

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt -

Alexithymie, emotionale Intelligenz und ihre Erfassung bei depressiven Patienten und
gesunden Probanden

INAUGURAL – DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Knöpper, Antje

aus Dortmund

2006

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-
Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Priv.- Doz. Dr. Thomas Suslow
2. Berichterstatter: Priv.- Doz. Dr. Gudrun Schneider

Tag der mündlichen Prüfung: 20.07.2006

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt -
Referent: Priv.- Doz. Dr. Thomas Suslow
Koreferent: Priv.- Doz. Dr. Gudrun Schneider

ZUSAMMENFASSUNG

Alexithymie, emotionale Intelligenz und ihre Erfassung bei depressiven Patienten und
gesunden Probanden

Knöpper, Antje

Alexithymie bezeichnet eine Gruppe von Persönlichkeitsmerkmalen, zu denen Schwierigkeiten beim Erkennen und Versprachlichen von Gefühlen und ein an Äußerlichkeiten orientierter Denkstil zählen. Emotionale Intelligenz stellt ein ähnliches Konstrukt dar, welches jedoch auch noch die Regulation von Emotionen und ihre Bedeutungsinterpretation einschließt. Bislang liegen kaum Untersuchungen zur emotionalen Intelligenz bei klinischer Depression und nur wenige Studien zur Alexithymie bei Depressiven vor. In vorliegender Arbeit wurde die emotionale Intelligenz und Alexithymie depressiver Patienten mit der von Normalprobanden verglichen. Hierbei wurde die von Thomas Wise entwickelte Emotionale Intelligenz-Skala (EIS) eingesetzt und es wurden Daten zur Reliabilität sowie konkurrenten und faktoriellen Validität der Skala erhoben.

50 stationären unipolar depressiven Patienten und 100 Studenten wurden neben der EIS und der Toronto-Alexithymie-Skala ein Persönlichkeitsfragebogen (NEO-FFI), ein Testverfahren zur Erhebung verbaler Intelligenz (MWT-B) und Skalen zur Erfassung der aktuellen und habituellen Affektivität vorgegeben.

Die depressiven Patienten erreichten höhere Alexithymiewerte und zeigten eine niedrigere intrapersonale und situationale emotionale Intelligenz als die Normalprobanden. Allerdings erzielten die Patienten höhere Altruismuswerte. Die Patienten waren weiterhin durch erhöhten Neurotizismus und Scham anfälligkeit sowie geringere Extraversion und Offenheit gekennzeichnet. Weder emotionale Intelligenz noch Alexithymie waren mit Erkrankungsdauer und Komorbidität der depressiven Patienten assoziiert. Die Reliabilitätsdaten indizierten eine ausreichende bis gute interne Konsistenz der EIS-Skalen. Die konkurrente Validerung erbrachte v.a. in der Studentenstichprobe eine Reihe positiver Validitätshinweise. Die faktorenanalytischen Resultate zeigen allerdings eine eingeschränkte faktorielle Validität der EIS an.

Vorliegenden Befunden zufolge weisen depressive Patienten Auffälligkeiten in den Bereichen der emotionalen Intelligenz und Alexithymie auf, die sich mit der Erkrankungsdauer nicht zu verändern scheinen. Zukünftige Längsschnittuntersuchungen könnten die ätiopathogenetische Bedeutung dieser Persönlichkeitsmerkmale abklären helfen. Die Prüfung der psychometrischen Eigenschaften der EIS lässt die Notwendigkeit erkennen, die EIS hinsichtlich Itemzuordnung und Skalenbildung zu optimieren.

Tag der mündlichen Prüfung: 20.07.2006

Vorwort

Das vorliegende Promotionsprojekt ist Teil einer größeren krosskulturellen Untersuchung zur Alexithymie und emotionalen Intelligenz. Anfang 2001 entstand unter Federführung von Prof. Isao Fukunishi (Tokyo Institute of Psychiatry) die Idee, die Ausprägung von alexithymen Merkmalen bei psychiatrischen Patienten (depressiven und schizophrenen Patienten) und Normalprobanden in verschiedenen Ländern zu untersuchen und in einen Vergleich zu stellen. Außer in Japan wurde auch in den U.S.A. (Projektleiter: Prof. Thomas N. Wise, Georgetown Medical Center, Johns Hopkins University) und in Deutschland (Projektleiter: PD Dr. Thomas Suslow, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Münster) eine Batterie an Fragebogenverfahren den verschiedenen Probandengruppen vorgegeben. Zu den angewandten Fragebogenverfahren zählten neben einer Langversion der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) und der von Thomas Wise entwickelten Emotional Intelligence Scale (EIS) das State-Trait-Angst-Inventar (STAI) von Spielberger, das Profile of Mood States (POMS) und das Persönlichkeitsinventar NEO-FFI.

In Münster wurde neben dem vorliegenden Promotionsprojekt, welches auf Alexithymie und emotionale Intelligenz *bei Depression* fokussiert, ein weiteres assoziiertes Promotionsprojekt mit dem Schwerpunkt Alexithymie und emotionale Intelligenz *bei Schizophrenie* durchgeführt (Dissertantin: Frau Katharina Woltersdorf).

INHALTSVERZEICHNIS

| | Seite |
|---|-------|
| 1. Alexithymie und emotionale Intelligenz | 4 |
| 1.1 Zum Begriff der Alexithymie | 4 |
| 1.2 Messmethoden | 6 |
| 1.3 Die Toronto-Alexithymie-Skalen | 7 |
| 1.4 Zum Begriff der Emotionalen Intelligenz | 8 |
| 1.5 Messinstrumente zur emotionalen Intelligenz | 10 |
| 2. Depression | 14 |
| 2.1 Beschreibung des Krankheitsbildes | 14 |
| 2.2 Persönlichkeit bei Depression | 15 |
| 2.3 Alexithymie bei Depression | 17 |
| 2.4 Emotionale Intelligenz bei Depression | 19 |
| 2.5 Scham bei Depression | 20 |
| 3. Fragestellung und Hypothesen | 22 |
| 4. Methoden | 25 |
| 4.1. Stichprobenbeschreibung und –gewinnung | 25 |
| 4.1.1 Datenerhebung | 25 |
| 4.1.2 Normalprobanden | 25 |
| 4.1.3 Depressive Patienten | 26 |
| 4.2 Vor- und Nachteile der Fragebogenmethode | 27 |
| 4.3 Beschreibung der Fragebögen | 28 |
| 4.3.1 Das NEO-Fünf-Faktoreninventar (NEO FFI) | 28 |
| 4.3.2 Profile of Mood States (POMS) | 29 |
| 4.3.3 State-Trait-Angstinventar | 30 |
| 4.3.4 Beck Depressions Inventar | 30 |
| 4.3.5 Internalisierte Scham-Skala | 31 |
| 5. Ergebnisse | 32 |
| 5.1 Reliabilitäten der eingesetzten Fragebogeninstrumente | 32 |
| 5.1.1 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32): Befunde zur internen Konsistenz | 32 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 5.1.2 | Emotionale Intelligenz-Skala (EIS): Befunde zur internen Konsistenz | 34 |
| 5.1.3 | NEO-FFI: Befunde zur internen Konsistenz | 34 |
| 5.1.4 | BDI, STAI und ISS: Befunde zur internen Konsistenz | 34 |
| 5.1.5 | POMS: Befunde zur internen Konsistenz | 35 |
| 5.2 | Vergleich der Untersuchungsgruppen | 35 |
| 5.2.1 | Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) | 35 |
| 5.2.2 | Emotionale Intelligenz-Skala (EIS) | 37 |
| 5.2.3 | NEO-FFI | 38 |
| 5.2.4 | Affektivitätsskalen (BDI, STAI, ISS, POMS) | 38 |
| 5.2.5 | Verbale Intelligenz (MWT-B) | 39 |
| 5.3 | Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) | 40 |
| 5.3.1 | Interkorrelationen der Subskalen | 40 |
| 5.3.2 | Korrelationen mit emotionaler Intelligenz | 41 |
| 5.3.3 | Korrelationen mit Persönlichkeitseigenschaften | 42 |
| 5.3.4 | Korrelationen mit Affektivitätsskalen | 44 |
| 5.3.5 | Korrelationen mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen | 46 |
| 5.4 | Emotionale Intelligenz-Skala (EIS) | 47 |
| 5.4.1 | Interkorrelationen der Subskalen | 47 |
| 5.4.2 | Überprüfung der Dimensionalität der EIS anhand einer Hauptkomponentenanalyse | 49 |
| 5.4.2.1 | Drei-Faktoren-Lösung | 50 |
| 5.4.2.1.1 | Erste Stichprobe (N = 150): Faktorladungen der Items der EIS | 50 |
| 5.4.2.1.2 | Erste Stichprobe (N = 150): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse | 53 |
| 5.4.2.1.3 | Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Faktorladungen der Items der EIS | 54 |
| 5.4.2.1.4 | Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse | 57 |
| 5.4.2.2 | Neun-Faktoren-Lösung | 58 |
| 5.4.2.2.1 | Erste Stichprobe (N = 150): Faktorladungen der Items der EIS | 58 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 5.4.2.2.2 | Erste Stichprobe (N = 150): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse | 62 |
| 5.4.2.2.3 | Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Faktorladungen der Items der EIS | 63 |
| 5.4.2.2.4 | Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse | 67 |
| 5.4.2.3 | Zusammenfassung der Befunde zur Dimensionalität der EIS | 68 |
| 5.4.3 | Korrelationen mit Persönlichkeitseigenschaften | 70 |
| 5.4.4 | Korrelationen mit Affektivitätsskalen | 72 |
| 5.4.5 | Korrelationen mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen | 75 |
| 6. | Diskussion | 77 |
| 7. | Literaturverzeichnis | 91 |
| 8. | Lebenslauf | 97 |
| 9. | Danksagung | 98 |
| 10. | Anhang | 99 |

1. Alexithymie und emotionale Intelligenz

1.1 Zum Begriff der Alexithymie

Schon 1948 fasste Ruesch als Erster die typischen Merkmale alexithymen Verhaltens unter dem Begriff infantile Persönlichkeit zusammen. Er sah das Kernproblem in einem Entwicklungsmangel, einem Mangel an Progression, einer Reifestörung.

Es wurden noch einige weitere Bezeichnungen wie „pensée opératoire“ (Marty u. de M'Uzan 1963), „psychosomatisches Phänomen“ (Marty et al. 1963, Stephanos 1973) oder „Pinocchio-Syndrom“ (Sellschopp-Rüppel u. von Rad 1977) vorgeschlagen, doch weitgehend unabhängig von ihnen entwickelten Nemiah und Sifneos (1972) über klinische Beobachtungen an psychosomatischen Patienten das Konzept der Alexithymie.

Der Begriff Alexithymie wurde aus dem Griechischen abgeleitet und bedeutet wörtlich übersetzt „keine Wörter für Gefühle“. Er bezeichnet eine Gruppe kognitiv-affektiver Merkmale. Hinsichtlich der affektiven Struktur fällt auf, dass Alexithyme kaum oder gar nicht in der Lage sind, Gefühle mit Worten adäquat auszudrücken. So erhält der Gesprächspartner oft eine detaillierte Schilderung bestimmter Handlungen und auch körperlicher Sensationen, doch wird dabei überhaupt nicht auf die affektive Relevanz eingegangen.

In ihrem Verhalten wirken die Patienten hölzern-steif (Sellschopp-Rüppel u. von Rad 1977). Manchmal kommt es zu plötzlichen heftigen Ausbrüchen von Empfindungen. Hinsichtlich der kognitiven Struktur zeichnen sich Alexithyme durch eine bestimmte Art des Denkens, Handelns und Sprechens aus, die 1977 von Singer als ein „cluster of cognitive traits“ bezeichnet wurde. Hierbei handelt es sich um eine funktionale, ganz auf die konkret fassbare Realität bezogene Denk- und Erlebnisweise. Solche Patienten werden als phantasiearm, un kreativ, un lebendig und wenig einfallsreich geschildert. Dabei besteht jedoch keinerlei Einschränkung hinsichtlich ihrer Intelligenz. Auch die Zuordnung von Alexithymie zu einer bestimmten sozialen Schicht ist nicht möglich. Die Sprache der Patienten erscheint dünn und eingeeengt, devitalisiert, schablonenhaft, ohne jeglichen Symbolgehalt.

Weitere Merkmale der Alexithymie sind eine symbiotisch eng an den Partner geknüpfte Beziehung, eine ausgeprägte Unsicherheit beim Durchsetzen eigener Wertvorstellungen, ein hohes Maß an sozialer Konformität. Es wird auch die Vermeidung von engen interpersonalen Beziehungen als alexithymes Merkmal genannt. Alexithyme sollen sich des Weiteren mit dem eigenen Körper und seinem Funktionieren beschäftigen und ihre Emotionen oft über somatische Symptome ausdrücken. Aus der obigen Auflistung wird deutlich, dass zum Konstrukt der Alexithymie im weiteren Sinne zumindest teilweise widersprüchliche Eigenschaften vorgeschlagen werden.

In der Alexithymieliteratur gibt es mittlerweile zahlreiche Ansätze zur Definition und Beschreibung des Untersuchungsphänomens. Doch welches sind die Kernmerkmale der Alexithymie? Welche Eigenschaften sind sporadisch auftretende Randeigenschaften? Nach Sifneos (1973) gehören zu den Definitionsmerkmalen die Schwierigkeit, angemessene Worte zur Gefühlsbeschreibung zu finden, ein verarmtes Phantasieleben mit einer an Äußerlichkeiten orientierten Art des Denkens, eine Einschränkung im (subjektiven) Gefühlserleben und eine Tendenz zum Ausweichen gegenüber Konfliktsituationen durch Agieren.

Fava et al. (1995) haben unter Berücksichtigung der aktuellen Klassifikationssysteme DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (World Health Organization, 1992) vorgeschlagen, dass von folgenden sechs Kriterien drei erfüllt sein müssen, um vom Vorhandensein einer Alexithymie zu sprechen:

1. Unfähigkeit, Gefühle adäquat zu verbalisieren
2. Neigung, Details (eines Ereignisses) anstelle von Gefühlen zu beschreiben
3. ein verarmtes Phantasieleben
4. der Denkinhalt ist mehr dem äußeren Geschehen als Gefühlen gewidmet
5. somatische Reaktionen, die im allgemeinen das Gefühlsleben begleiten, werden nicht bewusst
6. gelegentlich heftiger und häufig inadäquater Ausbruch affektiven Verhaltens

Zunächst wurde davon ausgegangen, dass Alexithymie einzig ein Phänomen bei psychosomatisch kranken Patienten ist. Alexithyme leiden gehäuft an

Somatisierungsstörungen, dabei werden emotionale Zustände mit körperlichen Sensationen verwechselt. Inzwischen ist bekannt, dass auch bei weiteren Patientengruppen alexithyme Merkmale vorkommen, so z.B. bei Essgestörten (Jimerson et al. 1994), bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (Shipko et al. 1983), bei Substanzabhängigen (Pinard et al. 1996) und bei Depressiven (Honkalampi et al. 1999).

In neueren Ansätzen wird Alexithymie allgemein als ein Defizit in der kognitiven Verarbeitung von Emotionen konzeptualisiert. Dabei bleibt zurzeit die Frage offen, inwiefern die Patienten ihre Gefühle überhaupt erst gar nicht erleben oder sie einfach nur nicht benennen können. Allerdings scheint es so, dass zumeist - wenn überhaupt - undifferenzierte Empfindungen zum Ausdruck kommen. Alexithymie wird zunehmend auch als Persönlichkeitseigenschaft angesehen, also ein Merkmal (bzw. eine Fähigkeit), das kontinuierlich variiert. Bei diesem Ansatz steht weniger eine kategorial definierte Pathologie als vielmehr eine dimensionale Eigenschaftsverteilung im Vordergrund.

1.2 Messmethoden

Zur Messung alexithymer Merkmale werden zurzeit vor allem Selbstbeschreibungsvorgahren wie die Toronto-Alexithymie-Skalen verwendet. Dies liegt wohl vor allem an dem im Vergleich geringen Aufwand der Messmethode in Durchführung und Auswertung.

Weitere Instrumente zur Selbsteinschätzung sind z.B. die Schalling-Sifneos Personality Scale (Apfel u. Sifneos 1979) oder die MMPI Alexithymia Scale von Kleiger und Kinsmann (1980).

Eine andere Möglichkeit der Erfassung alexithymer Merkmale bietet die Level of Emotional Awareness Scale (LEAS, Lane et al. 1990). Hier werden Probanden kurze Beschreibungen von interpersonalen, emotionalen Situationen vorgelegt, in denen jeweils zwei Personen interagieren. Der Proband muss nun beschreiben, wie er bzw. sein Gegenüber sich in dieser Lage fühlen würde. Anhand von vorher festgelegten Bewertungskriterien wird dann die Differenziertheit des sprachlichen Ausdrucks von Gefühlen genauer betrachtet.

Eine dritte methodische Alternative, die bislang allerdings kaum genutzt wird, ist die Prototypizitätsanalyse von Tagebuchaufzeichnungen über einen längeren Zeitraum (Kleiter 1987). Dabei kann z.B. jeweils morgens und abends auf einer Eigenschaftswörterliste die momentane Stimmung angekreuzt werden. Über eine Dimensionsanalyse wird die Anzahl der individuell benutzten Stimmungsfaktoren bestimmt.

Eine gewisse Verbreitung haben Fremdbeurteilungsinstrumente wie der Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ) von Sifneos (1973) gefunden. Schließlich gibt es auch sprachinhaltsanalytische Verfahren zur Erfassung alexithymer Merkmale (von Rad et al. 1977).

1.3 Die Toronto-Alexithymie-Skalen

Im Jahre 1985 entwickelten Taylor, Ryan und Bagby die 26-Item Toronto-Alexithymie-Skala, die aus einer 41-Item Pilotskala entstand.

Mit der TAS sollte empirisch abgesichert und theoretisch begründet Alexithymie erfasst werden. Anhand von vier Subskalen sollten folgende alexithyme Merkmale erhoben werden:

- Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen und der Abgrenzung zu körperlichen Sensationen
- Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen
- Reduzierte Tagträume
- Extern orientierter Denkstil.

Aus der TAS-26 wurde zum einen die TAS-23 (auch TAS-R genannt) (Taylor, Bagby u. Parker 1992), zum anderen die TAS-20 (Bagby et al. 1994a, 1994b) entwickelt, wobei bei letzterer die Unterskala „Reduzierte Tagträume“ eliminiert wurde. Für die Skala „Extern orientierter Denkstil“ wurden einige Items hinzugenommen.

Es handelt sich dabei um ein standardisiertes Fragebogen-Verfahren der Selbstbeurteilung. Hinsichtlich der Zustimmung zu den einzelnen Items kann auf einer 5-Punkte Skala von „trifft völlig zu“ (1) bis „trifft gar nicht zu“ (5) gewählt werden. Die Items sind teilweise negativ, teilweise positiv formuliert. Der Aufwand der Bearbeitung liegt zwischen 5 und 10 Minuten.

In vorliegender Studie wurde eine Langversion der Toronto-Alexithymie-Skala, die TAS-32, verwendet. Diese umfasst wie die TAS-26 vier Unterskalen. Die TAS-32 besteht aus 32 Items, die im Anhang abgedruckt sind.

Mittlerweile liegen eine Fülle von Befunden zur Validität und Reliabilität der TAS vor (Taylor, Bagby u. Parker 1997). Eine interessante Validitätsfrage in Bezug auf die Subskala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen warfen Suslow et al. (2000) auf, da sie Korrelationen dieser Skala mit der Veranlagung zu Schamreaktionen, nicht aber mit objektiven Maßen der Fähigkeit, Emotionen zu verbalisieren, beobachteten. Es erscheint also möglich, dass die TAS-20 Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen eher Aspekte einer Schamanfähigkeit erfasst als Probleme in der Versprachlichung von Gefühlszuständen.

1.4 Zum Begriff der Emotionalen Intelligenz

Vorläufer des Konzepts der emotionalen Intelligenz haben eine lange Tradition im letzten Jahrhundert und können bis zu Thorndikes (1920) „sozialer Intelligenz“ zurückverfolgt werden. Hiermit wurde die Fähigkeit bezeichnet, andere Menschen zu verstehen und mit ihnen zurechtzukommen sowie sich in zwischenmenschlichen Beziehungen klug zu verhalten.

Die Bezeichnung „emotionale Intelligenz“ findet man in der Literatur (Leuner 1966) lange bevor das erste formale Modell und die erste exakte Definition von Salovey und Mayer (1990) eingeführt wurden. Insofern hatte man sich schon lange mit dem Phänomen emotional intelligenten Verhaltens auseinandergesetzt, bevor Golemans (1995) Bestseller den Begriff der emotionalen Intelligenz popularisierte und viele nachfolgende wissenschaftliche Konzeptualisierungen beeinflusste. In der Folge des

ersten Modells emotionaler Intelligenz von Salovey und Mayer und nach Erscheinen von Golemans Buch wurden viele verschiedene Modelle emotionaler Intelligenz entwickelt. Bedauerlicherweise war der Bezug zwischen Modellen und empirisch gewonnenen Daten in der Mehrzahl der Studien gering. Häufig wurden theoretische Modelle ohne empirische Befundlage konzipiert und nicht wenige Untersuchungen ordneten ihre Daten in kein weitergehendes theoretisches Modell ein.

Für Salovey und Mayer (1990) umfasst das Konzept der emotionalen Intelligenz die Fähigkeiten der Bewertung und des Ausdrucks von Emotionen, der Nutzung und Regulation von Emotionen. Goleman (1995) indes versteht emotionale Intelligenz als Fähigkeiten in den Bereichen der Selbstaufmerksamkeit, der Selbstregulation, der Selbstmotivation, der Empathie und des Umgang mit Beziehungen. Im Ansatz von Bar-On (1997) zur emotionalen Intelligenz werden schließlich sogar fünf verschiedene Faktoren oder Fähigkeitsbereiche unterschieden, womit dieser zu den umfassendsten bzw. komplexesten Ansätzen des Gebiets zählt: 1) intrapersonaler Bereich (emotionale Selbstaufmerksamkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Selbstachtung, Selbstaktualisierung, Unabhängigkeit), 2) interpersonaler Bereich (Empathie, interpersonale Beziehung, soziale Verantwortung), 3) Adaptation (Problemlösen, Realitätsprüfung, Flexibilität), 4) Stressmanagement (Stresstoleranz, Impulskontrolle) und 5) allgemeine Stimmung (Fröhlichkeit, Optimismus). Nach Higgs und Dulewicz (1999) ist emotional intelligentes Handeln gekennzeichnet durch Fördern (Motivation, Intuitivität), Beschränken (Gewissenhaftigkeit, emotionale Belastbarkeit) und Ermöglichen (Selbstaufmerksamkeit, interpersonale Sensibilität und Einfluss). Mit den skizzierten vier Ansätzen zur emotionalen Intelligenz ist noch lange kein erschöpfender Überblick zum Thema gegeben (siehe z.B. Conte (2005), Neubauer u. Freudenthaler (2001) oder Bar-On u. Parker (2000) für einen Überblick), aber es wird schon an dieser Stelle deutlich, dass der Begriff der emotionalen Intelligenz sehr heterogen aufgefasst wird und sich je nach Autor verschiedene Fähigkeiten hinter dem Begriff verbergen können. Bei Betrachtung der Definitionen von alexithymen Merkmalen und emotionalen Intelligenzaspekten wird deutlich, dass Alexithymie und emotionale Intelligenz grundsätzlich überlappende Konstrukte sind, wobei natürlich jeweils die spezifischen Ansätze zu berücksichtigen sind und kein pauschales Urteil diesbzgl. gefällt werden kann. Nicht überraschend ist auf diesem Hintergrund, dass etwa die TAS-20 als

Erhebungsinstrument von emotionaler Intelligenz bezeichnet wurde (Taylor et al. 2000). Erwartungsgemäß korrelierte die TAS-20 mit ihren drei Subskalen nicht nur negativ mit dem Summenscore der emotionalen Intelligenzskala Emotional Quotient Inventory (EQ-i, Bar-On 1997), sondern auch mit deren Subskalen intrapersonale Intelligenz, interpersonale Intelligenz, adaptive Skills und Stressmanagement (Parker et al. 2001). In Hinblick auf die Messinstrumente im Bereich der emotionalen Intelligenz ist grundsätzlich zwischen Instrumenten zur Erhebung von typischer emotionaler Intelligenz („Trait“) und maximaler (kognitiver) Leistung zu unterscheiden. Bei ersteren wird im Allgemeinen das Selbstberichtsverfahren eingesetzt. Die emotionale Intelligenz als *trait* umfasst emotionsbezogene Verhaltensdispositionen, die vom Probanden selbst wahrgenommen und beschrieben werden können.

1.5 Messinstrumente zur emotionalen Intelligenz

Zu den bekanntesten Messinstrumenten von emotionaler Intelligenz als *trait* zählen die Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS, Mayer et al. 1999) und ihr Nachfolger, der Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, Mayer et al. 2003) sowie das oben erwähnte Emotional Quotient Inventory (Bar-On 1997). In deutscher Sprache liegen bisher nur relativ wenige Adaptationen von emotionalen Intelligenztests vor. Schütz et al. (2002) haben eine deutschsprachige Fassung des MSCEIT bereitgestellt. Basierend auf der Trait Meta-Mood Scale (TMMS, Salovey et al. 1995) entwickelten Otto et al. (2001) einen Fragebogen zur Erfassung der wahrgenommenen emotionalen Intelligenz. Die deutsche Adaptation der TMMS, die aus 30 Items besteht, erfasst drei emotionale Intelligenzaspekte: Aufmerksamkeit für Gefühle, Klarheit der Gefühle und Beeinflussbarkeit der Gefühle. Erst kürzlich veröffentlichten Freudenthaler und Neubauer (2005) Validierungsdaten zu einem deutschsprachigen Testverfahren zur Erfassung intra- und interpersonalen emotionaler Fähigkeiten, welches eine Eigenentwicklung darstellt.

Das größte Problem, das solche Fähigkeitstests bewältigen müssen, ist die emotionaler Erfahrung innewohnende Subjektivität. Derzeitig kann noch kein abschließendes Urteil über die Effektivität dieser Verfahren abgegeben werden. Dennoch bleibt ein

entscheidendes Qualitätsmerkmal der Skalen zur Erhebung emotionaler Intelligenz das Erbringen von diskriminanten und prädiktiven Validitätshinweisen. Bislang hatten sich die Studien zu den psychometrischen Eigenschaften der emotionalen Intelligenzskalen primär um Reliabilitätsfragen (wie die der internen Konsistenz) und der faktoriellen Validität gewidmet.

Ein weiteres, neues Instrument zur Erhebung verschiedener Merkmale emotionaler Intelligenz, ist die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS), die in vorliegender Untersuchung zum Einsatz kommt. Die EIS wurde von Thomas N. Wise, Professor für Psychiatrie am Georgetown Medical Center der Johns Hopkins University (U.S.A.), entwickelt. Wise ist seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts im Bereich der Alexithymieforschung tätig. Auf diesem Erfahrungshintergrund stellte er ein Selbstbeschreibungsinstrument zur Messung emotionaler Intelligenz zusammen, das mehrdimensional sein und verschiedene Aspekte emotionaler Intelligenz erfassen sollte. Der Originaltitel dieses Fragebogens lautet *Emotional Intelligence Scale* und ist nicht zu verwechseln mit dem gleichnamigen Verfahren, das von Schutte et al. (1998) ebenfalls in den USA bereitgestellt wurde. Obwohl der Fragebogen von Wise in englischer Sprache zur Verfügung gestellt wurde, hat der Autor bislang keine empirischen Ergebnisse zu Validität und Reliabilität seines Verfahrens vorgelegt. Allerdings wurde eine Reihe von positiven Validitäts- bzw. Reliabilitätsbefunden zu einer japanischen Übersetzung der Skala berichtet (Fukunishi et al., 2001a, 2001b; Uchiyama et al., 2001). Die in vorliegender Untersuchung eingesetzte Skalenversion in deutscher Sprache wurde nach den üblichen Standards der Übersetzung und Rückübersetzung durch einen native speaker entwickelt, um eine Äquivalenz mit der englischen Originalversion der Skala zu gewährleisten.

Die Emotionale Intelligenz Skala (EIS) von Wise besteht insgesamt aus 65 Items. Sowohl die Originalversion wie die deutsche Adaptation der Skala sind im Anhang abgedruckt. Die Antwortgebung erfolgt auf einer fünffach gestuften Skala (0-4; „trifft auf mich gar nicht zu“ bis „trifft auf mich völlig zu“). Die Items der EIS wurden primär auf theoretischem Hintergrund entwickelt. Der Fragebogen besteht aus drei Hauptskalen, die so genannte intrapersonale, interpersonale und situative Aspekte von emotionaler Intelligenz erheben sollen. Jede Skala der EIS lässt sich in drei Unter- oder

Subskalen untergliedern. Im Folgenden werden die Unterskalen jeder Skala aufgeführt (in Klammern Anzahl der Items). Jede der drei Hauptskalen besteht aus 21 Items.

Intrapersonale emotionale Intelligenz (Skala 1 der EIS): 1.1 Selbstbewusstsein (n = 6), 1.2 Eigenmotivation (n = 6) und 1.3 Selbstkontrolle (n = 9),

Interpersonale emotionale Intelligenz (Skala 2 der EIS): 2.1 Empathie (n = 6), 2.2 Altruismus (n = 6) und 2.3 Interpersonale Beziehung (n = 9),

Situationale emotionale Intelligenz (Skala 3 der EIS): 3.1 Situatives Bewusstsein (n = 9), 3.2 Führungsqualität (n = 6) und 3.3 Flexibilität (n = 6). Nach derzeitig gültigem Itemschlüssel sind lediglich die Items Nr. 22 und 44 der EIS ohne Skalenzuordnung.

Die Skala 1.1 Selbstbewusstheit soll die Fähigkeit erfassen, seine Gefühle zu erkennen und zu versprachlichen bzw. seine eigenen Kompetenzen einzuschätzen. Die Skala 1.2 Eigenmotivation der EIS erhebt die Perseveranz bzgl. der Durchführung von Plänen, Ideen bzw. die Befähigung, sich selber zu motivieren. Die Skala 1.3 Selbstkontrolle soll die Fähigkeit erfassen, selber Entscheidungen zu treffen, diese mit Geduld umzusetzen und seine Gefühle zu kontrollieren.

Die Skala 2.1 Empathie soll Aspekte von Einfühlung in andere Personen erfassen, die sowohl positive als auch negative emotionale Zustände umfassen. Die EIS-Skala 2.2 Altruismus soll zum einen die Befähigung zur interpersonalen Rücksichtnahme sowie zum anderen die Bereitschaft andere zu unterstützen, ihnen zu helfen, erheben. Die Skala 2.3 Interpersonale Beziehung der EIS soll drei Facetten interpersonaler Beziehungen messen: die Befähigung Personen anzuführen, mit Personen Kontakt aufzunehmen und die Bereitschaft zu unterstützender Kooperation.

Die Skala 3.1 Situatives Bewusstsein der EIS soll Aspekte der Entscheidungsdurchsetzung, Optimismus und der Rücksichtnahme hinsichtlich anderer Personen bzw. Gruppenprozessen erheben. Die Skala 3.2 Führungsqualität soll die Befähigung zur Führung von Personen aber auch zur Abschätzung und Handhabung von Risiken messen. Die Skala 3.3 Flexibilität der EIS soll schließlich die Fähigkeit erfassen, flexibel auf situative Veränderungen zu reagieren.

In der Studie von Fukunishi et al. (2001a) korrelierten die Skalen intrapersonale EI (emotionale Intelligenz) und situationale EI, nicht aber die interpersonale EI signifikant negativ mit dem TAS-20 Summenwert. Dieses Korrelationsmuster zeigte sich sowohl in einer Stichprobe von Studierenden als auch bei psychiatrischen Patienten. Die EIS-

Skala interpersonale EI korrelierte jedoch in beiden Stichproben signifikant invers mit der TAS-20 Skala extern-orientiertes Denken. Ein extern orientiertes Denken erscheint eng mit einem Mangel an Empathie verknüpft, was zu weniger intensiven interpersonalen Beziehungen führen sollte. Somit wird zumindest in Teilen ein differentielles Korrelationsprofil der EIS-Skalen deutlich. Die Zusammenhänge mit der etablierten TAS-20 indizieren auch eine konkurrente Validität der EIS.

Über ausreichende bis gute interne Konsistenzen der EIS-Skalen bei psychiatrischen und normalen Probanden berichteten Fukunishi et al. (2001b). In der letztgenannten Untersuchung manifestierten sich auch signifikante negative Korrelationen zwischen den EIS-Skalen intrapersonale und situationale EI und der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus (gemessen mit dem NEO-FFI von Costa u. McCrae (1989)). Positive Korrelationen manifestierten sich indes zwischen allen drei EIS-Skalen (intrapersonale, interpersonale und situationale EI) und den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Offenheit für Erfahrung und Gewissenhaftigkeit. Hierbei sind die Zusammenhänge allerdings in der Regel als gering bis sehr gering einzuschätzen – die Korrelationskoeffizienten liegen also in der Mehrzahl der Fälle unter .50. Diesen Resultaten zufolge geht eine hohe emotionale Intelligenz mit Extraversion, einer hohen Offenheit für Erfahrungen und einer hohen Gewissenhaftigkeit einher. Über die kausale Richtung dieser Beziehungen kann aufgrund der Korrelationsanalysen jedoch keine Aussage gemacht werden.

2. Depression

2.1 Beschreibung des Krankheitsbildes

Depressionen sind sehr häufige psychische Störungen, die zudem in den letzten Jahrzehnten offensichtlich häufiger wurden und immer jüngere Altersgruppen erfassen (Hautzinger 1998). Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, liegt bei bis zu 12 % für Männer und bis zu 26 % für Frauen. Depressionen treten in allen Lebensaltern auf, der Altersgipfel liegt neueren Studien zufolge zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr. Als wichtige protektive Faktoren erwiesen sich positive Sozialbeziehungen sowie der Wohn- und berufliche Bereich. Belastende Lebensereignisse kommen im Vorfeld depressiver Episoden gehäuft vor. Als einflussreichste Risikovariablen erweist sich die familiäre Belastung. Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer bipolar affektiven Erkrankung weisen ein Erkrankungsrisiko für affektive Störungen von 25 %, Angehörige unipolar depressiv Erkrankter von 20 % und Angehörige gesunder Kontrollpersonen von 7 % auf. Depressive Syndrome sind durch eine Vielzahl heterogener Symptome gekennzeichnet. Depressive Patienten können sich also in Bezug auf einzelne Beschwerden oder Symptome deutlich voneinander unterscheiden. Nach den Kriterien der ICD-10 (WHO, 1992) zählen zu den (möglichen) Symptomen einer klinisch relevanten depressiven Episode eine depressive Verstimmung, ein deutlich vermindertes Interesse, eine Gewichtszunahme oder ein Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, Unruhe, eine Verlangsamung, Energieverlust, Schuldgefühle, Konzentrationsprobleme sowie Todeswünsche bzw. Suizidideen. Wenn mindestens fünf dieser Symptome gleichzeitig für mindestens zwei Wochen durchgehend auftreten, so kann von einer depressiven Episode ausgegangen werden. Eine notwendige diagnostische Bedingung ist das Vorliegen von depressiver Stimmung oder eines Verlusts von Interesse bzw. Freude. Diese Merkmale sind also als Kernsymptome der Depression anzusehen. Charakteristisch für Depressionen ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam vorkommen. Es wurde vorgeschlagen, die depressiven Symptome in emotionale, motivationale, kognitive, vegetativ-somatische, motorisch-behaviorale und interaktionelle Krankheitsmerkmale aufzugliedern. Der Verlauf, die Schwere und die

besondere Ausprägung der Symptomatik (z.B. psychotisch) werden zur Definition von weiteren Untergruppen herangezogen. Interessanterweise zählt zu den Merkmalen eines somatischen Syndroms einer depressiven Episode die mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu reagieren, auf die normalerweise eine emotionale Reaktion erfolgt. Die Schwierigkeit, in der Depression emotional zu empfinden, könnte Schwierigkeiten in der Verbalisierung von Gefühlszuständen nach sich ziehen.

Als Dysthymien werden lang anhaltende, chronisch depressive Störungen bezeichnet, deren Symptomatik nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt. Im Falle der Dysthymia liegen weniger depressive Krankheitsmerkmale vor, die allerdings für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren anhalten bzw. häufig wiederkehren. Von der Dysthymia ist die rezidivierende depressive Störung abzugrenzen, die durch wieder auftretende depressive Episoden oder Phasen gekennzeichnet ist. Der Zustand der Patienten zwischen einzelnen Erkrankungsphasen kann sich bessern oder sogar zeitweise vollkommen normalisieren (Hautzinger u. de Jong Meyer 1990).

Depressive Störungen können vermutlich verschiedene Ursachen aufweisen.

Psychologische und biologische Faktoren erscheinen bei der Auslösung von depressiven Erkrankungen zu interagieren. Menschen in andauernden schwierigen sozialen Situationen wie Armut und Arbeitslosigkeit können eher zu Depressionen neigen. Auch werden Stressoren oder traumatische Erlebnisse wie Partnerverlust, Trauerfälle oder schwere Erkrankungen als Auslöser für depressive Episoden diskutiert. Grundlegend für die Entstehung der Depressionsneigung ist vermutlich eine genetisch-biologische Komponente. Bei genetischen Untersuchungen wurden familiäre Häufungen von affektiven Erkrankungen beobachtet (z.B. Maier 2004). Aus biochemischer Perspektive wird als wichtiger Faktor in der Verursachung von Depressionen ein Mangel an Neurotransmittern, v.a. Serotonin, in verschiedenen Bereichen des Gehirns vermutet.

2.2 Persönlichkeit bei Depression

Der Begriff Persönlichkeit bezeichnet die Gesamtheit der Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen, also seine relativ zeitstabilen Verhaltens- und Erlebensbereitschaften. Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften könnten Vulnerabilitätsfaktoren für die

Entwicklung einer depressiven Störung darstellen, also schon prämorbid bestehen. Es ist aber auch möglich, dass sich bestimmte Persönlichkeitseigenschaften erst nach Erkrankungsbeginn also im Verlaufe der Erkrankung herausbilden oder akzentuieren. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (Costa & McCrae 1992; McCrae & John 1992) – auch als die „Big Five“ bezeichnet – als meistverwendeter Ansatz für eine allgemeine psychometrische Beschreibung der Persönlichkeit einer Person durchgesetzt. Dieses Modell basiert auf einem lexikalischen Ansatz, wonach sich alle interindividuelle Unterschiede beschreibenden Wörter einer Sprache auf fünf bipolare Dimensionen reduzieren lassen: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Tellenbach (1969) hat hinsichtlich der Persönlichkeit von depressiv kranken Menschen schon vor Jahrzehnten den Begriff des „Typus melancholicus“ geprägt. Er beschreibt den „Melancholiekranken“ als überperfektionistisch, mit hohem Anspruch an sich selbst. Charakteristisch seien eine besondere Ordentlichkeit sowie ein ausgeprägtes Angewiesensein auf Ordnung. Ihnen sei eine tiefe existentielle Angst zu Eigen, woraus eine Neigung zu engen, symbiotischen Beziehungen resultiert.

Spätere Untersuchungen anhand von standardisierten Fragebögen zeigten allerdings, dass diese Eigenschaften nicht für den „Melancholiekranken“ spezifisch sind. Tölle et al. (1987) berichteten, dass sich bei Melancholischen auf verschiedenen Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars hohe Werte ergaben, außer dem Dominanzstreben. Die Autoren ermittelten insbesondere für die Merkmale Nervosität, Depressivität, Geselligkeit und Gehemtheit Auffälligkeiten bei allerdings einer großen Streuung der Punktwerte. Insofern wurde hier geschlussfolgert, dass bei Melancholiekranken nicht *eine einheitliche* Persönlichkeitsstruktur anzutreffen ist, sondern interindividuell verschiedene Persönlichkeitsstrukturen vorliegen können (vgl. Tölle et al. 1987). Bei einer Untersuchung der Persönlichkeit des Typus melancholicus durch Angehörigenbefragung anhand eines Fragebogens, der sich am Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit orientiert, wurden wie erwartet erhöhte Werte v.a. für die Dimensionen der Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit beobachtet (Furukawa et al. 1998).

In der Studie von Richter et al. (1993) auf Grundlage des Freiburger Persönlichkeitsinventars beschrieben sich unipolar Depressive gegenüber bipolar Manisch-Depressiven

bzw. normalen Kontrollpersonen als depressiver, gehemmter und introvertierter. Bagby et al. (1995) führten eine Verlaufsuntersuchung an depressiv Erkrankten durch, wobei die Patienten zu Behandlungsbeginn und nach drei Monaten untersucht wurden. Im akuten Zustand der Depression zeigten die Patienten v.a. auffällige Neurotizismus- und Extraversionswerte. Beide Eigenschaftswerte veränderten sich durch die medikamentöse Behandlung. Im Falle des Neurotizismus fanden sich für die remittierten Patienten erhöhte Werte, so dass Neurotizismus eine für depressive Erkrankungen prädisponierende Persönlichkeitseigenschaft darstellen könnte. Ein erhöhter Neurotizismus bei depressiven gegenüber normalen Probanden ermittelten auch Buckley et al. (1999). Einen verglichen mit Normalprobanden hohen Neurotizismus und eine erniedrigte Extraversion sowie eine geringe Gewissenhaftigkeit beobachteten auch Costa et al. (in Druck) in einer Stichprobe remittierter depressiver Patienten. Die vorliegenden Befunde legen nahe anzunehmen, dass depressive Patienten auch außerhalb von Erkrankungsepisoden und möglicherweise schon prämorbid primär durch einen erhöhten Neurotizismus gekennzeichnet sind. Neurotizismus (vs. emotionale Stabilität), beschreibt die Art und Weise, wie sich eine Person emotional verhält. Personen mit hoher Ausprägung auf diesem Faktor reagieren leicht unsicher, nervös, ängstlich und deprimiert. Personen mit einer niedrigen Ausprägung sind dagegen eher gelassen und entspannt.

2.3 Alexithymie bei Depression

Schon seit Längerem ist bekannt, dass alexithyme Merkmale wie Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen oder beim Beschreiben von Gefühlen positiv mit depressiver Stimmung zusammenhängen (Haviland et al. 1988). In einer ersten kurzen Verlaufsuntersuchung über wenige Tage zeigten sich Hinweise, dass die alexithymen Merkmale bei klinisch depressiven Patienten zeitlich stabil sind (Wise et al. 1995). Saarijorvi et al. (2001) beobachteten in einer Stichprobe ambulanter depressiver Patienten, dass die alexithymen Merkmale Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen nicht aber ein extern orientierter Denkstil über einen Jahreszeitraum abnahmen. Eine weitere Studie (Honkalampi et al.

2000) bestätigte, dass ebenfalls über einen längeren Zeitraum (6 Monate) betrachtet, das Ausmaß der Alexithymie bei depressiven Patienten mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Erkrankungsepisode (und sinkender Depressivität) abnimmt. Luminet et al. (2001) untersuchten die relative und absolute Stabilität der alexithymen Merkmale bei depressiven Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung und fanden Hinweise dafür, dass das Ausmaß der Alexithymie von der Schwere der Depressivität zwar beeinflusst ist, dass es sich bei den alexithymen Merkmalen aber dennoch nicht um rein zustandsabhängige Defizite handelt sondern auch um stabile Persönlichkeitseigenschaften. Loas et al. (1998) stellten die Hypothese auf, dass es sich bei den Schwierigkeiten beim Erkennen und Beschreiben von Gefühlen um eher depressionsabhängige Merkmale handeln könnte, während extern orientiertes Denken und reduziertes Tagträumen eher depressionsunabhängige alexithyme Merkmale darstellen. Zu bemerken bleibt, dass in den oben genannten Studien Selbstbeschreibungsv erfahren zur Messung von Alexithymie eingesetzt wurden. Interessanterweise zeigte sich in Untersuchungen, die einen szenarienbasierten, objektiven Messansatz verwendeten (die LEAS von Lane et al., 1990), dass die Schwierigkeiten beim Verbalisieren von Gefühlen bei depressiven Patienten ebenfalls mit dem Ausmaß der Depressivität korrelieren (Berthoz et al. 2000, Donges et al. 2005).

Es bleibt festzuhalten, dass bei Patienten mit akuten depressiven Erkrankungen ausgeprägte alexithyme Merkmale zu erwarten sind und v.a. die alexithymen Dimensionen Schwierigkeiten beim Erkennen und Beschreiben von Gefühlen mit dem Ausmaß der Depressivität zusammenhängen könnten. Es erscheint plausibel, dass Personen, die ihre Gefühlsreaktionen nicht erkennen können, eher Gefahr laufen, psychopathologische Zustände zu entwickeln, denn sie reagieren nicht auf wichtige Signale, die im Falle negativer Emotionen auf Missstände in ihrer Umgebung oder ihren sozialen Kontakten hinweisen. Nimmt man umgekehrt eigene affektive Signale wahr, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass man sich mit den möglichen Ursachen der Gefühle auseinandersetzt und versucht diese zu beseitigen oder zu entschärfen, wodurch das Auftreten negativer Gefühlsempfindungen abnehmen sollte.

2.4 Emotionale Intelligenz bei Depression

Wenn man davon ausgeht, dass alexithyme Merkmale mit emotionaler Intelligenz in enger Beziehung stehen können, so ergibt sich aus dem obigen Kapitel, dass zum einen schon eine Reihe von (indirekten) Befunden zur emotionalen Intelligenz bei Depression vorliegt, und zum anderen depressive Patienten über eine niedrigere emotionale Intelligenz verfügen sollten als gesunde Probanden. Es könnte auch a priori auf einer theoretischen Ebene argumentiert werden, dass Personen, die ihre Emotionen erkennen und darüber hinaus v.a. ihre negativen Gefühlszustände regulieren bzw. bewältigen können, weniger gefährdet sein sollten, depressive Verstimmungen zu entwickeln. Die im Vergleich zur emotionalen Intelligenzforschung ältere Alexithymieforschung verweist mit ihren Befunden in die Richtung, dass Depressive eine geringere Fähigkeit besitzen, ihre Gefühle zu erkennen und verbalisieren.

Literaturrecherchen zum Thema emotionale Intelligenz und Depression zeigen auf, dass derzeit kaum empirische Untersuchungen mit standardisierten Testverfahren bei klinischer Depression vorliegen. Es existiert allerdings eine Reihe von Arbeiten, die einen Zusammenhang zwischen emotionaler Intelligenz und depressiver Stimmung anzeigen. So ermittelten Dawda und Hart (2000) in einer Stichprobe von Studierenden signifikante negative Korrelationen zwischen dem Summen- aber auch allen Einzelskalenwerten des EQ-i (Bar-On 1997) und dem BDI (Beck Depressions-Inventar, Beck u. Steer 1987). Auch Saklofske et al. (2003) berichten in einer Stichprobe von Studierenden über einen inversen Zusammenhang zwischen einem kurzen Fragebogen zur emotionalen Intelligenz und depressiven Merkmalen. Schließlich wurde bei Straftätern ebenfalls eine negative Korrelation zwischen dem EQ-i und Fragebögen zur Depressivität und Hoffnungslosigkeit beobachtet (Hemmati et al. 2004).

Eine Internetrecherche ergibt, dass 2003 am Swinburne Centre for Neuropsychology der University Swinburn in Australien eine wissenschaftliche Arbeit mit dem Titel „Clinical depression and deficits in emotional intelligence“ von Rachel Schembri vorgelegt wurde (http://www.swin.edu.au/bioscieleceng/neuropsych/honours_2003.htm). Aus einem auf der Webpage veröffentlichten Abstract geht hervor, dass in der Studie von Schembri 60 klinisch depressive Patienten im Hinblick auf Defizite in der emotionalen Intelligenz untersucht wurden. Die Untersuchungsbefunde indizieren, dass Patienten mit

einer majoren Depression insbesondere im Umgang und der Kontrolle von Emotionen beeinträchtigt sind. Es geht aus dem Abstract nicht hervor, welches Messinstrument emotionaler Intelligenz eingesetzt wurde. Außer dieser australischen Studie sind uns keine Untersuchungen zur emotionalen Intelligenz depressiver Patienten bekannt.

2.5 Scham bei Depression

Das Schamgefühl gehört wie das Schuldgefühl zu den selbst-reflexiven negativen Emotionen. In der Literatur besteht ein breiter Konsens darüber, dass bei der Differenzierung von Scham- und Schuldgefühl die Ausrichtung des Aufmerksamkeitsfokus in Bezug auf den Umgang mit einem Versagenserlebnis von entscheidender Bedeutung ist. Scham beinhaltet demnach eine globale Verurteilung der eigenen Person, bei der das Selbst als Quelle des Verfehlens angesehen wird. Schuld dagegen beinhaltet lediglich die Verurteilung einer inadäquaten Handlung und ist somit weitaus weniger bedrohlich für das Selbst (z.B. Lewis 1971). Ältere Ansätze zur Differenzierung von Scham- und Schuldgefühl basierten v.a. auf der Dimension privat-öffentlich (Benedict 1946). Demnach wäre Scham eine Reaktion auf ein Öffentlichwerden bzw. eine öffentliche Missbilligung eines Versagens, Fehlers oder einer Schwäche, wobei diese "Öffentlichkeit" nicht konkreter Natur sein muss, sondern auch rein imaginativ sein kann, wohingegen Schuld auf eine Verletzung moralischer Normen zurückgeht und "privat" empfunden wird.

Schon seit langem diskutieren Psychoanalytiker die Relevanz von Schamgefühlen für die Entwicklung von psychopathologischen Störungsbildern (Kaufman, 1989; Wurmser, 1981), doch bislang liegen zu diesem Thema vergleichsweise wenige Untersuchungen vor. Die bisherigen Studien, die fast ausschließlich anhand studentischer Stichproben durchgeführt wurden, zeigen, dass eine Neigung zu Schamgefühlen mit psychopathologischen Symptomen wie Angst, Hoffnungslosigkeit und Depression (Tangney et al. 1992a) sowie mit maladaptiven interpersonalen Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften wie Aggressionen, Reizbarkeit, und Misstrauen in Zusammenhang steht (Tangney et al. 1992b). In einer rezenten Studie (Wolfradt u. Sommer 2000) wurde in einer Stichprobe depressiv Erkrankter festgestellt, dass

Personen mit einer hohen Schamprägung im Falle einer Normverletzung einen stärkeren Eingriff anderer erwarten als Personen mit einer niedrigen Schamprägung. Es wird angenommen, dass Schamgefühle Handlungen im interpersonalen Kontext verhindern, indem empathische Prozesse gehemmt und Rückzugstendenzen gefördert werden. Eine Schamveranlagung kann also Zustände der Hemmung und Isolation bei Depression weiter verstärken. Es liegt Anhalt dafür vor, dass depressive Patienten höhere Schamwerte als gesunde Probanden aufweisen (Wolfradt u. Sommer 2000). In Hinblick auf die psychopathogene Bedeutung der Neigung zu Schuldgefühlen liegen sich widersprechende Befunde vor: Während in Untersuchungen mit szenarien-basierten Messinstrumenten keinerlei Beziehung zwischen der Anfälligkeit für Schuldgefühle und psychopathologischen Symptomen ermittelt wurde (Tangney et al. 1992a), wurde ein solcher Zusammenhang in Studien, die Eigenschaftswörterlisten verwandten, beobachtet (Harder et al. 1992). Das inkonsistente Ergebnismuster lässt sich vermutlich auf verschiedene Schuldkonstrukte der Messinstrumente zurückführen. Schuld erscheint aber insgesamt gesehen von einer geringeren psychopathogenetischen Relevanz als die Scham.

3. Fragestellung und Hypothesen

In der vorliegenden Studie wird die Ausprägung von alexithymen Merkmalen und emotionaler Intelligenz bei klinisch depressiven Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden untersucht. Hierfür werden zwei relativ umfangreiche Selbstbeschreibungsverfahren eingesetzt: die Toronto-Alexithymie-Skala, in einer 32-Item Langversion und die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS). Bislang stehen im deutschsprachigen Raum kaum psychometrische Instrumente zur Erhebung von emotionaler Intelligenz zur Verfügung. Zum einen wird im Folgenden versucht zu explorieren, ob und welche Unterschiede in Aspekten der emotionalen Intelligenz zwischen depressiven Patienten und gesunden Probanden bestehen. Hierzu liegen wie dargelegt bislang kaum Daten vor. Diesbzgl. wird die Hypothese aufgestellt, dass Depressive verglichen mit Gesunden geringere Werte auf verschiedenen emotionalen Intelligenzskalen erreichen. Auch wird angenommen, dass Depressive alexithymer sind als Gesunde – v.a. in Hinblick auf Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen. Allerdings wird im Rahmen unserer Studie auch geprüft, ob sich Gruppenunterschiede im Bereich der alexithymen Merkmale unabhängig vom Ausmaß der Depressivität zeigen. Es soll im Rahmen der vorliegenden Studie auch explorativ untersucht werden, ob emotionale Intelligenz bzw. Alexithymie mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen bei Depressiven zusammenhängen. Hierdurch können Hinweise gesammelt werden, ob emotionale Intelligenz oder Alexithymie z.B. mit der Erkrankungsdauer oder dem Auftreten von psychiatrischer Komorbidität zunimmt.

Um Hinweise zur konkurrenten Validität der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS) und der TAS-32 zu sammeln, werden Fragebögen zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und verschiedenen Affektivitätsaspekten (u.a. Scham) vorgegeben. Im Falle der EIS lassen sich die Daten mit denen von Fukunishi et al. (2001a, b) in einen Vergleich stellen. Es wird in diesem Zusammenhang angenommen, dass die Skalen intrapersonale EI und situationale EI der EIS negativ mit dem TAS Summenwert korrelieren. Weiterhin wird erwartet, dass die EIS-Skalen intrapersonale und situationale EI negativ mit der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus zusammenhängen. Schließlich wird angenommen, dass zwischen allen EIS-Skalen und

den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Offenheit für Erfahrung und Gewissenhaftigkeit positive korrelative Zusammenhänge bestehen.

Es wird weiterhin angenommen, dass sich unabhängig von der Untersuchungsgruppe korrelative Zusammenhänge zwischen der TAS-Subskala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und dem Ausmaß der Schamveranlagung ergeben. Suslow et al. (2000) ermittelten zwischen der TAS-20 Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und schamerfassenden Skalen der Scham-Schuld-Skala (Suslow et al. 1999) positive Korrelationen. In vorliegender Studie soll dieser Zusammenhang unter Einsatz eines anderen Messinstrumentes zur Erhebung von Scham, der Internalisierten Scham- Skala (Cook 1987, Wolfradt u. Scharrer 1996) überprüft werden. Würde sich die Hypothese bestätigen, spräche dies gegen die Validität der genannten TAS-Skala. Die vorliegende Untersuchung bietet über den Einsatz entsprechender Messinstrumente auch die Möglichkeit, die Hauptpersönlichkeitsmerkmale sowie die Schamveranlagung von depressiven Patienten und Gesunden zu vergleichen. Es wird diesbzgl. aufgrund von Befunden aus Vorstudien angenommen, dass depressiv Erkrankte zum einen höhere Neurotizismus- und niedrigere Extraversionswerte erreichen und zum anderen schamanfälliger sind als Normalprobanden.

Ein wesentlicher Teil der Untersuchung beschäftigt sich mit der Dimensionalität der EIS. Der Autor der EIS, Wise, hatte primär aus theoretischen Überlegungen drei Hauptskalen emotionaler Intelligenz konstruiert (eine intrapersonale, eine interpersonale und eine situative), die er jeweils in drei weitere Einzelskalen untergliederte. Anhand einer Hauptkomponentenanalyse soll die Dimensionalität der vorliegenden deutschen Version der EIS überprüft werden. Hierbei soll die Adäquatheit einer Drei-Faktoren-Lösung und einer Neun-Faktoren-Lösung gegenübergestellt werden. Um die Stabilität der faktorenanalytischen Ergebnisse zu prüfen, werden die Berechnungen jeweils zunächst an einer ersten Stichprobe (n=150) und anschließend an einer zweiten unabhängigen Stichprobe (n= 100) durchgeführt. Die Fragebogenwerte der zweiten Stichprobe wurden von Frau Katharina Woltersdorf gesammelt und zur Verfügung gestellt. Somit liefert die folgende Studie einen Beitrag zur Einschätzung der faktoriellen Validität der EIS. Im Ergebnisteil werden als erstes Angaben zu Reliabilitätskennwerten (interne Konsistenz) der verschiedenen Fragebogeninstrumente dargestellt. Hierdurch kann geprüft werden, ob die erreichten Reliabilitäten einen Gruppenvergleich zulässig

erscheinen lassen und andererseits können die Kennwerte hinsichtlich der deutschen Version der EIS (getrennt für psychiatrische und normale Probanden) in einen Vergleich gestellt werden mit denen von Fukunishi et al. (2001b) berichteten.

4. Methoden

4.1 Stichprobenbeschreibung und –gewinnung

4.1.1 Datenerhebung

Bei den Normalprobanden handelt es sich überwiegend um Studenten der Universität Münster, die auf dem Campus angesprochen wurden.

Die depressiven Patienten wurden an der Uni-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Münster und der Fachabteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Marien-Hospitals in Dortmund-Kirchhörde rekrutiert. Nach Absprache mit dem zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin oder dem betreuenden Psychologen/der betreuenden Psychologin wurden die Patienten auf ihren Zimmern aufgesucht, ihnen der Hintergrund der Untersuchung und Datenerhebung erklärt und die Vorgehensweise bei der Beantwortung der Fragebögen erläutert. Bei einem weiteren Besuch wurden dann eventuelle Fragen geklärt und die ausgefüllten Fragebögen eingesammelt.

Nicht wenige Patienten lehnten aber auch eine Teilnahme an der Studie ab, da sie sich mit den Fragebögen überfordert fühlten.

4.1.2 Normalprobanden

Insgesamt nahmen 100 Normalprobanden an der Untersuchung teil, wobei es sich um 46 männliche und 54 weibliche Probanden handelt.

In allen Fällen waren die Untersuchungsteilnehmer Studenten aus verschiedenen Fachbereichen. Auch Fachhochschulstudenten wurden eingeschlossen, somit war Fachhochschulreife oder Abitur der höchste Schulabschluss. In einigen Fällen war auch eine abgeschlossene Berufsausbildung absolviert worden.

Das Durchschnittsalter der Normalprobanden betrug 25.9 Jahre, der Range in Bezug auf das Alter 21 bis 40 Jahre.

Von den 100 Probanden waren 99 % ledig (davon 32% in fester Partnerschaft) und 1 % verheiratet.

Der mittlere Intelligenzquotient, der anhand des verbalen Intelligenztests MWT-B ermittelt wurde, betrug 109.8. Der Range erstreckt sich in diesem Fall von 92 bis 143.

4.1.3 Depressive Patienten

Im Falle der depressiven Patienten war ein wichtiges Ausschlusskriterium das Vorliegen einer bipolaren Störung. Weiterhin sollten die Patienten kognitiv in der Lage sein, die Fragebögen ohne Hilfe auszufüllen. Da depressive Patienten häufig unter Konzentrationsstörungen leiden, wurden sie in der Regel nach Abklingen der akuten Depression untersucht.

Insgesamt haben 50 Patienten die Fragebögen ausgefüllt, dabei handelt es sich um 28 weibliche und 22 männliche Patienten.

Die mittlere Krankheitsdauer in Jahren betrug 10.4 mit einem Range von 1 bis 30.

Die häufigste ICD-10 Diagnose war F32.2 = Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (n=14), gefolgt von F33.2 = Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (n=12). An dritter Stelle der Diagnosehäufigkeit lagen F32.1 = Mittelgradige depressive Episode, F32.3 = Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, F32.9 = Depressive Episode (nicht näher bezeichnet) und F33.3 = Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (jeweils n=6). Jeweils dreizehn Patienten hatten eine weitere psychiatrische Diagnose, wobei hier am häufigsten die Sozialen Phobien (F40.1) (n=4), Dysthymia (F34.1) (n=3) und Angststörung (F41.9) sowie Akute Belastungsreaktion (F43.0) (jeweils n=2) auftraten. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 51.1 Jahre bei einem Range von 27 bis 74. 66 % der Patienten waren verheiratet, 12 % ledig, 6 % lebten in einer festen Partnerschaft, 8 % waren geschieden und 8 % verwitwet.

Das (Fach-) Abitur als höchsten Berufsabschluss erreichten 40 % der Patienten, 36 % schlossen die Haupt- bzw. Volksschule ab, und 24 % erlangten die Mittlere Reife bzw. den Realschulabschluss.

30 % der Patienten besuchten für 8 Jahre die Schule, 10 % für 9 Jahre. 10 Schuljahre gaben 8 % der Patienten an, jeweils 4 % gingen 11 bzw. 12 Jahre zur Schule. 38% gaben 13 Schuljahre an und 6 % der Patienten besuchte die Schule sogar für 14 Jahre. Der höchste Berufsabschluss war für 54 % die Lehre bzw. die Fachschule, es folgten ein Abschluss in (Fach-) Hochschule/ Universität mit 30 % und ein Meister mit 8 %. Ohne Berufsabschluss waren 6 % der Patienten.

Der mittlere ermittelte Intelligenzquotient lag bei 110.6, der Range erstreckte sich von 81 bis 143.

Tab. 1: Alter, verbale Intelligenz und Schuljahre in den Untersuchungsgruppen

| | Studenten (n=100) M (SD) | Patienten (n=50) M (SD) |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Alter der Probanden (Jahre) | 25.86 (2.81) | 51.08 (12.63) |
| IQ nach MWT-B (Punkte) | 109.82 (12.91) | 110.58 (16.54) |
| Anzahl der Schuljahre | 13.06 (0.34) | 10.81 (2.31) |

4.2 Vor- und Nachteile der Fragebogenmethode

Wie wohl bei jeder Datenerhebung gibt es auch bei der Fragebogenmethode gewisse Vor- und Nachteile.

Ein Nachteil ist die Möglichkeit einer absichtlichen Falschantwort durch den Probanden, zum Beispiel weil er Beantwortungstendenzen in Richtung soziale Erwünschtheit zeigt oder sich in manchen Fällen schämt, die zutreffende Aussage anzukreuzen.

Aber auch unabsichtliche oder unbewusste Selbsttäuschungen und Defizite in der Selbstbeobachtung sind nicht auszuschließen.

Die einzelnen Itemaussagen können von den Probanden unterschiedlich interpretiert werden, was typisch für diese subjektive Methode der Datengewinnung ist. Darüber hinaus kann die Tendenz bestehen, den mittleren oder neutralen Wert auf einer Skala anzukreuzen.

Die Vorteile der Fragebogenmethode sind überwiegend durch ökonomische Handhabung zu erklären. Sowohl die Kosten als auch der Zeitaufwand des Untersuchers nach einer relativ kurzen Einweisungszeit des Probanden liegen im unteren Bereich. Die verschiedenen Items lassen normalerweise keine Fragen offen, so dass der Proband keine Hilfe bei der Beantwortung der Fragen benötigt.

Teilweise sind Informationen anhand der Fragebogenmethode viel einfacher zu erheben. So sind zum Beispiel Fragen, die den Intimbereich des Probanden oder andere für den Probanden schambehaftete Fragen betreffen, auf diese Art angenehmer und leichter zu beantworten als in einem persönlichen Gespräch.

Ein weiterer Vorteil der Fragebogenmethode ist die Möglichkeit der Standardisierung und Vergleichbarkeit der einzelnen Items.

4.3 Beschreibung der Fragebögen

4.3.1 Das NEO-Fünf-Faktoreninventar (NEO-FFI)

Bei dem NEO-FFI handelt es sich um eine Kurzform des NEO Personality Inventory von Costa und McCrae (1985, 1989), die von Borkenau und Ostendorf aus dem Englischen übersetzt wurde (Borkenau u. Ostendorf 1993).

Das NEO-FFI ist ein Verfahren zur Erfassung folgender fünf Persönlichkeitsmerkmale:

- Neurotizismus
- Extraversion
- Offenheit für Erfahrung
- Verträglichkeit
- Gewissenhaftigkeit.

Im Gegensatz zu anderen Persönlichkeitstests wird beim NEO-FFI eine große Bandbreite von Persönlichkeitsmerkmalen erfasst.

Das NEO-FFI besteht aus 60 Items, die auf einer fünffach gestuften Skala von Starke Ablehnung/ Ablehnung/ Neutral/ Zustimmung/ Starke Zustimmung zu beantworten sind. Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa 10 Minuten.

Probanden mit hohen Werten in Neurotizismus können als traurig, ängstlich und verlegen beschrieben werden. Sie regen sich leichter über etwas auf als andere, ent-rüsten sich eher. Dabei fällt es ihnen schwer, auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.

Patienten, die hohe Werte in Extraversion erreichen, gelten als aktiv, durchsetzungs-fähig, gesprächig, tatkräftig und optimistisch. Sie sind offen für Anregungen und Aufregungen.

Eine hohe Punktzahl in der Skala Offenheit für Erfahrung erreichen solche Personen, die Abwechslung bevorzugen, wissbegierig und interessiert an persönlichen und öffentlichen Ereignissen und unabhängig in ihrem Urteil sind.

Patienten mit hohen Werten in der Skala Verträglichkeit sind stark harmoniebedürftig, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Weitere Merkmale sind Altruismus und Nachgiebigkeit.

Patienten, die eine hohe Punktzahl in Gewissenhaftigkeit erreichen, haben die Eigenschaften ausdauernd, genau, zuverlässig, zielstrebig und systematisch zu sein.

Da beim NEO-FFI in erster Linie relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale erfasst werden, ist der Fragebogen nicht zur Veränderungsmessung geeignet.

4.3.2 Profile of Mood States (POMS)

Ursprünglich wurde das POMS von McNair et al. (1971) verfasst. 1989 entwickelte Dangel eine deutschsprachige Kurzform mit 35 Items, die die vier Stimmungszustände Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Tatendrang und Missmut erfassen. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren der Selbstbeschreibung. Die 35 Befindlichkeitsadjektive (z.B. zornig, abgeschlafft, unglücklich) sind auf einer Skala von 0=überhaupt nicht bis 6=sehr stark zu beurteilen, inwiefern dieses Gefühl in der vergangenen Woche auftrat.

Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa 5-10 Minuten.

Das Profile of Mood States ist ein Fragebogen, der nicht nur in der Psychiatrie angewandt wird, sondern auch bei Karzinom-Patienten, Epileptikern und HIV-Patienten zur Erfassung der Befindlichkeit eingesetzt wird.

4.3.3 State-Trait-Angstinventar

Beim State-Trait-Angstinventar handelt es sich um die deutsche Fassung (Laux et al. 1981) des 1970 von Spielberger et al. entwickelten State-Trait-Anxiety Inventory. Das STAI besteht aus zwei Skalen mit jeweils 20 Items, wobei die eine Skala Angst als Zustand und die andere Skala Angst als Eigenschaft erfasst.

In der Zustandsangstskala sind die Items auf einer Skala von 1=überhaupt nicht bis 4=sehr hinsichtlich der Intensität des Gefühls zu beantworten. Die Beantwortung der Eigenschaftsangst-Items erfolgt auf einer Skala von 1=fast nie bis 4=fast immer.

In vorliegender Arbeit wurde lediglich die Skala Eigenschaftsangst (Trait-Angst) verwendet.

Auch hierbei handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren der Selbstbeschreibung, das sowohl in der Psychiatrie als auch nach operativen Eingriffen zur Untersuchung emotionaler Auswirkungen verwendet wird.

Die Bearbeitungszeit des STAI liegt bei etwa 5 Minuten.

4.3.4 Beck Depressions Inventar

Das Beck Depressions Inventar wurde von Beck und Steer (1987) zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik entwickelt. Darunter fallen Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Selbsthass und Selbstmordimpulse.

Es handelt sich dabei wiederum um ein standardisiertes Verfahren der Selbstbeurteilung. Der Fragebogen besteht in der Originalversion aus 21 Items, die als Selbstaussagen formuliert sind.

Ursprünglich wurde das BDI für klinische Anwendungen bei psychiatrischen Patienten entwickelt, mittlerweile ist die Anwendung jedoch auch im medizinischen Bereich verbreitet.

In vorliegender Untersuchung wurde das BDI-r, eine vereinfachte Version des BDI von Schmitt und Maes (2000), eingesetzt. Das BDI-r besteht aus 20 Items.

Auf einer Skala von 0 = nie bis 5 = fast immer beurteilen die Probanden, wie häufig in der vergangenen Woche bestimmte Stimmungen oder Sichtweisen auftraten.

4.3.5 Internalisierte Scham- Skala

Die Internalisierte Scham- Skala (ISS) wurde 1987 von Cook bereitgestellt. 1996 wurde die deutschsprachige Version publiziert (Wolfradt u. Scharrer 1996). Diese beinhaltet 34 Fragen, die sich eng am amerikanischen Original orientieren. Anhand von vier Skalen sollen verschiedene Schamaspekte erhoben werden und Beziehungen zwischen klinischen Störungsbildern und Schamempfinden aufgedeckt werden.

Die erste Skala trägt den Titel „Inadequate and deficient“ und enthält zehn Fragen, die zweite Skala mit der Bezeichnung „Embarrassed and exposed“ umfasst sieben Items. In der dritten Skala „Fragile and out of control“ sind 6 Fragen enthalten. Die vierte Skala mit dem Titel „Empty and lonely“ wird von fünf Items gebildet. Die restlichen sieben Fragen sind ohne Skalenzuordnung. Von Wolfradt und Scharrer (1996) wird allerdings empfohlen, auf die Berechnung der Subskalenwerte zu verzichten.

Zum theoretischen Hintergrund der ISS heißt es: Scham bezieht sich auf die ganze Person. Eine schlechte Leistung wird als Widerspiegelung eines schlechten Selbst betrachtet, das seinen Ausdruck in Gefühlen der Wertlosigkeit und Minderwertigkeit findet. In diesem Zusammenhang kommt der tatsächlichen oder vermeintlichen Missbilligung durch Andere eine herausragende Rolle bei dem subjektiven Erleben der Scham zu. Nach Cook lassen sich internalisierte Schamempfindungen auf eine familienbedingte Disposition für Sucht und auf Verlust- und Ablehnungserfahrungen zurückführen. Scham wird als so schmerzhaft empfunden, dass Abwehrmechanismen zur Schamverringering eingesetzt werden.

5. Ergebnisse

5.1 Reliabilitäten der eingesetzten Fragebogeninstrumente

Reliabilität gilt als Messgenauigkeit des Instrumentes unter Absicherung vom Inhalt bzw. als Bestimmung des Messfehlers, mit dem die Testwerte behaftet sind, unabhängig davon, ob die Werte auch valide sind. Zur Bestimmung der Testreliabilität kommen verschiedene Methoden in Frage (Lienert 1989). Bei einer einmaligen Testdurchführung empfiehlt sich außer der Testhalbierungsmethode die Analyse der internen Konsistenz. Im Falle der Konsistenzanalyse geht es darum, die Elemente eines Tests als multipel halbierte Testteile aufzufassen und die Reliabilität über Kennwerte dieser Testelemente auf indirektem Weg zu ermitteln. Cronbachs Alpha ist ein Maß zur Berechnung der internen Konsistenz. Alpha kann bei perfekter Konsistenz ein Maximum von +1 erreichen. Je kleiner Alpha, desto geringer ist die Konsistenz. Eine hohe interne Konsistenz bedeutet, dass die einzelnen Items mit der Gesamtheit der übrigen Items zusammenhängen. Bei den folgenden Angaben der internen Konsistenzkoeffizienten handelt es sich stets um Cronbachs Alpha.

5.1.1 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32): Befunde zur internen Konsistenz

Bei einem Punktwert von $\geq .90$ ist die Reliabilität als sehr hoch anzusehen, bei $\geq .80$ gilt sie als hoch, bei $\geq .70$ als ausreichend für Gruppenvergleiche. Im Falle der internen Konsistenz der TAS-32 wird der Punktwert von $.50$ nicht unterschritten, was bedeutet, dass in keinem Fall eine mangelnde bzw. mangelhafte interne Konsistenz erreicht wird. Insgesamt wird eine höhere Reliabilität für die TAS-32 sowohl in der Summe als auch in den einzelnen Subskalen in der Studentengruppe erzielt, jedoch ist hier die doppelte Anzahl von Teilnehmern der Stichprobe zu beachten. Für die Toronto-Alexithymie-Unterskalen Extern-orientierter Denkstil und Phantasie-Armut werden in der Patientengruppe mit $.51$ bzw. $.52$ nur grenzwertig ausreichende Reliabilitäten erreicht.

Tab. 2: Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für die TAS-20

| Interne Konsistenz TAS | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|------------------------|-----------------------|------------------------|
| TAS Summe | .72 | .76 |
| TAS A | .75 | .86 |
| TAS B | .73 | .80 |
| TAS C | .51 | .60 |
| TAS D | .52 | .82 |

A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

C = Extern-orientierter Denkstil

D = Phantasie-Armut

Tab. 3: Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für die EIS

| Interne Konsistenz EIS | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|
| EIS 1 Intrapersonal | .88 | .88 |
| EIS 1.1 Selbstbewusstsein | .77 | .77 |
| EIS 1.2 Eigenmotivation | .75 | .77 |
| EIS 1.3 Selbstkontrolle | .73 | .78 |
| EIS 2 Interpersonal | .88 | .82 |
| EIS 2.1 Empathie | .84 | .75 |
| EIS 2.2 Altruismus | .73 | .75 |
| EIS 2.3 Interpersonale Beziehung | .65 | .65 |
| EIS 3 Situational | .83 | .87 |
| EIS 3.1 Situatives Bewusstsein | .63 | .58 |
| EIS 3.2 Führungsqualität | .79 | .83 |
| EIS 3.3 Flexibilität | .62 | .75 |

5.1.2 Emotionale Intelligenz Skala (EIS): Befunde zur internen Konsistenz

In der Mehrheit der einzelnen Skalen der EIS werden sowohl bei den depressiven Patienten als auch bei den Normalprobanden hohe bis ausreichende Werte für die Reliabilität erzielt. Ausnahmen machen hier die Unterskalen Interpersonale Beziehung und Situatives Bewusstsein in beiden Untersuchungsgruppen, als auch die Unterskala Flexibilität in der Patientenstichprobe, in denen jeweils Werte $\leq .65$ erreicht werden.

5.1.3 NEO Fünffaktoren-Inventar (NEO-FFI): Befunde zur internen Konsistenz

Im NEO-Fünffaktoren-Inventar werden in der Patientengruppe hohe bis grenzwertig ausreichende interne Konsistenzen erreicht. In der Studentengruppe wurden hohe bis ausreichende interne Konsistenzen für die Skalen des NEO-FFI ermittelt.

Tab. 4: Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für das NEO-FFI

| Interne Konsistenz NEO | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|------------------------|-----------------------|------------------------|
| NEO Neurotizismus | .82 | .82 |
| NEO Extraversion | .80 | .75 |
| NEO Offenheit | .59 | .72 |
| NEO Verträglichkeit | .75 | .75 |
| NEO Gewissenhaftigkeit | .78 | .80 |

5.1.4 BDI, STAI und ISS: Befunde zur internen Konsistenz

Da es sich beim BDI, beim STAI und bei der ISS jeweils um vielfach evaluierte und erprobte Standardverfahren der Testpsychologie handelt, wurden erwartungsgemäß überwiegend sehr hohe interne Konsistenzen in beiden Untersuchungsgruppen beobachtet.

Tab. 5: Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für BDI, STAI und ISS

| | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| Interne Konsistenz ISS | .96 | .94 |
| Interne Konsistenz STAI | .88 | .90 |
| Interne Konsistenz BDI | .92 | .91 |

5.1.5 POMS: Befunde zur internen Konsistenz

Auch im Profile of Mood States konnten sowohl in der Studenten- als auch in der Patientengruppe hohe bzw. sehr hohe Reliabilitäten erzielt werden. Auch hier entsprechen die hohen internen Konsistenzen den Erwartungen an ein psychometrisches Standardverfahren.

Tab. 6: Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für die POMS

| Interne Konsistenz POMS | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| POMS Niedergeschlagenheit | .94 | .88 |
| POMS Müdigkeit | .91 | .92 |
| POMS Tatendrang | .89 | .91 |
| POMS Missmut | .91 | .91 |

5.2 Vergleich der Untersuchungsgruppen

5.2.1 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32)

Die Ergebnisse von t-Tests für unabhängige Stichproben zeigen an, dass der Summenwert der TAS bei den Normalprobanden signifikant niedriger ausfällt als bei den depressiven Patienten, $t(148) = -8.15, p < .001$.

Depressive Patienten haben größere Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen, $t(148) = -7.58, p < .001$, als auch bei der Beschreibung von Gefühlen, $t(148) = -5.62, p < .001$.

Die Studenten manifestieren ein weniger stark ausgeprägtes extern orientiertes Denken verglichen mit den Depressiven, $t(148) = -2.04, p < .05$.

Die depressiven Patienten besitzen weiterhin eine größere Phantasiearmut als die Studenten, $t(148) = -2.60, p \leq .01$.

Tab. 7: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Untersuchungsgruppen auf der TAS-32

| | Patienten (n= 50) | Studenten (n = 100) |
|--------------|-------------------|---------------------|
| TAS Summe ** | 91.32 (11.66) | 75.38 (11.10) |
| TAS A ** | 21.92 (5.72) | 14.78 (5.29) |
| TAS B ** | 25.44 (5.63) | 20.04 (5.51) |
| TAS C ^ | 28.98 (4.73) | 27.31 (4.74) |
| TAS D * | 14.98 (3.37) | 13.25 (4.06) |

Legende: ^ $p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

C = Extern-orientierter Denkstil

D = Phantasie-Armut

Um zu kontrollieren, ob Unterschiede in der Depressivität den Gruppenunterschieden bzgl. der alexithymen Merkmale unterliegen, wurden zusätzlich einfaktorielle Kovarianzanalysen gerechnet, bei denen der BDI-Gesamtwert als Kovariate einging. Im Falle des TAS-32 Gesamtwertes blieben signifikante Gruppenunterschiede bei Kontrolle der Zustandsdepressivität bestehen, $F(1,150) = 9.69, p < .01$. Bei der Unterskala Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mehr feststellen nach Herab-partialisieren des Einflusses der Depressivität, $F(1,150) = 2.19, p = .14$. Die Depressivität der Patienten erscheint also den Gruppenunterschied bzgl. der Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen zu erklären.

5.2.2 Emotionale Intelligenz-Skala (EIS)

Auf der Skala intrapersonale EI werden von den Studenten geringfügig, aber dennoch signifikant höhere Punktwerte als von den Patienten erreicht, was darauf zurückzuführen ist, dass die Normalprobanden über ein größeres Selbstbewusstsein sowie über mehr Selbstkontrolle verfügen, $t(148) = 1.98$ bzw. $t(148) = 2.02$, $ps \leq .05$. Lediglich in der Subskala Eigenmotivation wird kein signifikanter Unterschied deutlich.

Depressive Patienten sind altruistischer als Studenten aus der Vergleichsgruppe, $t(148) = -2.34$, $p \leq .05$, während die Normalprobanden höhere Punktwerte in der Subskala Interpersonale Beziehung erzielen, $t(148) = 2.65$, $p \leq .01$. Kein signifikanter Unterschied manifestiert sich in der Subskala Empathie.

Im Falle der situativen Subskalen Situatives Bewusstsein, Führungsqualität und Flexibilität erreichen die Depressiven durchgehend niedrigere Punktwerte als die gesunden Vergleichsprobanden, $t(148) = 3.40$, $t(148) = 4.17$ bzw. $t(148) = 5.19$, $ps \leq .001$.

Tab. 8: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Untersuchungsgruppen auf der EIS

| | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|------------------------------------|--------------------|---------------------|
| EIS 1 Intrapersonal ^ | 53.78 (11.56) | 57.66 (9.77) |
| EIS 1.1 Selbstbewusstsein ^ | 15.78 (4.20) | 17.07 (3.53) |
| EIS 1.2 Eigenmotivation | 15.06 (3.92) | 15.92 (3.38) |
| EIS 1.3 Selbstkontrolle ^ | 22.94 (5.37) | 24.67 (4.70) |
| EIS 2 Interpersonal | 54.10 (11.21) | 54.95 (8.48) |
| EIS 2.1 Empathie | 16.18 (4.69) | 16.65 (3.44) |
| EIS 2.2 Altruismus ^ | 16.94 (3.80) | 15.48 (3.54) |
| EIS 2.3 Interpersonale Beziehung * | 20.98 (4.34) | 22.82 (3.84) |
| EIS 3 Situational ** | 44.96 (9.84) | 53.05 (9.19) |
| EIS 3.1 Situatives Bewusstsein ** | 20.94 (4.40) | 23.19 (3.50) |
| EIS 3.2 Führungsqualität ** | 11.83 (4.34) | 14.25 (3.79) |
| EIS 3.3 Flexibilität ** | 12.64 (3.34) | 15.61 (3.28) |

Legende: ^ $p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

5.2.3 NEO-FFI

Depressive Patienten sind introvertierter und weniger offen als die Studenten aus der Vergleichsgruppe, $t(147) = 8.89$ bzw. $t(147) = 5.75$, $ps \leq .001$. Die Patienten erreichen höhere Punktwerte in der Skala Neurotizismus als die Studenten, $t(147) = -7.84$, $p \leq .001$.

Sowohl auf der Skala Verträglichkeit als auch auf der Skala Gewissenhaftigkeit wird kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Untersuchungsgruppen deutlich.

Tab. 9: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Untersuchungsgruppen auf dem NEO-FFI

| | Patienten (n = 49) | Studenten (n = 100) |
|------------------------|--------------------|---------------------|
| NEO Neurotizismus ** | 41.33 (7.58) | 31.36 (7.15) |
| NEO Extraversion ** | 32.45 (7.19) | 41.94 (5.53) |
| NEO Offenheit ** | 37.63 (5.22) | 43.39 (5.98) |
| NEO Verträglichkeit | 43.76 (5.50) | 43.57 (5.74) |
| NEO Gewissenhaftigkeit | 44.82 (6.44) | 44.17 (6.03) |

Legende: $\wedge p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

5.2.4 Affektivitätsskalen (BDI, STAI, ISS, POMS)

Wie zu erwarten manifestieren die depressiv Erkrankten deutlich höhere BDI-Werte als die Normalprobanden, $t(148) = -10.33$, $p \leq .001$.

Weiterhin werden von den Depressiven im STAI und in der ISS deutlich höhere Punktwerte erreicht, $t(148) = -11.25$ bzw. $t(148) = -7.71$, $ps \leq .001$.

Die Patienten sind niedergeschlagener und müder als die Studenten, $t(148) = -11.18$ bzw. $t(148) = -5.34$, $ps \leq .001$. Des Weiteren erzielen die Depressiven niedrigere Punktwerte in der POMS-Skala Tatendrang, $t(148) = -3.65$, $p \leq .001$.

Die Studenten sind der POMS zufolge auch weniger missmutig gestimmt als die depressiv Erkrankten, $t(148) = -2.82$, $p \leq .01$.

Tab. 10: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Untersuchungsgruppen auf BDI, STAI, ISS und POMS

| | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|------------------------------|--------------------|---------------------|
| BDI ** | 49.14 (20.45) | 20.99 (12.76) |
| STAI ** | 54.98 (10.05) | 37.00 (8.79) |
| ISS ** | 94.20 (26.71) | 66.44 (17.13) |
| POMS Niedergeschlagenheit ** | 37.78 (20.02) | 10.56 (9.85) |
| POMS Müdigkeit ** | 23.62 (9.70) | 15.11 (8.95) |
| POMS Tatendrang ** | 13.32 (8.27) | 18.43 (7.98) |
| POMS Missmut * | 11.50 (10.43) | 7.26 (7.65) |

Legende: $\wedge p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

5.2.5 Verbale Intelligenz (MWT-B)

Die depressiv Erkrankten erreichen im MWT-B einen nicht signifikant höheren Intelligenzquotienten als die studentische Vergleichsgruppe, $t(148) = -.31$, $p > .05$. Dieses könnte mit dem im Durchschnitt höheren Lebensalter der Patienten im Vergleich zu den Normalprobanden erklärt werden, da eine größere Lebenserfahrung die Ausbildung eines umfangreicheren Lexikons begünstigt.

Tab. 11: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Untersuchungsgruppen auf dem MWT-B

| | Patienten (n = 50) | Studenten (n = 100) |
|---------------|--------------------|---------------------|
| IQ nach MWT-B | 110.58 (16.54) | 109.82 (12.91) |

Legende: $\wedge p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

5.3 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32)

5.3.1 Interkorrelationen der Subskalen

Für die TAS-32 zeigt sich in der Studententstichprobe auf der Ebene der Einzelskalen eine hochsignifikante positive Korrelation zwischen den Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen. Ansonsten ergibt sich hier nur noch eine negative Korrelation zwischen der Skala Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen und der Skala Phantasiearmut. Bei den Patienten findet sich zwar auch eine Korrelation zwischen den Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen, doch korreliert hier nur noch die Skala extern-orientierter Denkstil positiv mit der Skala Phantasiearmut. Dies verweist für die beiden letztgenannten Skalen der TAS-32 auf mögliche inhaltliche Konstrukt-differenzen zwischen den Untersuchungsgruppen.

Tab. 12: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den einzelnen TAS-32 Skalen (oberhalb der Diagonalen für die Studententstichprobe, unterhalb der Diagonalen für die depressiven Patienten)

| | | Studenten | | | |
|---------|---------|-----------|-------|-------|--------|
| | TAS SUM | TAS A | TAS B | TAS C | TAS D |
| TAS SUM | | .55** | .79** | .57** | .29* |
| TAS A | .72** | | .41** | -.02 | -.34** |
| TAS B | .64** | .40* | | .19 | .04 |
| TAS C | .61** | .12 | .05 | | .16 |
| TAS D | .32^ | -.05 | -.22 | .40* | |

Patienten

Legende: ^ $p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen
 TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
 TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
 TAS C = Extern-orientierter Denkstil
 TAS D = Phantasie-Armut

5.3.2 Korrelationen mit emotionaler Intelligenz

In der Studentenstichprobe bringt die Korrelationsanalyse zwischen TAS-32 und EIS eine Reihe von signifikanten Korrelationen zutage. Der Summenwert der TAS hängt signifikant invers mit allen drei Skalen der EIS zusammen. Allerdings ergibt sich für die Einzelskalen ein differenzierteres Bild. Während die TAS-Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen, Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und extern-orientierter Denkstil jeweils signifikant negativ mit den EIS Skalen intrapersonale EI und situative EI zusammenhängen, korrelieren die TAS-Skalen extern-orientierter Denkstil und Phantasiearmut lediglich mit der Skala EIS 2 (interpersonale EI). Schwierigkeiten beim Identifizieren und Benennen von Gefühlen erscheinen erwartungsgemäß mit einer niedrigen intrapersonalen (aber auch einer niedrigen situativen) emotionalen Intelligenz assoziiert. Sie erscheinen nach vorliegenden Ergebnissen aber unabhängig von interpersonalen Aspekten emotionaler Intelligenz (d.h. Empathie, Altruismus und interpersonale Fähigkeiten (im Hinblick auf Führung, Kontaktierung, Unterstützung anderer)). Ein extern orientiertes Denken und Phantasiearmut erscheinen hingegen mit geringeren empathischen und interpersonalen Fähigkeiten einherzugehen. Im Übrigen fällt auf, dass die Skala Phantasiearmut ein gegenüber den anderen TAS-Skalen sehr differentes Korrelationsmuster mit der EIS zeigt.

Tab. 13: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und der EIS in der Studentenstichprobe (n = 100)

| | EIS 1 | EIS 2 | EIS 3 |
|---------|--------|-------|--------|
| TAS SUM | -.55** | -.28* | -.54** |
| TAS A | -.54** | -.01 | -.50** |
| TAS B | -.38** | -.13 | -.47** |
| TAS C | -.40** | -.31* | -.21^ |
| TAS D | .18 | -.22^ | .05 |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen
TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
TAS C = Extern-orientierter Denkstil
TAS D = Phantasie-Armut

EIS 1 = Intrapersonal
EIS 2 = Interpersonal
EIS 3 = Situational

Tab. 14: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und der EIS in der Patientenstichprobe (n = 50)

| | EIS 1 | EIS 2 | EIS 3 |
|---------|-------|-------|-------|
| TAS SUM | -.26 | -.16 | -.24 |
| TAS A | -.27 | -.15 | -.24 |
| TAS B | -.28 | -.22 | -.27 |
| TAS C | -.08 | .06 | .00 |
| TAS D | .12 | -.04 | .02 |

Legende: $\wedge p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen

TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

TAS C = Extern-orientierter Denkstil

TAS D = Phantasie-Armut

EIS 1 = Intrapersonal

EIS 2 = Interpersonal

EIS 3 = Situational

Betrachtet man die Korrelationen zwischen TAS und EIS in der Patientenstichprobe (siehe Tabelle 14), so fällt auf, dass keiner der Koeffizienten als statistisch signifikant zu bewerten ist. Die Höhe der Korrelationen ist im Vergleich zu den Normalprobanden auch deutlich niedriger. Somit ergibt sich hier ein Hinweis, dass im Falle der depressiven Patienten Alexithymie und emotionale Intelligenz im Wesentlichen voneinander unabhängige Konstrukte sind. Andererseits könnte dieses Ergebnismuster darauf verweisen, dass TAS bzw. EIS bei den Depressiven anders als bei den Normalprobanden (weitgehend) unterschiedliche Konstrukte messen. Somit kann aber für die Patientenstichprobe anders als für die Normalprobanden die Hypothese nicht bestätigt werden, dass der TAS- Summenwert mit den Skalen intrapersonale EI und situationale EI der EIS (negativ) korreliert.

5.3.3 Korrelationen mit Persönlichkeitseigenschaften

Der TAS-Summenwert hängt in der Studentenstichprobe wie erwartet signifikant positiv mit der Skala Neurotizismus und negativ mit den Skalen Extraversion, Offenheit und Verträglichkeit des NEO-FFI zusammen. Auf der Ebene der Einzelskalen korrelieren v.a. die Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen (positiv) und Phantasiearmut (negativ) mit dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus. Insgesamt

gesehen korrelieren die fünf Persönlichkeitsdimensionen sehr unterschiedlich mit den Skalen der TAS-32. Eine Neigung zur Introversion geht offensichtlich mit Schwierigkeiten beim Identifizieren und Benennen von Gefühlen einher. Offenheit für Erfahrung ist hingegen mit einem Phantasie-reichtum und einem Denkstil verknüpft, der sich nicht stark auf externe Details bezieht. Die Persönlichkeitseigenschaft der Verträglichkeit ist mit keiner der alexithymen Merkmale der TAS assoziiert. Schließlich geht eine hohe Gewissenhaftigkeit bei den Normalprobanden mit einer Fähigkeit, seine Gefühle zu identifizieren, und einem wenig extern orientiertem Denken einher.

Tab. 15: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und dem NEO-FFI in der Studentenstichprobe (n = 100)

| | NEO N | NEO E | NEO O | NEO V | NEO G |
|---------|-------|--------|--------|-------|--------|
| TAS SUM | .28* | -.37** | -.42** | -.02 | -.37** |
| TAS A | .63** | -.33** | .11 | .10 | -.43** |
| TAS B | .25^ | -.39** | -.20^ | .08 | -.18 |
| TAS C | -.09 | -.09 | -.52** | -.17 | -.32** |
| TAS D | -.31* | .06 | -.41** | -.09 | .15 |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen

TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen

TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen

TAS C = Extern-orientierter Denkstil

TAS D = Phantasie-Armut

N = Neurotizismus

E = Extraversion

O = Offenheit

V = Verträglichkeit

G = Gewissenhaftigkeit

Bei der vorliegenden Korrelationsanalyse zwischen TAS und NEO-FFI wird für die depressiven Patienten zumindest teilweise eine, verglichen mit den Normalprobanden, ähnliche Zusammenhangsstruktur ermittelt. Der TAS-Summenwert korreliert hier wie erwartet positiv mit der Skala Neurotizismus und negativ mit den Skalen Extraversion und Offenheit des NEO-FFI – allerdings nicht mit der Skala Verträglichkeit. Die Korrelationen von Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrung mit den Skalen der TAS fallen bei den Depressiven vom Muster her fast identisch aus im Vergleich zu den Studenten. Allerdings zeigen die Skalen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit ein anderes korrelatives Muster bei den Patienten. Hier ist die

Persönlichkeitseigenschaft der Gewissenhaftigkeit mit keiner der alexithymen Merkmale der TAS assoziiert. Hingegen manifestiert die Skala Verträglichkeit negative Korrelationen mit den Skalen extern-orientierter Denkstil und Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen.

Tab. 16: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und dem NEO-FFI in der Patientenstichprobe (n = 49)

| | NEO N | NEO E | NEO O | NEO V | NEO G |
|---------|-------|-------|--------|--------|-------|
| TAS SUM | .36* | -.43* | -.52** | -.50** | -.14 |
| TAS A | .68** | -.43* | -.20 | -.30^ | -.22 |
| TAS B | .35^ | -.39* | -.19 | -.20 | -.17 |
| TAS C | -.26 | .02 | -.56** | -.39* | -.04 |
| TAS D | -.24 | -.06 | -.28* | -.25 | .26 |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen
TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
TAS C = Extern-orientierter Denkstil
TAS D = Phantasie-Armut

N = Neurotizismus
E = Extraversion
O = Offenheit
V = Verträglichkeit
G = Gewissenhaftigkeit

5.3.4 Korrelationen mit Affektivitätsskalen

Betrachtet man die korrelativen Zusammenhänge in der Studentenstichprobe zwischen der TAS-32 und den Affektivitätsskalen BDI, ISS, STAI und POMS, so ist zunächst festzuhalten, dass der TAS-Summenwert mit Depressivität, Schamanfälligkeit und Ängstlichkeit zusammenhängt. Mit der POMS, die Befindlichkeiten in Bezug auf die letzte Woche erfasst, korreliert mit Ausnahme der Skala Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen kaum eine der TAS-Skalen. Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen zeigt mit fast allen eingesetzten Affektivitätsskalen hochsignifikante (positive) Korrelationen. Die TAS-Skala Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen korreliert niedriger aber auch konsistent mit BDI, ISS und STAI. Damit wird für die Normalprobanden die Beobachtung aus Vorstudien bestätigt, dass die TAS-Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen mit Skalen zur Erfassung von Schamanfälligkeit (hier die ISS) zusammenhängt.

Die Skala extern-orientierter Denkstil erscheint unabhängig von den Affektivitätsskalen und hebt sich damit sehr von der TAS-Skala Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen ab. Die TAS-Skala Phantasiearmut korreliert schließlich negativ mit der ISS und dem STAI. Das heißt, dass eine stark ausgeprägte Phantasiearmut mit einer geringen Schamananfälligkeit und einer geringen Ängstlichkeit assoziiert ist.

Tab. 17: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und den Affektivitätsskalen in der Studentenchprobe (n = 100)

| | BDI SUM | ISS SUM | STAI SUM | POMS N | POMS MU | POMS T | POMS MI |
|------------|------------------|------------|-------------|------------------|------------|-------------------|------------|
| TAS SUM | .36** | .36** | .32** | .20 [^] | .17 | -.17 | .05 |
| TAS A | .54** | .72** | .60** | .36** | .32** | -.08 | .27* |
| TAS B | .25 [^] | .28* | .29* | .19 | .12 | -.21 [^] | .01 |
| TAS C | .10 | -.05 | -.01 | -.03 | .02 | -.10 | -.09 |
| TAS D | -.18 | -.28* | -.29* | -.13 | -.15 | .05 | -.11 |

Legende: [^]p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen
TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
TAS C = Extern-orientierter Denkstil
TAS D = Phantasie-Armut

POMS N = Niedergeschlagenheit
POMS MU = Müdigkeit
POMS T = Tatendrang
POMS MI = Missmut

Der Summenwert der TAS korreliert in der Patientenstichprobe in ähnlicher Weise wie in der Studentenchprobe mit den angewandten Affektivitätsskalen. Die Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen korrelieren auch bei den Patienten hoch mit fast allen eingesetzten Affektivitätsskalen, und die Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen korrelieren ebenfalls etwas niedriger aber konsistent mit BDI, ISS und STAI. Auch hier finden sich keine Zusammenhänge zwischen der TAS-Skala extern-orientierter Denkstil und den Affektivitätsskalen. Im Unterschied zu den Studenten finden sich bei den depressiven Patienten auch für die Skala Phantasiearmut keine signifikanten Korrelationen mit den Affektivitätsskalen.

Tab. 18: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und den Affektivitätsskalen in der Patientenstichprobe (n = 50)

| | BDI SUM | ISS SUM | STAI SUM | POMS N | POMS MU | POMS T | POMS MI |
|------------|------------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|
| TAS SUM | .54** | .31^ | .42* | .36^ | .39* | .23 | .24 |
| TAS A | .65** | .61** | .48** | .59** | .51** | .37* | .55** |
| TAS B | .37* | .30^ | .40* | .30^ | .27 | .12 | .10 |
| TAS C | .10 | -.21 | .00 | -.12 | .11 | .10 | .00 |
| TAS D | .00 | -.16 | -.03 | -.24 | -.07 | -.11 | -.25 |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen
 TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
 TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
 TAS C = Extern-orientierter Denkstil
 TAS D = Phantasie-Armut

POMS N = Niedergeschlagenheit
 POMS MU = Müdigkeit
 POMS T = Tatendrang
 POMS MI = Missmut

5.3.5 Korrelationen mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen

Die vorliegende Korrelationsanalyse ergibt, dass das Ausmaß der TAS-Alexithymie nicht mit dem Auftreten von Komorbidität zusammenhängt. Depressive Patienten mit und solche ohne eine weitere psychiatrische Diagnose (z.B. eine Angststörung wie soziale Phobie oder eine akute Belastungsreaktion) erscheinen sich hiernach bezüglich verschiedener alexithymer Merkmale nicht voneinander zu unterscheiden. Auch die Dauer der depressiven Erkrankung war nicht mit alexithymer Merkmalen verkorreliert. Das deutet darauf hin, dass auch bei längerer Krankheitsdauer keine Zunahme von alexithymer Auffälligkeiten stattfindet. Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen erscheinen mit zunehmendem Alter sogar abzunehmen. Schließlich geht ein männliches Geschlecht (bei depressiven Patienten) eher mit einem extern-orientierten Denken einher. Die beiden letztgenannten Korrelationen fallen allerdings in der Höhe gering aus (siehe Tabelle 19).

Tab. 19: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den TAS-32 Skalen und Erkrankungsmerkmalen sowie soziodemographischen Variablen in der Patientenstichprobe (n = 50)

| | Komorbidität | Erkrankungsdauer | Alter | Geschlecht |
|---------|--------------|------------------|-------------------|------------------|
| TAS SUM | -.08 | .13 | -.15 | .28 [^] |
| TAS A | -.10 | .27 | -.29 [^] | .06 |
| TAS B | -.01 | .06 | -.12 | .27 |
| TAS C | -.06 | -.16 | -.02 | .31 [^] |
| TAS D | .02 | .13 | .19 | -.01 |

Legende: [^]p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

TAS SUM = Summe der TAS-Skalen
TAS A = Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
TAS B = Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
TAS C = Extern-orientierter Denkstil
TAS D = Phantasie-Armut

5.4 Emotionale Intelligenz-Skala (EIS)

5.4.1 Interkorrelationen der Subskalen

Betrachtet man die Korrelationen zwischen den Skalen der EIS, so fällt zum einen auf, dass alle drei Skalen der EIS (intrapersonal, interpersonal und situational) in beiden Stichproben – wie zu erwarten - geringe bis mittlere positive Korrelationen zeigen, die in allen Fällen statistische Signifikanz erreichen. Die einzelnen Merkmale emotionaler Intelligenz scheinen also deutlich zusammenzuhängen. Bei Studenten wie Depressiven findet sich die höchste Interkorrelation zwischen den Skalen intrapersonale EI und situationale EI. Interessanterweise korrelieren in der Studentenstichprobe die Subskalen Empathie und Altruismus der Skala interpersonale EI zwar hochsignifikant miteinander, aber ansonsten korrelieren sie weder mit Skalen der intrapersonalen EI noch mit Skalen der situationalen EI. Hier zeigt sich also ein differentielles Korrelationsmuster der Subskalen Empathie und Altruismus. Ein solches scharf geschnittenes differentielles Korrelationsmuster lässt sich für diese Subskalen in der Patientenstichprobe nicht erkennen. Hier findet man vor allem deutliche Zusammenhänge der Skalen Empathie und Altruismus mit der intrapersonalen EI. Wie zu erwarten, korrelieren bei Patienten wie Normalprobanden die Skalenwerte (intrapersonal, interpersonal und situational) am

höchsten mit den Subskalen ihres Unterbereiches. Nur mit einer Ausnahme (Zusammenhang zwischen Empathie und Altruismus bei den Depressiven) korrelieren die Einzelskalen eines Unterbereiches der emotionalen Intelligenz höchstens in mittlerer Höhe ($r < .70$) miteinander, was darauf hinweist, dass die Skalen jeweils eine inhaltliche Eigenständigkeit aufweisen.

Tab. 20: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den einzelnen EIS-Skalen (oberhalb der Diagonale für die Studententstichprobe, unterhalb der Diagonale für die depressiven Patienten)

| Studenten | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | E1 | E1.1 | E1.2 | E1.3 | E2 | E2.1 | E2.2 | E2.3 | E3 | E3.1 | E3.2 | E3.3 |
| E1 | | .81** | .81** | .89** | .29* | .12 | .03 | .52** | .63** | .57** | .55** | .52** |
| E1.1 | .85** | | .51** | .56** | .24^ | .14 | -.01 | .42** | .54** | .51** | .45** | .46** |
| E1.2 | .82** | .57** | | .59** | .24^ | .15 | .01 | .39** | .39** | .29* | .38** | .34* |
| E1.3 | .89** | .63** | .59** | | .25^ | .04 | .05 | .47** | .63** | .59** | .54** | .50** |
| E2 | .51** | .45** | .39* | .46** | | .84** | .80** | .72** | .42** | .40** | .36** | .34** |
| E2.1 | .39* | .31^ | .33^ | .36^ | .90** | | .64** | .37** | .14 | .18 | .09 | .11 |
| E2.2 | .50** | .45** | .42* | .42* | .88** | .73** | | .28* | .10 | .13 | .06 | .07 |
| E2.3 | .46** | .44* | .29^ | .44* | .85** | .62** | .61** | | .71** | .61** | .66** | .59** |
| E3 | .66** | .50** | .48** | .67** | .41* | .36^ | .23 | .49** | | .88** | .90** | .83** |
| E3.1 | .64** | .55** | .43* | .63** | .43* | .38* | .28^ | .47** | .82** | | .69** | .59** |
| E3.2 | .45** | .23 | .44** | .47** | .23 | .17 | .08 | .35^ | .83** | .46** | | .62** |
| E3.3 | .51** | .46** | .26 | .54** | .34^ | .33^ | .20 | .35^ | .79** | .50** | .52** | |

Patienten

Legende: ^ $p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

E1 = Intrapersonal

E1.1 = Selbstbewusstsein

E1.2 = Eigenmotivation

E1.3 = Selbstkontrolle

E2 = Interpersonal

E2.1 = Empathie

E2.2 = Altruismus

E2.3 = Interpersonale Beziehung

E3 = Situational

E3.1 = Situatives Bewusstsein

E3.2 = Führungsqualität

E3.3 = Flexibilität

5.4.2 Überprüfung der Dimensionalität der EIS anhand einer Hauptkomponentenanalyse

Die Faktoren- oder Hauptkomponentenanalyse ist eine häufig benutzte statistische Methode zur Prüfung der Annahme, dass ein Testverfahren ein bestimmtes psychologisches Merkmal erfasst. Ein Test wird als valide angesehen, wenn er vorwiegend Faktoren enthält, die im Sinne des Validitätsbereichs interpretierbar sind. In diesem Fall wird einem Testverfahren eine faktorielle Validität zugeschrieben.

Ein Test oder eine Skala ist umso homogener, je mehr alle Aufgaben bzw. Items mit gemeinsamen und je weniger sie mit spezifischen Faktoren geladen sind. Die Faktorenanalyse von Aufgaben ist eine Methode zur Bildung relativ homogener Aufgaben- oder Itemgruppen, die dann als Untertests einer Testbatterie oder Skala fungieren und ein Testprofil konstituieren können. Items, die stark miteinander korrelieren, werden bei der Faktorenanalyse zu einem Faktor zusammengefasst. Ziel der Faktorenanalyse ist es, solche Faktoren oder Dimensionen zu ermitteln, die die beobachteten Zusammenhänge möglichst vollständig erklären.

Die häufigste Variante der Faktorenanalyse ist die Hauptkomponentenanalyse (oder auch *principal components analysis* genannt, abgekürzt PCA). Bei dieser Methode geht man davon aus, dass die Faktoren untereinander nicht korrelieren. Zur besseren Interpretierbarkeit der faktorenanalytischen Ergebnisse wurde in vorliegender Arbeit eine Rotation der Faktoren nach dem Varimax-Kriterium durchgeführt. Dies ist ein Verfahren der orthogonalen Rotation, bei der die Anzahl der Variablen mit hoher Faktorladung minimiert wird.

Um die von Wise theoretisch angenommene Dimensionalität der EIS explorativ zu prüfen, wurde folgendermaßen vorgegangen. Da die EIS aus drei Subskalen besteht, wurde zunächst eine Drei-Faktorenlösung angefordert. Ein Drei-Faktorenmodell überprüft also die anzunehmende Grundstruktur der EIS. Hierbei wurden die vorhandenen Fragebogendaten von depressiven Patienten und Studenten gepoolt, so dass sich eine Gesamtstichprobengröße von $N = 150$ ergab. Um Hinweise zu sammeln, ob es sich bei der ermittelten Faktorenlösung um einen stabilen Befund handelt, wurde im Anschluss eine zweite Faktorenanalyse auf der Grundlage einer unabhängig gewonnenen Stichprobe berechnet. Der zweite EIS-Datensatz wurde von Frau Katharina

Woltersdorf, Doktorandin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster, zur Verfügung gestellt. Im Falle der zweiten Stichprobe handelt es sich um einhundert Studenten. Diese Stichprobe setzte sich aus 52 Frauen und 48 Männern zusammen, die durchschnittlich 24.0 Jahre alt waren (SD: 2.5 Jahre). Da sich die drei Hauptskalen der EIS in jeweils drei Einzelskalen untergliedern, wurden in einem nächsten Schritt Neun-Faktorenlösungen auf Grundlage der eigenen Stichprobe sowie der zusätzlichen Studententstichprobe berechnet. Wegen der eher geringen Stichprobengrößen sind die faktorenanalytischen Resultate primär als explorativ zu werten. Es sollen an dieser Stelle nur erste Hinweise hinsichtlich der Homogenität bzw. Dimensionalität der Skalen der EIS gesammelt werden.

5.4.2.1 Drei-Faktoren-Lösung

5.4.2.1.1 Erste Stichprobe (N = 150): Faktorladungen der Items der EIS

Als Faktorladungen werden die Korrelationen einer Variablen mit einem gemeinsamen Faktor bezeichnet. Betrachtet man die berechneten Faktorladungen, so zeigen fast alle Items der EIS zumindest auf einem Faktor Ladungen in Höhe von $>.30$ (siehe Tabelle 21). Ausnahmen bilden hier lediglich die EIS Items 6, 23, 50 und 60. Die Resultate der drei-faktoriellen Lösung erklären lediglich etwa 35% der Varianz. Die in der Tabelle vorgenommene Zuordnung der Items zu den Skalen entspricht der Skalenuntergliederung von Wise.

Auf dem ersten Faktor, der 15% der Varianz aufklärt, laden vier Items der Skala Selbstkontrolle der intrapersonalen EI, fünf Items der Skala interpersonale Beziehung der interpersonalen EI und fünf Items der Skala situatives Bewusstsein der situationalen EI. Schließlich laden alle Items der zwei situationalen EI-Skalen Führungsqualität und Flexibilität auf Faktor 1.

Alle Items der interpersonalen Skalen Empathie und Altruismus laden recht hoch und sehr selektiv auf dem zweiten extrahierten Faktor, der etwa 10% der Varianz erklärt. Auf Faktor 2 lädt kein Item der Skala intrapersonale EI, aber drei Items der Skala interpersonale Beziehung und drei Items der Skala situatives Bewusstsein.

Tab. 21: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse), Drei-faktorielle Lösung, varimax rotierte Faktor- Matrix, Ladungen > .30, in Klammern Sekundärladungen, n = 150

| | Komponente 1 | Komponente 2 | Komponente 3 | h ² |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 1 Intrapersonal | | | | |
| 1.1 Selbstbewusstsein | | | | |
| EIS 1 | (.31) | | .34 | .22 |
| EIS 2 | (.36) | | .61 | .51 |
| EIS 23 | | | | .19 |
| EIS 24 | .38 | | | .24 |
| EIS 45 | (.39) | | .43 | .38 |
| EIS 46 | | | .56 | .36 |
| 1.2 Eigenmotivation | | | | |
| EIS 3 | | | .34 | .12 |
| EIS 4 | (.30) | | .67 | .56 |
| EIS 25 | | | .70 | .58 |
| EIS 26 | (.42) | | .45 | .39 |
| EIS 47 | | | .64 | .42 |
| EIS 48 | | | .63 | .41 |
| 1.3 Selbstkontrolle | | | | |
| EIS 5 | .52 | | (.43) | .46 |
| EIS 6 | | | | .10 |
| EIS 7 | | | .70 | .59 |
| EIS 27 | .50 | | (.39) | .40 |
| EIS 28 | .36 | | | .16 |
| EIS 29 | | | .73 | .62 |
| EIS 49 | .55 | | (.42) | .51 |
| EIS 50 | | | | .10 |
| EIS 51 | | | .46 | .27 |
| 2 Interpersonal | | | | |
| 2.1 Empathie | | | | |
| EIS 10 | | .58 | | .35 |
| EIS 11 | | .50 | | .28 |
| EIS 32 | | .63 | | .44 |
| EIS 33 | | .61 | | .41 |
| EIS 54 | | .66 | | .46 |
| EIS 55 | | .63 | | .46 |
| 2.2 Altruismus | | | | |
| EIS 8 | | .48 | | .25 |
| EIS 9 | | .58 | | .38 |
| EIS 30 | | .62 | | .39 |
| EIS 31 | | .56 | | .32 |
| EIS 52 | | .51 | | .27 |
| EIS 53 | | .72 | | .55 |

Fortsetzung von Tab. 21: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse).

| | Komponente 1 | Komponente 2 | Komponente 3 | h ² |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 2.3 Interpersonale Beziehung | | | | |
| EIS 12 | .64 | | | .49 |
| EIS 13 | | .36 | | .20 |
| EIS 14 | | .57 | | .34 |
| EIS 34 | .53 | | | .32 |
| EIS 35 | .49 | | | .31 |
| EIS 36 | | | .34 | .24 |
| EIS 56 | .33 | | | .20 |
| EIS 57 | .55 | | | .36 |
| EIS 58 | | .51 | | .26 |
| 3 Situational | | | | |
| 3.1 Situatives Bewusstsein | | | | |
| EIS 15 | .46 | | (.35) | .33 |
| EIS 16 | .50 | | (.46) | .46 |
| EIS 17 | | .46 | | .25 |
| EIS 37 | .61 | | (.35) | .50 |
| EIS 38 | .62 | | | .47 |
| EIS 39 | | .38 | | .18 |
| EIS 59 | .62 | | | .44 |
| EIS 60 | | | | .10 |
| EIS 61 | | .31 | | .15 |
| 3.2 Führungsqualität | | | | |
| EIS 18 | .69 | | | .54 |
| EIS 19 | .66 | | | .51 |
| EIS 40 | .63 | | (.34) | .53 |
| EIS 41 | .52 | | | .30 |
| EIS 62 | .57 | | | .33 |
| EIS 63 | .49 | | | .30 |
| 3.3 Flexibilität | | | | |
| EIS 20 | .70 | | | .51 |
| EIS 21 | .52 | | | .34 |
| EIS 42 | .52 | | (.39) | .43 |
| EIS 43 | .55 | | | .33 |
| EIS 64 | .44 | | | .20 |
| EIS 65 | .69 | | | .48 |
| Aufgeklärte Varianzen | 15.02 | 10.28 | 10.17 | Σ 35.47 |

Auf dem dritten und letzten extrahierten Faktor, der ebenfalls 10% der Varianz erklärt, finden sich Primärladungen vor allem von Items der Skalen Selbstbewusstsein, Eigenmotivation und Selbstkontrolle, die alle zum intrapersonalen emotionalen Intelligenzbereich gehören. Auf Faktor 3 manifestiert ansonsten nur noch ein Item der Skala interpersonale Beziehung eine Primärladung (siehe Tabelle 21).

5.4.2.1.2 Erste Stichprobe (N = 150): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse

Insgesamt gesehen wird durch die vorliegenden faktorenanalytischen Befunde in der ersten Stichprobe die Skalenbildung der englischen Originalversion der EIS nur partiell bestätigt. Thomas Wise, der Autor der EIS, ging von drei Dimensionen emotionaler Intelligenz aus, die sein Testverfahren erhebt. Die Items der intrapersonalen EI laden den vorliegenden Befunden zufolge v.a. auf dem Faktor 3, doch finden sich für die Items der drei Einzelskalen Selbstbewusstsein, Eigenmotivation und Selbstkontrolle zumindest auch einige Nebenladungen auf Faktor 1. Insofern zeigt sich nur bedingt und v.a. für die Items der Skala Eigenmotivation ein gewünschtes selektives Ladungsmuster. Die Items der Skala Selbstkontrolle manifestieren recht hohe Primärladungen entweder auf dem ersten oder dem dritten Faktor.

Die Items des interpersonalen EI-Bereichs zeigen für die Skalen Empathie und Altruismus ausnahmslos eine hohe Selektivität der Ladungen auf Faktor 2. Die Items der dritten Skala im Bereich interpersonalen EI „Interpersonale Beziehungen“ weicht von diesem Ladungsmuster ab. Hier finden sich einige Items, die auch primär auf Faktor 2 laden, doch zeigt die Mehrzahl der Items Primärladungen auf Faktor 3, was von der Skalenzuordnung nicht erwartungskonform ausfällt.

Schließlich manifestieren die Items des situativen EI-Bereichs für die Skalen Führungsqualität und Flexibilität ebenfalls ein selektives Ladungsmuster auf dem ersten Faktor. Einige Items der Skala situatives Bewusstsein, die ebenfalls zum situativen EI-Bereich gehört, laden zwar ebenfalls hoch auf dem ersten Faktor, doch einige zeigen Primärladungen auf Faktor 2, was nicht erwartungskonform ist.

5.4.2.1.3 Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Faktorladungen der Items der EIS

Betrachtet man die für die zweite Stichprobe berechneten Faktorladungen, so zeigt die Mehrzahl der EIS-Items zumindest auf einem Faktor Ladungen in Höhe von $>.30$ (siehe Tabelle 22). Ausnahmen sind die EIS Items 1, 3, 7, 24, 45, 58, 60 und 61. Die Resultate der drei-faktoriellen Lösung erklären in der zweiten Stichprobe etwa 33% der Varianz – also zwei Prozent weniger als in der ersten, größeren Stichprobe.

Auf dem ersten extrahierten Faktor, der 17% der Varianz aufklärt, laden zwei Items der Skala Selbstbewusstheit, fünf Items der Skala Eigenmotivation und fünf Items der Skala Selbstkontrolle, die jeweils alle zur intrapersonalen EI gehören. Auch auf Faktor 1 laden zwei Items der Skala interpersonale Beziehung der interpersonalen EI und weiterhin fünf Items der Skala situatives Bewusstsein, alle Items der Skalen Führungsqualität und Flexibilität, die jeweils zur situationalen EI zählen.

Alle Items der interpersonalen Skala Empathie und drei Items der Skala Altruismus manifestieren Primärladungen auf dem zweiten Faktor, der etwa 9% der Varianz erklärt. Auf Faktor 2 lädt kein Item der Skala situationale EI und nur ein Item aus dem Bereich intrapersonale EI (Item 23 der Skala Selbstbewusstsein (Primärladung)).

Auf dem dritten und letzten extrahierten Faktor, der nur 7% der Varianz aufklärt, finden sich nur relativ wenige Primärladungen. Auf diesem Faktor laden jeweils drei Items der Skalen Selbstkontrolle (intrapersonale EI) und Altruismus (interpersonale EI) sowie zwei Items der Skala situatives Bewusstsein (situative EI).

Tab. 22: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse), Drei-faktorielle Lösung, varimax-rotierte Faktor- Matrix, Ladungen > .30, in Klammern Sekundärladungen, n = 100

| | Komponente 1 | Komponente 2 | Komponente 3 | h ² |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 1 Intrapersonal | | | | |
| 1.1 Selbstbewusstsein | | | | |
| EIS 1 | | | | .12 |
| EIS 2 | .55 | | | .33 |
| EIS 23 | | .37 | | .16 |
| EIS 24 | | | | .13 |
| EIS 45 | | | | .12 |
| EIS 46 | .53 | | | .34 |
| 1.2 Eigenmotivation | | | | |
| EIS 3 | | | | .08 |
| EIS 4 | .61 | | | .38 |
| EIS 25 | .58 | | | .35 |
| EIS 26 | .49 | | | .28 |
| EIS 47 | .34 | | | .18 |
| EIS 48 | .35 | | | .16 |
| 1.3 Selbstkontrolle | | | | |
| EIS 5 | .51 | (-.34) | | .41 |
| EIS 6 | | | .55 | .32 |
| EIS 7 | | | | .02 |
| EIS 27 | .56 | | | .32 |
| EIS 28 | (.32) | | .39 | .25 |
| EIS 29 | .59 | | | .39 |
| EIS 49 | .76 | | | .63 |
| EIS 50 | | | .45 | .23 |
| EIS 51 | .43 | | | .27 |
| 2 Interpersonal | | | | |
| 2.1 Empathie | | | | |
| EIS 10 | | .60 | | .39 |
| EIS 11 | | .44 | | .22 |
| EIS 32 | | .60 | | .39 |
| EIS 33 | | .67 | | .46 |
| EIS 54 | | .68 | | .47 |
| EIS 55 | | .72 | | .56 |
| 2.2 Altruismus | | | | |
| EIS 8 | | | .62 | .43 |
| EIS 9 | | .44 | | .24 |
| EIS 30 | | | .66 | .48 |
| EIS 31 | | .48 | | .32 |
| EIS 52 | | (.33) | .59 | .46 |
| EIS 53 | | .54 | (.41) | .46 |

Fortsetzung von Tab. 22: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse).

| | | | | |
|------------------------------|-------|------|--------|---------|
| 2.3 Interpersonale Beziehung | | | | |
| EIS 12 | .71 | | | .57 |
| EIS 13 | .43 | | (.36) | .31 |
| EIS 14 | | .39 | | .20 |
| EIS 34 | | .62 | | .47 |
| EIS 35 | | .43 | | .24 |
| EIS 36 | | .33 | | .14 |
| EIS 56 | | .57 | | .42 |
| EIS 57 | | .32 | | .16 |
| EIS 58 | | | | .01 |
| 3 Situational | | | | |
| 3.1 Situatives Bewusstsein | | | | |
| EIS 15 | .46 | | | .23 |
| EIS 16 | .73 | | | .54 |
| EIS 17 | | | .32 | .17 |
| EIS 37 | .64 | | | .50 |
| EIS 38 | .56 | | | .38 |
| EIS 39 | | | .56 | .38 |
| EIS 59 | .62 | | | .49 |
| EIS 60 | | | | .07 |
| EIS 61 | | | | .20 |
| 3.2 Führungsqualität | | | | |
| EIS 18 | .66 | | | .44 |
| EIS 19 | .56 | | | .41 |
| EIS 40 | .69 | | (-.34) | .59 |
| EIS 41 | .59 | | | .35 |
| EIS 62 | .58 | | | .38 |
| EIS 63 | .57 | | | .40 |
| 3.3 Flexibilität | | | | |
| EIS 20 | .58 | | | .36 |
| EIS 21 | .57 | | | .42 |
| EIS 42 | .70 | | | .50 |
| EIS 43 | .52 | | | .34 |
| EIS 64 | .47 | | (.35) | .41 |
| EIS 65 | .60 | | (.34) | .49 |
| Aufgeklärte Varianzen | 17.30 | 9.13 | 6.88 | Σ 33.31 |

5.4.2.1.4 Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse

Die dreifaktorielle Lösung in der zweiten Stichprobe bestätigt ebenfalls nur teilweise die Skalenbildung der englischen Originalversion der EIS und weicht inhaltlich auch etwas von der in der ersten Stichprobe ermittelten Faktorenstruktur ab.

Die Items der intrapersonalen EI laden den vorliegenden Befunden zufolge primär auf dem ersten Faktor, wobei sich für die Items der Einzelskala Selbstkontrolle auch einige Nebenladungen auf Faktor 3 finden. Dieses divergente Ladungsmuster wurde auch schon für die erste Stichprobe festgestellt. Wiederum zeigt sich am ehesten für die Items der Skala Eigenmotivation ein gewünschtes selektives Ladungsmuster.

Die Items des interpersonalen EI-Bereichs zeigen für die Skala Empathie auch in der zweiten Stichprobe ausnahmslos eine hohe Selektivität der Ladungen auf Faktor 2.

Doch abweichend von den Befunden in der ersten Stichprobe finden sich auch viele Primärladungen der dritten Skala im Bereich interpersonaler EI „Interpersonale Beziehungen“ auf Faktor 2. Die Items der Skala Altruismus hingegen manifestieren Ladungen auf Faktor 2 oder Faktor 3, was nicht erwartungskonform ist.

Die Items des situativen EI-Bereichs für die Skalen Führungsqualität und Flexibilität zeigen in der zweiten wie schon in der ersten Stichprobe ein selektives Ladungsmuster auf dem ersten Faktor. Wiederum laden Items der Skala situatives Bewusstsein, die zum situativen EI-Bereich gehört, teilweise ebenfalls hoch auf dem ersten Faktor, doch einige zeigen entgegen der Erwartung Primärladungen auf Faktor 3.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die ermittelten dreifaktoriellen Lösungen partiell mit der angenommenen Grundstruktur der EIS in Einklang stehen. Im Bereich der intrapersonalen EI zeigen v.a. die Items der Skala Selbstkontrolle ein wenig homogenes Ladungsmuster. Über beide Lösungen hinweg betrachtet, wurde ein ähnlich inhomogenes Ladungsmuster nur noch für die Skala situatives Bewusstsein im Bereich situationale emotionale Intelligenz beobachtet. Das heißt, dass diese Skalen am ehesten hinsichtlich ihrer Homogenität einer Überarbeitung bedürften oder Kandidaten für eine Skaleneliminierung darstellen. Durch die vorliegenden dimensionsanalytischen Befunde wird am ehesten eine Zusammenfassung von Einzelskalenwerten zu Summenscores (der übergeordneten Skalenbereiche) für die Skalen situative bzw. interpersonale emotionale

Intelligenz gerechtfertigt. Da die Varianzaufklärung durch die dreifaktoriellen PCAs in beiden Stichproben eher mäßig ausgefallen ist und die Kommunalitäten der Items hier jeweils in vielen Fällen sehr niedrig waren, erscheint ein komplexeres Modell hinsichtlich der Dimensionalität der EIS angebracht.

5.4.2.2 Neun-Faktoren-Lösung

5.4.2.2.1 Erste Stichprobe (N = 150): Faktorladungen der Items der EIS

Die explorative Faktorenanalyse der Items der EIS (Hauptkomponentenmethode) anhand der ersten Stichprobe erreicht bei Anforderung einer Neun-Faktorenlösung eine Varianzaufklärung von gut 55%, was deutlich über der Drei-Faktorenlösung liegt. Die Neun-Faktorenlösung bringt einen Zugewinn von 20% Varianzaufklärung gegenüber der Drei-Faktorenlösung mit sich.

Betrachtet man die Faktorladungen, so zeigen hier mit nur einer Ausnahme (Item 36, Skala interpersonale Beziehung) alle Items der EIS zumindest auf einem Faktor Ladungen in Höhe von $>.30$ (siehe Tabelle 23). Insgesamt liegen die Kommunalitäten der Items höher als im Falle der dreifaktoriellen Lösungen. Das heißt, dass die Werteverianz der Items durch die Neun-Faktorenlösung in größerem Ausmaß aufgeklärt wird. Die in der Tabelle vorgenommene Zuordnung der Items zu den Skalen entspricht wiederum der Skalenuntergliederung von Wise.

Auf dem ersten extrahierten Faktor, der 9% der Varianz aufklärt, zeigt ein Item der Skala Eigenmotivation, ein Item der Skala Selbstkontrolle, ein Item der Skala interpersonale Beziehung, zwei Items der Skala situatives Bewusstsein, drei Items der Skala Führungsqualität und ein Item der Skala Flexibilität Primärladungen.

Der zweite Faktor wird inhaltlich vor allem durch Items aus dem Bereich intrapersonale Intelligenz definiert: so laden zwei Items der Skala Selbstbewusstheit, fünf Items der Skala Eigenmotivation und drei Items der Skala Selbstkontrolle auf Faktor 2. Darüber hinaus zeigt nur noch Item 60 eine (negative) Primärladung auf Faktor 2.

Auf dem dritten Faktor zeigen alle Items der interpersonalen Skalen Empathie bedeutsame Ladungen. Darüber hinaus laden noch zwei Items der Skala Altruismus sowie die Items 14 und 61 auf Faktor 3.

Auf dem vierten Faktor weisen jeweils drei Items der Skalen Führungsqualität und Flexibilität (situationale EI) recht hohe Primärladungen auf. Zudem laden jeweils zwei Items der Skalen situatives Bewusstsein und Selbstkontrolle auf Faktor 4.

Faktor 5 wird inhaltlich v.a. durch (vier) Items der Skala Selbstbewusstsein definiert. Darüber hinaus zeigen nämlich nur noch zwei Items der Skala situatives Bewusstsein Primärladungen auf dem fünften Faktor.

Der sechste Faktor, der schon weniger als 5% der Varianz aufklärt, wird v.a. durch Items der Skala Altruismus definiert. Darüber hinaus zeigen nur noch zwei Items der Skala situatives Bewusstsein und Item 58 Primärladungen auf Faktor 6.

Auf dem siebenten extrahierten Faktor finden sich Primärladungen von zwei Items der Skala Flexibilität und einem Item der Skala interpersonale Beziehung.

Faktor 8 wird inhaltlich v.a. von Items der Skala Selbstkontrolle definiert. Außerdem lädt nur noch Item 13 (der Skala interpersonale Beziehung) in Form einer Primärladung auf Faktor 8.

Auf dem neunten Faktor, der weniger als 4% der Varianz aufklärt, zeigen nur drei Items der Skala interpersonale Beziehung Primärladungen.

Tab. 23: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse), Neun-faktorielle Lösung, varimax-rotierte Faktor- Matrix, Ladungen > .30, in Klammern Sekundärladungen, n = 150

| | K 1 | K 2 | K 3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | h ² |
|------------------------------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-----|----|----------------|
| 1 Intrapersonal | | | | | | | | | | |
| 1.1 Selbstbewusstsein | | | | | | | | | | |
| EIS 1 | | | | | .58 | | | | | .44 |
| EIS 2 | | .48 | | (.31) | (.37) | | | | | .61 |
| EIS 23 | | | | | .63 | | | | | .50 |
| EIS 24 | | | | | .68 | | | | | .62 |
| EIS 45 | | (.35) | | | .54 | | | | | .57 |
| EIS 46 | | .57 | | | | | | | | .45 |
| 1.2 Eigenmotivation | | | | | | | | | | |
| EIS 3 | .34 | | | | | | | | | .37 |
| EIS 4 | | .68 | | | | | | | | .65 |
| EIS 25 | | .66 | | | | | | | | .63 |
| EIS 26 | | .41 | | | | | | | | .43 |
| EIS 47 | | .59 | | | | | | | | .56 |
| EIS 48 | | .76 | | | | | | | | .63 |
| 1.3 Selbstkontrolle | | | | | | | | | | |
| EIS 5 | (.35) | | | .51 | (.35) | | | | | .61 |
| EIS 6 | | | | | | | | .56 | | .44 |
| EIS 7 | | .66 | | | | | | | | .67 |
| EIS 27 | (.43) | | | .45 | | | | | | .60 |
| EIS 28 | (.35) | | | | | | | .47 | | .46 |
| EIS 29 | (.32) | .74 | | | | | | | | .72 |
| EIS 49 | .42 | (.31) | | | (.33) | | | | | .58 |
| EIS 50 | | | | | | | | .71 | | .57 |
| EIS 51 | | .53 | | | | | | | | .41 |
| 2 Interpersonal | | | | | | | | | | |
| 2.1 Empathie | | | | | | | | | | |
| EIS 10 | | | .49 | | | (.40) | | | | .51 |
| EIS 11 | | | .38 | | | (.35) | | | | .39 |
| EIS 32 | | | .67 | | | | (.30) | | | .62 |
| EIS 33 | | | .53 | | | | | | | .48 |
| EIS 54 | | | .72 | | | | | | | .63 |
| EIS 55 | | | .68 | | | | | | | .61 |
| 2.2 Altruismus | | | | | | | | | | |
| EIS 8 | | | | | | .75 | | | | .64 |
| EIS 9 | | | .70 | | | | | | | .55 |
| EIS 30 | | | | | | .69 | | | | .65 |
| EIS 31 | | | .67 | | | | | | | .47 |
| EIS 52 | | | | | | .52 | | | | .42 |
| EIS 53 | | | | | | .79 | | | | .68 |

Fortsetzung von Tab. 23: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse).

| | K 1 | K 2 | K 3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | h ² |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|--------|----------------|
| 2.3 Interpersonale Beziehung | | | | | | | | | | |
| EIS 12 | .84 | | | | | | | | | .77 |
| EIS 13 | | | | | | | | .41 | | .40 |
| EIS 14 | | | .69 | | | | | | | .54 |
| EIS 34 | | | | | | | (.35) | | .61 | .63 |
| EIS 35 | | | | | | | | | .54 | .51 |
| EIS 36 | | | | | | | | | | .37 |
| EIS 56 | | | | | | | | | .47 | .37 |
| EIS 57 | | | | | | | .77 | | | .69 |
| EIS 58 | | | (.34) | | | .41 | | | | .32 |
| 3 Situational | | | | | | | | | | |
| 3.1 Situatives Bewusstsein | | | | | | | | | | |
| EIS 15 | (.41) | | | | .47 | | | | | .48 |
| EIS 16 | .53 | (.37) | | | | | | | | .54 |
| EIS 17 | | | | | (.34) | .41 | | | | .42 |
| EIS 37 | (.38) | | | .56 | (.39) | | | | | .69 |
| EIS 38 | | | | .33 | .33 | | | | | .58 |
| EIS 39 | | | | | | .57 | | (.40) | | .56 |
| EIS 59 | .67 | | | | | | | | | .60 |
| EIS 60 | | -.33 | | | | | | | (-.30) | .35 |
| EIS 61 | | | .46 | | | | | | | .52 |
| 3.2 Führungsqualität | | | | | | | | | | |
| EIS 18 | .83 | | | | | | | | | .82 |
| EIS 19 | (.41) | | | .57 | | | | | | .66 |
| EIS 40 | .76 | | | | | | | | | .72 |
| EIS 41 | (.31) | | | .54 | | | | | (.37) | .57 |
| EIS 62 | .69 | | | | | | | | (.36) | .68 |
| EIS 63 | | | | .56 | | | | | | .45 |
| 3.3 Flexibilität | | | | | | | | | | |
| EIS 20 | | | | .58 | | | (.53) | | | .72 |
| EIS 21 | | | | (.41) | | | .60 | | | .62 |
| EIS 42 | .55 | | | | | | | | | .52 |
| EIS 43 | | | | | | | .61 | | | .52 |
| EIS 64 | | | | .68 | | | | | | .52 |
| EIS 65 | | | | .61 | | | (.36) | | | .61 |
| Aufgeklärte Varianzen | | | | | | | | | | Σ |
| | 9.13 | 8.23 | 7.95 | 6.78 | 5.98 | 4.88 | 4.58 | 4.17 | 3.72 | 55.43 |

5.4.2.2.2 Erste Stichprobe (N = 150): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse

In Anbetracht der höheren Varianzaufklärung erscheint die Neun-Faktorenlösung gegenüber der Drei-Faktorenlösung adäquater. Die vorliegenden faktorenanalytischen Befunde in der ersten Stichprobe stützen für einige Einzelskalen die Skalenunterteilung der Originalversion der EIS. Nicht für alle der neun postulierten Einzelskalen findet sich Evidenz für ein selektives Ladungsmuster der Items bei Divergenz der Skalen untereinander.

Ein recht homogenes Ladungsmuster manifestieren die Items der Skala Selbstbewusstsein. Ein ähnlich positiver Befund ließ sich für die zweite Skala im Bereich intrapersonaler EI „Eigenmotivation“ ermitteln. Wie schon im Falle der dreifaktoriellen Lösung, so zeigen auch bei der neunfaktoriellen Lösung die Items der Skala Selbstkontrolle ein vergleichsweise inhomogenes Ladungsverhalten. So finden sich auf vier verschiedenen Faktoren Primärladungen im Falle dieser Skala, was gegen die Homogenität der Skala Selbstkontrolle und für eine Skalenrevision spricht.

Für die Skala Empathie lässt sich ebenfalls ein sehr selektives Ladungsmuster der Items eruieren. Im Falle der Skala Altruismus bilden vier Items einen Faktor, der inhaltlich auch noch substantiell durch das Item 39 der Skala situatives Bewusstsein („Wenn ich mit Leuten etwas aushandle, kränke ich dabei in der Regel niemanden“) definiert wird. Es ist allerdings festzustellen, dass zwei Items der Skala Altruismus, Nr.9 („Ich fühle mich gezwungen, denen zu helfen, die von Katastrophen betroffen sind“) und Nr. 31 („Ich freue mich, wenn ich mich für gemeinnützige Tätigkeit zur Verfügung stellen kann“), in ihrem Ladungsverhalten deutlich abweichen und hoch auf dem Faktor Empathie laden. Die Items der Skala interpersonale Beziehung zeigen ein recht inhomogenes Ladungsverhalten: Hier finden sich auf sechs verschiedenen Faktoren Primärladungen, was für eine Überarbeitung der Skala spricht. Lediglich drei Items der Skala interpersonale Beziehung bilden einen eigenen Faktor (Nr. 34, 35 und 56).

Ein ähnlich inhomogenes Ladungsmuster zeigen auch die Items der Skala situatives Bewusstsein aus dem situationalen EI-Bereich mit Primärladungen auf sechs verschiedenen Faktoren. Die Items der Skala Führungsqualität zerfallen in zwei Gruppen mit je drei Items, die primär auf verschiedenen Faktoren laden. Items 18, 40 und 62 definieren den Faktor 1 zusammen mit Item 12 der Skala interpersonale

Beziehung („Ich eigne mich als Führungsperson, da ich Stärken und Schwächen anderer erkenne und sie verstehe einzusetzen“) sowie dem Item 59 der Skala situatives Bewusstsein („Ich kann jüngere Kollegen oder mir Untergebene sicher anleiten“). Inhaltlich ist eine enge Beziehung zum Merkmal der Führungsqualität unmittelbar auszumachen. Items 19, 41 und 63 definieren indes den Faktor 4, auf dem auch Items der Skala Flexibilität hoch laden. Die inhaltliche Inspektion der genannten drei Items der Skala Führungsqualität verweist auf eine Fähigkeit, sich flexibel auf andere einzustellen. Auch im Falle der Skala Flexibilität lässt sich im Wesentlichen eine Zweiteilung des Itempools beobachten. Die Items 21 und 43 der Skala definieren zusammen mit Item 57 der Skala interpersonale Beziehung („Ich schließe leicht Freundschaft“) einen gemeinsamen Faktor. Eine Inspektion der genannten Flexibilitäts-Items zeigt an, dass mit diesem Faktor vor allem Aspekte der Anpassung erfasst werden könnten. Somit erscheint vorliegenden Befunden zufolge die Skala Flexibilität zwei relativ unterschiedliche Aspekte von Flexibilität zu erfassen: Eine bezieht sich auf den Umgang mit neuen (Arbeits-) Situationen und Anforderungen und die andere auf interpersonale Anpassungsfähigkeit.

Bevor weitreichende Vorschläge hinsichtlich der Revision von Skalen oder Skalenstrukturen bzw. hinsichtlich der Elimination von einzelnen Skalen der EIS (in ihrer jetzigen Form) gemacht werden, erscheint es ratsam, die Befunde der ersten Stichprobe mit denen der zweiten Stichprobe zu vergleichen. Wird das Ladungsverhalten von bestimmten Skalen in einer unabhängigen Stichprobe bestätigt, lassen sich natürlich wesentlich genauerer begründete Modifizierungsvorschläge abgeben.

5.4.2.2.3 Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Faktorladungen der Items der EIS

Die Faktorenanalyse der EIS-Items anhand der zweiten Stichprobe erreicht bei Anforderung einer Neun-Faktorenlösung eine Varianzaufklärung von 54%, was mit der in der ersten Stichprobe erreichten Varianzaufklärung gut übereinstimmt.

Betrachtet man die Faktorladungen, so zeigen hier mit nur einer Ausnahme (Item 61, Skala interpersonale Beziehung) alle Items der EIS zumindest auf einem Faktor

Ladungen in Höhe von $>.30$ (siehe Tabelle 24). Die Kommunalitäten der Items liegen im Durchschnitt auch im Falle dieser neunfaktoriellen Lösung wiederum höher als bei der dreifaktoriellen Lösung.

Auf dem ersten extrahierten Faktor, der 10.6% der Varianz aufklärt, zeigen vier Items der Skala Eigenmotivation, vier Items der Skala Selbstkontrolle, ein Item der Skala interpersonale Beziehung, drei Items der Skala situatives Bewusstsein, drei Items der Skala Führungsqualität und ein Item der Skala Flexibilität Primärladungen.

Auf dem zweiten Faktor zeigen alle Items der interpersonalen Skala Empathie bedeutsame Ladungen. Darüber hinaus laden noch drei Items der Skala Altruismus sowie vier Items der Skala interpersonale Beziehung auf Faktor 2.

Auf dem dritten Faktor weisen jeweils zwei Items der Skalen Führungsqualität und fünf Items der Skala Flexibilität (situationale EI) recht hohe Primärladungen auf. Zudem lädt Item 37 (Skala situatives Bewusstsein) auf Faktor 3.

Der vierte Faktor wird v.a. durch (drei) Items der Skala Altruismus definiert. Darüber hinaus zeigen nur noch jeweils zwei Items der Skalen situatives Bewusstsein und Selbstkontrolle Primärladungen auf Faktor 4.

Faktor 5 wird inhaltlich v.a. durch (fünf) Items der Skala Selbstbewusstsein definiert. Darüber hinaus manifestiert nur noch ein Item (Nr. 5) der Skala Selbstkontrolle eine Primärladung auf dem fünften Faktor.

Faktor 6, der schon weniger als 5% der Varianz aufklärt, wird inhaltlich v.a. von (zwei) Items der Skala Selbstkontrolle definiert. Außerdem lädt nur noch Item 26 (der Skala Eigenmotivation) in Form einer Primärladung auf Faktor 6.

Auf dem siebenten extrahierten Faktor zeigen nur zwei Items der Skala interpersonale Beziehung Primärladungen.

Auf Faktor 8 finden sich nur zwei Primärladungen: Item 57 der Skala interpersonale Beziehung und Item 62 der Skala Führungsqualität.

Der neunte Faktor wird inhaltlich vor allem durch drei Items definiert: Item 23 (Skala Selbstbewusstheit), Item 3 (Skala Eigenmotivation) sowie Item 60 (Skala situatives Bewusstsein).

Tab. 24: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse), Neun-faktorielle Lösung, varimax-rotierte Faktor- Matrix, Ladungen > .30, in Klammern Sekundärladungen, n = 100

| | K 1 | K 2 | K 3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | h ² |
|------------------------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|----|--------|----------------|
| 1 Intrapersonal | | | | | | | | | | |
| 1.1 Selbstbewusstsein | | | | | | | | | | |
| EIS 1 | | | | | .61 | | | | | .45 |
| EIS 2 | | | (.31) | | .67 | | | | (-.31) | .70 |
| EIS 23 | | | | | | | | | .64 | .60 |
| EIS 24 | | | | | .65 | | | | | .54 |
| EIS 45 | | | | | .59 | | | | | .41 |
| EIS 46 | (.37) | | | | .39 | (.31) | | | | .59 |
| 1.2 Eigenmotivation | | | | | | | | | | |
| EIS 3 | | | | | | | | | .39 | .33 |
| EIS 4 | .53 | | (.37) | | | | | | | .44 |
| EIS 25 | .65 | | | | | | | | | .52 |
| EIS 26 | (.44) | | | | | .48 | | | | .56 |
| EIS 47 | .66 | | | | | | | | | .59 |
| EIS 48 | .58 | | | | | | | | | .38 |
| 1.3 Selbstkontrolle | | | | | | | | | | |
| EIS 5 | (.31) | (-.32) | | | .33 | | | | (-.37) | .58 |
| EIS 6 | | | | .59 | | | | | | .41 |
| EIS 7 | | | | | | .32 | | | | .17 |
| EIS 27 | .47 | | | | (.31) | | | | | .39 |
| EIS 28 | | | | (.31) | | .57 | | | | .53 |
| EIS 29 | .69 | | | | | (.35) | | | | .69 |
| EIS 49 | .57 | | (.38) | | (.31) | | | | | .67 |
| EIS 50 | | | | .55 | | | | | (.31) | .56 |
| EIS 51 | .43 | | | | | | | | (.31) | .44 |
| 2 Interpersonal | | | | | | | | | | |
| 2.1 Empathie | | | | | | | | | | |
| EIS 10 | | .64 | | | | | | | | .47 |
| EIS 11 | | .52 | | | | | | | (-.41) | .45 |
| EIS 32 | | .63 | | | | | | | | .48 |
| EIS 33 | | .72 | | | | | | | | .55 |
| EIS 54 | | .66 | | | | | | | | .53 |
| EIS 55 | | .70 | | | | | | | | .59 |
| 2.2 Altruismus | | | | | | | | | | |
| EIS 8 | | | | .68 | | | | | | .59 |
| EIS 9 | | .48 | | | | | (-.48) | | | .53 |
| EIS 30 | | | | .73 | | | | | | .68 |
| EIS 31 | | .50 | | | | | (-.48) | | | .61 |
| EIS 52 | | (.36) | | .56 | | | | | | .54 |
| EIS 53 | | .60 | | | | | | | | .62 |

Fortsetzung von Tab. 24: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse).

| | K 1 | K 2 | K 3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | h ² |
|-------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|--------|-------|-------|--------|----------------|
| 2.3 Interpersonale Beziehung | | | | | | | | | | |
| EIS 12 | .69 | | | | | | | | | .68 |
| EIS 13 | | | | | | .46 | | | | .44 |
| EIS 14 | | .41 | | | | | | (.34) | | .37 |
| EIS 34 | | .57 | | | (.32) | | | (.38) | | .67 |
| EIS 35 | | .40 | | | | | | | | .34 |
| EIS 36 | | | | | | | .51 | | | .41 |
| EIS 56 | | .50 | | | | | | | (.30) | .52 |
| EIS 57 | | | (.41) | | | | | .54 | | .59 |
| EIS 58 | | | | | | (-.34) | .59 | | | .56 |
| 3 Situational | | | | | | | | | | |
| 3.1 Situatives Bewusstsein | | | | | | | | | | |
| EIS 15 | .30 | | | | | | | | | .27 |
| EIS 16 | .51 | | (.34) | | (.32) | (.35) | | | | .62 |
| EIS 17 | | | | .42 | | | | | | .29 |
| EIS 37 | (.34) | | .36 | | (.34) | | | | (-.31) | .61 |
| EIS 38 | (.41) | | | | | .47 | | (.34) | | .66 |
| EIS 39 | | | | .52 | (.40) | | | | | .56 |
| EIS 59 | .60 | | | | | | (.44) | | | .71 |
| EIS 60 | | | | | | (-.38) | | | .40 | .40 |
| EIS 61 | | | | | | | | | | .30 |
| 3.2 Führungsqualität | | | | | | | | | | |
| EIS 18 | .64 | | | | | | | | (-.32) | .66 |
| EIS 19 | .41 | | (.36) | | (.39) | | | | | .60 |
| EIS 40 | .63 | | | | | | (.32) | | | .75 |
| EIS 41 | (.31) | | .64 | | | | | | | .58 |
| EIS 62 | (.46) | | (.33) | | | | | .59 | | .72 |
| EIS 63 | | | .67 | | | | | | | .57 |
| 3.3 Flexibilität | | | | | | | | | | |
| EIS 20 | | | .72 | | | | | | | .63 |
| EIS 21 | (.31) | | .65 | | | | | | | .61 |
| EIS 42 | .55 | | (.46) | | | | | | | .62 |
| EIS 43 | | | .62 | | | | | | | .57 |
| EIS 64 | | | .73 | | | (.32) | | | | .71 |
| EIS 65 | | | .81 | | | | | | | .79 |
| Aufgeklärte Varianzen | | | | | | | | | | Σ |
| | 10.64 | 8.89 | 8.46 | 6.13 | 5.38 | 4.17 | 3.68 | 3.40 | 3.25 | 54.00 |

5.4.2.2.4 Zweite unabhängige Stichprobe (N = 100): Inhaltliche Deutung der Faktorenanalyse

Auch in der zweiten Stichprobe zeigt sich eine höhere Varianzaufklärung im Falle der Neun-Faktorenlösung gegenüber der Drei-Faktorenlösung. Die ermittelten faktorenanalytischen Befunde in der zweiten Stichprobe stützen wiederum für *einige* Einzelskalen die Skalenunterteilung der Originalversion der EIS. Allerdings findet sich auch hier bei weitem nicht für alle der neun postulierten Einzelskalen Evidenz für ein selektives Ladungsmuster der Items. Im Falle mancher Skalen zeigt sich ein stark streuendes Ladungsverhalten der Items, bei anderen indes eine „Zweiteilung“ des Itempools im Ladungsverhalten.

Wiederum findet man ein recht homogenes Ladungsmuster bezüglich der Items der Skala Selbstbewusstsein. Auch für die zweite Skala im Bereich intrapersonaler EI „Eigenmotivation“ lässt sich wieder ein positiver Ladungsbefund ermitteln. Wie schon in der ersten Stichprobe, zeigen die Items der Skala Selbstkontrolle auch in der zweiten Stichprobe ein recht inhomogenes Ladungsverhalten. So finden sich auch hier auf vier verschiedenen Faktoren Primärladungen im Falle der Skala Selbstkontrolle, was deutlich gegen die Homogenität der Skala spricht.

Für die Skala Empathie lässt sich wiederum ein sehr selektives Ladungsmuster der Items eruieren. Interessanterweise ähneln sich die Befunde zwischen den Stichproben auch hinsichtlich der Skala Altruismus stark. So bilden drei Items der Skala Altruismus einen Faktor (4), der inhaltlich auch wieder durch das Item 39 der Skala situatives Bewusstsein („Wenn ich mit Leuten etwas aushandle, kränke ich dabei in der Regel niemanden“) und zusätzlich das Item 6 der Skala Selbstkontrolle („Wenn ich beleidigt werde, bleibe ich ruhig und werde nicht laut“) definiert wird. Diese Gruppe von Altruismus-Items erscheint bei inhaltlicher Inspektion ein Unterlassen von Kränkungen zu erheben. Es ist weiterhin festzustellen, dass wiederum die beiden Items der Skala Altruismus Nr.9 („Ich fühle mich gezwungen, denen zu helfen, die von Katastrophen betroffen sind“) und Nr. 31 („Ich freue mich, wenn ich mich für gemeinnützige Tätigkeit zur Verfügung stellen kann“) hoch auf dem Faktor Empathie laden – wozu sich auch das Altruismus-Item 53 gesellt („Wenn ich jemanden in Schwierigkeiten sehe, fühle ich, dass ich ihm helfen muss“). Der zweite „Altruismus“-Faktor erscheint im

Gegensatz zum ersten durch ein aktives empathisch-altruistisches Handeln gekennzeichnet. Die Items der Skala interpersonale Beziehung zeigen auch in der zweiten Stichprobe ein recht inhomogenes Ladungsverhalten: es finden sich auf fünf verschiedenen Faktoren Primärladungen. Interessanterweise zeigen immerhin vier Items (Nr. 14, 34, 35 und 56) ein homogenes Ladungsverhalten auf dem Empathie-Faktor, wovon die drei letztgenannten Items schon in der ersten Stichprobe ein gemeinsames Ladungsmuster manifestierten.

Wiederum zeigen die Items der Skala situatives Bewusstsein aus dem situationalen EI-Bereich ein inhomogenes Ladungsmuster mit Primärladungen auf vier verschiedenen Faktoren. Die Items der Skala Führungsqualität zerfallen auch in der zweiten Stichprobe in zwei Hauptgruppen, die primär auf verschiedenen Faktoren laden. Wiederum laden die Items 18 und 40 primär auf Faktor 1, der auch wiederum von Item 12 der Skala interpersonale Beziehung („Ich eigne mich als Führungsperson, da ich Stärken und Schwächen anderer erkenne und sie verstehe einzusetzen“) sowie dem Item 59 („Ich kann jüngere Kollegen oder mir Untergebene sicher anleiten“) und zusätzlich dem Item 16 („Ich fühle mich ziemlich erfolgsgewiß, wenn ich eine Sache in Angriff nehme“) der Skala situatives Bewusstsein definiert wird. Allerdings – im Gegensatz zur ersten Stichprobe – wird dieser Faktor auch noch durch jeweils vier Items der Skalen Eigenmotivation und Selbstkontrolle gebildet. Items 41 und 63 der Skala Führungsqualität definieren auch in der zweiten Stichprobe einen eigenen Faktor, auf dem wiederum auch Items der Skala Flexibilität hoch laden, wobei in diesem Fall aber fast alle Flexibilitäts-Items hier hohe Primärladungen manifestieren. Somit erscheint den Befunden in Stichprobe 2 zufolge die Skala Flexibilität ein relativ homogenes Konstrukt zu messen.

5.4.2.3 Zusammenfassung der Befunde zur Dimensionalität der EIS

Es wurden in zwei unabhängigen Stichproben jeweils zwei explorative Faktorenanalysen der Items der EIS (Hauptkomponentenmethode) unter Anforderung einer Drei- und einer Neun-Faktorenlösung berechnet. Während die Drei-Faktorenlösungen eine Varianzaufklärung von 35 bzw. 33% erreichten, wurde für die Neun-Faktorenlösungen

eine Varianzaufklärung von 55 bzw. 54% festgestellt. Auch bei Betrachtung der Kommunalitäten der Items wird deutlich, dass die Neun-Faktorenlösung die vorliegenden EIS-Fragebogenwerte von ihrer Dimensionalität her wesentlich besser erfasst als die Drei-Faktorenlösung.

Die Drei-Faktorenlösungen bestätigen teilweise die Skalenbildung der englischen Originalversion der EIS. Vor allem die Hauptskalen intrapersonale EI und situative EI ließen sich jedoch nur eingeschränkt faktoriell voneinander trennen. Schon die Korrelationsanalysen im Vorfeld ergaben bei Studenten wie Patienten die höchste Korrelation im Falle der Hauptskalen der EIS eben zwischen intrapersonaler und situativer EI. Auf Einzelskalenebene tendierte vor allem die Skala Selbstkontrolle zu einem ähnlichen Ladungsmuster wie die Skalen aus dem situativen EI-Bereich. Durch die vorliegenden dimensionsanalytischen Befunde wird am ehesten eine Zusammenfassung von Einzelskalenwerten zu Summenscores (der übergeordneten Skalenbereiche) für die Skalen situative bzw. interpersonale emotionale Intelligenz gerechtfertigt.

Die Neun-Faktorenlösung gibt vor allem Hinweise auf die faktorielle Validität der EIS auf der Ebene der Einzelskalen. Die vorliegenden faktorenanalytischen Befunde liefern für einige der Skalen positive faktorielle Validitätshinweise. So ergab sich über die beiden berücksichtigten Stichproben Evidenz für ein akzentuiert selektives Ladungsmuster im Falle der EIS-Einzelskalen Selbstbewusstsein, Eigenmotivation und Empathie. Die Items dieser Skalen bildeten jeweils auch weitgehend eigenständige Faktoren. Für die Skala Altruismus wurde über beide Analysen hinweg eine recht konsistente Zweiteilung des Itempools im Ladungsverhalten festgestellt. Während einige Altruismus-Items sich auf ein Unterlassen von Kränkungen beziehen, tragen andere zur Bildung eines Faktors „aktives empathisch-altruistisches Handeln“ bei. Ein mit Einschränkungen konsistentes Ladungsmuster manifestieren die Items der Skalen Führungsqualität und Flexibilität. Die Befunde in Stichprobe 1, die jedoch von denen in Stichprobe 2 nicht bestätigt wurden, deuten an, dass die Skala Flexibilität zwei Aspekte von Flexibilität erfassen könnte (Umgang mit neuen Anforderungen in Arbeitssituationen bzw. interpersonale/ soziale Anpassungsfähigkeit). Schließlich ist im Falle der drei Einzelskalen der EIS Selbstkontrolle, interpersonale Beziehung und situatives Bewusstsein ein inhomogenes Ladungsmuster festzustellen.

5.4.3 Korrelationen mit Persönlichkeitseigenschaften

In der Studentenstichprobe zeigen sich zahlreiche signifikante negative Korrelationen zwischen der EIS und dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus. Vor allem mit einer sinkenden intrapersonalen und situationalen emotionalen Intelligenz steigt hiernach das Ausmaß an Neurotizismus an. Zur Persönlichkeitseigenschaft Extraversion manifestiert die EIS ein ähnliches Zusammenhangsmuster, nur dass hier die Korrelationen positiven Vorzeichens sind. Hohe Werte intrapersonaler und situationaler emotionaler Intelligenz

Tab. 25: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Emotionalen Intelligenz Skala und den Persönlichkeitseigenschaften in der Studentenstichprobe (n = 100)

| | NEO N | NEO E | NEO O | NEO V | NEO G |
|---------|--------|-------|-------|-------|-------|
| EIS 1 | -.47** | .31* | .14 | -.03 | .70** |
| EIS 1.1 | -.34** | .27* | .20^ | -.01 | .54** |
| EIS 1.2 | -.22^ | .26* | .15 | -.09 | .60** |
| EIS 1.3 | -.57** | .26* | .03 | .00 | .62** |
| EIS 2 | -.32* | .29* | .36** | .49** | .17 |
| EIS 2.1 | .15 | .16 | .34** | .47** | .11 |
| EIS 2.2 | .17 | .03 | .26* | .53** | .01 |
| EIS 2.3 | -.36** | .46** | .26* | .17 | .27* |
| EIS 3 | -.53** | .53** | .15 | -.05 | .39** |
| EIS 3.1 | -.41** | .42** | .13 | .01 | .30* |
| EIS 3.2 | -.52** | .46** | .11 | -.11 | .39** |
| EIS 3.3 | -.46** | .52** | .15 | -.01 | .33** |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

EIS 1 =Intrapersonal

EIS 1.1 = Selbstbewusstsein

EIS 1.2 = Eigenmotivation

EIS 1.3 = Selbstkontrolle

EIS 2 = Interpersonal

EIS 2.1 = Empathie

EIS 2.2 = Altruismus

EIS 2.3 = Interpersonale Beziehung

EIS 3 = Situational

EIS 3.1 = Situatives Bewusstsein

EIS 3.2 = Führungsqualität

EIS 3.3 = Flexibilität

N = Neurotizismus

E = Extraversion

O = Offenheit

V = Verträglichkeit

G = Gewissenhaftigkeit

gehen also mit hoher Extraversion einher. Interessanterweise korrelieren die EIS Skalen intrapersonale und situationale EI fast gar nicht mit den Persönlichkeitseigenschaften Offenheit für Erfahrung und Verträglichkeit. Allerdings korrelieren die EIS Einzel-skalen Empathie und Altruismus signifikant positiv mit Offenheit für Erfahrung und Verträglichkeit. Schließlich finden sich mit der Persönlichkeitseigenschaft Gewissenhaftigkeit signifikante Korrelationen der EIS Skalen in den Unterbereichen intrapersonale und situationale EI. Gewissenhaftigkeit erscheint aber unabhängig von Empathie und Altruismus.

Tab. 26: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Emotionalen Intelligenz Skala und den Persönlichkeitseigenschaften in der Patientenstichprobe (n = 49)

| | NEO N | NEO E | NEO O | NEO V | NEO G |
|---------|-------------------|------------------|------------------|------------------|-------|
| EIS 1 | -.35 [^] | .42* | .33 [^] | .24 | .58** |
| EIS 1.1 | -.27 | .29 [^] | .31 [^] | .27 | .46* |
| EIS 1.2 | -.17 | .36 [^] | .21 | -.01 | .48** |
| EIS 1.3 | -.43* | .41* | .31 [^] | .30 [^] | .54** |
| EIS 2 | -.19 | .22 | .12 | .43* | .40* |
| EIS 2.1 | -.25 | .29 [^] | .15 | .39* | .42* |
| EIS 2.2 | -.09 | .07 | .09 | .35 [^] | .43* |
| EIS 2.3 | -.13 | .20 | .05 | .39* | .23 |
| EIS 3 | -.41* | .32 [^] | .16 | .06 | .26 |
| EIS 3.1 | -.43* | .12 | .01 | .01 | .21 |
| EIS 3.2 | -.23 | .32 [^] | .22 | .01 | .17 |
| EIS 3.3 | -.36 [^] | .36 [^] | .17 | .14 | .27 |

Legende: [^]p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

EIS 1 =Intrapersonal

EIS 1.1 = Selbstbewusstsein

EIS 1.2 = Eigenmotivation

EIS 1.3 = Selbstkontrolle

EIS 2 = Interpersonal

EIS 2.1 = Empathie

EIS 2.2 = Altruismus

EIS 2.3 = Interpersonale Beziehung

EIS 3 = Situational

EIS 3.1 = Situatives Bewusstsein

EIS 3.2 = Führungsqualität

EIS 3.3 = Flexibilität

N = Neurotizismus

E = Extraversion

O = Offenheit

V = Verträglichkeit

G = Gewissenhaftigkeit

In der Patientenstichprobe fallen die korrelativen Zusammenhänge zwischen EIS und NEO-FFI insgesamt betrachtet niedriger aus als in der Studentenstichprobe. Für das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus finden sich ebenfalls einige signifikante negative Korrelationen zwischen intrapersonaler EI sowie situationaler EI und dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus. Geringe positive Korrelationen finden sich zwischen intrapersonaler EI sowie situationaler EI und der Persönlichkeitseigenschaft Extraversion. Im Falle der NEO-FFI Skala Offenheit für Erfahrung zeigt sich für die depressiven Patienten ein anderes Korrelationsprofil der EIS: Hier korrelieren Skalen der intrapersonalen EI mit Offenheit – nicht aber Empathie und Altruismus. Die EIS-Skalen Empathie und Altruismus korrelieren auch positiv mit der Eigenschaft Verträglichkeit und anders als bei den Studenten auch mit Gewissenhaftigkeit.

Somit wird die Hypothese von den Befunden in beiden Stichproben bestätigt, dass die EIS-Skalen intrapersonale und situationale EI negativ mit der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus zusammenhängen. Auch findet sich in vorliegenden Daten im Wesentlichen Bestätigung, dass die EIS-Skalen mit der Persönlichkeitsdimension Extraversion zusammenhängen (wobei dies für die interpersonale EI nur bedingt zutrifft). Nur partiell bestätigt wird die Annahme, dass die EIS-Skalen positiv mit Offenheit für Erfahrung und Gewissenhaftigkeit korrelieren. Noch am ehesten findet sich Anhalt in der Studentenstichprobe für einen korrelativen Zusammenhang zwischen intrapersonaler sowie situationaler EI und Gewissenhaftigkeit.

5.4.4 Korrelationen mit Affektivitätsskalen

Betrachtet man die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen EIS und den eingesetzten Affektivitätsskalen in der Studentenstichprobe, so finden sich konsistent negative Zusammenhänge zwischen intrapersonaler bzw. situationaler EI und den Skalen BDI, STAI und ISS. Mit Ausnahme der Skala Niedergeschlagenheit bestehen zwischen diesen Skalen und der POMS nur wenige korrelative Beziehungen. Die EIS Skala interpersonale EI (v.a. auch ihre Unterskalen Empathie und Altruismus) korrelieren bei den Studenten fast gar nicht mit den Affektivitätsskalen.

Tab. 27: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Emotionalen Intelligenz-Skala und den Affektivitätsskalen in der Studentenstichprobe (n = 100)

| | BDI SUM | STAI SUM | ISS SUM | POMS N | POMS MU | POMS T | POMS MI |
|---------|------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| EIS 1 | -.35** | -.44** | -.38** | -.26* | -.17 | .22^ | -.18 |
| EIS 1.1 | -.34** | -.35** | -.34** | -.20 | -.17 | .27* | -.07 |
| EIS 1.2 | -.10 | -.20^ | -.10 | -.11 | -.11 | .18 | -.08 |
| EIS 1.3 | -.40** | -.52** | -.50** | -.32** | -.16 | .12 | -.27* |
| EIS 2 | -.09 | -.03 | .00 | -.03 | -.04 | .07 | -.25^ |
| EIS 2.1 | -.06 | .07 | .05 | .01 | -.00 | .11 | -.16 |
| EIS 2.2 | .07 | .15 | .22^ | .16 | .03 | -.06 | -.20^ |
| EIS 2.3 | -.21^ | -.25^ | -.23^ | -.21^ | -.12 | .12 | -.22^ |
| EIS 3 | -.31* | -.45** | -.47** | -.29* | -.19 | .27* | -.18 |
| EIS 3.1 | -.27* | -.40** | -.40** | -.14 | -.15 | .24^ | -.20^ |
| EIS 3.2 | -.25^ | -.36** | -.36** | -.27* | -.14 | .30* | -.10 |
| EIS 3.3 | -.30* | -.42** | -.46** | -.36** | -.22^ | .15 | -.19 |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

EIS 1 = Intrapersonal

EIS 1.1 = Selbstbewusstsein

EIS 1.2 = Eigenmotivation

EIS 1.3 = Selbstkontrolle

EIS 2 = Interpersonal

EIS 2.1 = Empathie

EIS 2.2 = Altruismus

EIS 2.3 = Interpersonale Beziehung

EIS 3 = Situational

EIS 3.1 = Situatives Bewusstsein

EIS 3.2 = Führungsqualität

EIS 3.3 = Flexibilität

POMS N = Niedergeschlagenheit

POMS MU = Müdigkeit

POMS T = Tatendrang

POMS MI = Missmut

Im Falle der Patientenstichprobe zeigt die EIS in wesentlichen Teilen ein anderes Korrelationsmuster mit den Affektivitätsskalen. Die EIS korreliert hier kaum mit dem BDI. Lediglich die situationale EI der EIS korreliert negativ mit der Scham anfälligkeit (gemessen über die ISS). Durchgehend korrelieren die EIS Skalen (in allen drei Unterbereichen) invers mit der Traitängstlichkeit (STAI). Eine niedrige emotionale Intelligenz geht also bei den Depressiven mit einer hohen Ängstlichkeit einher. Wie bei den Studenten so zeigt sich auch in der Patientenstichprobe, dass v.a. die intrapersonale bzw. situationale EI mit der Skala Niedergeschlagenheit der POMS korreliert. Die EIS

korreliert hier ebenfalls kaum mit den anderen Skalen der POMS, also dem Befindlichkeitsstatus in der letzten Woche.

Tab. 28: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Emotionalen Intelligenz Skala und den Affektivitätsskalen in der Patientenstichprobe (n = 50)

| | BDI SUM | ISS SUM | STAI SUM | POMS N | POMS MU | POMS T | POMS MI |
|---------|------------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|
| EIS 1 | -.26 | -.27 | -.45** | -.28^ | -.22 | -.26 | -.10 |
| EIS 1.1 | -.19 | -.15 | -.38* | -.30^ | -.23 | -.20 | -.10 |
| EIS 1.2 | -.12 | -.08 | -.20 | -.06 | .00 | -.20 | .04 |
| EIS 1.3 | -.33^ | -.42* | -.52** | -.33^ | -.29^ | -.25 | -.07 |
| EIS 2 | -.26 | -.25 | -.39* | -.26 | -.23 | -.18 | -.14 |
| EIS 2.1 | -.27 | -.25 | -.40* | -.32^ | -.18 | -.13 | -.27 |
| EIS 2.2 | -.18 | -.09 | -.26 | -.14 | -.14 | -.14 | -.17 |
| EIS 2.3 | -.23 | -.29^ | -.35^ | -.20 | -.29^ | -.19 | .08 |
| EIS 3 | -.22 | -.42* | -.55** | -.38* | -.26 | -.12 | -.14 |
| EIS 3.1 | -.11 | -.35^ | -.45** | -.42* | -.24 | -.03 | -.20 |
| EIS 3.2 | -.20 | -.33^ | -.43* | -.13 | -.07 | -.07 | .01 |
| EIS 3.3 | -.26 | -.34^ | -.48** | -.40* | -.36* | -.24 | -.14 |

Legende: ^p≤.05 , * p≤ .01 , ** p≤ .001

EIS 1 = Intrapersonal

EIS 1.1 = Selbstbewusstsein

EIS 1.2 = Eigenmotivation

EIS 1.3 = Selbstkontrolle

EIS 2 = Interpersonal

EIS 2.1 = Empathie

EIS 2.2 = Altruismus

EIS 2.3 = Interpersonale Beziehung

EIS 3 = Situational

EIS 3.1 = Situatives Bewusstsein

EIS 3.2 = Führungsqualität

EIS 3.3 = Flexibilität

POMS N = Niedergeschlagenheit

POMS MU = Müdigkeit

POMS T = Tatendrang

POMS MI = Missmut

5.4.5 Korrelationen mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen

Die vorliegende Korrelationsanalyse ergibt, dass das Ausmaß der emotionalen Intelligenz (gemessen über die EIS) nicht vom Auftreten von Komorbidität abhängt. Depressive Patienten mit und solche ohne eine weitere psychiatrische Diagnose unterscheiden sich offensichtlich nicht bezüglich verschiedener Merkmale emotionaler Intelligenz.

Tab. 29: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Emotionalen Intelligenz Skala und Erkrankungsmerkmalen sowie soziodemographischen Variablen in der Patientenstichprobe (n =50)

| | Komorbidität | Erkrankungsdauer | Alter | Geschlecht |
|---------|--------------|------------------|-------|------------|
| EIS 1 | .11 | -.06 | .13 | -.12 |
| EIS 1.1 | .01 | .02 | .20 | -.15 |
| EIS 1.2 | .10 | -.15 | .01 | .10 |
| EIS 1.3 | .15 | -.03 | .11 | -.21 |
| EIS 2 | -.05 | -.19 | .17 | -.10 |
| EIS 2.1 | .01 | -.19 | .13 | -.14 |
| EIS 2.2 | .15 | -.15 | .24 | -.04 |
| EIS 2.3 | -.25 | -.16 | .08 | -.08 |
| EIS 3 | -.06 | -.11 | .17 | .00 |
| EIS 3.1 | -.01 | -.16 | .24 | .10 |
| EIS 3.2 | -.02 | -.10 | .01 | -.00 |
| EIS 3.3 | -.13 | .01 | .17 | -.11 |

Legende: $\wedge p \leq .05$, * $p \leq .01$, ** $p \leq .001$

EIS 1 = Intrapersonal

EIS 1.1 = Selbstbewusstsein

EIS 1.2 = Eigenmotivation

EIS 1.3 = Selbstkontrolle

EIS 2 = Interpersonal

EIS 2.1 = Empathie

EIS 2.2 = Altruismus

EIS 2.3 = Interpersonale Beziehung

EIS 3 = Situational

EIS 3.1 = Situatives Bewusstsein

EIS 3.2 = Führungsqualität

EIS 3.3 = Flexibilität

Die Dauer der depressiven Erkrankung korreliert ebenfalls nicht signifikant mit den Skalen der EIS. Alle ermittelten Korrelationskoeffizienten fallen von der Höhe her sehr gering aus. Demnach erscheint die emotionale Intelligenz bei depressiven Patienten mit der Krankheitsdauer weder zu- noch abzunehmen. Das Alter der Patienten steht in keinem korrelativen Zusammenhang mit den EIS-Skalenwerten. Die verschiedenen Merkmale emotionaler Intelligenz erscheinen also unabhängig vom Alter. Schließlich findet sich kein Zusammenhang zwischen den Werten auf der EIS und dem Geschlecht. Bei den Patienten sind also keine Unterschiede in der emotionalen Intelligenz zwischen Männern und Frauen anzunehmen (siehe Tabelle 29).

6. Diskussion

In der vorliegenden Querschnittsstudie wurde eine Reihe von Fragestellungen zu emotionaler Intelligenz, Alexithymie und Depression untersucht. Zunächst wurde anhand von zwei Selbstbeschreibungsverfahren, der 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) und der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS) die Ausprägung von alexithymen Merkmalen und emotionaler Intelligenz bei klinisch depressiven Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden analysiert. Es wurde eingangs dargelegt, dass sowohl Alexithymie als auch emotionale Intelligenz in der Literatur heterogen definierte Konzepte darstellen, die einen bedeutsamen Überschneidungsbereich aufweisen.

Die depressiven Patienten vorliegender Untersuchung waren mit einem Durchschnittsalter von etwa 51 Jahren deutlich älter als die normalen Kontrollprobanden, die durchschnittlich knapp 26 Jahre alt waren. Nach den Punktwerten in den Affektivitätsskalen BDI, STAI und POMS waren die Patienten wie zu erwarten signifikant depressiver, missmutiger, müder und ängstlicher als die Studenten. Allerdings existierten nach MWT-B keine Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer sprachlichen Intelligenz. Das ist insofern bedeutsam, als Unterschiede in den verbalen Fähigkeiten Einfluss auf das Ausmaß der Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und im Übrigen auch auf die Qualität der Fragebogendaten haben könnten. Nach Resultaten von Kirmayer und Robbins (1993) ist von den vier Subskalen der TAS lediglich die Skala Phantasiearmut mit dem Alter korreliert. Ältere Menschen tendieren zu höheren Werten auf der Skala. Auch Lane et al. (1998) fanden lediglich einen sehr geringen korrelativen Zusammenhang zwischen TAS-Alexithymie und Alter. Insofern sollten Unterschiede im Ausmaß von Alexithymie zwischen unseren Untersuchungsgruppen nicht auf das höhere Alter der Patienten zurückgehen.

Unser Vergleich der Werte auf der TAS zwischen den Gruppen indizierte zunächst, dass depressive Patienten offensichtlich größere Schwierigkeiten bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen haben. Auch zeigte sich, dass die Depressiven ein stärker ausgeprägtes extern orientiertes Denken und eine größere Phantasiearmut verglichen

mit den normalen Studenten manifestierten. Bei statistischer Kontrolle der Zustandsdepressivität waren aber die Unterschiede hinsichtlich der Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen nicht mehr zwischen den Gruppen nachweisbar. Insgesamt wurde damit unsere Annahme im Wesentlichen bestätigt, dass Depressive alexithymer sind als Gesunde. Dieser Befund ist konsistent mit einer Reihe von anderen Untersuchungen an (akut) depressiven Patienten anhand der TAS (Honkalampi et al. 2000, Saarijorvi et al. 2001, Wise et al. 1995). Allerdings zeigte sich in unserer Studie auch, dass die Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen bei depressiv Erkrankten von dem Ausmaß ihrer aktuellen Depressivität abhängen, was eine Annahme von Loas et al. (1998) bestätigt. Andererseits wird aber auch deutlich, dass es sich bei verschiedenen alexithymer Merkmalen Depressiver wahrscheinlich nicht um rein zustandsabhängige Defizite handelt, sondern auch um stabile Persönlichkeitseigenschaften (vgl. Luminet et al. 2001).

Es ist bislang nicht empirisch geklärt, wie alexithyme Merkmale eine Depression mit verursachen könnten. Diesbzgl. erscheinen Langzeitstudien mit Personen mit alexithymer Merkmalen und erhöhtem Risiko, eine Depression zu entwickeln, hilfreich. Man kann an dieser Stelle nur spekulieren, wie eingeschränkte Fähigkeiten im Erkennen und Umgang von Emotionen für die Auslösung oder das Andauern von Depression relevant sein könnten. Wie eingangs schon dargestellt, erscheint es plausibel, dass Personen, die ihre Gefühlsreaktionen nicht erkennen können, eher Gefahr laufen, psychopathologische Zustände zu entwickeln, denn sie reagieren nicht auf wichtige Signale, die im Falle negativer Emotionen auf Missstände in ihrer Umwelt hinweisen. Diejenigen, die indes ihre affektiven Gefühlssignale wahrnehmen, schaffen eine Grundlage dafür, sich mit möglichen Ursachen ihrer Gefühle auseinandersetzen, und können auch eher versuchen, diese zu beseitigen.

Intelligentes Gefühlsmanagement umfasst die richtige Einschätzung, wann und wie ein Gefühlsausdruck oder sogar -ausbruch angebracht ist und wie dieser Gefühlsausdruck reguliert werden kann. Ist die Wahl des geeigneten Zeitpunkts und der Stil der Konfrontation mit negativen Gefühlen verfehlt oder werden positive Gefühle kaum ausgedrückt, sind Spannungen in interpersonalen Beziehungen und insbesondere Paarbeziehungen sehr wahrscheinlich. Chronische Spannungen, Unzufriedenheit,

Hoffnungslosigkeit, Missstände zu verändern, und sozialer Rückzug könnten die Entwicklung einer depressiven Episode mit bedingen.

Es liegen experimentelle Befunde vor, dass Personen mit guten Fähigkeiten in der Gefühlsidentifikation auf wiederholte Stressoren mit einer schwächeren adrenokortikalen Stressreaktion reagieren (z.B. Salovey et al. 2002). Weiter wurde beobachtet, dass im Falle akuter Stressoren die Fähigkeit, seine Gefühle aufmerksam zu verfolgen, negativ mit dem Blutdruckanstieg korrelierte und die Fähigkeit zur Gefühlsbeeinflussung mit schwächeren Bedrohungsgefühlen einher ging (Salovey et al. 2002). Eine niedrige emotionale Intelligenz führt wahrscheinlich über defensive Bewältigungsstrategien zu einem stärkeren Belastungserleben durch chronische Stressoren (Grilj 2002). Diese rezenten Studienbefunde deuten an, dass emotionale Intelligenzmerkmale unmittelbare differentielle psycho-somatische Folgen auf Stressreaktionen haben können.

Hinsichtlich der emotionalen Intelligenz von klinisch depressiven Patienten weiß man derzeit noch sehr wenig. In unserer Studie zeigte sich, dass die depressiv Erkrankten eine niedrigere intrapersonale und situationale emotionale Intelligenz aufweisen als die Normalprobanden. Im Einzelnen betrachtet finden sich in Bezug auf die EI-Aspekte Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, interpersonale Beziehungen, situatives Bewusstsein, Führungsqualität und Flexibilität bei den Depressiven geringere Werte als bei den Gesunden. Das heißt, dass ihre Fähigkeiten, ihre Gefühle zu erkennen, zu kontrollieren, ihre Aufmerksamkeit für andere, ihre Führungsqualität und Anpassungsfähigkeit herabgesetzt sind. Natürlich bleibt es aufgrund der Tatsache, dass es sich hier um Querschnittsdaten handelt, unklar, ob diese Defizite nur eine Folge oder ein Ausdruck der akuten Depressivität der Patienten sind oder ob sie schon vor der Erkrankung vorlagen und Teil einer kognitiv-emotionalen Vulnerabilität sind. Bemerkenswert ist, dass sich unsere depressiven Patienten nicht von den Gesunden auf der Skala interpersonale emotionale Intelligenz unterschieden. Auf der Skala Empathie gab es keine Gruppenunterschiede. Im Übrigen erscheinen unseren Befunden zufolge die Depressiven sogar altruistischer als die Gesunden. Hier drückt sich eine akzentuierte Haltung aus, auf andere zuzugehen und ihnen helfen zu wollen. Schließlich wurde auch bezüglich des Merkmals Eigenmotivation kein Gruppenunterschied ermittelt. Das heißt,

dass die Motivation für Arbeit und Leistung bei den Depressiven verglichen mit Gesunden unauffällig ist. Ein gewisser Widerspruch in den genannten Befunden könnte zwischen der erhöhten altruistischen Haltung und der zugleich erniedrigten Aufmerksamkeit für andere bei Depressiven bestehen. Doch möglicherweise kann der Wunsch oder die Absicht, andere zu unterstützen, ganz unabhängig von dem Ausmaß der Aufmerksamkeit bestehen, die man anderen widmet. Nach Donges et al. (2005) sind depressive Patienten vor allem durch eine eingeschränkte Wahrnehmung der Gefühle anderer Personen gekennzeichnet, was mit unseren Befunden eines erniedrigten situativen Bewusstseins und eingeschränkter interpersonaler Beziehungen gut übereinstimmt.

Wie in der Einleitung herausgearbeitet, existieren kaum Arbeiten zum Thema emotionale Intelligenz und Depression, die mit standardisierten Testverfahren bei klinisch Depressiven durchgeführt wurden. Es liegt eine Reihe von Befunden an Normalprobanden (bzw. Straftätern) vor, die auf einen negativen korrelativen Zusammenhang zwischen emotionaler Intelligenz und depressiver Stimmung verweisen (Dawda u. Hart 2000, Hemmati et al. 2004, Martinez-Pons 1997, Saklofske et al. 2003). Darüber hinaus ist uns lediglich eine unveröffentlichte australische Arbeit („Clinical depression and deficits in emotional intelligence“ von Rachel Schembri) bekannt, die an der University of Swinburn durchgeführt wurde. Es bleibt hier unklar, welches Messinstrument zur Erhebung der emotionalen Intelligenz eingesetzt wurde. Dieser australischen Untersuchung zufolge sind Patienten mit einer majoren Depression insbesondere im Umgang mit und der Kontrolle von Emotionen beeinträchtigt. Diese Befunde sind mit unseren Resultaten weitgehend konsistent und sprechen für Einschränkungen im Bereich der emotionalen Intelligenz im Zustand klinischer Depressivität. Es wäre sicher ein wichtiger Schritt, depressive Patienten nach Abklingen der Depression noch einmal im postakuten Verlauf zu untersuchen, um zu prüfen, ob sich die emotionalen Intelligenzwerte normalisieren oder Beeinträchtigungen trotz wiederhergestellter Befindlichkeit zurückbleiben.

Es wurde im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht, ob emotionale Intelligenz bzw. Alexithymie mit Merkmalen der Erkrankung oder soziodemographischen Variablen bei Depressiven zusammenhängen. Unsere Resultate verweisen darauf, dass

weder emotionale Intelligenz noch Alexithymie mit der Erkrankungsdauer oder dem Auftreten von psychiatrischer Komorbidität assoziiert sind. Es gibt also keinen Anhalt dafür anzunehmen, dass die emotionale Intelligenz bei längerer Erkrankungsdauer ab- oder zunimmt. Man könnte vielleicht erwarten, dass bei langen Erkrankungen wiederholt psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen erfolgen, die einen positiven Effekt auf die Fähigkeit haben sollten, seine Emotionen wahrzunehmen und zu regulieren. Doch hierfür geben unsere Daten keinen Hinweis. Auch erscheinen depressive Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen nicht weniger emotional intelligent als depressive Patienten ohne weitere Diagnosen. Auch wurde in unserer Untersuchung festgestellt, dass emotionale Intelligenzmerkmale (gemessen mit der EIS) bei depressiven Patienten nicht mit Alter oder Geschlecht zusammenhängen. Allerdings fanden wir bei den depressiv Erkrankten Zusammenhänge zwischen extern-orientiertem Denken und männlichem Geschlecht sowie einer Abnahme der Schwierigkeiten, seine Gefühle zu identifizieren, und höherem Alter. Vorbefunde für Normalprobanden verweisen auch darauf, dass Männer verglichen mit Frauen zu höheren Alexithymiewerten tendieren (z.B. Lane et al. 1998). In der Normalbevölkerung wurden keine nennenswerten Beziehungen zwischen Alexithymie und Alter ermittelt (z.B. Kupfer et al. 2001). Allerdings ist der von uns festgestellte Zusammenhang zwischen Alter und abnehmenden Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen von der Stärke her auch als gering zu bewerten.

In der vorliegenden Untersuchung wurden Persönlichkeitsmerkmale und Schamveranlagung von depressiven Patienten und Gesunden in einen Vergleich gestellt. Es wurde angenommen, dass depressiv Erkrankte höhere Neurotizismus- und niedrigere Extraversionswerte erreichen und schamanfälliger sind als Normalprobanden. Die Resultate unserer Arbeit bestätigen die Hypothesen. Die depressiven Patienten waren demnach introvertierter, neurotischer und weniger offen für Erfahrungen als die Gesunden. Da auch Studien an remittierten depressiven Patienten auf einen erhöhten Neurotizismus verweisen (Bagby et al. 1995, Costa et al. in Druck) liegt es nahe anzunehmen, dass Neurotizismus ein Persönlichkeitsmerkmal Depressiver darstellt, das von der akuten Erkrankung unabhängig ist und ein Vulnerabilitätsmerkmal repräsen-

tieren könnte. Personen mit erhöhtem Neurotizismus reagieren nämlich auf Stressreaktionen unangemessen und zeigen schneller emotionale Erregung.

Nach den Befunden unserer Untersuchung manifestierten die depressiven Patienten auch eine höhere Schamanfähigkeit als die Gesunden. Damit werden Ergebnisse einer rezenten Studie bestätigt (Wolfradt u. Sommer 2000). Von den letztgenannten Autoren wurde argumentiert, dass Schamgefühle Handlungen im interpersonalen Kontext behindern, indem empathische Prozesse gehemmt und Rückzugstendenzen gefördert werden. Eine Schamveranlagung kann also Zustände der Hemmung und Isolation bei Depression intensivieren.

Eine Nebenfragestellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf die Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen der TAS-Subskala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und dem Ausmaß der Schamveranlagung. In einer rezenten Studie (Suslow et al. 2000) wurde eine Korrelation zwischen eben der TAS-20 Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und schamerfassenden Skalen der Scham-Schuld-Skala (Suslow et al. 1999) festgestellt, was die Validität der TAS-Skala belastete, da die Skala Probleme mit der Symbolisierung von Gefühlen aber nicht mit der Übermittlung oder dem interpersonalen Mitteilen von Gefühlen erfassen soll. In vorliegender Studie wurde dieser Zusammenhang mit einem anderen Messinstrument zur Erhebung von Scham, der Internalisierten Scham- Skala (Cook 1987, Wolfradt u. Scharrer 1996) nochmals untersucht. Die Befunde unserer Untersuchung bestätigen (in beiden Teilstichproben) den angenommenen positiven Zusammenhang zwischen Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und Schamanfähigkeit. Personen, die also sozial gehemmt und mit Rückzug und externen Sanktionserwartungen auf Versagenserlebnisse reagieren, neigen zu hohen Werten auf der TAS-20 Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen. Insofern liegen neue bzw. weitere Befunde vor, die die Konstruktvalidität der genannten TAS-Skala belasten. Es ergibt sich die Konsequenz zu erwägen, diejenigen Items der TAS-20 Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen zu identifizieren, zu modifizieren oder zu eliminieren, die primär den Mitteilungsaspekt der Problematik des Gefühlsbeschreibens erheben. Als Beispiel sei hier ein Item der entsprechenden Skala genannt: „Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen“. Vergleicht man dieses Item

mit dem Item „Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden“ der gleichen Skala, so wird deutlich, dass letzteres ganz auf die Probleme in der Versprachlichung ausgerichtet ist, während beim ersten der interpersonale Kommunikationsaspekt im Vordergrund steht.

Mit der TAS-32 wurde in unserer Untersuchung eine Langversion der Toronto-Alexithymie-Skala eingesetzt. Sie zeigte für die Gesamtskala und die Unterskalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Beschreiben von Gefühlen für die Patienten- und die Studentenstichprobe ausreichende Reliabilitäten (interne Konsistenzen), die zwischen .73 und .86 lagen. Hingegen waren die Reliabilitäten für die Skalen extern-orientierter Denkstil und Phantasiearmut bei den Patienten im grenzwertig ausreichenden Bereich (.51 bzw. .52). Die Reliabilitätskennwerte der TAS-32 liegen recht nahe an denen anderer deutscher Adaptationen der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20, Bach et al. 1996; TAS-26, Kupfer et al. 2001). Es wird aber auch kein Gewinn hinsichtlich der Reliabilität der TAS-32 Skala deutlich, den man bei einer Verlängerung der Skala als positiven Effekt erwarten könnte.

Für die TAS-32 zeigt sich auf Einzelskalenebene über beide Stichproben hinweg ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen den Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen. Für die anderen beiden TAS-Skalen extern-orientierter Denkstil und Phantasiearmut ergeben sich für die Stichproben unterschiedliche Zusammenhangsmuster, was auf mögliche inhaltliche Differenzen im Messkonstrukt dieser beiden TAS-Skalen zwischen den Untersuchungsgruppen verweisen könnte.

Bei depressiven und normalen Probanden wurden korrelative Zusammenhänge zwischen den Skalen der TAS-32 und den mit dem NEO-FFI erfassten Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus und Extraversion festgestellt. Schwierigkeiten beim Identifizieren und Benennen von Gefühlen gehen mit erhöhtem Neurotizismus und Introversion einher – wohingegen sie im Wesentlichen unabhängig von Offenheit für Erfahrung erscheinen. Dieses Korrelationsmuster kann insgesamt als Anhalt für eine konkurrenztätige Validität der TAS-Skalen interpretiert werden.

Die recht hohen positiven Zusammenhänge zwischen der TAS-32 und Skalen der Depressivität und Ängstlichkeit bei depressiven Patienten aber auch Normalprobanden

deuten an, dass insbesondere Schwierigkeiten beim Identifizieren und Benennen von Gefühlen für die Auslösung oder den Erhalt von depressiver Stimmung und Ängsten eine Rolle spielen könnten.

Ein wesentlicher Teil der vorliegenden Untersuchung widmet sich der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS). Es wurden erste Ergebnisse zur Reliabilität und Validität einer deutschen Übersetzung der Skala vorgestellt. Die EIS stellt ein neu entwickeltes Instrument zur Erhebung verschiedener Merkmale emotionaler Intelligenz dar und ist mit 65 Items recht umfangreich. Die Antwortgebung erfolgt auf einer fünffach gestuften Skala. Der Fragebogen besteht aus drei Hauptskalen, die so genannte intrapersonale, interpersonale und situative Aspekte von emotionaler Intelligenz erheben sollen. Jede Skala der EIS lässt sich in drei Unter- oder Subskalen untergliedern. Der Originaltitel dieses Fragebogens lautet *Emotional Intelligence Scale* und ist nicht mit dem gleichnamigen Verfahren zu verwechseln, das Schutte et al. (1998) bereitgestellt haben. Die EIS wurde von Thomas N. Wise entwickelt, der seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts im Bereich der Alexithymieforschung tätig ist. Die in vorliegender Untersuchung eingesetzte deutschsprachige Skalenversion wurde nach dem Standard der Übersetzung und Rückübersetzung erstellt.

Wichtige zu erbringende psychometrische Qualitätsmerkmale von Fragebogenskalen liegen in den Bereichen der Reliabilität und der faktoriellen sowie diskriminanten und prädiktiven Validität. Zur Bestimmung der Testreliabilität der EIS wurde eine Analyse der internen Konsistenz durchgeführt. Für die drei Skalen intrapersonale, interpersonale und situationale EI wurden in beiden Stichproben jeweils hohe Reliabilitätskoeffizienten ermittelt ($> .80$). Im Falle der Einzelskalen interpersonale Beziehung, situatives Bewusstsein und Flexibilität wurden allerdings geringere Reliabilitätswerte beobachtet, die zwar noch als ausreichend für Gruppenvergleiche (im Rahmen etwa von Studien) nicht aber für den Zweck von Individualdiagnostik zu bewerten sind. Bezüglich der genannten Skalen wird ein Optimierungsbedarf deutlich. Vergleicht man die Reliabilitätswerte der deutschen Adaptation mit der einer japanischen Version der EIS Fukunishi et al. (2001b), so wird für die drei Hauptskalen deutlich, dass dort im Falle von psychiatrischen Patienten und Normalprobanden etwas niedrigere Reliabilitäten

erreicht werden ($.70 < \alpha \leq .80$). Bemerkenswert ist, dass die Stichproben in Japan deutlich größer waren, allerdings im Falle der psychiatrischen Patienten die Stichprobe diagnostisch heterogen war. Auch wenn für alle Einzelskalen (der japanischen EIS) noch ausreichende interne Konsistenzen erzielt wurden, so waren diese für die Skalen Altruismus und Führungsqualität recht gering. Somit zeigen sich hinsichtlich der Reliabilitäten der Einzelskalen zwischen den beiden Studien leichte Unterschiede. Insgesamt gesehen liegen aber die Reliabilitätswerte der deutschen und der japanischen Adaptation der EIS auf ähnlicher Höhe.

Zur Überprüfung der konkurrenten Validität der EIS-Skalen wurde eine Reihe von Selbstbeschreibungsverfahren eingesetzt. Einem Testverfahren kann konkurrierende (konvergente) Validität zugeschrieben werden, wenn es mit einem inhaltlich vergleichbaren schon vorhandenen Fragebogen korreliert. Ein diskriminativer Validitätsbeleg liegt demgegenüber vor, wenn ein Test keine systematischen Beziehungen zu einem Testverfahren manifestiert, welches ein theoretisch anderes, divergentes Konstrukt misst. In vorliegender Untersuchung zeigten (in der Stichprobe der Normalprobanden) die Hauptskalen der EIS intrapersonale und situationale EI in Bezug auf die Alexithymie-Skala TAS ein sehr ähnliches Korrelationsmuster: Es wurden wie zu erwarten negative Korrelationen mit den TAS-Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Beschreiben von Gefühlen und extern-orientierter Denkstil beobachtet. Eine niedrigere intrapersonale bzw. situationale emotionale Intelligenz geht also mit alexithymen Kernmerkmalen einher. Die Annahme eines inversen Zusammenhangs der Skalen intrapersonale EI und situationale EI mit dem TAS Summenwert wurde durch unsere Untersuchung bestätigt. Dies ist theoretisch zu erwarten und stellt somit einen positiven konkurrenten Validitätshinweis dar. Im Falle der EIS-Skala interpersonale EI wurden lediglich schwache negative Korrelationen mit den TAS-Skalen extern-orientierter Denkstil und Phantasiearmut festgestellt. Das Ausbleiben eines korrelativen Zusammenhangs der interpersonalen EI mit den alexithymen Merkmalen Schwierigkeiten beim Identifizieren und Beschreiben von Gefühlen ist als positiver diskriminativer Validitätsanhaltspunkt zu werten. Das Korrelationsmuster zwischen japanischer Adaptation der EIS und der TAS-20 fällt für Normalprobanden (ebenfalls Studenten) insgesamt gesehen recht ähnlich aus

(Fukunishi et al. 2001a). Jedoch manifestieren die EIS-Hauptskalen hier ein noch günstigeres, weil selektiveres Korrelationsverhalten, denn nur die intrapersonale EI-Skala (nicht die interpersonale oder die situationale EI) korreliert mit Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen. Die EIS-Skala interpersonale EI korreliert in der japanischen Stichprobe auch lediglich schwach negativ mit einem extern-orientierten Denkstil. Es zeigen sich im Übrigen Unterschiede zwischen der japanischen und unserer Untersuchung hinsichtlich des Zusammenhangs von EIS und TAS für die psychiatrischen Patienten. Während in der japanischen Stichprobe im Vergleich zu der studentischen ein fast identisches Zusammenhangsmuster ermittelt wurde, wurden in unserer Untersuchung für die depressiven Patienten keine signifikanten Korrelationen zwischen EIS und TAS beobachtet, wobei die Korrelationen von der Höhe niedriger ausfallen, also die Nichtsignifikanz der Ergebnisse nicht auf die kleinere Stichprobengröße in unserer Untersuchung zurückgeführt werden kann. Unser Befund einer Nonkorrelation zwischen EIS und TAS ist negativ zu werten. Für depressive Patienten konnten somit in diesem Punkt konkurrente Validitätshinweise nicht ermittelt werden.

Der Einsatz des Persönlichkeitsinventars NEO-FFI parallel zur EIS erbrachte Hinweise, dass die intrapersonale und situationale emotionale Intelligenz wie erwartet negativ mit dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus zusammenhängt. Dieser Zusammenhang ist theoretisch zu erwarten, da Personen mit einer geringeren emotionalen Intelligenz unangemessener und stärker mit negativen Emotionen auf Stressreaktionen reagieren sollten. Weiterhin fand sich im Wesentlichen Bestätigung dafür, dass emotionale Intelligenz mit der Persönlichkeitsdimension Extraversion zusammenhängt. Erwartungsgemäß manifestierten sich v.a. zwischen der Skala interpersonale Beziehungen sowie den situationalen EI-Skalen und der Extraversion positive Zusammenhänge. Nur partiell bestätigte sich, dass emotionale Intelligenz mit Offenheit für Erfahrung und Gewissenhaftigkeit korreliert. Noch am ehesten findet sich Anhalt in der Studentensichprobe für einen Zusammenhang der intrapersonalen bzw. situationalen emotionalen Intelligenz mit Gewissenhaftigkeit. Für Patienten wie Studenten wurde eine recht selektive Korrelation zwischen interpersonalem EI-Skalen (Empathie und Altruismus) und dem Persönlichkeitsmerkmal Verträglichkeit festgestellt. Personen mit hoher Verträglichkeit zeichnen sich durch eine mitfühlende, verständnisvolle und wohl-

wollende Haltung anderen gegenüber aus. Somit zeigen sich hier vor allem für die Studentenchprobe eine Reihe positiver konkurrierender Validitätshinweise für die EIS. Das Korrelationsmuster zwischen japanischer Adaptation der EIS und dem NEO-FFI (Fukunishi et al. 2001b) fällt verglichen mit dem unserer Studie ähnlich aus. Die von uns aufgestellten und in vielen Fällen bestätigten Zusammenhangshypothesen basierten auf den japanischen Vorbefunden.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zwischen EIS und den eingesetzten Affektivitätsskalen verweisen in der Studentenchprobe darauf, dass eine niedrige intrapersonale und situative emotionale Intelligenz mit einer erhöhten Depressivität, Ängstlichkeit und Schamhaftigkeit einhergeht. Eine niedrige interpersonale Intelligenz (Empathie, Altruismus) hängt indes nicht mit einer negativen Affektivität zusammen. Insgesamt betrachtet ergeben sich aber für die Studenten hiermit positive konkurrierende Validitätshinweise. Bei den depressiven Patienten korrelierte die EIS lediglich konsistent mit Ängstlichkeit. Keine der Skalen der EIS korrelierte mit dem BDI, einem Standardverfahren zur Erhebung depressiver Symptomatik. Insofern findet sich in der Patientenchprobe deutlich weniger Anhalt für eine konkurrierende oder prädiktive Validität der EIS.

Fasst man die konkurrierenden Validierungsergebnisse zusammen, so ergeben sich vor allem für den Einsatz der EIS in studentischen Stichproben eine Reihe von positiven konkurrierenden Validitätshinweisen. Deutlich weniger günstig erscheinen unsere Befunde zur Validität der EIS im Falle der depressiven Patienten. Das Ausbleiben von Zusammenhängen mit der Alexithymie-Skala TAS und dem BDI sei an dieser Stelle hervorgehoben.

Die Dimensionalität der EIS wurde anhand von Hauptkomponentenanalysen explorativ geprüft. Hiermit wurden Daten zur faktoriellen Validität der EIS bereitgestellt.

Theoretisch begründet wurde zunächst eine Drei-Faktoren-Lösung und dann eine Neun-Faktoren-Lösung vorgegeben. Die vorgenommenen Untersuchungen stellen nur einen ersten explorativen Schritt zur Abschätzung der Dimensionalität der EIS dar. Zukünftig sollten auch konfirmatorische Faktorenanalysen zur Überprüfung der Modellpassung Einsatz finden. Um die Stabilität unserer faktorenanalytischen Ergebnisse zu prüfen,

wurden die Berechnungen jeweils zunächst an einer ersten Stichprobe (n=150) und anschließend an einer zweiten unabhängigen Stichprobe (n= 100) durchgeführt.

Die Drei-Faktorenlösungen erreichten in unserer Untersuchung eine Varianzaufklärung von nur 33 bzw. 35%. Die Neun-Faktorenlösungen erbrachten eine deutlich höhere Varianzaufklärung (54 bzw. 55%). Eine Neun-Faktorenlösung erscheint also wesentlich angemessener zur Beschreibung der Dimensionalität der EIS als eine Drei-Faktorenlösung.

Unsere Drei-Faktorenlösungen bestätigen teilweise die Skalenbildung der englischen Originalversion der EIS. Die Hauptskalen intrapersonale EI und situative EI lassen sich jedoch nur eingeschränkt faktoriell voneinander trennen. Die vorliegenden faktorenanalytischen Befunde unter Anforderung einer Neun-Faktorenlösung liefern für einige Skalen positive faktorielle Validitätshinweise. Über die beiden untersuchten Stichproben hinweg zeigten die Items der EIS-Einzelskalen Selbstbewusstsein, Eigenmotivation und Empathie jeweils weitgehend eigenständige, replizierbare Faktoren. Für die Skala Altruismus wurde über beide Analysen hinweg eine konsistente Zweiteilung des Itempools im Ladungsverhalten festgestellt. Ein nur mit Einschränkungen konsistentes Ladungsmuster manifestieren die Items der Skalen Führungsqualität und Flexibilität. Schließlich wurde für die Einzelskalen Selbstkontrolle, interpersonale Beziehung und situatives Bewusstsein ein inhomogenes Ladungsmuster beobachtet.

Fasst man unsere faktoriellen Validierungsergebnisse zusammen, so kann der deutschen EIS in der vorliegenden Form nur eine eingeschränkte faktorielle Validität zugeschrieben werden. Eine Reihe von Skalen ließ sich in ihrer (durch die englische Originalskala vorgegebene) Itemzusammensetzung nur bedingt oder gar nicht bestätigen. So erscheint hinsichtlich der Einzelskalen Selbstkontrolle, interpersonale Beziehung und situatives Bewusstsein eine weitreichende Überarbeitung angezeigt. Hier könnten neue Items formuliert werden. Auch könnte eine Eliminierung der Skalen als eigenständige Erhebungsentität erwogen werden. Hinsichtlich anderer Einzelskalen (Altruismus, Führungsqualität und Flexibilität) ist der Itempool auf Konsistenz hin inhaltlich genau zu inspizieren und sind Skalenaufteilungen bzw. andere Zuteilungen von Items zu erarbeiten. In vorliegender Arbeit wurden hierzu einige Vorschläge gemacht. Die ermittelte faktorielle Heterogenität erscheint nicht auf die Poolung der Daten von Depressiven und Studenten rückführbar, da sehr ähnliche Befunde in der zweiten

(homogenen) Studentenstichprobe festgestellt wurden. Es erscheint auch unwahrscheinlich, dass Übersetzungsprobleme den faktoriellen Befunden unterliegen. Die Übersetzungsprozedur beinhaltete eine sorgfältige Übersetzung durch einen wissenschaftlichen Experten und eine sorgfältige Rückübersetzung durch einen native speaker. Auf Grund der vorliegenden zumindest in Teilen ernüchternden faktoriellen Validitätsbefunde ergeben sich Vorbehalte gegen den Einsatz der EIS in ihrer jetzigen Form in zukünftigen Studien zur Erhebung emotionaler Intelligenz, auch wenn die Ergebnisse zur Reliabilität und konkurrenten Validität der Skala zumindest für die Studentenstichprobe durchaus positiv zu werten sind. Zur faktoriellen Validität der EIS bei depressiven Patienten kann hier keine Aussage getroffen werden, da unsere Stichprobengröße zu gering war, um die Daten der Depressiven eigenständig faktorenanalytisch zu untersuchen. Da zur japanischen Version der EIS keine faktoriellen Validitätsbefunde vorliegen, ist leider auch kein Vergleich unserer faktorenanalytischen Daten möglich.

Es bleibt festzuhalten, dass die EIS in der vorliegenden Form kein fertiges Verfahren zur Erfassung emotionaler Intelligenz darstellt, sondern erhebliche Revisionsarbeiten hinsichtlich der Itemzuordnung und Skalenbildung notwendig sind, um hohe psychometrische Qualitätsanforderungen - die zumal in der Individualdiagnostik gelten - zu erfüllen.

Dem Kliniker, der emotionale Intelligenz in einer Patientengruppe umgehend erheben möchte, ist zu empfehlen, anstatt der EIS eher eines der drei mittlerweile in deutscher Sprache zur Verfügung stehenden Fragebogeninstrumente einzusetzen. Diese sind zwar unseres Wissens auch noch nicht für den Patientengebrauch getestet und validiert, doch fallen die Validitätsresultate bei Normalprobanden positiver aus. Es handelt sich bei den Fragebogeninstrumenten um die MSCEIT (Schütz et al. 2002), die deutsche Trait Meta-Mood Scale (Otto et al. 2001) und ein Testverfahren zur Erfassung intra- und interpersonaler emotionaler Fähigkeiten (Freudenthaler u. Neubauer 2005). Diese Messinstrumente stehen mit der hier untersuchten EIS in keinem engeren Entwicklungszusammenhang.

Die Erforschung der emotionalen Intelligenz bei depressiven Patienten steht erst an ihrem Anfang. In unserer Untersuchung wurden vor allem Einschränkungen der emotionalen Intelligenz im intrapersonalen und situationalen Bereich bei klinisch depressiven Patienten ermittelt. Damit wurden Befunde aus der Alexithymieforschung bestätigt, denen zufolge Depressive Schwierigkeiten im Erkennen und Beschreiben von Emotionen haben. Über Längsschnittstudien sollte zukünftig die Stabilität und ätiopathogenetische Rolle von emotionalen Intelligenzauffälligkeiten für depressive Erkrankungen geklärt werden. Hierbei sollten sowohl autodeskriptive Fragebogenverfahren als auch objektive Leistungstests zur Erfassung von Merkmalen emotionaler Intelligenz (wie z.B. Diskriminationstests in Bezug auf emotionalen Gesichtsausdruck) eingesetzt werden. Erst bei genauerer Kenntnis von Art und Stabilität der emotionalen Intelligenzeinschränkungen erscheint es sinnvoll, therapeutische Ansätze zur Steigerung von emotionalen Intelligenzmerkmalen zu entwickeln.

7. Literaturverzeichnis

1. Apfel RJ, Sifneos PE (1979) Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
2. Bach M, Bach D, de Zwaan M, Serim M, Böhmer F (1996) Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 46, 23-28.
3. Bagby M, Joffe RT, Parker JDA, Kalemka V, Harkness KL (1995) Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 9, 224-234.
4. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994a) The twenty-Item Toronto Alexithymia Scale I: item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
5. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994b) The twenty-Item Toronto Alexithymia Scale II: convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
6. Bagby RM, Taylor GJ (1997) Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (eds.), *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
7. Bar-On R (1997) *BarOn Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
8. Bar-On R, Parker JDA (2000) *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
9. Beck AT, Steer RA (1987) *Beck Depression Inventory: manual*. San Antonio: Psychological Corp. Harcourt Brace Jovanovich.
10. Benedict R (1946) *The chrysanthemum and the sword*. Boston: Houghton Mifflin.
11. Berthoz S, Ouhayoun B, Parage N, Kirzenbaum M, Bourgey M, Allilaire JF (2000) Étude préliminaire des niveaux de conscience émotionnelle chez des patients déprimés et des contrôles. *Annales Medico-Psychologiques* 158:665-672.
12. Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe.
13. Buckley L, MacHale SM, Cavanagh JTO, Sharpe M, Deary IJ, Lawrie SM (1999) Personality dimensions in chronic fatigue syndrome and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 395-400.
14. Caruso D, Mayer J, Salovey P (2002) Relation of an Ability Measure of Emotional Intelligence to Personality. *Journal of Personality Assessment*, 79(2), 306-320.
15. Ciarrochi J V, Chan A, Caputi P (1999) A critical evaluation of the emotional intelligence. *Personal and Individual Differences* 28, 539-561.
16. Conte JM (2005) A review and critique of emotional intelligence measures. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 433-440.
17. Cook DR (1987) Measuring shame: the Internalized Shame Scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4, 197-215.

18. Costa PT, McCrae RR (1985) The NEO Personality Inventory. Manual form S and form R. Odessa: Psychological Assessment Resources.
19. Costa PT, McCrae RR (1989) The NEO PI/FFI manual supplement. Odessa: Psychological Assessment Resources.
20. Costa PT, Bagby RM, McCrae RR (in press) Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*.
21. Costa PT, McCrae RR (1992) The NEO Personality Inventory. In: Briggs SR, Cheek JM (eds.), *Personality measures: development and evaluation*. Greenwich: JAI Press.
22. Dawda D, Hart SD (2000) Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
23. Donges U, Kersting A, Dannlowski U, Lalee-Mentzel J, Arolt V, Suslow T (2005) Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 331-337.
24. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN (1995) Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 1-8.
25. Freudenthaler HH, Neubauer AC (2005) Emotional intelligence: the convergent and discriminant validities of intra- and interpersonal emotional abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 569-579.
26. Fukunishi I, Wise Th, Sheridan M, Shimai S, Otake K, Utsuki N, Uchiyama K (2001a) Association of emotional intelligence with alexithymic characteristics. *Psychological Reports*, 89, 651-658.
27. Fukunishi I, Wise Th, Sheridan M, Shimai S, Otake K, Utsuki N, Uchiyama K (2001b) Validity and reliability of the Japanese version of the Emotional Intelligence Scale among college students and psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 89, 625-632.
28. Furukawa T, Yamada A, Tabuse H, Kawai K, Takahashi K, Nakanishi M, Hamanaka T (1998) Typus melancholicus in the light of the five-factor model of personality. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 64-69.
29. Goleman D (1995) *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
30. Goleman D (1997) *Emotionale Intelligenz*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
31. Grijl C (2002) *Emotionale Intelligenz, Stressverarbeitung und Arbeitsbelastung bei Schülern*. Graz: Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Graz.
32. Harder DW, Cutler L, Rockart L (1992) Assessment of shame and guilt and their relationship to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604.
33. Hautzinger M (1998) *Depression*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
34. Hautzinger M, de Yong-Meyer R (1990) Depressionen. In Reinecker H (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (S.126-165). Göttingen: Hogrefe.

35. Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA (1988) Validation of the Toronto-Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 81-87.
36. Hemmati T, Mills JF, Kroner DG (2004) The validity of the Bar-On emotional intelligence quotient in an offender population. *Personality and Individual Differences*, 37, 695-706.
37. Higgs MJ, Dulewicz SV (1999) *Making sense of emotional intelligence*. Windsor: NFER-Nelson.
38. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Virtanen V, Viinamaki H (1999) Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 270-275.
39. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H (2000) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
40. Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Covino NA, Sifneos PE (1994) Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine* 56, 90-93.
41. Kaufman G (1989) *The psychology of shame. Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Springer Publishing.
42. Kirmayer LJ, Robbins JM (1993) Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34, 41-52.
43. Kleiger JH, Kinsman RA (1980) The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.
44. Kleiter EF (1987) *Generalität und Binnenstruktur von Persönlichkeitseigenschaften: Mehrebenen-Analysen als Ausweg aus der Personalismus-Situationismus-Debatte*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
45. Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2000) Überprüfung und Validierung der 26-Item Toronto Alexithymie-Skala anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 368-384.
46. Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2001) *TAS-26. Toronto Alexithymie-Skala-26. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
47. Lane RD, Sechrest L, Riedel R (1998) Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377-385.
48. Lane RD, Quilan DM, Schwartz GE, Walker PA, Zeitlin SB (1990) The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, 124-134.
49. Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981) *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
50. Leuner B (1966) Emotionale Intelligenz und Emanzipation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 15, 196-203.
51. Lewis HB (1971) *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
52. Lienert GA (1989) *Testaufbau und Testanalyse*. München: Psychologie Verlags-Union.

53. Lischetzke T, Eid M, Wittig F, Trierweiler L (2001) Die Wahrnehmung eigener und fremder Gefühle. *Diagnostica*, 47, 167-177.
54. Loas G, Dhee-Perot P, Chaperot C, Fremaux D, Gayant C, Boyer P (1998) Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology*, 31, 206-212.
55. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ (2001) An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260.
56. Maier W (2004) Genetik der Depression. Derzeitiger Erkenntnisstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47, 487-492.
57. Martinez-Pons M (1997) The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
58. Marty P, de M'Uzan M (1963) La pensee operateure. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 27, 1345-1356.
59. Marty P, de M'Uzan M, David C (1963) L'investigation psychosomatique. Paris: Presse Université.
60. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G (2003) Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
61. McCrae RR, John OP (1992). Introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
62. McNair DM, Lorr M, Doppleman LF (1971) The Profile of Mood States (POMS). San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
63. Neubauer AC, Freudenthaler HH (2001) Emotionale Intelligenz: ein Überblick. In: Stern E, Guthke J (Hrsg.), *Perspektiven der Intelligenzforschung*, S.205-232. Lengerich: Pabst.
64. Otto JH, Döring-Seipel E, Grebe M, Lantermann ED (2001) Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der wahrgenommenen emotionalen Intelligenz. *Diagnostica*, 47, 178-187.
65. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM (2001) The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
66. Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N (1996) Alexithymia in substance abusers: Persistence and correlates of variance. *American Journal on Addictions*, 5, 32-39.
67. Richter P, Diebold K, Schützwohl M (1993) Zur Persönlichkeit unipolar depressiver und bipolar manisch-depressiver Patienten. *Nervenarzt* 64, 572-577.
68. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka TB (2001) Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 729-733.
69. Saklofske DH, Austin EJ, Minski PS (2003) Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707-721.
70. Salovey P, Mayer JD (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
71. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP (1995) Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait-Meta-Mood Scale. In: Pennebaker JW

- (ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
72. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES (2002) Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
 73. Schmitt M, Beckmann M, Dusi D, Maes J, Schiller A, Schonauer K (2003) Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica*, 49, 147-156,.
 74. Schmitt M, Maes J (2000) Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI)). *Diagnostica*, 46, 38-46.
 75. Schütz A, Hertel J, Schröder M (2002) Test zur emotionalen Intelligenz. Deutsche Version des MSCEIT von Mayer, Salovey und Caruso. Chemnitz, Technische Universität.
 76. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L (1998) Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 161-177.
 77. Sellschopp-Rüppell A, von Rad M (1977) Pinocchio: a psychosomatic syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 357-360.
 78. Shipko S, Alvarez WA, Novello N (1983) Towards a teleological model of alexithymia: Alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 122-126.
 79. Sifneos PE (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
 80. Stephanos S (1973) *Analytisch-psychosomatische Therapie*. Stuttgart: Huber.
 81. Suslow T, Arolt V, Marano G.-F., Battacchi M W, Hönow M (1999) Zur Realibilität und Validität einer deutschsprachigen Version der Scham-Schuld-Skala. *Psychologische Beiträge*, 41, 439-457.
 82. Suslow T, Donges U, Kersting A, Arolt V (2000) 20-Item Toronto Alexithymia Scale: Do difficulties describing feelings assess proneness to shame instead of difficulties symbolizing emotions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 329-334.
 83. Suslow T, Kersting A, Ohrmann P, Arolt V (2001) Eine Kritik des Konstruktes "Alexithymie" und seiner Erfassung – Von der Schwäche der Selbstbeschreibung und den Möglichkeiten eines objektiven Untersuchungsansatzes. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 153-166.
 84. Tangney JP, Wagner P, Fletcher C, Gramzow R (1992b) Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 669-675.
 85. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R (1992a) Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
 86. Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O (2000) Assessment of Alexithymia, Self Report and Observer-Rated Measures. In: Parker JDA, Bar-On R (eds.), *The handbook of emotional intelligence*, pp. 301-319, San Francisco: Jossey-Bass.
 87. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1992) The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.

88. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1997) Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
89. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM (1985) Toward the development of a new self-reported alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
90. Tellenbach H (1969) Zur Freilegung des melancholischen Typus im Rahmen einer kinetischen Typologie. In: Hippus H, Selbach H (Hrsg.), *das depressive Syndrom*. München: Urban und Schwarzenberg.
91. Thorndike EL (1920) Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
92. Tölle, R (1999) *Psychiatrie*. Berlin: Springer-Verlag, 12. Auflage.
93. Tölle R, Peikert A, Rieke A (1987) Persönlichkeitsstörungen bei Melancholiekranken. *Nervenarzt* 58, 227-236.
94. Uchiyama K, Shimai T, Utsugi N, Otake K (2001) EQS manual. Tokyo: Jitsumu Kyoiku Syuppan.
95. Von Rad M, Lalucat L, Lolas F (1977) Differences of verbal behaviour in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 83-97.
96. Wise TN, Mann LS, Randell P (1995) The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology*, 28, 173-176.
97. Wolfradt U, Scharrer F (1996) Die Internalisierte Scham-Skala (ISS): Konzeptuelle Aspekte und psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Adaptation. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 17, 201-207.
98. Wolfradt U, Sommer S (2000) Zur Funktion der Scham bei depressiven Störungen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 68, 250-256.
99. Wurmser L (1981) *The mask of shame*. Baltimore: John Hopkins University Press.

8. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Antje Knöpper
Adresse: Lortzingstraße 6
59174 Kamen
geboren am: 03.01.1977
Geburtsort: Dortmund

Schulbildung

1983 – 1987 Eichendorff-Grundschule Kamen-Methler
1987 – 1996 Hermann-Ehlers-Schule Kamen
Abschluss Abitur

Studium

04/1997 – 02/1999 WWU Münster
Vorklinisches Studium der Medizin
10/1999 – 06/2002 WWU Münster
Klinisches Studium der Medizin
08/2000 1. Staatsexamen
08/2002 2. Staatsexamen
04/2003 – 05/2004 Klinikum Dortmund
Praktisches Jahr
05/2004 3. Staatsexamen

Beruf

seit 07/2004 Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie des
St. Marien-Hospitals in Hamm

9. Danksagung

Mein erster Dank gilt natürlich Dr. Thomas Suslow für die gute Betreuung, viel Geduld und gute Ratschläge.

Zum anderen wäre diese Arbeit ohne die Teilnahme meiner Kommilitonen und Kommilitoninnen sowie der depressiv erkrankten Patienten in Münster und Dortmund-Kirchhörde nicht möglich gewesen. Dabei gilt besonderer Dank dem Team der Station 3 der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster, bei dem ich eine Famulatur absolvieren konnte, sowie der Fachabteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Marien-Hospitals in Dortmund-Kirchhörde, wo ich freundlicherweise ebenfalls Patienten rekrutieren durfte.

Vielen Dank auch an meine Schwester Sabine, die noch einmal nach dem Fehlerteufel Ausschau gehalten hat.

10. Anhang

- A. Items der englischen Originalversion der Emotionalen Intelligenz-Skala
- B. In vorliegender Studie verwendete Aufklärungs- und Einverständniserklärungsbögen für Patienten
- C. Die 32-Item Version der Toronto Alexithymie Skala
- D. Die Internalisierte Scham-Skala
- E. Die revidierte Form des Beck Depressions-Inventars
- F. Deutsche Übersetzung der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS)

A. Items der englischen Originalversion der Emotionalen Intelligenz-Skala

1. I know how I am feeling even at times when I become emotional.
2. I can say “yes” or “no” to a task since I clearly know what I am capable of doing.
3. I want to continue to believe in what I think is worthwhile, regardless of the consequences.
4. I will make the effort necessary to achieve my goals.
5. I am capable of making my own choice between two alternatives.
6. I am able to keep calm and not raise my voice even when I am offended.
7. I am determined to achieve my goals.
8. I am careful not to say anything that would hurt someone else’s feelings.
9. I feel compelled to help those stricken by disaster.
10. I like to do things do please others.
11. When someone tells me about his or her troubles, I do not simply dismiss it as someone else’s problems.
12. I am a good leader since I can recognize another person’s strengths and skills and put them to good use.
13. I can get along with anyone without attempting to please everyone.
14. I am willing to help anyone.
15. I do not hesitate to express my opinions at critical moments.
16. I feel fairly assured of success when I initiate a project.
17. I try not to spoil the mood of a group.
18. I am capable of being a leader in a group situation.
19. When necessity dictates, I can suggest new ways to solving a problem.
20. I cope successfully with change.
21. I fit in fairly well in a different environment.
22. Even when I fail at a task I absolutely never lose my temper.
23. I am aware of changes in my feelings.
24. I am able to clearly express in words my present feelings.
25. When I begin a project, I carry it to completion.
26. I like to find significant value in any task that I do.
27. If necessary, I can make decisions on my own.
28. If necessary, I can keep my emotions under control.
29. I am not someone who fails to carry out what I have planned to do.
30. I do not say things that will offend others.
31. I enjoy doing volunteer work.
32. I feel happy when others are happy.
33. I am more than willing to listen to others talk about their problems.
34. I am able to bring out the best in others.
35. I can talk in a friendly manner to difficult people.
36. I will do unpleasant things if it will benefit my partner.
37. When it is necessary, I make decisions easily.
38. I always see the positive side of an issue or challenge.
39. In negotiations, I usually do not offend others.
40. I am able to lead others.
41. I do not rely on precedents when change is needed.
42. I am able to make quick and appropriate judgements when required to do so.
43. I am quick to mingle with a new group of people.
44. I try to put myself in other people’s shoes.
45. I am well aware of both my strengths and weaknesses.
46. I use foresight at work.

47. I do not like to stop what I Am doing, even if it is just play.
48. I find a deep significance in my work.
49. When it is time to take action, I can do so in a straightforward manner.
50. When I am upset, I do not take it out to those around me.
51. I am determined to overcome any obstacle in my path to accomplish a goal.
52. Hurting others is the last thing I want to do.
53. When I see someone in trouble, I feel like helping him.
54. I always think how I can make someone happy.
55. When I see someone in distress, I cannot help talking to him.
56. People often ask me to help settle a problem.
57. I am good at making friends.
58. If for no other reason, it is good manners to listen to others.
59. I am able to direct younger colleagues or my subordinates in a clear fashion.
60. I often think, that "Tomorrow is another day".
61. I value my friends and associates from many years ago.
62. People often ask me to preside at meetings.
63. I try to be alert for changes when making future plans.
64. I do not mind changing my work schedule.
65. I am flexible in new situations.

0 = strongly disagree

1 = disagree

2 = neutral

3 = agree

4 = strongly agree

**Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt



Universitätsklinikum Münster • Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie • D-48129 Münster

D-48129 Münster,

**Aufklärung für Patienten
der Untersuchung zu Erleben und Umgang mit Gefühlen**

Sehr geehrte Patientin/ sehr geehrter Patient,
wir möchten Sie bitten, an der wissenschaftlichen Studie
„Untersuchung zu Erleben und Umgang mit Gefühlen“ teilzunehmen.

Ziel der Untersuchung: Ziel der Untersuchung ist es, die Beziehung von psychiatrischen Erkrankungen zu Gewohnheiten im Erleben und Bewältigen emotionaler Reaktionen zu untersuchen. Dabei werden Fragebogen vorgegeben.

Durch Ihre Versuchsteilnahme können langfristig testpsychologische diagnostische Instrumente entwickelt werden, mit Hilfe derer emotionale Erlebens- und Verhaltensweisen erkannt werden, die zu Entstehung und Aufrechterhaltung psychiatrischer Störungen beitragen.

Ablauf: Wenn Sie an der Untersuchung teilnehmen, absolvieren Sie eine Sitzung von ca. 1 Stunde Dauer, in denen Ihre derzeitige Befindlichkeit und Ihr Umgang mit Emotionen über eine Reihe von Fragebogen erhoben werden.

Wichtige Hinweise:

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Ihre Ergebnisse werden anonymisiert ausgewertet. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden eingehalten. Sie nehmen freiwillig an der Untersuchung teil. Sie können die Untersuchung zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für sich abbrechen.

Bitte beachten Sie aber, daß wir Ihre Ergebnisse nur dann auswerten können, wenn Sie an der gesamten Untersuchung teilgenommen haben.

Weitere Fragen des Probanden, über die aufgeklärt wurde:

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Einverständniserklärung

Ich bin vom Untersuchungsleiter über Wesen und Bedeutung der Studie aufgeklärt worden.

Ich habe ein Exemplar des Aufklärungsformulars zum Mitnehmen erhalten.

Ich bin damit einverstanden, daß meine im Rahmen des genannten Forschungsprojektes erhobenen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken aufgezeichnet und anonymisiert ausgewertet werden.

Ich habe die schriftliche Aufklärung sorgfältig gelesen und erkläre freiwillig mein Einverständnis zur Teilnahme an der beschriebenen Studie „Untersuchung zu Erleben und Umgang mit Gefühlen“.

Ich bin darüber aufgeklärt, daß ich mein Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen widerrufen kann.

Münster, den

(Unterschrift der Patientin/ des Patienten)

Ich bin mit der Weitergabe meiner im Rahmen des Forschungsprojektes erhobenen Daten an meine(n) Therapeutin/Therapeuten _____ einverstanden/ nicht einverstanden (Nichtzutreffendes streichen).

Münster, den

(Unterschrift der Patientin/ des Patienten)

Ich habe den Probanden über den Zweck der Untersuchung, den Untersuchungsablauf und seine Rechte aufgeklärt und Fragen beantwortet:

Münster, den

(Unterschrift des Untersuchungsleiters)

T A S

Es folgen Aussagen über den Umgang mit Gefühlen im Alltag. Sie sollen beurteilen, inwieweit die Aussage auf Sie zutrifft (gar nicht (1) – eher nicht (2) - teilweise ja, teilweise nicht (3) – eher zutreffend (4) - oder – völlig zutreffend (5)).

Wenn zum Beispiel die Aussage "Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben" ganz auf Sie zutrifft, machen Sie bitte ein Kreuz bei der entsprechenden Aussage bei "trifft auf mich *völlig zu*" (5).

Es gibt in diesem Fragebogen keine richtigen und falschen Antworten. Antworten Sie so, wie es für Sie zutrifft. Denken Sie nicht lange über eine Aussage nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Lassen Sie bitte keine Aussage aus.

| | Trifft auf mich ... | | | | |
|--|---------------------|------------------|--------------------|------------|--------------|
| | gar nicht zu | eher nicht zu | teils/ teils zu | eher zu | völlig zu |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wenn ich weine, kenne ich immer den Grund | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tagträumen ist Zeitverschwendung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe oft Tagträume über die Zukunft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich schließe leicht Freundschaften | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es ist wichtiger, die Antworten auf Probleme zu kennen, als die Gründe für die Antworten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es reicht mir nicht, daß etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

bitte wenden

Trifft auf mich ...

| | gar nicht zu 1 | eher nicht zu 2 | teils/ teils zu 3 | eher zu 4 | völlig zu 5 |
|--|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------|-------------------|
| Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe selten Tagträume | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als zu verstehen, warum sie sich so entwickelt haben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gefühle verstehen zu können ist wesentlich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Man sollte nach genaueren Erklärungen suchen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich weiß nicht, was in mir vorgeht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich ziehe es vor, mit anderen darüber zu reden, womit sie sich täglich beschäftigen, als über ihre Gefühle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich kann mich jemanden sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ich finde, daß das Mir-Klarwerden über meine Gefühle wichtig ist, um persönliche Probleme zu lösen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Im folgenden finden Sie ganz unterschiedliche Erlebnisse und Erfahrungen geschildert, wie sie bei vielen Menschen des öfteren auftreten können. Wahrscheinlich sind Ihnen einige der beschriebenen Erfahrungen häufiger als andere in Ihrem Leben aufgetreten, während Sie andere nie erlebt haben.

Nehmen Sie bitte zu jeder der folgenden Erfahrungen Stellung und entscheiden Sie, wie häufig die jeweilige Erfahrung bei Ihnen aufgetreten ist. Kreuzen (X) Sie jeweils nur ein Kästchen an, das Ihre **persönliche Einschätzung** am besten wiedergibt. Lassen Sie sich soviel Zeit, wie Sie benötigen.

Ihnen stehen insgesamt 5 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1 bedeutet 'nie' - | Sie haben niemals die geschilderte Erfahrung gemacht. |
| 2 bedeutet 'selten' - | Sie machen selten die geschilderte Erfahrung. |
| 3 bedeutet 'manchmal' - | Sie machen manchmal die geschilderte Erfahrung. |
| 4 bedeutet 'oft' - | Sie machen oft die geschilderte Erfahrung. |
| 5 bedeutet 'fast immer' - | Sie machen fast immer die geschilderte Erfahrung. |

Bitte verwenden Sie nur eine der Antwortmöglichkeiten für die jeweilige Erfahrung, indem Sie nur ein Kästchen ankreuzen (X).

- | | nie | selten | manchmal | häufig | fast
immer |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Ich fühle mich so, als ob ich niemals allen Anforderungen völlig genügen werde. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Ich fühle mich irgendwie ausgeschlossen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Ich denke, daß andere auf mich herabschauen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Verglichen mit anderen fühle ich mich so, als ob ich niemals mit ihnen mithalten kann. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Ich hadere mit mir selbst und setze mich selbst herab. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Ich bin mir unsicher über die Meinungen, die andere über mich haben. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Ich empfinde mich als sehr klein und unbedeutend. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Ich fühle mich unzulänglich und voller Selbstzweifel. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

- | | nie | selten | manchmal | häufig | fast
immer |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 9. Ich fühle mich als Person irgendwie minderwertig, so als ob irgend etwas an mir grundlegend falsch ist. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Ich habe schreckliche Angst, daß meine Fehler vor anderen offengelegt werden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Ich fühle eine gewisse schmerzhaft Leere in mir, die ich nicht ausfüllen kann. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Es gibt verschiedene Teile in mir, die ich vor anderen verborgen halte. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Ich fühle mich leer und unausgefüllt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 14. Im Vergleich zu anderen fühle ich mich unbedeutend. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. Meine Einsamkeit entspricht dem Gefühl einer Leere. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. Ich fühle mich so, als ob mir irgend etwas fehlt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. Ich weiß wirklich nicht, wer ich bin. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 18. Schmerzhaft Ereignisse gehen mir immer und immer wieder durch den Kopf, bis ich mich von ihnen überwältigt fühle. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 19. Es gibt Zeiten, in denen ich mich so fühle, als ob ich in tausend Teile zerspringen würde. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 20. Ich fühle mich so, als ob ich die Kontrolle über meinen Körper und meine Gefühle verloren habe. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 21. Es gibt Zeiten, in denen ich mich klein und unbedeutend fühle. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 22. Es gibt Momente, bei denen ich mich so bloßgestellt fühle, daß ich mir wünsche, die Erde würde sich öffnen und mich verschlucken. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 23. Ich komme durcheinander, wenn mich meine Gewissensbisse überwältigen, weil ich mir nicht sicher bin, warum ich mich schuldig fühle. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

- | | nie | selten | manchmal | häufig | fast
immer |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 24. Es scheint mir, als sei ich ständig damit beschäftigt, mich selbst zu beobachten oder auf andere zu achten, wie sie mich beobachten. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 25. Ich denke, daß ich nach Perfektion strebe, nur um fortlaufend zu scheitern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 26. Ich glaube, daß andere meine Unzulänglichkeit bemerken können. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 27. Wenn mir schlimme Dinge widerfahren, fühle ich mich so, als ob ich sie verdient hätte. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 28. Andere Menschen zu beobachten, empfinde ich als gefährlich, als ob ich dafür bestraft werden könnte. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 29. Ich kann es nicht ausstehen, wenn mich jemand direkt anschaut. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 30. Es ist schwierig für mich, ein Kompliment anzunehmen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 31. Ich könnte mir selber eins über den Schädel ziehen, wenn ich einen Fehler mache. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 32. Wenn mir etwas peinlich ist, wünschte ich, ich könnte die Zeit zurückdrehen und so das Ereignis verhindern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 33. Es scheint so, als würde es mich faszinieren und erregen, unter Erniedrigung und Sorgen zu leiden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 34. Ich fühle mich schmutzig und unsauber, so als dürften andere mich niemals berühren, da sie sonst selbst schmutzig werden würden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 35. Wenn ich einen Fehler mache, würde ich mich am liebsten in Luft auflösen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Aussagen beantwortet haben.

B D I R

Instruktion

Dieser Fragebogen enthält 20 Aussagen. Hierbei geht es um Ihr gegenwärtiges Lebensgefühl. Bitte geben Sie zu jeder Frage an, wie häufig Sie die genannte Stimmung oder Sichtweise in der letzten Woche einschließlich heute hatten.

Kennzeichnen Sie Ihre Antworten durch ein Kreuz auf der Häufigkeits-Skala. Je höher die Zahl desto häufiger sind Stimmung bzw. Sichtweise in der letzten Woche aufgetreten. Die 0 steht für „nie“ und die 5 steht für „fast immer“.

Wie häufig traten folgende Stimmungen bzw. Sichtweisen in der letzten Woche auf?

| | Nie | | | | | Fast immer |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Ich bin traurig. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich sehe mutlos in die Zukunft. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich fühle mich als Versager. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Es fällt mir schwer, etwas zu genießen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ich habe Schuldgefühle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich fühle mich bestraft. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich bin von mir enttäuscht. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich werfe mir Fehler und Schwächen vor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Ich denke daran, mir etwas anzutun. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich weine. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

bitte wenden

E I S

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die Menschen beschreiben. Lesen Sie bitte sorgfältig jede Aussage und entscheiden Sie dann, wie stark die Aussage im allgemeinen auf Sie zutrifft:

0 = gar nicht; 1 = eher nicht; 2 = teils teils; 3 = eher ja; 4 = völlig.

Vergewissern Sie sich, daß Sie bei jeder Aussage nur eine Antwort geben. Da Menschen sich unterscheiden, gibt es keine falschen oder richtigen Antworten.

Trifft auf mich ...

| | gar nicht zu | eher nicht zu | teils teils | eher zu | völlig zu |
|---|--------------|---------------|-------------|---------|-----------|
| 1. Ich weiß, was ich fühle, sogar wenn ich erregt bin. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ich kann mich klar für oder gegen eine Aufgabe entscheiden, da ich weiß, was ich kann und was nicht. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ich halte an Plänen fest, von denen ich anfangs meine, daß sie sich lohnen, ohne Rücksicht auf die Folgen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ich nehme die notwendigen Anstrengungen auf mich, um meine Ziele zu erreichen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ich kann zwischen zwei Alternativen meine eigene Wahl treffen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Wenn ich beleidigt werde, bleibe ich ruhig und werde nicht laut. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ich bin entschlossen, meine Ziele zu erreichen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ich achte darauf, nichts zu sagen, was die Gefühle anderer verletzen könnte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ich fühle mich gezwungen denen zu helfen, die von Katastrophen betroffen sind. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mir gefällt es, Dinge zu tun, die anderen Freude bereiten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Wenn jemand mir seine Sorgen erzählt, dann tue ich sie nicht schlicht als Probleme eines anderen ab, die mich nichts angehen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ich eigene mich als Führungsperson, da ich die Stärken und Schwächen anderer erkenne und sie verstehe einzusetzen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Ich komme mit jedem aus, ohne daß ich versuche, jedem zu gefallen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Ich bin bereit, jedem zu helfen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Ich zögere in schwierigen Momenten nicht, jemandem meine Meinung zu sagen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Ich fühle mich ziemlich erfolgsgewiß, wenn ich eine Sache in Angriff nehme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Ich versuche die Stimmung in einer Gruppe nicht zu verderben. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Ich bin fähig, in Gruppen eine Führungsposition einzunehmen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Wenn es erforderlich ist, bin ich in der Lage, neue Wege zur Lösung von Problemen vorzuschlagen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Ich komme mit Veränderungen gut zurecht. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Ich passe mich verschiedenen Umgebungen gut an. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Auch wenn ich bei einer Aufgabe versage, verliere ich nie meine Beherrschung. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Veränderungen in meinen Gefühlen fallen mir auf. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ich kann meine momentanen Gefühle klar in Worte fassen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Wenn ich mit einem Projekt beginne, dann bringe ich es auch zu Ende. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Ich neige dazu, jeder Arbeit, die ich mache, interessante Seiten abzugewinnen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Wenn nötig kann ich selbständig Entscheidungen fällen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Wenn nötig kann ich meine Gefühle unter Kontrolle halten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Ich bin jemand, der das ausführt, was er einmal geplant hat. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Ich sage keine Sachen, die andere kränken könnten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Ich freue mich, wenn ich mich für eine gemeinnützige Tätigkeit zur Verfügung stellen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Ich bin glücklich, wenn andere glücklich sind. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Ich höre anderen gerne zu, wenn sie über ihre Probleme sprechen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

E I S

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die Menschen beschreiben. Lesen Sie bitte sorgfältig jede Aussage und entscheiden Sie dann, wie stark die Aussage im allgemeinen auf Sie zutrifft:

0 = gar nicht; 1 = eher nicht; 2 = teils teils; 3 = eher ja; 4 = völlig.

Vergewissern Sie sich, daß Sie bei jeder Aussage nur eine Antwort geben. Da Menschen sich unterscheiden, gibt es keine falschen oder richtigen Antworten.

| Trifft auf mich ... | gar nicht zu | eher nicht zu | teils teils | eher zu | völlig zu |
|--|--------------|---------------|-------------|---------|-----------|
| 34. Ich kann das Beste in jemandem zum Vorschein bringen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Ich kann auch mit schwierigen Leuten freundlich reden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Ich tue auch unangenehme Dinge, wenn es meinem Partner zugute kommt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Wenn es nötig ist, kann ich Entscheidungen umgehend treffen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Ich sehe an Dingen und Herausforderungen immer die positive Seite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Wenn ich mit Leuten etwas aushandle, kränke ich dabei in der Regel niemanden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Ich bin fähig andere zu führen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Wenn Veränderungen dringend notwendig sind, bin ich bei meinen Entscheidungen nicht auf Vorerfahrungen angewiesen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Wenn nötig kann ich Urteile schnell und angemessenen fällen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Ich kann mich schnell unter eine neue Gruppe von Leuten mischen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Ich versuche mich in andere hineinzusetzen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Ich kenne sowohl meine Stärken als auch meine Schwächen gut. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Bei der Arbeit gehe ich mit Weitsicht vor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Ich gebe Dinge, die ich einmal angefangen habe, ungern aus der Hand - auch wenn es nur ein Spiel ist. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Ich messe der Arbeit eine große Bedeutung bei. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Wenn es an der Zeit ist zu handeln, kann ich das ohne Probleme tun. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Wenn ich wütend bin, lasse ich es nicht an den Leuten aus, die um mich sind. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Ich bin entschlossen, jedes Hindernis auszuräumen, das sich mir bei dem Erreichen eines Zieles in den Weg stellt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Anderen weh zu tun, ist das Letzte, was ich will. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Wenn ich jemanden in Schwierigkeiten sehe, fühle ich, daß ich ihm helfen muß. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Ich denke oft darüber nach, wie ich jemanden glücklich machen kann. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Wenn ich jemanden leiden sehe, drängt es mich, mit ihm darüber zu reden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Leute fragen mich oft, Ihnen bei einem Problem zu helfen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Ich schließe leicht Freundschaft. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Auch wenn nur aus gutem Benehmen heraus - es gehört sich die Meinung anderer anzuhören. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Ich kann jüngere Kollegen oder mir Untergebene sicher anleiten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Ich denke oft „morgen ist auch noch ein Tag“. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. In der Regel schätze ich frühere Arbeitskollegen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Leute bitten mich häufiger, bei Treffen den Vorsitz zu führen. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Wenn ich Pläne entwickle, bin ich auf Änderungen eingestellt. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Mir macht es nichts aus, wenn sich mein Arbeitsplan ändert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Auf neue Situationen reagiere ich flexibel. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

