

Selbst-Objekt-Beziehungen bei Patientinnen und Patienten mit bipolaren affektiven Störungen

■ H. Böker, F. Härtling, K. Budischewski, F. Schoeneich

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Summary

Böker H, Härtling F, Budischewski K, Schön-eich F. [Self-object relationships of patients with bipolar affective disorders]. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1998;50:16–26.

The self-object relationships of 127 patients with affective disorders were investigated by means of the repertory-grid technique during the symptomless interval. Idiographic results were used in a nomothetic way to typify the sample referring to the dimensions “near to the object” and “idealising”. The depressive patients perceived themselves and their idealselves significantly nearer to the objects than the somatic controls. Patients with bipolar affective psychoses did not differ significantly from the other samples with affective disorders. Therapeutic consequences are discussed.

Keywords: bipolar affective disorders; self concept; object relationships; idiographic results; repertory-grid technique

Zusammenfassung

Die Selbst-Objekt-Beziehungen von 127 Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen wurden mit der Repertory-Grid-Technik im symptomarmen Intervall untersucht. Durch die nomothetische Verwendung idiographischer Befunde wurde eine Typisierung auf den Dimensionen «Objektnähe» und «Idealisierung» durchgeführt. Depressiv Erkrankte unterschieden sich durch grössere «Objektnähe» und «Idealisierung» signifikant von der somatischen Kontrollgruppe. Patientinnen und Patienten mit bipolaren Störungen

unterschieden sich nicht von den übrigen Verlaufsformen affektiver Störungen. Therapeutische Konsequenzen werden diskutiert.

Schlüsselwörter: bipolare affektive Störungen; Selbstbild; Objektbeziehungen; idiographische Befunde; Repertory-Grid-Technik

Einführung

Die Erforschung persönlichkeitsbedingter Dispositionen bei affektiven Erkrankungen hat eine lange klinische Tradition [1, 2]. Sie wird u. a. zur Klärung des Krankheitsrisikos und der Verlaufsprognose, ferner zur Entwicklung kausaler Krankheitsmodelle [3–5] und therapeutischer Strategien herangezogen [6, 7]. In diesen ursprünglich auf klinisch-intuitiver Basis entstandenen Konzepten der prämorbidem Persönlichkeit affektpsychotischer Patientinnen und Patienten wurden entweder übergreifende, für alle affektiven Psychosen gültige Charakterzüge beschrieben [8–10] oder prägnante Eigenschaften zu einem Persönlichkeitstyp zusammengefasst, der den jeweiligen Verlaufsformen affektiver Psychosen zugeordnet wurde ([11, «Typus melancholicus» [12], «Typus manicus» [13]).

Die synoptische Sicht der vorliegenden empirischen Befunde ergibt, dass Patientinnen/Patienten mit bipolaren affektiven Psychosen insgesamt weit weniger Auffälligkeiten als Patientinnen/Patienten mit unipolarer Depression aufweisen. In den untersuchten Persönlichkeitsdimensionen waren Patientinnen/Patienten mit bipolaren affektiven Psychosen weitgehend den gesunden Kontrollprobanden vergleichbar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die mittels standardisierter Persönlichkeitsinventare erfassten Dimensionen der Persönlichkeit häufig nur geringe Bezüge zu den klinisch relevanten Persönlichkeitskonstrukten hatten [14]. Aus diesem Grunde konnte die – angesichts der evidenten Konflikthaftigkeit bipolarer Patientinnen/Patienten – wesentliche Frage, warum gerade diese Patientengruppe so wenige Auffälligkeiten in ihrer prä-

Korrespondenz:
Dr. med. Heinz Böker,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
Postfach 68,
CH-8029 Zürich

morbiden Persönlichkeit zeigt, bisher nur unbefriedigend beantwortet werden.

Erfahrungen in psychotherapeutischen Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit affektiven Psychosen unterstreichen, dass vielfach auch während des sogenannten symptomarmen Intervalls erhebliche psychische Belastungen bestehen. Nach Arieti und Bemporad [15] und Mentzos [16, 17]) resultiert aus dem stets labilisierten Gleichgewicht depressiv Erkrankter teilweise eine extreme Abhängigkeit von nahen Bezugspersonen und den Erwartungen des sozialen und beruflichen Umfeldes.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse jüngerer Rezidivprädiktor-Studien unterstrich Mundt [18] die Bedeutung der sozialen Unterstützung und Qualität des Beziehungsgefüges für die Entwicklung – und mögliche Auflösung – pathogener Kreisprozesse der Depression. Um die Frage zu beantworten, welche Rolle interpersonelle, partnerschaftlich-familiäre Faktoren in Bezug auf Ätiologie, Prognose, Therapie und Bewältigung (Coping) depressiver Störungen spielen, wurden unterschiedliche Forschungsstrategien entwickelt (Überblick: [19–21]). Mit diesen auf die Beziehungsdynamik zielenden Ansätzen liessen sich u. a. die von Beck [22] beschriebenen dysfunktionalen kognitiven Muster Depressiver im Kontext ihrer sozialen Bezüge erfassen. So beschrieb z. B. Coyne [23] die Depression als ein sich selbst perpetuierendes interpersonelles System. Die Beziehungen affektpsychotischer Patientinnen/Patienten sind häufig komplementär strukturiert [24] und weisen Züge rigider Abhängigkeit der Partner voneinander auf. Die Ergebnisse der von Hell [24] durchgeführten Studie machten jedoch auch deutlich, dass für die Partnerschaft wesentliche Einflussgrößen mit dem ausschliesslich verwendeten standardisierten Persönlichkeitstest nicht erfasst wurden.

Fragestellung

Es fehlen Studien mit empirisch-psychologischer Methodik, die sowohl den Besonderheiten des Einzelfalls Rechnung tragen wie auch bestrebt sind, übergeordnete, unter Umständen prägnanztypische psychodynamische und interaktionelle Zusammenhänge zu erfassen.

In der eigenen Untersuchung wurde deshalb eine Forschungsstrategie entwickelt, die nomothetische und idiographische Verfahren miteinander verbindet. Bei einer grösseren Stichprobe von Patientinnen/Patienten, die an unterschiedlichen Verlaufsformen affektiver Psychosen leiden (uni-

polare Depression, bipolare affektive Psychose, unipolare Manie, schizoaffective Psychosen), wurden die Selbstbilder und die Objektbeziehungen nach Abklingen der depressiven Verstimmung im sogenannten «symptomarmen Intervall» erforscht. Im Zentrum der Untersuchung steht die Frage nach der Qualität der Selbst-Objekt-Beziehungen. Die Vergleichsgruppen bestanden sowohl aus Patientinnen/Patienten mit einer neurotischen Depression wie auch aus Patientinnen und Patienten mit einer somatischen (orthopädischen) Erkrankung. Eine Hypothesenprüfung im Sinne der Testung konkurrierender Hypothesen war angesichts der vorhandenen empirischen Befunde zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Deshalb wurden die für die Selbstwertregulation und die Interaktionsdynamik depressiv Erkrankter bedeutsamen Persönlichkeitsdimensionen im Sinne eines hypothesengenerierenden explorativen Vorgehens empirisch erfasst. Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

1. Wie sind die Selbst- und Objektbeziehungen von Patientinnen und Patienten mit bipolaren affektiven Störungen im symptomarmen Intervall beschaffen?
2. Finden sich Unterschiede hinsichtlich der Qualität der Selbst-Objekt-Beziehungen bipolarer Patientinnen und Patienten im Vergleich mit den übrigen Verlaufsformen affektiver Störungen?

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 127 Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen. Neben sämtlichen Verlaufsformen affektiver Psychosen wurden schizoaffective Psychosen und neurotische Depressionen einbezogen (Tab. 1). Die diagnostische Zuordnung erfolgte auf der Grundlage von ICD-10-Kriterien. Die Untersuchung wurde kurz vor Beendigung bzw. im Anschluss an die Entlassung aus stationärer Behandlung durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt wurden sämtliche Patientinnen und Patienten mit affektiven und schizoaffectiven Psychosen thymoleptisch und/oder neuroleptisch behandelt. Eine laufende Lithium-Prophylaxe stellte kein Ausschlusskriterium dar.

Die Kontrollgruppe bestand aus 34 Patientinnen/Patienten (18 Frauen, 16 Männer) einer orthopädischen Universitätsklinik und einer orthopädischen Rehabilitationsklinik, die wegen Hüft- und Kniegelenksoperationen stationär aufgenommen werden mussten. In der Vorgeschichte waren bei dieser Patientengruppe weder psychiatrische noch psychosomatische Erkrankungen aufgetreten.

Tabelle 1
Nosologische
Gruppierung
des Gesamt-
kollektivs.

Stichprobe	Frauen Männer Total		
	n	n	n
Gesamtstichprobe	93	68	161
Depression gesamt	75	52	127
rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)	21	5	26
neurotische Depression (Dysthymia; F34.1)	18	14	32
bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (F31.7)	13	17	30
rezidivierende manische Episoden, monopolare Manie (F31.8)	3	8	11
schizoaffektive Störungen (F25)	20	8	28
somatische Kontrollgruppe	18	16	34

Methoden

Folgende Untersuchungsinstrumente wurden eingesetzt:

- Die wesentlichen anamnestischen und biographischen Daten wurden in einem *halbstandardisierten Interview* erhoben.
- Zur Abklärung affektiver Nachschwankungen bzw. der Tiefe der Depression wurde die *Hamilton-Depressionsskala (HAMD)* [25] eingesetzt.
- Die Selbsteinschätzung der aktuellen Befindlichkeit erfolgte mittels *Depressionsskala D-S'* [26].
- Die *Repertory-Grid-Technik* [27] wurde als individuumzentriertes, idiographisches Verfahren eingesetzt, um das subjektive Selbsterleben der Patientinnen und Patienten und die soziale Wahrnehmung der Objektbeziehungen zu erfassen. Aus Gründen der überindividuellen Vergleichbarkeit wurden folgende Elemente (Personen) vorgegeben:
 - Selbst, Normatives Selbst («Wie ich sein muss»), Mutter, Vater, Partner/in, «Person, von der ich mich besonders gut verstanden fühle» (Vertrauensperson), «Person, mit der ich besonders viele Konflikte habe» (Konfliktperson), «Ich, wie mich meine Mutter sieht», «Ich, wie mich mein Vater sieht», «Ich in der Depression», «Ich in der Manie» (bzw. «Ich, wenn ich mich besonders gut fühle»).

Darüber hinaus wurden die Patientinnen und Patienten gebeten, drei weitere Personen zu notieren, die in ihrem bisherigen Leben eine wichtige Bedeutung hatten.

Nach der sogenannten *Triadenmethode* entwickelten die Patientinnen und Patienten 14

bipolare Konstrukte (Eigenschaften): Die Konstrukte wurden gewonnen, indem die Gegenstände, auf die sich das Konstruieren bezieht (das eigene Selbst bzw. wichtige Bezugspersonen), den Probanden als Bestandteile eine Diskriminationsaufgabe vorgelegt wurden. Durch das Benennen von Ähnlichkeiten oder Unterschieden gab der Proband Auskunft über die Konstrukte, mit Hilfe derer er die Objektwelt erfasst. Bei der hier benutzten Minimum-Kontext-Card-Form entschied der Proband, durch welche Eigenschaft zwei der drei Personen einander ähneln und sich dadurch von der dritten unterscheiden. Danach wurde die die dritte Person charakterisierende Eigenschaft erfragt. Letztere stellte den Kontrastpol des Konstruktes – im Gegensatz zum Erscheinungspol – dar. In einem weiteren Schritt beurteilten die Probanden sämtliche Personen (einschliesslich des eigenen Selbst und des eigenen Ideals) hinsichtlich der Konstrukte. Die Einschätzung der Frage, ob und in welchem Ausmass Konstrukte und Elemente (Personen) zueinander passen, wurde mittels der Verwendung einer Bewertungsskala von eins bis sechs durchgeführt. Auf diesem Wege entstand eine vollständige zweidimensionale Matrix von Konstruktelement-Verknüpfungen (Grid). Der Informationsgehalt der Matrix wurde mit Hilfe von Slaters Computerprogramm INGRID weiter analysiert [28]. Die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse wurden in einer zweidimensionalen Graphik dargestellt.

Fallbeispiel

Das gewählte methodische Vorgehen soll an einem Fallbeispiel exemplifiziert werden: Herr B. ist ein 53 Jahre alter Pädagoge, der erstmalig im Alter von 32 Jahren an einer bipolaren affektiven Störung erkrankte. In den folgenden zwei Jahrzehnten hatte der Patient im Wechsel depressive und manische Phasen, die zunächst nicht als solche diagnostiziert wurden. Auch zwischen diesen phasischen Verstimmungen litt er unter dem Gefühl, nichts wert zu sein, und versuchte, seine Ängste durch sehr gute berufliche Leistungen und sein Engagement in Gruppen zu kompensieren.

Seinen Vater, der ein ehemaliger Nazi war, beschreibt Herr B. als sehr autoritär. Dieser habe ihn häufig geschlagen. Nur selten kam es zu einer herzlichen Annäherung an den Vater (z.B. beim gemeinsamen Basteln). Diese Augenblicke wurden überschattet von einem Loyalitätskonflikt, der verbunden war mit dem Schuldgefühl, die Mutter nicht verlassen zu dürfen. Die Mutter

hatte den Patienten eng an sich gebunden und ihn ins Vertrauen gezogen. Angesichts des chronischen Ehekonfliktes der Eltern war der Patient der «kleine Mann» an der Seite der Mutter. In seiner späteren beruflichen Position als Grup-

penleiter hatte Herr B. oft das Gefühl, durch seine aktive, gelegentlich auch autoritäre Haltung seinem Vater nahe zu sein und sich damit von seiner Mutter abgrenzen zu können.

In seiner Ehe fühlte sich Herr B. von seiner Frau abhängig, die er idealisierte. Lediglich in den manischen Phasen habe er «zum Befreiungsschlag ausgeholt» und seiner Frau vorgeworfen, ihn zu unterdrücken. Nachdem seine Frau ihn verlassen hatte, trat eine schwere, sehr lang anhaltende depressive Verstimmung auf, die erstmalig eine psychiatrische Behandlung erforderlich machte.

Spontan nennt Herr B. folgende für ihn wichtige Personen (Tab. 2): sein aktuelles männliches Vorbild, einen früheren Jugendgruppenleiter, der ebenfalls Vorbildcharakter hatte und dessen Handschrift er kopiert habe; sein «Ich als Leiter», einen Freund als «Vertrauensperson» und seine Ehefrau als «Konfliktperson». Im ersten Triadenvergleich (Mutter, Vater, Selbst) entwickelt Herr B. das bipolare Konstrukt: aggressiv versus fürsorglich. Seinen Vater und sich selbst hält er für aggressiv, seine Mutter für fürsorglich. Beim Vergleich von Mutter, Vater und Idealselbst charakterisiert er seine Mutter und sein Idealselbst mit der Eigenschaft: «auf andere zugehen». Seinen Vater beschreibt er als «abweisend». Das Kon-

Tabelle 2
Grid-Rohdaten eines 52jährigen Patienten (Herr B.; Diagnose: bipolare affektive Psychose).

Herr B. sollte alle vorgegebenen und spontan gewählten Personen anhand einer Bewertungsskala von 1 bis 6 eher der Eigenschaft oder dem Gegensatz zuordnen. Dabei bedeutet:

- 1 für die jeweilige Person trifft die Eigenschaft in extremem Masse zu
- 2 für die jeweilige Person trifft die Eigenschaft im grossen und ganzen zu
- 3 für die jeweilige Person trifft die Eigenschaft nur tendenziell zu
- 4 für die jeweilige Person trifft der Gegensatz nur tendenziell zu
- 5 für die jeweilige Person trifft der Gegensatz im grossen und ganzen zu
- 6 für die jeweilige Person trifft der Gegensatz in extremem Masse zu

Auf diesem Wege entsteht eine vollständige zweidimensionale Matrix von Konstrukt (Eigenschaft)–Element (Person)–Verknüpfungen (die nach dem englischen Wort als Raster oder Gitter als «Grid» bezeichnet wird). Die Eignung der Repertory-Grid-Technik als Forschungsinstrument beruht vor allem auf der Möglichkeit, «Konstruktsysteme» durch die Analyse dieser Matrix (mittels faktorenanalytischer und clusteranalytischer Methoden) zu untersuchen.

	Selbst	Idealselbst	Ich, wie ich sein muss	Aktuelles Vorbild	Früheres Vorbild	Ich als Leiter	Mutter	Vater	Ehefrau	Ehefrau/Konflikte	Herbert/Gut verstanden von	Ich, wie mich die Mutter sieht	Ich, wie mich der Vater sieht	Ich in der Depression	Ich in der Manie	
Aggressiv	5	5	2	3	5	6	6	1	4	1	5	3	4	4	2	Fürsorglich
Auf Menschen zugehen	4	1	5	1	2	6	4	6	2	5	1	2	5	6	4	Abweisend
Überlegen sein müssen	5	6	1	2	6	1	6	1	5	2	6	2	1	4	1	Gleichberechtigt kommunizieren
Aktionsfähig	5	1	3	1	1	1	6	3	1	2	1	1	1	6	1	Passiv
Begeisterungsfähig	6	4	2	4	4	1	1	3	5	6	1	1	1	4	1	Kritisch
Überlegen	4	4	1	2	2	1	5	1	4	2	1	1	1	6	1	Klein
Kontaktfreudig	3	1	5	1	1	5	4	5	1	1	1	3	2	6	1	Isoliert
Mutterfixiert	2	6	1	6	6	6	4	6	6	6	6	6	1	4	3	Selbständig
Souverän	4	1	5	1	1	3	5	3	2	2	1	1	5	6	2	Abhängig
Selbstbewusst	5	1	5	1	1	1	5	4	1	1	1	2	2	6	1	Unsicher
Ordentlich	5	4	1	5	3	1	4	4	3	2	5	2	4	4	4	Chaotisch
Pflichtbewusst	5	2	1	3	1	1	1	4	1	1	1	1	4	5	3	Verantwortungslos
Hilfsbereit	2	3	1	4	3	1	4	6	4	6	1	1	3	5	4	Egoistisch
Gefühlsbetont	3	3	6	2	4	5	1	6	3	4	4	5	3	2	2	Vernunftbetont

Tabelle 3

Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse (Herr B).

Die Quantifizierung der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Elementen (Personen) und Konstrukten (Eigenschaften) erfolgt mit Hilfe der Hauptkomponentenanalyse (Principal Components Analysis, PCA). Die auf diesem Wege erfolgte Umrechnung der Grid-Rohdaten in der Matrix liefert für die Elemente und Konstrukte neue Koordinaten auf sogenannten «Hauptachsen», die sich als grundlegende Dimensionen des «kognitiven Ähnlichkeitsraumes» verstehen lassen. Die Hauptachsen (Faktor 1–3) zeigen die relevanten Urteilsunterschiede mit abnehmender Gewichtigkeit (in Varianzprozenten). Angegeben sind die Koordinaten («Ladungen») der Elemente und Konstrukte auf den ersten drei Hauptachsen und der prozentuale Anteil jedes Elements und Konstrukts an der Gesamtvarianz (in Prozent). Konstrukte (Eigenschaften) mit hohen Varianzen sind am ehesten geeignet, zwischen den Elementen (Personen) zu unterscheiden; ein Element scheint um so wichtiger zu sein, je höher seine Varianz ist.

Ladungen Elemente

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz %	
0	4,4	3,9	0,1	7,99	Selbst
1	-4,0	3,8	0,2	5,05	Idealselbst
2	4,3	-5,0	2,3	9,68	Ich, wie ich sein muss
3	-3,5	0,8	-2,5	4,42	Schwester
4	-4,2	2,1	0,6	4,21	Bruder
5	-0,3	-4,4	3,1	7,45	Arbeitskollegin
6	4,4	4,5	2,9	9,39	Mutter
7	3,0	-3,3	-3,8	7,56	Vater
8	-3,2	2,8	-1,2	3,83	Partner
9	-1,6	-1,2	-5,1	6,27	Person/Konflikte
10	-5,0	1,4	3,2	6,69	Gut verstanden von
11	-3,0	-3,0	1,9	4,43	Ich, wie mich die Mutter sieht
12	1,9	-3,0	0,7	5,77	Ich, wie mich der Vater sieht
13	8,1	3,4	-1,2	12,92	Ich in der Depression
14	-1,2	-2,6	-1,3	4,35	Wenn ich mich gut fühle

Ladungen Konstrukte

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Varianz %	
A	-0,3	3,4	4,4	6,13	Agressiv – Fürsorglich
B	5,6	-3,2	-1,2	8,13	Auf Menschen zugehen – Abweisend
C	-1,5	7,3	2,2	10,55	Überlegen sein müssen – Gleichberechtigt kommuniz.
D	6,1	2,9	0,1	8,03	Aktionsfähig – Passiv
E	0,0	3,4	-4,6	8,03	Begeisterungsfähig – Kritisch
F	2,7	5,4	-0,4	6,55	Überlegen – Klein
G	5,7	-1,7	1,5	7,77	Kontaktfreudig – Isoliert
H	-4,6	1,3	-1,6	8,45	Mutterfixiert – Selbständig
I	6,3	-0,2	-1,2	3,83	Partner
J	6,6	1,2	0,7	8,15	Selbstbewusst – Unsicher
K	0,0	3,0	-0,9	4,03	Ordentlich – Chaotisch
L	3,4	0,8	-2,2	5,50	Pflichtbewusst – Verantwortungslos
M	1,4	1,3	-5,5	6,68	Ich in der Depression
N	-0,5	-3,8	0,4	5,00	Gefühlsbetont – Vernunftbetont

Faktor	Spur	In Prozent
1	229,0735	36,09
2	157,1511	24,76
3	89,5766	14,11

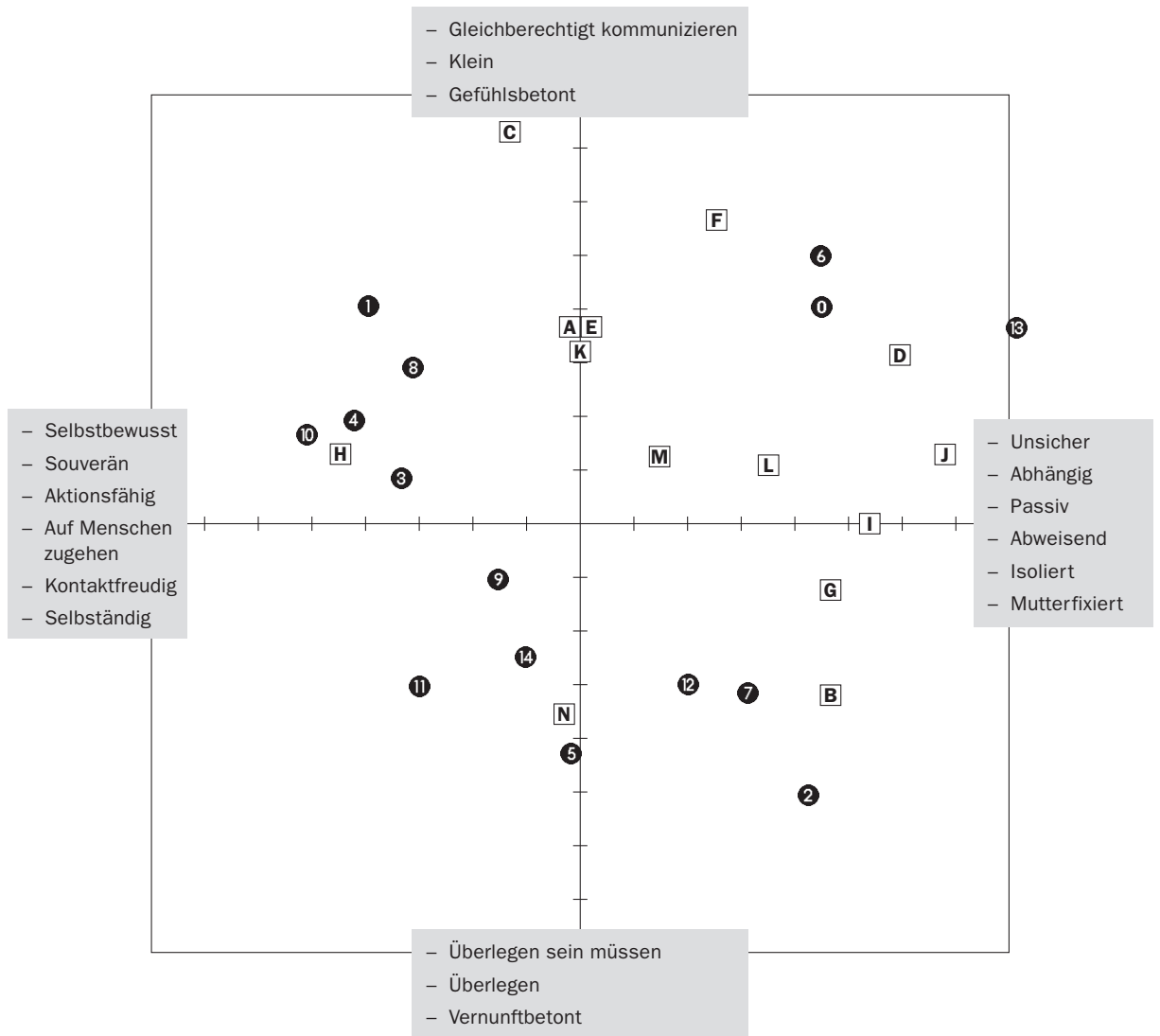
strukt «Überlegen sein müssen» verbindet den Vater und das «Ich, wie ich sein muss» gegenüber dem Kontrastpol «Gleichberechtigt kommunizieren», mit dem der Patient die Mutter charakterisiert. Im Vergleich von Vorbild, Ehefrau und «Ich in der Depression» entwickelt Herr B. das bipolare Konstrukt «Aktionsfähig» (Vorbild, Ehefrau) versus «Passiv» («Ich in der Depression»). Sein früheres Vorbild und das «Ich in der Manie» sind durch Begeisterungsfähigkeit gekennzeichnet, während sich die Vertrauensperson durch ihre Fähigkeit zu Kritik auszeichnet. Im Triadenvergleich von Selbst, jetzigem Vorbild und dem «Ich, wie mich der Vater sieht» entwickelt der Patient nach langer Zeit des Überlegens das Konstrukt «klein» (Selbst, «Ich, wie mich der Vater sah») im Gegensatz zu dem als überlegen erlebten früheren Vorbild.

Ideal und Ehefrau verbindet Herr B. mit dem Konstrukt «Kontaktfreudig», während er das «Ich in der Manie» als «Isoliert» beschreibt. Im Triadenvergleich von «Ich, wie ich sein muss», «Konfliktperson» und dem «Ich, wie mich die Mutter sieht» entwickelt Herr B. das bipolare Konstrukt «Mutterfixiert» (Konfliktperson und Bild der Mutter) versus «Selbständig» (normatives Selbst).

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse. Die Ladungen der Elemente und Konstrukte auf dem ersten Hauptfaktor klären 36,09%, auf dem zweiten Hauptfaktor 24,76% und auf dem dritten Hauptfaktor 14,11% der gesamten Varianz des Repertory-Grid auf. Das Element mit der höchsten Aufklärung ist das «Ich in der Depression» (12,92%). Das «Ich, wie ich sein muss» klärt 9,68%, die «Mutter» klärt 9,39% und der «Vater» 7,56% der Gesamtvarianz auf.

Abbildung 1

Grid-Biplot (Herr B.): Visualisierung der wechselseitigen Bezogenheit von Elementen (Personen) und Konstrukten (Eigenschaften) in einem zweidimensionalen Diagramm. Die vom Probanden ähnlich wahrgenommenen Personen liegen räumlich nahe beieinander. Ein kleiner Winkel, den zwei Punkte mit dem Nullpunkt bilden, deutet auf grosse Ähnlichkeit, ein Winkel um 180° auf ausgesprochene Gegensätzlichkeit hin. Ein annähernd rechter Winkel besagt, dass zwei Personen ebensoviel gleichgerichtete wie entgegengesetzte Merkmale haben, weder ähnlich noch gegensätzlich sind. Ein grosser Abstand vom Nullpunkt signalisiert die Eindeutigkeit bzw. grosse Bedeutung der Personen und Konstrukte.



- | | |
|----------------------------------|--|
| ① Selbst | Ⓐ Aggressiv – Fürsorglich |
| ① Idealselbst | Ⓑ Auf Menschen zugehen – Abweisend |
| ② Ich, wie ich sein muss | Ⓒ Überlegen sein müssen – Gleichberechtigt kommunizieren |
| ③ Aktuelles Vorbild | Ⓓ Aktionsfähig – Passiv |
| ④ Früheres Vorbild | Ⓔ Begeisterungsfähig – Kritisch |
| ⑤ Ich als Leiter | Ⓕ Überlegen – Klein |
| ⑥ Mutter | Ⓖ Kontaktfreudig – Isoliert |
| ⑦ Vater | Ⓗ Mutterfixiert – Selbständig |
| ⑧ Ehefrau | Ⓘ Souverän – Abhängig |
| ⑨ Ehefrau/Konflikte | ⓵ Selbstbewusst – Unsicher |
| ⑩ Gut verstanden von | Ⓚ Ordentlich – Chaotisch |
| ⑪ Ich, wie mich die Mutter sieht | Ⓛ Pflichtbewusst – Verantwortungslos |
| ⑫ Ich, wie mich der Vater sieht | Ⓜ Hilfsbereit – Egoistisch |
| ⑬ Ich in der Depression | Ⓝ Gefühlsbetont – Vernunftbetont |
| ⑭ Ich in der Manie | |

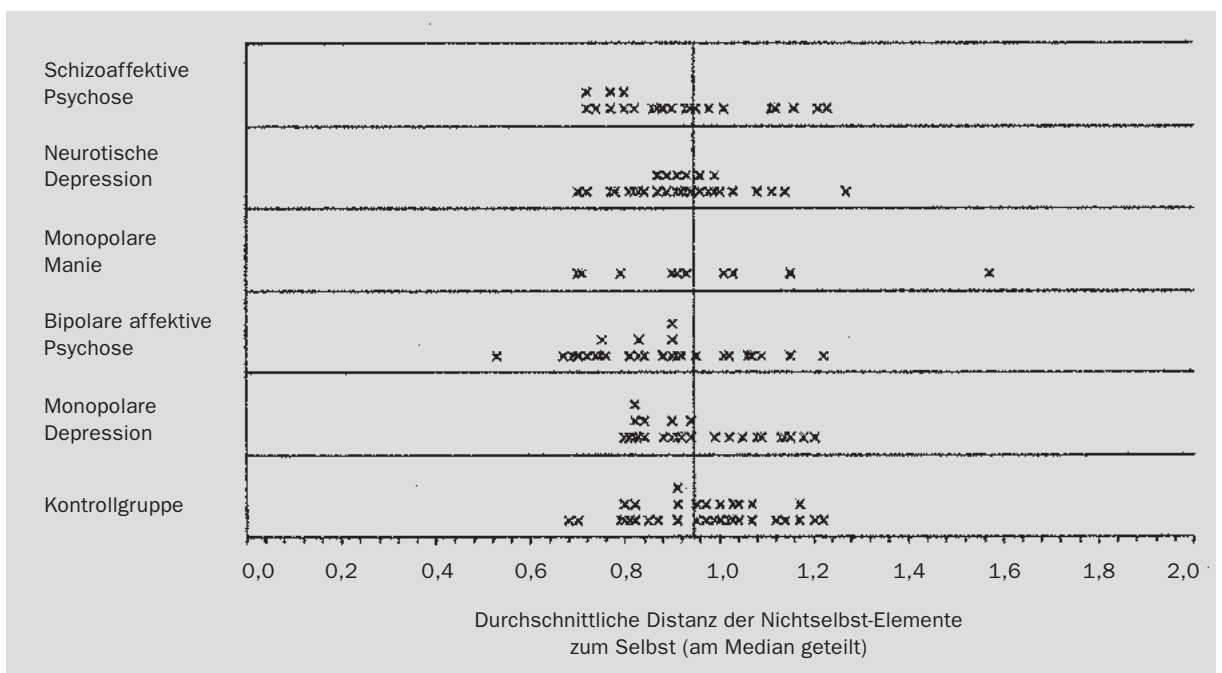
Die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse werden in der Abbildung 1 graphisch dargestellt. Die erste Dimension erfasst die Bipolarität von Selbstbewusstsein und Abhängigkeit: «selbstbewusst, souverän, aktionsfähig, auf Menschen zugehen, kontaktfreudig und selbständig» versus «unsicher, abhängig, passiv, abweisend, isoliert und mutterfixiert». Selbstbewusstsein und Kontaktfähigkeit zeichnet sowohl die Vertrauensperson, das aktuelle und das frühere Vorbild, die Ehefrau, das Idealselbst wie auch das «Ich, wie mich die Mutter sieht» aus. Unsicherheit, Abhängigkeit und Isolation kennzeichnen auf der anderen Seite das «Ich, wie ich sein muss», das «Ich in der Depression», das Selbst und die Mutter. Die Ambivalenz des Vaterbildes schlägt sich in der Gegensätzlichkeit der mit ihm konnotierten Eigenschaften nieder: Der Vater wird von Herrn B. als «aggressiv, abweisend, überlegen sein müssen, isoliert, unsicher, chaotisch, verantwortungslos und egoistisch» beschrieben. Daneben hat das Bild des Vaters durchaus positive Züge: «aktionsfähig, begeisterungsfähig, überlegen, selbständig, souverän und vernunftbetont».

Auf der zweiten Persönlichkeitsdimension dominiert der Gegensatz zwischen Partnerschaftlichkeit und Dominanzstreben: Während das Ideal des Patienten, die Mutter, das Selbst, das Ideal und das «Ich in der Depression» (!) sich durch die vom Patienten als sehr positiv bewerteten partnerschaftlichen Eigenschaften («gleich-

berechtigt kommunizieren, klein, gefühlsbetont») auszeichnen, wird der Kontrastpol durch die von Herrn B. als negativ bewerteten Eigenschaften forcierten Dominanzstrebens markiert: «überlegen sein müssen, überlegen, vernunftbetont». Diese Eigenschaften kennzeichnen insbesondere das «Ich, wie ich sein muss», das «Ich als Leiter», das «Ich, wie mich die Mutter sieht», das «Ich in der Manie», den Vater und das Bild, das beide Eltern von dem Patienten haben.

Herr B. erlebt sich selbst als fürsorglich, kontaktfreudig und gefühlsbetont. Er möchte gleichberechtigt kommunizieren, erlebt sich aber als abweisend und verantwortungslos. Sein «Ich, wie ich sein muss» ist sowohl aggressiv und abweisend mit ausgeprägtem Dominanzstreben wie auch unsicher und abhängig. Die Ambivalenz der Elternbilder spiegelt sich in den ambivalenten Eigenschaften der Selbstelemente wider. Auch in dem vom Patienten mit ausgeprägten Autonomie-tendenzen verknüpften «Ich als Leiter» finden sich neben den überwiegend positiven Eigenschaften selbstbewusst-fürsorglicher Zugewandtheit die negativen, am Vater orientierten Züge forcierten Dominanzstrebens. Auf eine günstigere Assimilation selbst- und objektgerichteter Tendenzen weist lediglich die Konstruktion der ausserfamiliären Vorbilder und des eigenen angestrebten Ideals hin. Es ist zu vermuten, dass auch die aktuellen Partnerschaften durch die Polarisierung von Idealisierungs- und Entwertungstendenzen geprägt werden. Diese für Herrn B. nur sehr schwer

Abbildung 2 Objektnähe und Objektferne: (Gruppenbildung entsprechend der bei jedem Patienten berechneten mittleren Distanz zwischen Selbst und sämtlichen Nichtselbst-Elementen).



integrierbaren ambivalenten Beziehungswünsche finden vermutlich auch ihren Niederschlag in der Beschreibung seiner Ehefrau als Partnerin wie auch als «Person, mit der ich die meisten Konflikte habe».

Abbildung 3 Prozentuale Verteilung der Stichprobe auf «Objektnähe» und «Objektferne» (auf der Grundlage der bei jedem Patienten berechneten mittleren Distanz zwischen Selbst und sämtlichen Nichtselbst-Elementen).

KG = Orthopädische Kontrollgruppe
 D-Ges = Gesamtgruppe depressiv Erkrankter
 MD = Monopolare Depression
 BD = Bipolare affektive Störung
 MM = Monopolare Manie
 ND = Neurotische Depression (Dysthymia)
 SAP = Schizoaffektive Psychose

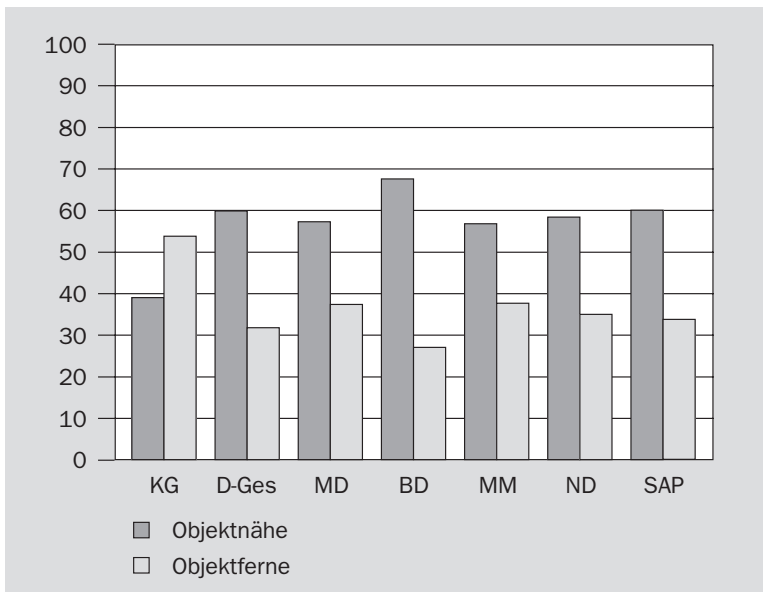
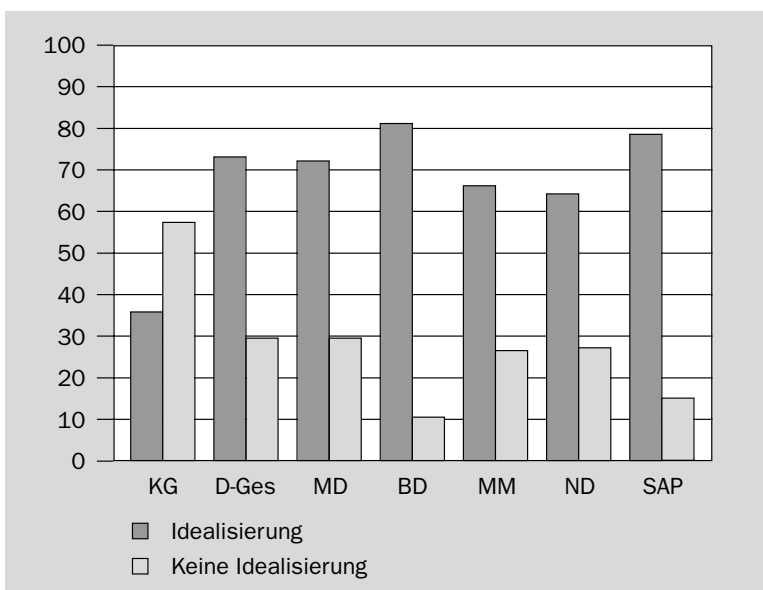


Abbildung 4 Prozentuale Verteilung der Stichprobe auf «Idealisierung» und «Keine Idealisierung» (auf der Grundlage der bei jedem Patienten berechneten mittleren Distanz zwischen Idealself und sämtlichen Nichtselbst-Elementen).



Ergebnisse

Um einen Vergleich der Gruppen depressiv Erkrankter und somatischer Patientinnen und Patienten durchführen zu können, wurden die Distanzen zwischen dem Selbst, dem Ideal, dem Normativen Selbst und den anderen Elementen (Personen) mit Hilfe des Computerprogrammes INGRID [28] bestimmt. Zur Operationalisierung der *Objektnähe/Objektferne der sozialen Wahrnehmung* wurden die Abstände zwischen dem Selbst und sämtlichen Nichtselbst-Elementen bestimmt. Es wurden zwei Gruppen entsprechend der Verteilung der Abstände zwischen dem Selbst und allen Nichtselbst-Elementen gebildet:

- Objektnähe: Selbst-Nichtselbst-Elemente-Distanz $<0,95$;
- Objektferne: Selbst-Nichtselbst-Elemente-Distanz $>0,95$.

Dementsprechend wurde die *Idealisierung* über den Abstand zwischen dem Ideal und sämtlichen Nichtselbst-Elementen operationalisiert:

- Idealisierung: Ideal-Nichtselbst-Elemente-Distanz $<0,95$;
- Keine Idealisierung: Ideal-Nichtselbst-Elemente-Distanz $>0,95$.

Wie die Abbildungen 2 bis 4 deutlich machen, ist der relative Anteil derjenigen Patientinnen und Patienten mit objektnaher sozialer Wahrnehmung in der Gesamtgruppe Depressiver und in den einzelnen Untergruppen depressiv Erkrankter signifikant höher als in der somatischen Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Patientinnen und Patienten mit affektiven und schizoaffektiven Störungen nehmen ihre wichtigsten Bezugspersonen bedeutend näher ihrem Selbst wahr als die nicht psychisch erkrankten orthopädischen Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten mit bipolaren affektiven Psychosen weisen den relativ höchsten Anteil an «Objektnähe» in der untersuchten Gesamtstichprobe auf (70%); sie unterscheiden sich darin jedoch nicht signifikant von den anderen Verlaufgruppen (χ^2 -Test).

Hinsichtlich der über die Distanzen zwischen Ideal und wichtigen Bezugspersonen im Objekt-raum des Repertory-Grid gemessenen Idealisierungstendenzen besteht ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen der Gesamtgruppe depressiv Erkrankter und der somatischen Kontrollgruppe ($p < 0,01$). In der Gruppe der bipolaren affektiven Psychosen ist der Anteil der durch Idealisierung charakterisierten sozialen Wahrnehmung relativ am höchsten (85,2%); die Unterschiede zwischen den bipolaren Patientinnen und Patienten und den übrigen depressiv Erkrankten sind nicht signifikant.

Diskussion

Die bisher überwiegend mit standardisierten Messinstrumenten durchgeführten Untersuchungen bipolar affektpsychotischer Patientinnen und Patienten führten häufig zu inkonsistenten Ergebnissen [14]. In der wegen ihres prospektiven Ansatzes hervorzuhebenden Längsschnittuntersuchung von Angst und Clayton [29] zeigten die bipolaren Patientinnen und Patienten in keiner Persönlichkeitsdimension signifikante Abweichungen von den gesunden Kontrollprobanden. Kröber [30] stellte demgegenüber in einer neueren Untersuchung eine Häufung von narzisstischen, histrionischen und Borderline-Persönlichkeitszügen bei den zylothymen Patientinnen und Patienten fest.

Individuumbezogene Analysen der Persönlichkeit von Patientinnen und Patienten mit affektiven Psychosen unterstreichen, dass neben reinen Prägnanztypen eine grössere Anzahl von Mischtypen festzustellen ist. Aus diesem Grunde wurde in der eigenen Untersuchung ein idiographischer Ansatz gewählt, um durch die Einbeziehung des Verstehens der Gesamtperson der depressiven Patientinnen und Patienten zu einer Typendifferenzierung innerhalb des depressiven Spektrums beizutragen. Die Repertory-Grid-Technik bot sich als idiographisches Verfahren an, da es mit Hilfe dieses Verfahrens möglich ist, die am Einzelfall erhobenen Befunde nomothetisch zu verwenden und zu einer Differenzierung idealtypischer Konstellationen heranzuziehen. Die Selbst-Objekt-Beziehungen bipolar affektpsychotischer Patientinnen und Patienten wurden als eine – wie die Social-Support-Forschung gezeigt hat – prognostisch relevante Dimension erfasst und mit denjenigen der übrigen diagnostischen Gruppen affektiver Störungen und mit einer Kontrollgruppe psychisch unauffälliger Patientinnen und Patienten verglichen. Die Untersuchung wurde im sogenannten symptomarmen Intervall durchgeführt (HAMD-Mittelwert der Gesamtgruppe depressiv Erkrankter: 5,7).

Die untersuchten bipolaren Patientinnen und Patienten unterschieden sich von der somatischen Kontrollgruppe durch eine grössere Objektnähe (gemessen an der mittleren Distanz zwischen dem Selbst und den wichtigsten Bezugspersonen). Zwischen den verschiedenen Verlaufsgruppen depressiv Erkrankter sind die Unterschiede auf dieser Persönlichkeitsdimension statistisch nicht bedeutsam. Ein weiterer – hochsignifikanter – Unterschied besteht zwischen der Gesamtgruppe depressiv Erkrankter und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Nähe zwischen dem Ideal und

wichtigen anderen Personen. Der prozentuale Anteil der durch Idealisierung gekennzeichneten sozialen Wahrnehmung ist in der Gruppe der bipolar affektpsychotischer Patientinnen und Patienten am höchsten (85%); die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Die erhobenen Befunde können in einen Zusammenhang mit der rollendynamischen Theorie der affektiven Psychosen gestellt werden. Kraus [31] beschrieb die starke «soziale Bezogenheit» affektpsychotischer Patientinnen und Patienten als hypernomisches Verhalten, das der Bewältigung von Identitätsverlusten diene. Die ausgeprägte Rollenabhängigkeit unipolar Depressiver und das partiell antinomische Verhalten Bipolarer unterstreicht Kraus zufolge die Bedeutung der Ambiguitätsintoleranz als gemeinsames Strukturmerkmal affektpsychotischer Patientinnen und Patienten. Es gelinge diesen nicht, kognitive und emotionale Ambiguitäten zu einem für alle Rollenpartner optimalen Ausgleich zu bringen. Die mit der durch die Repertory-Grid-Technik am jeweiligen Einzelfall gewonnenen Informationen weisen darauf hin, dass die erlebte «Objektnähe» und «Idealisierung» in der sozialen Wahrnehmung als weiteres gemeinsames Strukturmerkmal der im symptomarmen Intervall untersuchten Intervallpersönlichkeit depressiv Erkrankter anzusehen ist. Die Repertory-Grid-Befunde unterstreichen die Objektgebundenheit bzw. Abhängigkeit depressiv Erkrankter [15, 17, 20, 24]. Zu den paradoxen Erlebnisweisen der Depression zählt der Widerspruch zwischen intensiven Abhängigkeitswünschen einerseits und einem überwältigenden Entfremdungsgefühl, von der sozialen Umwelt abgetrennt zu sein. In einer die intrapsychische und die interpersonelle Dynamik berücksichtigenden Perspektive ist es naheliegend, dass sich die bipolaren Patientinnen und Patienten auf dieser für die Entwicklung des Selbst und der Beziehung zu «bedeutsamen anderen» grundlegenden Dimensionen nicht von den anderen Verlaufsformen affektiver Störungen unterscheiden. So hatte bereits Abraham [32] darauf hingewiesen, dass sowohl die depressive wie die manische Komponente der zirkulären Verlaufsform «unter der Herrschaft der gleichen – nicht etwa entgegengesetzter – Komplexe» stehen [32, S. 156]. Die Vielfalt der depressiven Syndrome und der assoziierten Persönlichkeiten lässt sich in der Perspektive des Selbst auf die je nach strukturellem Niveau unterschiedlich gestalteten Bewältigungsversuche zurückführen. Es liegt die Vermutung nahe, dass psychodynamische und interpersonelle

Faktoren einen nicht unerheblichen Einfluss auf die durch einen angenommenen biologischen Faktor bedingte Veränderung der Grundstimmung haben bzw. unmittelbar mit funktionellen und strukturellen zentralnervösen Prozessen interagieren können [17]. Auch gibt es einige empirische Belege dafür, dass die alternierende Mobilisierung eines rigiden Über-Ich (in der depressiven Phase) und des grandiosen Selbst (in der Manie) bei Patientinnen und Patienten mit bipolaren affektiven Psychosen auf der Internalisierung schwer vereinbarer Selbstobjekte bzw. Objektrepräsentanzen beruhen [33]. Die angenommene Zirkularität dieser Zusammenhänge ist auch mit der in dieser Studie gewählten Methodik, der empirisch-statistischen Berechnung von kognitiven Ähnlichkeitsräumen auf der Grundlage idiographischer Konstrukte, nur annähernd zu erfassen. Es ist deshalb vorgesehen, anhand aggregierter Einzelfallstudien von Patientinnen und Patienten mit bipolaren affektiven Störungen die dynamischen Konstellationen aus dem Zusammenhang organischer Dispositionen, lebensgeschichtlicher Erfahrungen und aktueller Belastungsmuster genauer zu untersuchen. Auf der Grundlage eines zirkulären Krankheitsverständnisses und einer Analyse von Wechselwirkungen und Konstellationen kann der Versuch unternommen werden, die Frage zu beantworten, welche Persönlichkeiten mit welchen Konflikten am schlechtesten umgehen können bzw. welche pathologischen biologischen Antworten auf welche Reize erfolgen können. So unterstreicht beispielsweise auch die psychologische Lithium-Forschung die Bedeutung prä-morbider Merkmale, die für die Entwicklung der Depression/Manie mitverantwortlich gemacht werden können (z.B. bedeutend stärkere Zunahme von «Extraversion» bei bipolaren Patientinnen und Patienten im Vergleich mit unipolaren [34]).

Die erhobenen idiographischen Befunde bestätigen den Stellenwert der interpersonellen Dimension bei affektiven Störungen und können als Grundlage für eine therapeutische Orientierung sowohl in der stationären Krisenintervention wie auch in der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung herangezogen werden. Noch intensiver als während der depressiven Verstimmung wird die soziale Umgebung der manischen Patientinnen und Patienten einbezogen. Im Gegensatz zu der für ihre prä-morbide Persönlichkeit charakteristischen harmonisierenden Konfliktvermeidung und Unterwerfung unter die «gesicherte Dominanz» anderer [35] realisieren die manischen bzw. bipolaren Patientinnen und Patienten forciert Autonomiebedürfnisse, delegieren aber gleichzeitig Kontrollfunktionen, Ver-

lustängste und Zweifel an ihre Angehörigen. Diese wiederum versuchen, die Kontrollfunktionen an die Klinik abzutreten. Die hospitalisierten manischen Patientinnen und Patienten finden in der Klinik eine Situation vor, die grosse Ähnlichkeit mit der bipolaren Familie aufweist: Sie ist «kustodial, fest eingespielt und von hohem Verantwortungsgefühl für andere» [36]. Manische Patientinnen und Patienten finden also in der Klinik ein emotionales Klima vor, in dem sich ihre antagonistischen intrapsychischen Spannungen durch institutionelle Mechanismen zusätzlich verschärfen können. Deshalb ist ein ambulanter Behandlungsversuch in vielen Fällen einer stationären Aufnahme vorzuziehen. Bei einer notwendigen stationären Behandlung trägt die Einsicht in die Konflikte manischer bzw. bipolarer Patientinnen und Patienten dazu bei, einer weiteren Komplizierung infolge der gegenübertragungsbedingten Reaktion des therapeutischen Teams vorzubeugen.

Eine psychotherapeutische Begleitung der Familienangehörigen ist angesichts von deren Ängsten und Schuldgefühlen ein weiteres wesentliches Fundament einer von der Einsicht in die Dynamik der intrapsychischen und interpersonellen Bewältigung geleiteten Behandlung manisch-depressiver Patientinnen und Patienten. Es gibt einige empirische Belege dafür, dass die sich häufig als dominierend entwickelnden PartnerInnen selber in depressivierende Beziehungen verwickelt sind [24]. Auch angesichts der drohenden Erschöpfung bisheriger Bewältigungsstrategien [21] sollten die Angehörigen und Partner bzw. Partnerinnen frühzeitig, d.h. bereits im Verlauf der stationären Akutbehandlung, einbezogen werden. Hier ergeben sich bei vorhandener Motivation ebenfalls Ansatzpunkte für eine spätere Paar- und/oder Familientherapie [36]. Im Hinblick auf die zu vermutende prognostische Bedeutung der interpersonellen Dimension (des Austausches mit der sozialen Umgebung in den «freien» Intervallen [30]) erscheint eine Evaluation unterschiedlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit bipolaren affektiven Störungen als vielversprechender Ansatz, um die Wissenslücken hinsichtlich der Verlaufparameter und der – auf den jeweiligen Einzelfall zugeschnittenen – angemessenen therapeutischen Strategien bei Patientinnen und Patienten mit bipolarer affektiver Störung zu schliessen.

Literatur

- 1 Blankenburg W. Persönlichkeit, prämorbid. In: Müller C (editor). *Lexikon der Psychiatrie*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1986.
- 2 Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömngren E (editors). *Affektive Psychosen*. Psychiatrie der Gegenwart. 3. Auflage Bd. 5. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1987.
- 3 Zerssen D von. Premorbid personality and affective psychoses. In: Burrows GD (editor). *Handbook of studies on depression*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1977. p. 79–103.
- 4 Hirschfeld RMA, Cross CK. Epidemiology of affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:35–46.
- 5 Akiskal HS. Dysthymic and cyclothymic disorders: A paradigm for high-risk research in psychiatry. In: Davis M, Maas J (editors). *Affective disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1983.
- 6 Tellenbach H. Psychopathologie der Cyclothymie. *Nervenarzt* 1977;48:335–41.
- 7 Peters HU. Zur Persönlichkeits-Psychopathologie. Die Bedeutung einiger Persönlichkeitstypen für psychotische und nichtpsychotische Zustandsbilder. In: Janzarik W (editor). *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke; 1988.
- 8 Kraepelin E. *Psychiatrie*. Vol. III, Teil 2. Leipzig: Barth; 1913.
- 9 Bleuler E. Die Probleme der Schizoidie und Syntonie. *Z Ges Neurol Psychiatr* 1922;78:373–93.
- 10 Sjöbring H. The general forms of mental activity. *Proc 7th Internat Congr Psychol*, Oxford, 1923. p. 190–193.
- 11 Leonhard K. Die präpsychotischen Temperamente bei den monopolen und bipolaren phasischen Psychosen. *Psychiatr Neurol* 1963;146:105–15.
- 12 Tellenbach H. Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1961.
- 13 Zerssen D von. Konstitutionstypologische Forschung. In: Strube G (editor). *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. 5. Binet und die Folgen. Zürich: Kindler; 1977. S. 545–616.
- 14 Möller HJ, Zerssen D von. Prämorbid Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömngren E (editors). *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 5. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer; 1987. S. 165–179.
- 15 Arieti S, Bemporad J. *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1983.
- 16 Mentzos S. *Psychodynamische Modelle der Psychiatrie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1991.
- 17 Mentzos S. *Depression und Manie; Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht; 1995.
- 18 Mundt C. Vorwort. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A (editors). *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 19 Halweg K. Interpersonelle Faktoren bei depressiven Erkrankungen. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A (editors). *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991. S. 268–279.
- 20 Böker H, Nikisch G, Kessler S, Heidemann C. Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen von Patienten mit monopolarer und neurotischer Depression: Eine klinische Studie mit dem Giessen-Test. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1996;46:260–8.
- 21 Böker H, Nikisch G, Budischewski K, Himmighoffen H. Macht, Status und Valenz in den Partnerschaften affektpsychotischer, schizoaffektiver und depressiv neurotischer Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997;47:426–34.
- 22 Beck AT. The development of depression. A cognitive model. In: Friedman RJ, Katz MM (editors). *The psychology of depression*. New York: Wiley; 1974.
- 23 Coyne JC. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 1976;39:28–40.
- 24 Hell D. Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Studie an 103 Kranken und ihren Ehepartnern. Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1982.
- 25 Hamilton M. The Hamilton rating scale for depression. In: Sartorius N, Ban TA (editors). *Assessment of depression*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1986. S. 143–152.
- 26 Zerssen D von. Klinisch-psychiatrische Selbstbeurteilungsfragebögen. In: Baumann U, et al. (editors). *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Bern: Huber; 1979. S. 130–159.
- 27 Scheer JW, Catina A (editors). *Einführung in die Repertory-Grid Technik*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber; 1993.
- 28 Slater P. Notes of INGRID-72. Academic Department of Psychiatry. London: Clarendon House, St. Georges Hospital; 1972.
- 29 Angst J, Clayton P. Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry* 1986;27:511–32.
- 30 Kröber HL. Bipolare Patienten im Intervall: Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitswandel. *Nervenarzt* 1993;64:318–23.
- 31 Kraus A. Neuere psychopathologische Konzepte zur Persönlichkeit Manisch-Depressiver. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A (editors). *Depressionskonzepte heute*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1991.
- 32 Abraham K. Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. In: *Psychoanalytische Studien*. Bd. 1, Frankfurt/M: Fischer; 1912. S. 146–162.
- 33 Söldner M, Matussek P. Kindheitspersönlichkeit und Kindheitserlebnisse bei Depressiven. In: Matussek P. *Beiträge zur Psychodynamik endogener Psychosen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1990. S. 134–162.
- 34 Kropf D. Relationstheoretische Depressions- und Lithiumforschung. Neue methodologische und empirische Ansätze [Habilitationsschrift]. Berlin: Freie Universität Berlin; 1988.
- 35 Matussek P, Lukas O, Seibt G. Partner relationship of depressives. *Psychopathology* 1986;19:143–56.
- 36 Kröber HL. Akute Krisen bei Manien. *Nervenheilkunde* 1992;11:1–3.
- 37 Stierlin H, Weber G, Schmidt G, Simon FB. Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. *Familiendynamik* 1986;11:267–82.