Gesamtwert für die unipolar manischen PatientInnen liegt leicht unter den Werten der Kontrollgruppe und denen für Gesunde. Es ist damit ausgeschlossen, dass bei den PatientInnen eine depressive Nachschwankung vorlag, die die anderen Testergebnisse beeinflusst hätte (vgl. Tabelle 2).

5.4. Hamilton Depressionsskala (HAMD)

5.4.1 Deskriptivstatistische Kennwerte des Gesamtwertes

	MM	KG
	Mittelwert	Mittelwert
Gesamtwert	2,73 ± 3.10	3,50 ± 2,13

Tabelle 3: Hamilton Depressionsskala

Auch mit der Hamilton Depressionsskala können depressive Nachschwankungen ausgeschlossen werden (vgl. Tabelle 3).

5.5. Ergebnisse des Repertory Grid

5.5.1 Varianzprozent der drei Hauptkomponenten

Faktoren (Mittelwerte)	Maniker	Kontrollgruppe
Faktor 1	49,45 (\pm 14,25)	44,84 (\pm 2,71)
Faktor 2	21,97 (\pm 8,06)	20,99 (\pm 5,14)
Faktor 3	10,45 (\pm 3,50)	11,92 (\pm 3,50)

Tabelle 4: Varianzprozent der drei Hauptkomponenten

Die Gruppe der manisch Erkrankten besitzt, gemessen an der Varianzaufklärung, ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem. Der erste Faktor klärt wenig mehr der Gesamtvarianz auf, als dies bei der Kontrollgruppe der Fall ist. Die Standardabweichung kommt durch den extrem hohen ersten Faktor eines Patienten zustande, der eine Aufklärung von 80% des ersten Faktors besitzt (vgl. Tabelle 4).

5.5.2 Varianzprozent der Elemente

	Maniker	Kontrollgruppe
Selbst	6,66 \pm 4,58	5,07 \pm 2,27
Ideal-Selbst	7,98 \pm 6,63	6,76 \pm 3,24
Ich, wie ich sein muss	4,05 \pm 2,39	5,43 \pm 3,00
Mutter	6,96 \pm 3,78	7,49 \pm 3,14
Vater	5,13 \pm 4,39	6,66 \pm 3,78
Partner/in	5,65 \pm 4,49	6,57 \pm 2,12
Ich, wenn es mir schlecht geht	15,19 \pm 8,49	12,45 \pm 6,03
Ich in der Manie / Ich, wenn es mir gut geht	18,17 \pm 9,74	4,69 \pm 3,31

Tabelle 5: Varianzprozent der Elemente

In der Gruppe der Maniker nimmt das Selbst und das Ideal-Selbst gering mehr Varianzprozent und das normative Selbst gering weniger ein als in der Vergleichsgruppe. Mutter, Vater und PartnerIn besitzen in der Gruppe der Maniker einen geringfügig kleineren Mittelwert als in der Kontrollgruppe. Das phasenspezifische Selbst der affektiv Erkrankten klärt mit 18% einen großen Anteil an der Gesamtvarianz auf und das „Ich, wenn es mir schlecht geht“ besitzt in dieser Gruppe deutlich mehr Varianzprozent als in dem Kontrollkollektiv (vgl. Tabelle 5).

5.5.3 Mittlere Distanzen zwischen Selbst, Ideal-Selbst als Maß für das Selbstwertgefühl

	Maniker	Kontrollgruppe
Distanz Selbst - Ideal-Selbst	0,69 ± 0,19	0,84 ± 0,34
Distanz Selbst - Normatives Selbst	0,75 ± 0,29	0,80 ± 0,29
Distanz Ideal-Selbst - Normatives Selbst	0,62 ± 0,21	0,55 ± 0,21

Tabelle 6: Distanz zwischen den Selbstbildern

Die Gruppe der Maniker weist bei einer kleineren Standardabweichung eine geringere Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst auf. Sie hat ein höheres Selbstwertgefühl als die Vergleichsgruppe. Die Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst ist in der psychiatrischen Gruppe gering kleiner und die Distanz zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst gering größer (vgl. Tab. 6).

5.5.4 Kombination hohes Selbstwertgefühl und Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz

ManikerInnen	Selbstwertgefühl	Selbst-IdealSelbst-Konvergenz
3031	durchschnittlich (0,57)	ja
3061	durchschnittlich (0,52)	ja
3072	hoch (0,46)	ja
3112	durchschnittlich (0,79)	ja

Tabelle 7: Selbstwertgefühl und Selbst-IdealSelbst-Konvergenz (Maniker)

Nur ein Patient zeigt die Kombination aus hohem Selbstwertgefühl (Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst zwischen 0 und 0,5) und Selbst-IdealSelbst-Konvergenz (vgl. Tabelle 7).

Kontrollgruppe	Selbstwertgefühl	Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz
7012	hoch (0,46)	ja
7102	hoch (0,45)	ja
7202	hoch (0,39)	ja
7282	hoch (0,43)	ja

Tabelle 8: Selbstwertgefühl und Selbst Ideal-Selbst Konvergenz (Kontrollgruppe)

Vier Probanden aus diesem Kollektiv zeigen einzeln betrachtet ein hohes Selbstwertgefühl und alle haben gleichzeitig eine Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz.

5.5.5 Mittlere Distanzen zu den Objekten

Distanz zwischen Selbst und Objekten

Distanz	Maniker	Kontrollgruppe
Selbst – Mutter	1,04±0,29	0,96±0,20
Selbst – Vater	0,93±0,43	0,91±0,33
Selbst – Partner/in	0,92±0,34	1,00±0,27

Tabelle 9: Distanzen des Selbst zu den Objekten

Die Distanz zur Mutter ist bei der psychiatrischen Gruppe größer als bei der orthopädischen Kontrollgruppe. Die Distanz zum Vater ist in beiden Gruppen ähnlich groß. Die Distanz zum Vater ist bei dem affektiv erkrankten Kollektiv kleiner als die zur Mutter. Der Abstand zum Partner/in ist bei den psychiatrischen Patienten der kleinste Abstand, bei den orthopädischen der größte (vgl. Tabelle 9).

Distanzen zwischen Ideal-Selbst und Objekten

Distanz	Maniker	Kontrollgruppe
Ideal-Selbst – Mutter	1,02±0,30	1,07±0,36
Ideal-Selbst – Vater	0,91±0,49	0,98±0,28
Ideal-Selbst – Partner/in	0,93±0,39	0,88±0,31

Tabelle 10: Distanzen des Ideal-Selbst zu den Objekten

Die Distanzen zwischen Ideal-Selbst und den Elementen Mutter, Vater und Partner/in unterscheiden sich zwischen den untersuchten Kollektiven nicht deutlich. Der Mittelwert der Distanz zur Mutter zeigt in beiden Fällen eine wahrgenommene Unähnlichkeit). Der Mittelwert der Distanz zu Vater und Partner/in ergibt einen mittleren Abstand (vgl. BARTHOLOMEW, 1990). Auffällig ist, dass in der psychiatrischen Gruppe die Distanz zwischen Ideal-Selbst und Vater die kleinste ist, während in der somatischen Gruppe dies der Abstand zwischen Ideal-Selbst und Partner/in ist. (vgl. Tabelle 10).

5.5.6 Auffällige Objektbeziehungen

Nahe dem Selbst

	Maniker	Kontrollgruppe
Mutter	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Vater	1 (9,1%)	3 (27,3%)
Partner/in	0	1 (9,1%)

Tabelle 11: Objektbeziehungen nahe dem Selbst

Große Entfernung zum Selbst

	Maniker	Kontrollgruppe
Mutter	2 (18,2%)	1 (9,1%)
Vater	3 (27,3%)	1 (9,1%)
Partner/in	1 (9,1%)	2 (18,2%)

Tabelle 12: Objektbeziehungen mit großer Entfernung zum Selbst

Nahe am Ideal

	Maniker	Kontrollgruppe
Mutter	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Vater	5 (45,5%)	1 (9,1%)
Partner/in	4 (36,4%)	1 (9,1%)

Tabelle 13: Objektbeziehungen nahe am Ideal-Selbst

Große Entfernung zum Ideal-Selbst

	Maniker	Kontrollgruppe
Mutter	2 (18,2%)	4 (36,4%)
Vater	4 (36,4%)	1 (9,1%)
Partner/in	2 (18,2%)	0

Tabelle 14: Große Entfernung zum Selbst

Die Personen aus der Gruppe der manisch Erkrankten konstruieren ihr Selbst und Ideal-Selbst entfernter von den Elternbildern als die Kontrollgruppe. Einer der Maniker sieht das eigene Ideal nahe an der Person des Vaters; er idealisiert den Vater, sieht ihn aber nicht nahe seinem Selbst. Ähnlich stellt sich die Nähe vom Ideal-Selbst zum Partner dar. Mehr affektiv Erkrankte konstruieren ihr Selbst auffällig nahe am Partner. Keiner aus dieser Gruppe konstruiert dagegen sein Ideal-Selbst nahe am Partner. In der somatischen Kontrollgruppe gibt es 36,4% auffällig nahe Distanzen zwischen Ideal-Selbst und Partner (vgl. Tabelle 13). Eine auffällig große Entfernung vom Ideal-Selbst zum Vater zeigen 36,4% der psychiatrischen PatientInnen, der gleiche Prozentsatz der Kontrollgruppe zeigt eine auffällige große Entfernung vom Ideal-Selbst zur Mutter.

5.5.7 Selbst-Identitäts-Objekt-Graphen

SIOG Normatives Selbst

	MM	KG
Q 1	1 (9,1%)	0
Q 2	0	0
Q 3	6 (54,5%)	4 (36,4%)
Q 4	0	0
Indifferenzbereich	4 (36,4%)	7 (63,7%)
Gesamt	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 15: SIOG normatives Selbst

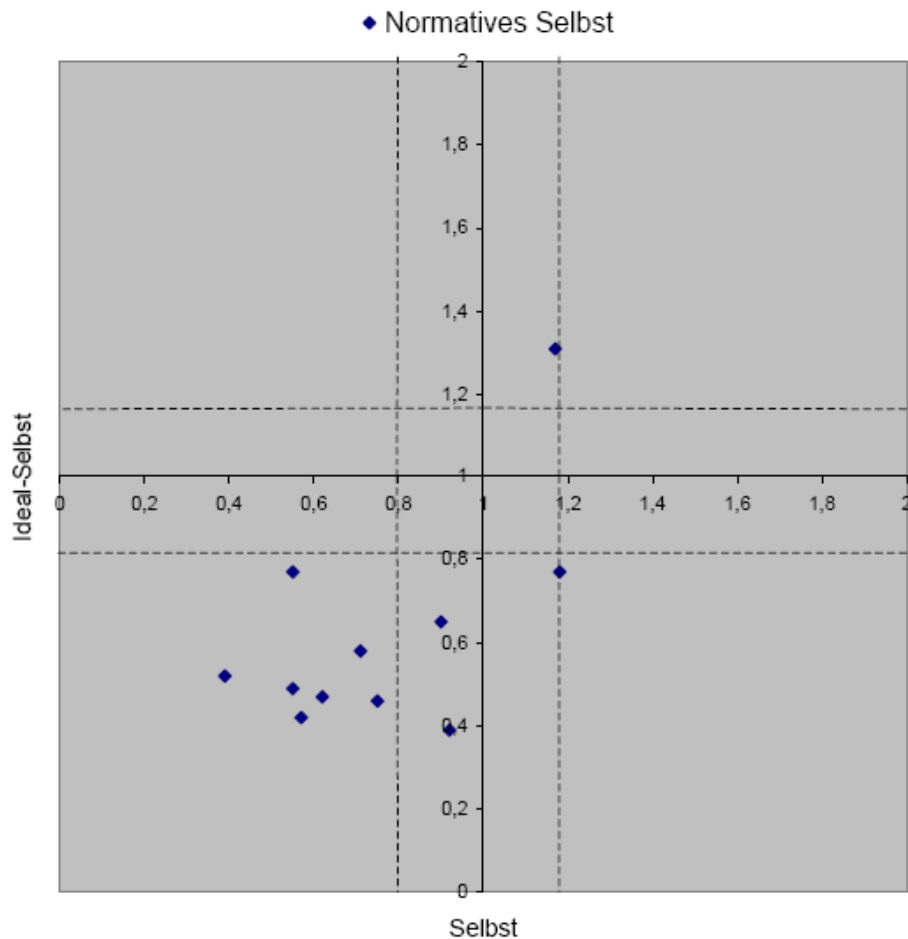


Abbildung 8: SIOG normatives Selbst

Einer aus der Gruppe der Maniker sieht das normative Selbst dem Selbst nahe und gleichzeitig dem Ideal fern. Der weitaus größte Teil konstruiert das normative Selbst beiden anderen Selbstanteilen nahe, dieser Anteil ist größer als bei der Kontrollgruppe, bei der der größte Anteil in den Indifferenzbereich fällt (vgl. Tabelle 15 und Abbildung 8).

SIOG Mutter

	MM	KG
Q 1	0	0
Q 2	2 (18,2%)	1 (9,1%)
Q 3	1 (9,1%)	0
Q 4	0	0
Indifferenzbereich	8 (72,7%)	10 (81,8%)
gesamt	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 16: SIOG Mutter

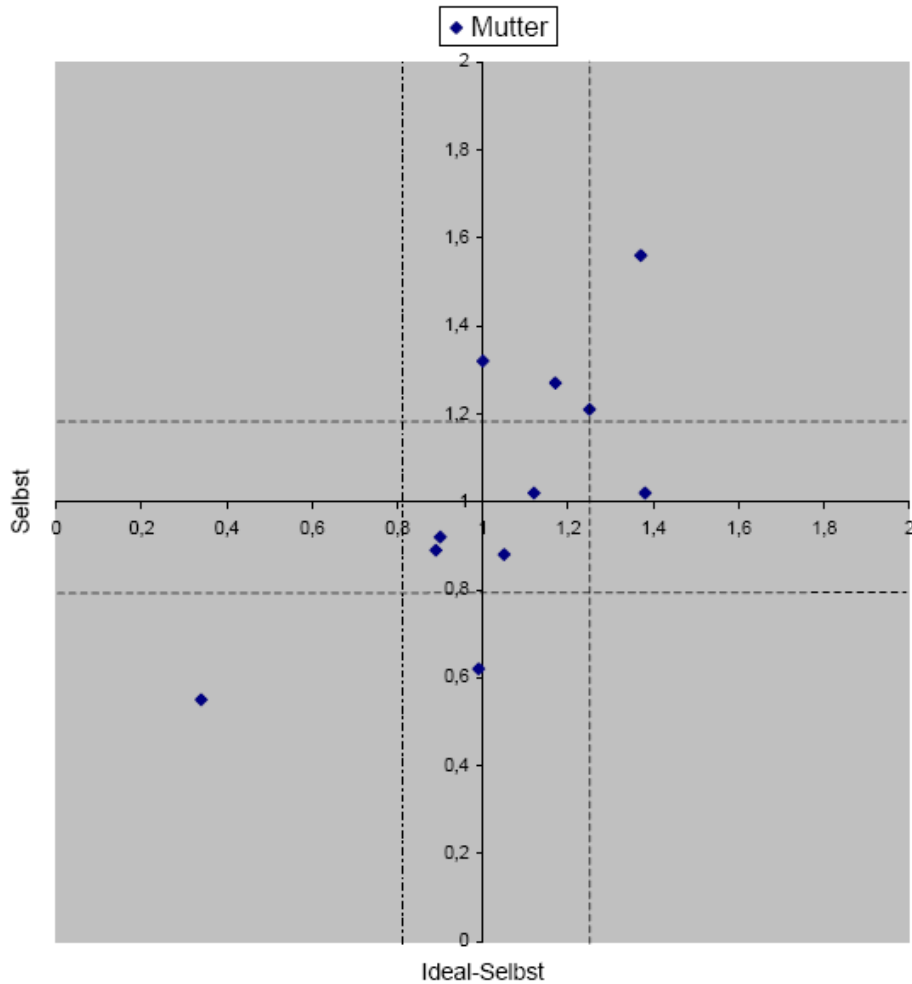


Abbildung 9: SIOG Mutter

18,2% der manischen PatientInnen konstruiert das Bild der Mutter beiden Selbstelementen fern, aus der Kontrollgruppe konstruiert nur 9,1% die Mutter beiden Selbstelementen fern. Eine Person sieht ihre Mutter beiden Selbstelementen nahe, aus der Kontrollgruppe keiner. Der Anteil der Elemente Mutter, die im Indifferenzbereich liegen ist in der somatischen Gruppe wesentlich höher (vgl. Tabelle 16 und Abbildung 9).

SIOG Vater

	MM	KG
Q 1	1 (9,1%)	0
Q 2	3 (27,3%)	1 (9,1%)
Q 3	3 (27,3%)	2 (18,2%)
Q 4	1 (9,1%)	0
Indifferenzbereich	4 (36,4%)	8 (72,7%)
Gesamt	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 17: SIOG Vater

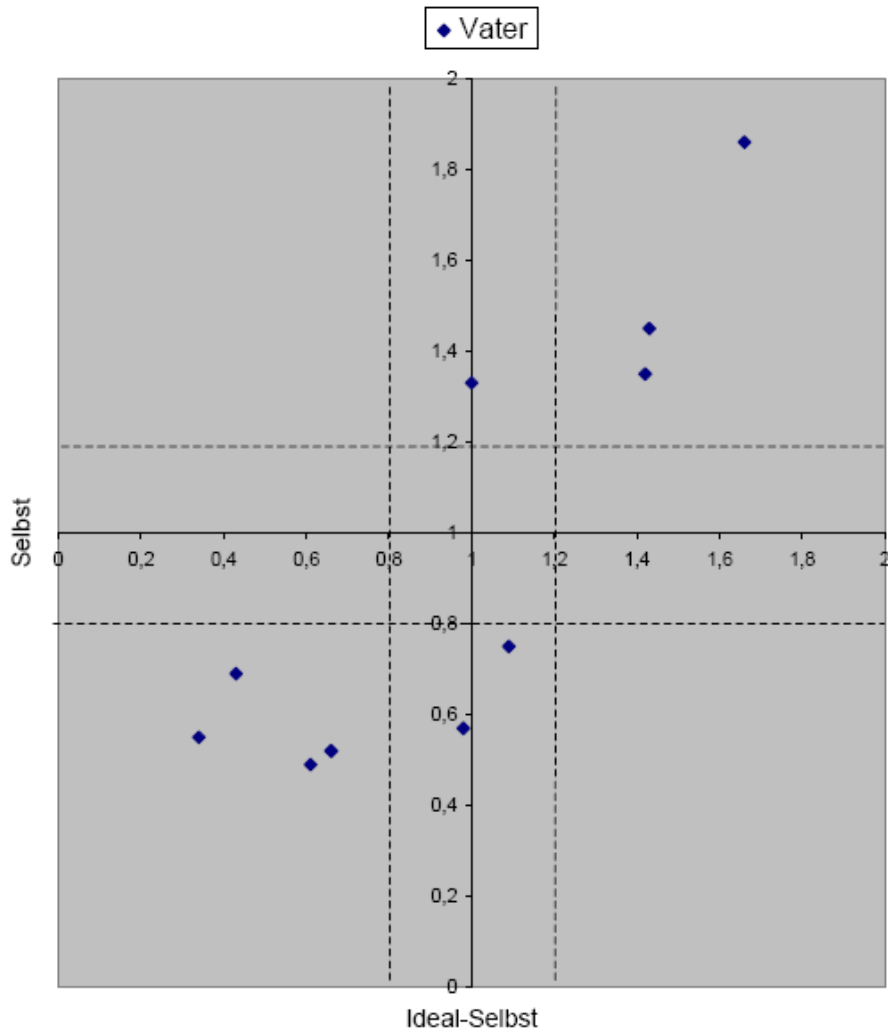


Abbildung 10: SIOG Vater

Ein großer Anteil der affektiv Erkrankten (54,6%) konstruiert das Bild des Vaters entweder beiden Selbstelementen nahe oder beiden Selbstelementen fern. Dieser Anteil ist zugunsten des Indifferenzbereichs in der orthopädischen Vergleichsgruppe wesentlich kleiner (vgl. Tabelle 17 und Abbildung 10).

SIOG Phasenspezifisches Selbst

	MM	KG
Q 1	0	0
Q 2	5 (45,5%)	0
Q 3	0	8 (72,7%)
Q 4	0	0
Indifferenzbereich	6 (54,5%)	3 (27,3%)
Gesamt	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 18: SIOG Phasenspezifisches Selbst

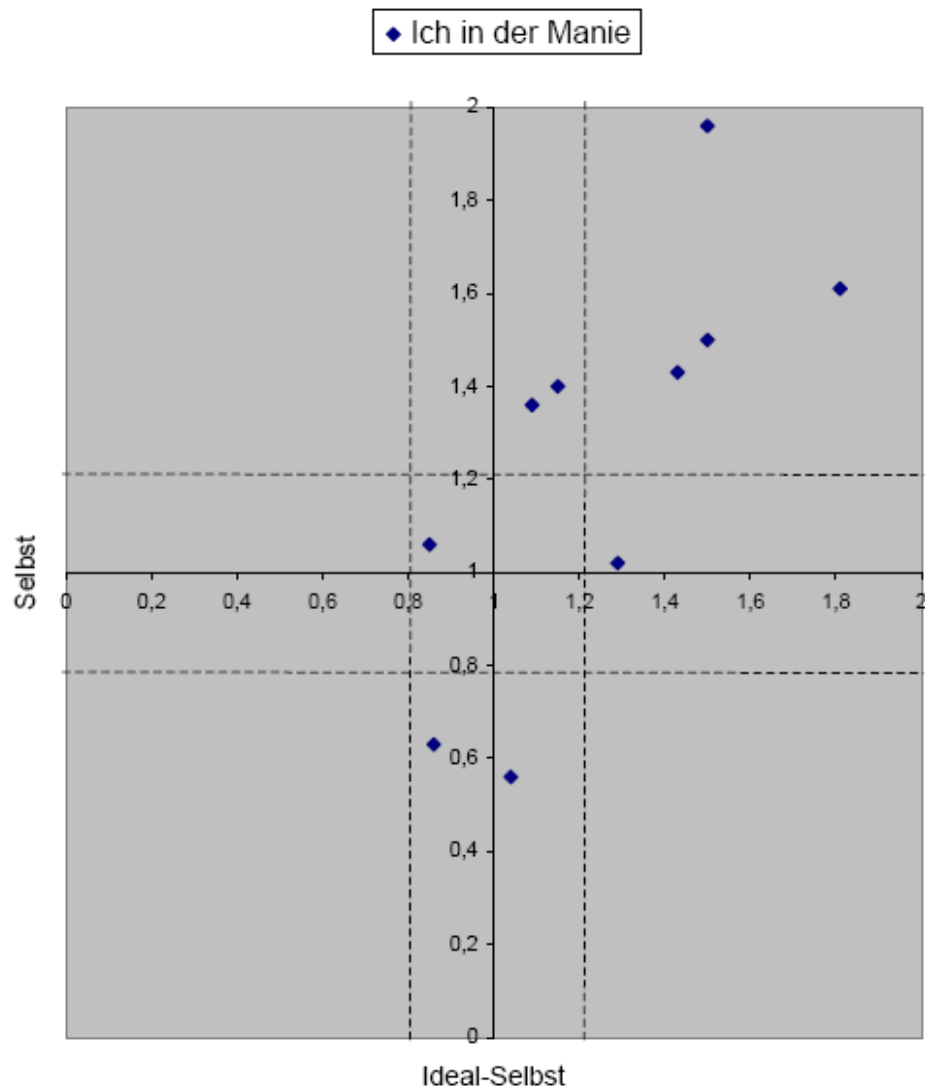


Abbildung 11: SIOG „Ich in der Manie“

Das phasenspezifische Selbst wird als dem Selbst und Ideal weit entfernt definiert oder es liegt, ohne die Möglichkeit einer Interpretation, im Indifferenzbereich. Bei der somatischen Kontrollgruppe liegt die Mehrzahl im dritten Quadranten, dem Selbst und Ideal nahe (vgl. Tabelle 18 und Abbildung 11).

5.5.8 Diagnosen

Fallnummer	Selbst Isolation	Ideal-Selbst Isolation	Soziale Entfremdung	Selbst Ideal-Selbst Divergenz	Selbst Ideal-Selbst Konvergenz
3012	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3022	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3031	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
3041	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3052	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3061	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
3072	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
3082	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3092	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3102	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3112	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja

Tabelle 19: Einzeldiagnosen

Wie in der Tabelle 20 dargestellt, wird bei zwei Manikern eine Selbst Isolation, bei einer Patientin eine Ideal-Selbst Isolation und bei zwei Personen eine soziale Entfremdung festgestellt. Eine Selbst Ideal-Selbst Divergenz zeigt keine der elf untersuchten Personen. Aber vier der elf PatientInnen weisen eine Selbst Ideal-Selbst Konvergenz auf.

Sieben PatientInnen zeigen weder eine Selbst Ideal-Selbst Divergenz, noch eine Selbst Ideal-Selbst Konvergenz und sind nach der Definition von NORRIS UND JONES (1971) als „selbst-integriert“ zu bezeichnen.

Bei einer Patientin ist Selbst Isolation kombiniert mit Ideal-Selbst Isolation, sozialer Entfremdung und Selbst Ideal-Selbst Konvergenz. Sie kann nach dem Vorschlag von BARTHOLOMEW (1990, S. 168) als „splendid isolated“ bezeichnet werden. Die Person sieht sich und ihr Ideal als allen anderen unähnlich und gleichzeitig sind das Selbst und das Ideal-Selbst sehr nahe beieinander. Ein weiterer Patient zeigt diese Kombination (vgl. Tabelle 19). Diese zwei Personen zeigen auch als einzige des untersuchten Kollektivs verschiedene Isolationsformen. Zwei Personen können als „selbstzufrieden“ definiert werden. Sie zeigen eine Selbst - Ideal-Selbst - Konvergenz ohne Isolationsformen.

	MM	KG
Selbst Isolation	2 (18,2%)	2 (18,2%)
Ideal-Selbst Isolation	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Soziale Entfremdung	2 (18,2%)	3 (27,3%)
Selbst Ideal-Selbst Divergenz	0	0
Selbst Ideal-Selbst Konvergenz	4 (36,4%)	4 (36,4%)

Tabelle 20: Diagnosen

In der somatischen Kontrollgruppe ist die Verteilung auf die verschiedenen Isolationsformen, Divergenz und Konvergenz fast identisch. Bei keinem der ProbandInnen aus der somatischen Kontrollgruppe trifft die Diagnose „splendid isolated“ zu. Drei Personen können als selbstzufrieden bezeichnet werden.

5.5.9 Zusammenfassung der Ergebnisse der Repertory Grid-Technik

Differenziertheit des Konstruktsystems

Es zeigt sich bei den manisch Erkrankten ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem, das durch die Verteilung auf die ersten zwei Hauptkomponenten in der Repertory Grid-Technik deutlich wird. Die somatische Kontrollgruppe besitzt im Mittelwert ebenfalls ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem. Der erste Faktor klärt in der psychiatrischen Gruppe mehr der Gesamtvarianz auf.

Selbstwertproblematik

Das Selbst und das Ideal-Selbst der psychiatrischen PatientInnen klären einen höheren Prozentsatz der Gesamtvarianz als diese beiden Selbstelemente der orthopädischen ProbandInnen auf. Das normative Selbst der manisch Erkrankten hat dagegen einen geringeren Anteil an der Gesamtvarianz als das normative Selbst der orthopädisch Erkrankten.

Die Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst bei den psychiatrischen ProbandInnen stellt mit 0,69 ein hohes Selbstwertgefühl dar und ist prägnant kleiner als diese Distanz in der Kontrollgruppe. Die mittlere Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst unterscheiden sich nur wenig. Der mittlere Abstand zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst ist erwartungsgemäß in der psychiatrischen Gruppe größer.

Entgegen der Hypothese kommt die Selbst Ideal-Selbst Konvergenz in beiden Gruppen gleich häufig vor. In beiden Kollektiven zeigt sich keine Selbst Ideal-Selbst Divergenz.

Es wurde als Ausdruck einer größeren Beachtung von gesellschaftlichen Normen eine größere Anzahl der normativen Selbst' in der SIOG im 2. und 3. Quadranten bei der Kontrollgruppe erwartet. Dies ist nicht eingetroffen. Mehr der manischen Patien-

tInnen konstruieren ihr normatives Selbst im 3. Quadranten als die orthopädischen PatientInnen. Die Kontrollgruppe zeigt einen größeren Anteil dieses Elementes im Indifferenzbereich.

Objektbeziehungen

Die Elemente Vater und Mutter in der psychiatrischen Gruppe klären, anders als erwartet, weniger der Gesamtvarianz auf als in der somatischen Kontrollgruppe.

Die mittlere Distanz zwischen Selbst und Eltern ist in beiden untersuchten Kollektiven ähnlich. Dagegen sind die mittleren Distanzen zwischen dem Ideal-Selbst und den Eltern in der manischen Gruppe wenig kleiner als in der somatischen Kontrollgruppe. Die Distanz zwischen Ideal-Selbst und Vater ist die kleinste Distanz in der psychiatrischen Gruppe (bezogen auf die Distanzen zum Ideal-Selbst). In der orthopädischen Gruppe ist dies die Distanz zwischen Ideal-Selbst und Partner/in. Die mittlere Distanz zwischen Selbst und Partner/in ist bei der manischen Krankheitsgruppe die kleinste Distanz unter den betrachteten Objektbeziehungen zum Selbst, bei der orthopädischen Gruppe ist dies die Distanz zwischen Selbst und Vater.

Die Distanz zwischen Selbst und Vater ist in 45,5% in der psychiatrischen Gruppe auffällig groß (Kontrollgruppe (18,2%). Eine auffällige Nähe zu Mutter und Vater konstruieren jeweils nur 9,1% der affektiv Erkrankten. Mehr aus der Gruppe der affektiv Erkrankten konstruieren das Element Vater im 3. und 4. Quadranten. Allerdings zeigt sich auch ein hoher Anteil im 2. Quadranten (Abgrenzung).

Das Element Partner/in zeigt in beiden untersuchten Kollektiven keine hohe Varianzaufklärung, in der psychiatrischen Gruppe ist die Varianzaufklärung dieses Elementes noch geringer als in der somatischen Gruppe. Die mittlere Distanz vom Selbst zum Element Partner/in ist unauffällig, diese ist aber in der psychiatrischen Gruppe die kleinste der untersuchten Objektbeziehungen, in der orthopädischen die größte.

Krankheitserleben

Das phasenspezifische Selbst klärt in der psychiatrischen Gruppe die meiste Varianz auf. Das phasenspezifische Selbst unterscheidet sich durch hohe Varianzprozentage von dem „Ich, wenn es mir gut geht“ der orthopädischen Patienten. Die mittlere Distanz vom Selbst und Ideal-Selbst zum phasenspezifischen Selbst ist sehr groß. In der SIOG „Ich in der Manie“ wird das phasenspezifische Selbst von beiden Selbstanteilen entfernt im 2. Quadranten konstruiert.

5.6 Gießen-Test

5.6.1 Unterschiede des Selbstkonzeptes (Selbst, Ideal-Selbst und normatives Selbst) zwischen beiden untersuchten Kollektiven

	Selbst (Maniker) n=11	Ideal- Selbst (Maniker) n=11	Normati- ves Selbst (Maniker) n=11	Selbst (KG) n=17	Ideal- Selbst (KG) n=17	Normatives Selbst (KG) n=17
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Soziale Reso- nanz	29,55 ± 3,8	30,09 ± 4,2	29,82 ± 6,5	28,00 ± 3,9	32,41 ± 4,1	28,73 ± 4,2
Dominanz	26,18 ± 2,7	25,82 ± 6,1	28,36 ± 2,2	25,88 ± 5,3	26,24 ± 4,0	24,27 ± 3,4
Kontrolle	25,73 ± 4,8	26,00 ± 4,0	25,91 ± 4,9	25,47 ± 5,6	26,18 ± 4,3	25,55 ± 4,3
Grundstim- mung	24,91 ± 3,2	19,27 ± 4,4	23,64 ± 5,2	20,35 ± 3,7	17,94 ± 6,0	20,45 ± 3,0
Durchlässigkeit	21,27 ± 4,6	19,09 ± 5,5	18,82 ± 3,7	22,29 ± 5,5	17,94 ± 3,7	19,09 ± 4,7
Soziale Potenz	21,27 ± 3,7	18,00 ± 4,6	17,18 ± 4,1	19,24 ± 4,8	15,41 ± 5,2	17,91 ± 3,0

Tabelle 21: Idealbild und normatives Selbst im Gießen-Test

GT-Profilblatt Selbstbilder

Psychiatrisches Kollektiv

GT-Profilblatt

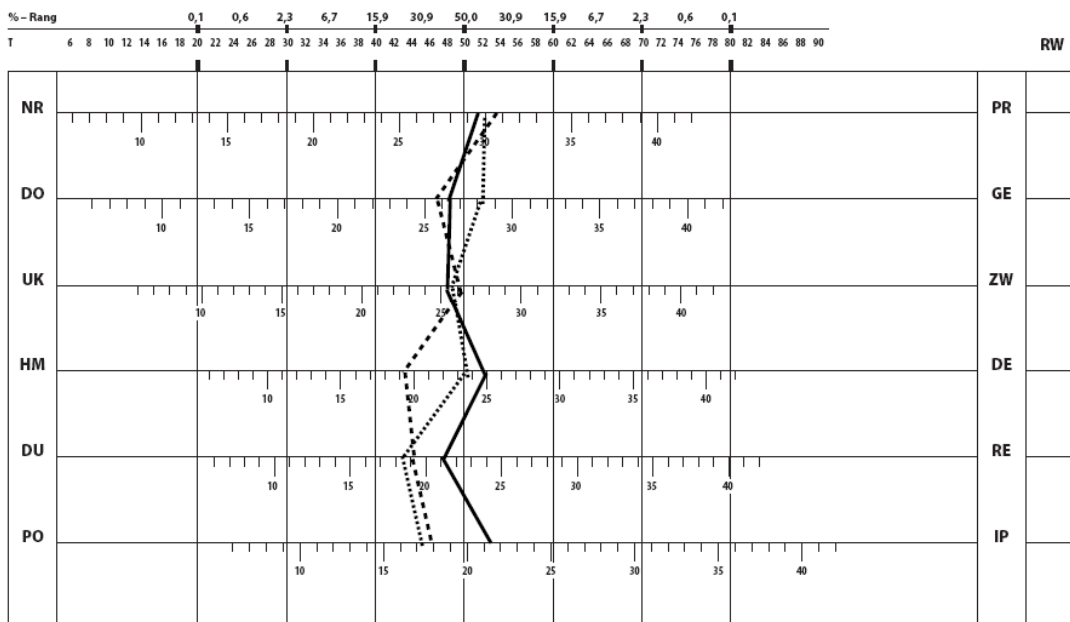


Abbildung 12a: Selbst-, Idealbild und normatives Selbst der Maniker

— Selbst - - - Ideal-Selbst normatives Selbst

GT-Profilblatt Selbstbilder

Kontrollgruppe

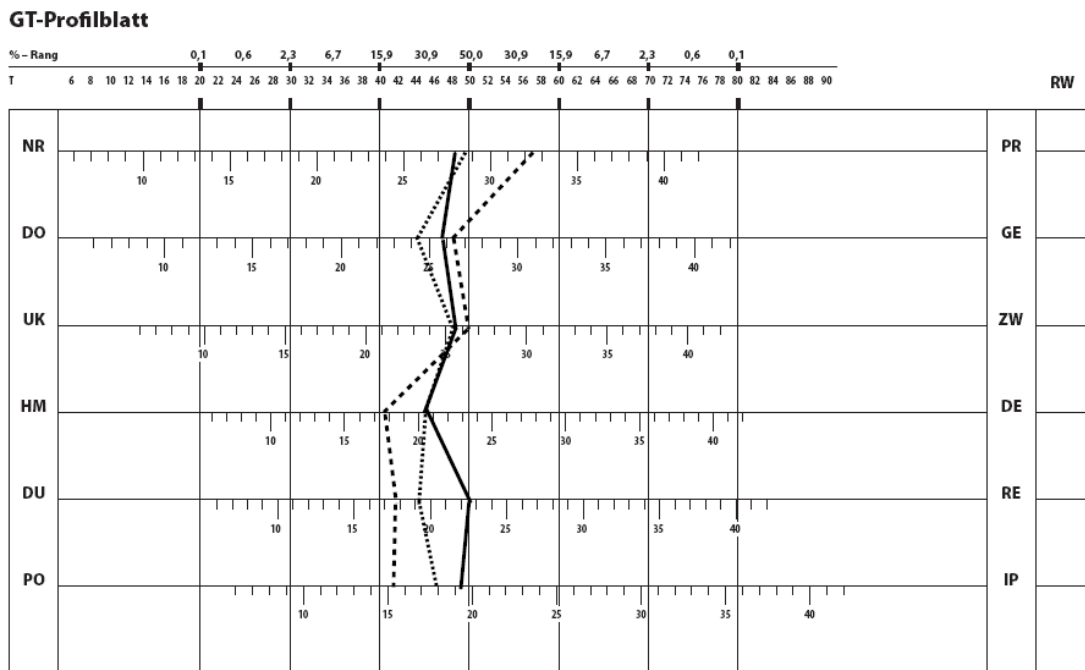


Abbildung 12 b: Selbst-, Idealbild und normatives Selbst der Kontrollgruppe

— Selbst - - - Ideal-Selbst normatives Selbst

Bei dem Vergleich des Selbstbildes mit dem Idealbild in beiden Gruppen deutet sich eine größere Übereinstimmung der beiden Selbstbilder in der psychiatrischen Gruppe an. Es zeigt sich in beiden Kollektiven einmal ein prägnanter Unterschied, in der somatischen Gruppe sind insgesamt mehr Skalen unterschiedlich, aber nicht prägnant different.

Entgegengesetzt der Hypothese sind die Unterschiede zwischen dem Selbstbild und dem normativen Selbst in der psychiatrischen Gruppe größer als in der Kontrollgruppe. Die manisch Erkrankten konstruieren einmal auf der Skala für soziale Potenz einen prägnanten Unterschied, ihr normatives Selbst beschreiben sie als sozial potenter als ihr Selbst. Ein Unterschied besteht außerdem auf der Skala für Dominanz, das Selbst wird dominanter als das normative Selbst eingeschätzt. Auf den Skalen für soziale Resonanz, Kontrolle, Grundstimmung und Durchlässigkeit entsprechen sich die beiden Selbstbilder. In der somatischen Kontrollgruppe zeigt sich kein prägnanter Unterschied.

Werden die Unterschiede zwischen dem Idealbild und dem normativen Selbst zwischen der psychiatrischen und der orthopädischen Gruppe verglichen, deutet sich entgegen der Hypothese eine kleinere Differenz bei den manisch Erkrankten. In keiner der beiden Gruppen tritt ein prägnant großer Unterschied auf.

5.6.2 Selbstbild und Grundstimmung

	MM (n=11)	KG (n=17)
	Mittelwert	Mittelwert
Soziale Resonanz	29,55±3,75	28,00±3,94
Kontrolle	25,73±4,80	25,47±5,61
Grundstimmung	24,91±3,21	20,35±3,74
Soziale Potenz	21,27±3,69	19,24±4,75

Tabelle 22: Selbstbild im Gießen-Test

GT-Profilblatt Selbstbild

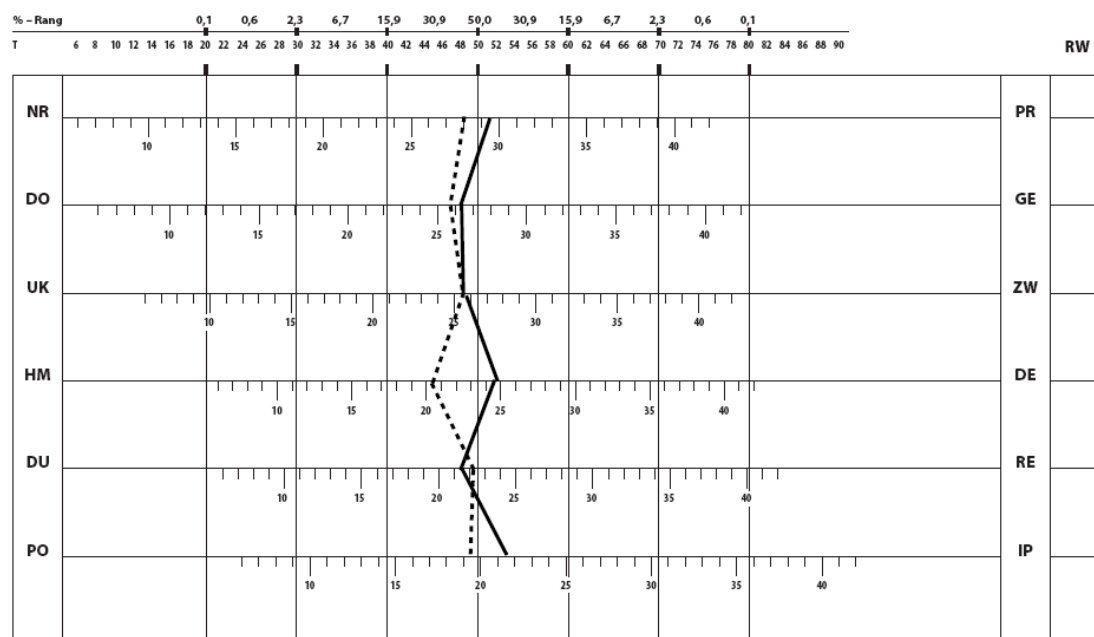


Abbildung 13: Profilblatt Selbstbild der psychiatrischen Gruppe und der Kontrollgruppe

— Maniker - - - Kontrollgruppe

Die Selbstbilder der Maniker und der Kontrollgruppe sind ähnlich. Auf den für die Hypothese der Selbstwertproblematik relevanten Skalen (1,3,4) zeigen sich außer auf der Skala für Grundstimmung keine prägnanten Unterschiede zwischen der psychiatrischen und der orthopädischen Gruppe. Die manischen Patienten erleben sich als leicht unterkontrollierter und nur gering sozial resonanter als die orthopädischen PatientInnen.

Die Grundstimmung der eigenen Person wird von den Manikern depressiver eingeschätzt, als die Kontrollgruppe sich selbst einstuft. Dies ist ein prägnanter Unterschied entgegengesetzt der vorher aufgestellten Hypothese. Außerdem erleben sich die Maniker als sozial impotenter als die Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 22).

Ähnlich schätzen sich die beiden Kollektive auf den übrigen Skalen des Gießen- Testes (Dominanz und Durchlässigkeit) ein (vgl. Tab. 22).

5.6.3 Vergleich des Selbstbildes der ManikerInnen mit den Bildern der Mutter und des Vaters

Im Folgenden werden die GT-Selbstbilder mit den Elternbildern verglichen. Zunächst wird das Selbstbild dem Mutter- und Vaterbild gegenübergestellt.

	Selbst (n=11)	Mutter (n=10)	Vater (n= 10)
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Soziale Resonanz	29,55 ± 3,75	29,20 ± 3,49	29,20 ± 5,12
Dominanz	26,18 ± 2,86	21,60 ± 5,76	26,50 ± 4,58
Kontrolle	25,73 ± 4,80	28,60 ± 6,88	25,70 ± 5,14
Grundstimmung	24,91 ± 3,21	21,20 ± 6,01	23,00 ± 4,67
Durchlässigkeit	21,27 ± 4,61	24,60 ± 7,96	23,90 ± 6,05
Soziale Potenz	21,27 ± 3,69	22,70 ± 4,62	21,70 ± 4,37

Tabelle 23: Selbstbild im Vergleich zum Mutter- und Vaterbild (psychiatrisches Kollektiv)

GT-Profilblatt Selbst- und Fremdbilder des psychiatrischen Kollektivs

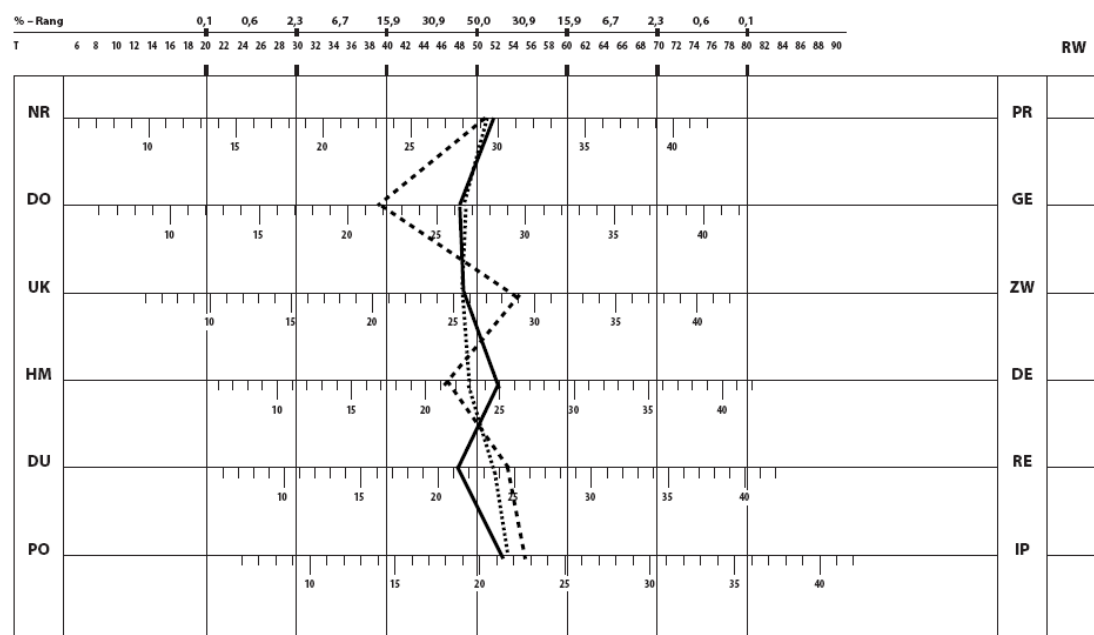


Abbildung 14: Selbst- und Fremdbilder von dem psychiatrischen Kollektiv

— Selbstbild - - - Mutter Vater

Skala 1: Soziale Resonanz

In dieser Charaktereigenschaft schätzt die Gruppe der manisch Erkrankten beide Elternteile sehr ähnlich dem Selbst ein.

Skala 2: Dominanz

Die Mütter werden als extrem dominant geschildert, im Gegensatz zum Vater. Ihr Selbst sehen die manisch Erkrankten dem Vater ähnlicher (fast identisch) als der Mutter (prägnanter Unterschied).

Skala 3: Kontrolle

Die Mütter werden zwanghafter eingeschätzt als das Selbst (Unterschied). Die Väter konstruiert die psychiatrische Gruppe zum Gegenpol dieser Eigenschaft als unterkontrolliert. Ihr Selbst und ihren Vater sehen sie sehr nahe beieinander.

Skala 4: Grundstimmung

In der Darstellung der Stimmungslage der Eltern und des Selbst unterscheidet sich das Selbstbild wenig von dem Bild des Vaters. Die Mütter werden als gering hypomanisch geschildert (prägnanter Unterschied).

Skala 5: Durchlässigkeit

Der Vater nimmt eine Zwischenstellung zwischen dem Bild der Mutter und dem Selbstbild ein. Die Mutter wird retentiver als der Vater und das Selbst wurde durchlässiger gesehen als beide.

Skala 6: Soziale Potenz

Hier ist die Sichtweise des Selbst mit dem Vaterbild fast identisch, die Differenz zur Mutter ist ebenfalls gering. Alle drei Bilder neigen zu einer leicht negativ sozialen Potenz (vgl. Tabelle 23).

Wie in der Hypothese erwartet, ist das Selbstbild dem Vaterbild ähnlicher, es existieren größere Unterschiede zur Mutter.

5.6.4 Vergleich des Idealbildes der ManikerInnen mit den Bildern von Mutter und Vater

	Idealbild	Mutter	Vater
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Soziale Resonanz	30,09 ± 4,21	29,20 ± 3,49	29,20 ± 5,12
Dominanz	25,81 ± 6,11	21,60 ± 5,76	26,50 ± 4,58
Kontrolle	26,00 ± 4,00	28,60 ± 6,88	25,70 ± 5,14
Grundstimmung	19,27 ± 4,38	21,20 ± 6,01	23,00 ± 4,67
Durchlässigkeit	19,18 ± 5,54	24,60 ± 7,96	23,90 ± 6,05
Soziale Potenz	18,00 ± 4,58	22,70 ± 4,62	21,70 ± 4,37

Tabelle 24: Idealbild im Vergleich zum Mutter- und Vaterbild (psychiatrische Gruppe)

GT-Profilblatt Idealbild und Fremdbild des psychiatrischen Kollektivs

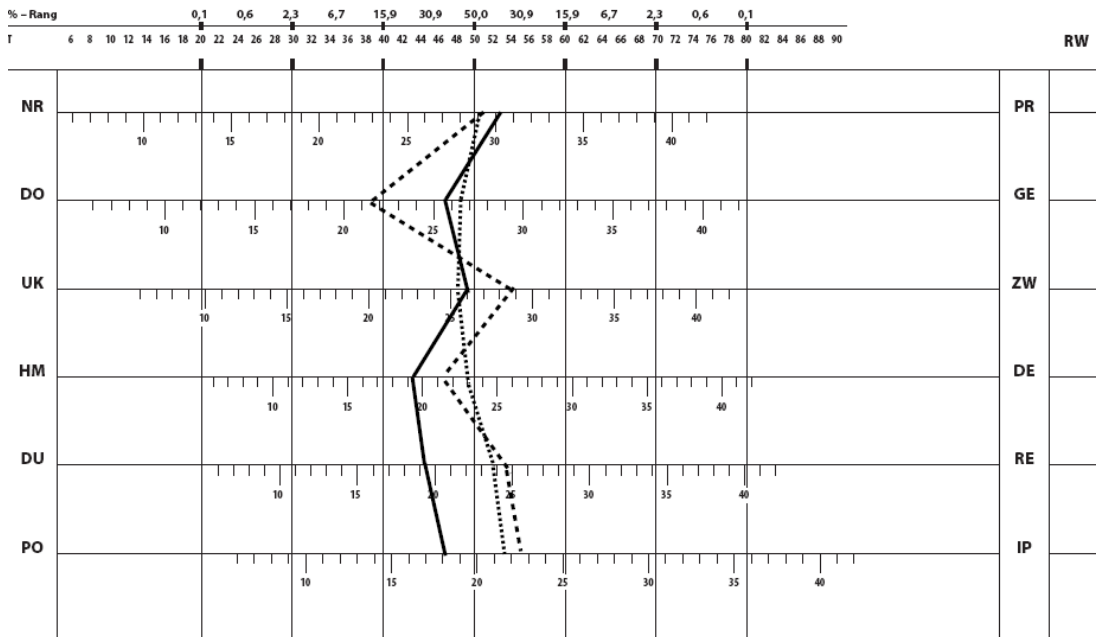


Abbildung 15: Idealbild im Vergleich zu Mutter- und Vaterbild in der psychiatrischen Gruppe

— Ideal-Selbst - - - Mutter Vater

Skala 1: Soziale Resonanz

Das Idealbild wird ähnlich den Elternbildern beschrieben, die Maniker sehen ihr Idealbild gering resonanter als ihre Eltern. Die Differenzen sind nicht groß.

Skala 2: Dominanz

Hier stellt sich eine große Differenz zwischen dem Ideal-Selbst und dem Bild der Mutter dar. Das Bild der Mutter ist dominanter geschildert, als die manischen PatientInnen ihr Ideal-Selbst beschreiben. Der Vater wird wesentlich gefügiger gesehen als die Mutter, ähnlicher dem Ideal-Selbst.

Skala 3: Kontrolle

Auf der Skala „Kontrolle“ konstruieren die manischen PatientInnen ihr Ideal-Selbst am wenigsten zwanghaft. Ihr Bild vom Ideal-Selbst ist in Richtung Unterkontrolliertheit verschoben. Das Bild des Vaters nimmt eine Mittelstellung zwischen dem Bild der Mutter (große Distanz) und dem Idealbild ein. Die Mutter wird am zwanghaftesten erlebt.

Skala 4: Grundstimmung

Das Ideal der ManikerInnen zeigt den Wunsch, stets eine gute Stimmung zu haben, die eher in das hypomanische verschoben ist. Der Vater hingegen wird in einer mittleren Stimmungslage beschrieben und die Mutter tendiert leicht zum hypomanischen Pol. Sie nimmt die Mittelstellung zwischen Vater und Ideal ein. Die Unterschiede sind groß, aber nicht prägnant.

Skala 5: Durchlässigkeit

Die Maniker möchten mehr von ihren Gefühlen zeigen, Liebe schenken und anderen Menschen nahe sein, als sie diese Eigenschaften ihren Eltern zuschreiben. Die Mutter wird als sehr verschlossen dargestellt. Der Unterschied zum Ideal-Selbst ist sehr groß, aber nicht prägnant. Der Vater wird der Mutter sehr ähnlich beschrieben, ist aber etwas durchlässiger als sie und die Differenz zum Ideal-Selbst ist nicht prägnant.

Skala 6: Soziale Potenz

Auch hier möchten die ManikerInnen viel positiver, sozial viel potenter sein, als sie selbst ihre Eltern beschreiben. Die Mutter erleben sie als eine Person, die eher Gesellschaft meidet, kaum daran interessiert ist, andere zu übertreffen, sich schwer bindet und im Umgang mit anderen eher befangen ist. Der Vater nimmt eine Mittelposition zwischen dem eigenen Ideal und der Mutter ein. Er ist nicht so potent wie das Idealbild der Maniker. Er wird aber positiver und geselliger als die Mutter beschrieben. Die Differenz zur Mutter ist prägnant.

Wie in der Hypothese 3C erwartet, ist das Idealbild der psychiatrischen Gruppe dem Vaterbild ähnlicher als dem Mutterbild.

5.6.5 Vergleich zwischen normativem Selbst und Mutter und Vater

	Normatives Selbst	Mutter	Vater
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
Soziale Resonanz	29,82 ± 6,49	29,20 ± 3,49	29,20 ± 5,12
Dominanz	28,36 ± 2,16	21,60 ± 5,76	26,50 ± 4,58
Kontrolle	25,91 ± 4,91	28,60 ± 6,88	25,70 ± 5,14
Grundstimmung	23,64 ± 5,24	21,20 ± 6,01	23,00 ± 4,67
Durchlässigkeit	18,81 ± 3,66	24,60 ± 7,96	23,90 ± 6,05
Soziale Potenz	17,18 ± 4,14	22,70 ± 4,62	21,70 ± 4,37

Tabelle 25: normatives Selbst im Vergleich zum Mutter- und Vaterbild (Psychiatrische Gruppe)

GT-Profilblatt normatives Selbst und Fremdbilder

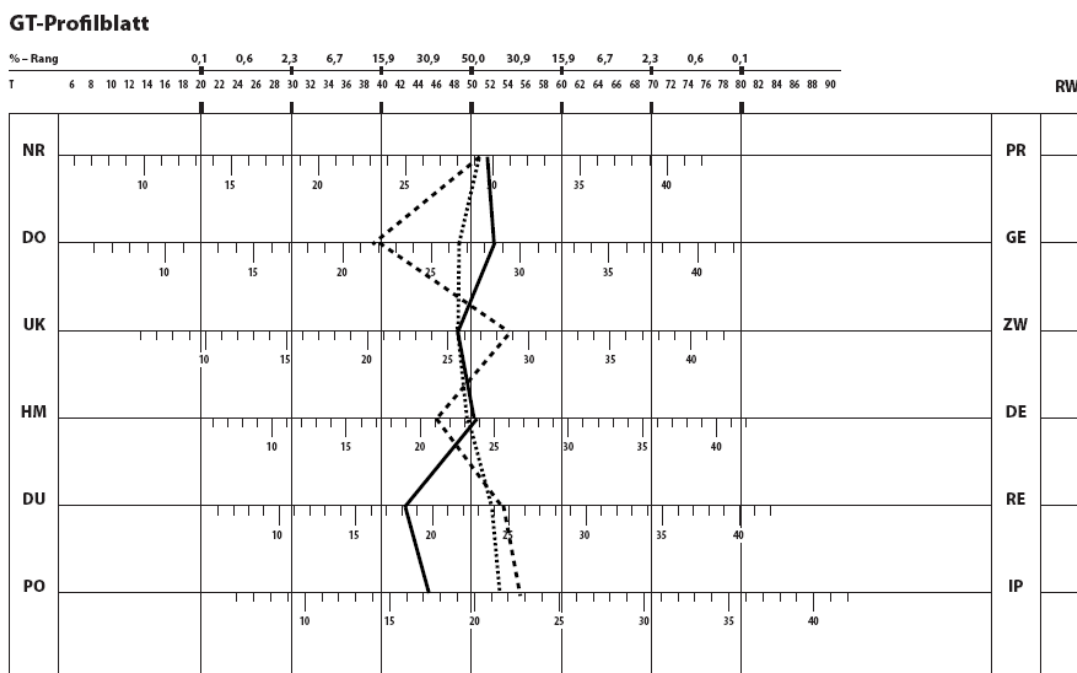


Abbildung 16: Normatives Selbst im Vergleich zu Mutter- und Vaterbild in der psychiatrischen Gruppe

— normatives Selbst - - - Mutter Vater

Skala 1: Soziale Resonanz

Das normative Selbst und die Bilder der Eltern sind fast identisch.

Skala 2: Dominanz

Hier ist eine prägnante Differenz zwischen dem normativem Selbst und dem Bild der Mutter sichtbar. Die manischen PatientInnen beschreiben ihr normatives Selbst als leicht gefügig, ihre Mütter erleben sie als extrem dominant. Die Väter nehmen auch hier eine Mittelstellung ein.

Skala 3: Kontrolle

Das normative Selbst ist dem Bild des Vaters sehr ähnlich. Den äußeren Ansprüchen nach meint der Maniker geringfügig kontrollierter sein zu müssen, als er den eigenen Vater sieht. Die Mutter unterscheidet sich von diesen beiden Bildern, der Wert für ihre Person ist stark in Richtung Kontrolle verschoben (Unterschied).

Skala 4: Grundstimmung

Auch hier sind das Bild des Vaters und das normative Selbst fast identisch, während die Mutter mit einer besseren Stimmung dargestellt wird.

Skala 5: Durchlässigkeit

Es werden prägnante Unterschiede sichtbar. Die manischen PatientInnen beschreiben ihr normatives Selbst sehr durchlässig, während sie ihre Eltern mit dem Gegenteil,

nämlich sehr retentiv, versehen. Das Bild des Vaters befindet sich wieder zwischen dem Bild der Mutter und dem normativen Selbst, ist aber dem Bild der Mutter sehr ähnlich. Zwischen dem normativen Selbst und beiden Elternbildern zeigen sich prägnante Unterschiede.

Skala 6: Soziale Potenz

Auf dieser Skala wird der größte Unterschied sichtbar. Das normative Selbst der Maniker ist extrem sozial potent, hier werden strenge Forderungen an das Selbst gestellt. Die Eltern hingegen werden als weniger sozial potent beschrieben, ihr Skalenswert entspricht dem Selbstbild der Kontrollgruppe. Die Differenzen zu den Bildern der Eltern sind prägnant groß.

Wie in der Hypothese 3 C erwartet, zeigt das normative Selbst geringere Unterschiede zum Vaterbild, die Differenzen der Skalen zum Mutterbild ergibt größere und mehr prägnante Unterschiede.

5.6.6 Distanzen zwischen den Selbstelementen und den Vater- und Mutterbildern im Vergleich zwischen der psychiatrischen und orthopädischen Gruppe

	Selbst (n=17)	Ideal-Selbst (n=17)	Normatives Selbst (n=17)	Vater (n=9)	Mutter (n=9)
Soziale Resonanz	28,00 ± 3,94	32,41 ± 4,11	28,73 ± 4,17	27,67 ± 6,04	29,22 ± 3,60
Dominanz	25,88 ± 5,33	25,24 ± 3,99	24,27 ± 3,41	23,67 ± 9,07	23,56 ± 4,42
Zwanghaftigkeit	25,47 ± 5,61	26,18 ± 4,32	25,55 ± 4,28	25,11 ± 8,82	27,56 ± 4,95
Grundstimmung	20,35 ± 3,74	17,94 ± 6,03	20,45 ± 2,95	20,22 ± 6,96	24,56 ± 3,40
Durchlässigkeit	22,29 ± 5,52	17,94 ± 3,67	19,09 ± 4,74	27,00 ± 3,08	22,89 ± 5,11
Soziale Potenz	19,24 ± 4,75	15,41 ± 5,21	17,01 ± 3,02	20,57 ± 4,56	21,11 ± 5,90

Tabelle 26: Selbst- und Elternbilder der Kontrollgruppe

Die Unterschiede zwischen den Selbstbildern und den Vaterbildern von den Manikern und denen der Kontrollgruppe sind identisch, beide Gruppen konstruieren ihr Selbstbild dem Vaterbild ähnlich. Im Vergleich zwischen Selbstbild und Mutterbild

zeigt sich eine größere Differenz der beiden Bilder in der psychiatrischen Gruppe (in 2 Skalen prägnante Unterschiede).

GT-Profilblatt Selbst- und Fremdbilder im Vergleich

Psychiatrische Gruppe

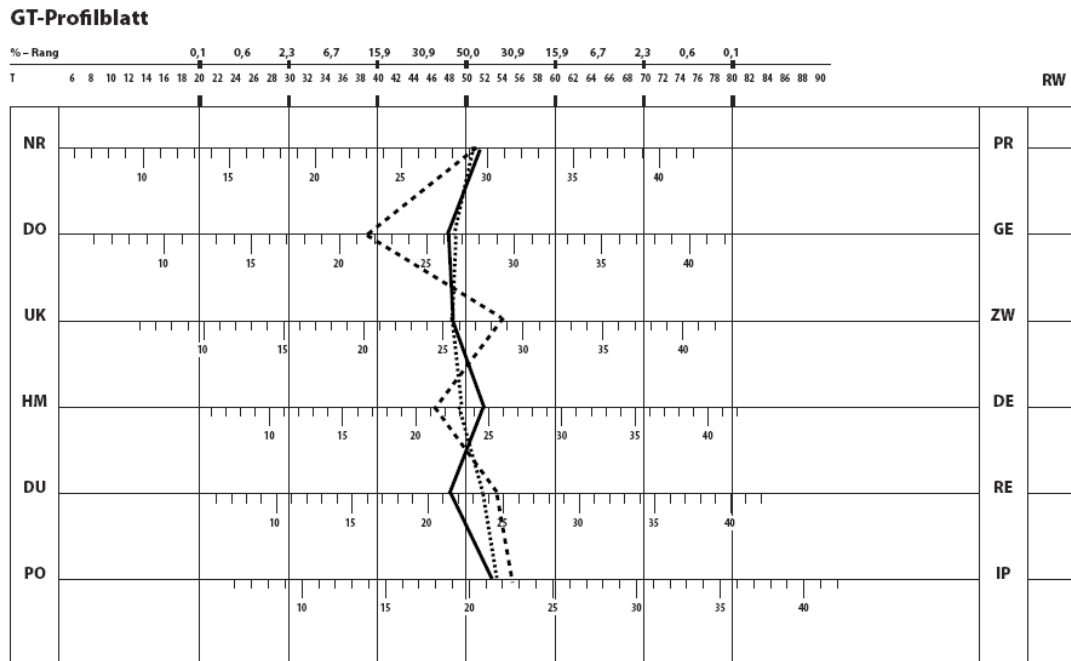


Abbildung 17a: Selbst- und Fremdbilder im Vergleich

— Selbst - - - Mutter Vater

Kontrollgruppe

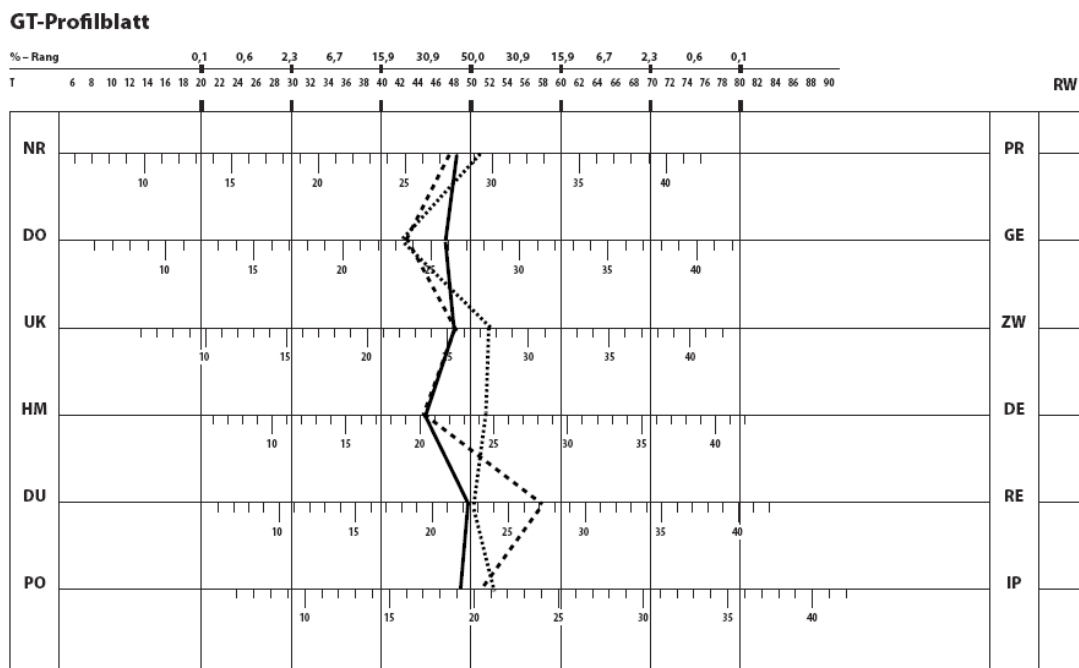


Abbildung 17b: Selbst- und Fremdbilder im Vergleich

— Selbst - - - Mutter Vater

Deutlicher sind die Unterschiede beim Vergleich zwischen Idealbild und Vaterbild. Das Idealbild unterscheidet sich vom Vaterbild bei den orthopädischen ProbandInnen auf drei Skalen prägnant und bei den manischen ProbandInnen zeigen sich keine prägnanten Unterschiede. Die manischen PatientInnen konstruieren ihr Selbst dem Vater ähnlicher als es die somatische Kontrollgruppe tut. Aber auch im Vergleich des Idealbildes und des Mutterbildes zwischen den untersuchten Kollektiven zeigt sich eine größere und prägnantere Differenz in der somatischen Kontrollgruppe.

GT-Profilblatt Idealbilder im Vergleich zu den Fremdbildern

Psychiatrische Gruppe

GT-Profilblatt

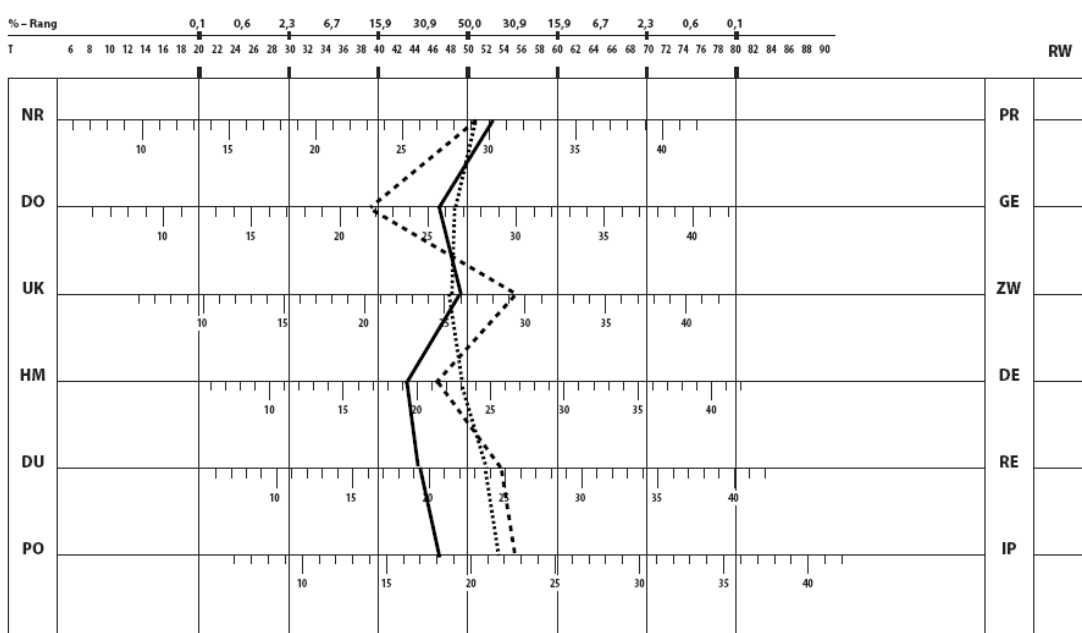


Abbildung 18a Idealbilder im Vergleich zu Fremdbildern

— Ideal-Selbst - - - Mutter Vater

Kontrollgruppe

GT-Profilblatt

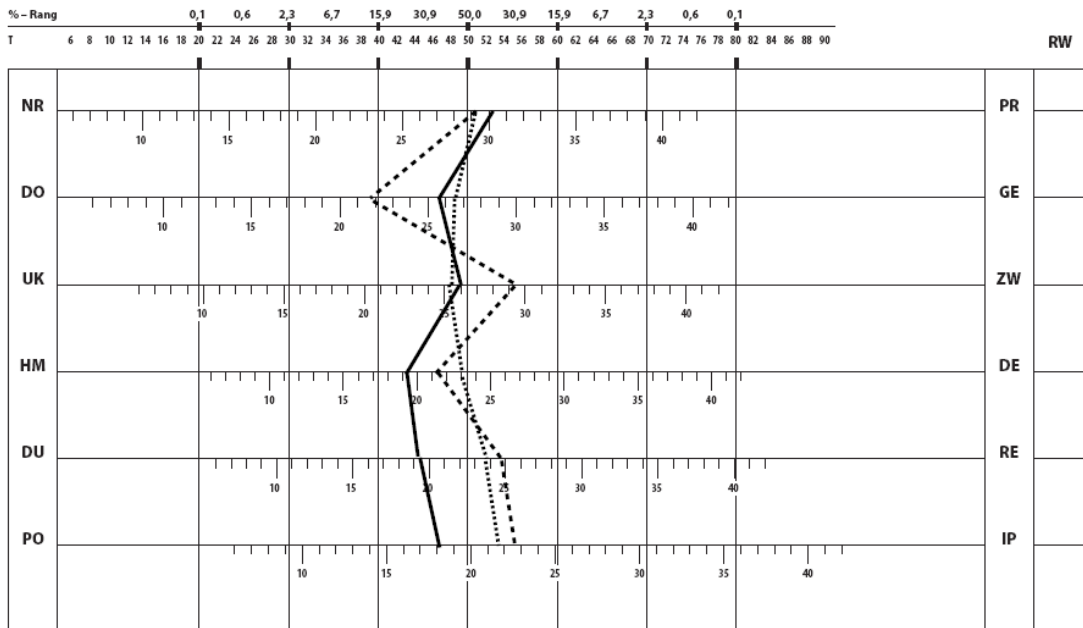


Abbildung 18b Idealbilder im Vergleich zu Fremdbildern

— Ideal-Selbst - - - Mutter Vater

Zwischen den normativen Selbstbildern der beiden Gruppen und den Elternbildern zeigt sich zum Vater nicht wie erwartet in der psychiatrischen Gruppen ein größere Nähe. Die Differenz zwischen normativem Selbst und Mutter ist in der psychiatrischen Gruppe größer als in der somatischen.

GT-Profilblatt normatives Selbst im Vergleich zu den Fremdbildern

Psychiatrische Gruppe

GT-Profilblatt

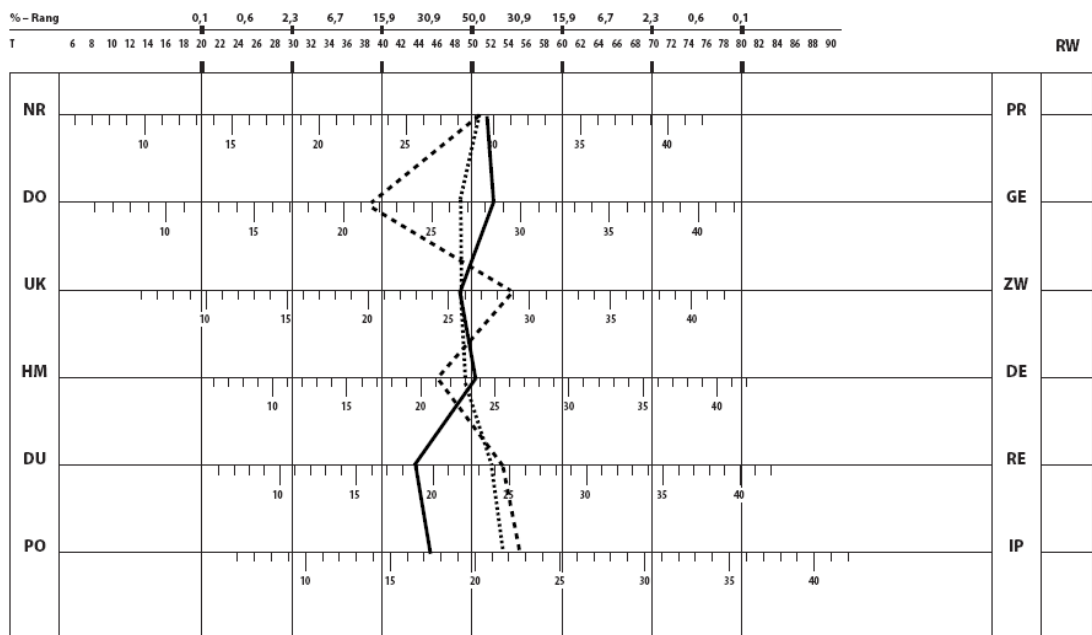


Abbildung 19a: normatives Selbst im Vergleich zu den Fremdbildern

— normatives Selbst - - - Mutter Vater

Kontrollgruppe

GT-Profilblatt

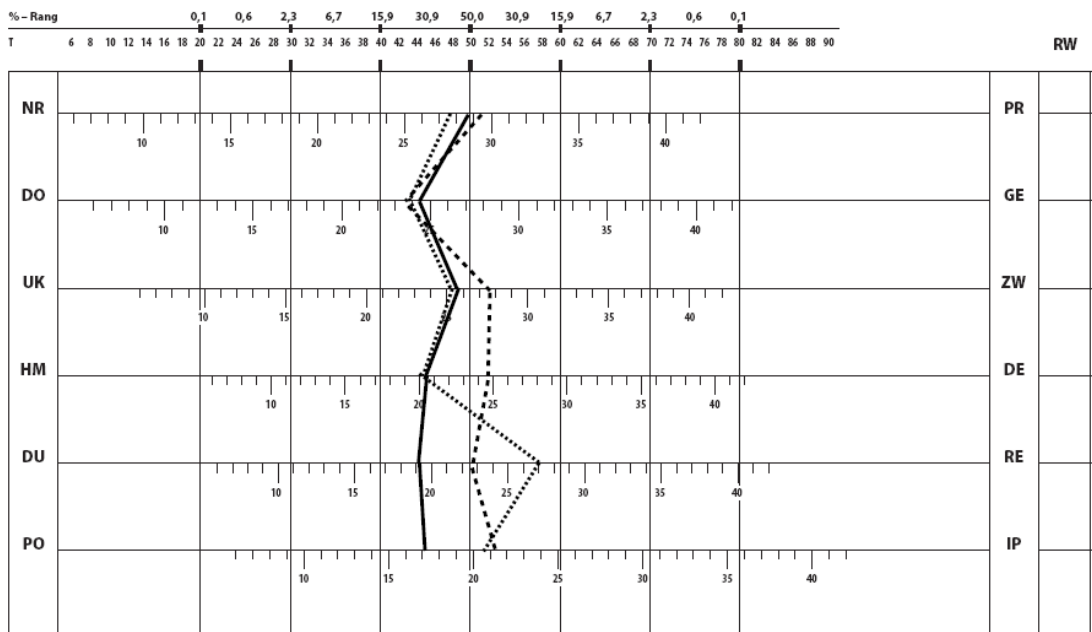


Abbildung 19b: normatives Selbst im Vergleich zu den Fremdbildern

— normatives Selbst - - - Mutter Vater

5.6.7 Zusammenfassung der Ergebnisse des Gießen-Testes

Selbstwertproblematik

Die drei Selbstbilder der psychiatrischen Gruppe unterscheiden sich auf den für die Selbstwertgefühl relevanten Skalen (1,3 und 6) nicht prägnant. Die Hypothese eines überhöhten Selbstwertgefühls kann durch diese Operationalisierung nicht untermauert werden.

Die Grundstimmung, deutlich durch die vierte Skala des Gießen-Testes, ist bei den manischen PatientInnen entgegen der Hypothese nicht gehoben. Der mittlere Wert der Kontrollgruppe enthielt sogar weniger subdepressive Anteile, er liegt in dem Bereich der Normstichprobe. Der Unterschied ist prägnant.

Bei dem Vergleich zwischen Selbst- und Idealbild zwischen der psychiatrischen und orthopädischen Gruppe deutet sich eine größere Übereinstimmung in dem psychiatrischen Kollektiv an. Die Hypothese kann aber nicht durch prägnante Unterschiede untermauert werden. Die Differenz zwischen Selbstbild und normativem Selbst ist in der psychiatrischen Gruppe nicht kleiner als in der Vergleichsgruppe wie hypothetisch erwartet war. Die Differenz zwischen Idealbild und normativem Selbst ist nicht wie erwartet bei den manisch Erkrankten größer.

Objektbeziehungen

Das Selbst- und das Vaterbild sind sich in der psychiatrischen Gruppe ähnlicher als in der Kontrollgruppe. Noch deutlicher wird die größere Ähnlichkeit in der psychiatrischen Gruppe beim Vergleich zwischen Ideal- und Vaterbild.

Bei der Gegenüberstellung des normativen Selbst mit den Elternbildern zeigt sich ein ähnliches Ergebnis. Das normative Selbst wird dem Vater ähnlicher konstruiert als der Mutter.

5.7. Zusammenfassung der gesamten Ergebnisse

5.7.1 Ausschluss von Depressivität

Mithilfe der Selbstbeurteilung (Depressivitäts-Skala D-S') und der Fremdbeurteilung im HAMD können depressive Nachschwankungen ausgeschlossen werden. Die Werte beider eingesetzter Verfahren liegt im Mittel deutlich unter den für akut depressive PatientInnen angegebenen Werten und zum Teil unter den Werten für Vergleichspopulationen.

5.7.2 Familiäres, berufliches und soziales Umfeld

In der Gruppe der manisch Erkrankten waren zum Untersuchungszeitpunkt mehr al-

leinstehende und alleinlebende Personen als in der Kontrollgruppe. Bezüglich der Berufsausbildung hatten die psychiatrischen PatientInnen insgesamt sowohl eine bessere Schulausbildung als auch eine höhere Berufsausbildung. Mehr Personen aus dieser Gruppe waren berufstätig. Vor der Erstmanifestation ihrer Erkrankung gab die manische Gruppe hauptsächlich seelische und soziale, die somatische Kontrollgruppe körperliche Belastungen an. Der Bildungsstand der Eltern ist in beiden Gruppen ähnlich. Die psychiatrischen ProbandInnen waren häufiger in der Kernfamilie aufgewachsen, innerhalb der Familienkonstellation war die mittlere Geschwisterposition und Einzelkind unter den Manikern die häufigste. Die manischen PatientInnen nannten seltener als die Kontrollgruppe die Mutter als die zentrale Bezugsperson in ihrer Kindheit und Jugend. Dagegen nannten aus heutiger Sicht zwei der elf manischen Patienten den Vater als nächste Bezugsperson. Diese Nennung kam in der Kontrollgruppe nicht vor.

5.7.3 Selbstwertproblematik

Erwartungsgemäß besitzt die Gruppe der Maniker ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem.

Es wird vermutet, dass in der Aufteilung der Varianzprozent im Repertory Grid-Technik die Selbstanteile einen hohen Prozentsatz haben, da sie für die Selbstidentität wichtig sind. Das Selbst und das Ideal-Selbst klären einen höheren Prozentsatz der Gesamtvarianz auf. Die beiden Selbstbilder besitzen mehr Varianzprozent als in der Kontrollgruppe. Beim normativen Selbst verhält es sich umgekehrt.

Wie in den Hypothesen formuliert, zeigt die manische Gruppe, verdeutlicht durch die Distanz zwischen den Selbstelementen, ein höheres Selbstwertgefühl (Repertory Grid-Technik). Die Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst stellt mit 0,69 ein hohes Selbstwertgefühl dar und ist prägnant kleiner als die Distanz der beiden Selbstelemente in der Kontrollgruppe. Die mittlere Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst zeigt keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen (Repertory Grid-Technik). Der mittlere Abstand zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst ist erwartungsgemäß in der psychiatrischen Gruppe größer. Das in der Repertory Grid-Technik nachgewiesene höhere Selbstwertgefühl der psychiatrischen Probanden lässt sich im Gießen-Test nicht durch die dafür relevanten Skalen (1,3,4 und 6) belegen.

Die Grundstimmung, deutlich durch die vierte Skala des Gießen-Testes, ist bei den manischen PatientInnen keineswegs gehoben. Der mittlere Wert der Kontrollgruppe (22,1) enthält weniger subdepressive Anteile, er liegt in dem Bereich der Normstichprobe. Die Unterschiede sind nicht prägnant.

In der Operationalisierung durch die SIOG-Diagnosen zeigt sich in beiden unter-

suchten Kollektiven keine Divergenz, aber jeweils viermal die Diagnose Selbst Ideal-Selbst Konvergenz.

Die Nähe des normativen Selbst zu den anderen Selbstelementen wird in der SIOG der manischen Gruppe sichtbar. Der größte Teil der PatientInnen konstruiert sein normatives Selbst beiden Selbstelementen nahe, d.h. in dem dritten Quadranten, bei der Kontrollgruppe fällt der größte Anteil in den Indifferenzbereich.

Im Gießen-Test deutet sich eine größere Übereinstimmung zwischen Selbst und Ideal-Selbst bei der psychiatrischen Gruppe an. Die Differenz zwischen Selbstbild und normativem Selbst ist in dieser Gruppe aber nicht kleiner als in der Vergleichsgruppe. Wie erwartet ist aber der Unterschied zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst bei den manisch Erkrankten größer.

5.7.4 Objektbeziehungen

Entgegen der Hypothese nach einer wichtigen Rolle des Vaters, zeigt das Element Vater in der Gruppe der psychiatrischen Gruppe weniger Varianzprozent als in der somatischen Kontrollgruppe. Ähnlich verhält es sich mit der Mutter (Repertory Grid-Technik).

Die mittlere Distanz zwischen Selbst und Eltern ist in beiden untersuchten Gruppen ähnlich. Dagegen sind die mittleren Distanzen zwischen dem Ideal-Selbst und den Eltern in der manischen Gruppe kleiner als in der somatischen Kontrollgruppe. Der mittlere Abstand von beiden Selbstanteilen zum Vater ist kleiner als der zur Mutter. Das hypothetisch angenommene väterliche „Über-Ich“ bei den affektiv Erkrankten ist durch diesen Operationalisierungsversuch erhärtet worden. Die Distanz zwischen Ideal-Selbst und Vater ist die kleinste Distanz zum Ideal-Selbst unter den wichtigen Objektbeziehungen. Werden die einzelnen Distanzmaße auf ihre Auffälligkeit hin untersucht, zeigt sich bei 45,5% eine auffällig große Distanz zum Vater in der psychiatrischen Gruppe, dies ist deutlich häufiger als in der Kontrollgruppe. Eine Nähe zu Mutter und Vater konstruieren jeweils 9,1% der affektiv Erkrankten. Die SIOG des Elementes Vater stellt sich anders als erwartet dar. Es kommt zu einer häufigeren Nennung dieses Elementes im 3. und 4. Quadranten (fusionäre Nähe und Idealisierung) als im Kontrollkollektiv. Bei den manisch Erkrankten zeigt sich zusätzlich ein hoher Anteil im 2. Quadranten (Abgrenzung).

Wird das Selbstbild der manischen Gruppe mit den Mütter- und Väterbildern im Gießen-Test verglichen, deutet sich eine größere Ähnlichkeit mit dem Vaterbild als mit dem Mutterbild an. Das Idealbild der psychiatrischen Gruppe zeigt im Gießen-Test eine größere Ähnlichkeit zum Vater als zur Mutter. Das normative Selbst wird von der psychiatrischen Gruppe im Gießen-Test dem Vater ähnlicher beschrieben als der

Mutter. Das Selbst und das Idealbild werden von der psychiatrischen Gruppe im Gießen-Test dem Vaterbild ähnlicher als von der Vergleichsgruppe beschrieben.

6. Einzelfallorientierte Darstellung

Im folgenden werden die elf PatientInnen anhand von Einzelfallanalysen dargestellt und durch einen hypothesengenerierenden Ansatz versucht, neue, in der Gruppenauswertung nicht sichtbare Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Prägnante Unterschiede werden immer dann benannt, wenn die Differenz mehr als eine Standardabweichung der Kontrollgruppe beträgt. Am Ende dieses Kapitels werden die neu gewonnenen Hypothesen zusammengefasst.

6.1 Kasuistik Herr A (3012)

Zum Zeitpunkt der Untersuchung befindet sich Herr A in stationärer Behandlung. Zum ersten Mal war die Erkrankung vor zehn Jahren aufgetreten und seitdem war er ungefähr einmal pro Jahr in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Zum Zeitpunkt des Interviews nimmt er als Phasenprophylaktikum Lithium und zusätzlich ein atypisches Neuroleptikum (Leponex^R) ein.

Er ist das mittlere Kind zwischen einer älteren Schwester und einem jüngeren Bruder. Sein Elternhaus beschreibt er als fürsorglich und liebevoll, ihm sei immer Nähe vermittelt worden und gerne erinnert er sich an die Freizeitaktivitäten mit seinem Vater zurück. Eine weitere wichtige Person in seiner Kindheit bzw. Jugend war für ihn der Pfarrer als Vertrauensperson und Vorbild.

Der Gespräch kommt zögerlich in Gang, er erzählt wenig von sich aus, sondern beantwortete nur die ihm gestellten Fragen. Es fallen keine formalen, inhaltlichen Denkstörungen oder manische Symptomatik auf. Die ihm gestellten Aufgaben erledigt er schnell und sorgfältig. Auffallend ist sein Sinn für Ordnung. Er sortiert mehrmals die Testunterlagen und Stifte der Interviewerin. Diese Beobachtung spiegelt sich auch in den Testergebnissen wider.

Die HAMILTON DEPRESSIONSSKALA ergibt einen Wert von 14, einem Mittelwert somatischer stationärer Patienten. Die DEPRESSIVITÄTSSKALA VON ZERSEN zeigt einen Punktwert von 5 (Normbereich).

Den Repertory Grid-Technik erledigt er trotz Angespanntheit und Nervosität schnell und konzentriert. Allerdings beantwortet er nur das nötigste und Sachverhalte darüber hinaus mussten expliziert erfragt werden. Die ihm gestellten Aufgaben nimmt er sehr ernst. Er wählt für die drei freien Elemente seinen Bruder, einen Freund und den früheren Pfarrer, der für ihn eine wichtige Vertrauensperson darstellte und ein Idol in seiner Jugend gewesen war. Bewusst will er die Person der Mutter ein zweites Mal

als Konfliktperson einsetzen, für die Person, von der er sich gut verstanden fühlt, wählt er einen Freund.

6.1.1 Ergebnisse des Repertory Grid Testes

Originaldaten Patient 3012

															Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß
pünktlich	2	1	2	4	2	3	5	1	2	5	2	2	2	6	5	unpünktlich	
religiös	2	1	3	4	4	1	1	2	5	2	2	2	2	6	5	unreligiös	
fleißig	3	1	2	1	2	1	1	2	2	3	2	4	3	6	2	faul	
unermüdlich	3	1	2	2	2	1	1	2	3	3	2	3	3	6	2	antriebslos	
bedächtig	4	1	3	4	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	6	ausflutend	
zusammenhaltend	2	1	3	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	3	5	schlichtend	
verständnisvoll	3	1	2	2	2	2	1	2	3	3	2	3	3	1	5	gleichgültig	
korrekt	2	1	2	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	6	leger	
liebepoll	2	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	6	2	lieblos	
einflußreich	3	2	4	2	2	1	1	2	3	2	2	4	4	1	5	beeinflußend	
planend	2	2	2	4	2	2	4	3	2	3	2	3	3	1	6	impulsiv	
gebildet	4	2	2	4	1	1	4	2	2	3	2	3	3	1	1	ungebildet	
engagiert	3	2	2	2	4	1	2	3	2	3	2	2	2	1	6	antriebsarm	
eifrig	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	1	4	genießend	

Abbildung 19: Originaldaten des Repertory Grid von Patient 3012

Die drei ersten Konstrukte pünktlich - unpünktlich, religiös - nicht religiös, fleißig - faul bildet er mit den Triaden aus Mutter, Vater und den drei Selbstbildern, ihm erscheinen diese sehr wichtig, denn im Verlaufe des Teste kommt er mehrfach darauf zurück.

Faktor	Spur	Prozent
1	105,96	35,6
2	93,32	31,36
3	39,28	13,2

Tabelle 27: Hauptkomponentenanalyse Herr A

Die ersten zwei Faktoren sind annähernd gleich, und auch der dritte Faktor besitzt noch eine relativ hohe Ladung. Dies deutet auf ein differenziertes Konstruktsystem hin.

Ladungen und Varianzen

Auffallend in der Darstellung der Elemente ist, dass das Selbst nur einen geringen Anteil der Gesamtvarianz aufklärte (2,72%). Das Selbst wird durch das phasenspezifische Selbst und dem „Ich mit schlechter Laune“, die auf verschiedenen Achsen hoch geladen sind, verdeckt. In der manischen Phase erlebt sich Herr A ausflutend und schlichtend, was hauptsächlich über den ersten Faktor definiert ist. Als Kontrapol dazu konstruiert er sein Ideal-Selbst als bedächtig und zusammenhaltend. Sich selbst mit schlechter Laune beschreibt er als faul, antriebslos und lieblos über den zweiten Faktor der Hauptkomponentenanalyse. Das Gegenteil ist der Pfarrer mit den Eigenschaften fleißig, unermüdlich und liebevoll. Die Konstruktpaare mit der höchsten Varianzaufklärung sind die erstgenannten pünktlich - unpünktlich, religiös - unreligiös, fleißig - faul. Das Konstrukt religiös - unreligiös lässt sich sehr schwierig interpretieren, da es in zwei Faktoren eine ähnlich hohe Ladung besitzt.

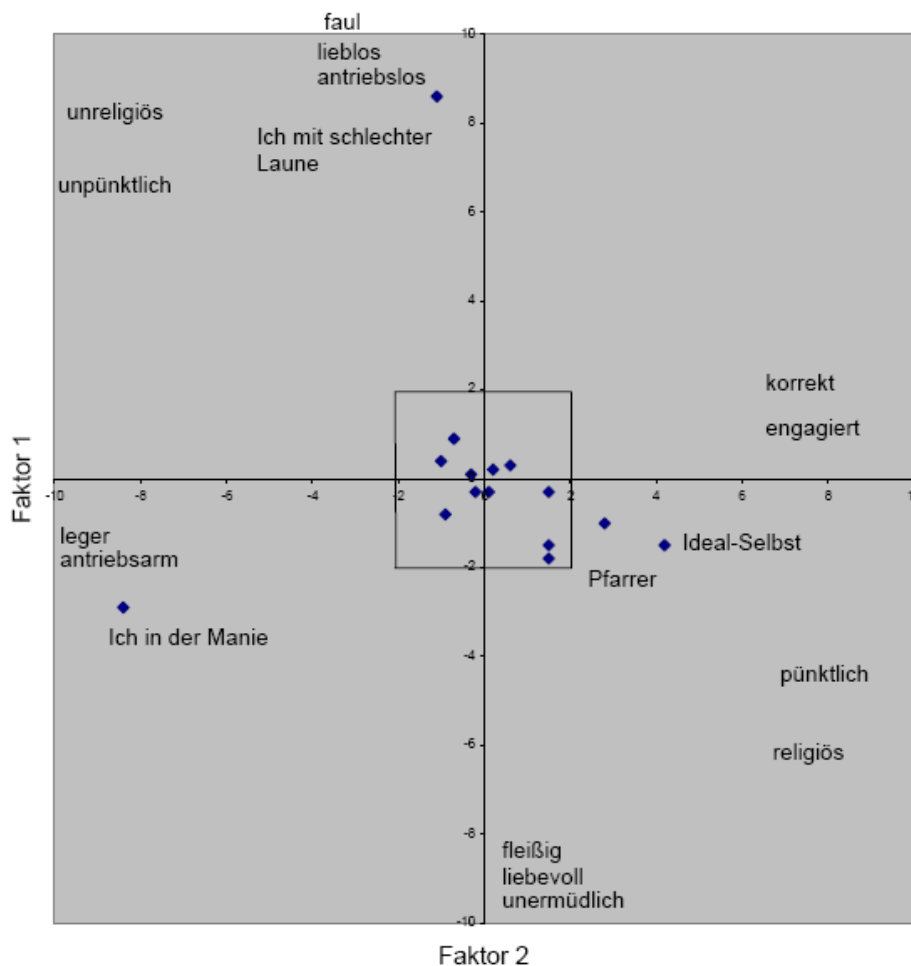


Abbildung 20: Hauptkomponentenanalyse Grafik 1 (Kasuistik 3012)

Die meisten Personen liegen im Indifferenzbereich und sind nicht beurteilbar. Nur der Pfarrer, das phasenspezifische Selbst, das „Ich mit schlechter Laune“ und das Ideal-Selbst sind deutlich. Das Selbst und das normative Selbst sind so gering gela-

den, dass sie nicht interpretiert werden können. Das Ideal-Selbst orientiert sich an dem Vorbild Pfarrer.

Bei der Auftragung des ersten Faktors gegenüber dem dritten kommt als zusätzliches Element die Mutter hinzu, die hauptsächlich über den dritten Faktor konstruiert ist.

Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst - Ideal-Selbst	0,87
Selbst - normativem Selbst	0,55
Normatives Selbst - Ideal-Selbst	0,77

Tabelle 28: Distanzen zwischen den Selbstelementen als Maß für das Selbstwertgefühl

Es zeigt sich ein durchschnittliches Selbstwertgefühl. Die Distanz zwischen dem Selbst und dem normativem Selbst ist sehr klein. Es deuten sich rigide Strukturen und Normorientiertheit an, die sich auch im Gesprächsverlauf an seiner zwanghaften Ordnungsliebe zeigen. Ebenso lässt sich bei dem kleinen Abstand zwischen normativem Selbst und Ideal-Selbst ein hoher Selbstanspruch vermuten.

Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	0,89	0,89
Vater	0,61	0,49
Partnerin	0,63	0,93
Pfarrer	0,89	0,57
Phasenspezifisches Selbst	1,5	1,96

Tabelle 29: Distanzen zu wichtigen Objekten und Elementen (Patient 3012)

Der Abstand vom Selbst zur Mutter zeigt einen mittleren Wert und verdeutlicht eine durchschnittliche Distanzierung zum Selbst.

Die Abstände vom Selbst zum Vater und zur Partnerin sind sehr klein. Auch die Distanz zwischen Vater und Ideal-Selbst ist sehr gering. Zum Vater besteht eine idealisierte Abhängigkeit.

Da im Gespräch die Person des Pfarrers häufig und mit großer Bedeutung vorkam, wird er expliziert aufgeführt. Die Beziehung ist durch die Distanz zum Selbst als indifferent zu beurteilen, auch er wird idealisiert.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Phasenspezifische Selbst	1,5	1,96

Tabelle 30: Abstände des phasenspezifischen Selbst zu den Selbstelementen

Die Distanzen zwischen dem phasenspezifischen Selbst und den Selbstelementen zeigen eine Abspaltung und Abwehr.

Abbildung SIOG Patient 3012

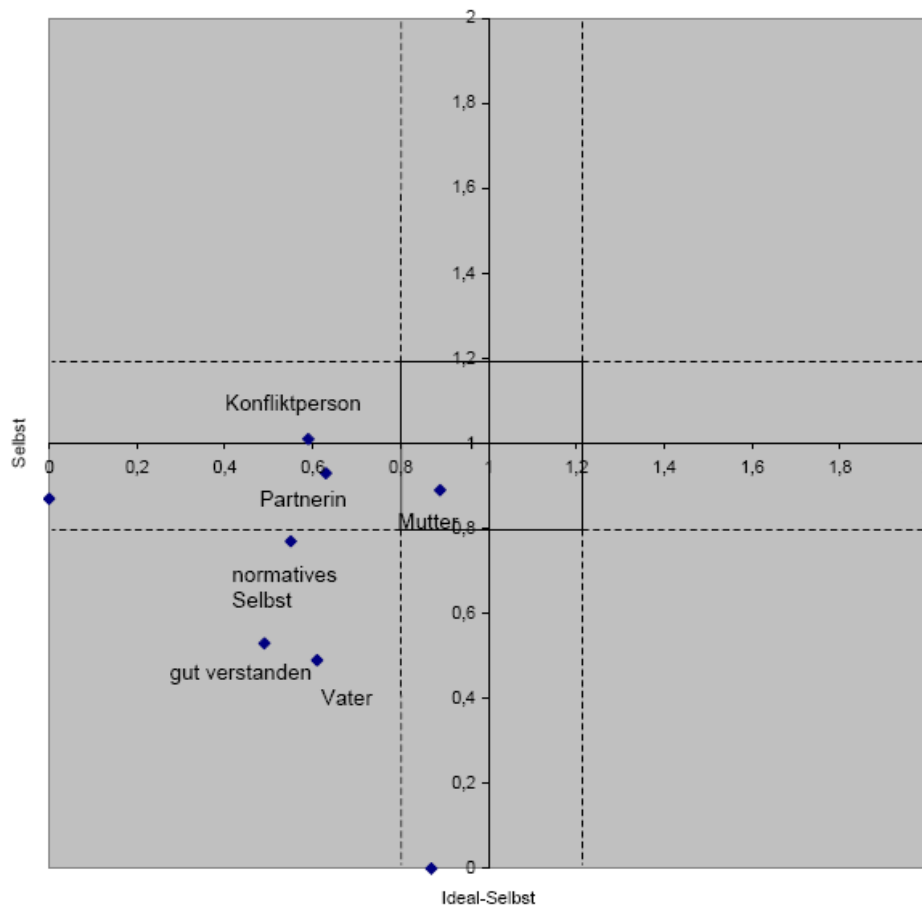


Abbildung 21: SIOG Patient 3012

Drei Elemente befinden sich in dem Raum, der für eine Nähe zum Selbst und zum Ideal-Selbst steht. Dies sind der Vater, das normative Selbst und die Person, von der sich Herr A besonders gut verstanden fühlt. Zum Vater und dem Freund 1 („Person, von der ich mich gut verstanden fühle“) könnte eine idealisierte Abhängigkeit bestehen. Durch die Lage des normativen Selbst zeigen sich rigide Persönlichkeitsmerkmale.

Auffallend ist, dass keine Elemente in einem der anderen Quadranten liegen. Kein Element konstruiert er als fern beiden Selbstanteilen.

6.1.3 Gießen-Test

Skalenwerte

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	27	35	31	28	30
Skala 2	25	24	29	26	27
Skala 3	26	27	33	32	28
Skala 4	24	17	21	32	23
Skala 5	29	20	18	30	29
Skala 6	24	12	18	27	25

Tabelle 31: Skalenwerte Gießen-Test Patient 3012

Vergleich der drei Selbstbilder

Herr A schätzt sein Selbst als sehr verschieden von seinem Ideal-Selbst ein, es bestehen bei vier der sechs Skalen prägnante Unterschiede. Ebenso unterscheidet sich das normative Selbst extrem von dem Selbst. In vier Skalen zeigen sich prägnante Unterschiede. Daraus ergibt sich sowohl eine Selbst-IdealSelbst-, als auch eine Selbst-normatives Selbst-Divergenz. Gering kleiner ist der Unterschied zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst (dreimal prägnante Unterschiede).

Im Gießen-Test zeigt sich ein geringes Selbstwertgefühl verbunden mit einem hohen Selbstanspruch.

Auf den Einzelskalen für Selbstwert (1,3,4 und 6) stellt sich Herr A prägnant depressiver und sozial impotenter dar.

Die Selbstbilder im Vergleich zu Mutter und Vater

Im Vergleich zwischen dem Selbst und dem Bild der Mutter zeigt sich weder eine Identifikation noch eine Abgrenzung. Auf zwei Skalen gibt es prägnante Unterschiede (Mutter wurde zwanghafter und depressiver geschildert), in der sozialen Potenz zeigt sich ein Unterschied, die Mutter ist sozial impotenter. Auf den restlichen Skalen deutet sich eine Ähnlichkeit an. Zwischen Selbst und Vater zeigt sich kein prägnanter Unterschied. Das Selbstbild wird dem Vaterbild ähnlicher als dem Mutterbild konstruiert.

Zwischen Idealbild und dem Bild der Mutter zeigen sich fünfmal prägnante Unterschiede, dies spricht eher für eine Abwertung der Person der Mutter. Das Ideal wird näher am Vaterbild konstruiert (dreimal prägnante Unterschiede, Vater liegt zwischen Mutter und Ideal-Selbst).

Der Unterschied zwischen normativem Selbst und Mutter ist gering größer als zwischen normativem Selbst und Vater (dreimal gegenüber zweimal prägnante Unter-

schiede).

6.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Entwicklung der Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente: höchste Varianzaufklärung besitzt das phasenspezifische Selbst mit 27%, „Ich mit schlechter Laune“ 25,7%, „Ideal-Selbst“ 7,6%, Mutter 7,4%, Pfarrer 5,9%. Über die Hälfte der Varianz wird durch das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ aufgeklärt, das „Selbst“ an drittletzter Stelle

Hypothese 3 C

Abstände zwischen Selbst und Ideal-Selbst im Gießen-Test:

auf den Skalen für Resonanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz prägnante Unterschiede. Größerer Abstand zwischen den beiden Selbstbildern als in der Kontrollgruppe (geringeres Selbstwertgefühl).

Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst:

auf den Skalen für Resonanz, Dominanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz prägnante Unterschiede. Größerer Abstand als in der Kontrollgruppe (geringeres Selbstwertgefühl).

Hypothese 3 D:

Nach Skalen 1, 3, 4 und 6 geringeres Selbstwertgefühl als Kontrollgruppe im Gießen-Test

Hypothese 3 E:

Grundstimmung: depressiver (Skala 4) im Gießen-Test als die Kontrollgruppe.

Hypothese 3 F:

Distanzen mit Hilfe der Repertory Grid-Technik: Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst am größten; alle Distanzen indifferent und unauffällig.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B:

Frei gewählte Personen: Bruder, Freund, Pfarrer, gut verstandener Freund.

Hypothese 6 C:

Konfliktperson: Mutter.

Hypothese 6 D:

Varianzaufklärung der Konstrukte: die drei mit den höchsten Ladungen sind die ersten drei Konstrukte, also die, die mit den Selbstanteilen und Mutter und Vater gebil-

det werden.

Hypothese 6 E:

Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse: die meisten Personen liegen im Indifferenzbereich, außerhalb liegt der „Pfarrer“, das „Ich mit schlechter Laune“, das „Ich in der Manie“ und das „Ideal-Selbst“.

Hypothese 7 A:

Distanzen vom Selbst zu den Objekten: Distanz zur Mutter am größten, zum Vater am kleinsten, alle zeigen eine durchschnittliche Distanz.

Distanzen vom Ideal-Selbst zu den Objekten: zur Partnerin am größten, zum Vater am kleinsten, geringe Distanz zum Vater verdeutlicht Idealisierung.

Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst
Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter.

Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter.

Normatives Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter.

6.2 Kasuistik Herr B (3022)

Herr B ist zum Zeitpunkt des Interviews seit 15 Jahren erkrankt. Er befand sich häufig (zwölfmal) in stationärer psychiatrischer Behandlung. Der letzte stationäre Aufenthalt lag einige Jahre zurück. Er besucht eine Einzeltherapie und wird medikamentös mit Lithium (Phasenprophylaxe) und mit Leponex^R (Neuroleptikum) behandelt. Als Auslöser für die jeweiligen Episoden gibt er soziale und seelische Probleme in dem Zeitraum vorher an. So kam es vor Erstmanifestation zu Problemen bei der Ausbildung. Häufig bestanden Schwierigkeiten mit der jeweiligen Partnerin. In solchen Situationen hätte er oft zu Alkohol gegriffen. Einmal war einer manischen Episode der Tod seiner Mutter vorausgegangen, der ihn sehr belastet hätte.

Der Patient ist der älteste von drei Brüdern. Er wuchs in seinem Elternhaus auf. Der Vater war als Handwerksmeister und die Mutter seit seinem 15. Lebensjahr als Angestellte tätig. Das Elternhaus sei immer durch viel Verständnis von seiten der Eltern für ihre Kinder geprägt gewesen. Er selbst habe sich zu Hause immer wohl gefühlt, durch viel Urlaub habe er eine schöne Freizeit gehabt.

In seiner Kindheit habe er sich der Mutter, durch ihre liebevolle und rücksichtsvolle Art, am nächsten gefühlt. Zum Vater habe er ein distanzierendes Verhältnis gehabt. Ein Vorbild sei immer ein Großvater gewesen, ihn habe er wegen seines eigenen Geschäfts bewundert.

Eine Tante litt einmalig an einer depressiven Phase und die Großmutter habe im fortgeschrittenen Alter als „geisteskrank“ gegolten.

Inhaltliche und formale Denkstörungen liegen nicht vor. Der Patient erledigt die ihm gestellten Aufgaben schnell, aber mit großer Nervosität.

Die HAMILTON Depressionsskala ergibt einen Wert von 7 Punkten, der Wert liegt unterhalb von denen stationärer depressiver und somatischer Patienten. Die Depressivitätsskala nach VON ZERSSEN zeigt einen Wert von 5 (knapp unter dem Mittelwert für Gesunde). Eine manische Episode konnte durch den Gesprächsverlauf ausgeschlossen werden.

Den Test der Repertory Grid-Technik erledigt er sehr zügig. Als freie Elemente wählt er seinen Mitbewohner, einen Bruder und einer Bekannten aus Schulzeiten. Das Element der Person „von der er sich besonders gut verstanden fühlt“ füllt er mit einem langjährigen Freund aus der Kinderzeit. Als Konfliktperson wählt er bewusst ein zweites Mal den Vater.

6.2.1 Ergebnisse des Repertory Grid Testes

Originaldaten Herr B

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Bruder	Bekannte 1	Freund 2 (Mitbewohner)	Mutter	Vater	Partnerin	Konfliktperson Vater	Gut verstanden Freund 3	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
geizig	1	1	2	1	2	3	6	1	2	3	1	2	3	4	6	verschwenderrisch
vertrauensvoll	2	1	2	1	2	1	1	2	2	4	1	2	3	3	6	verständnislos
ehrllich	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	3	1	unehrllich
einsam	3	6	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	3	6	Unter Menschen
Wahnsinnig	4	3	4	5	5	5	5	4	5	3	4	5	5	3	1	Depressiv
als Versager	3	3	4	4	4	4	5	3	5	4	5	4	4	3	3	als Gewinner
eigensinnig	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	4	3	3	2	rücksichtsvoll
ruhig	4	3	2	1	1	1	1	3	2	3	3	3	5	3	5	unruhig
hilfsbereit	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	3	3	1	keine Hilfe gebend
einfühlsam	1	2	1	1	2	1	1	2	1	3	1	2	2	3	1	wenig Rücksichtnahme
glücklich	3	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2	2	3	4	1	unglücklich
ehrgeizig	3	1	2	2	1	1	2	1	1	3	1	2	3	4	4	faul
unkompliziert	2	1	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	3	3	1	kompliziert
guter Zuhörer	2	1	1	2	1	1	2	2	2	4	1	2	3	3	1	schlechter Zuhörer

Abbildung 22: Originaldaten des Repertory Grid (Kasuistik 3022)

Ladungen und Varianzen

Faktor	Spur	Prozent
1	87,9	41,6
2	45,7	21,7
3	32,9	15,6

Tabelle 32: Varianzen der Hauptkomponenten (Patient 3022)

Der Patient hat ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem.

Ladungen der Elemente und Konstrukte

Auch bei diesem Patienten wird durch das phasenspezifische Selbst ein Viertel der Gesamtvarianz aufgeklärt. Den zweitgrößten Anteil nimmt das „Ich mit schlechter Laune“ ein. Ebenfalls einen sehr hohen Anteil an der Gesamtvarianz nimmt der Vater als Konfliktperson ein. Etwa neun Prozent der Gesamtvarianz wird durch die Mutter

aufgeklärt. Das Ideal-Selbst, das Selbst und das normative Selbst rangieren hinter diesen Elementen. Das Rollenbild „Ich, wie mich der Vater sieht“ klärt etwas mehr Varianz auf als die drei Selbstbilder.

Die zwei zuerst genannten Konstruktpaare sind auch die mit der größten Varianzaufklärung, diesen folgt das Konstruktpaar „ruhig – unruhig“, das mit den Elementen „Ich, wie ich sein muß“, „Ich, wie mich die Mutter sieht“ und der Konfliktperson Vater gebildet wird.

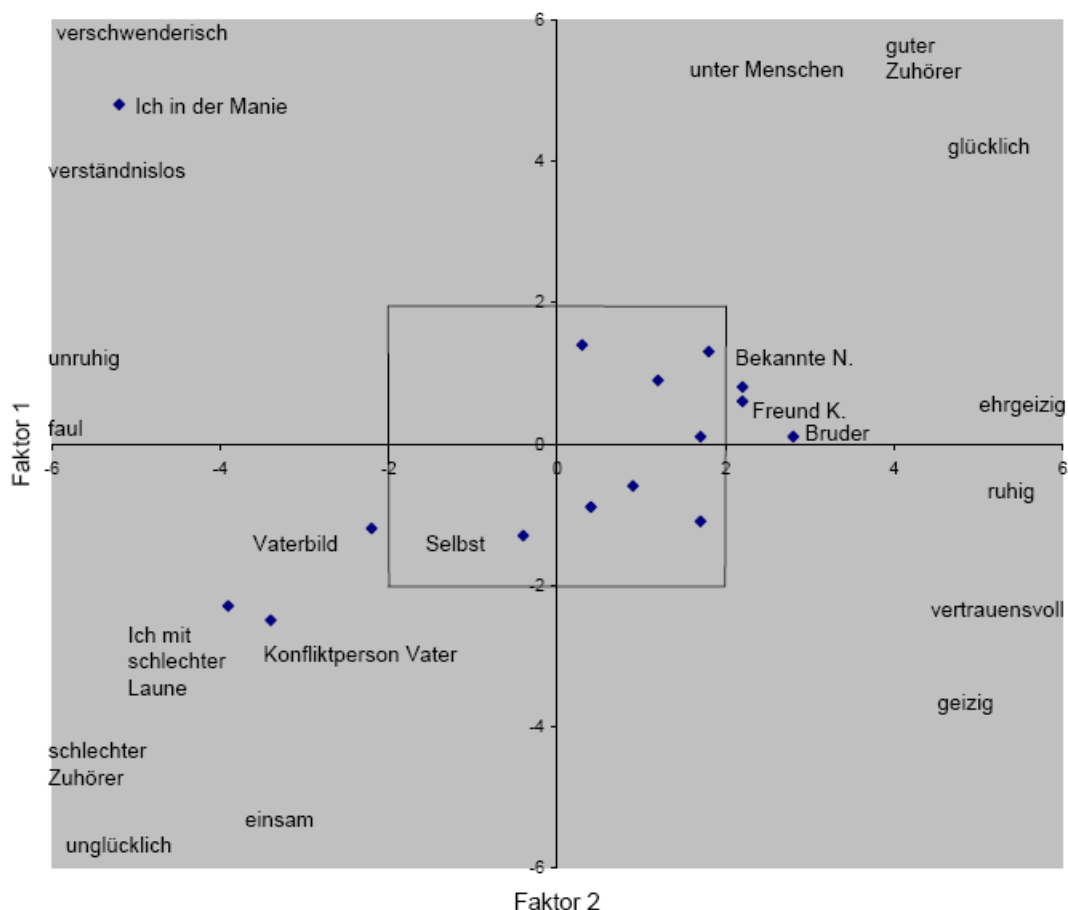


Abbildung 23: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse Kasuistik 3022

Das phasenspezifische Selbst steht auf der Seite von den Eigenschaften verschwenderisch, verständnislos, unruhig und faul. Diesen Konstrukten entgegengesetzt konstruiert der Patient keine Personen. Der Bruder, die Bekannte und ein Freund werden durch die Konstrukte guter Zuhörer, unter Menschen und glücklich charakterisiert. Den Gegenpol hierzu bilden das „Ich mit schlechter Laune“ und der Vater als Konfliktperson mit den Gegensätzen der Konstrukte „schlechter Zuhörer“, „unglücklich“ und „einsam“.

Das Ideal-Selbst wird in der Nähe des Bekanntenkreises und des Bruders konstruiert, als Gegenpol zu dem Vater und dem „Ich mit schlechter Laune“, die sehr ähnlich konstruiert werden. Herr B möchte nicht so sein wie sein übellauniges Selbst und

sein Vater.

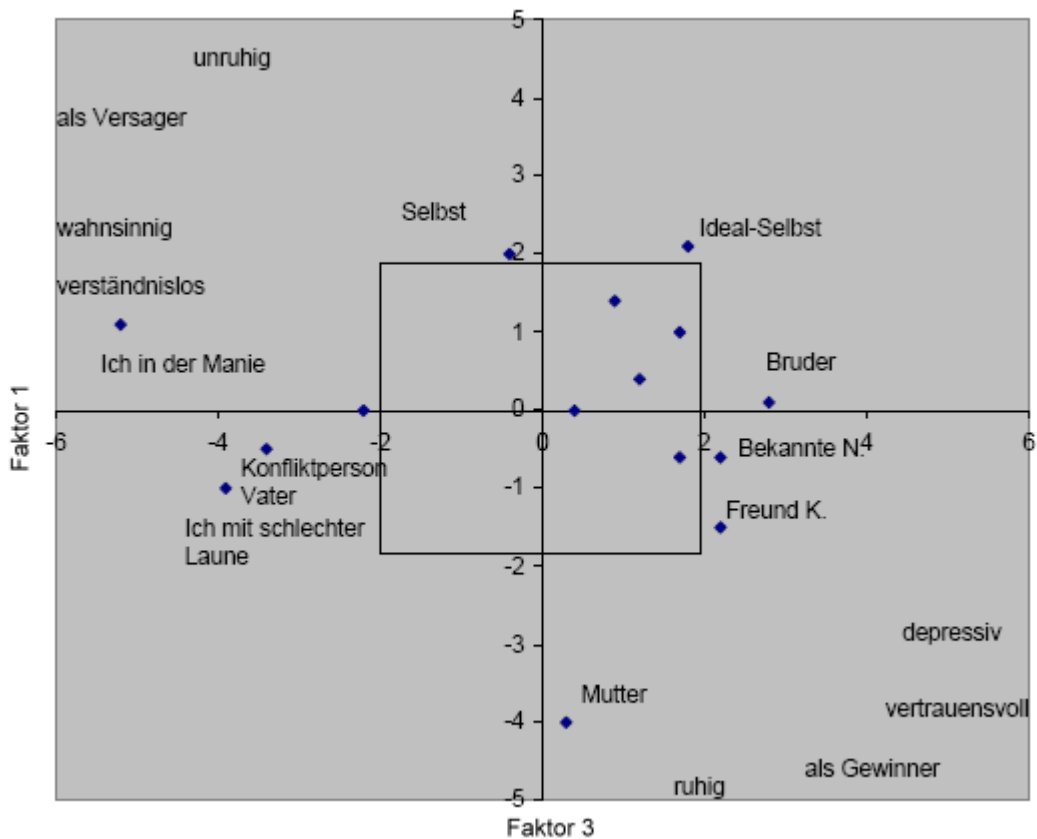


Abbildung 24: Grafik 2 der Hauptkomponentenanalyse (Patient 3022)

Im Gegensatz zu der ersten Grafik ist in dieser Abbildung die Mutter als Gegenpol zu dem phasenspezifischen Selbst zu sehen. Sie wird als „depressiv“, „vertrauensvoll“, „ruhig“ und „als Gewinner“ bezeichnet. Das phasenspezifische Selbst bildet hierzu den Gegenpol. Über dem zweiten und dritten Quadranten können keine Konstruktpaare zugeordnet werden, da sich die dort lokalisierten Konstrukte im Faktor eins und drei nicht differenzieren lassen.

Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,87
Selbst – normatives Selbst	0,71
Normatives Selbst – Ideal-Selbst	0,58

Tabelle 33: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Patient 3022)

Aus allen drei Distanzmaßen geht kein eindeutiges hohes bzw. niedriges Selbstwertgefühl hervor. Herr B besitzt ein durchschnittliches Selbstwertgefühl.

Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,25	1,21
Vater	0,66	0,52
Konfliktperson Vater	0,98	1,34
Partnerin	0,85	0,75

Tabelle 34: Distanzen zu den Objekten (Patient 3022)

Die Distanzen zur Mutter sind groß.

Die Abstände zum Vater sind auffällig klein, es zeigt sich eine idealisierte Abhängigkeit. Die Distanzen zum Vater als Konfliktperson unterscheiden sich deutlich von den Distanzen zum Element Vater. Besonders die Distanz von der Konfliktperson Vater zum Ideal-Selbst ist auffallend groß. Herr B scheint die Person des Vaters zu spalten, die positiven Anteile werden dem Vater, die negativen Anteile der Konfliktperson Vater zugeordnet.

Die Beziehung zu einer früheren Partnerin ist durch das Distanzmaß als unauffällig zu bezeichnen.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,49	1,50

Tabelle 35: Distanzen zum „Ich in der Manie“ (Patient 3022)

Beide Abstände sind sehr groß, das Selbst in der Krankheit wird vom „gesunden“ Selbst abgelehnt und abgespalten.

Selbst – Identitäts – Objekt – Grafik

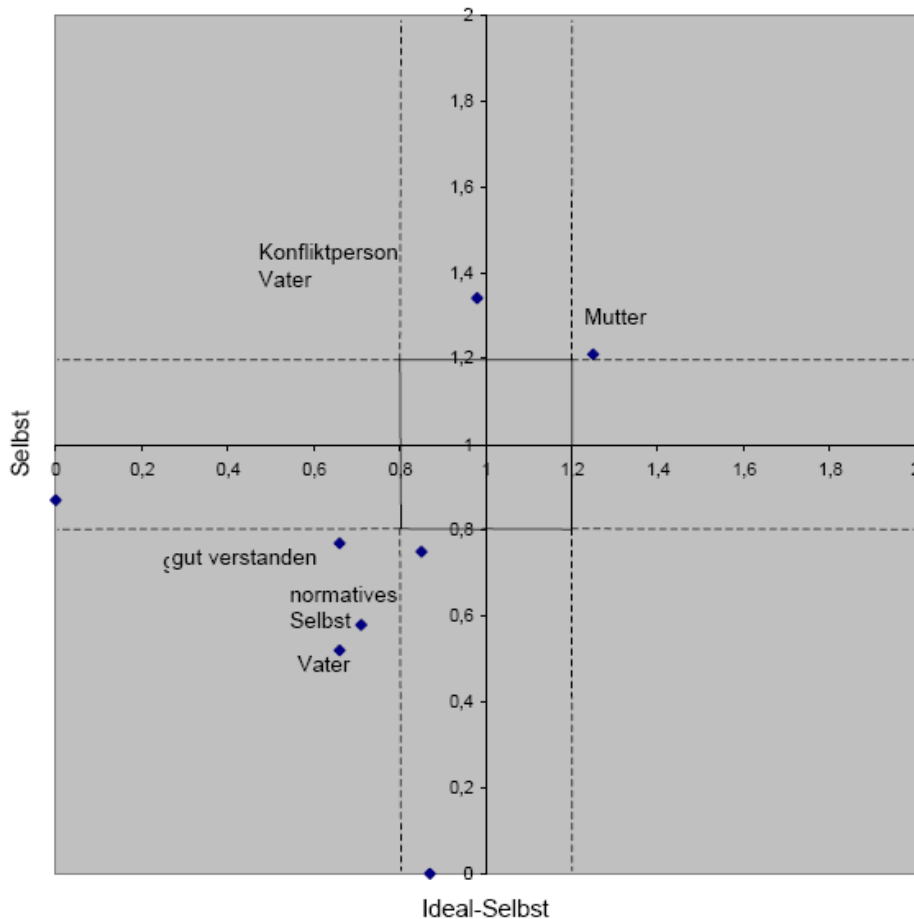


Abbildung 25: SIOG (Patient 3022)

Die meisten Elemente liegen in dem Quadranten, der eine Ähnlichkeit zu beiden Selbstelementen symbolisiert. Dazu zählen die „Person, von der ich mich besonders gut verstanden fühle“ und der Vater. Ebenso liegt das normative Selbst in der Nähe des Vaters. Dies lässt rigide Persönlichkeitsanteile und eine idealisierte Abhängigkeit vom Vater und dem Freund vermuten.

Die Mutter wird beiden Selbstanteilen fern konstruiert, sie wird vom Patienten distanziert und entwertet.

Der Vater als Konfliktperson unterscheidet sich erwartungsgemäß vom Element Vater, er wird dem Selbst ähnlich, aber dem Ideal-Selbst unähnlich beschrieben.

SIOG Diagnosen

Der Patient erfüllt keine Diagnosekriterien und ist nach dieser Definition eine unauffällige Persönlichkeit.

6.2.2 Gießen-Test

Skalenwerte

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Mutter	Vater
Skala 1	31	32	32	38	35
Skala 2	30	30	32	32	28
Skala 3	20	18	21	19	30
Skala 4	22	20	15	13	15
Skala 5	21	14	16	11	19
Skala 6	22	15	16	19	18

Tabelle 36: Skalenwerte des Gießen-Tests (Patient 3022)

Selbstwertgefühl

Keine der Skalen (1, 3, 4 und 6) zeigt prägnante Unterschiede zu der Kontrollgruppe. Herr B stellt sich gering positiv sozial resonant unterkontrollierter, depressiver und sozial impotenter dar.

Selbst- und Idealbild unterscheiden sich in zwei Skalen prägnant voneinander (Durchlässigkeit und soziale Potenz). Ebenso das Selbst und das normative Selbst (Grundstimmung und soziale Potenz). Herr B sieht sich sozial impotenter als er gerne wäre und auch als er sein normatives Selbst konstruiert.

Zwischen dem Ideal-Selbst und dem normativen Selbst besteht nur ein prägnanter Unterschied (Durchlässigkeit).

Zwischen den Selbstbildern besteht nur ein gering größerer Abstand als in der Kontrollgruppe. Es scheint sich ein normales Selbstwertgefühl durch den Gießen-Test anzudeuten.

Vergleich der Selbstbilder mit Mutter und Vater

Das Selbstbild ist durchweg verschieden von den Bildern der Eltern beschrieben. Auf der ersten Skala (soziale Resonanz) ist die Mutter um mehr als eine Standardabweichung positiv resonanter beschrieben als sein Selbst, der Vater liegt zwischen der Beschreibung der Mutter und des Selbst (prägnanter Unterschied). Auf der zweiten Skala unterscheiden sich die Bilder der Eltern wenig vom Selbstbild. Auf der Skala der Zwanghaftigkeit ähnelt das Selbstbild dem der Mutter. Der Vater wird um fast zwei Standardabweichungen zwanghafter beschrieben. Auf der dritten Skala werden Mutter und Vater hypomanischer dargestellt als das Selbst. Der Vater ist um eine Standardabweichung hypomanischer, die Mutter um fast zwei. Auf der Skala der Durchlässigkeit ähneln sich die Bilder des Selbst und des Vaters. Die Mutter wird viel durchlässiger eingeschätzt (mehr als eine Standardabweichung). Auf der sechsten

Skala ist der Unterschied nicht sehr groß, beide Elternteile werden etwas potenter beschrieben als das eigene Selbst.

Das Idealbild scheint den Fremdbildern des Vaters und der Mutter gleich nah/entfernt zu sein (jeweils zweimal prägnante Unterschiede).

Im Vergleich des normativen Selbst mit Mutter und Vater werden auf der ersten Skala alle drei Bilder als positiv sozial resonant eingeschätzt, in der Reihenfolge normatives Selbst, Vater und Mutter, wobei der Abstand des Selbstbildes zur Mutter eine Standardabweichung beträgt. Auf der Skala der Dominanz sind das normative Selbst und das Bild der Mutter identisch beschrieben. Der Vater wird dominanter konstruiert. Auf der dritten Skala ähneln sich das normative Selbst und das Bild der Mutter, beide sind sehr unterkontrolliert beschrieben. Der Vater ist um mehr als eine Standardabweichung zwanghafter. Auf der Skala der Stimmung sind das Selbstbild und das Bild des Vaters identisch, die Mutter wird etwas hypomanischer beschrieben als die anderen beiden Bilder. Auf der Skala der Durchlässigkeit liegt das normative Selbst zwischen den Bildern der Eltern. Der Vater wird etwas retentiver, die Mutter dagegen durchlässiger beschrieben. Auf der sechsten Skala ähneln sich die drei Bilder, das normative Selbst wird am sozial potentesten konstruiert, es folgen der Vater und die Mutter. Insgesamt sind auch zwischen dem normativen Selbst und der Mutter und Vater keine Unterschiede. Hieraus lassen sich keine Idealisierungen oder Abhängigkeiten schließen.

6.2.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente

Höchste Aufklärung: phasenspezifisches Selbst (24,52%), „Ich mit schlechter Laune (11,26%), Konfliktperson Vater (10,06%), Mutter (9,31%), Vaterbild (6,56%), Ideal-Selbst (6,02%). Knapp 36% wurde durch das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ aufgeklärt

Hypothese 3 A:

Distanzen Selbst – Ideal-Selbst: 0,87, Selbst – normatives Selbst: 0,71, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 0,58. Alle Distanzen indifferent, normales Selbstwertgefühl.

Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst am größten.

Hypothese 3 C:

Abstände zwischen Selbst und Ideal-Selbst im Gießen-Test:

auf den Skalen für Durchlässigkeit und soziale Potenz prägnante Unterschiede, leicht größerer Abstand als in der Kontrollgruppe, gering niedrigeres Selbstwertgefühl
Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst (Gießen-Test):

auf den Skalen für Grundstimmung und soziale Potenz prägnante Unterschiede, leicht größerer Abstand als in der Kontrollgruppe, gering niedrigeres Selbstwertgefühl

Hypothese 3 D/E: Selbstwertgefühl und Grundstimmung (Skalen 1,3,4 und 6)

Kein Unterschied zur Kontrollgruppe, normales Selbstwertgefühl. Gering depressiver (nicht prägnant) konstruiert.

Hypothese 4 B:

Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst:

auf der Skala für Durchlässigkeit prägnanter Unterschied, leicht größerer Abstand als in der Kontrollgruppe, weniger Beachtung gesellschaftlicher Normen.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C:

Frei gewählte Personen: Bruder, Freund, Bekannte, gut verstanden: Freund, Konfliktperson: Vater, Selbst an achter Stelle

Hypothese 6 D:

Die ersten beiden Konstrukte höchste Ladungen, mit „Selbst“, „Ideal-Selbst“ und den beiden Eltern gebildet, drittes Konstrukt niedrige Ladung

Hypothese 6 E:

Sieben Elemente liegen außerhalb des Indifferenzbereichs (Ich in der Manie, Ich mit schlechter Laune, Vaterbild, Konfliktperson, Bekannte, Freund und Bruder

Hypothese 7 A:

Distanzen zu den Objekten

Distanz vom Selbst zur Mutter: 1,25, zum Vater: 0,66, zur Konfliktperson Vater: 0,98, zur Partnerin: 0,85

Distanz zur Mutter am größten, Distanz zum Vater am kleinsten, Beziehung zur Mutter auffällig groß, zu restlichen Personen durchschnittliche Distanzen.

Distanz vom Ideal-Selbst (Zur Mutter: 1,21, Zum Vater: 0,52, Zur Konfliktperson Vater: 1,34, Zur Partnerin: 0,75)

Distanz zum Vater am kleinsten (Vater wird idealisiert)

Distanz zur Konfliktperson Vater am größten

Zur Partnerin durchschnittliche Distanz, zur Mutter und Konfliktperson auffällig große Distanzen

Hypothese 7 C:

Unterschied zwischen Selbst- und Elternbildern (Gießen-Test)

Unterschied zwischen Selbst und Elternbildern gleich groß (dreimal prägnante Unterschiede).

Unterschied zwischen Ideal-Selbst und Elternbildern: Unterschied gleich groß (jeweils zweimal prägnante Unterschiede).

Unterschied zwischen normativem Selbst und Elternbildern: Unterschied gleich groß (jeweils zweimal prägnante Unterschiede).

Kein Unterschied in den Objektbeziehungen zu beiden Eltern.

6.3 Kasuistik Frau C (3031)

Die Patientin ist Ende vierzig und seit fast dreißig Jahren erkrankt. Die Erstmanifestation trat in der Schwangerschaft auf. Sie ist verheiratet und hat eine erwachsene Tochter.

Sie war seit der Ersterkrankung nur dreimal in stationärer Behandlung, obwohl sie häufiger erkrankt war. Sie nimmt zum Zeitpunkt der Befragung außer L-Thyroxin kein weiteres Medikament ein. Während der manischen Phasen nahm sie Haloperidol. Sie war zwischenzeitlich acht Jahre ohne Beschwerden, nach eigenen Angaben seien seit der Wechseljahre wieder Krankheitsschübe aufgetreten. Seit zwei Jahren nimmt sie an einer ambulanten Gruppentherapie teil. In ihrer Familie sind keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt.

Frau C wuchs in dörflichen Strukturen in einer Großfamilie auf. Sie selbst ist Einzelkind. Ihre Mutter beschreibt sie als eine sehr konservative, an traditionellen Normen haftende und fleißige Frau. Ihr Vater hingegen sei wesentlich weltoffener gewesen und sie hätte zu ihm ein besseres Verhältnis gehabt. Ihre Mutter war Hausfrau und der Vater war als Beamter tätig gewesen. Die Atmosphäre ihrer Kindheit beschreibt sie als wechselhaft, sie hätte in ihrer Freizeit sehr viel helfen müssen. Später hätte der Konflikt mit ihrer Mutter über gesellschaftliche Normen und Lebensauffassungen im Vordergrund gestanden. In dieser Zeit hätte sie ihre Großmutter für deren städtisches Leben und ihr Verständnis anderen Menschen gegenüber bewundert. Als sehr wichtig beschreibt Frau C ihre Ehe und die Beziehung zu ihrer Tochter, die durch ein freundschaftliches Verhältnis geprägt sei. Sie empfindet den Lebensweg ihrer Tochter als sehr positiv und unterstützt sie darin. Sie sieht darin ihre eigenen unerfüllten Wünsche.

Der Kontakt zu der Patientin während des Interview und der Teste ist sehr gut, ihr selbst scheinen die Anforderungen und das Gespräch über sich und ihre Erkrankung

und deren Bewältigung leicht zu fallen. Sie interessiert sich sehr dafür und erledigt die Tests schnell und konzentriert. Es ist spürbar, dass sie es gewohnt ist, sich selbst zu reflektieren. Es liegen keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen vor. Manische Symptome können ausgeschlossen werden.

In der HAMILTON Depressionsskala erreicht sie nur 4, in der Depressionsskala nach ZERSSEN nur 2 Punkte, sie liegt weit unter den Mittelwerten.

6.3.1 Ergebnisse des Repertory Grid Testes

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Tochter	Großmutter	Freundin	Mutter	Vater	Ehemann	Konfliktperson Mutter	Gut verstanden	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
verträglich	2	1	2	1	2	2	3	2	1	5	2	3	2	4	4	unverträglich
ausgeglichen	1	2	1	2	2	2	3	1	2	3	1	3	2	5	5	unausgeglichen
bestimmend	2	2	1	1	3	3	3	2	2	3	2	3	2	5	1	bestimmen lassen
zurückgezogen	3	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	6	lustig
aufgedreht	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	5	1	ruhig
selbstbewußt	3	2	3	2	3	3	4	3	2	1	2	3	3	5	1	unsicher
spontan	4	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	3	3	6	1	in sich hineinfressen
hilfsbereit	1	1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	5	6	unpersönlich
Vertrauen gebend	2	3	3	2	3	2	4	3	2	4	3	4	2	5	5	uninteressiert
unternehmungs- lustig	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	3	4	3	5	1	häuslich
gereizt	3	4	4	4	4	4	3	4	5	3	4	2	4	6	1	gelassen
großzügig	1	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	4	6	geizig
taktlos	3	3	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	5	1	1	taktvoll
phantasievoll	2	3	3	2	3	3	4	3	3	4	3	4	3	6	1	phantasielos

Abbildung 26: Originaldaten Patientin 3031

Die frei zu wählenden Elemente füllt sie mit ihrer Tochter, ihrer Großmutter väterlicherseits und einer Freundin aus Schulzeiten. Sie setzt bewusst die Person Mutter auch als Konfliktperson ein. Außerdem wählt sie ihren Mann zweimal, als ihren Partner und als Person, von der sie sich besonders gut verstanden fühlt. Die ersten drei Konstrukte, die mit dem Selbst, dem Ideal-Selbst, dem normativem Selbst und den Eltern gebildet werden, sind „verträglich – unverträglich“, „ausgeglichen – unausgeglichen“, „bestimmend – bestimmen lassen“. Das Konstruktpaar „spontan – in sich

hineinfressen“ erwähnt sie mehrmals, unter anderem in dem Zusammenhang mit ihren manischen Phasen. Da könne sie spontan sein. In ihrem sonstigen Leben fräße sie immer alle Probleme in sich hinein, diese Charaktereigenschaft bereite ihr sehr viel Probleme und deshalb genieße sie auch die Spontanität in der Manie.

Varianzen und Ladungen

	Spur	Prozent
Faktor 1	106,01	41,52
Faktor 2	87	34,15
Faktor 3	21,29	8,34

Tabelle 37: Varianzen der drei Hauptkomponenten (Patientin 3031)

75% der Gesamtvarianz teilt sich fast gleichmäßig unter den ersten beiden Faktoren auf, der dritte Faktor nimmt nur 8.34% der Varianz ein. Die Patientin besitzt ein hoch differenziertes Konstruktsystem, das sich über die zwei ersten Faktoren gut darstellen lässt. Über 60% der Gesamtvarianz wird von dem phasenspezifischen Selbst und dem „Ich mit schlechter Laune“ aufgeklärt, erst mit 6% Aufklärung kommt das Selbst an dritter Stelle, danach als Konfliktperson die Mutter und der Ehemann. Fast 70% werden durch Selbstbilder abgedeckt. In der Manie und mit schlechter Laune konstruiert sie sich über den ersten Faktor der Hauptkomponentenanalyse als „unausgeglichen“, im Gegensatz dazu sieht sie sich selbst und ihren Ehemann als „ausgeglichen“. Über den zweiten Faktor der Hauptkomponentenanalyse definiert sie sich in der Manie als „lustig“, „spontan“ und „phantasievoll“.

Hauptkomponentenanalyse Grafik 1

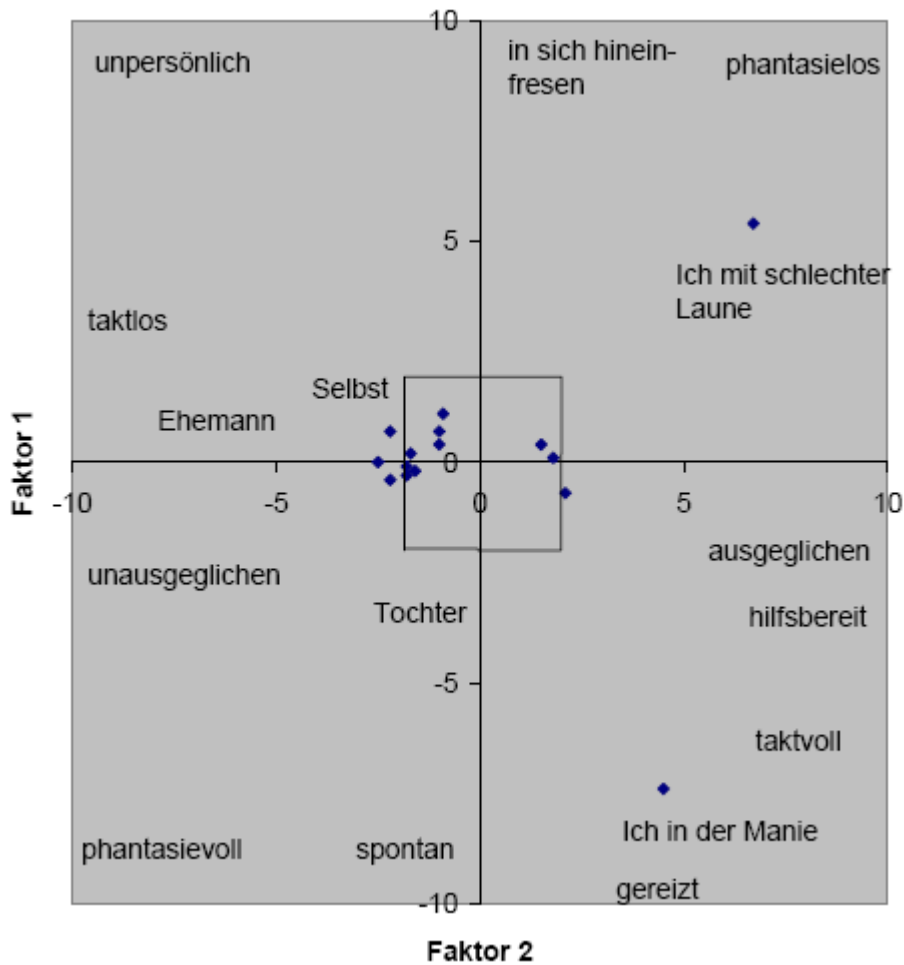


Abbildung 27: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Patientin 3031)

In der ersten Grafik fällt auf, dass die meisten Elemente im Indifferenzbereich liegen und damit keine Aussage über sie möglich ist. Außerhalb dieses Bereiches liegen das phasenspezifische Selbst, das „Ich mit schlechter Laune“, das Selbst, das Ideal-Selbst und der Ehemann. Das Selbst und der Ehemann liegen sehr dicht beieinander und weit entfernt von dem phasenspezifischen Selbst und dem „Ich mit schlechter Laune“. Die Mutter als Konfliktperson wird sehr nahe an dem Krankheitsbild in der Manie konstruiert.

Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,57
Selbst – Normatives Selbst	0,62
Ideal-Selbst – Normatives Selbst	0,47

Tabelle 38: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik 3031)

Sie besitzt ein durchschnittliches Selbstwertgefühl. Der Abstand zwischen dem

Ideal-Selbst und dem normativem Selbst ist sehr gering, dies verdeutlichte einen hohen Selbstanspruch.

Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,05	0,88
Vater	0,66	0,52
Ehemann	0,88	0,62

Tabelle 39: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik 3031)

Die Beziehung zum Vater ist als auffällig zu werten, beide Distanzen sind sehr klein. Es zeigt sich darin eine mangelnde Abgrenzung und Idealisierung. Die Distanzen zur Mutter sind indifferent. Der Ehemann wird idealisiert.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,81	1,61

Tabelle 40: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Patientin 3031)

Die Distanzen sind sehr groß, der Persönlichkeitsanteil in der Krankheit ist abgespalten oder abgewehrt.

Selbst – Identitäts – Objekt - Grafik

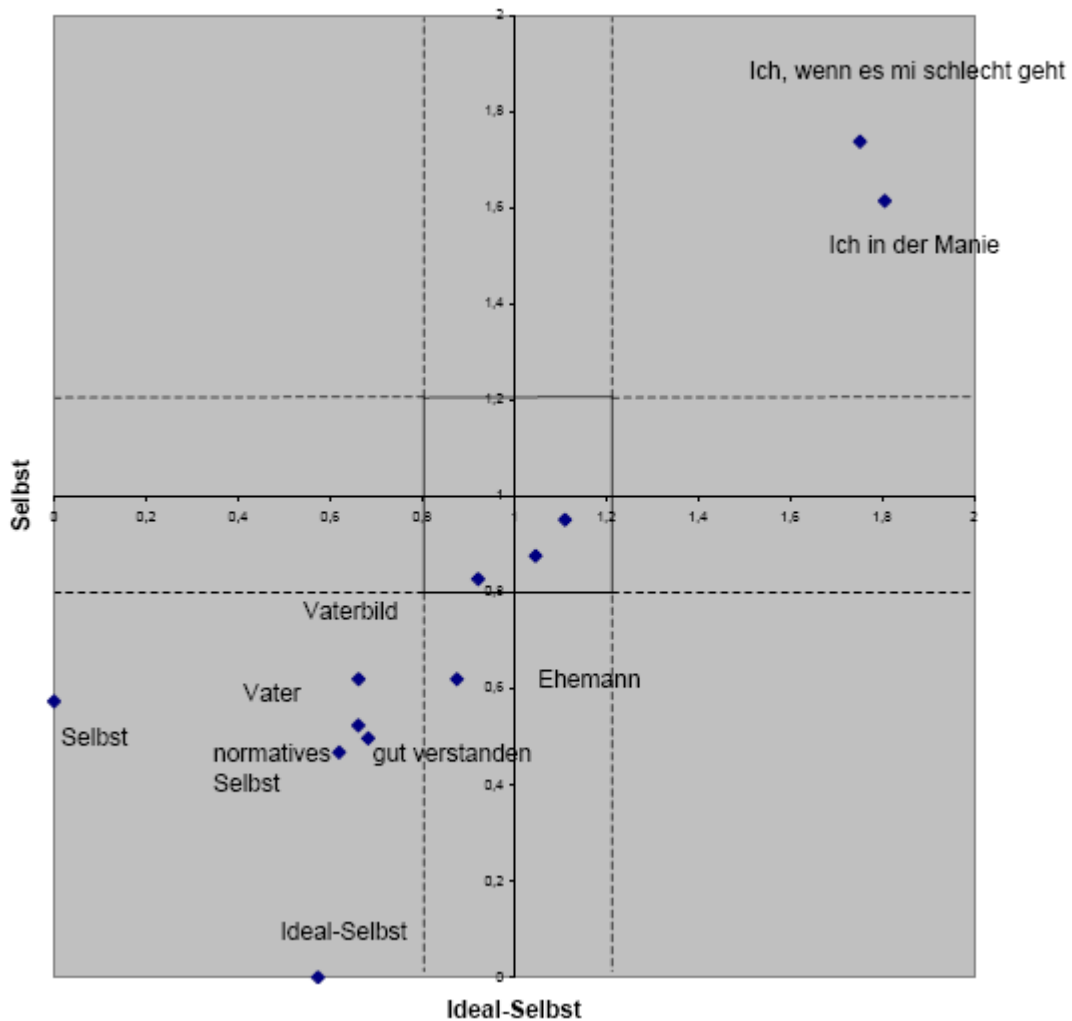


Abbildung 28: SIOG der Patientin 3031

Das normative Selbst stellt sich in Q_3 dar, dies spricht für rigide Persönlichkeitsanteile. Vom Vater und von der Person des Ehemanns („Von der Person, von der ich mich gut verstanden fühle“) ist eine idealisierte Abhängigkeit zu vermuten. Das phasenspezifische Selbst und das „Ich, wenn es mir schlecht geht“ werden entwertet (Q_2).

SIOG Diagnosen

Die Patientin zeigt eine Selbst – Ideal-Selbst Konvergenz ohne Kombination mit anderen Diagnosen. Sie ist damit eine „selbstzufriedene“ Person.

6.3.2 Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	25	26	23	28	30
Skala 2	27	26	26	24	28
Skala 3	28	30	28	25	28
Skala 4	27	20	26	15	24
Skala 5	22	21	24	23	18
Skala 6	20	25	18	19	21

Tabelle 41: Gießen-Test Ergebnisse Kasuistik Frau C (3031)

Ihr Selbst sieht die Patientin leicht negativer resonanter, zwanghafter und prägnant depressiver als die Vergleichsgruppe. Die Grundstimmung ist um einiges depressiver als die Grundstimmung der Kontrollgruppe. In den anderen für das Selbstwertgefühl relevanten Skalen existieren keine prägnanten Unterschiede.

Ihr Selbstbild unterscheidet sich in zwei Skalen prägnant vom Idealbild, das Ideal wurde hypomanischer und sozial potenter konstruiert. Zwischen Selbst, Ideal-Selbst und normativem Selbst sind nur geringe, keine prägnanten Unterschiede sichtbar. Zwischen dem Selbstbild und den Bildern der Eltern werden jeweils einmal ein prägnanter Unterschied sichtbar.

Ihren Vater schätzt die Patientin positiver resonant, weniger dominant und zwanghaft, depressiver, durchlässiger und sozial potenter ein als sie ihr Ideal gerne hätte, insgesamt ist er in den Einschätzungen nicht sehr verschieden von ihrem Selbst dargestellt. Ihre Mutter hingegen sieht sie um einiges (prägnant) sozial potenter als sie selbst sein möchte. Das Ideal ist dem Vater näher als der Mutter. Das normative Selbst gleicht sich auf der Skala der Zwanghaftigkeit exakt dem Bild, das sie von ihrem Vater konstruiert. Auf den anderen Skalen sieht sie ihn prägnant positiv resonanter, weniger dominant, hypomanischer, prägnant durchlässiger und sozial weniger potent als ihr normatives Selbst. Ihre Mutter fällt auch in diesem Vergleich durch den extremen Skalenwert für die Hypomanie und ihre Unterkontrolliertheit auf, diese beiden Extreme gibt die Patientin weder einem ihrer Selbstbilder noch ihrem Vater. Es zeigen sich wenig Unterschiede zwischen dem normativen Selbst und beiden Elternbildern.

In der Repertory Grid-Technik zeigt sich ein durchschnittliches Selbstwertgefühl, das sich durch den Gießen-Test validieren lässt.

Zwischen dem Selbstbild und den Bildern der Eltern bestehen ebenfalls keine großen Unterschiede, das Idealbild ist dem Vater ähnlicher als der Mutter. Jeweils zweimal eine prägnante Distanz zeigt sich zwischen dem normativem Selbst und den Eltern-

bildern. Es besteht eine ausgeglichene Identifikation mit beiden Elternteilen, die idealisierte Abhängigkeit aus dem Ergebnis des Repertory Grid lässt sich allenfalls vermuten.

6.3.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente: höchste Aufklärung: „Ich mit schlechter Laune“ (30,23%), phasenspezifisches Selbst (30,04%), Selbst (6,31%), Konfliktperson Mutter (5,5%), Ehemann (4,59%), Mutter (3,65%);

Mehr als die Hälfte (über 60%) wird durch das „Ich mit schlechter Laune“ und das phasenspezifische Selbst aufgeklärt; Selbst an dritter Stelle

Hypothese 3 A:

Distanzen zwischen den Selbstbildern (Repertory Grid-Technik): durchschnittliches Selbstwertgefühl; Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst am größten

Hypothese 3 C:

Abstand Selbstbilder (Gießen-Test)

Selbst, Ideal-Selbst: zweimal prägnante Unterschiede, etwas größere Differenzen als in Kontrollgruppe

Hypothese 3 C:

Abstand zwischen Selbst und Ideal-Selbst im Gießen-Test: nur auf der Skala der Stimmung prägnanter Unterschied zwischen Selbst und Ideal-Selbst

Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst (Gießen-Test): Selbst und normatives Selbst werden fast identisch beschrieben

Hypothese 3 D/E:

Selbstwertgefühl durch Skalen 1,3,4 und 6: normales Selbstwertgefühl, keine prägnanten Unterschiede zur Kontrollgruppe außer depressiver Grundstimmung.

Hypothese 4 B:

Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst (Gießen-Test): keine prägnanten Unterschiede

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C:

frei gewählte Personen: Tochter, Großmutter, Freundin, gut verstanden Ehemann, Konfliktperson Mutter

Hypothese 6 D:

Varianzaufklärung der Konstrukte: höchste: „hilfsbereit – unpersönlich“ (10,03%),

„taktlos – taktvoll“ (9,56%), „spontan – in sich hineinfressen“ (9,24%), „ausgeglichen – unausgeglichen“ (9,14%), aus Triade „Ideal-Selbst, Mutter, Vater, erst an vierter Stelle)

Hypothese 6 E:

5 Elemente liegen außerhalb des Indifferenzbereichs („Ich mit schlechter Laune“, phasenspezifisches Selbst, Selbst, Ehemann, Tochter)

Hypothese 7 A:

Distanzen zu den Objekten

Distanz vom Selbst: Zur Mutter: 1,05, zum Vater: 0,66, zum Ehemann: 0,88

zur Konfliktperson: 1,11; Distanz zur Mutter und zur Konfliktperson Mutter am größten

Distanz zum Vater am kleinsten.

Beziehung zum Vater auffällig klein, andere Distanzen indifferent.

Distanzen vom Ideal-Selbst: Zur Mutter: 0,88, zum Vater: 0,52, zum Ehemann: 0,62

Zur Konfliktperson Mutter: 0,95; Distanz zum Vater am kleinsten, Distanz zur Konfliktperson Mutter am größten. Vater wird idealisiert. Zum Vater und Ehemann kleine Distanzen, zur Mutter indifferente.

Hypothese 7 C:

Selbstbilder im Vergleich zu den Elternbildern: kein Unterschied zwischen Selbstbild und Mutter und Vaterbild (jeweils einmal prägnanter Unterschied).

Idealbild der Patientin im Vergleich zu Mutter und Vater: Idealbild näher am Vater als an der Mutter.

Normatives Selbst der Patientin im Vergleich zu Mutter und Vater: jeweils zweimal prägnante Unterschiede.

6.4 Kasuistik Frau D (3041)

Die Patientin ist bei der Befragung im vierten Lebensjahrzehnt und seit neun Jahren erkrankt. Sie war seit ihrer Ersterkrankung fünfmal in stationärer Behandlung.

Sie ist verheiratet und hat drei Kinder.

Einen Grund für ihre Erkrankung kann sie nicht nennen. Als einschneidende Veränderungen vor der Ersterkrankung erinnert sie sich an die Trennung von den Eltern und einen durch ihre Heirat bedingten Umzug. In der Familie waren keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt.

Die Patientin wuchs als Kind deutscher Einwanderer im Ausland auf. Bis zum sechsten Lebensjahr lebte sie im elterlichen Haushalt. Danach besuchte sie sieben Jahre ein Internat, im Anschluß daran lebte sie wieder bei den Eltern. Beide Eltern waren

berufstätig.

Frau D ist in der mittleren Geschwisterposition, hat einen älteren Bruder und zwei jüngere Schwestern. Die Atmosphäre in ihrem Elternhaus beschreibt sie als sehr schlecht. Die Beziehung zu den Eltern wäre sehr distanziert gewesen, so hätten sie als Kinder die Eltern in der dritten Person anreden müssen. Es hätte keine Herzlichkeit geherrscht, keine gefühlsmäßige Wärme und die Eltern hätten als Einheit immer Distanz zu den Kindern gehalten. Ein gutes Gespräch wäre nie zustande gekommen. Ihr Erziehungsstil wäre sehr streng gewesen. Aus diesem Grunde hatte sie sich in ihrer Kindheit dem älteren Bruder am nächsten gefühlt. Zwischen ihnen hätte ein gutes Vertrauensverhältnis bestanden. Mit achtzehn Jahren hatte sie die Eltern und das Heimatland verlassen und wäre nach Deutschland gekommen, hier hatte sie ihren jetzigen Mann kennengelernt und ihn geheiratet.

Ein Lebensziel von ihr sei, glücklich alt zu werden. Glück für ihrem Mann und ihre Kindern sei ihr sehr wichtig.

Formale und inhaltliche Denkstörungen liegen bei der Patientin nicht vor. Sie zeigt keine manischen Symptome und eine depressive Nachschwankung wurde durch die Tests ausgeschlossen. Die HAMILTON DEPRESSIONSSKALA ergibt einen Zahlenwert von zwei und die Depressionsskala nach VON ZERSSEN einen von sechs.

6.4.1. Repertory Grid-Technik

Auch diese Patientin bearbeitet den Repertory Grid-Test zügig, sie ist interessiert und der Test bereitet ihr Spaß.

Als freie Elemente wählt sie ihre zwei Töchter und den Sohn. Die Person, mit der sie besonders viele Konflikte hat, füllt sie mit der Schwiegermutter. Eine Freundin wählt sie als Person von der sie sich besonders gut verstanden fühlt.

Originalgrid

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Tochter 1	Tochter 2	Sohn	Mutter	Vater	Ehemann	Konfliktperson Schwiegermutter	Gut verstandene Freundin G.	Mutterbild	Väterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
mütterlich	5	6	3	5	5	4	2	3	5	1	5	2	2	1	6	väterlich
vorwurfsvoll	5	6	6	5	5	5	3	2	6	1	5	2	2	1	6	aner kennend
lieb evoll	2	1	1	2	2	2	4	4	1	5	3	3	3	5	1	ablehnend
streitsüchtig	4	6	5	4	5	3	4	4	5	2	4	4	4	1	5	harmoniebedürftig
verständnisvoll	2	1	1	3	3	4	4	5	2	5	3	4	4	6	6	kein Verständnis
fröhlich	1	1	1	2	2	2	5	5	2	3	2	2	2	6	1	traurig
wütend	5	6	6	4	4	5	3	3	5	2	4	4	5	1	1	zärtlich
ordentlich	4	1	1	4	5	6	3	3	2	1	5	3	4	6	6	unordentlich
witzig	2	2	2	3	4	1	5	4	5	6	2	4	3	6	1	ernst
freundschaftlich	2	1	3	2	2	2	3	3	2	5	3	4	4	5	3	verächtlich
phantasievoll	2	1	2	3	4	4	5	5	2	6	3	4	4	6	1	abgestumpft
sauber	2	2	2	2	3	4	3	3	2	1	3	2	2	5	6	ungepflegt
kämpferisch	3	2	3	3	3	4	2	2	4	1	3	3	3	1	1	anschmiegsam
vertrauensvoll	2	1	1	3	3	3	4	4	2	5	3	4	4	6	6	untreu

Abbildung 29: Originalgrid der Patientin Frau D (Kasuistik 3041)

Varianzen und Ladungen der Elemente und Konstrukte

Faktor	Spur	Prozent
1	277,20	59,6
2	101,12	21,7
3	29,53	6,4

Tabelle 42: Varianzen der Hauptkomponenten (Kasuistik 3041)

Bei Frau D bilden sich die drei Hauptkomponenten mit jeweils 59%, 22% und 7% ab. Sie besitzt somit ein eingegrenzt Konstruktssystem. Es ist zu vermuten, dass dies durch die vor kurzem durchgemachte manische Episode und den noch andauernden Klinikaufenthalt bedingt ist.

Ladungen und Varianzen der Elemente und Konstrukte

Die höchste Varianzaufklärung zeigen das „Ich mit schlechter Laune“ und das phasenspezifische Selbst. Ebenfalls eine hohe Varianz besitzt mit 13% die Konfliktperson Schwiegermutter. Über zehn Prozent der Varianz wird durch das Ideal-Selbst aufgeklärt. Relativ bedeutsam ist das normative Selbst mit 8%. Alle restlichen Elemente einschließlich des Selbst und der Rollenelemente klären wenig der Gesamtva-

rianz auf.

Die zwei Konstrukte, die aus den Triaden des Selbst bzw. des Ideal-Selbst mit Mutter und Vater gebildet werden, zeigen hohe Ladungen. Das Konstruktpaar „ordentlich – unordentlich“ hat eine hohe Varianzaufklärung mit 9,8%.

Grafik1 der Hauptkomponentenanalyse

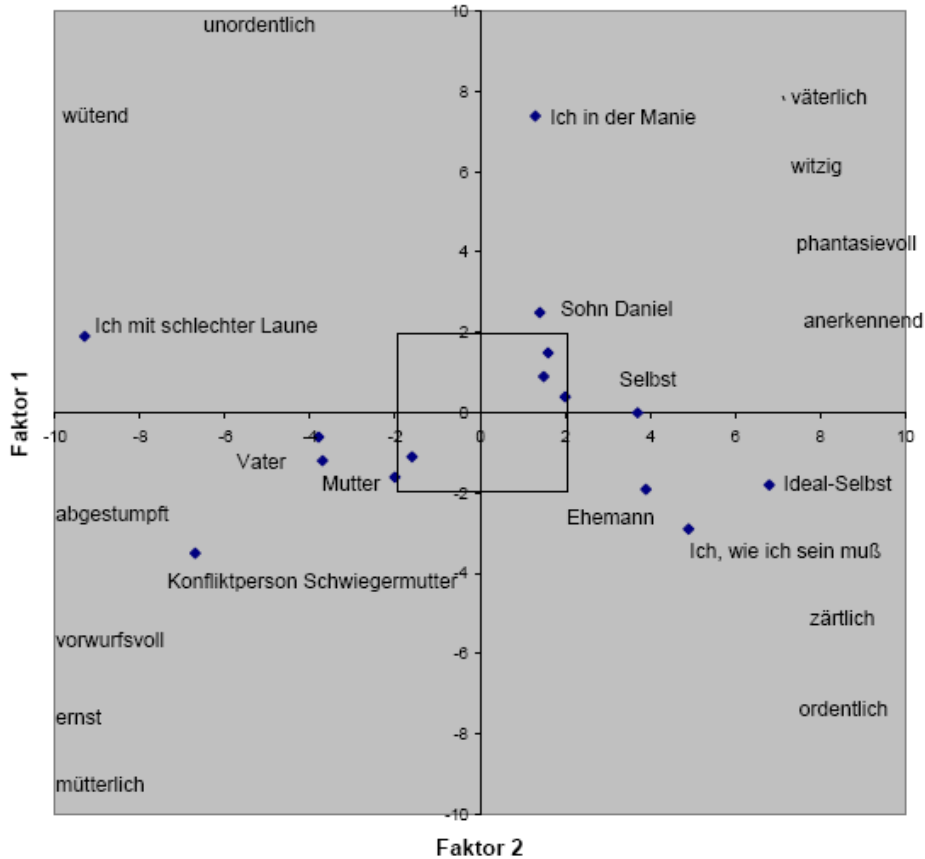


Abbildung 30: Hauptkomponentenanalyse Grafik 1 (Kasuistik 3041)

Das „Ich mit schlechter Laune“ wird über die Konstrukte „abgestumpft“ und „wütend“ definiert. Gegenüber stehen das Selbst, das Ideal-Selbst, das normative Selbst und der Ehemann. Sie werden als „zärtlich“, „ordentlich“ und „aner kennend“ konstruiert.

Vater, Mutter und die Konfliktperson befinden sich auf der Seite des Selbstanteils mit schlechter Laune.

Das phasenspezifische Selbst ist fast als das direkte Gegenteil von der Konfliktperson konstruiert. Die Patientin verbindet diesen Anteil hauptsächlich mit den Attributen „väterlich“ und „unordentlich“. Eine Nähe besteht von dem phasenspezifischen Selbst zum Sohn.

Distanzen zwischen den Selbstelementen als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,58
Selbst – Ich, wie ich sein muß	0,55
Ideal-Selbst – Ich, wie ich sein muß	0,49

Tabelle 43: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Frau D)

Das Selbstwertgefühl dieser Patientin ist als durchschnittlich anzusehen.

Distanzen zwischen dem Selbst und dem Ideal-Selbst zu den Bezugspersonen als Maß für die Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,00	1,32
Vater	1,00	1,33
Ehemann	0,52	0,58

Tabelle 44: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Frau D)

Die Abstände vom Selbst zu den Eltern sind indifferent. Zum Ideal-Selbst sind die Distanzen auffällig groß, sie distanziert sich von beiden Elternteilen. Der Repertory Grid spiegelt die im Gesprächsverlauf geäußerte Antipathie wider. Zum Ehemann sind beide Distanzen auffällig klein, dies deutet auf eine idealisierte Abhängigkeit hin.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,09	1,36

Tabelle 45: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Frau D)

Die Distanz des Bildes in der Krankheit zum Selbst ist unauffällig, zum Ideal ist sie sehr groß.

Selbst – Identitäts – Objekt – Grafik

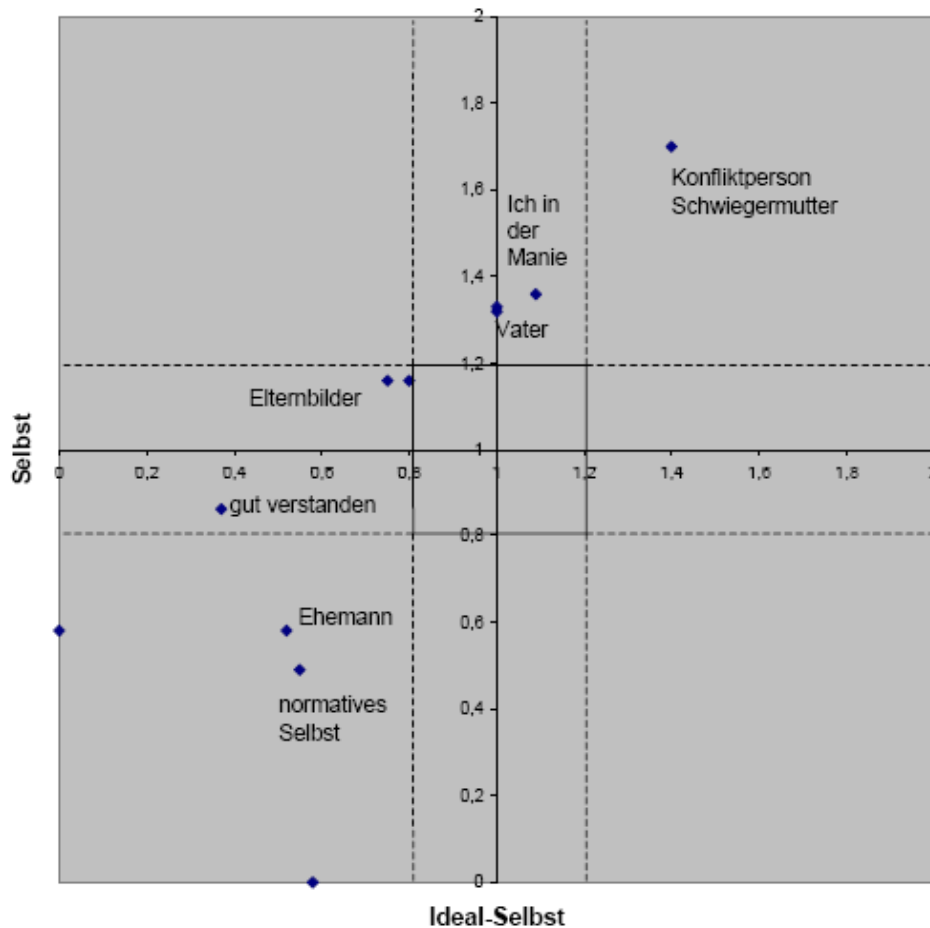


Abbildung 31: SIOG Kasuistik Frau D

Der erste Quadrant enthält kein Element, keine Person ist dem Selbst nahe und gleichzeitig dem Ideal-Selbst fern.

Fern beiden Selbstanteilen – in Quadrant zwei – stellt sich nur die Konfliktperson dar.

Im dritten Quadranten befinden sich das normative Selbst und der Ehemann, diese Elemente werden beiden Selbstanteilen nahe konstruiert. Dies kann als rigide Persönlichkeitsanteile und eine idealisierte Abhängigkeit vom Ehemann interpretiert werden.

Kein Element befindet sich im vierten Quadranten.

SIOG Diagnose

Nach der Diagnosegebung des Grids trifft auf die Patientin keine Diagnose zu. Sie ist als unauffällige Persönlichkeit einzustufen.

6.4.2. Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	29	36	33	29	30
Skala 2	26	22	27	12	19
Skala 3	20	33	18	33	31
Skala 4	28	20	25	26	27
Skala 5	16	11	14	22	23
Skala 6	12	13	10	17	18

Tabelle 46: Skalenwerte des Gießen-Test (Kasuistik Frau D)

Vergleich der drei Selbstbilder

Das Selbst und das Ideal-Selbst unterscheiden sich auf drei Skalen prägnant. Frau D möchte gerne positiv resonanter, um vieles zwanghafter und hypomanischer sein. Lediglich in der Skala der sozialen Potenz gleicht sich ihr Idealbild mit dem Selbstbild. Ihr Selbst ist deutlich weniger sozial resonant als ihr Ideal-Selbst. Ebenso schätzt sie sich deutlich depressiver ein als sie gerne wäre. Das deutet ein eher geringes Selbstwertgefühl an. Insgesamt sieht sie sich selbst auf den Skalen Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz sehr extrem. Ihr Selbst konstruiert sie im Gegensatz zu ihrem Ideal als sehr unterkontrolliert, extrem durchlässig und sehr sozial potent. Zwischen Selbst und normativem Selbst ist nur ein prägnanter Unterschied auf der Skala der Resonanz. Zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst gibt es zwei prägnante Unterschiede (Dominanz und Zwanghaftigkeit).

Das Selbstbild von Frau D unterscheidet sich deutlich von dem Selbstbild der Kontrollgruppe. Auch das Idealbild weicht stark von dem Idealbild der Kontrollgruppe ab.

Die Selbstbilder im Vergleich zu den Eltern

Auf der ersten Skala ist das Selbstbild von Frau D identisch mit dem Fremdbild der Mutter. Auf der zweiten Skala unterscheiden sich die beiden prägnant, die Mutter wird extrem dominant geschildert. Auf der dritten Skala ist der Unterschied ebenfalls prägnant, das Bild der Mutter ist sehr viel zwanghafter als das Selbstbild. Auf der Skala der Stimmung zeigen die zwei Bilder einen Unterschied. Auf der fünften Skala ist ein prägnanter Unterschied sichtbar. Die Mutter wird vergleichbar der Kontrollgruppe beschrieben, während die Patientin ihr Selbst durchlässiger darstellt. Auf der letzten Skala ist der Unterschied auch durch den Extrempol des Selbst bedingt, das Selbst wird sehr potent konstruiert.

Auf der ersten und vierten Skala ähnelt das Selbstbild der Patientin dem Bild des Vaters, das sie von ihm entwirft. Sonst konstruiert sie prägnante Unterschiede, sie sieht

sich weniger dominant, unterkontrollierter, durchlässiger und sozial potenter. Es ist kein eindeutig gutes oder schlechtes Selbstwertgefühl daraus ablesbar.

Ebenso unterscheidet sich das Idealbild von dem Bild der Mutter. Nur auf der Skala der Zwanghaftigkeit sind sie identisch. Ansonsten wünscht sie sich ihr Ideal resonanter, weniger dominant, hypomanischer, um ein Vielfaches durchlässiger und sozial potenter.

Ähnlich groß stellt sich die Distanz zwischen dem Idealbild und dem Bild des Vaters dar. Lediglich auf der zweiten und dritten Skala zeigen sich nicht prägnante Unterschiede der Bilder. Das Ideal von Frau D wünscht sie sich resonanter, hypomanischer, durchlässiger und sozial potenter.

Auch bei dem Vergleich zwischen dem normativen Selbst und der Mutter zeigen sich prägnante Unterschiede. Nur auf der Skala der Stimmung sind die beiden Bilder ähnlich. Ein Unterschied besteht auf der ersten Skala, der aber nicht prägnant groß war. Auf der zweiten Skala wird die Mutter viel dominanter eingeschätzt als das normative Selbst. Ähnlich groß stellt sich der Unterschied auf der dritten Skala dar, das normative Selbst ist extrem unterkontrolliert im Gegensatz zur eher zwanghaften Mutter. Auch auf den letzten beiden Skalen beschreibt die Patientin ihr normatives Selbst durchlässiger und potenter als sie ihre Mutter konstruiert.

Im Vergleich zwischen dem normativen Selbst und dem Bild des Vaters zeigen sich auch wieder Unterschiede, allerdings weniger als im Vergleich zum Bild der Mutter. Das Selbst- und das Fremdbild ähnelt sich auf der vierten, fünften und sechsten Skala.

Die Patientin distanziert sich von ihren Eltern, wie auch in der Repertory Grid-Technik nachgewiesen und im Gespräch zu erfahren war.

6.4.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente: 5 a: höchste Aufklärung: „Ich mit schlechter Laune“ (20,45%), phasenspezifisches Selbst (14,2%), Konfliktperson Schwiegermutter (13,86%), Ideal-Selbst (11,64%), normatives Selbst (8,26%), Ehemann (5,65%).

Circa 34% (weniger als die Hälfte) wird durch das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ aufgeklärt. Selbst mit 3,59% an zehnter Stelle.

Hypothese 3 A:

Distanzen zwischen Selbstelementen im Repertory Grid-Technik.

Selbst – Ideal-Selbst: 0,58, Selbst – normatives Selbst: 0,55, Ideal-Selbst – normati-

ves Selbst: 0,49; durchschnittliches Selbstwertgefühl; Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst am größten.

Hypothese 3 C:

Abstände zwischen Selbst und Ideal-Selbst (Gießen-Test)

Dreimal prägnante Unterschiede zwischen dem Selbstbild und dem Idealbild der Patientin auf den Skalen 1, 3, 4.

Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst: Selbstbild und normatives Selbst sehr ähnlich, nur einmal prägnante Unterschiede.

Hypothese 3 D/E:

Selbstwertgefühl durch die Skalen 1,3, 4 im Gießen-Test: dominanter, aber depressiver als Kontrollgruppe, keine eindeutige Tendenz.

Hypothese 4 B:

Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst (Gießen-Test): zweimal prägnante Unterschiede auf der Skalen für Dominanz und Zwanghaftigkeit, aber normatives Selbst dem Selbst ähnlicher als dem Ideal-Selbst.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C:

Frei gewählte Personen: Tochter 1, Tochter 2, Sohn , gut verstanden Freundin, Konfliktperson Schwiegermutter.

Hypothese 6 D:

Varianzaufklärung der Konstrukte: höchste: vorwurfsvoll – anerkennend (11,17%), ordentlich – unordentlich (9,80%), mütterlich – väterlich (9,31%); erste und dritte aus den ersten drei Triaden.

Hypothese 6 E:

Zehn Elemente liegen außerhalb des Indifferenzbereiches („Ich in der Manie“, Sohn, Selbst, Ideal-Selbst, Ehemann, Ich, wie ich sein muß, Konfliktperson, Vater, Mutter und „Ich mit schlechter Laune“)

Hypothese 7 A Distanzen zu den Objekten

Distanzen zum Selbst: Distanz zu Mutter und Vater am größten, Distanz zum Ehemann am kleinsten, Beziehung zum Ehemann auffällig klein, zu den Eltern indifferent.

Distanz zum Ideal-Selbst: Distanz zum Ehemann am kleinsten, Distanz zum Vater am größten. Vater und Mutter werden abgewehrt, zu Vater und Mutter sehr große Distanzen, zum Ehemann sehr kleine Abstände.

Hypothese 7 C:

Selbstbilder im Vergleich zu den Elternbildern (Gießen-Test)

Selbstbild im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz.

Selbstbild im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz. Unterschied zwischen Selbst und Elternbildern gleich groß.

Idealbild im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Dominanz, Stimmung und Durchlässigkeit. Sehr verschiedene Persönlichkeitsbilder.

Idealbild im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Stimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz. Gleiche Differenzen zwischen dem Selbstbild und den Elternbildern.

Normatives Selbst von Frau D im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz.

Normatives Selbst von Frau D im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnanter Unterschied in der Skala für Resonanz. Vaterbild dem normativem Selbst sehr viel ähnlicher als dem Mutterbild.

6.5 Kasuistik Herr E (3052)

Der Patient ist 24 Jahre alt und seit drei Jahren erkrankt. Er befand sich seit der Erstmanifestation zweimal in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Vor der Erstmanifestation konnte er sich an einige Veränderungen in seinem Leben erinnern. Zu dem Zeitpunkt hatte er die Lehre beendet und trat in das Berufsleben ein. Sehr viele Ängste und Zweifel waren mit einer beruflichen Zukunftsangst verbunden. Zusätzlich verstarb seine Großmutter väterlicherseits, die ihm sehr viel bedeutete. Er sprach sehr viel über seine Zukunftsängste und die Probleme in seinem Beruf. Psychiatrische Erkrankungen sind in seiner Familie nicht bekannt.

Der Patient wuchs auf dem elterlichen Hof auf, den er für die Lehre zwischenzeitlich verließ. Er hat einen älteren und einen jüngeren Bruder und eine ältere Schwester.

Die Atmosphäre im Elternhaus beschreibt er als gut. Die Kinder hätten immer viel Freizeit gehabt, es hätte wenig Spannungen und viel Verständnis von seiten der Eltern gegeben. Der Großvater wäre für ihn früher wegen seiner Ruhe ein Vorbild gewesen und zu ihm hätte er sich auch in seiner Kindheit am nächsten gefühlt.

Das Ergebnis der HAMILTON DEPRESSIONSSKALA ist 10, der Depressivitätstest nach VON ZERSEN ergibt einen Wert von 7. Eine depressive Nachschwankung liegt nicht vor.

Inhaltliche und formale Denkstörungen sind nicht sichtbar und der Patient zeigt zum Zeitpunkt des Interviews keine manische Symptomatik.

6.5.1 Repertory Grid-Technik

Die Erarbeitung der Konstrukte fällt ihm nicht immer leicht. Die offenen Elemente füllt er mit seinem älteren Bruder, seiner Schwester und seiner Großmutter. Für die Person, mit der er am meisten Konflikte hat, wählt er seinen jüngeren Bruder. Der Großvater stellt die Person dar, von der er sich besonders gut verstanden fühlt. Das Element Partnerin bleibt unausgefüllt. Auch bei diesem Patienten werden die drei ersten Konstrukte mit den Triaden aus den drei Selbstanteilen und Mutter und Vater gebildet.

Originalgrid Patient 3052

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Großmutter	Bruder	Schwester	Mutter	Vater	Konfliktperson Bruder	Gut verstanden Großvater	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
sorgsam	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	im Stich lassen
einflußreich	1	1	1	1	2	3	2	2	3	2	3	3	3	4	kein Einfluß ausübend
freizügig	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	4	5	einengend
erregbar	5	6	5	5	4	4	5	5	4	5	4	3	3	2	gelassen
ausgeglichen	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	6	zappelig
genau	3	3	1	2	2	2	2	2	3	2	3	4	4	4	unordentlich
aggressiv	5	6	6	5	5	5	6	6	3	5	4	4	2	2	ruhig
dominierend	5	6	5	2	5	5	4	4	3	5	4	5	2	1	nicht aufzwingend
fleißig	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	1	schlampig
gehorsam	1	1	1	2	2	2	1	1	3	2	2	2	4	6	ungezogen
vernünftig aktiv	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	4	nicht arbeitstreu
verträglich	2	1	2	2	2	2	2	2	4	2	3	3	5	4	feindselig
starrköpfig	5	6	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	2	1	einsichtig

Abbildung 32: Originalgrid von Kasuistik Herrn E (3052)

Beim Betrachten des Originalgrid fällt die Ähnlichkeit vieler Elemente auf. Zum Teil sind fünf/sechs Elemente hintereinander mit der gleichen Ziffer eingeschätzt, sie un-

terscheiden sich nach Meinung der Testperson nicht.

Varianzen und Ladungen

	Spur	Prozent
Faktor 1	175,43	80,05
Faktor 2	15,03	6,86
Faktor 3	10,25	4,68

Tabelle 47: Varianzen der drei Hauptfaktoren (Herr E)

Der Patient besitzt ein stark eingegengtes Konstruktsystem. Die hohe Ladung auf der ersten Dimension könnte durch große Angst bedingt sein, Angst vor der eigenen Erkrankung und Angst vor seinem Arbeitsleben. Letzteres wurde von Herrn E häufig während der Testphase verbalisiert.

Ladungen und Varianzen der Elemente und Konstrukte

Das phasenspezifische Selbst klärt mit 36% den größten Teil der Gesamtvarianz auf. Mit fast 20% rangiert das Selbstbild „Ich mit schlechter Laune“ an zweiter Stelle. Zehn Prozent der Gesamtvarianz klärt das Ideal-Selbst auf und fünf Prozent das normative Selbst. Alle anderen Elemente liegen mit ihrer Varianzaufklärung unter fünf Prozent.

Mit ungefähr zwölf Prozent klären die Konstrukte „aggressiv – ruhig“, „gehorsam – ungezogen“ und „starrköpfig – einsichtig“ insgesamt 36 % der Gesamtvarianz auf.

Hauptkomponentenanalyse Grafik 1

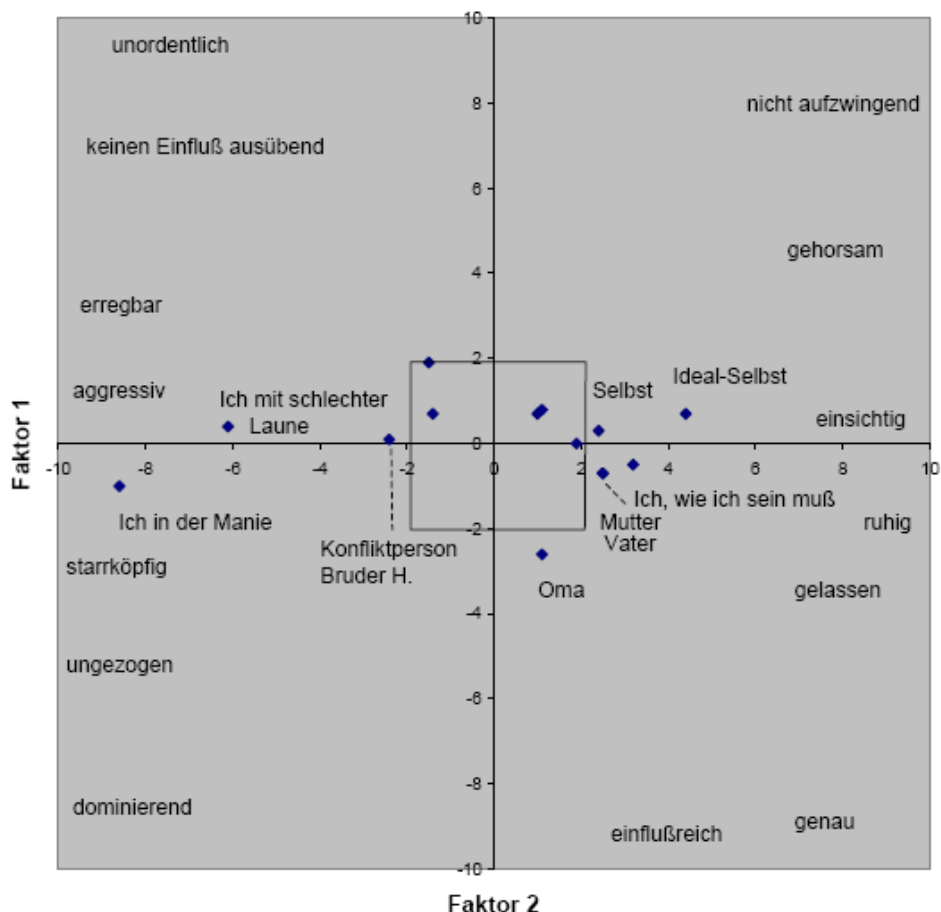


Abbildung 33: Hauptkomponentenanalyse Grafik 1 (Kasuistik Herr E, 3052)

Die Grafik stellt sich sehr polar dar. Auf der einen Seite stehen die Elemente phasen-spezifisches Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“. Sie werden mit den Eigenschaften „erregbar“, „aggressiv“, „starrköpfig“ und „ungezogen“ konstruiert. Auf der Gegenseite dazu stehen die drei Selbstelemente, die Eltern und die Großmutter. Diese werden nun mit den Eigenschaften gehorsam, einsichtig, ruhig und gelassen konstruiert und stellen so den Gegenpol zu den zwei Selbstbildern dar.

Distanzen zwischen den Selbstbildern als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,42
Selbst – „Ich, wie ich sein muß“	0,39
Ideal-Selbst – „Ich, wie ich sein muß“	0,52

Tabelle 47: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr E, 3052)

Die beiden ersten Distanzen sind auffallend klein, der Patient besitzt ein hohes Selbstwertgefühl. Dies steht im Gegensatz zu dem stark eingegengten Konstruktsystem. Diese Konstellation würde der These von SPERLINGER (1976) widersprechen, dass ein niedrig differenziertes Konstruktsystem mit einem niedrigen Selbstwertge-

fühl einhergeht.

Das hohe Selbstwertgefühl im Repertory Grid-Test widerspricht der großen Differenz zwischen Selbst und Ideal-Selbst auf den Skalen des Gießen-Testes. Lediglich das eingeeengte Konstruktsystem, deutlich durch die hohe Varianzaufklärung der ersten Hauptkomponente, könnte im Sinne einer Krisensituation mit der großen Differenz der beiden Selbstbilder im Gießen-Test übereinstimmen. Einen Hinweis auf eine Problemsituation im Leben des Patienten bietet das Interview, in dem er über massive Zukunftsängste berichtete.

Distanzen zwischen den Selbstbildern und den Objekten als Maß für die Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	0,34	0,55
Vater	0,34	0,55

Tabelle 48: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr E, 3052)

Die Distanz vom Selbst zu beiden Eltern ist sehr gering und damit als auffällig zu betrachten. Beide Elternteile sind identisch konstruiert, daher sind auch die Abstände zu ihnen gleich. Die Abstände zum Ideal-Selbst sind indifferent.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,96	2,28

Tabelle 49: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Herr E)

Die Distanzen sind sehr groß, das Selbst in der Krankheit wird abgelehnt.

SIOG

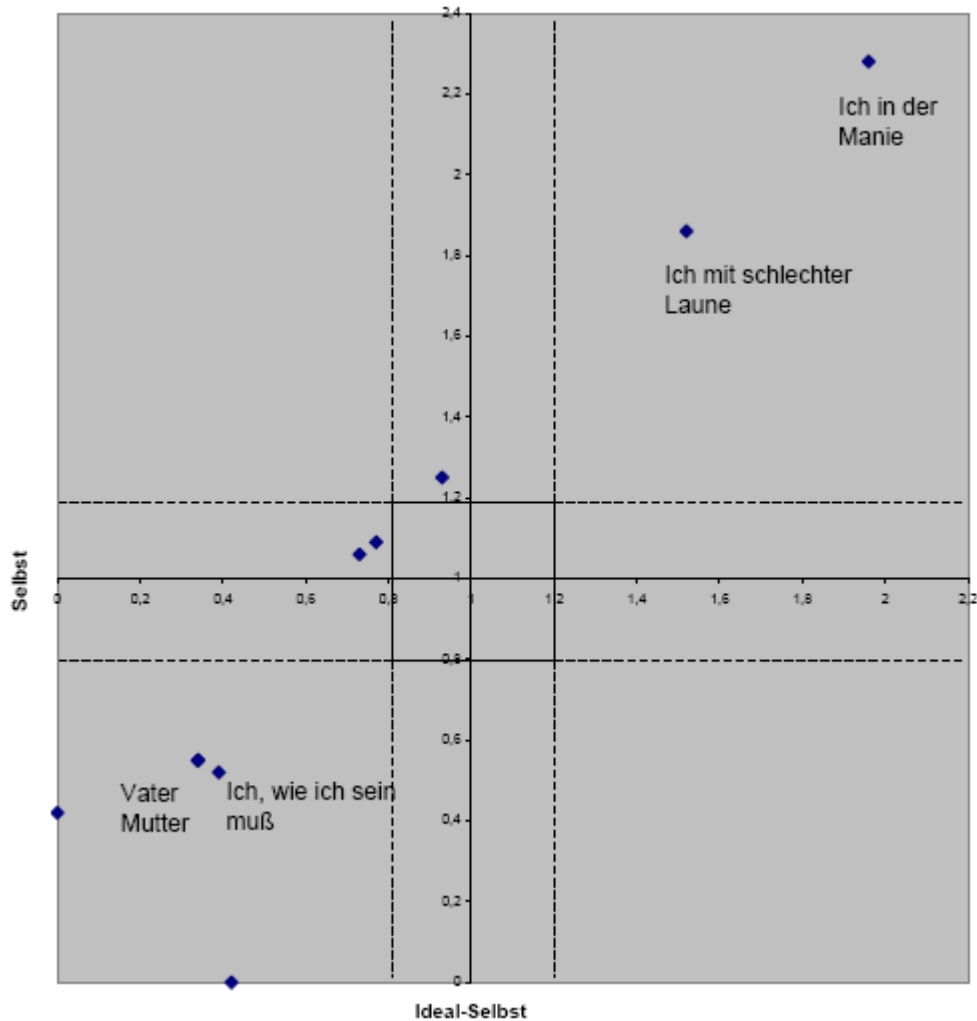


Abbildung 34: SIOG Kasuistik Herr E (3052)

Die Selbst-Identitäts-Objekt-Grafik zeigt, dass die Elemente beiden Selbstanteilen entweder fern oder nahe gesehen werden. Das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ werden entwertet (Quadrant 2). Das normative Selbst im dritten Quadranten zeigt rigide Persönlichkeitsanteile auf. Zu beiden Eltern scheint eine idealisierte Abhängigkeit zu bestehen.

SIOG Diagnosen

Der Patient kann keiner Grid Diagnose zugeordnet werden.

6.5.2 Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst
Skala 1	34	29	37
Skala 2	31	37	31
Skala 3	25	30	27
Skala 4	25	17	19
Skala 5	13	23	16
Skala 6	23	18	22

Tabelle 50: Gießen-Test Ergebnisse (Kasuistik Herr E, 3052)

Bei diesem Patienten sind die Ergebnisse aus dem Gießen-Test sehr auffällig. Der Unterschied zwischen Selbst und Ideal-Selbst ist in den meisten Skalen groß (fünfmal prägnant). Dagegen ist der Unterschied zwischen Selbst und normativen Selbst viel geringer (einmal prägnanter Unterschied in der Grundstimmung). Das Ideal und das normative Selbst unterscheiden sich wieder auf vier Skalen prägnant voneinander.

Die für das Selbstwertgefühl wichtigen Skalen unterscheiden sich in der Grundstimmung und der Resonanz prägnant. Er sieht sich depressiver und positiver resonant als die Kontrollgruppe.

Die Fremdbilder der Eltern fehlten bei diesem Patienten.

6.5.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente: höchste Aufklärung: phasenspezifisches Selbst (36,08%), „Ich mit schlechter Laune“ (18,8%), Ideal-Selbst (9,94%), normatives Selbst (5,5%), Großmutter und Konfliktperson (4,2%), Selbst und Vaterbild (3,48%); circa 54% wird durch „Ich in der Manie“ und „Ich mit schlechter Laune“ aufgeklärt (über die Hälfte); Selbst mit 3,48% an siebter bzw. achter Stelle.

Hypothese 3 A:

Distanzen Selbst – Ideal-Selbst: 0,42, Selbst – normatives Selbst: 0,39, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 0,52; hohes Selbstwertgefühl.

Hypothese 3 C:

Abstände der Selbstbilder im Gießen-Test: Abstände zwischen Selbst und Ideal-Selbst: auf den Skalen für Resonanz, Stimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz prägnante Unterschiede, geringes Selbstwertgefühl.

Distanzen zwischen Selbst und normativem Selbst: Selbstbild und normatives Selbst sehr ähnlich, einmal prägnanter Unterschied auf der Skala für Grundstimmung

Hypothese 3D/E:

Auf den für das Selbstwertgefühl wichtigen Skalen (1,3,4 und 6) zweimal prägnante Unterschiede zur Kontrollgruppe, geringes Selbstwertgefühl.

Hypothese 4 B:

Distanzen zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst

Hypothese 2 k: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Resonanz, Dominanz und Durchlässigkeit und soziale Potenz, deutlicher Unterschied.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C:

Frei gewählte Personen: Großmutter, Bruder 1, Schwester, gut verstandener Großvater, Konfliktperson Bruder 2

Hypothese 6 D:

Varianzaufklärung der Konstrukte: höchste: „dominierend – nicht aufzwingend“ (12,78%), „starrköpfig – einsichtig“ (12,65%), „gehorsam – ungezogen“ (11,73%), kein Konstrukt aus den ersten drei Triaden

Hypothese 6 E:

Neun Elemente liegen außerhalb des Indifferenzbereiches („Ich mit schlechter Laune“, phasenspezifisches Selbst, Konfliktperson, Selbst, Ideal-Selbst, normatives Selbst, Mutter, Vater, Großmutter)

Hypothese 7 A:

Distanzen zu den Objekten (Repertory Grid-Technik)

Distanzen vom Selbst: Distanz zu den Eltern gleich und auffällig klein

Distanz vom Ideal-Selbst: Distanz zu beiden Eltern identisch.

6.6 Kasuistik Frau F (3061)

Die Patientin ist Ende vierzig und hatte seit ihrem 29. Lebensjahr ungefähr 12 Krankheitsschübe gehabt, die zu einer stationären Aufnahme führten. Sie selbst kann die manischen Zustände sehr exakt beschreiben: „Ich bin verändert. Meine Sinne sind überempfindlich, ich fühle mich in nie gekannter Weise überaktiv. Ich bin ein Bündel von Ideen und denke mit einer Präzision, die völlig neu für mich ist, mich begeistert. Alles berauscht mich und erscheint mir im glänzenden Licht. Jede Information und jeder Außenreiz lösen eine Assoziationskette aus, die mein Denken beflügelt und meine Energien hochpowert. Ich taumle von einer beglückenden Situation in die nächste und finde keine Ruhe mehr. Ich esse und schlafe nicht, euphorisch getrieben nehme ich wochenlang jede Begegnung gierig in mich auf..... Am Morgen bin ich

euphorisch, elektrisiert, hellwach. Ich habe Lust auf ein Kunsthappening. Ich nehme Papier, Holz, Glas, Styropor, Pechfackeln und baue kunstvoll alles auf meinem Holztisch auf. Ich bin begeistert von meinem Werk und tanze ausgelassen durch den Raum. Doch mir fehlt noch etwas Wichtiges. Ich wünsche mir viel Licht und Bewegung. Kurz entschlossen zünde ich mein Kunstwerk an. Schnell züngeln Flammen empor, werden zu einem großen Feuer. Es stinkt und qualmt und brennt. Der Tisch steht in Flammen, die fast bis zur Decke reichen. Euphorisch rase ich durch den Raum, jubiliere, bin außer mir vor Freude.....“.

Zum Zeitpunkt der Befragung nimmt sie als Phasenprophylaxe ein Lithiumpräparat ein. Eine kognitive Psychotherapie führte sie viereinhalb Jahre durch. Psychiatrische Erkrankungen sind in der Familie nicht bekannt. Formale oder inhaltliche Denkstörungen, manische oder depressive Symptome liegen nicht vor.

Sie war aufgrund ihrer Erkrankung berentet.

Frau F ist als jüngste von sechs Töchtern geboren worden. Der vom Vater ersehnte Sohn kam vier Jahre nach ihrer Geburt tot zu Welt. Den Vater beschreibt sie als unerreichbar, neben seinem Beruf hätte er sich durch sein Hobby oft aus dem Familienleben zurückgezogen. Die Mutter bleibt in ihren Schilderungen sehr blaß und unfaßbar. Mit ihrer Zwillingsschwester hätte sie in einer Art „Symbiose“ gelebt und hätte auch zu ihr den engsten emotionalen Kontakt gehabt.

Frau F betont, dass sie zur Zeit nur sich selbst brauche und nicht auf andere Menschen oder deren Nähe und Zuwendung angewiesen sei. Sie habe den Kontakt zu ihrer Familie (hauptsächlich Mutter und Schwestern) abgebrochen und führe auch keine feste Partnerbeziehung. In dieser selbstgewählten Isolation fühle sie sich zufrieden und wünsche keine Veränderung. Sie pflegt momentan auch keine Hobbys oder Freizeitaktivitäten zusammen mit anderen Menschen, sondern beschränke sich auf sich Selbst. Sie schwärme sehr für klassische Musik als „Ergänzung im Erleben und Fühlen“, genieße diese aber alleine.

Die Grid-Gewinnung fällt ihr sehr leicht, die Elemente und Konstrukte nennt sie spontan und diese werden selten nachgebessert. Die freigewählten Personen in dem Grid sind zwei Freundinnen und ein früherer Liebhaber. Als Partner wird der frühere Ehemann eingesetzt. Als Konfliktperson wählt sie ihre frühere Chefin und mit der Zwillingsschwester füllt sie die Person, von der sie sich gut verstanden fühlt. Zu keinem der Personen besteht zum Zeitpunkt des Interviews Kontakt, sie hat jeglichen Kontakt freiwillig und von sich aus abgebrochen.

Die HAMILTON Depressionsskala ergibt einen Wert von 2, der als extrem niedrig anzusehen ist, Werte von somatisch erkrankten, aber stationären Patienten liegen zwi-

schen 14 und 18.

Die Selbsteinschätzung nach der Depressivitätsskala von ZERSEN ergibt neun Skalenergebnisse, der Mittelwert für Gesunde liegt bei 7.09 ± 5.47 .

6.6.1 Repertory Grid-Technik

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Freundin 1	Freundin 2	Liebhaber	Mutter	Vater	gesch. Ehemann	Konfliktperson Direktorin	Gut verstandenen Zwillingsschw.	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
Haß	6	6	3	3	3	2	3	2	2	1	4	4	2	6	6	Hingabe
Mord	4	6	5	2	3	2	3	2	2	1	3	4	3	2	5	Unverletzlichkeit
Unversehrtheit	1	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	5	Brachialgewalt
abhängig	6	6	5	2	2	2	3	1	2	3	1	3	2	3	5	autonom
rücksichtslos	6	6	4	3	3	1	2	2	1	2	2	3	2	2	3	emporhebend
Symbioseversuch	6	6	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	1	5	6	Einheitserleben
angepaßt	6	6	3	2	2	2	2	2	1	2	1	3	3	4	6	frei
Angst	6	6	2	2	1	2	3	3	2	1	2	4	4	1	6	Glück
Panik	4	6	2	2	1	1	2	2	3	1	2	4	4	1	4	Nirwana
Einsamkeit	3	6	3	2	2	1	2	1	2	1	3	3	3	1	1	Verschmelzung
Phantasie	1	1	3	3	4	3	4	3	4	2	3	2	2	4	2	Destruktion
Ignoranz	6	6	4	3	3	2	3	1	2	2	2	5	3	3	3	Wärme
scheußlich	6	6	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	4	umwerfend
ausbeutbar	6	6	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	5	Füllhorn

Abbildung 35: Original Grid Kasuistik Frau F (3062)

Bei der Gewinnung der Konstrukte ergeben sich Hinweise auf das konfliktuöse Erleben von Beziehungen von Frau F. „Haß“ nennt sie in Verbindung mit Mutter und Vater. Ihre Mutter verachte den Vater noch heute, obwohl diese seit ca. dreißig Jahren getrennt lebten und der Vater schon lange verstorben sei. Für sie hätte Haß im Bezug zu ihrem Vater eine Rolle gespielt, denn trotz ihrer Bemühungen um die Liebe wäre er für sie unerreichbar geblieben. Den Gegenpol benennt sie mit „Hingabe“, die Liebe einfasst. Dieser Konstruktpol wird in Verbindung mit ihrem Selbst gebildet.

„Mord“ nennt sie bei der Triade Mutter, Vater und Ideal-Selbst, auf der Seite ihres Ideals stand „Unverletzbarkeit“. Sie versteht darunter seelische und körperliche Unverletzbarkeit. Für die Eltern war die Zwillingsschwangerschaft, die erst bei der Geburt erkannt wurde ungewollt und dies bringt sie in Verbindung mit „Mord“. Mit

dem phasenspezifischen Selbst gewinnt sie das Konstrukt „Nirwana“, das für sie unendliche Seligkeit bedeutet. Den Gegenpol benennt sie mit „Panik“. „Einsamkeit“ in Bezug auf sich selbst stellt sie „Verschmelzung“ gegenüber. Ihr Vater hätte sie und ihre Zwillingschwester nie als eigenständige Personen betrachtet. „Unversehrtheit“ nennt sie gegenüber „Brachialgewalt“, „Symbioseversuch“ gegenüber „Einheitserleben“, das für sie eine gelungene Symbiose mit sich selbst bedeutet. Den Begriff „Füllhorn“ verbindet sie mit „einem nie endenden Gefäß, aus dem man aus der Fülle des Seins schöpfen könne“.

Varianzaufklärungen und Ladungen

Faktor	Spur	Prozent
1	309.88	69.96%
2	47.047	10.62%
3	29.98	6.77%

Tabelle 51: Varianzen der drei Hauptkomponenten (Kasuistik Frau F, 3061)

Der erste Faktor hat eine relativ hohe Ladung von fast 70% im Gegensatz zu den folgenden. Dies weist auf ein niedrig differenziertes Konstruktsystem. Da die beiden ersten Faktoren zusammen 80% aufklären, ist eine gute Präsentation der Elemente und Konstrukte im zweidimensionalen Raum möglich (vgl. Abbildung 36 und 37).

Ladungen Elemente

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz %	Elemente	
-9.0	0.3	-0.8	19.49	Selbst	0
-10.6	-1.9	-0.2	26.37	Ideal-Selbst	1
-1.0	-1.4	-2.6	3.55	Ich, wie ich sein muß	2
2.0	-0.5	-1.0	1.70	Freundin 1	3
2.7	0.5	-1.6	2.77	Freundin 2	4
4.1	0.4	0.3	4.23	Liebhaber	5
1.5	0.2	0.0	1.02	Mutter	6
3.8	-0.1	1.5	4.40	Vater	7
3.6	-0.3	0.6	4.02	gesch. Ehemann	8
3.9	-0.1	-0.7	5.60	Konfliktperson Direktorin	9
3.1	-1.2	0.3	4.09	gut verstanden Zwillings- schwester	α
-1.7	-1.4	0.8	2.24	Mutterbild	β
1.5	-2.5	2.3	3.75	Vaterbild	π
1.1	4.3	-1.4	5.72	Ich mit schlechter Laune	μ
-5.2	3.5	2.7	11.03	Ich in der Manie	δ

Tabelle 52 Varianzen und Ladungen der Elemente Kasuistik Frau F (3061)

Ladungen der Konstrukte

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz %	Konstrukte	
-5.1	2.8	-0.3	01.09.42	Haß - Hingabe	A
-4.4	-0.9	0.1	6.26	Mord - Unverletzlichkeit	B
3.2	2.5	1.8	4.91	Unversehrtheit - Brachialgewalt	C
-5.6	0.7	-1.4	8.79	abhängig - autonom	D
-5.1	-1.0	-1.8	7.31	rücksichtslos - emporhebend	E
-5.3	3.2	-0.8	9.24	Symbioseversuch - Einheitserleben	F
-5.9	1.9	0.6	9.48	angepaßt - frei	G
-5.8	-0.6	3.3	10.39	Angst - Glück	H
-4.5	-1.8	2.4	7.13	Panik - Nirwana	I
-3.2	-3.2	-0.6	5.63	Einsamkeit - Verschmelzung	J
2.8	1.2	-1.0	3.37	Phantasie - Destruktion	K
-4.8	-1.1	-1.4	6.68	Ignoranz - Wärme	L
-4.5	-0.3	-0.6	5.87	scheußlich - umwerfend	M
-4.2	0.8	0.8	5.33	ausbeutbar - Füllhorn	N

Tabelle 53: Varianzen und Ladungen der Konstrukte (Kasuistik Frau F)

Graphik 1 der Hauptkomponentenanalyse

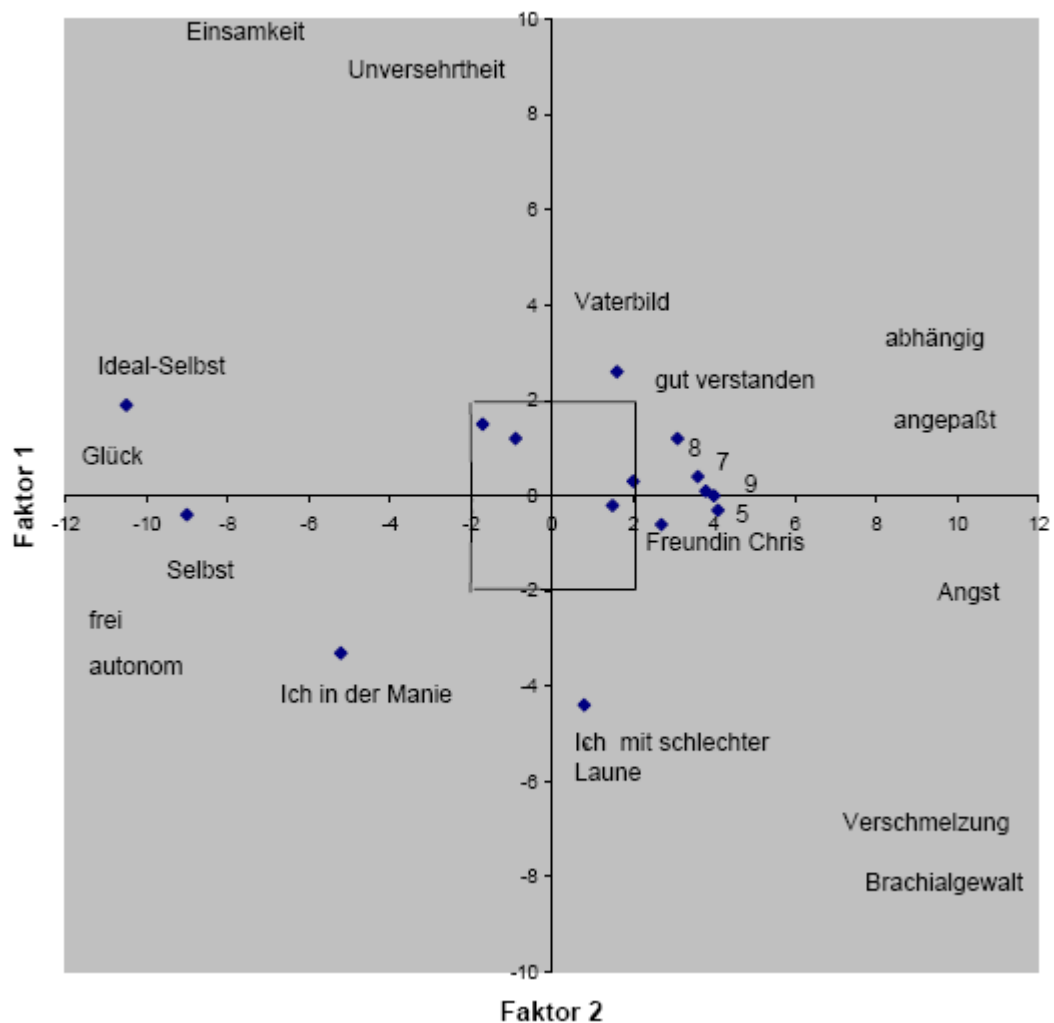


Abbildung 36: Grafik 1 (Kasuistik Frau F, 3061)

Die zwei Selbstanteile Selbst und Ideal-Selbst klären fast die Hälfte der Varianz auf.

Das phasenspezifische Selbst trägt mit 11% zur Varianzaufklärung bei. Alle anderen Elemente haben relativ geringe Varianzaufklärung. Das Selbst und das Ideal-Selbst wird als fast übereinstimmend beschrieben und beide Anteile definieren sich über einen Konstruktpol, über dessen Gegenpol die anderen Elemente dargestellt sind. Das Selbst ist gekennzeichnet durch Glück, Freiheit, Hingabe, Autonomie und Einheitserleben und wird in einer sehr geringen Distanz zum Ideal-Selbst konstruiert. In großer Distanz zu den beiden Selbstelementen konstruiert Frau F die anderen Bezugspersonen.

SIOG

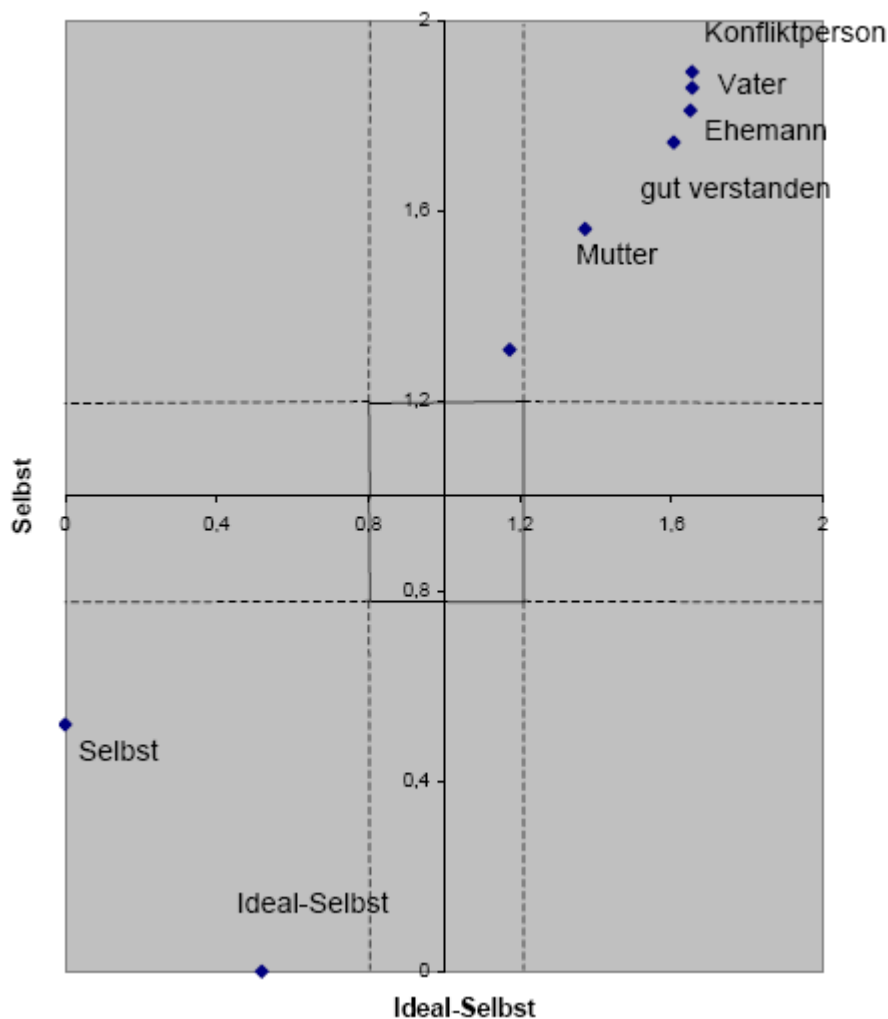


Abbildung 37: SIOG Kasuistik Frau F (3061)

Frau F definiert ihr Ideal-Selbst fast identisch mit ihrem Selbst (Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz). Gleichzeitig sind diese beiden Selbstanteile die eine Seite der Konstruktpole. Alle anderen Elemente liegen auf der anderen Seite. Sie konstruiert sich als Kontrapunkt zu dem Rest ihres Bezugssystems. Sich selbst sieht sie als ideal und nicht veränderungswürdig an, alle anderen Personen dagegen sind weit entfernt von

ihr und ihrem Ideal. Im Interview ist diese Persönlichkeitsdimension schon angedeutet, die Repertory Grid-Technik und die Darstellung in den SIOG verdeutlichen dies noch. Die Patientin zeigt eine besondere Form der Kombination der Diagnosen. Sie sieht sich doppelt isoliert, sozial entfremdet und zeigt eine Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz und ist daher den „splendid isolated“ Personen zuzurechnen. Die Unähnlichkeit zu Anderen scheint erwünscht zu sein und daher fühlt sie sich in ihrer Isolation wohl. Nach einer Einteilung von Bartholomew (vgl. BARTHOLOMEW, 1990, S. 168) erfüllt sie die Bedingungen für die Gruppe der „splendid isolation“. Sie zeigt eine Selbst - Ideal-Selbst - Konvergenz, die mit doppelter Isolation kombiniert ist. Die selbst definierte Unähnlichkeit von anderen Personen ist erwünscht und die eigene Isolation wird als positiv angesehen.

Distanzen zwischen den Selbstbildern als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst - Ideal-Selbst	0,52
Selbst - Normatives Selbst	1,17
Ideal-Selbst - Normatives Selbst	1,31

Tabelle 54: Distanzen zwischen den Selbstbildern Kasuistik Frau F (3061)

Der Abstand zwischen Selbst und Ideal-Selbst ist sehr niedrig und fällt fast noch in die Kategorie sehr hohes Selbstwertgefühl (vgl. BARTHOLOMEW, 1990, S. 128). Der Mittelwert dieses Abstandes liegt bei der orthopädischen Vergleichsgruppe bei 0,88 mit einer Standardabweichung von 0,29. Die beiden Abstände zum normativen Selbst hingegen sind recht groß, die Vergleichswerte für die Kontrollgruppe betragen $0,78 \pm 0,26$ für die Distanz zwischen Selbst und Normativem Selbst und $0,66 \pm 0,30$ für den Abstand Ideal-Selbst zu Normativem Selbst. Es wird deutlich, dass die Patientin die Ansprüche an ihre Persönlichkeit, die sie als das normative Selbst beschreibt, nicht erfüllen will und sie auch deutlich die Meinung der Bezugspersonen absetzt. Das Selbst wird grandios.

Distanzen zu den anderen Elementen (Objektbeziehungen)

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,37	1,56
Vater	1,66	1,86
Partner	1,65	1,81
Person, gut verstanden	1,61	1,74

Tabelle 55: Distanzen von den Selbstbildern zu den Objekten Kasuistik Frau F(3061)

Nach der von BARTHOLOMEW (1990) gesetzten Definition waren alle Bezugspersonen

auffällige Objektpersonen. Alle drei, Vater, Mutter und der frühere Ehemann sind in einer sehr großen Distanz zum Selbst und zum Ideal-Selbst konstruiert. Auch die Zwillingsschwester ist in ähnlich großer Distanz zu den Selbstbildern konstruiert. Diese Personen werden vom eigenen Selbst und Ideal-Selbst unterschiedlich erlebt. Die Widersprüche und Unvereinbarkeiten in ihrem Konstruktraum versucht Frau F zu minimieren, indem sie die äußeren Grenzen ihres Wahrnehmungsfeldes begrenzt. Dieser Prozess der Einengung auf starres Konstruieren lässt sich aus psychodynamischer Sicht als eine kognitive Strategie verstehen, mittels derer die Angst reduziert wird, die aus der Auseinandersetzung mit konfliktuösen Tendenzen resultiert. Dieser Bewältigungsversuch vermag jedoch nur vorübergehend Erleichterung schaffen. Seine dilemmatischen Folgen wurden von KELLY (1995, S. 908) darin gesehen, dass "die Dinge sich häufen, die schließlich eine Person mit unüberwindlicher Angst bedrohen". Ein für Frau F typisches Paradoxon ist die Verknüpfung von dem kognitiven Einengungsprozeß mit einer Negierung von psychischen Grenzen. Sie charakterisiert ihr Ideal, ihr Selbst und ihr phasenspezifisches Selbst mit den Eigenschaften „frei, Glück, autonom, Einheitserleben“. Ihr manisch - rauschhaftes Freiheitserleben steht einem Gegensatz zu ausgeprägten Abhängigkeitsängsten („angepaßt, Angst, abhängig, Symbioseversuch“). Sämtliche für sie bedeutsame Bezugspersonen werden mit diesen Eigenschaften charakterisiert. Frau F erlebt sich selbst und ihr Ideal fern von denen für sie affektiv bedeutsamen Objekten. Lediglich in den wenigen Augenblicken, in denen sie ihre traurige Grundstimmung wahrnimmt und sich einlassen konnte, überwand sie die „splendid isolation“ ihres grandiosen Freiheitsrausches und erlebt sich selbst den Anderen näher.

Das Selbstbild in der Krankheit

Distanzen zwischen Selbst, Ideal-Selbst und dem phasenspezifischen Selbst

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal
Ich in der Manie	0.85	1.06

Tabelle 56: Distanz zum Krankheitsbild Kasuistik Frau F(3061)

Beide Distanzmaße sind indifferent.

6.6.2 Ergebnisse aus dem Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Mutter	Vater
Skala 1	33	35	15	31	17
Skala 2	21	26	27	15	20
Skala 3	35	25	30	30	18
Skala 4	20	16	33	15	19
Skala 5	25	10	18	35	37
Skala 6	20	15	17	27	32

Tabelle 57: Ergebnisse des Gießen-Testes (Frau F)

Frau F sieht sich deutlich positiv resonanter, dominanter und extrem zwanghafter, hypomanischer, aber retentiver und sozial nicht so potent wie die Kontrollgruppe. In ihrem Idealbild möchte sie noch resonanter und hypomanischer sein, gleichzeitig weniger dominant, eher unterkontrolliert als Gegensatz zu zwanghaft, durchlässiger und potenter als sie ihr Selbst sieht. Der Wunsch nach einem potenteren Idealbild steht im Gegensatz zu der im Interview gemachten Aussage, dass sie zur Zeit keine anderen Menschen brauche und die Gesellschaft auch nicht vermisse. In den für das Selbstwertgefühl wichtigen Skalen sieht sie sich prägnant positiv resonanter, prägnant zwanghafter und in der Durchlässigkeit und sozialen Potenz ähnlich wie die Kontrollgruppe. Dies deutet auf ein hohes Selbstwertgefühl hin.

Ihre Mutter sieht sie als wesentlich dominanter, hypomanischer, deutlich retentiver und sozial impotenter als sich Selbst. Ihren Vater hingegen konstruiert sie als stark negativ resonant, für sie ist er sozial nicht anerkannt und kann auch nicht seine eigenen Interessen durchsetzen. In der Dominanzskala definiert sie ihn zwischen sich Selbst und ihrer Mutter, die von den dreien als am dominantesten beschrieben wird. Ihr Vater wird im Gegensatz zu ihr und ihrer Mutter als unterkontrolliert beschrieben, seine Stimmungslage liegt nach Meinung von Frau F zwischen der der Mutter und ihrer eigenen. In den letzten beiden Skalen wird er als retentiver und als sozial impotenter beschrieben. Insgesamt besteht mehr Ähnlichkeit des Selbst mit dem Vater. Das Ideal-Selbst unterscheidet sich in allen Skalen außer der Stimmungslage von den Bildern ihrer Eltern. Es ist kein Unterschied zwischen Ideal-Selbst und den Elternbildern sichtbar. Unterschiedlich sind auch die Bilder der Eltern zum normativen Selbst. Im Gießen-Test zeigt sich auf vier der sechs Skalen ein prägnanter Unterschied zwischen Selbst und Ideal-Selbst. Auch zwischen dem Selbst und dem normativen Selbst sind vier prägnante Unterschiede sichtbar. Ebenso zeigen sich im Vergleich des Ideal-Selbst mit dem normativen Selbst drei prägnante Unterschiede. Dieses Ergebnis widerspricht den Distanzmaßen aus der Repertory Grid-Technik.

Im Vergleich der Konstrukte aus der Repertory Grid-Technik mit den einzelnen Skalen des Gießen-Tests fällt es schwer, Gemeinsamkeiten zu finden. Die beiden Tests stellen zwei verschiedene Dimensionen dar und die Merkmale des Gießen-Test scheinen für die momentane Konstruktwelt der Patientin eine untergeordnete oder gar keine Rolle zu spielen. Irritierend wirkt die Selbstzuschreibung der Kontrolle.

6.6.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C: Varianzaufklärung der Elemente

Höchste Aufklärung: Ideal-Selbst (26,37%), Selbst (19,49%), phasenspezifisches Selbst (11,03%), „Ich mit schlechter Laune“ (5,72%), Konfliktperson Direktorin (5,6%), Vater (4,4%). Mit den beiden Bildern phasenspezifisches Selbst und „Ich mit schlechter Laune“ wird nur 17% der Gesamtvarianz aufgeklärt, dagegen klären das Selbst und das Idealbild 46% auf.

Hypothese 3 A: Distanzen zwischen den Selbstbildern in der Repertory Grid-Technik:

Distanzen Selbst – Ideal-Selbst: 0,52, Selbst – normatives Selbst: 1,17, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 1,31; mittleres Selbstwertgefühl

Hypothese 3 C: Abstände zwischen Selbst und Ideal-Selbst (Gießen-Test):

prägnante Unterschiede auf den Skalen für Zwanghaftigkeit, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz. Großer Unterschied zwischen den beiden Selbstbildern.

Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst:

auf allen außer der dritten und sechsten Skala (Zwanghaftigkeit und soziale Potenz) prägnante Unterschiede oder große Unterschiede.

Hypothese 3 D/E:

In den für das Selbstwertgefühl wichtigen Skalen (1,3,4 und 6) Differenz zur Kontrollgruppe: keine einheitliche Tendenz

Hypothese 4 B:

Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst:

prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Zwanghaftigkeit, Stimmung und Durchlässigkeit, große Unterschiede.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C: frei gewählte Personen:

Freundin 1, Freundin 2, Liebhaber, gut verstanden: Zwillingsschwester, Konfliktperson

son: Direktorin

Hypothese 6 D: Varianzaufklärung der Konstrukte:

höchste: Angst – Glück (10,39%), angepaßt – frei (9,48%), Haß – Hingabe (9,42%),
letztes Konstrukt aus der ersten Triade

Hypothese 6 E: zehn Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches (Ideal-Selbst, Selbst, phasenspezifisches Selbst, Ich mit schlechter Laune, Vaterbild, gut verstanden, Vater, geschiedener Ehemann, Konfliktperson, Freundin 2

Hypothese 7 A: Distanzen zu den Objekten (Repertory Grid-Technik):

Distanz vom Selbst

Zur Mutter: 1,37, zum Vater: 1,66, zum geschiedenen Ehemann: 1,65

Distanz zu den Eltern auffällig groß (Distanz zur Mutter am kleinsten, Distanz zum Vater am größten).

Distanz zum Ideal-Selbst

Zur Mutter: 1,56, zum Vater: 1,86, zum Ex-Ehemann: 1,81

Distanzen zu allen Personen auffällig groß, Abwehr (zur Mutter kleinste, zum Vater größte Distanz).

Hypothese 7 C: Selbstbilder im Vergleich zu den Elternbildern (Gießen-Test)

Selbstbild der Patientin im Vergleich zum Fremdbild der Mutter:

prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und sozialer Potenz.

Selbstbild der Patientin im Vergleich zum Fremdbild des Vaters:

prägnante Unterschied auf den Skalen für soziale Resonanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz, größere Differenz zum Selbstbild als zur Mutter.

Idealbild der Patientin im Vergleich zum Fremdbild der Mutter:

prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz, wobei der Unterschied auf der Skala für Durchlässigkeit extrem groß ist.

Idealbild der Patientin im Vergleich zum Fremdbild des Vaters:

prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Dominanz, Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit und soziale Potenz, größere Differenz des Idealbildes zum Vater als zur Mutter.

Normatives Selbst im Vergleich zum Fremdbild der Mutter:

außer auf der Skala für Zwanghaftigkeit bestehen in allen anderen Skalen prägnante Unterschiede.

Normatives Selbst im Vergleich zum Fremdbild des Vaters:

nur auf der Skala für soziale Resonanz geringer Unterschied, ansonsten prägnante

Unterschiede. Differenz dieses Selbstbildes zu den Eltern ungefähr gleich.

6.7 Kasuistik 3072 (Herr G)

Der Patient ist Mitte vierzig und seit 4 Jahren an einer unipolaren Manie erkrankt, er war als einziger Patient der untersuchten Gruppe bisher noch nicht in einer stationären Behandlung. Er wird ambulant betreut. Er ist verheiratet und lebt zusammen mit seiner Frau, seinen zwei Söhnen und einer Tochter.

Er ist seit der Erstmanifestation in ambulanter psychiatrischer Betreuung und wird zum Zeitpunkt des Interviews mit Melleril® (Neuroleptika vom Phenothiazintyp), Tegretal® (Carbamazepin als Prophylaxe manischer Schübe) medikamentös behandelt, zeitweise nahm er Siquane® (tricyclisches Antidepressiva) ein. Das erste Auftreten einer manischen Episode beschreibt er als ein Gefühl der Ruhelosigkeit. Er hatte diverse Ideen, die er gegen Widerstände begann umzusetzen. In dieser Zeit habe er kaum geschlafen.

In seiner Familie sind psychiatrische Erkrankungen bekannt. Bei seinem Vater bestand der Verdacht auf eine manische depressive Psychose, er suizidierte sich durch Erhängen. Die Schwester erlitt einmalig eine psychotische Episode nach der Geburt eines Kindes.

Bis zum 18. Lebensjahr wuchs der Patient bei seinen Eltern auf. Mit der Volljährigkeit heiratete er und zog aus dem elterlichen Haus aus. Der Vater habe sich aufgrund arbeitsbedingter, langer Abwesenheit tagsüber von zu Hause wenig um seine Kinder gekümmert. Selbst später hätte er trotz seiner Arbeitslosigkeit wenig Zeit für die Familie investiert. Die psychische Erkrankung des Vaters hätte ungefähr in dessen 30. Lebensjahr begonnen.

Der Patient ist in der mittleren Position in der Geschwisterreihe aus 2 Brüdern und 4 Schwestern. Die Familie hätte immer mit finanziellen Problemen zu kämpfen gehabt, trotzdem hätte die Mutter den Kindern alles ermöglicht, was in ihrer Macht gestanden habe. Obwohl die Familie sehr beengt lebte, hätte es für sie als Kinder immer Freiräume gegeben.

Er bezeichnet seine Ehe als gut und auf seine Kinder sei er sehr stolz. Das Wichtigste für ihn im Leben sei Harmonie. Allerdings würde er im Rückblick auf sein Leben einiges anders entscheiden als er es tatsächlich getan hatte.

Der Kontakt zu dem Patienten ist gut herstellbar. Während der Untersuchung gibt er sich freundlich zugewandt und interessiert. Es sind keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen auf.

Das Ergebnis der HAMILTON Depressionsskala ist 3, das der Selbsteinschätzungsskala

VON ZERSEN 2, beides sehr niedrige Werte.

6.7.1 Repertory Grid-Technik

Er wählt für die offenen Elemente den ältesten Sohn, seinen ersten Chef, und einen früheren Schullehrer, der für ihn immer sehr richtungweisend gewesen sei. Als Konfliktperson wählt er einen früheren Arbeitskollegen, mit dem er wegen dessen Lustlosigkeit, Arbeitsscheu und Trotz sehr viele Konflikte ausgetragen hatte. Den Schwager wählt er als Person, von der er sich besonders gut verstanden fühlt.

Das Konstrukt zuverlässig – unzuverlässig bezieht er auf Organisationen, er grenzt es bewusst ein. Die drei zuerst aufgeführten Konstrukte sind mit den Triaden aus Selbst, Ideal-Selbst, „Ich, wie ich sein muß“ und den Eltern entstanden.

Originalgrid

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Chef	Schullehrer	Sohn	Mutter	Vater	Ehefrau	Konfliktperson Arbeitskollege Gut verstanden	Schwager	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
ruhig	2	2	3	5	2	1	2	3	5	1	2	1	3	1	3	polternd
zuverlässig	1	1	2	1	1	2	3	6	2	4	4	2	5	3	1	unzuverlässig
pünktlich	3	1	2	1	3	1	4	4	3	2	2	2	5	2	1	unpünktlich
Rückzug	1	3	2	5	4	2	2	2	5	2	1	3	1	1	4	impulsiv
kompromißbereit	1	1	3	5	6	4	1	2	4	6	2	3	5	3	4	kompromißlos
korrekt	1	2	2	1	1	2	4	5	1	2	4	1	6	2	1	unkorrekt
belastbar	2	2	2	3	2	1	1	6	2	2	5	3	5	2	1	überfordert
plichtbewußt	1	1	2	1	1	1	3	5	2	5	4	1	3	2	1	gleichgültig
aufopfernd	2	1	1	2	1	3	1	6	1	5	4	1	3	3	1	mißgünstig
exakter Familien- wirtschafter	1	1	2	1	2	1	6	2	4	2	1	2	2	1	4	schlechter Wirt- schafter
jeden zufriedenstel- lend	1	1	2	6	4	3	1	5	5	6	5	2	5	3	1	unflexibel
Das Beste aus sich holend	2	2	2	4	1	1	5	6	3	6	2	3	2	4	1	mit wenig zufrie- den geben
hilfsbereit	1	2	2	3	3	3	1	5	4	6	5	2	5	4	1	reserviert
meinungsfest	6	4	3	1	1	1	5	5	1	2	3	3	5	3	2	variabel

Abbildung 38: Originalgrid Herr G

Es fällt schon im Originalgitter auf, dass er sein Ideal-Selbst sehr nahe dem Selbst

konstruiert.

Varianzen und Ladungen der Elemente und Konstrukte

	Spur	Prozent
Faktor 1	212.38	43.49
Faktor 2	119.01	24.37
Faktor 3	53.08	10.87

Tabelle 58: Varianzen der drei Hauptfaktoren (Kasuistik Herr G, 3072)

Er hat ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem.

Varianzen und Ladungen der Elemente und Konstrukte

Die Varianzaufklärung ist bei diesem Patienten interessant. Die höchste Aufklärung in der Hauptkomponentenanalyse klärt der Vater auf. Danach kommen die Konfliktperson, das Vaterbild und die Mutter. Das Selbst nimmt nur 7%, das Ideal-Selbst nur 5% und das phasenspezifische Selbst 6% ein. Der Vater wird über den ersten Faktor als unzuverlässig, unkorrekt, gleichgültig, mißgünstig, unflexibel und reserviert konstruiert. Diesem Element als Pol gegenübergestellt wird das phasenspezifische Selbst mit den Eigenschaften ruhig, zuverlässig, korrekt, pflichtbewußt, aufopfernd und hilfsbereit. Die Konfliktperson wird außer über den ersten Faktor mit den gleichen Konstrukten noch über den zweiten Faktor als kompromißlos und meinungsfest beschrieben. Ebenso wird das Vaterbild auch über den ersten Faktor definiert. Die Mutter hingegen wird als kompromißbereit, jeden zufriedenstellend und variabel beschrieben. Ähnlich definiert der Patient sein Selbst, das Ideal wiederum wird als Gegenteil zum Vater über den ersten Faktor konstruiert.

Abbildung Hauptkomponentenanalyse Grafik 1

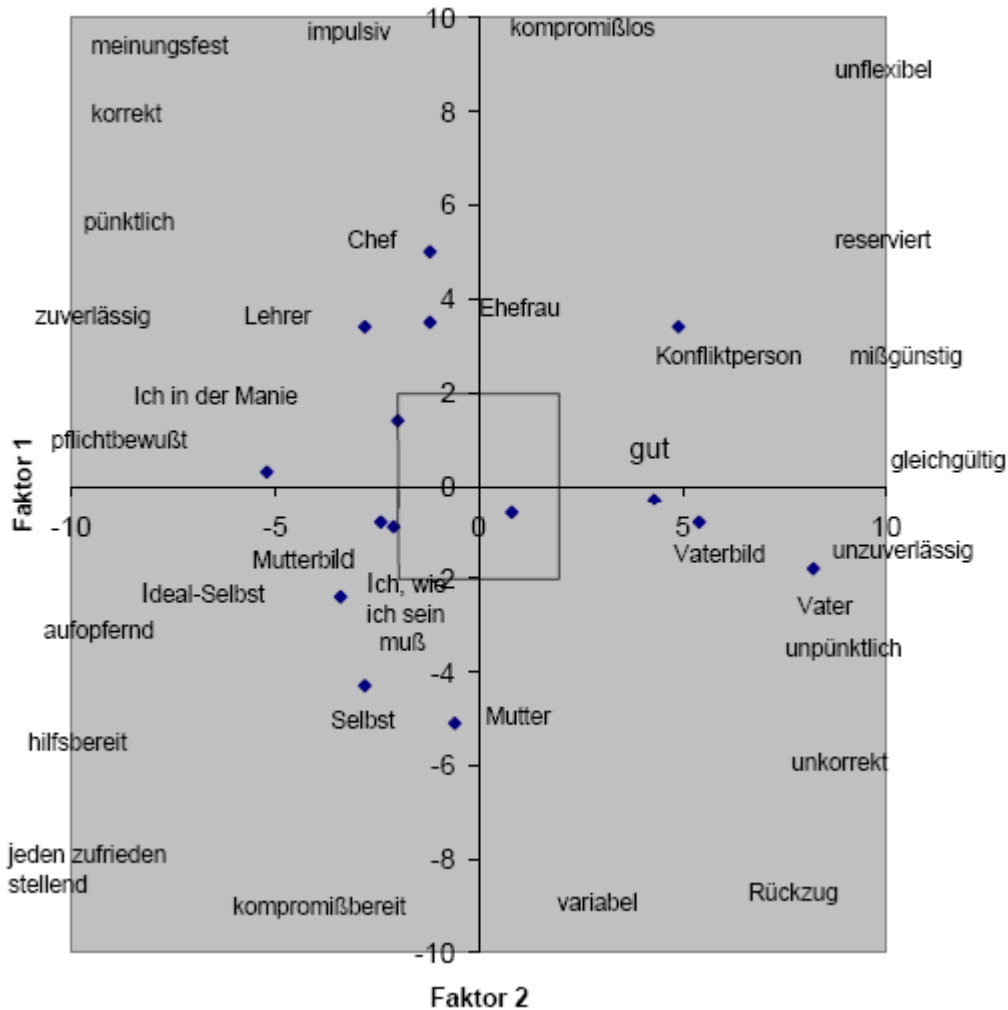


Abbildung 39: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Kasuistik Herr G, 3072)

Es fällt auf, dass nur drei Elemente im Indifferenzbereich liegen, alle anderen Elemente sind über den Konstruktraum verteilt. Das normative Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ und der Sohn liegen im Indifferenzbereich. Auffallend ist die Aufteilung der Elemente und Konstrukte zu zwei gegensätzlichen Polen.

Distanzen zwischen den Selbstbildern als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0.46
Selbst – ich, wie ich sein muß	0.57
Ideal-Selbst – Ich, wie ich sein muß	0.42

Tabelle 59: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr G, 3072)

Die Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst ist sehr gering und entspricht einem hohen Selbstwertgefühl. Ebenso sind sich das Ideal und das normative Selbst sehr ähnlich.

Distanzen zwischen dem Selbst, dem Ideal-Selbst und den Bezugspersonen als Maß für die Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	0.896	0.92
Vater	1.43	1.45
Ehefrau	1.18	0.987

Tabelle 60: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr G, 3072)

Die Distanz zur Mutter und zur Ehefrau stellt eine unauffällige Objektbeziehung dar. Die Beziehung zum Vater ist als auffällig groß anzusehen, der Vater wird abgewehrt und entwertet.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	0.86	0.63

Tabelle 61: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Herr G, 3072)

Die Beziehung zu der eigenen Krankheit stellt sich unauffällig dar. Bedeutungsvoll ist allerdings, dass das Ideal näher am phasenspezifischen Selbst zu liegen scheint. Der Patient wünscht, dass seine Persönlichkeit durch Züge seines manischen Zustandes geprägt werden.

SIOG

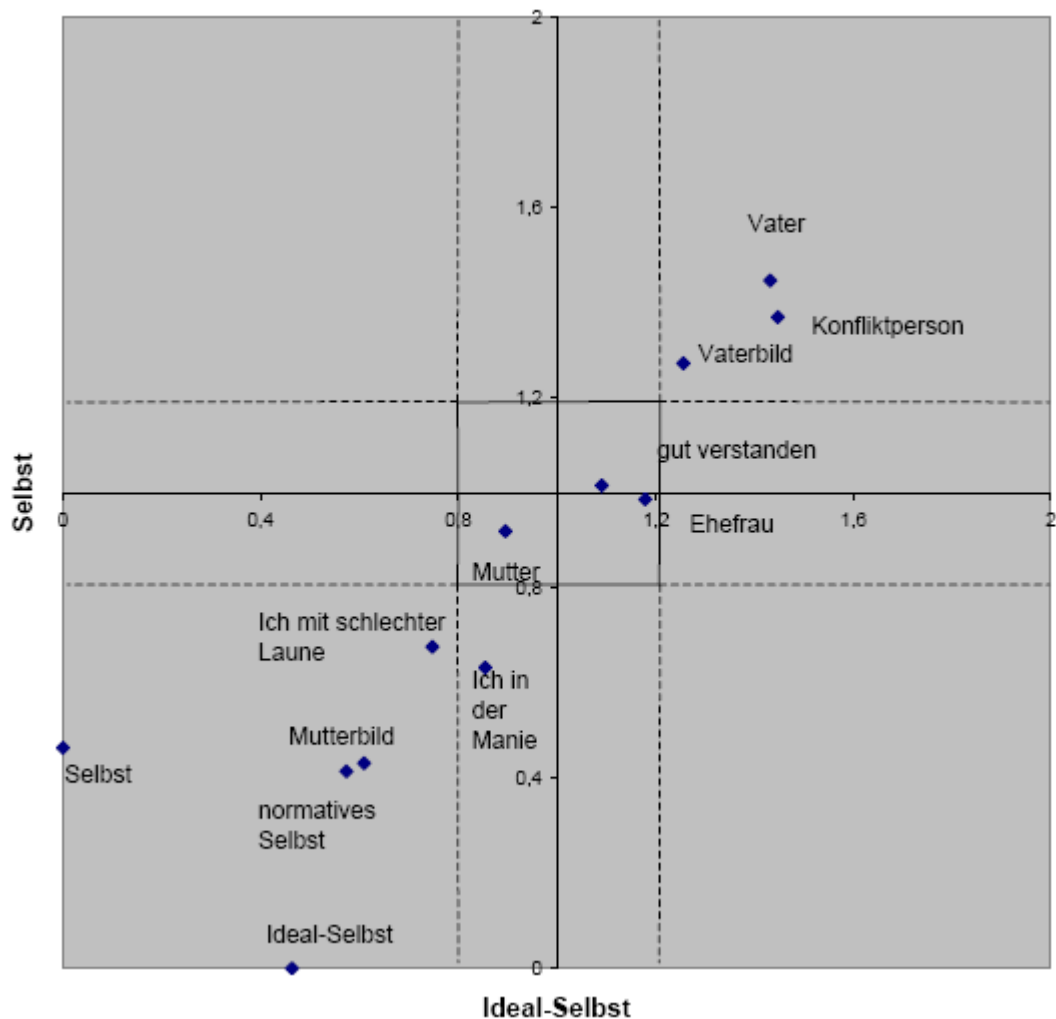


Abbildung 40: SIOG Patient 3072

Der Vater und die Konfliktperson werden abgewehrt und entwertet (Quadrant 2). Das normative Selbst im Quadranten 3 lässt eine rigide Persönlichkeitsstruktur vermuten. Auffällig ist die Nähe des „Ich mit schlechter Laune“ zum Selbst und Ideal-Selbst.

SIOG Diagnosen

Die Selbst-Isolation ist kombiniert mit einer sozialen Entfremdung und einer Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz. Der Patient konstruiert sein Selbst nahe dem Ideal, er ist genauso, wie er gerne sein möchte und im Gegensatz zu allen anderen Personen, die das Gegenteil von ihm und seinem Ideal verkörpern. Er ist der Gruppe der „splendid isolated“ zuzuordnen (BARTHOLOMEW, 1990, S. 168).

6.7.2 Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	25	26	26	26	30
Skala 2	28	27	26	23	23
Skala 3	25	26	28	21	20
Skala 4	23	23	25	26	26
Skala 5	23	19	22	25	25
Skala 6	22	20	21	24	22

Tabelle 62: Gießen-Test Skalenwerte (Kasuistik Herr G, 3072)

In den für das Selbstwertgefühl wichtigen Skalen existieren keine bzw. nicht prägnante Unterschiede zur Kontrollgruppe. Daher besitzt Herr G nach den Definitionen des Gießen-Testes ein normales Selbstwertgefühl.

Die drei Selbstbilder von Herrn G liegen relativ nahe beieinander und unterscheiden sich nicht viel von denen der Kontrollgruppe. Er sieht sich fast so, wie er gerne sein würde. Er ist ausgesprochen selbstzufrieden. Etwas durchlässiger und sozial potenter stellt er sich sein Ideal vor. Auffällig ist, dass sein normatives Selbst zwanghafter sein muss, als er selbst ist und sich sein Ideal wünscht. Sein Selbstbild entspricht weitgehend dem Selbstbild der Vergleichsgruppe. Er schätzt sich etwas negativer resonanter, weniger dominant, unterkontrollierter, leicht depressiver und sozial weniger potent ein als die orthopädischen PatientInnen. Sein Idealbild hingegen unterscheidet sich von dem Ideal der Kontrollgruppe in der Skala der Resonanz, der Depression und der sozialen Potenz. Er möchte negativer resonant, depressiver und sozial weniger potent sein, er stellt also weniger Ansprüche an sein Selbst als die anderen. Ähnlich konstruiert er sein normatives Selbst.

Im Vergleich zwischen den Selbstbildern und den Eltern fällt auf, dass Mutter und Vater in vier bzw. fünf von sechs Skalen (Dominanz, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Durchlässigkeit) fast identisch von dem Patienten gesehen werden. Sein Selbst deckt sich mit dem Bild der Mutter in der Resonanz, mit dem Bild des Vaters in der sozialen Potenz. Seine beiden Eltern nimmt er als unterkontrollierter wahr als er sich selbst sieht.

Zwischen Ideal-Selbst und den Eltern bestehen mehr prägnante Unterschiede.

Zwischen dem normativen Selbst und den Elternbildern zeigen sich wieder weniger prägnante Unterschiede und keine Diskrepanz zwischen dem Vergleich mit beiden Elternbildern.

Genauso wie in der Repertory Grid-Technik zeigt der Patient eine Kongruenz der drei Selbstbilder. Auf den Skalen für soziale Resonanz und Grundstimmung schätzt

sich der Patient nur geringfügig weniger resonant und depressiver ein als die Kontrollgruppe.

6.7.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C: Varianzaufklärung der Elemente:

höchste Aufklärung: Vater (15,7%), Konfliktperson Arbeitskollege (10,8%), Vaterbild (10,19%), Mutter (10,16%), früherer Chef (7,6%), Selbst (7,3%)

phasenspezifisches Selbst und „Ich mit schlechter Laune“ klärt nur sehr wenig der Gesamtvarianz auf (8,5%)

Hypothese 3 A: Distanzen zwischen den Selbstbildern im Repertory Grid-Technik: Distanz Selbst – Ideal-Selbst: 0,46, Selbst – normatives Selbst: 0,57%, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 0,42; hohes Selbstwertgefühl.

Hypothese 3 C: Abstände zwischen den Selbstbildern im Gießen-Test:

Selbstbild und Idealbild des Patienten sehr ähnlich, nur minimale Unterschiede

Selbstbild und normatives Selbst sehr ähnlich, minimale Unterschiede.

Hypothese 3 D/E: Unterschied auf den Skalen 1,3,4 und 6 im Gießen-Test zur Kontrollgruppe:

Auf Skalen 1, 3, 4 und 6 kein prägnanter Unterschied zu Kontrollgruppe, normales Selbstwertgefühl.

Hypothese 4 B: Abstand Ideal-Selbst normatives Selbst im Gießen-Test:

auf keiner der sechs Skalen prägnante Unterschiede.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C: frei gewählte Personen: früherer Chef, früherer Schullehrer, Sohn, „gut verstanden“: Schwager, Konfliktperson: Arbeitskollege

Hypothese 6 D: Varianzaufklärung der Konstrukte: höchste: jeden zufrieden stellend – unflexibel (10,5%), kompromißbereit – kompromißlos (8,5%), das Beste aus sich holend – mit wenig zufrieden gebend (8,4%); kein Konstrukt aus den ersten drei Triaden

Hypothese 6 E: 13 Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches (früherer Chef, früherer Lehrer, phasenspezifisches Selbst, Mutterbild, Ideal-Selbst, „Ich, wie ich sein muß“, Selbst, Mutter, Vaterbild, Vater, Person gut verstanden Schwager, Konfliktperson Arbeitskollege)

Hypothese 7 A: Distanzen zu den Objekten (Repertory Grid-Technik):

Distanz vom Selbst: zur Mutter: 0,90, zum Vater: 1,43, zur Ehefrau: 1,18

Distanz zum Vater auffällig groß (Distanz zur Mutter am kleinsten, Distanz zum Vater am größten)

Distanz vom Ideal-Selbst: zur Mutter: 0,92, zum Vater: 1,45, zur Ehefrau: 0,99, zur Mutter und Ehefrau indifferente Distanz, zum Vater auffällig groß

Hypothese 7 C: Selbstbilder im Vergleich zu den Elternbildern im Gießen-Test:

Selbstbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: keine prägnante Unterschiede, Selbstbild ähnlich dem Bild der Mutter.

Selbstbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: auf den Skalen für soziale Resonanz prägnanter Unterschied (deutlicher als zur Mutter).

Idealbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnanter Unterschied auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit, Grundstimmung und Durchlässigkeit.

Idealbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Zwanghaftigkeit, Durchlässigkeit, Grundstimmung und Dominanz. Kein Unterschied zwischen Idealbild und Mutter und zwischen Idealbild und Vater.

Normatives Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnanter Unterschied nur auf der Skala für Zwanghaftigkeit, zwei Skalen sehr ähnlich.

Normatives Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnanter Unterschied nur auf der Skala für Zwanghaftigkeit, zwei Bilder sehr ähnlich.

Keine Differenz zwischen normativen Selbst und Mutter- und Vaterbild.

6.8 Kasuistik 3082 (Herr H)

Herr H ist 57 Jahre alt und zum Zeitpunkt des Interviews zum ersten Mal in stationärer Behandlung. Retrospektiv lassen sich mehrere manische Episoden eruieren, die nicht zu stationären Aufenthalten geführt hatten. Er wird mit Nipolept® (Neuroleptikum) behandelt. In der Familie sind keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Erst als Jugendlicher war Herr H mit seinen Eltern nach Deutschland umgesiedelt. Er ist der jüngere von zwei Geschwistern und hat eine drei Jahre ältere Schwester. Das Elternhaus beschreibt er als gut, der Vater hätte ihm immer als positives Vorbild gedient. Die Mutter hätte eher die Stellung eines negativen Vorbildes gehabt. Er als Sohn hätte sich am Vater orientiert, seine Schwester eher an der Mutter. Dem Vater hätte er sich in der Kindheit auch am nächsten gefühlt.

Der Patient ist verheiratet und lebt mit seiner Frau in einem kleinen Dorf in einem eigenen Haus. Seiner Frau stünde er am nächsten und neben seiner Gesundheit sei sie ihm am wichtigsten.

Dieser Patient liegt mit einem Ergebnis von elf Punkten in der Depressivitätsskala nach VON ZERSSEN über dem Wert für gesunde Kontrollpatienten, aber unter dem Wert für manifest erkrankte depressive Patienten. In der HAMILTON Depressionsskala liegt er mit fünf Punkten unter den für andere Gruppen angegebenen Vergleichswerten.

6.8.1 Repertory Grid- Technik

Herr H führt den Test nicht so zügig durch wie die bisher besprochenen PatientInnen, er zögert häufiger und meint, solche Gespräche seien ungewohnt für ihn.

Als freie Elemente wählt er seine Schwiegertochter, seinen Schwager und einen Arbeitskollegen. Zu diesem habe er ein gutes Verhältnis. Er besitze ähnliche Eigenschaften wie sein Vater, arbeitsam, lustig, pünktlich, genau und kollegial. Am Schwager bewundert er, dass dieser in der Fremde oder unter Fremden sehr kontaktfreudig und offen sei. Seinen Sohn setzt er als die Person ein, die ihn besonders gut versteht. Ihn beschreibt er als sehr weltoffen. Das Element, mit dem er besonders viel Konflikte habe, füllt er mit seiner Schwester. Allerdings habe sich seit einem Jahr das Verhältnis zur Schwester gebessert. Diese pflege den körperbehinderten Vater. Er sei für diese beiden immer „der kleine Junge gewesen“. Dies habe sich in letzter Zeit etwas geändert. Sie sei im Gegensatz zu ihrem Mann sehr verschlossen und zurückhaltend.

Originalgrid

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Schwiegertochter	Schwager	Arbeitskollege	Mutter	Vater	Ehefrau	Konfliktperson Schwester	Gut verstandener Sohn	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
ordentlich	2	3	1	2	4	3	2	4	1	2	5	4	3	3	5	unordentlich
musikalisch	3	2	3	5	3	2	6	2	5	2	2	2	2	5	2	unmusikalisch
streng	4	3	3	4	2	4	2	4	5	3	4	4	3	4	5	stützend
aggressiv	5	4	3	4	5	4	3	4	3	3	5	3	4	3	5	sachlich
ideenreich	2	3	2	3	2	2	5	3	4	5	4	3	2	5	2	konservativ
vehement	4	2	3	3	2	3	4	3	3	4	4	3	4	5	3	schwankend
positiv denken	5	2	3	3	2	4	4	3	2	4	3	3	2	5	2	neg. denkend
entscheidungsfreudig	3	2	3	2	4	4	5	4	3	4	3	3	3	5	3	zögerlich
pünktlich	2	2	3	3	2	2	1	3	1	1	3	3	4	4	3	unpünktlich
zusammenhaltend	2	3	5	5	3	2	2	4	3	3	5	3	4	3	6	weltoffen
sachlich	2	1	3	2	2	3	1	2	3	4	2	3	4	5	5	unsachlich
kontaktfreudig	1	2	3	2	1	3	5	3	4	5	3	4	3	5	2	zurückhaltend
hineinfressen	2	4	5	4	5	3	2	4	3	4	3	5	5	2	4	aufmüßig
mutlos	2	5	6	6	5	4	3	5	4	3	4	3	4	1	5	unternehmungslustig

Abbildung 41: Originalgrid Kasuistik Herr H, 3082

Varianzprozente der Hauptfaktoren

	Spur	Prozent
Faktor 1	100,05	38,82
Faktor 2	45,80	17,77
Faktor 3	33,00	12,81

Tabelle 63: Varianzprozente der drei Hauptfaktoren (Kasuistik Herr H, 3082)

Herr H besitzt ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem.

Varianzaufklärung der Elemente

Den höchsten Anteil der Gesamtvarianz bei den Nicht-Selbstelementen klärt die Mutter mit 13,7% auf. Nur das Selbst hat 15,5% der Gesamtvarianz und steht damit noch vor der Mutter. Die Mutter wird im Grid als ordentlich, unmusikalisch, streng, aggressiv, konservativ, schwankend, negativ denkend, zögerlich, pünktlich, zusammen-

menhaltend, sachlich, zurückhaltend, in sich hineinfressend und mutlos konstruiert. Sie steht in dem Konstruktraum nahe der Konfliktperson, aber auch relativ nahe dem Selbstbild „Ich mit schlechter Laune“. Konträr ist das Bild der Mutter dem phasenspezifischen Selbst. Die Mutter wird als Schwerpunkt über den Konstrukten unmusikalisch und zusammenhaltend konstruiert. Das phasenspezifische Selbst mit Weltoffenheit und Musikalität stellt den gegensätzlichen Konstruktpol dar.

Distanzen zwischen den Selbstbildern als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,98
Selbst – normatives Selbst	1,18
Ideal-Selbst – normatives Selbst	0,77

Tabelle 64: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr H, 3082)

Herr H besitzt ein mittleres Selbstwertgefühl. Lediglich die Distanz zwischen dem Selbst und dem normativen Selbst ist groß.

Distanz zwischen den Selbstbildern und den Objekten als Maß für die Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,17	1,27
Vater	0,98	0,57
Ehefrau	1,06	0,93
Konfliktperson Schwester	1,10	1,06

Tabelle 65: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr H, 3082)

Die Distanz vom Selbst zur Mutter ist groß, aber als indifferent anzusehen. Eine auffallend große Distanz besteht zwischen Mutter und Ideal-Selbst. Sie wird abgewehrt. Deutlich kleiner sind die Abstände der Selbstbilder zum Vater, der Abstand zwischen Ideal-Selbst und Vater ist auffallend klein. Er wird idealisiert.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,29	1,02
Ich mit schlechter Laune	1,21	1,58

Tabelle 66: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Herr H, 3082)

Die Distanz vom phasenspezifischen Selbst zum Selbst ist groß. Zum Ideal-Selbst

stellt sich die Distanz kleiner dar. Zu dem Persönlichkeitsanteil „Ich mit schlechter Laune“ sind die Distanzen auffallend groß, es wird abgelehnt.

SIOG

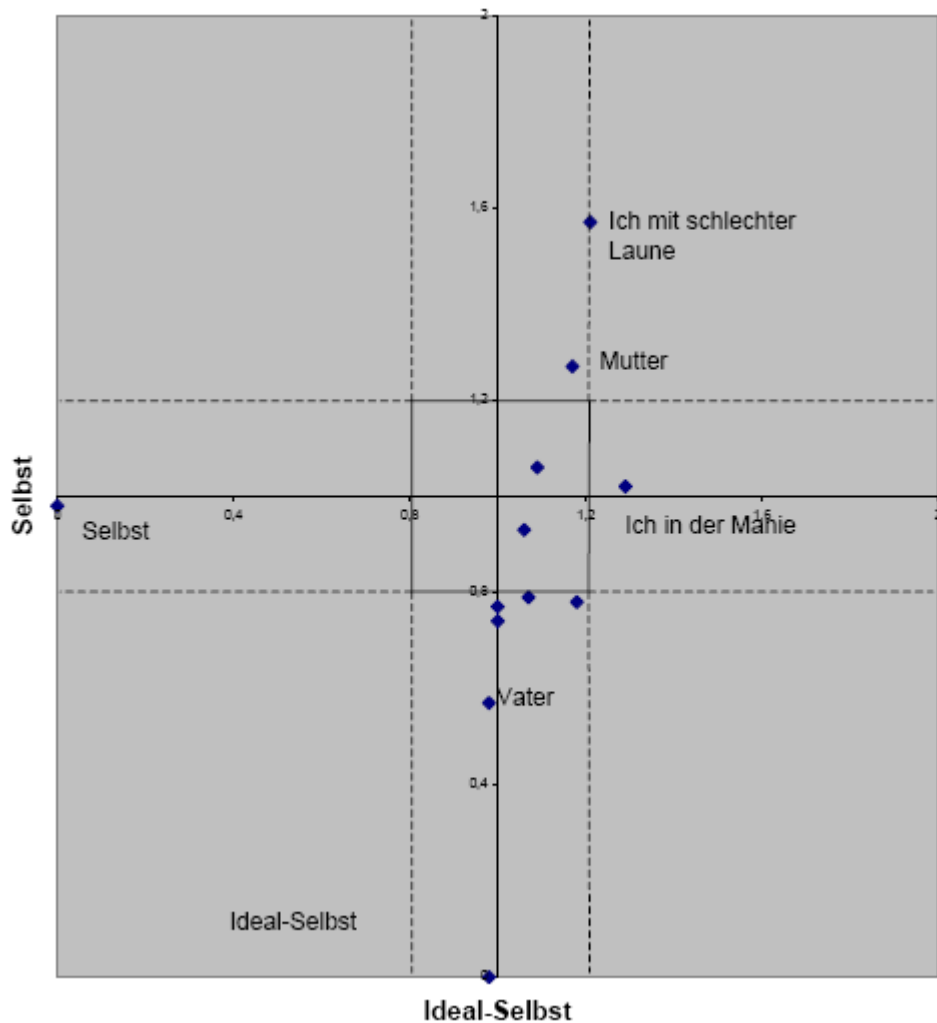


Abbildung 42: SIOG Kasuistik Herr H, 3082

Kein einziges Element liegt außerhalb des Indifferenzbereiches. Kein Element wird von dem Patienten eindeutig konstruiert und von seinen Selbstbildern kontrastiert. Der Patient erfüllt keine Diagnosekriterien, er ist danach eine unauffällige Persönlichkeit.

6.8.2 Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	31	31	32	27	32
Skala 2	27	30	26	21	32
Skala 3	30	24	25	35	29
Skala 4	29	12	19	22	16
Skala 5	22	22	21	23	20
Skala 6	22	19	15	29	23

Tabelle 67: Gießen-Test Werte (Kasuistik Herr H, 3082)

Auch im Gießen-Test wird die Mutter sehr extrem geschildert. Herr H beschreibt sie als sehr dominant, sehr zwanghaft und sozial sehr impotent. Sein Ideal stellt sich fast konträr dazu dar. Auch sein Selbst ist sehr verschieden von dem Bild der Mutter (viermal prägnante Unterschiede). Zum Vater sind die Distanzen deutlich kleiner, besonders zum Ideal-Selbst (einmal prägnanter Unterschied). Diese Beziehung scheint nicht so konfliktbeladen zu sein wie die zur Mutter. Keine eindeutigen Tendenzen zeigen die Vergleiche zwischen dem normativem Selbst und den Bildern der Eltern, das normative Selbst nimmt oft eine Mittelstellung zwischen den Eltern ein. Aber der Abstand zur Mutter ist größer (fünfmal prägnante Unterschiede) als zum Vater (dreimal prägnante Unterschiede).

Das Selbst unterscheidet sich in zwei Skalen prägnant vom Ideal-Selbst, vom normativen Selbst auch auf zwei Skalen. Ebenso ist der Unterschied zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst auf zwei Skalen prägnant.

Insgesamt unterscheiden sich die drei Selbstbilder nicht sehr stark voneinander. Auf den Skalen für soziale Resonanz und Durchlässigkeit sind keine großen Unterschiede sichtbar.

Auf der Skala für Grundstimmung schätzt sich Herr H wesentlich depressiver ein (prägnanter Unterschied). In diesem Punkt zeigt sich die leicht subdepressive Nachschwankung. Auf den Skalen für soziale Resonanz, sozialen Potenz und Kontrolle existieren kleine, nicht prägnante Unterschiede.

6.8.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C: Varianzaufklärung der Elemente

höchste Aufklärung: „Ich mit schlechter Laune“, Mutter, phasenspezifisches Selbst, Selbst, Schwager, Konfliktperson Schwester, gut verstanden: Schwiegertochter

Hypothese 3 A: Distanzen zwischen den Selbstelementen im Repertory Grid:
Selbst – Ideal-Selbst: 0,96, Selbst – normatives Selbst: 1,18, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 0,77; mittleres Selbstwertgefühl.

Hypothese 3 C: Distanzen zwischen den Selbstbildern im Gießen-Test:
Abstand zwischen dem Selbst und dem Ideal-Selbst: pränante auf der Skala für Stimmung und Zwanghaftigkeit.
Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst: zweimal pränanter Unterschied.

Hypothese 3 D/E: Unterschied auf den Skalen 1,3,4 und 6 gegenüber der Kontrollgruppe: einmal pränanter Unterschied, Selbst depressiver.

Hypothese 4B: Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst:
auf den Skalen für Stimmung und soziale Potenz pränante Unterschiede, sonst ähnliche Bilder.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C: frei gewählte Personen:
Schwiegertochter, Schwager, Arbeitskollege, „gut verstanden“: Sohn, Konfliktperson: Schwester

Hypothese 6 D: Varianzaufklärung der Konstrukte:
höchste: musikalisch – unmusikalisch (11,23%), mutlos – unternehmungslustig (10,86%), kontaktfreudig – zurückhaltend (9,67%), nur ein Konstrukt von den ersten drei

Hypothese 6 E: sieben Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches

Hypothese 7 A: Distanzen zu den Objekten (Repertory Grid-Technik):
Distanz vom Selbst: zur Mutter: 1,17, zum Vater: 0,98, zur Ehefrau: 1,06
Distanzen indifferent (Distanz zum Vater am kleinsten, Distanz zur Mutter am größten).

Distanz zum Ideal-Selbst: zur Mutter: 1,27, zum Vater: 0,57, zur Ehefrau: 0,93
Distanz zur Mutter auffällig groß (Distanz zum Vater am kleinsten, Distanz zur Mutter am größten).

Hypothese 7 C: Selbstbilder im Vergleich zu den Elternbildern (Gießen-Test):
Selbstbild im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: pränante Unterschiede auf den Skalen für Resonanz, Dominanz, Stimmung und soziale Potenz.
Selbstbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: pränante Unterschiede auf der Skala für Stimmung. Selbstbild dem Vater ähnlicher als der Mutter.
Ideal-Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: Bilder sehr verschieden, pränante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit,

Stimmung und soziale Potenz.

Ideal-Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: das Idealbild des Patienten gleicht dem Bild des Vaters, einmal prägnanter Unterschied auf der Skala für Zwanghaftigkeit sichtbar, Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter.

Normatives Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Resonanz, Dominanz, Zwanghaftigkeit, Stimmung und soziale Potenz.

Normatives Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Stimmung und soziale Potenz. Normatives Selbst dem Vater etwas ähnlicher als der Mutter.

6.9 Kasuistik 3092 (Herr I)

Die Erstmanifestation der Erkrankung trat kurz nach einer bestandenen Prüfung drei Jahre vor der Befragung auf. Seitdem befand er sich zweimal in stationärer psychiatrischer Betreuung. Herr I nimmt als Phasenprophylaxe Lithium ein. Zusätzlich hat er eine psychotherapeutische Einzelbehandlung begonnen.

Nach Gründen für seine Erkrankung gefragt nennt er Überarbeitung zur Zeit der Diplomarbeit und die Enttäuschung über die Note. Finanzielle Schwierigkeiten durch das Studium waren für ihn sehr belastend. Nach dem Diplom war er arbeitslos, er musste seine eigene Wohnung aufgeben und wieder zu seinen Eltern ziehen. Sein Vater wurde einmalig wegen einer depressiven Episode in einer Klinik stationär behandelt.

Herr I wuchs bei seinen Eltern auf, er hat einen jüngeren Bruder. Beide Eltern sind berufstätig. Rückblickend empfindet er sein Elternhaus als gut, er und sein Bruder hätten immer sehr viel Freiheit genossen. In seiner Kindheit hätte er sich dem Vater am nächsten gefühlt. In seinem zwanzigsten Lebensjahr erkrankte er schwer, wegen einer bösartigen Tumorerkrankung wurde er operiert und es folgte eine Chemotherapie.

Wichtig für die Zukunft seien ihm Partnerschaft und Zufriedenheit mit seinem Leben. Den Wunsch nach einer Beziehung formuliert er mehrmals.

Zum Befragungszeitpunkt stehe er seinem Vater am nächsten. Das Verhältnis zu der Mutter beschreibt er zwiespältig. Auf der einen Seite habe die Mutter eine ähnliche Krankheitsgeschichte mit einer Krebsoperation, anschließender Chemotherapie und nachfolgender Bestrahlung, auf der anderen Seite mische sie sich zu oft in sein Leben ein. Sie erwarte von ihrem Sohn klare Ziele, die er dann auch eindeutig verfolgen müsse. Er wünsche sich mehr Freiheit.

Der Kontakt zu Herrn I während des Interviews ist sehr gut, er scheint offen über seine Erkrankung und sein Leben sprechen zu können. Manische Symptome zeigt er nicht. Depressive Nachschwankungen können durch die HAMILTON Depressionsskala (Wert: 0) und die Skala VON ZERSEN (Wert: 12) ausgeschlossen werden. Inhaltliche und formale Denkstörungen liegen nicht vor.

Der Repertory Grid-Test wird zügig und ohne Schwierigkeiten bewältigt.

6.9.1 Repertory Grid-Technik

Originalgrid

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein möchte	Brieffreundin	Freundin	Schulkamerad	Mutter	Vater	Traumpartnerin	Konfliktperson Mutter	Gut verstandenen Freund	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
gesellig	2	2	3	2	3	4	5	2	2	6	2	2	2	4	1	Einzelgänger
spontan	2	3	4	2	4	5	6	2	3	6	5	1	3	1	1	sparsam
tolerant	1	2	2	4	3	4	5	2	2	5	4	2	2	4	6	verbissen
Probleme ausleben	5	3	3	2	4	3	2	5	3	2	3	5	5	6	1	Probleme in sich hineinfressen
geregelt	2	1	1	2	1	2	1	3	3	1	1	3	3	5	5	unstrukturiert
Genußmensch	1	1	3	3	2	2	4	2	2	4	1	2	2	4	1	geht Kompromisse ein
unkompliziert	1	1	1	4	2	4	4	2	2	5	4	2	2	5	1	kompliziert
ehrgeizig	4	2	2	3	2	3	1	3	2	1	2	4	3	6	6	schnell zufrieden
blauäugig	2	5	6	3	4	6	6	4	2	6	5	4	4	1	1	hohe Ziele verfolgen
träumerisch	3	5	6	4	4	2	6	4	4	6	5	3	3	3	1	zielstrebig
fanatisch	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	2	4	3	6	1	lethargisch
Lebensfreude	2	2	2	4	2	4	4	2	2	5	4	3	3	5	1	verkrampt
motzig	4	6	6	3	5	4	3	4	5	2	5	3	5	1	1	ausgeglichen
beeinflußbar	4	6	5	5	3	6	6	3	3	6	5	3	4	5	6	eigene Meinung durchsetzen

Abbildung 43: Originalgrid Kasuistik Herr I, 3092

Als freie Elemente wählt der Patient eine Brieffreundin, zu der er seit fünfzehn Jah-

ren Kontakt pflegt. Freundin und der Freund, von dem er sich besonders gut verstanden fühlt, sind ein befreundetes Paar aus dem Studium. Für das dritte freie Element wählt er einen früheren Schulkameraden. Da er nach eigenen Aussagen noch nie eine ihm wichtige oder länger andauernde Partnerschaft geführt hätte, wählt er an Stelle der Partnerin eine Traum- bzw. Wunschpartnerin, die einen realen Hintergrund in einer früheren Klassenkameradin hat.

An die Stelle „der Person, mit der ich besonders viel Konflikte habe“ setzt er die Mutter. Sonst ginge er Konflikte und den Personen, mit denen diese auftreten könnten, aus dem Weg. Seine Mutter habe eine hohe Anspruchshaltung an ihn als Sohn, der er oft nicht entsprechen könne und wolle.

Varianzen und Ladungen

	Spur	Prozent
Faktor 1	184,30	44,22
Faktor 2	109,42	26,25
Faktor 3	60,84	14,60

Tabelle 68: Ladungen der Hauptfaktoren Kasuistik Herr I, 3092

Herr I hat ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem, das über die ersten beiden Faktoren gut darstellbar ist.

Ladungen der Elemente

Den größten Anteil an der Gesamtvarianz klären das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ auf. Einen relativ großen Anteil nimmt die Konfliktperson Mutter mit fast vierzehn Prozent ein. Das Element Mutter klärt neun Prozent der Gesamtvarianz auf. Erst dann folgen die Selbstbilder mit circa fünf Prozent. Alle anderen Elemente liegen unter fünf Prozent der Gesamtvarianz .

Ladungen der Konstrukte

Die höchsten Varianzen klären die Konstrukte „blauäugig – hohe Ziele verfolgen“ und „spontan – sparsam“ auf. Neun Prozent klärt das Konstrukt „motzig" – ausgeglichen“ auf.

Grafik der Hauptkomponentenanalyse

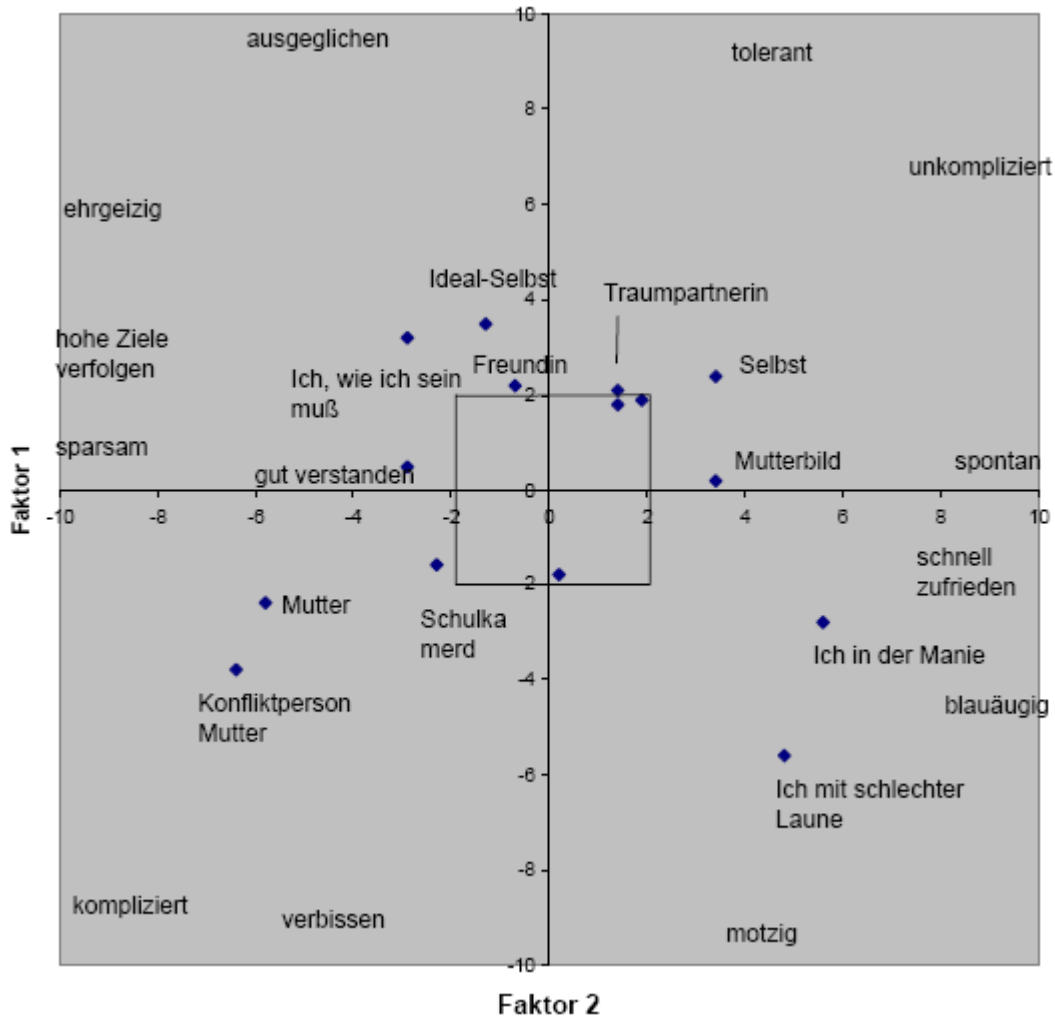


Abbildung 44: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse Kasuistik Herr I, 3092

Die Mutter wird auf der einen Konstruktseite als kompliziert, verbissen und sparsam geschildert, im Gegensatz dazu werden der Vater, die Traumpartnerin und das Selbst als tolerant, unkompliziert und spontan konstruiert. Das phasenspezifische Selbst liegt nahe am Bild „Ich mit schlechter Laune“. Das Ideal-Selbst und das normative Selbst werden beide als ausgeglichen, ehrgeizig und hohe Ziele verfolgend geschildert.

Distanzen zwischen den Selbstbildern als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,74
Selbst – normatives Selbst	0,92
Ideal-Selbst – normatives Selbst	0,39

Tabelle 69: Distanzen zwischen den Selbstbildern Kasuistik Herr I, 3092

Bis auf die Distanz zwischen dem Ideal-Selbst und dem normativen Selbst, die auffallend gering sind, sind die Abstände indifferent. Das Selbst ist vom normativen

Selbst weiter entfernt als vom Idealbild.

Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,38	1,02
Vater	0,43	0,69
Traumpartnerin	0,52	0,67

Tabelle 70: Distanzen zu den Objektbeziehungen Kasuistik Herr I, 3092

Es fällt auf, dass die Distanz vom Selbst zur Mutter sehr groß, die zum Vater sehr klein ist. Die Distanzen vom Ideal-Selbst zu den Eltern sind weniger groß. Der Abstand zur Traumpartnerin ist gering.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,15	1,40

Tabelle 71: Distanz zum phasenspezifischen Selbst Kasuistik Herr I, 3092

Distanz zum Selbst ist unauffällig, die zum Ideal-Selbst ist sehr groß.

Selbst - Identitäts - Objekt - Grafik

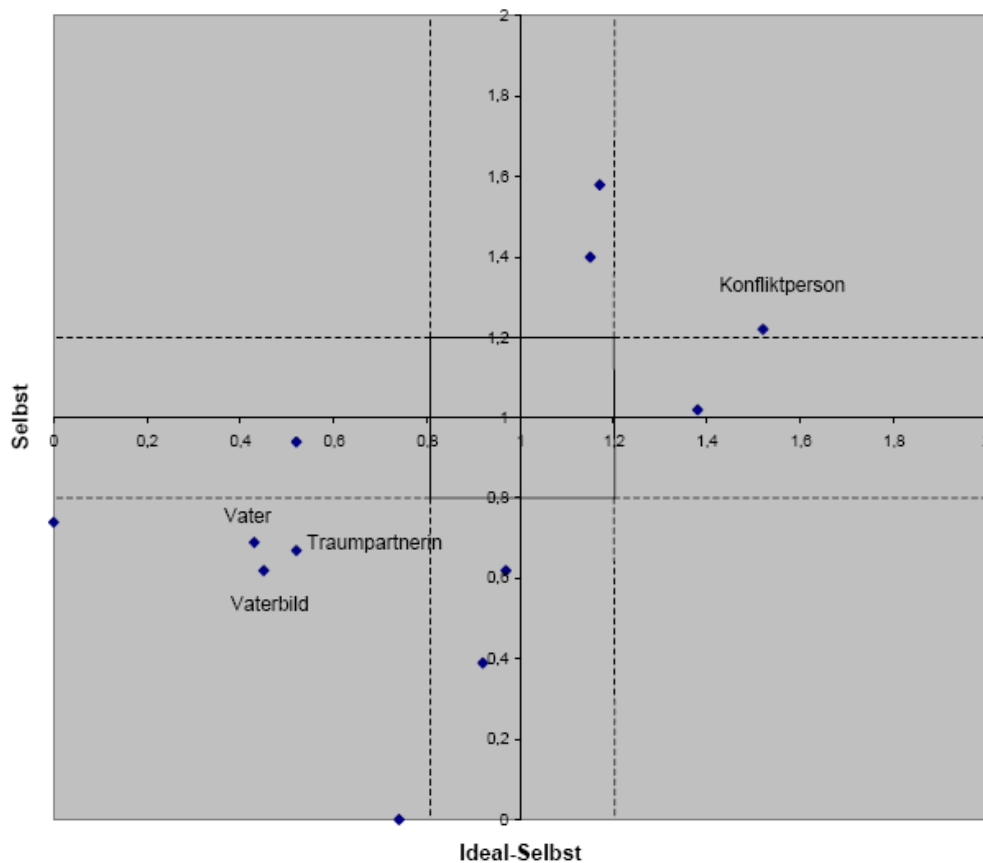


Abbildung 45: SIOG Kasuistik Herr I, 3092

Nahe dem Selbst und dem Ideal-Selbst konstruiert der Patient seinen Vater, das Vaterbild und die Traumpartnerin. Es lässt sich eine idealisierte Abhängigkeit vermuten. Beiden Selbstanteilen fern ist die Konfliktperson.

SIOG Diagnosen

Der Patient erfüllt kein Diagnosekriterium. Er ist nach der Definition eine unauffällige Persönlichkeit.

6.9.2 Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	26	28	35	29	32
Skala 2	25	26	28	17	32
Skala 3	20	24	28	40	18
Skala 4	22	21	26	21	27
Skala 5	23	28	20	38	18
Skala 6	26	23	12	27	21

Tabelle 72: Gießen-Test Herr I

Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen sich auf der Skalen 1,3 und 4 nur kleine Unterschiede, nur auf der Skala für soziale Potenz zeigt sich ein prägnanter Unterschied, das Selbst wird sozial viel impotenter geschildert (insgesamt aber unauffälliges Selbstwertgefühl).

Sein Selbst konstruiert Herr I negativ resonanter, dominanter und unterkontrollierter als sein Ideal-Selbst und sein normatives Selbst. In der Skala der Grundstimmung beschreibt er das Selbst zwischen dem leicht depressiveren normativem Selbst und dem etwas hypomanischeren Ideal-Selbst. Auf der fünften Skala beschreibt er das Ideal-Selbst retentiver als das Selbst und das noch durchlässigere normative Selbst. Insgesamt unterscheiden sich das Selbst und das Idealbild nur auf einer Skala prägnant. Eine große Differenz besteht zwischen dem normativen Selbst und dem Selbst (viermal prägnante Unterschiede), ähnlich zwischen dem Idealbild und dem normativen Selbst.

Die Bilder, die der Patient von seinen Eltern entwirft unterscheiden sich in fast allen Skalen von seinem Selbstbild. Prägnante Unterschiede zeigen sich zwischen dem Selbst und dem Bild der Mutter in den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit und Durchlässigkeit. Die Mutter ist sehr extrem konstruiert, sie wird sehr dominant, extrem zwanghaft und retentiv beschrieben.

Prägnante Unterschiede zwischen dem Selbstbild und dem Bild des Vaters zeigen

sich auf den Skalen für Resonanz, Dominanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz. Der Vater wird sozial resonanter, gefügiger, depressiver, durchlässiger und sozial potenter beschrieben.

Das Ideal-Selbst wird von Herrn I in fünf der sechs Skalen als ein Bild zwischen Mutter und Vater beschrieben, hat aber zu beiden Bildern prägnante Unterschiede, in den Skalen, in denen die Eltern sehr extrem geschildert sind.

Das normative Selbst gleicht in der Skala für Grundstimmung dem Bild des Vaters und in Resonanz und Durchlässigkeit bestehen kleine Unterschiede. Es ist sehr verschieden von dem der Mutter. In der Skala für Zwanghaftigkeit nimmt es eine Mittelstellung zwischen den Eltern ein und in der Skala für soziale Potenz wird das normative Selbst extrem sozial potent konstruiert.

Nur der Unterschied zwischen normativem Selbst und den Elternbildern ist zur Mutter größer als zum Vater. Eine Tendenz ist auch in einer größeren Nähe des Ideal-Selbst zum Vater als zur Mutter zu sehen.

6.9.3 Hypothesenprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C: Varianzaufklärung der Elemente

höchste Aufklärung: phasenspezifische Selbst, „Ich mit schlechter Laune“, Konfliktperson Mutter, Mutter (9,7), normatives Selbst (5,59), Selbst (5,07), Mutterbild (4,82)

Hypothese 3 A: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Repertory Grid-Technik):

Abstände indifferent, mittleres Selbstwertgefühl (Selbst – Ideal-Selbst: 0,74, Selbst – normatives Selbst: 0,92, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 0,39)

Hypothese 3 C: Abstände zwischen den Selbstbildern im Gießen-Test:

Selbst und Ideal-Selbst: kein prägnanter Unterschied

Distanzen zwischen Selbst und normativem Selbst: auf den Skalen für Resonanz, Dominanz, Zwanghaftigkeit, Grundstimmung und soziale Potenz prägnante Unterschiede.

Hypothese 3 D/E: Unterschied zur Kontrollgruppe auf den Skalen 1,3,4 und 6:

nur auf der Skala für soziale Potenz prägnanter Unterschied Herr I sah sich selbst impotenter als die Vergleichsgruppe sich selbst einschätzte.

Hypothese 4 B: Distanzen zwischen normativem Selbst und Ideal-Selbst:

auf den Skalen für Resonanz, Durchlässigkeit und soziale Potenz prägnante Unterschiede.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C: frei gewählte Personen: Brieffreundin, Freundin, Schulkamerad, Konfliktperson: Mutter, gut verstanden: Freund

Hypothese 6 D: Varianzaufklärung der Konstrukte: blauäugig – hohe Ziele verfolgend (10,78), spontan – sparsam (10,17), motzig – ausgeglichen (9,34), ein Konstruktpaar aus den ersten drei Triaden

Hypothese 6 E: 12 Personen außerhalb des Indifferenzbereiches (Ideal-Selbst, Freundin, normatives Selbst, Person gut verstanden, Mutter, Schulkamerad, Konfliktperson Mutter, Ich mit schlechter Laune, phasenspezifisches Selbst, Mutterbild, Selbst, Traumpartnerin)

Hypothese 7 A: Distanzen zu den Objekten im Repertory Grid

Distanz vom Selbst: zur Mutter: 1,38, zum Vater: 0,43, zur Traumpartnerin: 0,52

Distanz zur Mutter auffällig groß, zum Vater auffällig klein (Distanz zum Vater am kleinsten, Distanz zur Mutter am größten)

Hypothese 7 C: Selbstbilder im Vergleich zu den Elternbildern im Gießen-Test

Distanz zwischen dem Selbstbild des Patienten und dem Bild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit und Durchlässigkeit, Mutter sehr extrem beschrieben.

Distanz zwischen dem Selbstbild des Patienten zu dem Bild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Resonanz, Dominanz, Grundstimmung und soziale Potenz. Vater dem Selbstbild ähnlicher, nicht so extreme Differenzen.

Distanz zwischen dem Idealbild des Patienten zu dem Bild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit und Durchlässigkeit.

Distanz zwischen dem Idealbild des Patienten und dem Bild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit und Durchlässigkeit.

Tendenz einer größeren Nähe des Vaters zum Ideal.

Distanz zwischen normativem Selbst und dem Bild der Mutter: auf sechs Skalen prägnante Unterschiede.

Distanz zwischen normativem Selbst und dem Bild des Vaters: auf den Skalen für Dominanz, Zwanghaftigkeit und soziale Potenz prägnante Unterschiede. Normatives Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter.

6.10. Kasuistik 3102 (Herr K)

Herr K ist 36 Jahre alt und seit 16 Jahren erkrankt. Er war während dieser gesamten Zeit viermal in stationärer Betreuung. Als Medikation nimmt er Lithium ein und besucht eine Gruppentherapie.

Die Erstmanifestation fiel in seine Wehrdienstzeit bei der Bundeswehr. Sein drei Jahre älterer Bruder hatte ebenfalls zwei manische Episoden.

Mit seinem drei Jahre älteren Bruder wuchs er bei seinen Eltern auf. Bis zum zehnten Lebensjahr hatte die Familie bei den Großeltern gewohnt. Aufgrund der Wärme und Geborgenheit schätzt er sein Elternhaus als gut ein. In der Kindheit hätte er seiner Mutter immer am nächsten gestanden, ein Vorbild hätte es für ihn nicht gegeben.

Er lebt mit seiner Beziehungspartnerin zusammen. Seiner Partnerin stehe er am nächsten. Allerdings stände auch ihre psychiatrische Erkrankung zwischen ihnen. Wichtig wären ihm seine Partnerschaft, Gesundheit und Zufriedenheit.

Manische Symptome zeigt der Patient keine. Er kann sich gut auf die verschiedenen Tests konzentrieren und erledigt die Aufgaben schnell. Formale und inhaltliche Denkstörungen liegen nicht vor. Nach der Depressionsskala nach VON ZERSEN (Wert von 1) und der HAMILTON Depressionsskala (Wert von 0) ist Herr K nicht depressiv.

6.10.1 Repertory Grid-Technik

Auch von ihm wird der Repertory Grid Test zügig und ohne Stocken durchgeführt. Als freie Elemente wählt er eine Freundin, seine frühere Partnerin und einen Freund aus seinem ehemaligen Bekanntenkreis. Als Konfliktperson setzt er seinen Chef ein und die Person, von der er sich besonders gut verstanden fühlt, füllt er mit einem Bekannten. Seine Partnerin hätte er über eine gemeinsame Freundin kennengelernt. Sie sei ebenfalls psychisch erkrankt. Diese Konstellation schaffe einerseits Vertrautheit und Verbundenheit, führe aber auch zu Problemen in der Partnerschaft.

Originalgrid

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Freundin	Frühere Partnerin	Freund	Mutter	Vater	Partnerin	Konfliktperson Chef	Gut verstanden Bekannter	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
ordentlich	4	3	2	4	3	4	1	2	4	2	2	4	4	4	3	unordentlich
intellektuell	4	2	3	5	3	3	5	2	3	2	4	3	4	3	1	gelassen
konservativ	4	4	3	2	5	3	2	2	5	3	2	4	5	4	4	fortschrittlich
rechthaberisch	5	3	3	2	3	3	2	2	5	2	3	3	3	4	4	kompromißbereit
gute Laune	3	2	3	3	2	2	2	4	4	3	4	3	3	5	1	gehemmt
bürgerlich	4	4	3	2	5	3	2	2	5	2	3	3	3	4	5	locker
Durchsetzungsvermögen	4	2	3	2	2	2	3	2	5	2	3	3	3	4	2	wenig Selbstvertrauen
geduldig	2	3	2	4	3	5	2	2	1	6	3	2	2	2	4	nutzt aus
Selbstsicherheit	3	2	2	4	2	2	4	3	5	2	3	2	3	4	1	Zweifel
zielstrebig	3	2	2	4	2	2	2	2	5	2	4	3	3	4	2	gehemmt
realitätsnah	2	2	2	4	2	2	2	2	4	2	3	2	2	3	3	realitätsfern
link	5	4	4	3	4	3	3	4	4	2	4	3	3	5	5	gerecht
hilfsbereit	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	4	3	stoffelig
stark	3	2	2	4	2	2	3	2	5	2	3	3	3	4	2	schwach

Abbildung 46: Originalgrid (Kasuistik Herr K, 3102)

Varianzen der Hauptfaktoren

	Spur	Prozent
Faktor 1	82,03	40,61
Faktor 2	50,83	25,16
Faktor 3	22,75	11,26

Tabelle 73: Varianzen der Hauptfaktoren (Kasuistik Herr K, 3102)

Der Patient besitzt ein normal bis eng differenziertes Konstruktsystem. Der erste Faktor ist mit 40% nicht sehr hoch, aber deutlich höher als der zweite Hauptfaktor geladen.

Ladungen der Elemente

Mit fast 18% nimmt die Partnerin den größten Teil der Gesamtvarianz ein, zehn Pro-

zent klären die Konfliktperson und das phasenspezifische Selbst auf. Die Freundin, die Mutter und das Selbstbild „Ich mit schlechter Laune“ folgen mit neun bzw. acht Prozent. Die drei Selbstbilder klären einen geringen Anteil der Gesamtvarianz auf.

Ladungen der Konstrukte

Den Hauptanteil der Gesamtvarianz klärt das Konstrukt „geduldig – nutzt aus“ (12,74%), danach klären mit fast 9% die beiden Konstrukte „intellektuell – gelassen“ und „konservativ – fortschrittlich“ der Gesamtvarianz auf. Die letztgenannten sind aus den ersten Triaden.

Originalgrafik

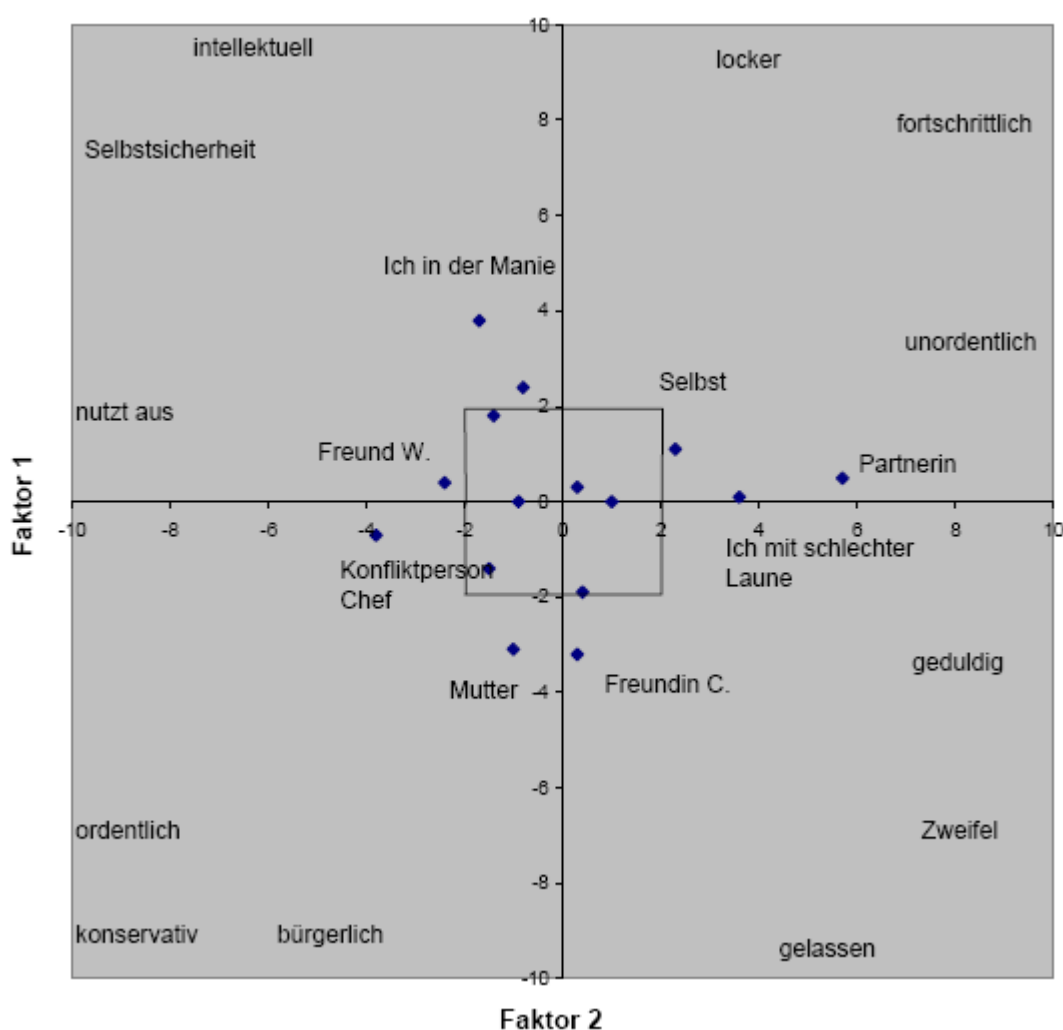


Abbildung 47: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Kasuistik Herr K, 3102)

Das Selbst und die Partnerin werden über die Konstrukte „unordentlich“ und „geduldig“ sehr ähnlich beschrieben. Als Gegenpol dazu werden die Konfliktperson und die Mutter mit den Eigenschaften „ordentlich“ und „nutzt aus“ beschrieben. Die dritte Elementgruppe bilden das phasenspezifische Selbst, die frühere Freundin und das

Ideal-Selbst mit den Konstrukten „intellektuell“, „Selbstsicherheit“ und „nutzt aus“.

Distanzen zwischen den Selbstbildern als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,83
Selbst – normatives Selbst	0,75
Ideal-Selbst – normatives Selbst	0,46

Tabelle 74: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr K, 3102)

Die Distanzen zeigen ein mittleres Selbstwertgefühl, nur die Distanz zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst ist auffallend gering.

Distanzen zu den Objekten als Maß für die Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	1,12	1,02
Vater	1,09	0,75
Partnerin	0,91	1,39

Tabelle 75: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr K, 3102)

Außer der Distanz zwischen dem Ideal-Selbst und der Lebenspartnerin, die sehr groß ist, sind die anderen Distanzen indifferent.

Das Selbstbild in der Krankheit

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,04	0,56

Tabelle 76: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Herr K, 3102)

Zum Selbst besteht eine indifferente Distanz, zum Idealbild eine kleine Distanz. Das phasenspezifische Selbst wird in der Nähe zum Ideal-Selbst konstruiert.

SIOG

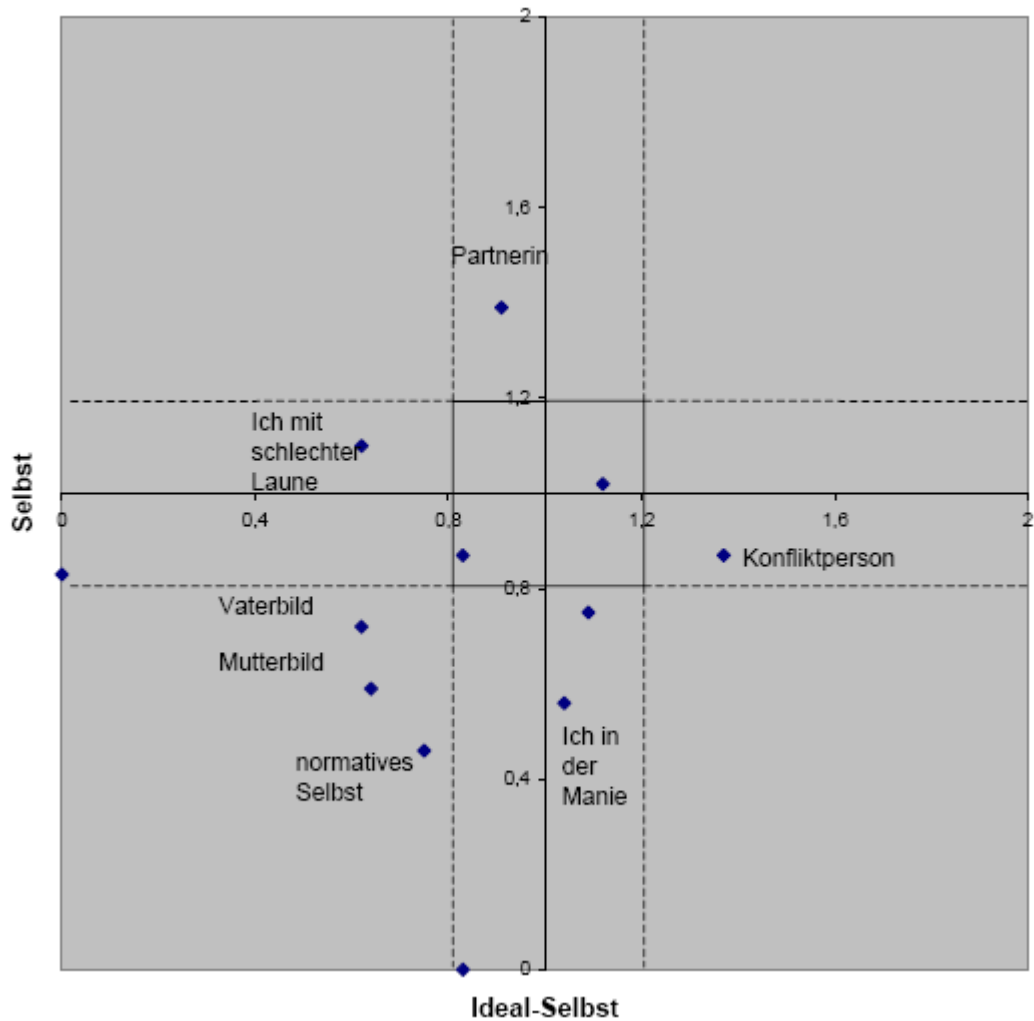


Abbildung 48: SIOG Kasuistik Herr K, 3102

Nur im dritten Quadranten sind drei Elemente. Das normative Selbst im dritten Quadranten deutet rigide Persönlichkeitsanteile an.

Diagnosen

Es werden keine Diagnosekriterien erfüllt. Der Patient hat demnach eine unauffällige Persönlichkeit.

6.10.2 Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	28	30	28	30	32
Skala 2	24	24	30	22	26
Skala 3	24	25	29	30	30
Skala 4	24	17	21	18	26
Skala 5	16	18	14	18	22
Skala 6	19	14	16	17	17

Tabelle 77: Gießen-Test Werte Kasuistik Herr K, 3102

Auf den für das Selbstwertgefühl relevanten Skalen zeigt sich eine große Übereinstimmung mit der Kontrollgruppe. Lediglich in der Grundstimmung schätzt sich Herr K etwas depressiver ein (kein prägnanter Unterschied).

Zwischen den drei Selbstbildern zeigen sich nur auf jeweils einer bzw. zwei Skalen prägnante Unterschiede. Insgesamt ähneln sich die Selbstbilder. Es zeigt sich eine weitgehende Kongruenz der Selbstbilder.

Die Bilder der Eltern unterscheiden sich nicht stark von den Selbstbildern. Es ist keine Tendenz einer größeren Nähe zu einem der beiden Elternteile feststellbar.

6.10.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente

Partnerin (17,95%), Konfliktperson Chef (10,63%), „Ich in der Manie“ (10,2%), Freundin (9,34%), Mutter (8,84%), „Ich mit schlechter Laune“ (8,42%)

Mit dem phasenspezifischen Selbst und dem „Ich mit schlechter Laune“ wird nur ca. 18% der Gesamtvarianz aufgeklärt.

Hypothese 3 A:

Distanzen zwischen den Selbstbildern

Selbst – Ideal-Selbst: 0,83, Selbst – normatives Selbst: 0,75, Ideal-Selbst – normatives Selbst; mittleres Selbstwertgefühl.

Hypothese 3 C:

Abstände zwischen den Selbstbildern im Gießen-Test

Selbst und Ideal-Selbst: prägnanter Unterschied nur auf der Skala der Stimmung, sonst ähnliches Selbst- und Idealbild.

Abstände zwischen Selbst und normativem Selbst: prägnanter Unterschied auf der Skala für Dominanz.

Hypothese 3 D/E:

In den für das Selbstwertgefühl keine prägnanten Unterschiede.

Hypothese 4 B:

Abstände zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst: prägnanter Unterschied nur auf den Skalen für Dominanz und Durchlässigkeit.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C:

frei gewählten Elemente: Freundin, frühere Partnerin, Freund, Konfliktperson: Chef,

Person gut verstanden: Bekannter

Hypothese 6 D:

Varianzaufklärung der Konstrukte: geduldig – nutzt aus (12,74%), intellektuell – gelassen (8,78%), konservativ – fortschrittlich (8,78%); zwei Konstrukte aus den ersten drei Triaden

Hypothese 6 E:

neun Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches (phasenspezifisches Selbst, frühere Partnerin, Ideal-Selbst, Freund, Konfliktperson, Mutter, Freundin, „Ich mit schlechter Laune“, Partnerin, Selbst)

Hypothese 7 A:

Distanzen zu den Objekten im Repertory Grid

Distanz vom Selbst: zur Mutter: 1,12, zum Vater: 1,09, zur Partnerin: 0,91

zu allen Personen indifferent (Distanz zur Partnerin am kleinsten, Distanz zur Mutter am größten).

Distanz vom Ideal-Selbst: zur Mutter: 1,02, zum Vater: 0,75, zur Partnerin: 1,39

zur Partnerin auffällig große, zum Vater kleine Distanz (Distanz zum Vater am kleinsten, Distanz zur Partnerin am größten).

Hypothese 7 C:

Distanzen von Selbst- zu Elternbildern im Gießen-Test

Unterschied zwischen dem Selbstbild des Patienten und dem Fremdbild des Vaters: auf den Skalen für Resonanz, Zwanghaftigkeit und Durchlässigkeit unterscheidet sich das Selbstbild des Patienten prägnant vom Fremdbild des Vaters.

Unterschied zwischen dem Idealbild des Patienten und dem Fremdbild von der Mutter: Bilder ähneln sich. Prägnanter Unterschied auf den Skalen für Zwanghaftigkeit und Grundstimmung. Es deutet sich eine größere Nähe zur Mutter an, aber nur Tendenzen erkennbar.

Unterschied zwischen dem Idealbild des Patienten und dem Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skala für Zwanghaftigkeit, Stimmung und Durchlässigkeit.

Unterschied zwischen dem Idealbild des Patienten und dem Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschied auf den Skalen für Zwanghaftigkeit und Grundstimmung. Gering größere Nähe zur Mutter.

Unterschied zwischen dem normativen Selbst des Patienten und dem Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für Grundstimmung und Durchlässigkeit.

Unterschied zwischen normativem Selbst und Fremdbild Mutter: prägnante Unter-

schiede auf den Skalen für Dominanz und Grundstimmung. Kein Unterschied zwischen diesem Selbstbild und den Elternbildern.

6.11 Kasuistik 3112 (Herr L)

Herr L ist zum Zeitpunkt des Interviews Mitte vierzig, hat zwei Töchter aus einer geschiedenen Ehe und lebt alleine.

Er erkrankte an vier manischen Episoden, die jeweils zu einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt geführt hatten. Er wird medikamentös mit dem Phasenprophylaktikum Lithium behandelt und besucht zusätzlich eine psychotherapeutische Einzeltherapie.

Die Manie beschreibt er als „großes Glücksgefühl, als ob man im Himmel oder im Paradies sei“.

Nach Gründen für seine Erkrankung gefragt, führt er seelische und soziale Spannungen, Scheidung, Verantwortung für die Kinder und Arbeitsplatzabbau an.

Er war bei seinen Eltern aufgewachsen, außerdem hatte eine Großmutter bei ihnen im Haushalt gelebt. Er war das mittlere von drei Geschwistern, einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester. Als Kind hätte er sich seiner Mutter und der Großmutter am nächsten gefühlt.

Seine Stimmung schätzt er zum Zeitpunkt des Interviews als gut ein, er sei froh, die letzte manische Episode überwunden zu haben.

Eine Nähe empfindet er zur Tochter, Lebensgefährtin und Mutter. Neben seinem Beruf pflegte er seine Hobbys, er hätte häufig Kontakt zu Freunden. Am wichtigsten im Leben wären ihm Gesundheit, seine Mitmenschen und seine Kinder.

Es lagen keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen vor, eben sowenig manische Symptome. Depressive Nachschwankungen können durch die HAMILTON DEPRESSIONSSKALA (Wert 0) und durch die Skala von Zerssen (Wert 2) ausgeschlossen werden.

6.11.1 Repertory Grid-Technik

Herr L bewältigt den Test und die ihm gestellten Aufgaben schnell und zügig.

In dem Repertory Grid Test wählt er für die frei zu besetzenden Elemente seinen Bruder, seine Schwester und einen Grundschullehrer. Die Konfliktperson füllt er mit seinem Chef und für „die Person, von der er sich gut verstanden fühlt“ seine Tochter.

Originalgrid

	Selbst	Ideal-Selbst	Ich, wie ich sein muß	Bruder	Schwester	Grundschullehrer	Mutter	Vater	Lebensgefährtin	Konfliktperson Chef	Gut verstandenen Tochter	Mutterbild	Vaterbild	Ich mit schlechter Laune	Ich in der Manie	
treu	1	1	1	3	3	3	1	6	1	6	1	1	1	3	6	untreu
selbstbewußt	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	6	6	1	duckmäuse- risch
hilfsbereit	1	1	1	1	1	3	1	6	2	3	1	1	1	6	6	egoistisch
pflichtbe- wußt	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	6	6	6	6	egal sein
geduldig	1	1	1	1	1	3	1	6	3	4	1	1	4	6	6	Andere nach der Pfeife tan- zen lassen
faul	1	1	4	1	1	6	6	6	6	6	1	1	1	1	6	fleißig
einfühlsam	1	1	1	1	1	1	1	6	1	6	1	1	2	6	6	beleidigend
offen	1	1	3	1	1	1	1	6	1	6	1	3	5	6	6	verschlossen
nicht konse- quent	1	6	3	1	1	6	6	6	6	6	6	1	1	6	6	konsequent
schnell auf- geben	1	3	6	1	1	4	3	6	3	6	6	3	1	6	6	sich durchset- zen
gereizt	4	6	5	1	1	1	3	1	3	3	2	3	3	1	1	umgänglich
egozentrisch	1	3	6	1	1	4	6	1	4	1	1	3	3	1	1	einfach
Rückzug	1	6	6	3	3	4	5	1	4	2	5	5	3	1	1	offen
Eigenbrödler	6	3	6	3	3	3	2	1	1	1	1	4	4	1	1	zufrieden mit sich selbst

Abbildung 49: Originalgrid (Herr L)

Auffällig bei dem Grid dieses Patienten sind die vielen Extremwerte in der Beurteilung der Elemente.

Varianzen und Ladungen

	Spur	Prozent
Faktor 1	405,04	48,68
Faktor 2	181,97	21,87
Faktor 3	84,68	10,18

Tabelle 78: Ladungen der Hauptfaktoren (Herr L)

Die Varianzaufklärung der Hauptkomponentenanalyse zeigt ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem.

Varianzen der Elemente und Konstrukte

Das „Ich mit schlechter Laune“ und das phasenspezifische Selbst nehmen mit 12% die höchste Varianzaufklärung bei den Elementen ein. Der Vater klärt 11% der Varianz auf.

Das Selbst und das Ideal-Selbst nehmen nur 7% bzw. 5% der Gesamtvarianz ein.

Die Konstrukte „faul – fleißig“, „nicht konsequent – konsequent“ und „offen – verschlossen“ klären die höchste Varianz auf.

Grafik der Hauptkomponentenanalyse

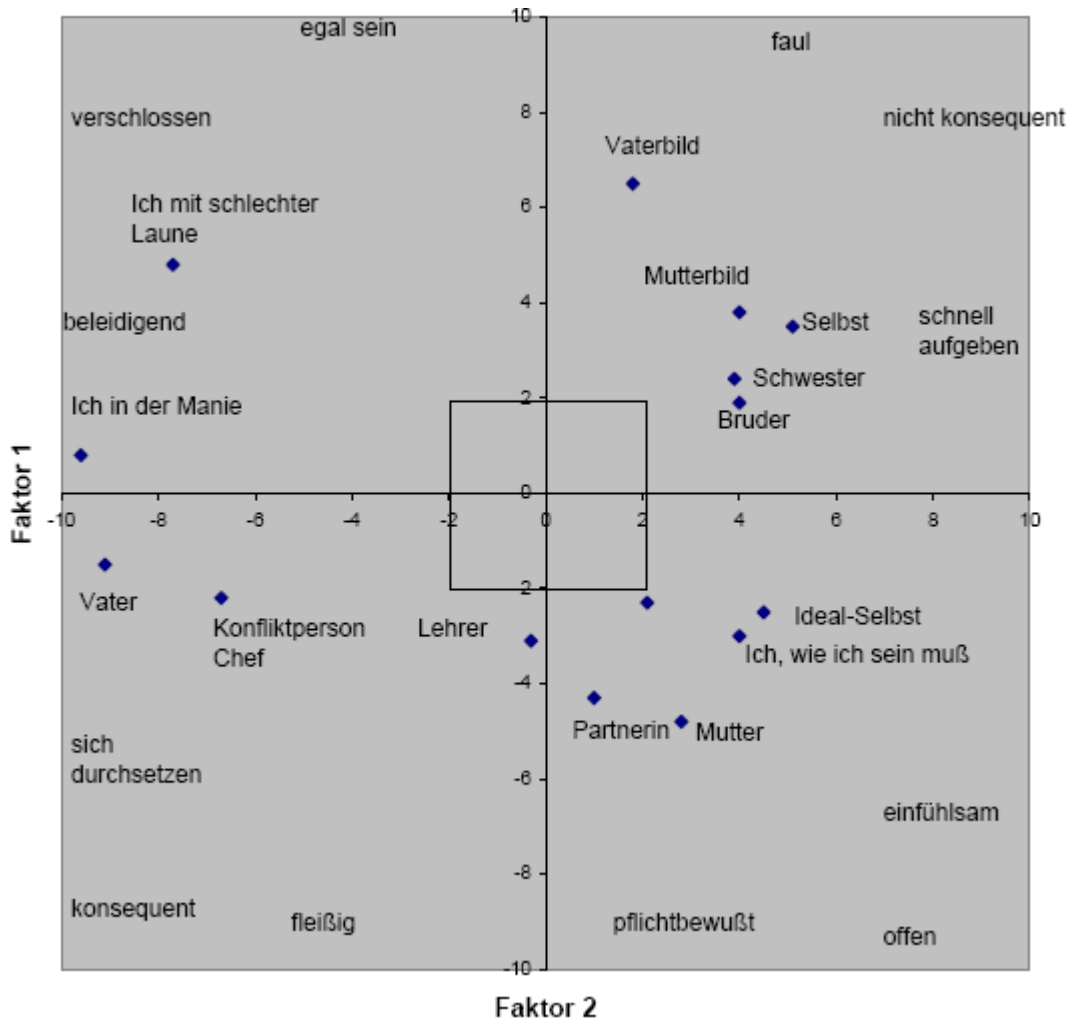


Abbildung 50: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Herr L)

In der Grafik werden die extremen Beurteilungen der Elemente deutlich, kein einziges Element befindet sich im Indifferenzbereich.

Sein Selbst konstruiert Herr L nahe am Bruder und der Schwester als faul, nicht konsequent und schnell aufgebend. Sein Ideal-Selbst konstruiert er nahe am normativen Selbst als einfühlsam, offen und pflichtbewußt. Diese Eigenschaften schreibt er auch seinem Selbst zu. Konträr zum Selbst wird die Konfliktperson und der Vater mit den

Konstrukten konsequent, fleißig und sich durchsetzen können konstruiert. Das phasenspezifische Selbst wird in der Nähe des Vaters beschrieben.

Distanzen zwischen den Selbstelementen als Maß für das Selbstwertgefühl

	Distanz
Selbst – Ideal-Selbst	0,79
Selbst – normatives Selbst	0,90
Ideal-Selbst – normatives Selbst	0,65

Tabelle 79: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Herr L)

Die Distanzen der drei Selbstbilder zueinander liegen im Bereich des durchschnittlichen Selbstwertgefühls.

Distanzen zu den Objekten als Maß für die Objektbeziehungen

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Mutter	0,99	0,62
Vater	1,42	1,35
Lebensgefährtin	0,95	0,64

Tabelle 80: Distanzen zu den Objekten (Herr L)

Die Distanz zur Mutter ist als unauffällige Objektbeziehung zu werten. Dagegen sind die Abstände vom Vater zum Selbst und zum Ideal-Selbst auffällig hoch, höher sogar als die zu der Konfliktperson. Dies ist als besonders bedeutend für den Patienten anzusehen, da der Vater einen relativ großen Teil der Gesamtvarianz aufklärt. Eine ähnlich große Distanz wie zum Vater und der Konfliktperson zeigt sich zwischen dem Selbstbild „Ich, wie mich der Vater sieht“ und dem Ideal-Selbst. Herr L möchte das Gegenteil von dem darstellen, wie ihn der Vater sieht.

Krankheitsbild

	Distanz zum Selbst	Distanz zum Ideal-Selbst
Ich in der Manie	1,43	1,43

Tabelle 81: Distanz zum phasenspezifischen Selbst

Hohe Distanzmaße stellen sich zwischen Selbst und Ideal-Selbst und dem phasenspezifischen Selbst dar. Das Krankheitsbild wird abgewehrt und negatiert.

Selbst – Identitäts – Objekt – Grafik Herr L

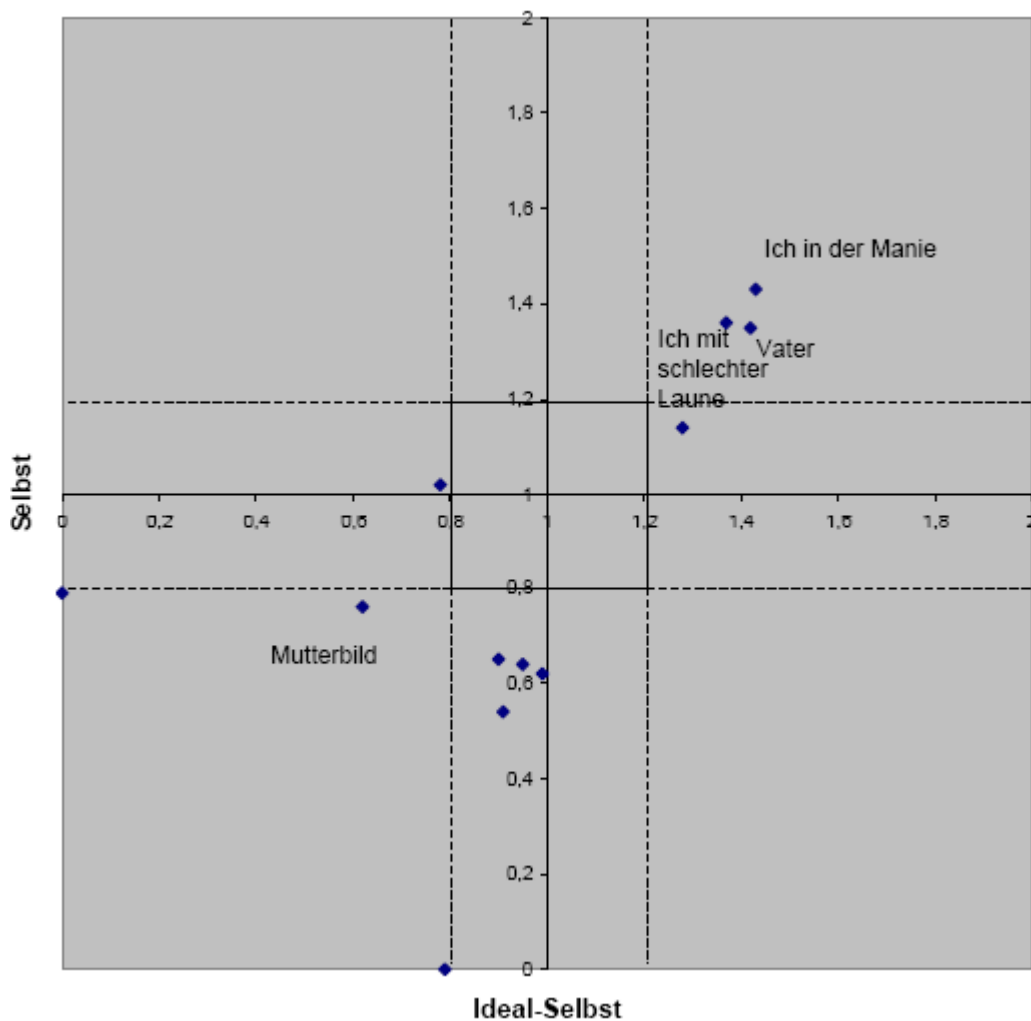


Abbildung 51: SIOG Herr L

Der Vater ist im gleichen Quadranten wie das Stimmungsbild und das phasenspezifische Selbst. Alle drei sind beiden Selbstanteilen fern und werden vermutlich entwertet und abgewehrt.

SIOG Diagnosen

Herr L erfüllt die Kriterien für eine Selbst – Ideal-Selbst – Konvergenz.

Gießen-Test

	Selbst	Ideal-Selbst	Normatives Selbst	Mutter	Vater
Skala 1	36	23	36	26	24
Skala 2	24	12	30	24	30
Skala 3	30	24	18	21	25
Skala 4	30	29	30	24	27
Skala 5	24	25	24	21	28
Skala 6	24	24	24	21	20

Tabelle 82: Gießen-Test Werte (Herr L)

Im Gießen-Test unterscheiden sich die Selbstbilder auf den ersten drei Skalen stark, auf den letzten drei Skalen nur gering. Der Patient sieht sein Selbst als extrem positiv sozial resonant, sein Ideal soll sehr negativ resonant sein. Er sieht sich als wenig dominant, möchte aber extrem dominant sein. Auf der Skala der Kontrolle schildert er sich wenig zwanghaft, möchte aber eher unterkontrolliert sein, sein normatives Selbst soll noch unterkontrollierter sein. Auf den Skalen der Grundstimmung, der Durchlässigkeit und der sozialen Potenz unterscheiden sich die Selbstbilder nicht. Bei einem Vergleich der Konstrukte mit den Skalen des Gießen-Testes fällt auf, dass die Eigenschaften der ersten drei Skalen überhaupt nicht oder wenig in den selbstgewählten Konstrukten auftauchen. Resonanz, Dominanz und Kontrolle spielen in der Konstruktwelt des Patienten eine untergeordnete Rolle.

Das Selbst und das Ideal-Selbst unterscheiden sich auf drei Skalen prägnant, genauso das Ideal-Selbst und das normative Selbst. Das Selbst ist dem normativen Selbst etwas ähnlicher (zwei Skalen prägnante Unterschiede). Auf der Skala für soziale Resonanz stellt sich der Patient resonanter dar als die Kontrollgruppe (mehr als eine Standardabweichung). Umgekehrt ist es auf der Skala für Grundstimmung, der Patient sieht sich um einiges depressiver als die Kontrollgruppe.

Im Vergleich zwischen dem Selbstbild und den Bildern der Eltern werden zwischen Selbst und beiden Eltern zwei bzw. drei prägnante Unterschiede sichtbar. Zwischen dem Idealbild und den Eltern ist die Differenz geringer (jeweils nur eine Skala prägnante Unterschiede). Zwischen dem normativen Selbst und den Eltern wird der Unterschied wieder größer (Mutter dreimal prägnant, Vater dreimal prägnant).

6.11.3 Hypothesenüberprüfung und Entwicklung neuer Hypothesen

Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C:

Varianzaufklärung der Elemente

höchste: „Ich mit schlechter Laune (12,25%), „Ich in der Manie“ (12,07%), Vater (11,07%), Konfliktperson Chef (7,68%), Vaterbild (7,61%), „Ich, wie ich sein muß“ (6,76%).

Hypothese 3 A:

Distanzen: Selbst – Ideal-Selbst: 0,79, Selbst – normatives Selbst: 0,90, Ideal-Selbst – normatives Selbst: 0,65; durchschnittliches Selbstwertgefühl.

Hypothese 3 C:

Abstände zwischen den Selbstbildern im Gießen-Test

Abstände zwischen Selbst und Ideal-Selbst: prägnante Unterschiede auf den Skalen

für soziale Resonanz, Dominanz und Zwanghaftigkeit.

Hypothese 3 D/E:

Skalen für Selbstwertgefühl

Dreimal prägnante Unterschiede (Resonanz, Grundstimmung, soziale Potenz). Herr L sieht sich positiv resonanter, aber depressiver und sozial impotenter als die Kontrollgruppe.

Hypothese 4 B:

Distanzen zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst:

prägnante Unterschiede zwischen den Selbstbildern auf den Skalen für soziale Resonanz, Dominanz und Zwanghaftigkeit.

Objektbeziehungen

Hypothese 6 B/C:

frei gewählte Elemente: Bruder, Schwester, Grundschullehrer, gut verstanden: Tochter, Konfliktperson: Chef. Ein Viertel (25%) wird durch das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ aufgeklärt.

Selbst mit 6,75% an siebter Stelle

Hypothese 6 D:

Varianzaufklärung der Konstrukte: höchste: faul – fleißig (10,38%), nicht konsequent – konsequent (9,82%), offen – verschlossen (8,62%), kein Konstrukt aus den ersten drei Triaden

Hypothese 6 E:

Alle fünfzehn Elemente liegen außerhalb des Indifferenzbereiches

Hypothese 6 F:

Alle Elemente liegen in Quadrant zwei und drei.

Hypothese 7 A:

Distanzen zu den Objekten im Repertory Grid

Distanzen vom Selbst: zur Mutter: 0,99, zum Vater: 1,42, zur Lebensgefährtin: 0,95

Distanz zur Mutter und Lebensgefährtin unauffällig, zum Vater auffällig groß (Distanz zur Lebensgefährtin am kleinsten, Distanz zum Vater am größten)

Distanz vom Ideal-Selbst: zur Mutter: 0,62, zum Vater: 1,35, zur Lebensgefährtin: 0,64.

Distanz zur Mutter und Lebensgefährtin unauffällig, zum Vater auffällig groß

(kleinste Distanz zur Mutter, größte Distanz zum Vater).

Hypothese 7 C:

Distanzen von Selbst- und Elternbildern im Gießen-Test

Selbstbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Zwanghaftigkeit, Stimmung und soziale Potenz.

Selbstbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz und Dominanz. Wenig Unterschied in den Differenzen, es besteht nur eine Tendenz, dass das Selbstbild dem Vater ähnlich ist.

Idealbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnanter Unterschied nur auf der Skala für Zwanghaftigkeit.

Idealbild des Patienten im Vergleich zum Fremdbild des Vaters: prägnanter Unterschied nur auf der Skala für Dominanz. Keine nennenswerte Unterschiede zwischen den zwei Bildern.

Normatives Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Dominanz und Stimmung.

Normatives Selbst des Patienten im Vergleich zum Fremdbild der Mutter: prägnante Unterschiede auf den Skalen für soziale Resonanz, Stimmung und soziale Potenz.

Kein eindeutiger Unterschied beim Vergleich der Differenzen zwischen dem normativen Selbst und den Elternbildern.

7. Zusammenfassung der Hypothesen aus den Kasuistiken

Es folgt die Zusammenfassung der Hypothesen, die aus den Kasuistiken entwickelt wurden. Sie sind thematisch geordnet und die Numerierung schließt sich an die Numerierung der Hypothesen aus der Gruppenauswertung an.

7.1 Selbstwertgefühl

Hypothese 2 C

Repertory Grid-Technik: In der Varianzaufklärung nehmen das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ einen sehr großen Raum ein.

Die höchste Varianzaufklärung besitzt 3 x das phasenspezifische Selbst, 3 x das „Ich mit schlechter Laune“, 2 x das Ideal-Selbst und je 1 x Vater und Partnerin.

Die zweithöchste Varianzaufklärung besitzt 4 x das „Ich mit schlechter Laune“, 3 x das phasenspezifische Selbst, 2 x die Konfliktperson und je 1 x das Selbst und die Mutter.

Die Selbstelemente „phasenspezifisches Selbst“ und das „Ich mit schlechter Laune“ nehmen wie erwartet extrem viel Raum in der Varianzaufklärung ein.

Zu Hypothese 3 A

Repertory Grid-Technik: Es wird ein höheres Selbstwertgefühl als Ausdruck des „Typus manicus“ in der Einzelfallbetrachtung erwartet.

Neun PatientInnen besitzen ein durchschnittliches Selbstwertgefühl, zwei ein hohes und keiner ein niedriges Selbstwertgefühl. Eine Tendenz zur Hypothese ist sichtbar.

Zu Hypothese 3 C

Gießen-Test: Es wird eine größere Übereinstimmung zwischen Selbst und Ideal-Selbst bei den manisch Erkrankten erwartet (Abstände Selbst zum Ideal-Selbst).

3012: 4x prägnante Distanz (1,4,5,6)

3022: 2x prägnante Distanz (5,6)

3031: 2x prägnante Distanz

3041: 3x prägnante Distanz (1,3,4)

3052: 4x prägnante Distanz (1,4,5,6)

3061: 5x prägnante Distanz (2,4,5,6)

3072: keine/geringe Distanz

3082: 2x prägnante Distanz (2,4)

3092: keine/geringe Distanz

3102: 1x prägnante Distanz (4)

3112: 3x prägnante Distanz (1,2,3)

Insgesamt zeigt sich bei nur zwei ProbandInnen keine oder nur geringe (bzw. nicht prägnante) Unterschiede. Es zeigen sich mehr Unterschiede zwischen Selbst und Ideal-Selbst als in der Kontrollgruppe. Bei fünf manischen PatientInnen zeigen sich bei mehr als die Hälfte der Skalen prägnante Unterschiede. Die erwartete, größere Übereinstimmung lässt sich nicht beweisen.

Zu Hypothese 3 D

Gießen-Test: Skalen 1,3,4 und 6 (Gießen-Test) als Maß für das Selbstwertgefühl im Vergleich zur Kontrollgruppe

3012: geringeres Selbstwertgefühl

3022: Kein Unterschied zur Kontrollgruppe

3031: Kein Unterschied zur Kontrollgruppe

3041: 2x prägnante Unterschiede (Selbst der Patientin depressiver, aber sozial potenter), kein eindeutiger Unterschied zur Kontrollgruppe

3052: 2x prägnante Unterschiede, geringeres Selbstwertgefühl

3061: 2x prägnante Unterschiede (Selbstbild der Patientin positiv resonanter, aber zwanghafter), kein eindeutiger Unterschied zur Kontrollgruppe

3072: Kein Unterschied zur Kontrollgruppe

3082: 1x prägnanter Unterschied zur Kontrollgruppe, leicht geringeres Selbstwertgefühl

3092: 1x prägnanter Unterschied zur Kontrollgruppe, leicht geringeres Selbstwertgefühl

3102: Kein Unterschied zur Kontrollgruppe

3112: 3x prägnante Unterschiede (1x positiver, 2x negativer), leicht geringeres Selbstwertgefühl

Es zeigt sich operationalisiert durch die Gießen-Test Skalen insgesamt ein eher geringeres Selbstwertgefühl. Lediglich in einzelnen Skalen zeigen die einzelnen PatientInnen höhere positivere Werte.

Zu Hypothese 3 E

Gießen-Test: Eine höhere Grundstimmung wird erwartet

- 3012: depressiver
- 3022: kein/wenig Unterschied
- 3031: kein/wenig Unterschied
- 3041: depressiver
- 3052: depressiver
- 3061: kein/wenig Unterschied
- 3072: kein/wenig Unterschied
- 3082: depressiver
- 3092: kein/wenig Unterschied
- 3102: kein/wenig Unterschied
- 3112: depressiver

Fünf PatientInnen schätzen sich depressiver als die Kontrollgruppe ein, kein einziges Mal schätzt sich eine Person aus der Gruppe der affektiv Erkrankten hypomanischer ein. Die Hypothese der höheren Grundstimmung kann nicht bewiesen werden, im Gegenteil sie wird widerlegt.

Zu Hypothese 4 B

Gießen-Test: Es wird eine größerer Abstand zwischen Selbst und normativem Selbst bei den manisch Erkrankten erwartet (Abstände Selbst zum normativen Selbst als Maß für geringere Beachtung gesellschaftlicher Normen).

- 3012: 3x prägnante Distanz, größere Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3022: 1x prägnante Distanz, größere Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3031: kein/geringe Distanz, ähnlich der Kontrollgruppe
- 3041: 2x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3052: 4x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3061: 4x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3072: keine/geringe Distanz, ähnlich der Kontrollgruppe
- 3082: 2x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3092: 3x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3102: 2x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe
- 3112: 3x prägnante Distanz, größerer Abstand als in der Kontrollgruppe

Bei neun PatientInnen ist wie erwartet der Abstand zwischen diesen beiden Selbstbil-

dem größer als in der orthopädischen Kontrollgruppe.

7.2 Objektbeziehungen

Hypothese 6 B

Repertory Grid-Technik: außer den Selbstelementen und den Eltern wird die Nennung von weiteren Personen als wichtigen Objekten in der Konstruktwelt der Testpersonen erwartet. Weitere wichtige Objekte (frei gewählte Personen) sind geordnet nach Anzahl der Nennungen:

FreundIn 10x, Bruder 6x, Tochter/Sohn 5x, Bekannte 2x, Großmutter 2x, frühere Schullehrer 2x, Pfarrer, Liebhaber, früherer Chef, Schwiegertochter, Schwager, Arbeitskollege, frühere Partnerin, Brieffreundin je 1x.

Familienangehörige und FreundIn nehmen außer den Selbstelementen und den Eltern eine wichtige Stellung ein.

Hypothese 6 C

Repertory Grid-Technik: Die Eltern bzw. die Mutter wird häufig als Konfliktperson erwartet.

Mutter 3x, Chef/Chefin 3x, Bruder/Schwester 2x, Vater 1x, Kollege 1x, Schwiegermutter 1x.

Am häufigsten wird die Mutter als Konfliktperson genannt.

Hypothese 6 D

Repertory Grid-Technik: Der Anteil der Konstrukte, die aus den Selbstelementen gebildet werden ist am höchsten (Anteil der Konstrukte aus den ersten drei Triaden, gebildet aus den Selbstbildern).

Von vier PatientInnen sind zwei der drei wichtigsten Konstrukte aus den ersten drei Triaden, bei den anderen trifft dies nicht zu.

Hypothese 6 E

Repertory Grid-Technik: bei den psychiatrischen Testpersonen liegt die größere Anzahl der Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches

Bei neun PatientInnen liegt die Mehrzahl der Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches, nur bei zwei PatientInnen liegt die Mehrzahl der Elemente innerhalb des Indifferenzbereiches.

Hypothese 6 F

Repertory Grid-Technik: Die Verteilung der Elemente in der Selbst-Identitäts-Objekt-Grafik

Quadrant 1: Konfliktperson

Quadrant 2: „Ich mit schlechter Laune“ (4x), Konfliktperson (4x), phasenspezifisches Selbst (3x), Vater (3x), Mutter (3x), Schwiegermutter, früherer Ehemann, Person gut verstanden, Vaterbild

Quadrant 3: normatives Selbst (7x), Selbst (6x), Ideal-Selbst (6x), Vater (5x), Person gut verstanden (3x), Vaterbild (3x), Mutter (2x), Mutterbild (2x), Traumpartnerin, Ehemann, „Ich mit schlechter Laune“

Quadrant 4: kein Element.

In der Zusammenfassung aller Selbst-Identitäts-Objekt-Grafiken ist die Verteilung in den einzelnen Quadranten folgendermaßen: Quadrant 2 und 3 sind mit vielen Elementen gefüllt, Quadrant 1 enthält insgesamt nur ein Element und Quadrant 4 ist ohne ein Element.

Zu Hypothese 7 A

Repertory Grid-Technik: Die Beziehungen zu den Eltern wird problematisch erwartet. Die Distanzen der Selbstelemente zum Vater wird kleiner erwartet als zur Mutter, es werden häufig problematische Objektbeziehungen auftreten.

Distanzen zum Selbst

Bei sechs PatientInnen war die Distanz zum Vater am kleinsten, bei fünf war die Distanz auffällig klein. Bei vier PatientInnen war die Distanz zum Vater am größten, drei der Distanzen sind auffällig groß.

Bei drei der PatientInnen war die Distanz zur Mutter die kleinste Distanz, eine war auffällig klein. Bei sieben PatientInnen war die Distanz zur Mutter am größten, nur bei zwei PatientInnen war dies eine auffällig große Distanz.

Distanzen zum Ideal-Selbst

Bei sechs PatientInnen ist der Abstand zum Vater am kleinsten, bei allen ist es eine auffällig kleine Distanz. Die Väter werden idealisiert. Bei vier der PatientInnen ist die Distanz zum Vater die größte Distanz der wichtigen Objektbeziehungen, bei allen ist es eine auffällig große Distanz. Die Väter werden abgewehrt.

Drei PatientInnen zeigen die Distanz zur Mutter am kleinsten, zwei davon eine auffällig kleine Distanz. Von ihnen wird die Mutter idealisiert. Bei drei PatientInnen ist die Distanz zur Mutter die größte Distanz, zwei davon zeigen eine auffällige und

zwei eine indifferente Distanz.

Zu Hypothese 7 C

Gießen-Test: Abstand zwischen dem Selbstbild der PatientInnen und den Bildern der Mutter und des Vaters. Eine kleinere Distanz zum Vater wird erwartet.

- 3012: Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter
- 3022: gleiche Unterschiede zu Mutter und Vater
- 3031: gleiche Unterschiede zu Mutter und Vater
- 3041: gleiche Unterschiede zu Mutter und Vater
- 3052: Mutter- und Vaterbild fehlen bei diesem Patienten
- 3061: gleiche Unterschiede zu Mutter und Vater
- 3072: Selbst der Mutter ähnlicher als dem Vater
- 3082: Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter
- 3092: Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter
- 3102: Selbst der Mutter ähnlicher als dem Vater
- 31112: Tendenz Selbst dem Vater ähnlicher als der Mutter

Dreimal ist das Selbstbild der psychiatrischen Gruppe dem Vater ähnlicher und zweimal der Mutter ähnlicher. Tendenz zur Ähnlichkeit zum Vater.

Zu Hypothese 7 C

Gießen-Test: Abstand zwischen dem Idealbild des PatientInnen und dem Bild der Mutter und des Vaters. Ein kleinere Distanz zum Vater wird als Zeichen für die Idealisierung erwartet.

- 3012: Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher
- 3022: Unterschied gleich groß
- 3031: Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher
- 3041: Unterschied gleich groß
- 3052: keine Elternbilder vorliegen
- 3061: Ideal-Selbst der Mutter ähnlicher
- 3072: Unterschied gleich groß
- 3082: Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher
- 3092: Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher
- 3102: Ideal-Selbst der Mutter ähnlicher
- 3112: Unterschied gleich groß

Viermal ist das Ideal-Selbst dem Vater ähnlicher.

Zu Hypothese 7 C

Gießen-Test: Abstand zwischen normativem Selbst des PatientInnen und dem Bild der Mutter und des Vaters. Es wird ein kleinerer Abstand zum Vater erwartet.

3012: normatives Selbst dem Vater ähnlicher

3022: kein Unterschied

3031: kein Unterschied

3041: normatives Selbst dem Vater ähnlicher

3052: keine Elternbilder vorliegen

3061: kein Unterschied

3072: kein Unterschied

3082: normatives Selbst dem Vater ähnlicher

3092: normatives Selbst dem Vater ähnlicher

3102: kein Unterschied

3112: kein Unterschied

Viermal ist das normative Selbst dem Vater ähnlicher, kein einziges Mal der Mutter.

8. Diskussion

Die Studie versucht den von v. ZERSSEN (1992, 2000) beschriebenen „Typus manicus“ in den Primär- bzw. Intervallpersönlichkeiten der manisch Erkrankten zu validieren. Ebenso soll untersucht werden, ob die Annahme eines überhöhten Selbstwertgefühls und eines idealisierten Vaterbildes als Rollennorm für die Mehrzahl der PatientInnen zutrifft. Aus interferenzstatistischen Gründen (Größe der Stichprobe unipolar manischer PatientInnen) wird auf eine Überprüfung auf Signifikanz verzichtet. Um einen möglichen Fehler zweiter Ordnung zu vermeiden, werden prägnante Unterschiede (Differenzen von mehr als einer Standardabweichung) dargestellt. Die in Kapitel 6 gewonnenen Ergebnisse werden im Folgenden interpretiert und kritisch betrachtet. Am Schluss der Diskussion wird die Gruppenauswertung mit den Ergebnissen aus dem hypothesengenerierenden Ansatz der Kasuistiken verglichen.

8.1 Bedeutung der Konstruktsysteme (zu Hypothese 1)

Nach Auffassung von ADAMS-WEBBER (1979) ist die Varianzanalyse ein Instrument, um unterschiedlich differenzierte Konstruktsysteme zu vergleichen. Eine hohe Aufklärung der ersten Komponente in der Varianzaufklärung sei ein Zeichen für eine niedrige Differenzierung. Diese Theorie entwickelte er auf dem Boden von Kelly's Konzept „der kognitiven Komplexität gegenüber Simplizität“. Menschen können umso flexibler und vielseitiger sich selbst und andere wahrnehmen, je differenzierter ihr eigenes Konstruktsystem ausgebildet ist. Autoren wie SHEEHAN (1985) und ASHWORTH ET AL. (1982) nahmen an, dass depressive Patienten eine Verengung des Konstruktsystems zeigen, die in einer hohen Varianzaufklärung der ersten Komponente deutlich wird. Nach Meinung von NIEMEYER (1985) sei diese Theorie ohne statistisch - methodische Belege. Laut ADAMS-WEBBER (1979) ASHWORTH ET AL. (1982) zeigen schizoaffektive und manische PatientInnen eher eine gleichmäßige Aufklärung der verschiedenen Faktoren. Dies könnte in diesen Fällen nicht auf ein differenziertes Konstruktsystem, sondern auf Denkstörungen oder zerfahrenes Denken hinweisen.

Die PatientInnen aus dieser Untersuchung weichen in der Faktorenaufklärung nur wenig von der Kontrollgruppe ab. Sie haben einen höheren ersten und gering höheren zweiten Faktor zu Ungunsten des dritten Faktors. Da sie nicht in einer manischen Phase interviewt wurden und keiner der PatientInnen unter akuten Denkstörungen litt, war ein ähnliches Bild wie das der Kontrollgruppe als Zeichen eines durch-

schnittlich differenzierten Konstruktsystems zu erwarten. Vergleichbar sind die Werte mit anderen Ergebnissen aus der Literatur. So betragen die Varianzaufklärungen der ersten Komponente bei Hepatitispatienten (BARTHOLOMEW, 1990), bei Kontrollpersonen (ASHWORTH ET AL., 1982), bei Kontrollpersonen (SPERLINGER, 1976), bei geheilten Depressiven (ASHWORTH ET AL., 1982) ähnliche Werte für die erste Hauptkomponente. Lediglich depressive Patienten zeigen einen höheren Wert (SHEEHAN, 1985 und ASHWORTH ET AL., 1982). Alkoholiker (ASHWORTH ET AL., 1982), akute Maniker (ASHWORTH ET AL., 1982) und akut Schizophrene mit Halluzinationen (ASHWORTH ET AL., 1982) zeigen Werte zwischen 39% und 43% für die erste Hauptkomponente. ASHWORTH ET AL. (1982) interpretierten dies als einen Ausdruck der formalen Denkstörung in einem akuten Schub dieser Erkrankungen. BRUNFITT (1985) beschrieb PatientInnen mit einer Aphasie, bei denen vier von sieben auf der ersten Hauptkomponente über 60% abbilden. Dabei sei es durch die schwere körperliche Erkrankung zur Einengung des Konstruktsystems gekommen. Auch MORRIS (1977) beschreibt eine Verengung des Systems in Krisensituationen. HALL (1976) war der Meinung, dass die Komplexität des Systems nicht statisch sei und diese in Subsystemen oder über einen längeren Zeitraum hinweg veränderbar ist. In der vorliegenden Studie ist in der Gruppe der affektiv Erkrankten eine große Streubreite der Varianzaufklärung (Standardabweichung: 14,25) der ersten Hauptkomponente zu sehen. Die Streuung des ersten Faktors in der Kontrollgruppe ist viel geringer (Standardabweichung: 2,71).

Zusammenfassend weicht der Durchschnittswert der ersten Hauptkomponente nicht wesentlich von dem der Kontrollgruppe ab. Im Mittel zeigt sich weder eine Einengung des Konstruktsystems durch Fokussierung auf die erste Hauptkomponente noch eine Denkstörung durch gleichmäßige Aufteilung der Varianz auf die Komponenten. Es wird aber eine große Streuung der Varianzaufklärung des ersten Faktors sichtbar. Es werden durch die Betrachtung der Mittelwerte auffällige Einzelbefunde nivelliert.

8.2 Selbstidentität und Selbstwertgefühl der unipolar manischen PatientInnen im Vergleich zur Kontrollgruppe (zu Hypothese 2)

In der Literatur wird beschrieben, dass gesunde Personen ein höheres Selbstwertgefühl als zum Beispiel depressive PatientInnen haben, die sich durch ein niedriges Selbstwertgefühl und Selbstbeschuldigungen auszeichnen (KAPLAN, SADOCK, 1985). PARDOEN ET AL. (1993) stellte keine signifikanten Unterschiede im Selbstwertgefühl von bipolar Erkrankten gegenüber gesunden Probanden fest. V. ZERSSEN (1992) arbei-

tete bei einem Teil der PatientInnen mit bipolarem Verlauf die Charakterzüge des „Typus manicus“ heraus (unabhängig, unkonventionell, weltmännisch, phantasievoll, leichtfertig, risikofreudig). Dagegen stellte SOLOMON ET AL. (1996) bei einem Kollektiv von bipolar I Erkrankten eine geringere emotionale Stabilität, weniger Gelassenheit und Selbstvertrauen und geringere Ich-Kontrolle heraus. In neueren Studien wird auf eine höhere Extraversionsrate (LÖNNQVIST ET AL., 2009) und möglicherweise instabile Persönlichkeiten hingewiesen (KNOWLES ET AL., 2007).

8.2.1 Selbstidentität dargestellt durch die Varianzaufklärung der Selbstelemente

Wie in der Hypothese 2 A angenommen, klärt das Selbst der affektiv Erkrankten einen größeren Anteil der Gesamtvarianz auf als in der somatischen Kontrollgruppe (Maniker: $6,66 \pm 4,58$, Kontrollpersonen: $5,07 \pm 2,27$). Der Unterschied ist aber nicht so groß, dass er als prägnant bezeichnet werden kann. Es ist nur eine Tendenz sichtbar (Hypothese 2 A).

Das Ideal-Selbst klärt in der psychiatrischen Gruppe einen gering höheren Anteil der Gesamtvarianz auf (Hypothese 2 A).

Das normative Selbst liegt bei der psychiatrischen Gruppe unter 5% (Hypothese 2 A) und bei der Kontrollgruppe knapp über 5%. Nach ERNST (1995) liegt der Indifferenzbereich, unterhalb dessen ein Element keine Bedeutung mehr für das Konstruktsystem des betroffenen Grids zukommt, bei ca. 6,7%. In der vorliegenden Arbeit beansprucht das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ einen Großteil der Gesamtvarianz, so dass die von ERNST (1995) vorgeschlagene Grenze für den Indifferenzbereich auf 5% abgesenkt wurde.

Die Tendenz zur größeren Bedeutung des Selbst innerhalb der psychiatrischen Gruppe stützt die These der Selbstüberschätzung im Kontext des „Typus manicus“.

Das phasenspezifische Selbst nimmt in der Gruppe der manisch Erkrankten einen extrem hohen Anteil der Gesamtvarianz ein (18%), gegenüber dem Rollenelement „Ich, wenn es mir gut geht“ der Kontrollgruppe (4,7%). Die beiden Elemente sind nicht miteinander vergleichbar, da sie durch unterschiedliche Inhalte spezifiziert sind. Das phasenspezifische Selbst „Ich in der Manie“ überdeckt durch seinen hohen Anteil an der Gesamtvarianz andere Elemente. Auch das Rollenelement „Ich, wenn es mir schlecht geht“ hat in der psychiatrischen Gruppe einen höheren, aber nicht prägnant höheren Anteil an der Gesamtvarianz.

8.2.2 Selbstwertgefühl operationalisiert durch die mittleren Distanzen zwischen den Selbstelementen in der Repertory Grid-Technik (Hypothese 3 A)

Großer Abstand zwischen Selbst und Ideal-Selbst bedeutet niedriges und ein kleiner Abstand ein hohes Selbstwertgefühl (SHEEHAN, 1981, 1982, AXFORD, JERON, 1986). ASHWORTH ET AL (1985) untersuchten Gruppen von Depressiven, Manikern, Alkoholikern und Schizophrenen und verglichen die Ergebnisse mit Gruppen geheilter Depressiver und somatisch kranker Patienten. Sie stellten fest, dass depressive Patienten (1,21), Schizophrene (1,20) und Alkoholiker (1,12) ein niedrigeres Selbstwertgefühl besaßen als die geheilten Depressiven (0,83) und die somatisch erkrankten Kontrollpersonen (0,85). Ein hohes Selbstwertgefühl wurde bisher keiner spezifischen Gruppe zugeordnet. LARGE (1985) dagegen diskutierte sehr kleine Selbst – Ideal-Selbst Distanzen als Ausdruck von Abwehrverhalten. Bei Veränderungen im Verhältnis der beiden Selbstelemente zueinander scheint das Ideal-Selbst stabil zu bleiben, während das aktuelle Selbst sich dem Idealbild annähert (LAXER, 1964 a, b, BECKMANN & DAVIES-OSTERKAMP, 1979).

Die affektiv Erkrankten weisen im Mittel zwischen Selbst und Ideal-Selbst eine geringere Distanz ($0,69 \pm 0,19$) und damit ein höheres Selbstwertgefühl auf. Der Abstand zwischen den zwei Selbstbildern ist in der Gruppe der Manikern kleiner als in der Kontrollgruppe ($0,84 \pm 0,34$). Dies stützt die Hypothese eines übersteigerten, höheren Selbstwertgefühls unter den manischen PatientInnen. Es kann vermutet werden, dass die Maniker ihr Selbst dem Ideal-Selbst annähern. Wenn dies im Sinne eines Abwehrverhaltens zu interpretieren ist, könnte die Manie wiederum als eine Abwehr der Depression betrachtet werden. Die kleinen Distanzmaße zwischen Selbst und Ideal-Selbst untermauern die Theorie einer instabilen Homöostase bei manischen Patienten, nach der es zu einer regressiven Aktualisierung des grandiosen Selbst als Kompensation eines instabilen Selbstwertgefühls kommt (vgl. MENTZOS, 1995). Bei einer Nachuntersuchung fanden ASHWORTH ET AL. (1985), dass nach Abklingen der akuten Episode das Selbstwertgefühl bei den Gruppen der Depressiven und Manikern sich gegenläufig verändert hatte. Bei den Depressiven war es gestiegen, bei den Manikern gesunken. Es bleibt an dieser Stelle zu erwähnen, dass die PatientInnen aus dieser Untersuchung zum Zeitpunkt des Tests symptomfrei waren und dennoch ein ähnlich hohes Selbstwertgefühl zeigen wie die Maniker aus der Untersuchung von ASHWORTH ET AL. (1985). Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterscheiden sich von Untersuchungsergebnissen von PARDOEN ET AL. (1993) und SHAPIRA ET AL. (1999), die unter bipolar Erkrankten kein höheres Selbstwertgefühl feststellen konn-

ten. In diesen Untersuchungen wurde nicht zwischen bipolar I und II unterschieden. Während sich die Ergebnisse eher mit den Untersuchungen von HECHT ET AL. (1997) decken, die unter bipolar I Erkrankten signifikant mehr Eigenschaften des „Typus manicus“ fanden. Die Studien von LÖNNQVIST ET AL. (2009) untersucht andere Qualitäten in den Persönlichkeitsdimensionen und ist daher nicht direkt vergleichbar. KNOWLES ET AL. (2007) haben verdeutlicht, dass die Persönlichkeit der bipolar Erkrankten in dem Intervall möglicherweise nicht stabil ist, dazu müssten eine Testung zu mehreren Untersuchungszeitpunkten durchgeführt werden. Dies ist bei dieser untersuchung nicht gemacht worden.

Der Unterschied zwischen Selbst und normativem Selbst ist weit weniger deutlich und minimal (0,75 bei der psychiatrischen Gruppe im Gegensatz zu 0,80 bei der Kontrollgruppe). Die Distanz ist sehr klein. Diese Nähe zum normativen Selbst könnte im Sinne von KLEIN (1940) als eine Identifizierung mit dem „Über-Ich“ interpretiert werden. Sie zählt dies zu einer der Abwehrformen der Manie. Trotz des unkonventionelleren und unabhängigeren Charakters der manisch Erkrankten spiegelt die Nähe zwischen Selbst und normativen Selbst die noch vorhandene Anpasstheit an soziale Normen wider (vgl. KRÖBER, 1988, 1989). Insgesamt muss die Interpretation des normativen Selbst sehr vorsichtig geschehen, da es nur mit 4,04% an der Gesamtvarianz beteiligt ist. Die mittlere Distanz zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst ist wie erwartet in der psychiatrischen Gruppe größer (Hypothese 4 A). Dies kann als Korrelat für eine geringere Beachtung von gesellschaftlichen Konventionen interpretiert werden und stützt die Theorie des „Typus manicus“ in Bezug auf die Charaktereigenschaften unkonventionell und unabhängig. Es ist aber zu bemerken, dass die Distanz zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst die geringste mittlere Distanz zwischen den Selbstelementen darstellt.

8.2.3 Das normative Selbst in der SIOG (Hypothese 4 A)

Die Nähe des normativen Selbst zu den beiden anderen Selbstelementen zeigt sich auch in der SIOG der psychiatrischen Gruppe. Der größte Teil der PatientInnen konstruiert sein normatives Selbst beiden Selbstelementen nahe im dritten Quadranten. Von analytisch orientierten Autoren wird angenommen, dass sich Teile aus dem normativen Selbst (Über-Ich) auch im Ideal-Selbst ausdrücken bzw. übernommen werden. Dies könnte ein Grund für die kleine Distanz zwischen diesen beiden Selbstelementen sein. In der Kontrollgruppe bildet sich der größte Anteil der Elemente „normatives Selbst“ im Indifferenzbereich ab.

8.2.4 Operationalisierung des Selbstwertgefühls mit den SIOG Diagnosen (Hypothese 3 B)

Das Auftreten der SIOG Diagnose Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz ist entgegen der Vermutung in beiden Gruppen gleich häufig. In der orthopädischen Vergleichsgruppe ist sogar die Kombination dieser Diagnose mit hohem Selbstwertgefühl häufiger.

NORRIS & MAKLOUF-NORRIS (1976) berichten, dass Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz nur bei Drogenabhängigen und vereinzelt bei „normalen“ Personen beobachtet wurde.

Für diese Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz bieten sie drei Erklärungsmodelle an:

1. Das Individuum nähert sein Idealbild dem aktuellen Selbst an. Diese Theorie widerspricht allerdings der Auffassung von LAXER (1964) und BECKMANN & DAVIES-OSTERKAMP (1979), die das Ideal-Selbst für eine stabile Instanz halten.
2. Unrealistischerweise werden die Attribute des Selbst auf die Ebene des Ideal-Selbst gehoben
3. Eine tatsächliche Leistung erlaubt die vorübergehende Einholung des Ideal-Selbst durch das Selbst.

In einer Untersuchung mit HepatitispatientInnen stellt sich aber heraus, dass nicht nur drogenabhängige Personen zu einem hohen Prozentsatz eine Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz aufweisen. Die Hälfte der untersuchten HepatitispatientInnen weist eine Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz auf (BARTHOLOMEW, 1986, S.130). Auch in der vorliegenden Studie tritt diese Diagnose bei psychisch Gesunden häufig auf. Die letzten zwei Erklärungsmöglichkeiten von NORRIS & MAKLOUF-NORRIS (1976) beschreiben eine vorübergehende Situation. Eher könnte für die Gruppe der ManikerInnen eine Annäherung des Idealbildes an das Selbst, aber auch umgekehrt die Annäherung des Selbst an das Idealbild, wie LAXER (1964) es vertreten hat, vermutet werden. Es könnte eine Kombination der zwei Theorien vorliegen. Eine Vermutung für die häufige Diagnose Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz in der psychisch gesunden Kontrollgruppe ist, dass in dieser Gruppe die oft langwierigen somatischen Erkrankungen und die Lebensveränderungen durch eine chronische Erkrankung zu dieser Diagnose führen kann. Ist das Selbst gut integriert, zeigt sich weder eine Divergenz noch eine Konvergenz (BARTHOLOMEW, 1986, S. 132). Demnach können sieben (64%) der ManikerInnen als „selbstintegriert“ gelten. In der Kontrollgruppe trifft dies auf ebenfalls auf sieben PatientInnen zu. Personen, die eine Kombination aus Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz und sozialer Entfremdung (doppelter Isolation) zeigen, werden als „splendid isolated“ bezeichnet. Ihre Isolation ist erwünscht und gewollt und es besteht kein Wille zur Veränderung. Dies trifft auf zwei Personen aus dem psychiatrischen Kollektiv zu. BARTHOLOMEW (1990) diskutierte die Selbst-Ideal-Selbst-Konver-

genz als möglichen Ausdruck eines narzißtischen Rückzuges, im Sinne einer hypomanischen verleugnenden psychischen Abwehrform. Ihre Hypothese widerspricht den Ergebnissen aus der vorliegenden Studie hinsichtlich des gleich hohen Anteils an Konvergenz in beiden untersuchten Kollektiven. Lediglich die Diagnose „splendid isolated“ kommt in der Kontrollgruppe nicht vor.

8.2.5 Selbstwertgefühl operationalisiert durch die Gießen-Test Skalen 1, 3 und 6 (Hypothese 3 D)

Auf der Skala für Kontrolle und soziale Resonanz schätzen sich beide Kollektive ähnlich ein. Die manisch Erkrankten sehen sich sozial impotenter (aber kein prägnanter Unterschied, $21,27 \pm 3,52$; Kontrollgruppe: $19,21 \pm 4,75$) ein. Die Erwartung von weniger Kontrolliertheit und mehr sozialer Potenz in der Selbsteinschätzung der manischen ProbandInnen ist nicht bestätigt worden.

Die Vermutung, dass die Selbstbilder im Gießen-Test in der Gruppe der psychiatrischen PatientInnen eine größere Übereinstimmung zeigen als in der Kontrollgruppe (Hypothese 3 C), ist nur angedeutet. In beiden untersuchten Kollektiven ist nur ein prägnanter Unterschied sichtbar. Allerdings sind bei den orthopädischen ProbandInnen dreimal Unterschiede erkennbar, die weniger als eine Standardabweichung betragen. Es ist zu bedenken, dass die Standardabweichungen in der Kontrollgruppe groß sind. In der Gruppe der affektiv erkrankten ProbandInnen sind dagegen drei Skalen fast identisch.

Die Ergebnisse decken sich eher mit denen von ASHWORTH ET AL. (1985) und widersprechen denen von PARDOEN ET AL. (1993) und SHAPIRA ET AL. (1999), die unter bipolar Erkrankten kein höheres Selbstwertgefühl feststellen konnten.

Wie hypothetisch erwartet sind die Unterschiede zwischen dem Selbstbild und dem normativen Selbst (in den Skalen 1,3 und 6 im Gießen-Test) in der psychiatrischen Gruppe größer als in der Kontrollgruppe als Zeichen des „Typus manicus“ mit den Eigenschaften unkonventionell und unangepaßt (v.ZERSEN, 1992).

8.2.6 Grundstimmung operationalisiert durch die Skala 4 des Gießen-Testes

Entgegen der Hypothese (Hypothese 3 E) schätzt sich die orthopädische Kontrollgruppe in der Gießen-Test Skala für Grundstimmung prägnant hypomanischer ein (psychiatrische Gruppe: $24,91 \pm 3,06$, Kontrollgruppe: $20,29 \pm 5,52$).

Der Gießen-Test stützt damit nicht die Hypothese einer hypomanischen Grundstimmung in Verbindung mit dem postulierten erhöhten Selbstwertgefühl.

8.2.7 Zusammenfassende Interpretation der Selbstidentität und des Selbstwertgefühls unipolar manisch Erkrankter

Die These der Selbstüberschätzung des „Typus manicus“ wird durch die gering höhere Varianzaufklärung des Selbst in der Repertory Grid-Technik gestützt. Durch die Varianzaufklärung der Elemente spiegelt sich nicht die Wichtigkeit der erwarteten Selbstelemente wider. Das phasenspezifische Selbst verdeckt durch seinen hohen Varianzanteil andere Elemente, es steht für die psychiatrische Gruppe sehr im Vordergrund. Ein übersteigertes Selbstwertgefühl zeigt sich durch den geringen Abstand zwischen Selbst und Ideal-Selbst.

Die Erwartung von weniger Kontrolliertheit und mehr sozialer Potenz in der Selbsteinschätzung durch den Gießen-Test der manischen Probanden konnte nicht bestätigt werden (mithilfe der für das Selbstwertgefühl relevanten Skalen 1, 3 und 6).

Auch zeigt sich mit dem Testinstrument Gießen-Test kein höheres Selbstwertgefühl in der psychiatrischen Gruppe (durch Vergleich zwischen den Selbstbildern im Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen). Nur die Ergebnisse aus der Repertory Grid-Technik entsprechen der Meinung von HECHT ET AL. (1997), dass bipolar I Erkrankte signifikant mehr Eigenschaften des „Typus manicus“ besitzen.

Ebenso stützen diese Ergebnisse die Hypothese von MENTZOS (1995) zu dem grandiosen Selbst der manisch Erkrankten. Die Charaktereigenschaften unkonventionell, unabhängig („Typus manicus“) spiegeln sich in einer größeren Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst in der Repertory Grid-Technik wider. Aber es ist zu bemerken, dass diese Distanz in der psychiatrischen Gruppe die kleinste Distanz zwischen den Selbstelementen ist und das normative Selbst in der SIOG der Repertory Grid-Technik am häufigsten in Q₃ (beiden Selbstelementen nahe) konstruiert ist. Dies könnte die noch vorhandene Angepaßtheit an soziale Normen und gewisse rigide Persönlichkeitsanteile aufzeigen (vgl. KRÖBER, 1988, 1989). Die These vom unkonventionellen „Typus manicus“ von VON ZERSEN (1990) kann mit dem Testinstrument Gießen-Test durch die Differenz zwischen Selbst und normativem Selbst zusätzlich unterstützt werden.

Entgegen den Erwartungen tritt die SIOG Diagnose Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz in der Repertory Grid-Technik in beiden Gruppen gleich häufig auf. In der somatischen Kontrollgruppe sogar immer in Kombination mit hohem Selbstwertgefühl. Eindeutig entgegengesetzt verhält sich die im Gießen-Test untersuchte Grundstimmung, die in Verbindung mit dem erhöhten Selbstwertgefühl erhöht sein sollte. Nicht die unipolar manischen PatientInnen, sondern die Kontrollgruppe schätzte sich hypomanischer ein.

8.3 Objektbeziehungen der unipolar manischen PatientInnen und der Kontrollgruppe

8.3.1 Varianzaufklärung und Bedeutung der Elemente in der Repertory Grid-Technik

Der Vater klärt in der Kontrollgruppe mit $6,6\% \pm 3,78$ einen größeren Anteil der Varianz auf als in der psychiatrischen Gruppe ($5,3\% \pm 4,39$). Dieses Ergebnis widerspricht der Hypothese (Hypothese 3 A), dass der Vater der ManikerInnen einen größeren Varianzanteil als Zeichen einer größeren Bedeutung in der Konstruktwelt aufklärt.

Die Varianzverteilung der Mutter ist in beiden untersuchten Kollektiven ähnlich. In der psychiatrischen Gruppe nimmt die Mutter $6,96\% \pm 3,78$, in der Kontrollgruppe $7,49\% \pm 3,14$ der Gesamtvarianz ein. Die möglicherweise konflikthafter Beziehungen können durch die Operationalisierung anhand der Varianzaufklärung der Elemente nicht abgebildet werden. Es ist zu vermuten, dass die Grid-Technik mehr kognitive Zusammenhänge und weniger ambivalente Beziehungsmuster erfasst. Bei der Varianzaufklärung insgesamt zeigen sich zwischen der psychiatrischen Gruppe und der orthopädischen Kontrollgruppe wenig deutliche Unterschiede. Die angenommene Wichtigkeit des Elementes Vater in der psychiatrischen Gruppe lässt sich durch diesen Operationalisierungsweg nicht stützen.

8.3.2 Mittlere Distanzen der Eltern zu den Selbstbildern in der Repertory Grid-Technik

Es werden problematische Objektbeziehungen zu den Eltern erwartet. Die Distanz zum Vater wird kleiner erwartet als der Abstand zwischen dem Selbst und Mutter (Hypothese 3 B). Die Distanz zwischen Selbst und Vater ($0,93 \pm 0,43$) ist kleiner als die Distanz zwischen Selbst und Mutter ($1,04 \pm 0,29$). Der Unterschied ist nicht prägnant, es ist nur eine Tendenz erkennbar. Aber auch in der somatischen Kontrollgruppe zeigt sich eine ähnliche Konstellation bei insgesamt geringeren Distanzen (Selbst – Vater: $0,91 \pm 0,33$; Selbst – Mutter: $0,96 \pm 0,20$).

Die Distanz zwischen Ideal-Selbst und Vater ($0,91 \pm 0,49$) zeigt einen kleineren Wert als die zur Mutter ($1,02 \pm 0,30$) (Hypothese 3 C). Auch hier sind nur Tendenzen, keine prägnanten Unterschiede sichtbar. Und auch in diesem Vergleich der Distanzmaße zeigt die Kontrollgruppe eine ähnliche Konstellation (Ideal-Selbst – Vater: $0,98 \pm 0,28$; Ideal-Selbst – Mutter: $1,07 \pm 0,36$). Die mittlere Distanz zwischen Ideal-Selbst

und Vater in der psychiatrischen Gruppe ist der kleinste Wert, was auf eine Idealisierung hindeutet. Dies stützt die Fallbeobachtung von JACKSON (1993), der die psychoanalytischen Hintergründe der Manie mit einer Identifizierung mit dem phallisch idealisierten Vater erklärt.

Die mittleren Distanzen zu den wichtigen Objekten sprechen für unauffällige Objektbeziehungen. Die Hypothese von auffälligen Objektbeziehungen in der psychiatrischen Gruppe kann über den Mittelwert nicht bestätigt werden. Bei der Betrachtung der auffällig nahen oder auffälligen fernen Objektbeziehungen fällt eine Häufung der auffälligen Objektbeziehungen zum Ideal-Selbst der psychiatrischen PatientInnen auf. Es zeigt sich im Vergleich zur somatischen Gruppe in der psychiatrischen Gruppe eine stärkere Idealisierung des Vaters (9,1%, Kontrollgruppe: 3,1%). Die Mutter wird von keinem einzigen der affektiv erkrankten ProbandInnen idealisiert (Kontrollgruppe: 6,3%). Die Annahme einer Orientierung in der Kindheit der affektiv Erkrankten an ihrem Vater wird durch diese Ergebnisse gestärkt.

8.3.3 Interpersonelle Beziehungsstruktur in der SIOG

Durch die Operationalisierung anhand der SIOG wird die These einer konflikthaften Beziehung zum Vater bestärkt. Fast ein Drittel der manisch Erkrankten konstruieren eine idealisierte Abhängigkeit zum Vater (27,3% beiden Selbstanteilen ähnlich, Hypothese 7 B). Dies unterstützt die These von MENTZOS (1995) eines eher väterlichen Introjektes bei den manischen PatientInnen im Gegensatz zu einem mütterlichen Introjekt bei den monopolar Depressiven. Der andere große Teil des Elementes Vater wird nicht, wie erwartet, im vierten Quadranten als Zeichen einer Idealisierung sichtbar, sondern im zweiten Quadranten (27,3%). Dies verdeutlicht eine Abwertung der Person Vater. Die Väter werden immer klar geschildert, sie spielen eine entweder eindeutig positive oder negative Rolle. In der Kontrollgruppe bildet sich der größte Teil der Väter (72,7%) im Indifferenzbereich ab. Die These der wichtigen Rolle des Vaters in der Entwicklung der manisch Erkrankten wird durch den größeren Anteil von idealisierter Abhängigkeit vom Vater und ambivalenter oder negativer Beziehung zu ihm untermauert.

Wird die SIOG für das Mutterbild betrachtet (Hypothese 3 D), fällt ein großer Anteil im Indifferenzbereich auf (72,7%), ähnlich dem der Kontrollgruppe (81,8%). Das hypothetische Ergebnis der größeren Nähe der Kontrollpersonen zur Mutter ist nicht eingetreten.

8.3.4 Vergleich Selbstbilder und Elternbilder im Gießen-Test

Die manischen PatientInnen konstruieren im Gießen-Test ihr Selbst dem Vater ähnlicher als die somatische Kontrollgruppe (Hypothese 7 C).

Auch im Vergleich des Idealbildes mit dem Mutterbild zwischen den untersuchten Kollektiven zeigt sich eine größere prägnante Differenz in der somatischen Kontrollgruppe. Die manischen PatientInnen scheinen ihr Idealbild dem des Vaters und der Mutter ähnlicher zu konstruieren als die somatische Vergleichsgruppe, bei größeren Unterschieden zur Mutter als zum Vater (Hypothese 7 C).

Zwischen den normativen Selbstbildern der beiden Gruppen und den Elternbildern zeigt sich nicht, wie erwartet, in der psychiatrischen Gruppen ein größere Nähe zum Vater. Die Differenz zwischen normativem Selbst und Mutter ist in der psychiatrischen Gruppe größer als in der somatischen.

8.4 Zusammenfassende Interpretation der Objektbeziehungen

Die möglicherweise konflikthaften Beziehungen können durch die Operationalisierung anhand der Varianzaufklärung der Elemente nicht abgebildet werden. Tendenziell sind die Distanzen zwischen Selbst /Ideal-Selbst und Vater kleiner als die Distanzen zwischen Selbst/Ideal-Selbst und Mutter in beiden untersuchten Kollektiven. Aber die Distanz zwischen Ideal-Selbst und Vater ist insgesamt die kleinste Distanz. Die Hypothese von auffälligen Objektbeziehungen in der psychiatrischen Gruppe kann über den Mittelwert nicht bestätigt werden. Bei der Betrachtung der auffällig nahen oder auffällig fernen Objektbeziehungen fällt eine Häufung der auffälligen Objektbeziehungen zum Ideal-Selbst der psychiatrischen PatientInnen auf. Die These der wichtigen Rolle des Vaters in der Entwicklung der manisch Erkrankten gegenüber der Kontrollgruppe wird durch den größeren Anteil an idealisierter Abhängigkeit vom Vater und ambivalente oder negative Beziehung zu ihm untermauert. Es unterstützt zum Teil die These von MENTZOS (1995) eines eher väterlichen Introjektes bei den manischen PatientInnen im Gegensatz zu einem mütterlichen Introjekt bei den unipolar Depressiven.

Es zeigt sich kein Unterschied im Verhältnis zur Mutter zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Wie in der Hypothese erwartet ist im Gießen-Test das Selbstbild dem Vaterbild ähnlicher als dem Mutterbild, es existieren größere Unterschiede zur Mutter. Aber das Bild sieht in der Kontrollgruppe ähnlich aus, lediglich der Unterschied zwischen Selbstbild und Mutterbild ist in der psychiatrischen Gruppe größer. Zum Vergleich,

ob die manisch Erkrankten ein eher väterliches Introjekt (MENTZOS, 1995) besitzen, müssten sie mit depressiv Erkrankten verglichen werden, bei denen ein mütterliches Introjekt vermutet wird.

Im Gießen-Test ergibt sich beim Vergleich der Idealbilder mit den Elternbildern ein auffälliges Ergebnis. Wie erwartet ist das Idealbild der psychiatrischen Gruppe dem Vaterbild ähnlicher als dem Mutterbild. Innerhalb der psychiatrischen Gruppe sind alle drei Selbstbilder dem Vater ähnlicher als der Mutter. Vergleicht man dieses mit der Kontrollgruppe zeigt sich eher eine Ähnlichkeit mit dem Mutterbild.

Wie im Gießen-Test erwartet, zeigt das normative Selbst geringere Unterschiede zum Vaterbild. Die Differenzen der Skalen zum Mutterbild ergeben größere und mehr prägnante Unterschiede. Dies unterstützt die These von MENTZOS (1995) eines eher väterlichen Introjektes bei den manischen PatientInnen im Gegensatz zu einem mütterlichen Introjekt bei den unipolar Depressiven. Letztere Behauptung müsste allerdings noch mit der gleichen Testmethode an unipolar depressiv Erkrankten getestet werden.

8.5 Diskussion der Kasuistiken und des hypothesengenerierenden Ansatzes

8.5.1. Bedeutung der Konstruktsysteme (zu Hypothese 1 B)

Der Aufbau des Konstruktsystems zeigt bei der Einzelfallauswertung das gleiche Ergebnis wie bei der Gruppenauswertung. Die Mehrzahl der PatientInnen (sieben) besitzt ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem und damit definitionsgemäß eine unauffällige Persönlichkeit, drei ein niedrig differenziertes Konstruktsystem und einer ein hoch differenziertes Konstruktsystem. Die manische „Persönlichkeit“ ist zwischen den Episoden über diesen Parameter nicht erfassbar. Die Einzelfallauswertung erbringt bei diesem Aspekt keine neue Information.

Drei ProbandInnen besitzen ein eingeeengtes Konstruktsystem. Bei Frau D (Kasuistik 3041) bilden sich die drei Hauptkomponenten mit jeweils 59%, 22% und 7% ab.

Diese Patientin wird gegen Ende ihres stationären Aufenthaltes nach einer manischen Episode interviewt und es ist zu vermuten, dass die Werte im Sinne einer Krisensituation zu bewerten sind. Psychopathologisch sind keine formalen Denkstörungen zu eruieren. Sie zeigt weder depressive noch manische Symptome. Das Selbstwertgefühl dieser Patientin ist nach den Definitionen für den Repertory Grid als durchschnittlich anzusehen. In den SIOG Diagnosen läßt sie sich keiner Diagnose zuord-

nen. Doch die Ergebnisse des Gießen-Tests sind auffällig. Das Selbst und das normative Selbst gleichen sich in den meisten Skalen. Sie schätzt sich deutlich depressiver ein als sie ihr Ideal-Selbst beschreibt, was auf geringes Selbstwertgefühl hinweist. Möglich ist, dass der Gießen-Test bei dieser Patientin auf den Skalen für das Selbstwertgefühl die derzeitige Lebenssituation (Erkrankung und Hospitalisation) widerspiegelt. Dagegen zeigt sich diese extreme Belastungssituation in der Repertory Grid-Technik nur in der Varianzaufklärung der ersten beiden Hauptkomponenten und nicht in den sonstigen Ergebnissen.

Die höchste Aufklärung der ersten Hauptkomponente stellt sich bei Herrn E (Kasuistik 3052) mit 80% dar. Die zweite und dritte Hauptkomponente betragen jeweils nur 7% und 5% Prozent. Auch dieser Patient wird während des stationären Aufenthaltes interviewt. Es ist wie bei Frau D zu vermuten, dass eine Verengung des Konstruktsystems in dieser Krisensituation eingetreten ist (vgl. MORRIS, 1977). Auch für ihn gibt die Depressionsskala nach VON ZERSEN kein Hinweis auf eine zur Zeit bestehende Depression, der Wert sieben entspricht dem Mittelwert für Gesunde. Auch in der Fremdeinschätzungsskala nach HAMILTON zeigt sich mit dem Wert von zehn kein depressiver Zustand. Er liegt noch unter den Werten für Vergleichsgruppen. Auffällig ist in der Repertory Grid-Technik bei diesem Patienten, dass das phasenspezifische Selbst 36% der Gesamtvarianz aufklärt und das „Ich mit schlechter Laune“ 19%, dann erst tritt das Ideal-Selbst mit fast 10% auf. Das Selbst ist nur mit einer geringen Varianzaufklärung von 3% vertreten. Das phasenspezifische Selbsterleben in der Manie nimmt hier einen so großen Teil der Gesamtvarianz ein, dass das Selbst nicht mehr interpretierbar ist. Es ist verdeckt. Er beschreibt sein Selbst und sein Ideal-Selbst mit den Konstrukten nicht aufzwingend, gehorsam, einsichtig, ruhig und gelassen und konstruiert das phasenspezifische Selbst und das Selbst mit schlechter Laune auf den Gegenpol dieser Konstrukte als erregbar, aggressiv, starrköpfig und ungezogen. Nach den SIOG - Diagnosen kann der Proband keiner Diagnose zugeordnet werden, er ist als "selbstintegriert" zu bezeichnen. Nach den Distanzen zwischen Selbst, Ideal-Selbst und normativem Selbst in der Repertory Grid-Technik besitzt dieser Proband ein hohes Selbstwertgefühl. Diese Konstellation würde der These von SPERLINGER (1976) widersprechen, daß ein niedrig differenziertes Konstruktsystem mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einhergeht. Er kann keiner Grid-Diagnose zugeordnet werden. Auch bei diesem Patienten sind die Ergebnisse aus dem Gießen-Test sehr auffällig. Ähnlich der Kasuistik 3041 ist der Unterschied zwischen Selbst und Ideal-Selbst in den meisten Skalen sehr groß. Das normative Selbst ist dem Selbst wieder ähnlicher. Zwei der vier für das Selbstwertgefühl bedeutsamen

Skalen zeigen prägnante Unterschiede im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Obwohl er von sich denkt, eine extrem positive soziale Resonanz zu haben, schätzt er seine Stimmung schlechter ein als die Kontrollgruppe. Das hohe Selbstwertgefühl in der Repertory Grid-Technik widerspricht der großen Differenz zwischen Selbst und Ideal-Selbst auf den Skalen des Gießen-Testes. Wie auch die Auswertung der Ergebnisse der Gesamtgruppe depressiv Erkrankter zeigte (BÖKER, 1999; BÖKER ET AL. 2000), war eine Validierung der Grid-Befunde mittels des Gießen-Testes nicht möglich. Lediglich das eingengegte Konstruktsystem, deutlich durch die hohe Varianzaufklärung der ersten Hauptkomponente, könnte im Sinne einer Krisensituation mit der großen Differenz der beiden Selbstbilder im Gießen-Test übereinstimmen. Einen Hinweis auf eine Problemsituation im Leben des Patienten bietet sich aus dem Interview, in dem er über Zukunftsängste berichtet. Er beschreibt massive Existenzängste in seinem Beruf. Bei der anstehenden Entlassung aus der Klinik werden diese Probleme wieder aktuell. Ein weiterer Hinweis auf Konflikte innerhalb des persönlichen Selbst stellt sich nicht dar und deshalb bleibt die Einengung des Konstruktsystem bei diesem Patienten ungeklärt, da die berufliche und existentielle Situation nicht als alleinige Ursache angesehen werden kann.

Die dritte Person mit einer hohen Varianzaufklärung der ersten Hauptkomponente und dem Hinweis auf ein niedrig differenziertes Konstruktsystem ist Frau F (Kasuistik 3061). Die Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst spiegelt ein hohes Selbstwertgefühl wider. Durch die besondere Kombination der SIOG-Diagnosen ist sie „Splendid isolated“ zu nennen (BARTHOLOMEW, 1990). Auch diese Testbefunde widersprechen SPERLINGER (1976). Die Ergebnisse aus dem Gießen-Test zeigen andere Ergebnisse. Das Selbst und das Ideal-Selbst unterscheiden sich auf vier Skalen prägnant. Es ist zu vermuten, daß die beiden Testverfahren zwei verschiedene Dimensionen darstellen. Die Merkmale des Gießen-Testes scheinen für die Konstruktwelt von Frau F eine untergeordnete Rolle zu spielen, da sie im frei gewählten Repertory Grid-Technik nicht vorhanden sind.

Die niedrig differenzierten Konstruktsysteme der drei beschriebenen PatientInnen sind nicht zwangsläufig mit einer akuten Krisensituation oder einem niedrigem Selbstwertgefühl zu erklären. Eine Vermutung einer hohen Ladung der ersten Komponente bei diesen drei ProbandInnen wäre akute Angst bzw. deren Verdrängung. Der Versuch, die niedrig differenzierten Konstruktsysteme durch den Gießen-Test zu validieren, mißlingt.

Nur Herr A (Kasuistik 3012) besitzt ein hoch differenziertes Konstruktsystem. Klinisch zeigt er weder manische noch schizoide Symptome, so dass schizoide, zerfah-

rene Denkstrukturen als Ursache für eine gleichmäßige Aufteilung der Varianz auf die Hauptkomponenten ausgeschlossen werden können (vgl. ADAMS-WEBBER, 1979, ASHWORTH, 1982). Die Varianzaufklärung seiner Repertory Grid-Technik zeigt aber ähnliche Werte wie in den Untersuchungen von ASHWORTH ET AL. (1982) akute Maniker und Schizophrene mit Halluzinationen. Die Autoren erklärten dies als ein Ausdruck der formalen Denkstörung in einem akuten Schub der Erkrankungen. Diese Vermutung ist für Herr A unzutreffend, es könnte sich höchstens ein Ausklang der manischen Symptomatik andeuten, der klinisch nicht mehr erfassbar ist.

8.5.2 Selbstidentität und Selbstwertgefühl der unipolar manischen PatientInnen

Sieben PatientInnen sind an dem Gespräch und den psychologischen Tests interessiert, zwei sind ängstlich und etwas misstrauisch, einer während der gesamten Test- und Interviewphase nervös und einem Patienten fällt es schwer, sich und ihm nahestehende Personen zu reflektieren. Zehn der elf PatientInnen haben keine Schwierigkeiten bei der Bewältigung der psychologischen Tests. Die Einschätzungen über sich und nahe Bezugspersonen werden zügig gefällt und fast nie im nachhinein abgewandelt. Dies würde in das Bild des „Typus manicus“ (v. ZERSEN, 1992) passen.

Varianzaufklärung der Elemente (zu Hypothese 2 C)

Die höchste Varianz klärt, wie auch schon in der Gruppenauswertung sichtbar, das phasenspezifische Selbst und das „Ich mit schlechter Laune“ auf. Diese beiden Selbstanteile könnten als „Varianzfresser“ bezeichnet werden. Die restlichen Elemente werden dadurch schlechter beurteilbar. Hohe Anteile an der Gesamtvarianz nehmen auch die Konfliktpersonen ein.

In einem Fall klärte das Element Vater den größten Anteil an der Gesamtvarianz auf (Herr G; Kasuistik 3072). Der Vater wird von Herr G als inkorrekt, gleichgültig, mißgünstig, unflexibel und reserviert konstruiert. Als Gegenpol stellt er das Rollenelement „Ich in der Manie“. Es ist ein ungelöster Konflikt bzw. eine auffällige Objektbeziehung zum Vater, der sich in Folge einer manisch-depressiven Erkrankung suizidierte zu vermuten.

Der höchste Anteil der Gesamtvarianz für die Mutter stellt sich bei Herrn H (Kasuistik 3082) dar. Die Mutter klärt in diesem Grid 13,7% auf und kommt hinter dem Rollenbild „Ich mit schlechter Laune“ und damit noch vor den anderen Selbstbildern. Dieser Proband liegt mit einem Ergebnis von 11 Punkten in der Depressivitätsskala nach VON ZERSEN über dem Wert für gesunde Kontrollpatienten, aber unter dem Wert für manifest erkrankte depressive Patienten. Er befindet sich in einer leichten subde-

pressiven Grundstimmung, wahrscheinlich gegen Ende einer depressiven Nachschwankung im Anschluss an die manische Episode. In der HAMILTON Depressionsskala liegt er mit 5 Punkten unter den für andere Gruppen angegebenen Vergleichswerten. Die Mutter wird im Grid als ordentlich, unmusikalisch, streng, aggressiv, konservativ, schwankend, negativ denkend, zögerlich, pünktlich, zusammenhaltend, sachlich, zurückhaltend, in sich hineinfressend und mutlos konstruiert. Sie steht in dem Konstruktraum nahe der Konfliktperson, aber auch relativ nahe dem Rollenbild „Ich mit schlechter Laune“. Konträr dem Bild der Mutter ist das phasenspezifische Selbst. Die Mutter wird als Schwerpunkt über den Konstrukten unmusikalisch und zusammenhaltend konstruiert. Das phasenspezifische Selbst mit Weltoffenheit und Musikalität stellt den gegensätzlichen Konstruktpol dar. Auch im Gießen-Test wird die Mutter sehr extrem geschildert. Er beschreibt sie als sehr dominant, sehr zwanghaft und sozial sehr impotent. Sein Ideal stellt sich auch hier fast konträr dazu dar. Sein Selbst ist sehr verschieden von dem Bild der Mutter. Durch die Distanzmaße aus der Repertory Grid-Technik bestätigt sich dieses Ergebnis, die Mutter wird als sehr verschieden vom Selbst und sehr verschieden vom Ideal-Selbst wahrgenommen. Sie wird abgewehrt. Es bleibt eine konflikthafte Beziehung zur Mutter zu vermuten, die sich in beiden Testverfahren darstellt. Zum Vater sind die Distanzen deutlich kleiner, besonders zum Ideal-Selbst, diese Beziehung scheint nicht so konfliktbeladen zu sein, wie die zur Mutter.

Über 10% der Gesamtvarianz wird bei Herrn G (Kasuistik 3072) durch die Mutter aufgeklärt und über 15% durch den Vater. Auffällig ist bei diesem Probanden, dass auch 10% durch das Selbstelement „Ich, wie mich der Vater sah“ aufgeklärt wird. Alle restlichen Elemente klären jeweils unter 10% der Gesamtvarianz auf. Im Grid wird der Vater und das Bild, wie der Vater ihn sah, konträr zu dem phasenspezifischen Selbst konstruiert. Der Vater wird als ruhig, unzuverlässig, unpünktlich, kompromißbereit, unkorrekt, überfordert, gleichgültig, missgünstig, exakter Familienvirtschaftler, unflexibel, mit wenig zufrieden gebend, reserviert, variabel und mit Rückzug beschrieben. Sein Selbst und sein Ideal-Selbst konstruiert Herr G meist mit dem Gegenpol dieser Charaktereigenschaften. Diese Gegensätzlichkeit kommt auch in den Distanzmaßen zum Ausdruck. Zwischen Vater und Selbst und Ideal-Selbst sind sehr große Distanzen. Es ist als auffällige Objektbeziehung zu werten, der Vater wird abgewehrt. Zur Mutter existieren nach der Definition der Distanzmaße normale, unauffällige Beziehungen. Aus der Anamnese kann hierzu noch ergänzt werden, dass der Vater des Patienten an einer manisch-depressiven Psychose litt und sich im Rahmen einer depressiven Episode suizidierte. Das Bild „Ich, wie der Vater mich sah“,

ist gegensätzlich zu seinem Selbst und dem phasenspezifischen Selbst. In seinen Augen wurde er vom Vater falsch beurteilt und in seiner Person verkannt. In der Manie befreit er sich von dem Bild des Vater über ihn. Bei diesem Patienten tritt als einzigem des untersuchten Kollektivs die Kombination aus hohem Selbstwertgefühl und Selbst-Idealselbst-Konvergenz auf. Im Gießen-Test zeigt sich eine größere Nähe zur Mutter als zum Vater.

Selbstwertgefühl (Abstand Selbst zu Ideal-Selbst in der Repertory Grid-Technik, Hypothese 3 A)

Auffällig ist, dass keine der PatientInnen ein niedriges Selbstwertgefühl besitzt. Dies deckt sich mit der Annahme einer generell überhöhten Selbsteinschätzung. Zwei PatientInnen zeigen ein hohes und neun ein durchschnittliches Selbstwertgefühl.

Eine Person, bei dem sich ein extrem hohes Selbstwertgefühl im Repertory Grid abbildet ist Herr G (Kasuistik 3072). Der Abstand zwischen Selbst und Ideal-Selbst beträgt 0,46, zwischen Selbst und normativem Selbst 0,57 und zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst nur 0,42. Bei diesem Patienten sind die Kriterien für eine Selbst-Isolation, soziale Entfremdung und Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz erfüllt. Der Gießen-Test des Patienten zeigt ein Selbstbild, das vergleichbar ist mit den Selbstbildern der Kontrollgruppe. Beide anderen Selbstanteile, das Ideal-Selbst und das normative Selbst sind dem Selbstbild sehr ähnlich. Bei diesem Patienten scheinen die standardisierten, im Gießen-Test erfragten Persönlichkeitsmerkmale sich auch in der von der Repertory Grid-Technik erfassten Konstruktwelt abzubilden. Bei Herrn H (Kasuistik 3082) stellt sich das einzige Mal eine Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst von über eins dar. Die Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst beträgt 1,18. Dies spricht für eine rigide Über-Ich-Struktur. Dieser Sachverhalt deckt sich mit der klinischen Vermutung, dass der Patient zum Zeitpunkt des Interviews an einer leichten depressiven Nachschwankung litt. Das Ergebnis im HAMD ist unauffällig, das im D-S` ist mit elf Punkten gering über den Werten, die für Gesunde angegeben werden. Er ist aber noch deutlich unter dem Wert für depressive Patienten (21 ± 9). Die anderen Distanzen zwischen den Selbstelementen liegen im Bereich des durchschnittlichen Selbstwertgefühls.

Selbstwertgefühl (Abstand Selbst zu Ideal-Selbst im Gießen-Test, Hypothese 3 C)

Im Gießen-Test zeigt die Differenz zwischen den Selbst- und Idealbildern keine eindeutige Tendenz, es scheint sich eine Ähnlichkeit anzudeuten. Nur 23 der 66 Einzel-

distanzen sind prägnant groß. Bei den PatientInnen 3012 und 3061 sind häufig prägnante Differenzen sichtbar. Bei der Patientin 3061 widerspricht dieses Ergebnis der Repertory Grid-Technik, in dem sich eine kleine Distanz zwischen dem Selbst- und dem Idealbild darstellt. Eine Vermutung ist, dass sich die Konstruktwelt der Patientin, die sie in der Repertory Grid-Technik selbst wählen konnte, nicht im Gießen-Test darstellen lässt.

Es zeigt sich kein einziges Mal im Gießen-Test ein eindeutiger Hinweis auf ein höheres Selbstwertgefühl (anhand der Skalen 1,3,4 und 6). In sechs Fällen ist das Selbstwertgefühl vergleichbar mit dem der Kontrollgruppe. Viermal (3012, 3052, 3082 und 3092) ergibt sich ein geringeres Selbstwertgefühl. Bei Herr E (Kasuistik 3052) ist das im Gießen-Test ermittelte Selbstwertgefühl im Widerspruch zu dem in der Repertory Grid-Technik operationalisiertem hohem Selbstwertgefühl. Möglicherweise sind die Distanzen zwischen den Selbstelementen in der Repertory Grid-Technik bei Herrn E nur bedingt interpretierbar, da die Selbstelemente einen verschwindend kleinen Anteil an der Gesamtvarianz aufklären. Das niedrige Selbstwertgefühl aus dem Gießen-Test würde zu dem niedrig differenzierten Konstruktsystem aus der Repertory Grid-Technik passen und die These SPERLINGERS (1976) stützen.

Bei Herr I (Kasuistik 3092) könnten die Unterschiede im Selbstwertgefühl in den zwei Testverfahren ebenfalls auf der grenzwertig geringen Varianzaufklärung des Selbst (5%) liegen.

Das Selbst von Herrn A (Kasuistik 3012) klärt ebenfalls einen geringen Anteil der Gesamtvarianz auf (2,7%), so dass ein ähnliches Erklärungsmodell für die Diskrepanz zwischen den zwei Testverfahren herangezogen werden kann. In der Repertory Grid-Technik zeigt er ein durchschnittliches Selbstwertgefühl mit rigiden Strukturen. Herr H (Kasuistik 3082) zeigt nach der Repertory Grid-Technik ein mittleres Selbstwertgefühl, die Diskrepanz zu den Ergebnissen des Gießen-Test bleibt unklar.

Selbstwertproblematik (Abstand der Selbstbilder Patienten und Kontrollgruppe, Hypothese 3)

Die Selbstbilder der manischen PatientInnen und der somatischen Kontrollgruppe zeigen über alle Skalen gesehen eher Gemeinsamkeiten als deutliche Unterschiede. Beim Vergleich der Idealbilder fallen bei zwei PatientInnen fast identische Idealbilder mit denen der Kontrollgruppe auf und einmal (3112) ein extremer Unterschied. Der Unterschied lässt sich nicht durch eine Idealselbst-Isolation in der Repertory Grid-Technik darstellen.

Auch der Vergleich des normativen Selbst zeigt nur bei dem Patienten 3112 extreme

Unterschiede zur Kontrollgruppe.

Auffällig ist, daß keiner der PatientInnen nach den Kriterien der Repertory Grid-Technik ein niedriges Selbstwertgefühl besitzt. Dies deckt sich mit der Annahme einer generell überhöhten Selbsteinschätzung („Typus manicus“, VON ZERSEN, 1992). Zwei zeigen ein hohes und neun ein normales Selbstwertgefühl.

Bei den PatientInnen 3012 und 3052 sind häufig prägnante Differenzen zwischen Selbst und Ideal-Selbst im Gießen-Test sichtbar. Bei der Patientin 3061 widerspricht dieses Ergebnis dem Repertory Grid Test, in dem sich eine kleine Distanz zwischen dem Selbst- und dem Idealbild darstellt. Eine Vermutung ist, dass sich die Konstruktwelt der Patientin, die sie in der Repertory Grid-Technik selbst wählen konnte, nicht im Gießen-Test darstellen lässt.

Die mittlere Distanz vom Selbst und Ideal-Selbst zum phasenspezifischen Selbst ist in der Gruppe der psychiatrischen PatientInnen sehr groß. Die große Standardabweichung ist bedingt durch eine auffällig große Distanz (2,28 - Patient 3052) und zwei auffällig kleine Distanzen (0,63 - Patient 3072, 0,56 - Patient 3102).

Fünf PatientInnen schätzen ihre Stimmung im Gießen-Test (Skala 4) depressiver ein als die Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis zeigt sich weder in der Repertory Grid-Technik noch in den zwei Kontrollskalen. Der Grund bleibt unklar.

Wie erwartet zeigt sich in der manischen Gruppe ein größerer Abstand zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst im Gießen-Test, als Zeichen geringerer Beachtung gesellschaftlicher Normen im Rahmen des „Typus manicus“ (VON ZERSEN, 1992).

Geringere Beachtung gesellschaftlicher Normen (Abstand Ideal-Selbst zu normativem Selbst im Gießen- Test, zu Hypothese 4 B)

Wieder in einem Drittel der Fälle zeigen sich prägnant große Distanzen. Eine Abweichung der Bilder zeigen 3061 und 3092.

Objektbeziehungen

Elementfindung (frei gewählte Elemente, zu Hypothese 6 B)

Nach den gesetzten Elementen im Repertory Grid Test werden am meisten Freunde genannt. Sowohl Geschwister als auch Kinder stehen mit weniger Nennungen da-

nach. Die Familienmitglieder scheinen aktuell weniger wichtig oder präsent zu sein, als die in der späteren Sozialisation wichtigen Bezugspersonen. Als Konfliktperson wird am häufigsten die Mutter gewählt, obwohl diese schon als Element vorhanden war. Dies deutet auf einen ungelösten Konflikt in der Beziehung zur Mutter hin. Das Element „Person, von der ich mich gut verstanden fühle“ wird von den PatientInnen am häufigsten von Freunden gefüllt. Es werden keine Familienmitglieder gewählt. Viele ProbandInnen wollen keine Elemente doppelt besetzen. Hier kann sich ein ungelöster Konflikt mit den primären Bezugspersonen verbergen.

Objektbeziehungen und Konfliktperson (Repertory Grid-Technik, Hypothese 6 C)

Als Konfliktperson wird am häufigsten die Mutter gewählt, obwohl diese schon als Element vorhanden ist. Dies deutet auf einen ungelösten Konflikt in der Beziehung zur Mutter hin.

Objektbeziehung und Person „gut verstanden“ (Repertory Grid-Technik, Hypothese 6 C)

Das Element „Person, von der ich mich gut verstanden fühle“ wird von den PatientInnen am häufigsten mit Freund/in gefüllt. Es werden seltener Familienmitglieder gewählt. Die Gründe können die gleichen wie bei der oben genannten Person sein.

Varianzaufklärung und Konstruktbildung (Hypothese 6 D)

Die Konstruktfindung zeigt keine Bevorzugung bestimmter Triaden. Auch mit Nicht-Selbstelementen werden für die ProbandInnen wichtige Konstrukte gebildet.

Bei der Mehrzahl der PatientInnen liegen die meisten Elemente außerhalb des Indifferenzbereiches. Die wichtigsten Bezugspersonen werden eindeutig konstruiert.

Objektbeziehungen Konstruktion der Elemente im Repertory Grid-Technik (Hypothese 6 E)

Die deutliche Mehrheit der PatientInnen konstruiert die Elemente so klar, dass die Mehrzahl außerhalb des Indifferenzbereichs liegen.

Distanzen zu den Objekten (Hypothese 7 A)

Die Distanzen in der Repertory Grid-Technik zu den Eltern stellen sich sehr interessant dar. Zwischen Selbst und Mutter sind die meisten Distanzen indifferent. Dagegen sind bei fünf Einzelfällen die Distanzen zum Vater auffällig klein. Dies würde die These eines eher väterlichen Introjektes bei PatientInnen mit manischen Episo-

den unterstützen. Genauso stellen sich die Distanzen zum Ideal-Selbst dar. Die meisten Abstände zur Mutter sind indifferent und verschließen sich damit einer Interpretation. Die Distanzen zum Vater sind entweder auffällig klein oder auffällig groß (Idealisierung/Abwehr). Das deutet auf eine konflikthafte Beziehung hin. Bei fünf PatientInnen ist die Distanz vom normativen Selbst zum Vater auffällig klein, dies würde die These des väterlichen Introjektes stützen. Insgesamt zeigt sich eine größere Nähe zum Vater als zur Mutter (bei sechs ProbandInnen ist die Distanz zum Vater die kleinste, nur bei drei ist die Distanz zur Mutter die kleinste). Durch die Betrachtung der Einzelergebnisse zeigen sich hier abweichend von dem Mittelwert der Gruppenauswertung wertvolle Aspekte.

Bei Frau F (Kasuistik 3061) werden von der Mutter nur 1,1% der Gesamtvarianz aufgeklärt. Den weitaus größten Raum nehmen das Ideal-Selbst mit 26% und das Selbst mit 19% ein. Das phasenspezifische Selbst klärt 11% der Gesamtvarianz auf. Auch der Vater klärt nur einen geringen Anteil an der Gesamtvarianz auf (4,4%). Nur durch die zwei Selbstbilder und das phasenspezifische Selbst werden 56% der Gesamtvarianz aufgeklärt. Die anderen Elemente treten durch diese hohe Varianzaufklärung der Selbstelemente in den Hintergrund. Es ergibt sich bei dieser Patientin die Konstellation der „splendid isolated“ Persönlichkeit. Alle anderen Personen werden dem Selbst und dem Ideal-Selbst als sehr fern konstruiert und die zwei Selbstelemente haben eine sehr kleine Distanz zueinander. Die Person sieht sich so, wie sie auch gerne wäre. Im Gegensatz dazu stehen die anderen Bezugspersonen, zu denen sie nicht nur eine Ferne spürt, sondern die sie meist mit den Gegenteilen ihres Selbst konstruiert. Die Distanzen zwischen Ideal-Selbst und den Eltern sind auffällig groß. Obwohl die Mutter in der Anamnese großen Raum eingenommen hat und nach Aussagen der Patientin für sie in der Kindheit und während der frühen Krankheitsphase eine große Rolle als Bezugsperson gespielt hat, klärt sie nur wenig der Varianz auf. Sie liegt in der Grafik der Hauptkomponentenanalyse im Indifferenzbereich und entzieht sich so einer eindeutigen differenzierteren Diskussion. Eine Aussage über diese wichtige Bezugsperson ist durch die Repertory Grid-Technik nur schwer möglich. Auch der Vater ist für die Patientin immer sehr weit entfernt. Auf den meisten Skalen des Gießen-Tests wird die Mutter von der Patientin als sehr extrem dargestellt. Auf der Skala der Dominanz weicht sie stark zur Seite der Dominanz ab. Die Mutter wird als eine Person beschrieben, die häufig in Auseinandersetzungen verstrickt ist, gerne dominiert, als begabt zum Schauspielen, schwierig in enger Kooperation, eigensinnig und ungeduldig ist. Sie verkörpert die Seite der Aggressivität, Impulsivität, Eigensinn und Herrschaftsansprüche. Bei der Konstruktauswahl der Patientin mit Hilfe

der Repertory Grid-Technik fällt auf, dass sich wenig Konstrukte diesen Charaktereigenschaften zuordnen lassen. In ihrem Konstruktraum scheinen die Charaktereigenschaften, in denen die Mutter im Gießen-Test so extrem geschildert wird, kaum eine Rolle zu spielen. Ebenso läßt sich die Skala der Kontrolle, auf der die Mutter als zwanghaft dargestellt wird, schlecht der Konstruktwelt zuordnen. In der Grundstimmung wird die Mutter von der Patientin als hypomanisch beschrieben. Dieser Skala nähern sich inhaltlich die Konstrukte abhängig – autonom, Angst – Glück, in beiden Konstruktpaaren wird die Mutter mit der „negativeren“ Seite verbunden, sie ist leicht abhängig und etwas ängstlich. Sie wird im Grid anders konstruiert als im Gießen-Test beschrieben. Auch auf der Skala der Durchlässigkeit wird die Mutter extrem retentiv beschrieben. Auch hier lassen sich zwei ähnliche Konstruktpaare im Grid zuordnen: Haß – Hingabe und Ignoranz – Wärme. Auch hier werden der Mutter wieder Mittelwerte zugeordnet, die eher zu der Seite „Haß und Ignoranz“ tendieren. Als letztes wird die Mutter im Gießen-Test sehr sozial impotent, als ungesellig, kaum konkurrierend, kaum fähig zu Dauerbindung, phantasiearm und im heterosexuellen Kontakt als befangen beschrieben. Auch hier läßt sich wieder ein Konstruktpaar zuordnen (Phantasie – Destruktion), auf dem sie der Destruktion zugeordnet wird. Dies deckt sich mit dem Gießen-Test. Insgesamt muss aber gesagt werden, dass die Person der Mutter in den vorgegebenen Charaktereigenschaften des Gießen-Tests viel extremer geschildert wird, als in den selbst gewählten Konstrukten der Repertory Grid-Technik. Die Mutter ist für die Patientin mit den Konstrukten, mit denen sie ihr Selbst und ihre Welt konstruiert, nicht zu beschreiben. Die Mutter steht außerhalb der eigenen Welt. Allerdings wird sie auf den Persönlichkeitsdimensionen des Gießen-Tests sehr differenziert und extrem beschrieben. Zum jetzigen Zeitpunkt scheinen die Dimensionen des Gießen-Testes für die Patientin unwichtig oder untergeordnet zu sein.

Nur drei der psychiatrischen PatientInnen haben eine durchschnittliche Distanz zur Mutter. Diese Beziehungen können als unauffällig bezeichnet werden. Ebenso haben auch dieselben Personen (3012, 3072, 3112) eine durchschnittliche Distanz vom Ideal-Selbst zur Mutter.

Herr E (Kasuistik 3052) erlebt sein Selbst als sehr nah an der Mutter (0,34), während der Abstand zum Ideal-Selbst als normal anzusehen ist. Die Mutter wird von ihm als dem Vater sehr ähnlich beschrieben und gleichzeitig zeigt sich in der Grafik eine geringe Distanz zwischen beiden Eltern und dem normativem Selbst. Diesen Elementen gegenübergestellt sind die Konfliktperson, das „Ich in der Manie“ und das „Ich

mit schlechter Laune“. Vater und Mutter werden als sorgsam, einflußreich, freizügig, gelassen, ausgeglichen, genau, ruhig, nicht aufzwingend, fleißig, gehorsam, vernünftig, verträglich und einsichtig beschrieben. Ebenso konstruiert er sein normatives Selbst. Aus der Anamnese ist zu ergänzen, dass der Patient auf dem elterlichen Hof lebt und arbeitet. Man könnte die Hypothese aufstellen, dass er beide Eltern als eine Person in das „Über-Ich“ introjiziert hat und sich deshalb nicht ausreichend von diesen Objekten distanzieren kann. Der Gießen-Test dieses Probanden kann leider nicht in Bezug auf die Elternbeziehung interpretiert werden, da er diese Fremdbeurteilungen nicht ausgefüllt hat. So bleibt die Interpretation in diesem Fall auf den Repertory Grid beschränkt.

Distanz zwischen Selbst und Vater im Gießen-Test (zu Hypothese 7 C)

Im Vergleich zwischen dem Selbstbild und dem Bild des Vaters zeigen sich nur auf den Skalen für Resonanz und Dominanz starke Unterschiede, auf den anderen Skalen überwiegen die Gemeinsamkeiten bei den meisten PatientInnen. Hier zeigen sich mehr prägnante Unterschiede als Gemeinsamkeiten bei drei PatientInnen (3061, 3092 und 3042). Bei der Patientin 3061 und dem Patienten 3092 sind dafür die extremen Einschätzungen der Vaterbilder verantwortlich.

Im Gießen-Test wird nur eine gering größere Nähe des Vaters zum Selbst als zur Mutter erkennbar. In der Einzelfallauswertung zeigen die PatientInnen 3012, 3082 und 3092 eine größere Nähe zum Vater. Dies zeigt sich auch in der Repertory Grid-Technik. Bei den Patienten 3072 und 3112 zeigt sich eine größere Nähe zur Mutter. Bei diesen beiden Patienten ergibt sich diese Nähe auch in der Repertory Grid-Technik.

Beim Vergleich der Abstände zwischen Ideal-Selbst und Mutter und Vater ergibt sich viermal eine größere Nähe des Ideal-Selbst zum Vater, nur zweimal zur Mutter. Wieder läßt sich dies auch in der Repertory Grid-Technik ablesen.

Das normative Selbst ist im Gießen-Test viermal dem Vater ähnlicher, nie der Mutter. Ein Vergleich ist hier mit der zweiten Testtechniken leider nicht möglich.

8.6 Zusammenfassung der Diskussionen aus der Gruppenauswertung und aus dem hypothesengenerierenden Ansatz

8.6.1 Bedeutung der Konstruktsysteme

Hypothese 1: Beide Kollektive besitzen ein differenziertes, unauffälliges Konstruktsystem.

Der Durchschnittswert der Hauptkomponenten ist ähnlich der der Kontrollgruppe. Beide Kollektive besitzen im Mittel ein durchschnittlich differenziertes Konstruktsystem. Aber in den Einzelfällen der psychiatrischen Gruppe zeigt sich dreimal ein eingegengtes und einmal ein hoch differenziertes Konstruktsystem, die sich durch andere Testergebnisse und anamnestische Angaben zum Teil erklären lassen. Die Erklärungsmodelle von Depressivität (SPERLINGER, 1976) und im anderen Fall von schizoide Zerfahrenheit bei einem hoch differenzierten Konstruktsystem (ASHWORTH ET AL, 1982) treffen in dieser Studie nicht zu.

Hypothese über Mittelwerte bewiesen, aber die Mittelwerte verdecken auffällige Einzelbefunde.

8.6.2 Selbstwertgefühl

Hypothese 3: die psychiatrische Gruppe besitzt ein höheres Selbstwertgefühl operationalisiert durch die Distanzen zwischen den Selbstelementen in der Repertory Grid-Technik und des Gießen-Testes. Höheres Selbstwertgefühl verdeutlicht durch die Skalen des Gießen-Testes 1,3 und 4 und hypomanische Grundstimmung durch die Skala 4.

Ein höheres Selbstwertgefühl ist durch geringere Distanz zwischen Selbst und Ideal-Selbst in der Repertory Grid-Technik durch den Mittelwert darstellbar als Hinweis auf den „Typus manicus“ (v. Zerssen, 1992, 2000). Ein im Mittel relativ hohes Selbstwertgefühl kann hier einem Kollektiv zugeordnet werden.

In den Einzelfallbetrachtungen zeigt keiner ein niedriges, neun ein normales und zwei ein hohes Selbstwertgefühl. Dies ist eine wichtige Ergänzung zur Betrachtung der Mittelwerte.

Bei der Gruppenauswertung lässt sich bei den psychiatrischen PatientInnen gegenüber der Kontrollgruppe in den relevanten Skalen des Gießen-Tests und durch die

Abstände zwischen den Selbstelementen im Gießen-Test kein höheres Selbstwertgefühl nachweisen. Auch bei der Betrachtung der Einzelfälle zeigt sich im Gießen-Test kein einziges Mal ein Hinweis auf ein höheres Selbstwertgefühl, vielmals sogar ein geringeres als in der Vergleichsgruppe. Die Hypothesen können nicht bestätigt werden.

In den Kasuistiken wird deutlich, dass die meisten psychiatrisch Erkrankten die Testaufgaben schnell und zügig bewältigen. Im Gespräch sind sie sicher und versiert. Dies spricht für die Eigenschaften des „Typus manicus“. Das nicht prägnant hohe, aber erhöhte Selbstwertgefühl der ManikerInnen in der Repertory Grid-Technik wird durch die Einzelfallbetrachtungen bestärkt. Zusätzlich zeigt keine Studie bisher bei Gesunden bzw. nicht akut Erkrankten einen so hohen Wert für das Selbstwertgefühl wie diese Studie.

Mit der Repertory Grid-Technik kann ein relativ hohes Selbstwertgefühl einer Gruppe zugeordnet werden. Im Gießen-Test kann die Hypothese nicht bestätigt werden. Ebenso zeigt sich keine hypomanische Grundstimmung im Gießen-Test.

Hypothese 4: geringere Beachtung der gesellschaftlichen Normen, ausgedrückt in den Abständen zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst in der Repertory Grid-Technik und dem Gießen-Test.

Die mittlere Distanz zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst ist in der psychiatrischen Gruppe wie erwartet als Ausdruck geringerer Beachtung gesellschaftlicher Normen im Zuge des „Typus manicus“ gering größer als in der Kontrollgruppe dargestellt durch die Repertory Grid-Technik. Widersprüchlichkeit in den intrapsychischen Distanzen zeigt sich auch durch die Normorientiertheit und die geringere Beachtung gesellschaftlicher Normen in der Repertory Grid-Technik und der Einzelfallbetrachtung. Dieses Ergebnis ist durch den Gießen-Test nicht verifizierbar. Das kleine Distanzmaß kann als Ausdruck der existierenden Orientierung an bestehende Normen nach KRÖBER (1988) diskutiert werden.

Die Hypothese wird von der Repertory Grid-Technik gestützt, vom Gießen-Test widerlegt. Die Ergebnisse sind widersprüchlich.

8.6.3 Objektbeziehungen

Hypothesen 5 und 6: der Vater besitzt für die manisch Erkrankten eine größere Bedeutung. Die Selbstelemente „phasenspezifisches Selbst“ und das „Ich mit schlechter Laune verdecken andere wichtige Elemente. Die wichtigsten Personen in der Konstruktwelt werden eindeutig konstruiert und liegen damit außerhalb des Indifferenzbereiches Als Konfliktperson wird am häufigsten die Mutter gesehen.

Durch die Varianzaufklärung der Elemente der Gruppenauswertung ergibt sich wenig Information über wichtige Bezugspersonen der Untersuchten. Das phasenspezifische Selbst nimmt extrem viel Varianzprozente ein und verdeckt dadurch andere Elemente, die schwer interpretierbar werden.

Als frei gewählte Elemente werden am häufigsten FreundInnen und Bekannte genannt. Die Mutter wird am häufigsten als Konfliktperson gewählt. Die wichtigsten Bezugspersonen werden im Repertory Grid-Technik eindeutig konstruiert und liegen damit außerhalb des Indifferenzbereiches. Wichtige Zusatzinformationen liefern die Kasuistiken, bei denen die Varianzaufteilung auffällig ist.

Hypothese 7: Größere Nähe zum Vater als zur Mutter in der Repertory Grid-Technik und dem Gießen-Test, Idealisierung oder idealisierte Abhängigkeit vom Vater. Es werden vermehrt auffällige, problematische Objektbeziehungen zu den Eltern erwartet.

In der Gruppenauswertung zeigen die Mittelwerte der Distanzen zwischen den Selbstelementen und den Eltern nur die Tendenz einer größeren Nähe zum Vater als zur Mutter. Durch Betrachtung der Einzelfälle wird dies deutlicher. Sowohl die Abstände zwischen Selbst und Vater als auch zwischen normativem Selbst und Vater sind kleiner als die Abstände zur Mutter. Die These eines väterlichen Introjektes mit Idealisierung oder Abwehr wird hier gestützt. Durch die Kasuistiken werden wichtige Zusatzinformationen deutlich. In der Gruppenauswertung des Gießen-Tests wird sowohl in der Gruppenauswertung als auch in den Einzelfallbetrachtungen die größere Nähe des Selbst und des Ideal-Selbst zum Vater bestätigt. Zu beachten ist dabei, dass in der Kontrollgruppe der Abstand zwischen Selbst und Vater kleiner ist als der zwischen Selbst und Mutter.

Auch bei diesen Hypothesen ergeben sich keine eindeutigen Ergebnisse über

alle untersuchten Sachverhalte und angewendeten Testinstrumente, sondern nur Tendenzen.

8.7 Kritische Diskussion der Methodik

8.7.1 Stichprobe

Zunächst ist die geringe Größe des untersuchten Kollektives zu erwähnen. Es sind keine Signifikanzberechnungen möglich, daher können nur prägnante Ergebnisse oder Tendenzen beschrieben werden. Die untersuchte Gruppe ist aufgrund ihres Krankheitsbildes (manische Episode) und der oft fehlenden Krankheitseinsicht schwer erreichbar und PatientInnen mit bisher nur manischen Episoden sind extrem selten. Viele Autoren bestreiten, dass ein rein manisches Krankheitsbild existiert und sagen, dass irgendwann im Verlauf der Erkrankung, meist im späteren Alter, depressive Episoden auftreten. Kröber führt aus, dass PatientInnen mit rezidivierenden manischen Episoden durch deren Häufigkeit und Stärke die dauerhafte Verbindung zur Realität verlieren und das Krankheitsbild in eine Störung schizoaffektiver Prägung wechselt. Am ehesten vergleichbar ist das untersuchte Kollektiv mit der Gruppe der Bipolar I Erkrankten aus anderen Studien.

Die PatientInnen aus der Kontrollgruppe wurden nach Alter und Geschlecht gematcht, den elf manisch Erkrankten wurden 22 bzw. 11 somatisch erkrankte PatientInnen aus dem orthopädischen Formenkreis gegenübergestellt. Es handelte sich nicht einheitlich um eine chronisch rezidivierende Erkrankung, sondern oft um eine lang andauernde, akute Erkrankung.

8.7.2 Testinstrumente und Versuchsaufbau

Als Testinstrumente dienen ein halbstandardisiertes Interview zur Erfassung von anamnестischen Daten, der Gießen-Test als standardisiertes Verfahren und die Repertory Grid-Technik als idiografisches Verfahren. Zum Ausschluss von depressiven Nachschwankungen werden die Hamilton-Depressionskala und die Depressivitätsskala D-S' verwendet. Sicherlich fehlend ist eine standardisierte Einschätzung der manischen Symptome. In der vorliegenden Arbeit werden diese nur durch die vorbehandelnden Ärzte und durch den klinischen Eindruck bestätigt. Die Darstellung von intrapersonalen und interpersonellen Strukturen ist generell schwierig und der Versuch einer Gruppenauswertung mit der Repertory Grid-Technik gewagt. Die Technik eignet sich, um individuelle Beziehungsstrukturen auf einer kognitiven Ebene zu erfassen.

8.7.3 Auswertungskriterien

Die Operationalisierung von Selbst-Objektbeziehungen als Mittelwertbestimmungen über euklidische Distanzmaße in der Repertory Grid-Technik ist problematisch und in der vorliegenden Arbeit können nicht alle Hypothesen bestätigt werden. Extrem auffällige Beziehungsstrukturen gehen verloren und verändern die Mittelwerte. Die Vorgabe von 12 der insgesamt 15 Elemente schränkt die individuell gesteuerte Erfassung der wichtigsten Bezugspersonen ein. In der Auswertung werden die Distanzmaße nur für 8 Elemente berechnet, um sich in der Auswertung auf wichtige und gemeinsame Elemente zu beschränken. So wird aber der individuelle Konstruktraum des Einzelnen erheblich verringert.

Die SIOG lässt durch den erweiterten Indifferenzbereich nur eindeutige Aussagen zu einem Element in Bezug zu beiden Selbstelementen (Selbst und Ideal-Selbst) zu. Bei der Betrachtung der mittleren Distanzen zu den beiden Selbstelementen findet der Indifferenzbereich keine Beachtung. Die gewählten Operationalisierungen sind bisher wenig gesichert.

9. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht elf PatientInnen mit manischen Episoden in der Vorgeschichte. Keiner war bisher wegen einer depressiven Episode stationär behandelt worden (ICD 10 F31.8). Der Untersuchungszeitpunkt liegt im krankheitsfreien Intervall. Dieser psychiatrischen Gruppe gegenübergestellt werden 11 bzw. 22 stationäre, somatisch erkrankte PatientInnen (gematcht nach Alter und Geschlecht). Als Meßinstrumente dienen das idiografische Verfahren der Repertory Grid-Technik und der standardisierte Gießen-Test, zusätzlich ein halbstandardisiertes Interview zur Erfassung der anamnestischen Daten.

Mit dem Gruppenvergleich und dem hypothesengenerierenden Ansatz aus den Kasuistiken werden für das Selbstkonzept und die interpersonelle Bewältigung der Erkrankung bedeutsame Persönlichkeitsdimensionen erfasst. In der Literatur ist der „Typus manicus“ (v. ZERSEN, 1986, HECHT ET AL, 1997), die hypomanische Grundstimmung und der Bezug auf soziale Normen und Konventionen (KRÖBER, 1988) beschrieben. SAUER, RICHTER ET AL (1997) erarbeiteten einen höheren Wert für Extraversion und geringere Rigidität bei manisch Erkrankten gegenüber unipolar Depressiven, aber mehr Rigidität und Isolationstendenz und weniger Normorientiertheit als bei Gesunden. Ebenso werden Bipolar I Erkrankten mehr Persönlichkeitsanteile, wie emotionale Stärke/Stabilität, Gelassenheit, Selbstvertrauen, Ich-Kontrolle, aber auch mehr hysterische Züge und Neurotizismus als psychisch Gesunden zugeschrieben (SOLOMON ET AL., 1996).

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse aus der Literatur wird angenommen, dass sich die unipolar manischen PatientInnen durch verschiedene Persönlichkeitsdimensionen und auffällige interpersonelle Objektbeziehungen von der somatisch erkrankten Gruppe unterscheiden. Es werden prägnant mehr und häufiger Charakterzüge des „Typus manicus“ (höheres Selbstwertgefühl, unabhängig, unkonventionell, geringere Normorientiertheit, phantasievoll, leichtfertig, extravertiert) in der psychiatrischen Gruppe vermutet. Ebenso wird ein idealisiertes, hochambivalentes Vaterbild erwartet, als Zeichen des eher väterlichen Über-Ichs (MENTZOS, 1995). Darüber hinaus wird eine problematische Paarbeziehung zur Stabilisierung der eigenen intrapsychischen Anteile erwartet. Auf der Basis eines objektbeziehungstheoretischen Modells der Depression und Manie wird ein dynamischer Zusammenhang zwischen der Regulation des Selbstwertgefühls und den interpersonellen Beziehungsmustern postuliert.

Um das Selbstwertgefühl zu erfassen, werden in der Repertory Grid-Technik die Selbstelemente (Selbst, Ideal-Selbst, normatives Selbst) vorgegeben. Zur Beurteilung

der Objektbeziehungen werden die Elemente Mutter, Vater und PartnerIn hinzugefügt. Die gleichen Selbst- und Fremdbilder werden mit dem Gießen-Test erfragt. Das Konstruktsystem der psychiatrischen PatientInnen ist weder eingeengt noch zeigt es eine Denkstörung. Der Aufbau, untersucht an der Verteilung auf die Hauptkomponenten, ist vergleichbar mit dem der Kontrollgruppe.

Deutlich wird ein höheres Selbstwertgefühl in der psychiatrischen Gruppe gegenüber der somatischen Kontrollgruppe durch eine geringere mittlere Distanz zwischen dem Selbst und Ideal-Selbst in der Repertory Grid-Technik. Es kann ein relativ hohes Selbstwertgefühl einer zum Befragungszeitpunkt symptomfreien Gruppe zugeordnet werden. Dies kann aber nicht durch die mittlere Distanz zwischen Selbst und normativem Selbst gestützt werden. In den Einzelfällen zeigt keine ProbandIn ein niedriges, neun ein normales und zwei ein hohes Selbstwertgefühl. Dieses zu den Charakterzügen des „Typus manicus“ passende höhere Selbstwertgefühl lässt sich durch den Gießen-Test nicht bestätigen. Die erwartete hypomanischere Grundstimmung der untersuchten Gruppe bestätigt sich nicht. Im Gegenteil, die psychiatrischen ProbandInnen schätzen sich depressiver ein als die Kontrollgruppe.

Die Eigenschaften „unkonventionell“ und „weniger Normorientiertheit“ lassen sich durch eine größere mittlere Distanz in der Repertory Grid-Technik zwischen Ideal-Selbst und normativem Selbst beweisen. Dies zeigt sich auch im Gießen-Test.

Leider sind insgesamt im Mittel keine prägnanten Ergebnisse, sondern nur Tendenzen zu erkennen. Die Hypothesen zum Selbstwertgefühl lassen sich in der Repertory Grid-Technik lediglich durch Tendenzen bestätigen, die sich im Gießen-Test nicht zeigen. Aber es wird zum ersten Mal für ein zur Zeit symptomfreies Kollektiv ein relativ hohes Selbstwertgefühl im Repertory Grid nachgewiesen.

Bei der Betrachtung der Objektbeziehungen fällt eine große Varianzaufklärung des phasenspezifischen Selbst unter den manisch Erkrankten in Repertory Grid-Technik auf. Andere Elemente werden dadurch schwer interpretierbar. Wichtige Bezugspersonen scheinen außer den Eltern FreundInnen und Bekannte zu sein. Die Mutter wird am häufigsten als Konfliktperson genannt.

Die mittleren Distanzen zwischen den Selbstelementen und den Eltern im Repertory Grid zeigen eine größere Nähe zum Vater. Dies deutet auf ein eher väterliches Introjekt, bei hochambivalenter Beziehung (Distanz Ideal-Selbst zum Vater entweder auffällig klein oder auffällig groß). Durch den Gießen-Test bestätigt sich die größere Nähe des Ideal-Selbst und des normativen Selbst zum Vater, leider nicht die erwartete Nähe des Selbst zum Vater.

Die Ergebnisse zu den Selbst-Objekt-Beziehungen sind deutlich und können meist

durch den Gießen-Test bestätigt werden.

Die Repertory Grid-Technik eignet sich als individuumzentriertes, idiografisches Testinstrument, um individuelle Beziehungsstrukturen auf kognitiver Ebene zu erfassen. Dies wird anhand der Kasuistiken deutlich. Die Operationalisierung des Selbstwertgefühls und der Selbst-Objekt-Beziehungen über die Mittelwerte bleibt schwierig. Einzelne, für die Studie wichtige Elemente, sind aufgrund der geringen Varianzverteilung schwer interpretierbar. Die zum Teil nicht übereinstimmenden Ergebnisse zum Selbstwertgefühl aus beiden Testinstrumenten könnten durch die unterschiedlichen für sie aktuellen Konstrukträume der Untersuchten bedingt sein. Eventuell ist der standardisierte Raum des Gießen-Testes für viele manisch Erkrankte für intrapersonale Strukturen nicht relevant. Sie haben sich, wie KRÖBER (1988) ausführt, im Verlauf ihrer Erkrankung zu weit von dem Normalen entfernt.

Leider konnte aufgrund der schwer erreichbaren und sehr seltenen Erkrankung keine größere Stichprobe untersucht werden. Es bietet sich an, die Ergebnisse auch mit Hilfe anderer Testinstrumente an größeren Stichproben zu validieren.

Durch die Kombination aus Gruppenauswertung und Einzelfallbetrachtung wird deutlich, dass auffällige Einzelbefunde oft nivelliert werden. Auch dies sollte an größeren Stichproben mit der Möglichkeit von Untergruppierungen überprüft werden.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

Abelin EL (1971) The role of father in the separation – individuation process. In: Mc Devitt, JB, Settlege, CF (Ed.) Separation – Individuation, International University Press, New York, 229-252

Abraham K (1911) Giovanni Sagatini. In: Psychoanalytische Studien Bd. 2. S. Fischer 1971, Frankfurt am Main, 269-328

Abraham K (1912) Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. In: Psychoanalytische Studien Bd. 2. S. Fischer 1971, Frankfurt am Main, 146-162

Abraham K (1924) Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Psychoanalytische Studien Bd. 1. S. Fischer 1971, Frankfurt am Main, 113-183

Abrams R (1973) Unipolar Mania A preliminary report. Arch Gen Psychiatry 30, 441-443

Adams-Webber, JR (1979) Personal construct theory. Concepts and applications. Wiley, London

Akiskal HS, Hirschfeld R M A, Yerevanian B I (1983) The Relationship of Personality to affective Disorders. Arch. Gen. Psychiatry 40, 801-810. In Tasman A, Riba M B (eds.): Review of Psychiatry 11. Washington D.C. American Psychiatry Press, 43-46

Akiskal HS, Akiskal K (1992) Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subjectiv variants of mood disorders. In: Tasman A, R

Akiskal HS, Brieger P, Mundt C, Angst J, Marneros A (2002) Temperament und affektive Störung. Die Temps-A-Skala als Konvergenz europäischer und US-amerika-

nischer Konzepte. *Nervenarzt* 73, 262-271

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

Aretaeus von Kapadozien (1828) *Med Graec. Op.*, edit CG Kühn, Vol XXIV. Leipzig 74-78

Arieti, S, Bemporad, J (1983) *Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung.* Klett-Cotta, Stuttgart

Ashworth CM, Blackburn JM, McPherson FM (1982) The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures. A cross-sectional study. *Br J Med Psychol* 55: 247-255

Ashworth CM, Blackburn JM, McPherson FM (1985) The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measures. A longitudinal study. *Br J Med Psychol* 58: 337-342

Axford S, Jerrom DWA (1986) Self – esteem in depression; a controlled repertory grid investigation. *Br J Med Psychol* 59: 61-68

Bagby RM, Ryder AG (2000) Personality and Affective Disorder: Past Efforts, Current Models and Future Directions. *Current Psychiatry Reports* 2, 465-472

Bannister D, Fransella F (1971) *Inquiring man.* Penguin Books, Harmondsworth

Bannister D, Fransella F (1981) *Der Mensch als Forscher (Inquiring man),* Aschen-dorff, Münster

Barbato N, Hafner RJ (1998) Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 32, 276-280

Bartholomew U (1990) *Selbstbild, Isolation und Objektbeziehungen bei Patienten mit akuter Virushepatitis. Eine Untersuchung mit dem Role-Repertory-Grid.* Ferber, Gießen

Battegay R (1987) Psychanalytische Aspekte der Depression, unter Einbezug der Manie. Zschr. Psychosom. Med. 33, 171-190

Beck AT (1974) The development of depression. A cognitive Model. In: The psychology of depression. Wiley, New York

Becker J (1960) Achievement related characteristics of manic-depressives. J. Abnorm. Soc. Psychol. 60, 334-339

Beckmann D, Brähler E, Richter H-E (1991) Der Gießen-Test (GT). Eine Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto

Beckmann D, Davies-Osterkamp S (1979) Zur Erhebung des idealen Selbstbildes. In: Beckmann D, Richter HE (Hrsg.) Erfahrungen mit dem Gießen-Test 155-164. Huber, Berlin

Bibering E (1953) The Mechanism of depression. In: Greenacre P. (Hrsg) Affective disorders. New York (International Univ. Press)

Block J, v. der Lippe A (1973) Sex role and socialization patterns: some personality concomitants and environment antecedents. J Consult Clin Psychol 41 (3), 321-341

Böker H, Nikisch G, Kessler S, Heidemann Ch (1996) Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen von Patienten mit monopolarer und neurotischer Depression: Eine klinische Studie mit dem Gießen-Test. PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 46, 260-268

Böker H, Nikisch G, Budischewski K, Himmighoffen H (1997) Macht, Status und Valenz in den Partnerschaften affektpsychotischer, schizoaffektiver und depressiv neurotischer Patienten. PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 47, 426-434

Böker H (1998) Psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte bei schweren Depressionen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 149, 21-28

Böker H (1999a) Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depression. Untersuchungen

mit der Repertory Grid-Technik und dem Gießen-Test an 139 PatientInnen mit depressiven Erkrankungen. Steinkopff-Verlag, Darmstadt

Böker H, Härtling F, Budischewski K, Schoeneich F (1999b) Selbst-Objektbeziehungen bei Patientinnen und Patienten mit bipolar affektiven Störungen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 150, 16-26

Böker H, Braunschweig M (1999c) Die Fäden entwirren. Vielschichtige Ätiologie bipolarer Störungen erfordert auch eine Psychotherapie. Ärztl. Praxis Neurol. Psychiat. 1, 38-39

Böker H, Budischewski K, Walesch K, Nikisch G (2000a) Selbstkonzept und Elternbilder bei Patientinnen mit affektiven Störungen. PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 50, 176-186

Böker H, Budischewski K, Eppel A, Härtling F, Rinnert J, Schmeling v. C, Will H, Northoff G, Schoeneich F (2000b) Selbstkonzept und Objektbeziehungen bei PatientInnen mit affektiven Störungen. Individuumzentrierte Diagnostik mit der Repertory Grid-Technik. PPM Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 50, 328-334

Böker H, Hell D, Budischewski K, Eppel A, Härtling F, Rinnert J, Schmeling v. C, Will H, Schoeneich F, Northoff G (2000c) Personality and object relations in patients with affective disorders: Idiographic research by means of repertory grid-technique. J. Affect. Disord. 60, 53-60

Böker H et al. (2000d) Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen. Psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie. Psychosozialverlag, Gießen.

Böker H (2002) Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen. In: Therapie der affektiven und schizoaffektiven Störungen: Psychosoziale und neurobiologische Aspekte. Böker H, Hell D (Hsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 230-245

Böker H (2005) Psychoanalyse und Psychiatrie. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York

- Brähler E, Scheer JW (1983) Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) – Testhandbuch. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Brieger P, Ehrh U, Maneros A (2003) Frequency of Comorbid Personality Disorders in Bipolar and Unipolar Affective Disorders. *Compr. Psychiatry* 44, 28-34
- Catina A, Scheer J W (1993) Einführung in die Repetory Grid- Technik, Band 1, Grundlagen und Methoden. Verlag Hans Huber, Bern
- Catina A, Scheer J W (1993) Einführung in die Repetory Grid- Technik, Band 2, Klinische Forschung und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern
- Cohen MB, Baker G, Cohen RA, Fromm-Reichmann F, Weigert EV (1954) An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis. *J Psychiatry* 17: 103-137
- Deutsch H (1933) Zur Psychologie der manisch – depressiven Zustände, insbesondere der chronischen Hypomanie. *Int. Zs. Psa.* 14, 358-371
- Dietrich H (1968) Manie – Monomanie – Soziopathie und Verbrechen. Enke Stuttgart
- Dunayevich E, Strakowski SM, Sax KW et al. (1996) Personality disorders in first- and multiple-episode mania. *Psychiatry Res.* 64, 69-75
- Dunayevich E, Sax KW, Keck PE jr., McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ et al. (2000) Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J. Clin. Psychiatry* 61, 134-139
- Elia (1983) Der psychodynamische Zugang zu manischen Patienten. In: Benedetti c et al. (Hrsg.) *Psychosentherapie*. Hippokrates. Stuttgart, 263-317
- Ernst P (1995) Vortrag zur Interpretation der Hauptkomponentenanalyse des Repetory Grid. 17.02.1995 in Gießen
- Fan AH, Hassell J (2008). Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology

gy: a review of literature. *J. Clin. Psychiatry* 11, 1794-1803

Faust V (1997) *Manie*. Enke, Stuttgart

Fenichel O (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*. Norton, New York.

Deutsch (1975): *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Band 2, Walther, Freiburg

Fransella F (1981) Repertory Grid technique. In Fransella, F. (Ed). *Personality. Theory, measurement and research*. Methuen, London, 166-177

Fransella F, Bannister D (1967) *A validation of repertory grid technique*. Academic Press, London

Fransella F, Bannister D (1977) *A manual for repertory grid technique*. Academic Press, London

Freeman (1971) Observations on mania. *Int. J. Psyc-Ana.* 52, 479-486

Freud S (1946) Trauer und Melancholie. In: *Gesammelte Werke Band 10*: 428-446, Fischer Verlag, 5. Auflage 1969

Guntrip H (1962) Manic-depressive problems in the light of schizoid process. *Int. J. Psycho. Anal.* 43, 98-112

Härtling F (1999) *Selbst – Objekt – Beziehungen bei Patienten mit bipolaren affektiven Störungen. Ein Operationalisierungsansatz mit der Selbst-Identitäts-Grafik*. Inaugural-Dissertation. Frankfurt am Main

Hautzinger M (1991) Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A (Hrsg.) *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Springer, Berlin Heidelberg New York

Hecht H, van Calker D, Spraul G, Bohus M, Wark H-J, Berger M, von Zerssen D (1997) Premorbid personality traits in patients with uni- and bipolar affective disorders and controls: Assessment by biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 247, 23-30

Hewstone M, Hooper D, Millar K (1981) Psychological change in neurotic depression. A Repertory Grid and Personal Construct theory approach. *Br. J Psychiat* 139: 47-51

Himmighoffen H (2006) Selbstbilder und Fremdbilder von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen. Eine Untersuchung der Persönlichkeit und der Objektbeziehungen bipolarer Patienten im symptomarmen Intervall mit dem Gießen-Test Inaugural-Dissertation, Zürich

Hippokrates. In *Corpus Hippocraticum: Oeuvrus complèces dè hippocrate* (Hrsg. E Littre). Paris 1839-1861

Hirschfeld RMA, Cross CK (1982) Epidemiology of affektive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 39: 35-46

Hirschfeld RMA, Klerman GL, Clayton PJ, Keller MB (1983) Personality and depression. Empirical findings. *Arch Gen Psychiatry* 40: 993-998

Hirschfeld RMA, Klerman G L et al. (1986) Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *J. Affective Disorder* 11, 81-89

Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J (1991) Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 83. 206-213

Jackson HJ (1993) Manic-depressive psychosis: Psychopathology and individual psychotherapy within a psychodynamic milieu. *Psychotherapy* 7, 103-133

Jacobson E (1971) *Depression, Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotischer depressiver Zustände.* Suhrkamp, Frankfurt am Main

Janzarik W (1988) *Persönlichkeit und Psychose.* Enke, Stuttgart

Jung CG (1904) Über manische Verstimmung. *Allg Z Psychiatr.* 61, 15-39

Jylhä P, Mantere O, Melartin T, Suominen K, Vuorilehto M, Arvilommi P, Valtonen H, Rytsälä H, Isometsä E (2010) Differences in neuroticism and extraversion bet-

ween patients with bipolar I or II and general population subjects or major depressive disorder patients. *J. Affect. Disord.* 125, 42-52

Kaplan HI, Sadock BJ (1985) Eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4th Ed. Williams and Wilkins, Baltimore

Kelly GA (1955) *The psychology of personal constructs*, Vol 1 and 2 Norton, New York

Kelly GA (1986) *Die Psychologie der persönlichen Konstrukte*. Junfermann, Paderborn (=deutsche Übersetzung der ersten drei Kapitel von Kelly, 1955)

Kernberg O (1979) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Kernberg O (1988) *Innere Welt und äußere Realität*. Verl. Internat. Psychoanalyse, München

Kipp J, Stolzenburg HJ (2000) *Stimmungsmodulation und Psychodynamik der Manie*. *Psyche* 4, 544-566

Klein H (1974) *Transference and defence in manic states*. *Int. J. Psycho – Anal.* 55, 261-271

Klein M (1983) *Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch-depressiven Zuständen*. In: *Das Seelenleben des kleinen Kindes*. Klett-Cotta, Stuttgart

Knowels R, Tai S, Jones SH, Highfield J, Morriss R, Bentall RP (2007) *Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls*. *Bipolar Disord.* 9, 490-495

Kohut H (1971) *Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Suhrkamp (1976), Frankfurt am Main

Kraepelin E (1913) *Psychiatrie*, Band III, Teil 2. Barth, Leipzig

Kraus A (1985) *Praktische Konsequenzen des rollentheoretischen Ansatzes am Bei-*

- spiel der manisch depressiven Psychosen. In: Janzarik (Hrsg) Psychopathologie und Praxis. Enke, Stuttgart
- Kraus A (1987) Rollendynamische Aspekte bei Manisch – Depressiven. In: Kisker KP et al. (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart 5, Affektive Psychosen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kraus A (1991) Neuere psychopathologische Konzepte zur Persönlichkeit Manisch - Depressiver. In: Mundt et al. (Hrsg) Depressionskonzepte heute. Springer Berlin Heidelberg New York
- Kröber H-L (1988a) Bipolare Persönlichkeit und manische Aussage. In: Janzarik, W: Persönlichkeit und Psychose. Stuttgart, Enke-Verlag, 172-178
- Kröber H-L (1988b) Die Persönlichkeit bipolar manisch-depressiv Erkrankter. Der Nervenarzt 59, 319-329
- Kröber H-L (1989) Bedeutung der Chronischen Manie. Der Nervenarzt 60, 745-749
- Kröber H-L (1993a) Bipolare Patienten im Intervall: Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitswandel. Der Nervenarzt 64, 318-323
- Kröber H-L (1993b) Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung bipolar manisch-depressiver Patienten. Fortschritte Neurol. Psychiatr. 61, 267-273
- Kröber H-L (1998) Einflüsse auf die Rückfälligkeit bipolar Manisch-Depressiver. Nervenarzt 69, 46-52
- Landfield A W (1971) Personal construct systems in psychotherapy. rand McNally, Chicago
- Landfield A W (1977) Interpretive man: the enlarged self image. In: Landfield, A. W. (Ed)). The nebraska Symposium on Motivation 1976. Personal construct psychology. University of Nebraska Press, Lincoln
- Large RG (1985) Prediction of Treatment Response in Pain Patients. The Illness Self

– Concept Repertory Grid and EMG Feedback. *Pain* 21:279-287

Laxer RM (1964a) Self – concept changes of depressive patients in general hospital treatment. *J Consult Psychol* 28: 214-219

Laxer RM(1964 b) Relation of real Self – Rating to Mood and blame and their inter-actins in depression. *J Consult Psychol* 28: 538-546

Leonhard K (1963) Die präpsychotischen Temperamente bei den monopolaren und bipolaren phasischen Psychosen. *Psychiatr. Neurol., Basel* 146, 105-115

Leonard K (1976) *Akzentierte Persönlichkeiten*. 2. überarbeitete Aufl. Fischer, Stuttgart

Lewin BD (1959) The turn to mania. *Psa. Q.* 37, 56-62

Lönnqvist JE, Verkasalo M, Haukka J , Nyman K, Tiihonen J, Laaksonen I, Lönnqvist J, Henriksson M (2009) Premorbid personality factors in schizophrenia and bipolar disorder: results from a large cohort of male conscripts. *J. Abnorm. Psychol.* 118, 418-423

Loftus ST, Garno JL, Jaeger J, Malhotra AK (2008) Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: a comparison to healthy controls. *J. Psychiatr. Res.* 42, 1131-1136

Lohaus A (1983) *Möglichkeiten individuumszentrierter Datenerhebung*. Aschendorff, Münster

Mahler MS (1952) On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychosis. *The psychoanalytic study of the child* 7: 286-305

Mahler MS (1966) notes on developement of basic moods; the depressive affect. In: Loewenstein RM (ed) *Psychoanalysis, a general Psycholpgie*. Int. Univ. Press, New York

Mahler MS, Pine F, Bergmann A (1978) *Die psychische Geburt des Menschen*. Sym-

biose und Individuation. Fischer, Frankfurt am Main

Makhlouf-Norris F, Jones HG (1971) Conceptual distances as measures alienation in obsessive neurosis. *Psychological Medicine*, 1, 381-387

Makhlouf-Norris F, Norris H (1972) The obsessive compulsive syndrom as a neurotic device for the reduction of self-uncertainty. *British journal of Psychiatry*, 121, 277-288

Maneros A, Phillip M (Hrsg) (1992) *Persönlichkeit und psychische Störungen*. Festschrift zu 50. Geb. von VH Peters. Springer, Berlin Stuttgart New York

Markert F (1972) *Zur prämorbiden Persönlichkeitsstruktur endogen Depressiver: Ergebnisse vergleichender Testuntersuchungen durch Selbstbeurteilung nach Psychose-remission*. Dissertation Universität Frankfurt am Main

Matussek P, Feil WB (1980). *Persönlichkeitsstruktur und Psychotherapie depressiver Patienten*. *Der Nervenarzt* 51, 542-552

Matussek P, Feil W B (1983) Personality attributes of depressive patients. Results of group comparisons. *Arch. Gen. Psychiatry* 40, 783-790

Mentzos S (1995) *Depression und Manie*. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, Zürich

Mester R (1986) The psychotherapy of mania. *Br. J. Med. Psychol.* 59, 13-19

Meyer D M, Hautzinger M (2004) *Manisch-depressive Störungen*. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin

Mitterauer B, Pritz W. (1981) Die manisch-depressive Komponente und ihre Behandlung in der Manie. *Psychother. Med. Psycholog.*, 15-19

Möller H-J (1992) Zur Bedeutung und methodischen Problematik der psychiatrischen Persönlichkeitsforschung: Der „Typus melancholicus“ und andere Konzepte zur prämorbidem Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen. In: Maneros

- A, Philipp M (Hrsg) Persönlichkeit und psychische Erkrankung. Festschrift zu 50. Geb. von VH Peters. Springer, Berlin Stuttgart New York, 45-65 und 72-82,
- Möller, H-J, von Zerssen, D (1987) Prämorbidie Persönlichkeiten von Patienten mit affektiven Psychosen. In Psychiatrie der Gegenwart Band 5, Springer Berlin
- Möller, H-J, Laux G, Kapfhammer HP (2003) Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Möller H-J, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg,) (2010) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Band 1, 4. Auflage, Springer, Berlin
- Morris JB (1977) The prediction and measurement of change in a psychotherapy group using the Repertory Grid. In: Fransella F, Bannister D, a manual for Repertory Grid Technique. Academic Press, London
- Mottram MA (1985) Personal constructs in anorexia. Conference on anorexia nervosa and related disorders. J on psychiat res 19: 291-295
- Nietzsche P (1910). Über chronisch – manische Zustände. Allg Z Psychiatr. 67, 36-133
- Norris H, Makhoul-Norris F (1976) The measurement of self identity. In: Slater, P. (Ed.). The measurement of intrapersonal space by grid technique, vol. 1. Explorations of intrapersonal space, 79-82. Wiley, London
- Osher Y, Cloninger CR, Belamaker RH (1996) TPQ in euthymic manic-depressive patients. J. Psychiatr. Res. 30, 353-357
- Paykal ES (1987) Methodology of life event reseach. Adv. Psychosom. Med. 17, 13-29
- Paykel ES (2003) Life events and affective disorders. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 418, 61-66
- Pao PN (1971) Elation, hypomania and mania. JAPA 19, 787-798

Pardoen D, Bauwens F, Tracy A, Martin F, Mendlewicz J (1993) Self-esteem in recovered bipolar and unipolar out-patients. *Br. J. of Psychiatry* 163/Dec., 755-762

Paykal ES, Klerman GL, Prusoff BA (1976) Personality and symptom pattern in depression. *Br. J Psychiatry* 129: 327-334

Perris C (1966) A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychosis. *Acta Psyciatr. Scand.* 42 (suppl 194), 1-189

Perris c, Eisemann M et al. (1983) Pattern of aggression in the personality structure of depressed patients. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 233, 89-102

Peselow ED, Sanfilipo MP, Fieve RR (1995) Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am. J. Psychiatry* 152, 232-238

Rado S (1928) Das Problem der Melancholie *Int. Z. f. Psa.*, 13

Rado S (1951) Psychodynamics of depression from the etiologic point of view *Psychosom Med* 13: 51-55

Richter P, Diebold K, Schützwohl M (1993) Die Persönlichkeit von unipolar depressiven und bipolar manisch-depressiven Patienten. *Nervenarzt* 64: 572-577

Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, DiCicco L, Kalyvoka A, Petruzzi C (2001) Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J. Affect. Disord.* 65, 3-8

Rosso G, Albert U, Bogetto F, Maina G (2009) Axis II comorbidity in euthymic bipolar disorders patients: no differences between bipolar I and II subtypes. *J. Affect. Disord.* 115, 257-261

Santor DA, Bagby RM, Joffe RT (1997) Evaluating Stability and Change in Personality and Depression. *J. Personality Soc. Psychol.* 73 (6), 1354-1362

Schneider H (1974) The concept of psychopathology and the danger of differential

diagnosis errors. *Z Allgemeinmed* 50 (10), 481-482

Schneider K (1950) Die Aufdeckung des Daseins durch die cyclothyme Depression. *Nervenarzt* 21, 193-194

Sandler J, Joffe WG (1965) Notes on childhood depression. *Int J Psychoanalysis* 46: 88-96

Sauer H, Richter P, Czernik A, Ludwig-Mayerhofer W, Schöchlin C, Greil W, von Zerssen D (1997) Personality differences between patients with major depression and bipolar disorder – the impact of minor symptoms on self-ratings of personality. *J. of Affective Disorders* 42, 169-177

Shapira B, Zislin J et al. (1999) Social Adjustment and Self-Esteem in Remitted Patients with Unipolar and Bipolar Affective Disorder. *Comprehensive Psychiatry* 40, 24-30

Seligman M (1979) *Erlernte Hilflosigkeit*. Urban & Schwarzenberg München

Sheehan MJ (1981) Constructs and „conflict“ in depression. *Br J Med Psychol* 72: 197-209

Sheehan MJ (1985) A personal construct study of depression. *Br J Med Psychol* 58: 119-128

Siefert (1902) Über chronische Manie. *Allg Z Psychiatr.* 59, 261-270

Slater, P (Ed) (1976) *The measurement of intrapersonal space by grid technique*. Vol. 1. Explorations of intrapersonal space. Wiley, London, New York, Sydney, Toronto

Slater P (Ed) (1977) *The Measurement of intrapersonal space by grid technique*. Vol. 2. Dimensions of intrapersonal space. Wiley, London, New York, Sydney, Toronto

Solomon DA, Shea MT, Leon AC, Mueller TI, Coryell W et al. (1996) Personality traits in subjects with bipolar disorder in remission. *J. Affective Disorder* 40, 41-48

- Specht G (1908) Über die Kardinalfrage der Paranoia. Zbl. Nervhk. 31, 62
- Sperlinger DJ (1976) Aspects of stability in the repertory Grid. Br J Med 49: 341-347
- Spielberger CD, Parker J B, Becker j (1963) Conformity and achievement in remitted manic-depressive patients. J. Nerv. Ment. Dis. 137, 162-172
- Stanley B (1985) Alienation in young offenders. In: Beail N (ed.) repertory grid technique and personal constructs 47-60. Croom Helm, London
- Tellenbach H (1961) Melancholie. Springer, Berlin 1. Auflage (4. Auflage 1983)
- Tellenbach R (1975) Typologische Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeit von Psychotikern unter besonderer Berücksichtigung Manisch-Depressiver, Confinia psych.18, 1-15
- Tölle R, Peikert A, Rieke A (1987) Persönlichkeitsstörungen bei Melancholiekranken. Der Nervenarzt 58, 227-236
- Tölle R (1987) Persönlichkeit und Melancholie. Der Nervenarzt 58, 327-339
- Tölle R (1991) Psychiatrie, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, 247
- Wisdom JO (1967) Testing an interpretation within a session. Int J Psychoanal 48 (1), 44-52
- Tölle R, Windgassen K (2009) Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. 15. Auflage, Springer Berlin
- Üçok A, Deniz K, Kundakçi T, Yazici O (1998) Comorbidity of Personality With Bipolar Mood Disorders. Compr. Psychiatry 39, 72-74
- von Zerssen D, Möller H-J (1987) Prämorbidem Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart Bd. 5, Springer Berlin
- von Zerssen D (1988) Der „Typus manicus“ als Gegenstück zum „Typus melancholicus“ in der Prämorbidem Persönlichkeitsstruktur affektpsychotischer Patienten. In

Janzarik W (1988) Persönlichkeit und Psychose. S.150-171. Enke, Stuttgart

von Zerssen D, Pössl J (1990) The premorbid personality of patients with different subtypes of an affective illness. Statistical analysis of blind assignment of case history data to clinical diagnosis. *J. Affect. Disord.* 18, 39-50

von Zerssen D (1992) Der „Typus manicus“ - eine Variante der Zylothymie? In Maineros A, Philipp M (Hrsg) Persönlichkeit und psychische Erkrankung. Festschrift zu 50. Geb. von VH Peters. Springer, Berlin Stuttgart New York,

von Zerssen D (1993) Normal and Abnormal Variants of Premorbid Personality in Functional Mental Disorders. Conceptual and Methodological Issues. *J. Of Personality Disorders* 7, 116-136

von Zerssen D (1994a) Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsindikatoren – Probleme ihrer Erfassung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 62, 1-13

von Zerssen D, Tauscher R, Pössl J (1994b) The relationship of premorbid personality to subtypes of an affective illness. A. Replication study by means of an operationalized procedure for diagnosis of personality structures. *J. Affect. Disord.* 32, 61-72

von Zerssen D (2000) Variants of premorbid personality and personality disorder: a taxonomic model of their relationship. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 250, 234-248

von Zerssen D (2002) Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorder. *J. Affect. Disord.* 68, 142-158

Walesch KE (2002) Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose - Eine klinische Studie mit dem Gießen-Test, Inaugural-Dissertation, Frankfurt am Main

Warheit GJ, Holzer EE III, Arey SA (1975) Race and mental illness: An epidemiologic update. *Jhealth Soc Behav* 16: 243-256

Wassilios EF (1988) Väter Band 1 und 2. Dt. Taschenbuchverlag, München

Weiss E (1944) Clinical Aspects of Depression. *Psy. Q.* 13, 445-461

Wernicke C (1899) Über Klassifikationen der Psychosen. Schletter, Breslau

Wicki W, Angst J (1991) The Zurich Study X. Hypomania in a 28- to 30- Year- old Cohort. *Eur. Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience* 240: 339-348

Winokur G, Clayton PJ, Reich T (1969) Manic – Depressive Illness, CV Mosby Co.. St. Louis

Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT (1995) A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Research* 58, 139-143

Verzeichnis der Abkürzungen

IVB halbstandartisiertes Interview

D – S` Depressionsskala von Zerssen

HAMD Hamilton Depressionsskala

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Typus manicus (v. Zerssen, 1982).....	36
Abbildung 1: Ein Grid, Spalten 1-4 entsprechen den Elementen und deren Skalierung, die Zeilen den Konstrukten, mit denen die Elemente skaliert werden.	48
Abbildung 2 Grafik SIOG	52
Abbildung 3: Selbst-Isolation, es befinden sich keine Elemente innerhalb eines Abstandes von 0,8 vom Selbst.....	53
Abbildung 4: Ideal-Selbst-Isolation	54
Abbildung 5: SIOG Diagnosen, doppelte Isolation	55
Abbildung 6: SIOG Diagnosen, Selbst-Ideal-Selbst-Divergenz.....	56

Abbildung 7: SIOG Diagnosen, Selbst-Ideal-Selbst-Konvergenz.....	57
.....	242
Tabelle 2: Depressionsskala von Zerssen.....	77
Tabelle 3: Hamilton Depressionsskala.....	77
Tabelle 4: Varianzprozente der drei Hauptkomponenten.....	78
Tabelle 5: Varianzprozente der Elemente.....	78
Tabelle 6: Distanz zwischen den Selbstbildern	79
Tabelle 7: Selbstwertgefühl und Selbst-IdealSelbst-Konvergenz (Maniker).....	79
Tabelle 8: Selbstwertgefühl und Selbst Ideal-Selbst Konvergenz (Kontrollgruppe)..	79
Tabelle 9: Distanzen des Selbst zu den Objekten.....	80
Tabelle 10: Distanzen des Ideal-Selbst zu den Objekten.....	80
Tabelle 11: Objektbeziehungen nahe dem Selbst.....	80
Tabelle 12: Objektbeziehungen mit großer Entfernung zum Selbst.....	81
Tabelle13: Objektbeziehungen nahe am Ideal-Selbst.....	81
Tabelle 14: Große Entfernung zum Selbst	81
Tabelle 15: SIOG normatives Selbst.....	82
Abbildung 8: SIOG normatives Selbst	82
Tabelle 16: SIOG Mutter	83
Abbildung 9: SIOG Mutter.....	83
Tabelle 17: SIOG Vater.....	84
Abbildung 10: SIOG Vater	84
Tabelle 18: SIOG Phasenspezifisches Selbst.....	85
Abbildung 11: SIOG „Ich in der Manie“	85
Tabelle 19: Einzeldiagnosen.....	86
Tabelle 20: Diagnosen.....	87
Tabelle 21: Idealbild und normatives Selbst im Gießen-Test	89
Abbildung 12a: Selbst-, Idealbild und normatives Selbst der Maniker	89
Abbildung 12 b: Selbst-, Idealbild und normatives Selbst der Kontrollgruppe	90
Tabelle 22: Selbstbild im Gießen-Test	91
Abbildung 13: Profilblatt Selbstbild der psychiatrischen Gruppe und der Kontroll- gruppe	91
Tabelle 23: Selbstbild im Vergleich zum Mutter– und Vaterbild (psychiatrisches Kol- lektiv).....	92
Abbildung 14: Selbst- und Fremdbilder von dem psychiatrischen Kollektiv	92
Tabelle 24: Idealbild im Vergleich zum Mutter- und Vaterbild (psychiatrische Grup- pe)	93

Abbildung 15: Idealbild im Vergleich zu Mutter- und Vaterbild in der psychiatrischen Gruppe.....	94
Tabelle 25: normatives Selbst im Vergleich zum Mutter- und Vaterbild (Psychiatrische Gruppe)	95
Abbildung 16: Normatives Selbst im Vergleich zu Mutter- und Vaterbild in der psychiatrischen Gruppe	96
Tabelle 26: Selbst- und Elternbilder der Kontrollgruppe.....	97
Abbildung 17a: Selbst- und Fremdbilder im Vergleich	98
Abbildung 18a Idealbilder im Vergleich zu Fremdbildern	99
Abbildung 18b Idealbilder im Vergleich zu Fremdbildern	100
Abbildung 19a: normatives Selbst im Vergleich zu den Fremdbildern	101
Abbildung 19b: normatives Selbst im Vergleich zu den Fremdbildern	101
Abbildung 19: Originaldaten des Repertory Grid von Patient 3012.....	107
Tabelle 27: Hauptkomponentenanalyse Herr A.....	107
Abbildung 20: Hauptkomponentenanalyse Grafik 1 (Kasuistik 3012).....	108
Tabelle 28: Distanzen zwischen den Selbstelementen als Maß für das Selbstwertgefühl	109
Tabelle 29: Distanzen zu wichtigen Objekten und Elementen (Patient 3012).....	109
Tabelle 30: Abstände des phasenspezifischen Selbst zu den Selbstelementen.....	110
Abbildung 21: SIOG Patient 3012.....	110
Tabelle 31: Skalenwerte Gießen-Test Patient 3012.....	111
Abbildung 22: Originaldaten des Repertory Grid (Kasuistik 3022).....	115
Tabelle 32: Varianzen der Hauptkomponenten (Patient 3022).....	115
Abbildung 23: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse Kasuistik 3022.....	116
Abbildung 24: Grafik 2 der Hauptkomponentenanalyse (Patient 3022).....	117
Tabelle 33: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Patient 3022)	117
Tabelle 34: Distanzen zu den Objekten (Patient 3022).....	118
Tabelle 35: Distanzen zum „Ich in der Manie“ (Patient 3022).....	118
Abbildung 25: SIOG (Patient 3022).....	119
Tabelle 36: Skalenwerte des Gießen-Tests (Patient 3022).....	120
Abbildung 26: Originaldaten Patientin 3031.....	124
Tabelle 37: Varianzen der drei Hauptkomponenten (Patientin 3031).....	125
Abbildung 27: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Patientin 3031).....	126
Tabelle 38: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik 3031).....	126
Tabelle 39: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik 3031).....	127
Tabelle 40: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Patientin 3031).....	127

Abbildung 28: SIOG der Patientin 3031.....	128
Tabelle 41: Gießen-Test Ergebnisse Kasuistik Frau C (3031).....	129
Abbildung 29: Originalgrid der Patientin Frau D (Kasuistik 3041).....	133
Tabelle 42: Varianzen der Hauptkomponenten (Kasuistik 3041).....	133
Abbildung 30: Hauptkomponentenanalyse Grafik 1 (Kasuistik 3041).....	134
Tabelle 43: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Frau D)	135
Tabelle 44: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Frau D).....	135
Tabelle 45: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Frau D)	135
Abbildung 31: SIOG Kasuistik Frau D	136
Tabelle 46: Skalenwerte des Gießen-Test (Kasuistik Frau D).....	137
Abbildung 32: Originalgrid von Kasuistik Herrn E (3052).....	141
Abbildung 33: Hauptkomponentenanalyse Grafik 1 (Kasuistik Herr E, 3052).....	143
Tabelle 47: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr E, 3052).....	143
Tabelle 48: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr E, 3052).....	144
Tabelle 49: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Herr E).....	145
Abbildung 34: SIOG Kasuistik Herr E (3052).....	145
Tabelle 50: Gießen-Test Ergebnisse (Kasuistik Herr E, 3052).....	146
Abbildung 35: Original Grid Kasuistik Frau F (3062).....	149
Tabelle 51: Varianzen der drei Hauptkomponenten (Kasuistik Frau F, 3061).....	150
Tabelle 52 Varianzen und Ladungen der Elemente Kasuistik Frau F (3061).....	150
Tabelle 53: Varianzen und Ladungen der Konstrukte (Kasuistik Frau F).....	151
Abbildung 36: Grafik 1 (Kasuistik Frau F, 3061).....	151
Abbildung 37: SIOG Kasuistik Frau F (3061).....	152
Tabelle 54: Distanzen zwischen den Selbstbildern Kasuistik Frau F (3061).....	153
Tabelle 55: Distanzen von den Selbstbildern zu den Objekten Kasuistik Frau F(3061)	153
Tabelle 56: Distanz zum Krankheitsbild Kasuistik Frau F(3061).....	154
Tabelle 57: Ergebnisse des Gießen-Testes (Frau F).....	155
Abbildung 38: Originalgrid Herr G.....	159
Tabelle 58: Varianzen der drei Hauptfaktoren (Kasuistik Herr G, 3072).....	160
Abbildung 39: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Kasuistik Herr G, 3072)	161
Tabelle 59: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr G, 3072).....	161
Tabelle 60: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr G, 3072).....	162
Tabelle 61: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Herr G, 3072).....	162
Abbildung 40: SIOG Patient 3072.....	163
Tabelle 62: Gießen-Test Skalenwerte (Kasuistik Herr G, 3072).....	164

Abbildung 41: Originalgrid Kasuistik Herr H, 3082.....	168
Tabelle 63: Varianzprozente der drei Hauptfaktoren (Kasuistik Herr H, 3082).....	168
Tabelle 64: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr H, 3082)	169
Tabelle 65: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr H, 3082).....	169
Tabelle 66: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Herr H, 3082).....	169
Abbildung 42: SIOG Kasuistik Herr H, 3082.....	170
Tabelle 67: Gießen-Test Werte (Kasuistik Herr H, 3082)	171
Abbildung 43: Originalgrid Kasuistik Herr I, 3092.....	174
Tabelle 68: Ladungen der Hauptfaktoren Kasuistik Herr I, 3092.....	175
Abbildung 44: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse Kasuistik Herr I, 3092.....	176
Tabelle 69: Distanzen zwischen den Selbstbildern Kasuistik Herr I, 3092.....	176
Tabelle 70: Distanzen zu den Objektbeziehungen Kasuistik Herr I, 3092.....	177
Tabelle 71: Distanz zum phasenspezifischen Selbst Kasuistik Herr I, 3092.....	177
Abbildung 45: SIOG Kasuistik Herr I, 3092.....	177
Tabelle 72: Gießen-Test Herr I	178
Abbildung 46: Originalgrid (Kasuistik Herr K, 3102).....	182
Tabelle 73: Varianzen der Hauptfaktoren (Kasuistik Herr K, 3102).....	182
Abbildung 47: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Kasuistik Herr K, 3102).	183
Tabelle 74: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Kasuistik Herr K, 3102).....	184
Tabelle 75: Distanzen zu den Objekten (Kasuistik Herr K, 3102).....	184
Tabelle 76: Distanz zum phasenspezifischen Selbst (Kasuistik Herr K, 3102).....	184
Abbildung 48: SIOG Kasuistik Herr K, 3102.....	185
Tabelle 77: Gießen-Test Werte Kasuistik Herr K, 3102.....	185
Abbildung 49: Originalgrid (Herr L).....	189
Tabelle 78: Ladungen der Hauptfaktoren (Herr L).....	189
Abbildung 50: Grafik 1 der Hauptkomponentenanalyse (Herr L).....	190
Tabelle 79: Distanzen zwischen den Selbstbildern (Herr L).....	191
Tabelle 80: Distanzen zu den Objekten (Herr L).....	191
Tabelle 81: Distanz zum phasenspezifischen Selbst.....	191
Abbildung 51: SIOG Herr L.....	192
Tabelle 82: Gießen-Test Werte (Herr L).....	192

Interview – Bogen

Sozialer, beruflicher und familiärer Status

1. Familienstand	Monopolare ManikerInnen	Kontrollgruppe
ledig	5 (45.5%)	3 (27,3%)
eheähnlich		1 (9,1%)
verheiratet	4 (36.4%)	4 (36,4%)
geschieden	2 (18.2%)	1 (9,1%)
verwitwet		1(9,1%)
geschieden und wiederverheiratet		1 (9,1%)
N	11 (100%)	11(100%)

Tabelle 84: Familienstand

3. Wie leben Sie zur Zeit?	Monopolare ManikerInnen	Kontrollgruppe
alleine	3 (27,3%)	3 (27,3%)
Mit Elternteil	3 (27,3%)	
Mit (Ehe)Partner	4 (36,4%)	7 (63,6%)
Mit Bekannten/Freunden	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Mit Kindern		1 (9,1%)
N	11 (100%)	11(100%)

Tabelle 85: Kinder

3. Wohnortgröße	MM	KG
Großstadt	2 (18.2%)	2 (18,2%)
Mittelstadt	1 (9.1%)	2 (18,2%)
Kleinstadt	2 (18.2%)	3 (27,3%)
Dorf, peripher gelegen	5 (45.5%)	
Dorf, Ballungsraum	1 (9.1%)	4 (36,44%)
N	11 (100%)	73 (100%)

Tabelle 86: Wohnortgröße

4. Wie leben Sie zur Zeit?	MM	KG
allein	3 (27.3%)	3 (27,3%)
mit einem oder beiden Elternteilen	3 (27.3%)	
mit (Ehe-) Partner/in	4 (36.4%)	7 (63,6%)
mit Kind/Kindern		1 (9,1%)
mit Bekannten/Freunden	1 (9.1%)	1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 87: Lebenssituation

5. Schulbildung	MM	KG
Sonderschule		
Hauptschule	3 (27.3%)	6 (54,5%)
Realschule	4 (36.4%)	3 (27,3%)
Gymnasium	2 (18.2%)	1 (9,1%)
Hochschule	2 (18.2%)	1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 88: Schulbildung

6. Gegenwärtiger Beruf	MM	KG
angelernter Arbeiter/in		2 (18,2%)
Facharbeiter, Handwerker, Angestellte, Beamte	5 (45.5%)	3 (27,3%)
mittl. Angestellte, Beamte im mittleren Dienst	3 (27.3%)	2 (18,2%)
Höhere Angestellte, Beamte im gehob. Dienst	1 (9,1%)	1 (9,1%)
Mitt. Gesch.	1 (9,1%)	
Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	1 (9.1%)	1 (9,1%)
Kein Beruf		1 (9,1%)
K. A.		1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 89: Gegenwärtiger Beruf

6a. Gegenwärtige berufliche Situation	MM	KG
Vollzeit berufstätig	8 (72.7%)	6 (54,5%)
Teilzeit berufstätig	2 (18.2%)	2 (18.2%)
Schüler, Student		1 (9,1%)
arbeitslos	1 (9.1%)	1 (9,1%)
Rentenverfahren, Frührentner/in		1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 90: Berufliche Situation

7. Haben Sie das Gefühl eine verantwortliche Tätigkeit im Beruf zu haben?	MM
Ja	11 (100%)
Nein	
Unentschieden	
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 91: Verantwortungsvolle Tätigkeit im Beruf

8. Gefällt Ihnen ihr Beruf?	MM
ja	10 (90.9%)
nein	
unentschieden	1 (9.1%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 92: Sympathie und Antipathie gegenüber dem eigenen Beruf

8a. was gefällt Ihnen am meisten an Ihrem Beruf?	MM
Verantwortung für Andere	
soziale Anerkennung	
Möglichkeit, kreativ zu gestalten	1 (9.1%)
Aufträge zur Zufriedenheit anderer erledigen zu können	1 (9.1%)
Kommunikation mit Kollegen/innen	
Anderes	9 (81.8%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 93: Zufriedenheit mit Tätigkeiten innerhalb des Berufes

8b. Was gefällt Ihnen am wenigsten an Ihrem Beruf?	MM
Monotonie	1 (9.1%)
Leistungsdruck	
ständig wechselnde Anforderungen	
Notwendig, selbständig zu arbeiten	
Abhängigkeit von anderen	
Anderes	10 (90.9%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 94: Unzufriedenheit mit Tätigkeiten innerhalb des Berufes

9. Haben Sie im letzten Jahr den Arbeitsplatz ge- wechselt?	MM
nein	9(81.9%)
ja	2 (18.2%)
wenn ja, wie oft (MW)	1.00
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 95: Arbeitsplatzwechsel im letzten Jahr

10. Haben Sie seit Beginn Ihrer Erkrankung den Ar- beitsplatz gewechselt?	MM
nein	5 (45.5%)
ja	6 (54.6%)
wenn ja, Wie oft (MW)	1.500
k: A.	
N	11 (100%)

Tabelle 96: Arbeitsplatzwechsel seit Beginn der Erkrankung

Krankheitsdaten

11a. Wie lange liegt die letzte stationäre psychiatrische Behandlung zurück? Erstbehandlung	MM
< 1 Monat	6 (56,6%)
< 3 Monate	3 (27,3%)
< 6 Monate	
< 1 Jahr	
< 2 Jahre	
<5 Jahre	1 (9,1%)?
> 5 Jahre	
k. A., keine Behandlung	1 (9,1%)
N	11 (100%)

Tabelle 97: Zeitpunkt der letzten psychiatrischen Behandlung

11b. Wie lange liegt die letzte ambulante psychiatrische Betreuung zurück? Erstbehandlung	MM
< 1 Monat	1(9,1%)
< 3 Monate	6 (54,6%)
< 6 Monate	1 (9,1%)
< 1 Jahr	1 (9,1%)
< 2 Jahre	
< 5 Jahre	
> 5 Jahre	
k. A. , keine Behandlung	2 (18,2%)
N	11 (100%)

Tabelle 98: Letzte ambulante psychiatrische Betreuung

12. Krankheitsdauer seit Erstmanifes- tation	MM	KG
Mittelwert	11,364	2,110
Standardabweichung	9,320	5,506
Meridian	9,000	0,000
Modalwert	3,000	0,000
N	11	73

Tabelle 99: Krankheitsdauer

13. Alter zum Zeitpunkt der Erstmanifes- tation	MM	KG
Mittelwert	28,100	41,847
Standardabweichung	11,455	13,666
Median	25,000	42,000
Modalwert	18,000	45,000
N	11	73

Tabelle 100: Alter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation

14. Anzahl der stationären Aufenthalte	MM
Mittelwert	4,909
Standardabweichung	4,369
Median	3,000
Modalwert	2,000
N	11

Tabelle 101: Anzahl der stationären Aufenthalte

15. waren Sie schon einmal in ambulanter psychiatrischer Behandlung?	MM
Einzelbehandlung	3 (27,3%)
Gruppentherapie	3 (27,3%)
Paartherapie	
Familientherapie	
Keine	8 (72,7%)
N	11 (100%)

Tabelle 102: ambulante psychotherapeutische Behandlung

16. Werden Ihre Beschwerden medikamentös behandelt?	
	MM
ja	10 (90,9%)
nein	1 (9,1%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 103: Medikamentöse Behandlung

17. Mit welchen Medikamenten werden Sie behandelt?	
Lithium	MM
nein	4 (36,4%)
zeitweise	1 (9,1%)
regelmäßig	6 (54,6%)
k. A.	
N	11 (100%)
Psychopharmaka	MM
nein	7(63,6%)
zeitweise	1 (9,1%)
regelmäßig	3 (27,3%)
k. A.	
N	11 (100%)
Schmerzmittel	MM
nein	11 (100%)
zeitweise	
regelmäßig	
k. A.	
N	11 (100%)
Abführmittel	MM
nein	11 (100%)

zeitweise	
regelmäßig	
k. A.	
N	11 (100%)
Andere	MM
nein	8 (72,7%)
zeitweise	
regelmäßig	3 (27,3%)
k. A.	
N	

Tabelle 104: Einnahme von anderen Medikamenten

18. Schweregrad der Erkrankung	MM
zunehmend	1 (9,1%)
gleichbleibend	3 (27,3%)
abnehmend	5 (45,5%)
wechselnd	2 (18,2%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 105: Schweregrad der Erkrankung

8a. Verlaufsform der Erkrankung	MM
akut	3 (27,3%)
chronisch	
intermittierend	7 (63,6%)
andere	1 (9,1%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 106: Verlaufsform der Erkrankung

19. Gab es einen Grund für Ihre Erkrankung?	MM (ja)	MM (Nein)	KG (ja)	KG (Nein)
körperliche Belastungen	1 (9,1%)	10 (90,9%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)
seelische Belastungen	6 (54,5%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	10 (90,9%)
soziale Belastungen	2 (18,2%)	9 (81,8%)		11 (100%)

Tabelle 107: subjektive Ursache und Auslöser für die Erkrankung

20. Gab es Veränderungen in Ihrem Leben vor Beginn der Erkrankung?	MM	KG
eigene Erkrankung	0	0
Erkrankung in der Familie	2	0
Veränderungen in der Familie	4	1
Wohnortwechsel	1	1
Veränderungen am Arbeitsplatz/Ausbildung	5	2

Tabelle 108: Lebensveränderungen vor Beginn der Erkrankung

21. Welche Belastungen sind im Verlauf der Erkrankung neu aufgetreten?	MM
körperliche Belastungen (keine)	2 (9)
seelische Belastungen (keine)	2 (9)
soziale Belastungen (keine)	5 (6)
N	11

Tabelle 109: Belastungen durch die Erkrankung

22. Was hat Ihnen am meisten geholfen mit ihren Beschwerden fertig zu werden?	MM
stationäre psychiatrische Behandlung	2 (18,2%)
ambulante psychiatrische Behandlung	
stationäre psychotherapeutische Behandlung	
ambulante psychotherapeutische Behandlung	
medizinische Maßnahmen	2 (18,2%)
Kur	
Veränderungen im Beruf	
Berentung	
Veränderungen in der Familie	
Unterstützung durch Verwandte/Fremde	2 (18,2%)
Sonstiges	5 (45,5%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 110: Hilfen zum Umgang der Erkrankung

23a. Abusus von Alkohol, Hypnotika, Sedativa, Analgetika, Stimulantien, Opiode	MM
nein	10 (90,0%)
früher	
jetzt	
früher und jetzt	1 (9,1%)
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 111: Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

23b. Suizidphantasien	MM
keine	9 (81,8%)
früher	2 (18,2%)
früher und jetzt	
nicht eruierbar	
k. A.	
N	11 (100%)

Tabelle 112: Suizidphantasien

24a. Beruf der Mutter	MM	KG
angelernete Berufe		1 (9,1%)
Facharbeiterin, Handwerkerin, Angestellte und Beamtin im einfachen Dienst	3 (30%)	2 (18,2%)
höher qualifizierte Angestellte, Beamtin im gehobenen Dienst	1 (10%)	
Leit. Angestellte, Beamtin im höheren Dienst		1 (9,1%)
selbständige Handwerkerin, Landwirtin, Gewerbetreibende (mittlere Geschäfte, Betriebe)	1 (19%)	
Hausfrau	5 (50%)	7 (63,6%)
N	10 (100%)	11 (100%)

Tabelle 113: Berufe der Mütter

24b. Beruf des Vaters	MM	KG
ungelernter Arbeiter	1 (9,1%)	
angelernte Berufe		1 (9,1%)
Facharbeiter, Handwerker, Angestellter und Beamter im einfachen Dienst	4 (36,4%)	5 (45,5%)
mittl. Angestellter, Beamter im höheren Dienst	3 (27,3%)	1 (9,1%)
höher qualifizierte Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst	1 (9,1%)	2 (18,2%)
leit. Angestellter, Beamter im höheren Dienst		1 (9,1%)
kleinster Selbständiger, ambulantes Gewerbe	1 (9,1%)	
kleiner Selbständiger Gewerbetreibender		1 (9,1%)
selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlere Geschäfte, Betriebe)	1 (9,1%)	
N	11 (100%)	11(100%)

Tabelle 114: Berufe der Väter

25: Anzahl der Geschwister	MM	KG
0	2 (18.2%)	
1	3 (27.3%)	4 (36,4%)
2	3(27.3%)	6 (54,5%)
3	2 (18.2%)	1 (9,1%)
5	1 (9.1%)	

Tabelle 115: Geschwister

25a. Position in der Reihe	MM	KG
Einzelkind	1 (9,1%)	
Älteste(r)	3 (27,3%)	5 (45,5%)
Mittlere Position	5 (45,5%)	1 (9,1%)
Jüngste(r)	1 (9,1%)	5 (45,5%)
k. A.	1 (9,1%)	
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 116: Position in der Geschwisterreihe

	MM	KG
sehr gut	1 (9,1%)	2 (18,2%)
gut	6 (54,5%)	4 (36,4%)
befriedigend	2 (18,2%)	3 (27,3%)
ausreichend	1 (9,1%)	1 (9,1%)
mangelhaft	1 (9,1%)	
ungenügend		1 (9,1%)
Mittelwert	2,55	2,30
Standartabweichung	1,13	1,28
Median	2,00	2,00
N	11	11

Tabelle 117: subjektive Qualität des Elternhauses

26. Warum erlebten Sie Ihr Elternhaus in dieser Weise?	MM
chronischer Konflikt der Eltern	
Mutter gestorben	
Vater gestorben	
Eltern leben getrennt	
schwere Krankheit der Mutter	
schwere Krankheit des Vaters	
sonstige Besonderheiten	7 (63,6%)
k. A.	4 (36,4%)
N	11 (100%)

Tabelle 118: Ursachen für die Atmosphäre im Elternhaus

27. Gab es Vorbilder in Ihrem Leben?	MM	KG
Mutter		1 (9,1%)
Vater	1 (9,1%)	4 (36,4%)
beide Eltern		
Großmutter	1 (9,1%)	
Großvater	2 (18,2%)	
Lehrer/in	1 (9,1%)	
sonstige Personen	3 (27,3%)	3 (27,3%)
kein Vorbild	3 (27,3%)	3 (27,3%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 119: Vorbilder

28. Gibt es ein negatives Vorbild ?	MM	KG
Mutter	2 (18,2%)	
Vater		2 (18,2%)
Beide Eltern		1 (9,1%)
Großmutter	1 (9,1%)	
Geschwister		1 (9,1%)
sonstige Personen	3 (27,3%)	3 (27,3%)
kein Vorbild	5 (45,5%)	4 (36,4%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 120: negatives Vorbild

29. Wem fühlten Sie sich in Ihrer Kindheit am nächsten?	MM	KG
Mutter	2 (18,2%)	3 (27,3%)
Vater	2 (18,2%)	3 (27,3%)
beiden Eltern	1 (9,1%)	2 (18,2%)
Großmutter	1 (9,1%)	
Großvater	2 (18,2%)	1 (9,1%)
Geschwister	1 (9,1%)	
sonstige Personen	1 (9,1%)	1 (9,1%)
keine gefühlsmäßige Wärme erlebt	1 (9,1%)	1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 121: Nähe während der Kindheit

31. Hatten Sie schwere Erkrankungen bis zu Ihrem 21. Lebensjahr?	MM
nein, keine	9 (81,8%)
ja	2 (18,2%)
k.A.	
N	11 (100%)

Tabelle 53: schwere Erkrankungen

31a. Erkrankungsalter	MM
Mittelwert	10
Standardabweichung	14,14
Median	10
Modalwert	0
N	2

Tabelle 122: Erkrankungsalter

32. Sind Sie schon operiert worden?	MM
ja	8 (72,7%)
nein	3 (27,3%)
N	11 (100%)

Tabelle 123: Operationen

32a. Anzahl der Operationen	MM
Mittelwert	1,33
Standardabweichung	0,82
Median	1
Modalwert	1
N	6

Tabelle 124: Anzahl der Operationen

32b. Alter zum Zeitpunkt der ersten Operation	MM
MW	19,17
Standardabweichung	15,79
MD	14,5
MO	6
k. A.	
N	6

Tabelle 125: Alter zum Zeitpunkt der ersten Operation

32c. Alter zum Zeitpunkt der zweiten Operation	MM
Mittelwert	28,000
Standardabweichung	0,000
Median	28,000
Modalwert	28,000
k. A.	5
N	1

Tabelle 126: Alter zum Zeitpunkt der zweiten Operation

Gegenwärtige Situation

33. Wem stehen Sie gefühlsmäßig am nächsten?	MM	KG
Mutter	1 (9,1%)	
Vater	2 (18,2%)	
Partner/in	5 (45,5%)	5 (45,5%)
Kinder	1 (9,1%)	3 (27,3%)
Freund/in	1 (9,1%)	2 (18,2%)
niemandem	1 (9,1%)	1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 127: nahestehende Person

34. Sind/waren Sie zufrieden in Ihrer Ehe/Partnerschaft?	MM	KG
sehr gut	2 (28,6%)	2 (18,2%)
gut	3 (42,9%)	5 (45,5%)
befriedigend	2 (28,6%)	3 (27,3%)
mangelhaft		1 (9,1%)
N	7	11

Tabelle 128: Zufriedenheit in der Partnerschaft

35. Wie schätzen Sie Ihre Stimmung in den letzten drei Monaten ein?	MM	KG
sehr gut		1 (9,1%)
gut	5 (45,5%)	1 (9,1%)
Ausgeglichen	3 (27,3%)	4 (36,4%)
unausgeglichen	2 (18,2%)	2 (18,2%)
gelegentlich bedrückt		2 (18,2%)
meistens bedrückt	1 (9,1%)	1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 129: Stimmung

36. Sind Sie Mitglied in einem Verein?	MM	KG
nein	4 (36,4%)	5 (45,5%)
ja	7 (63,6%)	4 (36,4%)
Mitglied in mehreren Vereinen		2 (18,2%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 130: Vereinsmitglied

37. Haben Sie häufig Kontakt zu Freunden/Bekannten?	MM	KG
mehr als 1x Woche	5 (45,5%)	9 (81,8%)
1x Woche	3 (27,3%)	
weniger als 1x Woche	1 (9,1%)	1 (9,1%)
weniger als 1x Monat	1 (9,1%)	
nie	1 (9,1%)	1 (9,1%)
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 131: Kontakt zu Freunden

38. Was ist Ihnen am wichtigsten im Leben?	MM	MM
	1.	2.
Arbeit		3
Partnerschaft	3	4
Gesundheit	4	3
Hobby		1
Soziale Kontakte/Beliebt-heit		2
soziale Anerkennung		2
persönliche Zufriedenheit/Ausgeglichenheit		3
Sicherheit		1
Selbständigkeit		3
Ehrlichkeit		1
Ordnung		2
Wohlergehen der anderen		1
anderes	5	4
k. A.		
N	11 (100%)	11 (100%)

Tabelle 132: wichtige Ziele im Leben

Gießen Test (GT-S)

Name:

Beruf:

Geburtsdatum:

Testdatum:

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt (z.B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1,2 oder 3 an).

1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	Eher ungeduldig
2	Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	Ich meide eher Geselligkeit
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	Von anderen gelenkt zu werden
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	Sehr wenig beeinflussen
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	Eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	Meinen Ärger irgendwie abzureagieren
7	Ich habe den Eindruck, ich sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	Kaum daran interessiert, andere zu übertreffen
8	Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	Besonders ängstlich
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	Eher unzufrieden sind
1 0	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	Besonders wenig Vertrauen
1 1	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	Besonders wenig von meinem Bedürfnissen nach Liebe
1 2	Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	Suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen
1 3	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	Eher schlecht mit Geld umgehen

1 4	Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	Oft für sehr bedrückt
1 5	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	Sehr wenig von mir preis
1 6	Ich schätze es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	Eher leicht, mich beliebt zu machen
1 7	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	Eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden
1 8	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	Eher übergenu
1 9	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	Eher schwer aus mir heraus
2 0	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	Eher älter
2 1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	Eher überordentlich
2 2	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	Besonders selten in Auseinandersetzung mit anderen Menschen
2 3	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	Für wertvoll hält
2 4	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	Eher Bequemlichkeit
2 5	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	Eher sehr nahe
2 6	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	Eher wenig Phantasie
2 7	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	Sehr viel Wert darauf, schön auszusehen
2 8	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	Eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten
2 9	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	Immer Selbstvorwürfe
3 0	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	Wenig Liebe schenken
3 1	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	Besonders eigensinnig
3 2	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	Verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen
3 3	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	Eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen
3	Ich glaube, ich bin im Ver-	3 2 1 0 1 2 3	Wenig erlebnisfähig

4	gleich zu anderen in der Liebe intensiv		
3 5	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	Sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten
3 6	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	Eher als schwach einschätzt
3 7	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	Sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken
3 8	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	Eher schwer, bei einer Sache zu bleiben
3 9	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	Sehr leicht ausgelassen sein
4 0	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	Sehr befangen

Abbildung: 52

Gießen Test-Fremd weiblich/männlich GT-Fw/m

Name des Beurteilten:

Beruf:

Geburtsdatum:

Testdatum:

Ausgefüllt von:

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie eine bestimmte Person sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 Sie glauben, daß das Verhalten dieser Person im Vergleich zu anderen Menschen unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt (z.B. Nr. 1 Hat man den Eindruck, daß die zu beurteilende Person im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig ist, dann wird 0 angekreuzt. Weicht das Verhalten nach einer Seite ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1,2 oder 3 an).

1	Ich habe den Eindruck, sie/er ist eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	Eher geduldig
2	Ich galube, sie/er sucht eher	3 2 1 0 1 2 3	Sie/er meidet eher Geselligkeit
3	Ich schätze, sie/er legt es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	Von anderen gelenkt zu werde
4	Ich glaube, eine Änderung ihrer/seiner äußeren Lebensbedingungen würde ihre seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	Sehr wenig beeinflussen
5	Ich habe den Eindruck, daß sie/er sich eher selten	3 2 1 0 1 2 3	Eher besonders häufig über ihre/seine inneren Probleme Ge-

			danken macht
6	Ich schätze, daß sie/er eher dazu neigt, ihren/seine Ärger in sich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	Ihren/seinen Ärger irgendwie abzureagieren
7	Ich habe den Eindruck, sie/er ist sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	Kaum daran interessiert, andere zu übertreffen
8	Ich glaube, sie/er hält sich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	Besonders ängstlich
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit ihrer/seiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	Eher unzufrieden sind
1 0	Ich glaube, sie/er hat zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	Besonders wenig Vertrauen
1 1	Ich habe den Eindruck, sie/er zeigt sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	Sehr wenig von ihren Bedürfnissen nach Liebe
1 2	Ich glaube sie/er meidet eher	3 2 1 0 1 2 3	Sucht eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen
1 3	Ich glaube, sie/er kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	Eher schlecht mit Geld umgehen
1 4	Ich schätze, sie/er hält sich selten	3 2 1 0 1 2 3	Oft für sehr bedrückt
1 5	Ich habe den Eindruck, sie/er gibt im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	Sehr wenig von sich preis
1 6	Ich schätze, es gelingt ihr/ihm eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	Eher leicht, sich beliebt zu machen
1 7	Ich glaube, sie/er hat es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	Eher schwer, sich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden
1 8	Ich glaube, sie/er ist mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	Eher übergenau
1 9	Ich habe den Eindruck, sie/er geht eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	Eher schwer aus sich heraus
2 0	Ich glaube, im Vergleich zu ihren/seinen Altersgenossen wirkt sie/er in ihrem/seinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	Eher älter
2 1	Ich habe den Eindruck, sie/er ist eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	Eher überordentlich
2 2	Ich schätze, sie/er gerät besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	Besonders selten in Auseinandersetzung mit anderen Menschen
2 3	Ich glaube, sie/er ist eher darauf eingestellt, daß man sie/ihn für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	Für wertvoll hält
2 4	Ich habe den Eindruck, sie/er schafft sich im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	Eher Bequemlichkeit
2	Ich denke, sie/er fühlt sich den	3 2 1 0 1 2 3	Eher sehr nahe

5	anderen Menschen eher sehr fern		
2 6	Ich glaube, sie/er hat im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	Eher wenig Phantasie
2 7	Ich glaube, sie/er legt kaum	3 2 1 0 1 2 3	Sehr viel Wert darauf, schön auszusehen
2 8	Ich habe den Eindruck, es fällt ihr/ihm eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	Eher leicht. Mit anderen eng zusammenzuarbeiten
2 9	Ich denke, sie/er macht sich selten	3 2 1 0 1 2 3	Immer Selbstvorwürfe
3 0	Ich glaube, sie/er kann einem/r Partner/in außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	Wenig Lieb schenken
3 1	Ich glaube, sie/er benimmt sich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	Besonders eigensinnig
3 2	Ich glaube, sie/er macht sich verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	Verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen
3 3	Ich habe den Eindruck, es gelingt ihr/ihm eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	Eher gut, ihre/seine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen
3 4	Ich glaube, sie/er ist im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	Wenig erlebnisfähig
3 5	Ich denke, sie/er hat sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	Sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten
3 6	Ich glaube, daß man sie/ihn im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	Eher als schwach einschätzt
3 7	Ich habe den Eindruck, sie/er hat es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	Sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken
3 8	Ich glaube, sie/er hat es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	Eher schwer, bei einer Sache zu bleiben
3 9	Ich glaube, sie/er kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	Sehr leicht ausgelassen sein
4 0	Ich denke, sie/er fühlt sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	Sehr befangen

Abbildung: 53

Hamilton Depression Scale (HAMD)

Ausfülldatum:

Initialen des Patienten:

Unterschrift des Untersuchers:

Anleitung

Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!

1.	Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)	
	Keine	0
	Nur auf Befragen geäußert	1
	Vom Patienten spontan geäußert	2
	Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen)	4
2.	Schuldgefühle	
	Keine	0
	Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben	1
	Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“	2
	Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet	3
	Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen	4
3.	Suizid	
	Keiner	0
	Lebensüberdruß	1
	Todeswunsch, denkt an eigenen Tod	2
	Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten	3
	Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4	4
4.	Einschlafstörungen	
	Keine	0
	Gelegentliche Einschlafstörungen	1
	Regelmäßige Einschlafstörungen	2
5.	Durchschlafstörungen	
	Keine	0
	Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf	1
	Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung)	2
6.	Schlafstörungen am Morgen	
	Keine	0
	Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen	1
	Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen	2
7.	Arbeit und sonstige Tätigkeiten	
	Keine Beeinträchtigung	0
	Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend	1
	Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich zwingen. Sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlußänderungen erkennen	2

	Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als drei Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station	3
	Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn sich der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann.	4
8.	Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)	
	Sprache und Denken normal	0
	Geringe Verlangsamung bei der Exploration	1
	Deutliche Verlangsamung bei der Exploration	2
	Exploration schwierig	3
	Ausgeprägter Stupor	4
9.	Erregung	
	Keine	0
	Zappeligkeit	1
	Spielen mit den Fingern, Haaren, usw.	2
	Hin- und Herlaufen, nicht still sitzen können	3
	Händeringen, Nägelbeißen, Haareraufen, Lippebeißen, usw.	4
10.	Angst – physisch	
	Keine Schwierigkeit	0
	Subjektive Spannung und Reizbarkeit	1
	Sorgt sich um Nichtigkeiten	2
	Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert	3
	Ängste werden spontan vorgebracht	4
11.	Angst – somatisch Körperliche Begleiterscheinungen der Angst wie: Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Pollakisurie – Schwitzen	
	Keine	0
	Geringe	1
	Mäßige	2
	Starke	3
	Extreme (Patient ist handlungsunfähig)	4
12.	Körperliche Symptome – gastrointestinale	
	Keine	0
	Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch, Schweregefühl im Abdomen	1
	Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen- Darmpräparate	2
13.	Körperliche Symptome – allgemeine	
	Keine	0
	Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken- Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit	1
	Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen	2

14.	Genitalsymptome wie etwa Libidoverlust, Menstruationstörungen	
	Keine	0
	Geringe	1
	Starke	2
15.	Hypochondrie	
	Keine	0
	Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)	1
	Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit	2
	Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.	3
	Hypochondrische Wahnvorstellungen	4
16.	Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)	
a.	Aus Anamnese	
	Kein Gewichtsverlust	0
	Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit jetziger Krankheit	1
	Sichere Gewichtsverlust laut Patient	2
b.	Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust	2
	Weniger als 0,5 kg/Woche	0
	Mehr als 0,5 kg/Woche	1
	Mehr als 1 kg/Woche	2
17.	Krankheitseinsicht	
	Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist	0
	Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis, etc. zurück	1
	Leugnet Krankheit ab	2
18.	Tagesschwankungen	
a.	Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern keine Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (=keine Tagesschwankungen) anzukreuzen	
	Keine Tagesschwankungen	0
	Symptome schlimmer am Morgen	1
	Symptome schlimmer am Abend	2
b.	Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der Schwankungen an. Falls es keine gibt, kreuzen Sie 0 (= keine) an	
	Keine	0
	Gering	1
	Stark	2
19.	Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen	
	Keine	0
	Gering	1
	Mäßig	2
	Stark	3
	Extrem (Patient ist handlungsunfähig)	4
20.	Paranoide Symptome	
	Keine	0
	Mißtrauisch	1
	Beziehungsideen	2
	Beziehungs- und Verfolgungswahn	3
21.	Zwangssymptome	

	Keine	0
	Gering	1
	Stark	2

Abbildung: 53

Depressionsskala von Zerssen (D-S)

		a.: Trifft ausgesprochen zu b: Trifft überwiend zu c: Trifft etwas zu d: Trifft gar nicht zu			
1.		a	b	c	d
2.	Ich muß mich sehr dazu antreiben, etwas zu tun				
3.	In letzter Zeit kommen mir öfter die Tränen				
4.	Mein Appetit ist viel schlechter als früher				
5.	Ich kann manchmal vor lauter Unruhe keine Minute mehr stillsitzen				
6.	Ich kann nachts schlecht schlafen				
7.	Ich fühle mich innerlich leer				
8.	Ich sehe voller Hoffnung in die Zukunft				
9.	Ich fühle mich innerlich gespannt und verkrampft				
10.	In letzter Zeit regt mich jede Kleinigkeit auf				
11.	Ich habe mich in unbestimmter Weise verändert				
12.	Ich denke oft an Selbstmord				
13.	Ich bin häufig nervös und unruhig				
14.	Ich fühle mich einsam, sogar wenn ich mit Menschen zusammen bin				
15.	Ich kann so klar denken wie immer				
16.	Ich finde keinen Kontakt mehr zu anderen				
16.	Ich habe das Gefühl der Gedankenverarmung				

Abbildung: 54

Tabellen und Grafiken aus den Kasuistiken

Ladungen und Varianzen aus dem Repertory Grid-Test der Kasuistik Herr A (3012)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
-0.2	-0.3	1.0	2.72	Selbst
-4.2	-1.7	0.5	7.56	Ideal-Selbst
-0.2	0.2	1.4	1.85	Ich, wie ich sein muß
0.9	-0.8	-2.1	3.86	Bruder
-0.7	0.3	1.3	3.66	Freund 2
-2.7	-1.0	-1.6	5.90	Pfarrer
-1.0	-2.0	-4.0	7.42	Mutter
-1.6	-1.5	1.0	2.85	Vater
0.6	0.9	1.6	2.74	Partnerin
1.0	0.4	-1.4	2.74	Konfliktperson Mutter
-1.5	-0.3	0.3	1.15	gut verstanden Freund 1
0.2	0.2	1.6	2.83	Mutterbild
0.1	-0.2	1.4	2.05	Vaterbild
0.9	8.6	-1.1	25.68	Ich mit schlechter Laune
8.4	-2.7	0.0	26.98	Ich in der Manie

Tabelle 133: Ladungen und Varianzen der Elemente (Patient 3102)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
3.3	2.3	-4.5	12.41	pünktlich - unpünktlich
3.8	3.4	0.8	12.23	religiös - unreligiös
1.2	4.1	1.1	8.51	fleißig - faul
1.3	4.1	0.7	7.26	unermüdlich - antriebslos
3.8	-1.3	-0.3	6.36	bedächtig - ausflutend
3.4	0.5	0.7	4.61	zusammenhaltend - schlichtend
3.1	-1.2	1.4	5.15	verständnisvoll - gleichgültig
3.4	-2.2	-1.3	7.03	korrekt - leger
1.0	4.1	-0.1	6.63	liebvoll - lieblos
2.8	-1.3	2.9	7.30	einflußreich - beeinflussend
3.1	-2.7	-1.3	7.03	planend - impulsiv
-0.5	-1.1	-1.1	5.82	gebildet - ungebildet
3.3	-2.0	1.0	7.30	engagiert - antriebsarm
1.4	-1.5	0.3	2.33	eifrig - genießend

Tabelle 134: Ladungen und Varianzen der Konstrukte (3012)

Ladungen der Elemente und Konstrukte der Kasuistik Herr B (3022)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
-0,4	-1,3	2,0	5,17	Selbst
1,8	1,3	2,1	6,02	Ideal-Selbst
1,2	0,9	0,4	1,67	Ich, wie ich sein muß
2,8	0,1	0,1	5,01	Bruder
2,2	0,6	-0,6	3,88	Bekannte
2,2	0,8	-1,5	4,22	Freund

0,3	1,4	-0,4	9,31	Mutter
0,9	-0,6	1,4	2,42	Vater
1,7	0,1	-0,6	2,58	Partnerin
-3,4	-2,5	-0,5	10,06	Konfliktperson Vater
1,7	-1,1	1,0	5,45	Gut verstanden Freund A.
0,4	-0,9	0,0	1,86	Mutterbild
-2,2	-1,2	0,0	6,56	Vaterbild
-3,9	-2,3	-1,0	11,26	Ich mit schlechter Laune
-5,2	4,8	1,1	24,52	Ich in der Manie

Tabelle 135: Ladungen und Varianzen der Elemente (Kasuistik 3022)

Ladungen der Konstrukte

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
-4,0	2,8	-3,9	18,81	Geizig - verschwenderisch
-4,5	1,2	0,8	12,50	Vertrauensvoll – verständnislos
-1,3	-1,7	-0,3	3,60	Ehrlich – unehrlich
0,9	3,0	0,0	7,39	Einsam – unter Menschen
3,0	-1,5	-1,8	8,96	Wahnsinnig – depressiv
1,1	-0,2	-1,6	3,66	Als Versager – als Gewinner
0,0	-1,0	-0,1	2,53	Eigensinnig – rücksichtsvoll
-3,5	-0,1	2,8	11,99	Ruhig – unruhig
-1,2	-1,6	-1,4	3,98	Hilfsbereit – keine Hilfe gebend
-1,2	-1,5	0,0	3,60	Einfühlsam – wenig Rücksichtnahme
-1,6	-2,4	-0,6	5,18	Glücklich – unglücklich
-3,7	-0,1	0,0	8,02	Ehrgeizig – faul
-1,7	-2,1	-0,4	4,23	Unkompliziert – kompliziert
-1,8	-2,3	-0,8	5,56	Guter Zuhörer – schlechter Zuhörer

Tabelle 136: Ladungen und Varianzen der Konstrukte (Kasuistik 3022)

Ladungen der Elemente und Konstrukte der Kasuistik 3032

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
-2.2	0.7	-2.7	6.31	Selbst
-1.8	-0.3	-1.4	3.49	Ideal-Selbst
-1.6	-0.2	-0.1	1.82	Ich, wie ich sein muß
-2.2	-0.4	-0.5	3.33	Tochter
-0.9	1.1	0.2	1.56	Großmutter
-1.0	0.7	0.0	1.43	Freundin
1.5	0.4	1.9	3.65	Mutter
-1.7	0.2	0.6	1.71	Vater
-2.5	0.0	0.8	4.59	Ehemann
2.1	-0.7	1.9	5.50	Konfliktperson Mutter
-1.8	-0.1	0.7	1.85	Gut verstanden Ehemann
1.8	0.1	0.8	2.94	Mutterbild
-1.0	0.4	0.0	1.56	Vaterbild
6.7	5.4	-1.2	30.23	Ich mit schlechter Laune
4.5	-7.4	-1.1	30.04	Ich in der Manie

Tabelle 137: Ladungen und Varianzen der Elemente (Kasuistik 3031)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
3.7	-0.5	1.0	7.68	Verträglich – unverträglich
4.5	-0.7	-0.2	9.14	Ausgeglichen – unausgeglichen
2.2	2.8	0.6	6.01	Bestimmend – bestimmen lassen
0.2	-3.6	-0.9	6.63	Zurückgezogen – lustig
0.2	2.9	0.0	3.81	Aufgedreht – ruhig
1.0	3.0	-0.4	6.01	Selbstbewußt – unsicher
1.8	3.4	-2.3	9.24	Spontan – in sich hineinfressen
4.5	-1.4	0.1	10.03	Hilfsbereit – unpersönlich
3.6	-0.6	0.5	6.16	Vertrauen gebend – uninteressiert
1.2	2.7	0.8	4.60	Unternehmungslustig – häuslich
-0.7	3.5	-0.2	7.57	Gereizt – gelassen
3.1	-1.9	1.5	6.63	Großzügig – geizig
-3.7	0.8	2.9	9.56	Taktlos – taktvoll
2.0	3.3	1.4	6.95	Phantasievoll – phantasielos

Tabelle 138: Ladungen und Varianzen der Konstrukte (Kasuistik 3031)

Varianzen und Ladungen der Kasuistik 3041

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
3,7	0,0	0,9	3,59	Selbst
6,8	-1,8	-1,6	11,64	Ideal-Selbst
4,9	-2,9	-0,2	8,26	Ich, wie ich sein muß
2,0	0,4	0,2	1,30	Tochter 1
1,5	0,9	0,5	1,86	Tochter 2
1,4	2,5	3,2	4,36	Sohn
-3,7	-1,2	-0,4	4,15	Mutter
-3,8	-0,6	-0,3	4,20	Vater
3,9	-1,9	-0,9	5,65	Ehemann
-6,7	-3,5	-1,8	13,86	Konfliktperson Schwiegermutter
1,6	1,5	1,0	1,68	Gut verstanden Freundin
-2,0	-1,6	0,2	2,33	Mutterbild
-1,6	-1,1	1,5	2,49	Vaterbild
-9,3	1,9	0,4	20,45	Ich mit schlechter Laune
1,3	7,4	-2,8	14,20	Ich in der Manie

Tabelle 139: Ladungen und Varianzen der Elemente (Kasuistik Frau D, 3041)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
5,4	2,8	-0,9	9,31	Mütterlich – väterlich
6,6	1,9	-0,6	11,17	Vorwurfsvoll – anerkennend
-4,9	-1,0	0,5	5,93	Liebevoll – ablehnend
3,9	-0,1	-1,4	4,73	Streitsüchtig – harmoniebedürftig
-4,9	3,0	-0,6	7,68	Verständnisvoll – kein Verständnis
-5,0	-0,4	0,3	7,68	Fröhlich – traurig
4,6	-2,9	2,3	7,68	Wütend – zärtlich
-1,4	5,8	3,0	9,80	Ordentlich – unordentlich
-4,5	-2,8	-1,3	8,45	Witzig – ernst
-3,7	-0,4	-0,3	4,07	Freundschaftlich – verächtlich
-5,5	-1,4	1,6	8,11	Phantasievoll – abgestumpft
-1,1	4,4	-0,2	5,24	Sauber – ungepflegt
2,1	-0,7	2,4	2,95	Kämpferisch – anschiemig
-4,8	2,8	-1,2	7,22	Vertrauensvoll - untreu

Tabelle 140: Ladungen und Varianzen der Konstrukte (Kasuistik Frau D, 3041)

Varianzen der Elemente

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
2,4	0,3	0,0	3,48	Selbst
4,4	0,7	0,3	9,94	Ideal-Selbst
3,2	-0,5	0,3	5,50	Ich, wie ich sein muß
1,1	-2,6	-0,6	4,20	Großmutter
1,0	0,7	0,0	1,66	Bruder
1,1	0,8	0,1	2,11	Schwester
2,5	-0,7	0,2	3,35	Mutter
2,5	-0,7	0,2	3,35	Vater
-2,4	0,1	-1,4	4,20	Konfliktperson Bruder 2
1,9	0,0	0,2	2,18	Gut verstanden Großvater
-1,4	0,7	-0,1	1,66	Mutterbild
-1,5	1,9	0,7	3,48	Vaterbild
-6,1	0,4	-1,8	18,80	Ich mit schlechter Laune
-8,6	-1,0	1,9	36,08	Ich in der Manie

Tabelle 141: Ladungen und Varianzen der Elemente (Kasuistik Herr E)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz (%)	Konstrukte
-2,3	-0,2	-0,3	3,13	Sorgsam – im Stich lassen
-2,9	1,0	0,4	5,64	Einflußreich – kein Einfluß ausübend
-4,2	0,3	0,5	9,00	Freizügig – einengend
4,0	-0,9	0,0	8,38	Erregbar – einengend
-3,6	-0,5	1,9	7,95	Ausgeglichen – zappelig
-2,5	1,2	0,0	5,12	Genau – unordentlich
4,9	-0,5	0,9	11,60	Aggressiv – ruhig
4,2	3,1	0,8	12,78	Dominierend – nicht aufzwingend
-1,0	0,8	-1,5	2,48	Fleißig – schlampig
-4,8	-0,6	0,5	11,73	Gehorsam – ungezogen
-2,1	0,4	0,4	2,51	Vernünftig – aktiv
-3,6	0,3	-1,3	7,04	Verträglich – feindselig

5,1	-0,4	-0,1	12,65	Starrköpfig - einsichtig
-----	------	------	-------	--------------------------

Tabelle 142: Ladungen und Varianzen der Konstrukte (Kasuistik Herr E, 3052)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
-2.8	-4.3	1.6	7.27	Selbst
-3.4	-2.4	1.3	4.85	Ideal-Selbst
-2.1	-0.9	0.1	1.52	Ich, wie ich sein muß
-1.2	5.0	-0.9	7.57	Chef
-2.8	3.4	0.2	5.26	Schullehrer
-2.0	1.4	2.8	3.82	Sohn
-0.6	-5.1	-4.3	10.16	Mutter
8.2	-1.8	-1.0	15.69	Vater
-1.2	3.5	-3.3	5.92	Ehefrau
4.9	3.4	0.2	10.82	Konfliktperson Arbeitskollege
4.3	-0.3	2.2	6.06	Gut verstanden Schwager
-2.4	-0.8	0.5	2.25	Mutterbild
5.4	-0.8	-0.1	10.19	Vaterbild
0.8	-0.6	1.8	1.85	Ich mit schlechter Laune
-5.2	0.3	-1.1	6.76	Ich in der Manie

Tabelle 143: Varianzen und Ladungen der Elemente (Kasuistik Herr G, 3072)

Ladungen der Konstrukte

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
-0.1	1.7	-2.7	4.83	Ruhig - polternd
5.7	-1.0	-0.4	7.32	Zuverlässig – unzuverlässig
2.5	-1.6	-2.0	4.42	Pünktlich – unpünktlich
-2.5	3.3	-2.5	5.68	Rückzug – impulsiv
0.5	5.5	-0.1	8.46	Kompromißbereit – kompromißlos
4.8	-2.4	-0.6	7.64	Korrekt – unkorrekt
4.5	-0.2	0.6	6.88	Belastbar – überfordert
5.0	-0.4	0.9	6.22	Pflichtbewußt – gleichgültig
5.4	0.4	1.6	7.64	Aufopfernd – mißgünstig
-0.8	-1.1	-4.8	6.09	Exakter Familienwirtschafter – schlechter Wirtschafter
4.9	5.0	-0.3	10.51	Jeden zufriedenstellend – unflexibel
3.9	-0.2	-2.6	8.38	Beste aus sich holend – mit wenig zufrieden gebend
5.2	2.7	0.9	7.73	Hilfsbereit – reserviert
2.0	-5.6	-0.1	8.19	Meinungsfest – variabel

Tabelle 144: Varianzen und Ladungen der Konstrukte (Kasuistik Herr G, 3072)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
-1,2	0,8	-3,5	8,52	Selbst
2,1	2,1	-0,8	4,87	Ideal-Selbst
1,8	1,0	2,4	5,70	Ich, wie ich sein muß
1,5	1,8	1,9	5,90	Schwiegertochter
2,7	1,6	-1,4	6,94	Schwager
-0,2	-0,1	-1,7	2,67	Arbeitskollege
-5,0	2,5	0,1	13,69	Mutter
1,4	-0,4	-0,3	2,02	Vater
-1,9	1,7	1,9	6,32	Ehefrau
-2,6	-0,9	0,7	6,55	Konfliktperson Schwester
1,0	-1,5	-0,8	4,56	Gut verstanden Sohn
0,2	-1,4	-0,1	3,01	Mutterbild
1,7	-1,5	0,6	4,07	Vaterbild
-5,2	-3,1	0,4	15,50	Ich mit schlechter Laune
3,5	-2,8	0,6	9,68	Ich in der Manie

Tabelle 145: Varianzaufklärung der Elemente Kasuistik Herr H, 3082

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
2,1	-2,7	-1,7	8,90	Ordentlich – unordentlich
-3,3	2,2	1,8	11,23	Musikalisch – unmusikalisch
0,3	-1,5	0,4	4,50	Streng – stützend
1,9	-0,3	-1,8	3,78	Aggressiv – sachlich
-3,5	-0,2	1,2	7,66	Ideenreich – konservativ
-2,1	-1,5	0,0	3,62	Vehement – schwankend
-2,9	-0,6	-1,4	6,10	Positiv denkend – neg. denkend
-2,3	-0,7	-0,5	4,50	Entscheidungsfreudig – zögerlich
1,2	-2,3	0,5	5,33	Pünktlich – unpünktlich
2,9	-1,6	2,5	8,43	Zusammenhaltend – weltoffen
-0,4	-3,8	1,5	8,69	Sachlich – unsachlich
-3,8	-1,2	2,2	9,67	Kontaktfreudig – zurückhaltend
3,0	-0,1	1,4	6,73	Hineinfressen – aufmüpfig
4,2	2,0	2,1	10,86	Mutlos - unternehmungslustig

Tabelle 146: Varianzaufklärung der Konstrukte Kasuistik Herr H, 3082

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz (%)	Elemente
3,4	2,4	-0,5	5,07	Selbst
-1,3	3,5	1,3	4,74	Ideal-Selbst
-2,9	3,2	0,1	5,59	Ich, wie ich sein muß
0,2	-1,8	0,9	2,43	Brieffreundin
-0,7	2,2	-0,7	2,29	Freundin
-2,3	-1,6	0,6	4,48	Schulkamerad
-5,8	-2,4	0,1	9,70	Mutter
1,9	1,9	-1,3	2,63	Vater
1,4	2,1	-0,1	3,25	Traumpartnerin
-6,4	-3,8	-0,2	13,71	Konfliktperson Mutter
-2,9	0,5	0,4	3,83	Gut verstanden Freund

3,4	0,2	-1,7	4,82	Mutterbild
1,4	1,8	-1,1	2,07	Vaterbild
4,8	-5,6	-3,9	17,10	Ich mit schlechter Laune
5,6	-2,8	6,0	18,30	Ich in der Manie

Tabelle 147: Ladungen der Elemente Kasuistik Herr I, 3092

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz (%)	Konstrukte
-3,5	-2,7	-1,7	6,33	Gesellig – Einzelgänger
-6,2	-0,2	0,2	10,17	Spontan – sparsam
-1,3	-4,5	2,5	7,29	Tolerant – verbissen
2,6	1,1	-4,4	7,13	Probleme ausleben – Probleme in sich hineinfressen
4,4	-2,1	0,2	6,46	Geregelt – unstrukturiert
-1,6	-2,5	-1,8	4,06	Genußmensch – geht Kompromisse ein
-2,3	-4,3	-1,9	7,52	Unkompliziert – kompliziert
5,1	-2,1	0,4	7,90	Ehrgeizig – schnell zufrieden
-5,9	1,2	-0,4	10,78	Blauäugig – hohe Ziele verfolgen
-4,4	1,0	-1,3	7,42	Träumerisch – zielstrebig
2,5	-0,5	-3,6	5,18	Fanatisch - Lethargisch
-2,0	-3,2	-2,2	5,28	Lebensfreude – verkrampt
-2,2	5,4	-0,3	9,34	Motzig – ausgeglichen
-2,0	-2,3	2,2	5,12	Beeinflußbar – eigene Meinung durchsetzen

Tabelle 148: Ladungen der Konstrukte Kasuistik Herr I, 3092

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz (%)	Elemente
2,3	1,1	0,5	5,02	Selbst
-1,4	1,8	0,5	3,04	Ideal-Selbst
-0,9	0,0	1,9	2,41	Ich, wie ich sein muß
0,3	-3,2	-2,5	9,34	Freundin
-0,8	2,4	0,2	4,49	Frühere Partnerin
-2,4	0,4	-1,5	5,12	Werner
-1,0	-3,1	1,8	8,84	Mutter
-1,5	-1,4	1,9	6,01	Vater
5,7	0,5	-0,3	17,95	Partnerin
-3,8	-0,7	-1,6	10,63	Konfliktperson Chef
0,4	-1,9	0,2	3,76	Gut verstanden Bekannter
0,3	0,3	-0,1	1,85	Mutterbild
1,0	0,0	-0,2	2,94	Vaterbild
3,6	0,1	-0,4	8,42	Ich mit schlechter Laune
-1,7	3,8	-0,4	10,20	Ich in der Manie

Tabelle 149: Ladungen der Elemente (Herr K)

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz (%)	Konstrukte
----------	----------	----------	-------------	------------

2,0	1,3	-2,2	7,39	Ordentlich – unordentlich
1,4	-2,9	-0,2	8,78	Intellektuell - gelassen
1,8	3,1	-0,4	8,78	Konservativ – fortschrittlich
2,6	2,2	0,0	6,80	Rechthaberisch – kompromiß- bereit
2,3	-1,6	0,1	7,39	Gute Laune – gehemmt
1,9	3,5	0,0	8,58	Bürgerlich – locker
3,2	-0,1	0,6	6,14	Durchsetzungsvermögen – we- nig Selbstbewußtsein
-3,6	0,2	-3,2	12,74	Geduldig – nutzt aus
3,0	-2,4	-0,1	8,12	Selbstsicherheit – Zweifel
3,2	-1,0	-1,3	7,13	Zielstrebig – gehemmt
1,6	-0,5	-1,3	3,83	Realitätsnah – realitätsfern
1,5	1,7	1,1	5,41	Link – gerecht
0,5	0,6	-1,1	2,77	Hilfsbereit – stoffelig
3,1	-1,2	-1,0	6,14	Stark - schwach

Tabelle 150: Ladungen der Konstrukte (Herr K)

Varianzen der Elemente

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Elemente
5,1	3,5	-2,4	6,75	Selbst
4,5	-2,5	0,9	5,32	Ideal-Selbst
4,0	-3,0	3,2	6,76	Ich, wie ich sein muß
4,0	1,9	-4,3	4,88	Bruder
3,9	2,4	-3,9	4,60	Schwester
-0,3	-3,1	0,4	2,85	Grundschullehrer
2,8	-4,8	2,0	5,16	Mutter
-9,1	-1,5	-2,0	11,07	Vater
1,0	-4,3	0,4	3,51	Lebensgefährtin
-6,7	-2,2	-1,5	7,68	Konfliktperson Chef
2,1	-2,3	-0,9	4,49	Gut verstanden Tochter
4,0	3,8	2,2	4,99	Mutterbild
1,8	6,5	3,2	7,61	Vaterbild
-7,7	4,8	2,7	12,25	Ich mit schlechter Laune
-9,6	0,8	-0,1	12,07	Ich in der Manie

Tabelle 151: Varianzen der Elemente (Herr L)

Varianzen der Konstrukte

Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz	Konstrukte
-6,3	-0,2	-3,1	6,70	Treu – untreu
-0,9	4,4	3,9	5,26	Selbstbewußt – duckmäuserisch
-7,2	0,4	0,1	6,89	Hilfsbereit – egoistisch
-2,2	6,1	3,5	8,09	Pflichtbewußt – egal sein
-7,2	1,4	1,0	7,13	Geduldig – andere nach der Pfeife tanzen lassen
-4,8	-6,3	0,6	10,38	Faul – fleißig
-8,1	1,2	-0,2	8,61	Einfühlsam – beleidigend
-7,0	2,8	2,1	8,62	Offen – verschlossen
-5,3	-6,0	1,7	9,82	Nicht konsequent – konsequent
-5,5	-3,1	2,1	7,56	Schnell aufgeben – sich durchsetzen
3,1	-1,4	2,4	4,29	Gereizt – umgänglich
2,8	-3,4	4,5	5,74	Egozentrisch – einfach
4,6	-3,2	2,7	5,69	Rückzug – offen
4,5	1,9	1,0	5,21	Eigenbrödler – zufrieden mit sich selbst

Tabelle 152: Varianzen der Konstrukte (Herr L)