

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

Alexithymie und emotionale Intelligenz
bei Schizophrenie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur
Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Woltersdorf, Katharina Kristin Hildegard
aus Berlin
2007

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

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

1. Berichterstatter: Priv.- Doz. Dr. Thomas Suslow
2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. A. Kersting

Tag der mündlichen Prüfung: 21.06.2007

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. A. Kersting

ZUSAMMENFASSUNG

Alexithymie und emotionale Intelligenz bei Schizophrenie
Woltersdorf, Katharina Kristin Hildegard

Unter dem Konstrukt Alexithymie lassen sich die dispositionalen Personenmerkmale Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen, extern orientiertes Denken und reduzierte Tagträume zusammenfassen. Das Konstrukt der emotionalen Intelligenz ist weiter gefasst und bezieht sich auch noch auf die Emotionsregulation und -interpretation. Derzeitig existieren kaum Studien zu Alexithymie und emotionaler Intelligenz bei Schizophrenie. In vorliegender Arbeit wurde die Alexithymie und emotionale Intelligenz schizophrener Patienten mit der von Normalprobanden und depressiven Patienten verglichen. Zudem wurde exploriert, ob emotionale Intelligenz bzw. Alexithymie bei schizophrenen Patienten mit Personen- und Erkrankungsmerkmalen zusammenhängen.

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

Die schizophrenen Patienten erreichten höhere Alexithymiewerte und zeigten eine niedrigere intrapersonale, interpersonale und situationale emotionale Intelligenz als die Normalprobanden. Bei Kontrolle der Zustandsdepressivität wurde allerdings nur noch ein Gruppenunterschied im extern orientierten Denken bzw. eine Tendenz zu einer geringeren situationalen emotionalen Intelligenz ermittelt. Alexithymie und emotionale Intelligenz waren unabhängig von der Erkrankungsdauer. Alexithymie nicht aber emotionale Intelligenz korrelierte mit verbaler Intelligenz. Die Persönlichkeit schizophrener Erkrankter zeichnete sich gegenüber den Gesunden v.a. durch eine erhöhte Introversion aus. Die schizophrenen Erkrankten unterschieden sich nicht signifikant von den Depressiven hinsichtlich alexithymer Merkmale oder emotionaler Intelligenz. Alexithymie und emotionale Intelligenz korrelierten erwartungsgemäß negativ miteinander - unabhängig von der Untersuchungsgruppe.

Die vorliegenden Ergebnisse indizieren, dass zwischen schizophrenen und gesunden Personen nur in Bezug auf die Merkmale an Äußerlichkeiten orientierter Denkstil und situationale emotionale Intelligenz Unterschiede bestehen könnten. Der Vergleich mit depressiven Patienten zeigt aber an, dass diesen Merkmalen keine Krankheitsspezifität zukommt. Eine Reihe von beobachtbaren alexithymer und emotional-intellektiven Merkmalen bei schizophrenen Erkrankten erscheint auf Depressivität zurückzuführen, welche somit ein primäres Behandlungsziel zur Verbesserung der emotional-intellektiven Fähigkeiten darstellen könnte. Es wird das Abgrenzungsproblem zwischen Alexithymie und Psychopathologie bei Schizophrenie diskutiert.

Tag der mündlichen Prüfung: 21.06.2007

Vorwort

Dieses Promotionsprojekt ist Teil einer größeren krosskulturellen Untersuchung zur Alexithymie und emotionalen Intelligenz. Unter der Federführung von Prof. Isao Fukunishi (Tokyo Institute of Psychiatry) entstand 2001 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 EIS (Emotional Intelligence Scale) 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 bei *schizophrener Erkrankung* fokussiert, ein weiteres assoziiertes Promotionsprojekt mit dem Schwerpunkt Alexithymie und emotionale Intelligenz bei *Depression* durchgeführt (Dissertantin: Frau Antje Knöpper).

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Schizophrenie	3
1.1.1 Psychopathologie und Diagnose der Störung	3
1.1.2 Epidemiologie und Ätiologie	7
1.1.3 Affektive Störungen und Affekterleben	9
1.1.4 Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen	12
1.2 Alexithymie	14
1.2.1 Zum Begriff der Alexithymie	14
1.2.2 Messmethoden zur Erfassung von Alexithymie: die Toronto-Alexithymie-Skala	17
1.2.3 Alexithymie bei Schizophrenen	20
1.3 Emotionale Intelligenz	24
1.3.1 Begriff der Emotionalen Intelligenz	24
1.3.2 Emotionale Intelligenz bei Schizophrenie	26
2. Fragestellungen und Hypothesen	30
3. Methodik	32
3.1 Stichprobenbeschreibung	32
3.2 Vor- und Nachteile von Selbstbeurteilungsinstrumenten	34
3.3 Beschreibung der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente	36
3.3.1 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS)	36
3.3.2 Emotionale Intelligenz-Skala (EIS)	37
3.3.3 NEO-Fünf-Faktoreninventar (NEO-FFI)	40
3.3.4 Profile of Mood States (POMS)	42
3.3.5 State-Trait-Angst-Inventar (STAI)	43
3.3.6 Internalisierte Scham-Skala (ISS)	43
3.3.7 Beck Depressions-Inventar (BDI)	44
4. Ergebnisse	45
4.1 Vergleich zwischen schizophren Erkrankten und Normalprobanden	45
4.1.1 Alexithymie	45
4.1.2 Depressivität	47
4.1.3 Emotionale Intelligenz	47
4.1.4 Persönlichkeit	49
4.1.5 Befindlichkeit	50
4.1.6 Ängstlichkeit	51
4.1.7 Schamanfähigkeit	52

4.2 Vergleich zwischen schizophren und depressiv Erkrankten in Bezug auf Alexithymie und emotionale Intelligenz	53
4.3 Korrelationen der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) und der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS) mit konkurrent eingesetzten Skalen, sozio-demographischen Variablen und Erkrankungsmerkmalen	56
4.3.1 Korrelationen der TAS-32 und der EIS mit dem BDI	56
4.3.2 Korrelationen der TAS-32 und der EIS mit dem MWT-B	58
4.3.3 Korrelationen der TAS-32 und der EIS mit Erkrankungsdauer und Alter	59
4.3.4 Korrelationen zwischen TAS-32 und der EIS	60
4.3.5 Korrelationen zwischen der TAS-32 und der Internalisierten Scham-Skala	64
5. Diskussion	65
6. Literaturverzeichnis	81
7. Lebenslauf	89
8. Danksagung	90
9. Anhang	91

1. Einleitung

1.1 Schizophrenie

1.1.1 Psychopathologie und Diagnose der Störung

Schizophrene Psychosen sind Erkrankungen der menschlichen Psyche, die zu den schwersten psychiatrischen Erkrankungen gezählt werden müssen. In der weiteren Vergangenheit wurden Begrifflichkeiten wie „Geisteskrankheit“, „Irresein“, „Wahnsinn“ und „Besessenheit“ in ihrem Zusammenhang verwendet. Ein Meilenstein in der Diagnostik und theoretischen Erfassung der Schizophrenie stellen die Arbeiten des in Neustrelitz geborenen und vor allem in München wirkenden Psychiaters Emil Kraepelin dar, der das Krankheitsbild Ende des 19. Jahrhunderts als „Dementia praecox“ („frühzeitige Verblödung“) bezeichnete. Seiner Ansicht nach lagen progrediente Veränderungen der Hirnfunktionen dieser Krankheit zugrunde, die typischerweise in einer Demenz mündet. Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler benannte den Symptomkomplex in seinem berühmten Lehrbuch von 1911 in „Schizophrenie“ bzw. *Gruppe der Schizophrenien* um, da er von einem Spaltungsirresein der Seele ausging und dieser Störungskomplex seinen Beobachtungen nach nicht unbedingt eine dementielle Entwicklung nehmen musste. Bleuler führte also den Begriff der Schizophrenie in die wissenschaftliche Literatur ein und vertrat dabei eine auch heute noch gültige Sicht der Heterogenität der schizophrenen Erkrankungen.

1908 entwickelte Eugen Bleuler eine weithin bekannte Einteilung der schizophrenen Symptomatik in Grund- und akzessorische Symptome. Zu den Grundsymptomen zählte er Affektstörungen, Assoziationsstörungen, Autismus und Ambivalenz. Ergänzt werden diese durch die akzessorischen Symptome Wahn, Halluzination, formale Denkstörungen sowie desorganisiertes Verhalten. Bleuler ordnete der Störung der Gefühle als Grundsymptom eine zentrale, sogar pathognomonische Funktion in der Schizophrenie zu. Er beschrieb eine Vielzahl von emotionalen Störungsformen bei schizophrenen Patienten, wobei er einen Defekt der affektiven Modulationsfähigkeit, die *affektive Steifigkeit* als eines der sichersten Krankheitszeichen ansah.

Die Unterscheidung von „positiven“ und „negativen Symptomen“ wurde wahrscheinlich erstmals 1858 vom John Russell Reynolds vorgenommen und Ende des 19. Jahrhunderts von

John Hughlings Jackson weiter ausgearbeitet. Diese Autoren gingen davon aus, dass die *negativen* Symptome auf Funktionsdefiziten beruhen, die direkt auf eine Hirnläsion zurückzuführen sind. Demgegenüber sollen positive Symptome auf die Enthemmung hierarchisch nachgeordneter Hirnareale durch den Ausfall übergeordneter Funktionen zurückgehen (siehe Berrios, 1985, für einen geschichtlichen Exkurs zur Differenzierung von Positiv- und Negativsymptomatik).

Kraepelin beschrieb mehrfach negative Symptome wie Energielosigkeit, Affektverflachung und Gleichgültigkeit als Teil einer sich progressiv entwickelnden „geistigen Schwäche“. Die „floriden“ oder „positiven“ Symptome waren Ausdruck der psychotischen Episode. Noch heute hat die Unterteilung in positive und negative Symptome vor allem im Bereich der Schizophrenieforschung Bestand. Zu den positiven Symptomen werden folgende Symptome gezählt:

- formale und inhaltliche Denkstörungen (Wahn),
- Wahrnehmungsstörungen/Halluzinationen,
- Affektstörungen wie Angst und Parathymie,
- Psychomotorische Störungen.

So genannte positive *formale* Denkstörungen können sich in einer Lockerung der Assoziationen äußern, wobei Gedanken von einem Gegenstand zum anderen wechseln und Aussagen ohne sinnvolle Beziehungen nebeneinander stehen können. Bei einer starken Ausprägung der Denkstörungen, wenn etwa Wörter völlig zusammenhangslos aneinandergereiht werden, liegt „Zerfahrenheit“ vor.

Inhaltliche Denkstörungen finden bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises am häufigsten ihre Ausprägung in Wahnvorstellungen. Interessanterweise erscheint die Ebene des Wahns unter anderem vom Alter des Erkrankten beeinflusst zu sein. Während junge Menschen vor allem zu vagen Wahnvorstellungen und Ängsten neigen, tritt bei den mittleren Altersgruppen eher der Beziehungswahn sowie Halluzinationen und bei älteren Patienten nicht selten der Verfolgungswahn auf (Häfner, 1994). Weitere Positivsymptome von schizophren Erkrankten sind Gedankenausbreitung, Gedankenentzug oder Gedankenkontrolle. Diese Phänomene verweisen auf die so genannten Ich-Störungen, bei denen die Grenzen des Ichs aufgehoben bzw. abgeschwächt erscheinen.

Die häufigsten Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen sind die akustischen Halluzinationen. Der Patient hört beispielsweise eine Stimme, die er als von außen kommend empfindet, die ihn direkt anspricht oder die sein Verhalten kommentiert bzw. ihm Befehle erteilt. Besonders im letzteren Fall (imperative Stimmen) kann es zu einer Gefährdung des Patienten oder seiner Umgebung kommen, wenn zu aggressivem Verhalten angehalten wird. Seltener kommen bei schizophrenen Erkrankungen taktile (z.B. Kribbeln oder Brennen) bzw. Halluzinationen anderer Sinnesgebiete vor.

Bei den positiven Affektstörungen sind vor allem exzessive Ängste zu nennen. Die Patienten können besonders im Rahmen akuter Erkrankungsphasen etwa bei Verfolgungserleben Todesängste erleben. Auch kann ein starkes Empfinden von Schuldgefühlen auftreten. Schließlich kann der Affektausdruck schizophrener Patienten in einem Widerspruch zum Inhalt ihrer Kommunikationen stehen. In diesem Fall wird von Parathymie gesprochen (z.B. wenn gelacht wird bei der Mitteilung einer traurigen Nachricht) (vgl. Hahlweg, 1998).

Im Rahmen schizophrener Erkrankungen kann es zu Veränderungen der Psychomotorik kommen. Sehr eindrückliche Positivsymptome stellen katatone Erregungszustände dar. Sie bezeichnen psychomotorische Erregungszustände mit sinnlosem Umsichschlagen und Agieren, das die Kräfte des Kranken aufzehrt.

Schizophrene Erkrankungen können sehr unterschiedliche Verläufe haben (siehe z.B. Gaebel, 1996). Nicht selten folgt eine Phase mit Negativsymptomen den von Positivsymptomen geprägten akut-psychotischen Phasen. In solchen Fällen wird auch von einer Residualsymptomatik gesprochen. Diese Negativsymptomatik stellt das größere Problem in der Behandlung der Schizophrenien dar, weil sie insgesamt schlechter therapierbar ist und häufig großen Einfluss auf den Alltag des Patienten hat. Negativsymptome können aber auch den auffälligeren Positivsymptomen zeitlich vorauslaufen – dann sind sie Teil der schizophrenen Prodromalsymptomatik.

Nach Silk und Tandon (1991) können die schizophrenen Negativsymptome folgenden fünf Kategorien zugeordnet werden:

- Affekt (z.B. Verflachung des Affektausdrucks),
- Verhalten/äußere Erscheinung (z.B. Reduktion sexuellen Verhaltens),
- Sprache (z.B. Spracharmut),

- soziale Beziehungen (z.B. wenig Kontakte),
- Aufmerksamkeit/Kognition (z.B. Minderungen des Konzentrationsvermögens).

Die Einteilung der einzelnen Funktionsauffälligkeiten durch die Übersicht von Silk und Tandon (1991) fällt nicht eindeutig aus, da sich die Ordnungskategorien zumindest teilweise überschneiden. So kann etwa ein ausdrucksloses Gesicht als Negativsymptom des Verhaltens bzw. der äußeren Erscheinung verstanden werden oder aber dem Bereich der Affektausdrucksverflachung zugerechnet werden. Zu den Negativsymptomen des Affekts zählen neben einer Minderung des affektiven Ausdrucks eine eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit, Anhedonie, Apathie/Indifferenz und ein flaches Affekterleben. Zur Erfassung von Negativsymptomatik existieren mehr als ein Dutzend Ratinginstrumente (mit zumeist englischsprachigen Originalversionen), die sich in der Anzahl der Items und Skalen erheblich unterscheiden (vgl. Marneros & Andreasen, 1992).

Die praktische psychiatrische Diagnostik in Deutschland orientiert sich bei der Diagnosestellung in der Regel an der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die derzeit in der zehnten Revision vorliegt (Dilling et al., 1995). Hiernach muss für die meiste Zeit innerhalb eines Monats eine psychotische Episode vorliegen. Im Bereich der Forschung wird die Diagnose häufig anhand des „Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen“ (DSM-IV) gestellt, das von der American Psychiatric Association (1994) ausgearbeitet wurde. Ein wesentlicher Unterschied zur ICD-10 liegt darin, dass für eine Schizophrenie-Diagnose das Störungsbild unter Berücksichtigung der Prodromal- und Residualphase mindestens 6 Monate andauern muss.

Bei der psychiatrischen Diagnostik anhand der ICD-10 lassen sich so genannte Typen der Schizophrenie unterscheiden, die durch das klinische Zustandsbild definiert sind. Der am häufigsten diagnostizierte Typ ist der *paranoide Typus*. Hier müssen Halluzinationen oder Wahnphänomene vorherrschen. Im Falle der *hebephrenen* Schizophrenie liegt eine Verflachung oder Oberflächlichkeit des Affektes vor und es werden zielloses Verhalten bzw. formale Denkstörungen beobachtet. Eine hebephrene Symptomatik ist als prognostisch eher ungünstig zu bewerten. Beim *katatonen* Typus beherrschen psychomotorische Symptome das klinische Bild. Die *undifferenzierte* Schizophrenie stellt eine diagnostische Restkategorie dar, bei der keine der verschiedenen Negativ- und Positivsymptome klinisch hervortreten.

1.1.2 Epidemiologie und Ätiologie

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine relativ häufige Erkrankung, die ungefähr bei etwa 1% der Bevölkerung im Laufe des Lebens auftritt. Erstaunlicherweise scheint diese Erkrankungsrate in den verschiedenen Kulturen und Rassen konstant zu sein, wie zwei von der WHO durchgeführte Studien in sehr unterschiedlichen Ländern gezeigt haben. Die Inzidenzrate liegt bei 1:10 000 pro Jahr. Die Geschlechterverteilung liegt bei 50 zu 50, was bedeutet, dass Männer und Frauen ungefähr gleichhäufig erkranken. Ein wesentlicher Unterschied liegt allerdings im Erkrankungsalter: Männer erkranken im Durchschnitt 5 Jahre früher als Frauen. Der Mittelwert der männlichen Erkrankten liegt bei 20-25 Jahre vs. 25-30 Jahre bei den Frauen.

Bei schizophren Erkrankten wurden in den beiden letzten Jahrzehnten häufig Komorbiditäten festgestellt, also das Auftreten der Schizophrenie mit anderen, zusätzlichen Erkrankungen. Vor allem zu nennen sind der Alkoholmissbrauch, der Medikamentenmissbrauch (insbesondere bei Frauen), der Missbrauch von illegalen Drogen (vor allem Cannabis) und der Nikotinmissbrauch. Eine deutsche Studie kommt auf ca. 10% Prävalenz von Komorbidität. Die Schizophrenie gehört zu den zehn Erkrankungen weltweit, die den höchsten Grad an Invalidisierung nach sich ziehen (Murray & Lopez, 1996).

Zwar konnten in den letzten Jahren deutliche Fortschritte im Verständnis der biologischen Veränderungen bei schizophrenen Patienten erzielt werden, doch sind die Ursachen der Erkrankung damit noch nicht befriedigend geklärt. Eine die verschiedenen Einzelbefunde zufrieden stellend integrierende Theorie zur Pathophysiologie, -biochemie, und -morphologie schizophrener Störungen wurde bisher noch nicht formuliert (Gaebel, 1996). Als gesichert kann gelten, dass es bei schizophrenen Patienten häufig zu einer (geringgradigen) Reduktion des Hirnvolumens kommt. Es fanden sich wiederholt deutliche Erweiterungen des Ventrikelsystems, insbesondere der Seiten- und des dritten Ventrikels. Darüber hinaus zeigen sich Volumenreduktionen in kortikalen Regionen mit fronto-temporalem Schwerpunkt. Im Bereich des Frontallappens sind dorsolaterale und orbitofrontale Regionen und im Temporallappen der Hippokampus, die Regio entorhinalis und der Gyrus temporalis superior zu nennen (Falkai et al., 2001). Im rezenten Modell der Schizophrenie als Hirnentwicklungsstörung werden strukturelle Befunde mit funktionellen Daten eines dekompenzierten dopaminergen Systems in der akuten Psychose verknüpft (Heinz et al., 2004).

Die genetische Beteiligung und damit die familiäre Übertragung der Schizophrenie sind seit den Familienstudien von Rüdin (1916) und Schulz (1940) bekannt. Das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, beträgt ca. 12%, wenn ein Elternteil schizophren ist. Die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen liegt bei 40-50%, bei zweieiigen Zwillingen bei ca. 15% (Bäumel, 1994; Gottesman & Shields, 1982).

Aufgrund der heterotypischen Expressionen und verschiedenen schizophrenen Störungsformen lässt sich jedoch schließen, dass nicht eine schizophrene Psychose, sondern eine Disposition dafür vererbt wird. Schon vor Jahrzehnten wurde deshalb angenommen, dass die schizophrene Störung das Produkt einer Interaktion von biologischer Anlage und psychosozialen Faktoren ist. Ein sehr bekannter Ansatz zur Krankheitsentwicklung ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Zubin und Spring (1977; Zubin & Steinhauer, 1981). Die Vulnerabilität für eine schizophrene Störung wird demnach vererbt und findet in Abhängigkeit von Umwelteinflüssen (man unterscheidet zwischen früh und spät einwirkenden) und individuellem Verhalten ihren Krankheitsausdruck.

Im Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modell (VSBK; vgl. Liberman et al., 1986) wird davon ausgegangen, dass die persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren mit den individuellen Schutzfaktoren, den protektiven Faktoren der Umwelt und den potenzierenden und belastenden Umweltfaktoren interagieren. Die Gesamtheit dieser Komponenten beeinflusst den Ausbruch, die Ausprägung und den Verlauf der Krankheit.

Einen eindrucksvollen Beleg für die Bedeutung psychosozialer und insbesondere affektiver Faktoren für die Entwicklung schizophrener Störungen gibt die so genannte Expressed-emotion-Forschung. Das affektive Ausdrucksverhalten der nächsten Angehörigen hat einen entscheidenden Einfluss darauf, ob der schizophrene Patient nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung im folgenden Jahr rückfällig wird. Der englische Begriff *expressed emotion* bezeichnet das Ausmaß der ausgedrückten Emotionen auf Seiten der Angehörigen, denen eine emotionale Haltung dem Patienten gegenüber zugrunde liegt. Der Ausprägungsgrad von expressed emotion (EE) wird über ein Einzelinterview (Leff & Vaughn, 1985) bestimmt. Auf Grund der Variablen kritische Bemerkungen, Feindseligkeit und emotionales Überengagement werden die Angehörigen als niedrig oder hoch hinsichtlich EE klassifiziert.

Nach einer Meta-Analyse von Butzlaff und Hooley (1998), in der 27 Verlaufsstudien aus verschiedenen Kulturkreisen Berücksichtigung fanden, manifestieren etwa zwei Drittel der Patienten mit high EE-Angehörigen innerhalb des folgenden Jahres einen psychotischen Rückfall, während im Falle von low EE-Angehörigen nur etwa ein Drittel der Patienten ein Rezidiv erleidet. Insgesamt ergibt sich eine sehr robuste Bestätigung des Zusammenhanges zwischen EE und Krankheitsverlauf bei Schizophrenie, die im Wesentlichen unabhängig von der klinischen Symptomatik der Patienten ist (Hahlweg, 1996). Die vorliegenden Befunde kennzeichnen schizophrene Patienten als in hohem Maß vulnerabel für affektive Mitteilungen von wichtigen Angehörigen.

1.1.3 Affektive Störungen und Affekterleben

Bei schizophrenen Patienten lassen sich ausgehend von bisherigen Störungsbeschreibungen in der Literatur (z.B. Scharfetter, 1990; Süllwold, 1986; Suslow & Arolt, 1997) eine Reihe von Varianten gestörter Affektivität unterscheiden. Zu den zentralen affektiven Auffälligkeiten bei schizophrenen Erkrankten zählen:

- Störungen der Responsivität des affektiven Systems,
- Störungen der subjektiven Gefühlserfahrung (Einengung der subjektiven Gefühlsspanne, z.B. Anhedonie, also die Schwierigkeit, Freude bzw. Vergnügen zu empfinden),
- Störungen der Modulation von affektiven Reaktionen (z.B. Verlängerung der Reaktionsdauer),
- Störungen der affektiven Bewertung von Reizen (z.B. affektive Ambivalenz),
- Störungen der Stimmung (d.h. Dauertönungen des affektiven Erlebens: z.B. anhaltende Angst).

Faktorenanalytische Studien zur Dimensionalität der klinischen Symptomatik bei schizophrenen Patienten haben gezeigt, dass die genannten Affektstörungen zumindest teilweise voneinander unabhängig sind. Affektausdrucksverflachung, Störungen der Stimmung (Angst oder Schuld) und inadäquater Affekt fügten sich konsistent in unterschiedliche Symptomdimensionen ein (z.B. Lindenmayer et al., 1994). Es ist festzuhalten, dass die affektiven Auffälligkeiten schizophrener Patienten unter formalen Aspekten ein polymorphes

Erscheinungsbild abgeben und Hinweise für eine relative Unabhängigkeit verschiedener affektiver Störungsaspekte vorliegen.

Die Fähigkeit schizophrener Erkrankter zum Erkennen von affektiven Qualitäten erscheint in Bezug auf Mimik (vgl. Mandal, Pandey & Prasad, 1998), die Stimme (Leentjens et al., 1998) und affektive Szenarien (Cramer et al., 1989) gegenüber Normalprobanden eingeschränkt. Es gibt Anhalt, dass es sich um globale (Salem et al., 1996) und nosologisch unspezifische Defizite handeln könnte (Schneider et al., 1995). Schizophrene vom non-paranoiden Subtypus bzw. mit ausgeprägter Negativsymptomatik erscheinen stärker in der Dekodierung fazialen Affektes beeinträchtigt als Schizophrene vom paranoiden Subtypus (Lewis & Garver, 1995). Paranoid Schizophrene scheinen gegenüber Gesunden im Falle genuinen mimischen Affektausdrucks sogar bessere Erkennensleistungen zu erzielen (Davis & Gibson, 2000).

Die Responsivität schizophrener Erkrankter auf der Ebene der subjektiven Gefühlsempfindung erscheint (unter experimenteller Manipulation im Labor) verglichen mit normalen Vergleichspersonen nicht eingeschränkt (Berenbaum & Oltmanns, 1992), sondern unter bestimmten Stimulusbedingungen sogar intensiver ausgeprägt (Kring & Neale, 1996). Schizophrene mit flachem Affektausdruck unterscheiden sich hinsichtlich des Gefühlserlebens nicht von denen mit unauffälligem Affektausdruck (Berenbaum & Oltmanns, 1992).

Insgesamt gesehen lässt sich aus vorliegenden experimentellen Befunden schließen, dass die Fähigkeit schizophrener Erkrankter, Affekte zu empfinden, auszudrücken und zu erkennen, beeinträchtigt sein kann, dass aber nicht alle Schizophrenen (in gleicher Weise) unter affektiven Beeinträchtigungen leiden. Die affektiven Auffälligkeiten schizophrener Patienten können unabhängig voneinander bestehen. Es ist hervorzuheben, dass erhebliche Funktionsdifferenzen zwischen verschiedenen Gruppen schizophrener Patienten bestehen können: manche Patienten erscheinen durch eine Funktionsreduktion und andere durch einen Funktionsexzess im Bereich der affektiven Reaktivität gekennzeichnet zu sein. So zeigen non-paranoide oder negativsymptomatische Schizophrene Defizite im Identifizieren fazialen Affekts gegenüber gesunden Personen, während paranoid Schizophrene zumindest bei echtem Affektausdruck sogar hypernormale Erkennensleistungen manifestieren.

Es erscheint möglich, dass die akuten Krankheitsphasen der Schizophrenie das subjektive Gefühlsempfinden der Patienten nachhaltig verändern und insbesondere zu einer erhöhten

Ängstlichkeit führen könnten. Hierzu dürfte vor allem die Erfahrung beitragen, einer kaum kontrollierbaren existentiellen Bedrohung ausgesetzt gewesen zu sein. Nicht wenige akut schizophren Erkrankte erleben starke Angstzustände mit widersprüchlichen Gefühlen oder abruptem Übergang der Affekte.

Bislang liegen nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zum subjektiven affektiven Erleben schizophrener Erkrankter vor. Den Befunden von Blanchard et al. (1998) zufolge weisen schizophrene Patienten im Vergleich zu normalen Personen eine höhere dispositionale Neigung auf, negative Affekte zu entwickeln, während ihre Neigung zu positiven Affekten geringer ist als bei normalen Personen. Die Einschränkungen im positiven Affekterleben erscheinen mit einem gesteigerten Erleben negativer Affekte vergesellschaftet (vgl. Blanchard et al., 1998). Myin-Germeys et al. (2000) führten eine experimentelle Studie zum Gefühls-erleben schizophrener Patienten im Alltag durch. Es wurde eine strukturierte *time-sampling* Technik eingesetzt, auf Grundlage der die Intensität und Variabilität positiver wie negativer Gefühlszustände gemessen wurde. Es zeigte sich bei den schizophrenen im Vergleich zu Normalprobanden, dass die Intensität ihrer positiven affektiven Zustände geringer jedoch die ihrer negativen affektiven Zustände höher war, was für eine gesteigerte affektive Responsivität der Patienten im Falle von Reizen negativer Valenz spricht. Die Variabilität der positiven Gefühle fiel in beiden Gruppen ähnlich aus. Allerdings manifestierten die schizophrenen Patienten gegenüber den Normalprobanden über die Zeit eine erhöhte Variabilität der negativen Gefühle. Die untersuchten Patienten wurden aufgrund psychiatrischen Symptom-ratings in affektausdrucksflache und nicht affektausdrucksflache unterteilt. Zwischen den so gebildeten Untergruppen manifestierten sich keine Differenzen in der Intensität und Variabilität positiver bzw. negativer Gefühlszustände.

Suslow et al (2003) erhoben die Häufigkeit von so genannten Basisaffekten im Alltag bei schizophrenen Patienten. Es zeigte sich, dass negativsymptomatische schizophrene Patienten im Alltag weniger Freude und Interesse empfinden als die Normalprobanden. Schizophrene Patienten empfinden unabhängig von dem Vorhandensein von Negativsymptomatik häufiger die negativen Affekte Furcht und tendenziell auch Ekel im Alltag als die Normalprobanden. Es ergaben sich Hinweise, dass das Erleben der Affekte Wut und Schuldgefühl mit längerer Erkrankungsdauer zunimmt. Weiterhin lag Anhalt vor, dass mit der neuroleptischen Medikationsdosis die Häufigkeit von Traurigkeitsempfindungen anstieg.

Ingesamt betrachtet erscheinen schizophrene Patienten mehr bzw. intensivere negative Affekte im Alltag zu empfinden als gesunde Personen. Darüber hinaus erleben schizophrene Erkrankte offensichtlich weniger positive Affekte wie Interesse und Freude als Gesunde. Der Verlust oder die Beeinträchtigung der Fähigkeit, positive Affekte bzw. Lust zu empfinden, ist bei schizophrenen Patienten schon seit Längerem bekannt und wird als Anhedonie (oder auch Hypohedonie) bezeichnet (Snaith, 1993). Es werden häufig zwei Formen der Anhedonie, die physische von der sozialen, unterschieden: unter physischer Anhedonie wird dabei eine Minderung des Empfindens von Freude hinsichtlich sinnlicher Erfahrungen wie Schmecken, Riechen, Hören, Berühren und sich Bewegen bzw. Sexualität verstanden. Im Falle der sozialen Anhedonie bezieht sich die Minderung des Empfindens von Freude auf den Umgang mit anderen Menschen (Chapman et al., 1976). Auf den motivationalen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit, Freude zu empfinden, und der Entwicklung von sozialer Aktivität und Bindung wurde häufig in der psychologischen Literatur hingewiesen (Izard, 1977; Kestenbaum, 1980).

1.1.4 Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen

Unter dem Begriff der *Persönlichkeit* wird im Allgemeinen die Gesamtheit der Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen verstanden, also seine zeitstabilen Verhaltens- und Erlebensbereitschaften. Es wird seit Längerem diskutiert, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften Vulnerabilitätsfaktoren für die Entwicklung einer schizophrenen Störung darstellen und somit schon prämorbid bestehen könnten. Es ist aber auch möglich, dass sich verschiedene Persönlichkeitseigenschaften bei schizophrenen Patienten erst nach Erkrankungsbeginn - also im Verlaufe der Erkrankung - herausbilden. Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit – auch als die „Big Five“ bezeichnet – hat sich als häufig verwendeter Ansatz für eine allgemeine psychometrische Beschreibung der Persönlichkeit einer Person durchgesetzt (vgl. Costa & McCrae, 1992; McCrae & John, 1992). Grundlage dieses Modells ist ein lexikalischer Ansatz: alle interindividuelle Unterschiede beschreibenden Wörter einer Sprache lassen sich demnach auf fünf bipolare Dimensionen reduzieren (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit).

Schon vor fast einhundert Jahren beschrieb Hoch (1910) eine Beziehung zwischen einer sozial zurückgezogenen Persönlichkeitsstruktur und der Entwicklung einer schizophrenen

Erkrankung. Das so genannte „schizoide Temperament“ umspannte nach Kretschmer (1934) ein Verhaltenskontinuum von einem kalten, zurückweisenden Typus bis hin zu einem nervös, agitiert sensitiven Typus. Meehl (1962) schlug ein weithin rezipiertes Persönlichkeitsmodell vor, wonach Schizotypie eine genetische Anfälligkeit für Schizophrenie mit sich bringt. Zu den vier Symptomen der Schizotypie zählte Meehl interpersonale Aversivität, Anhedonie, Ambivalenz und Denkstörungen.

Die Persönlichkeitsstörungen können nach dem DSM-IV grob differenzierend in drei Cluster unterteilt werden. Bei den Cluster A Störungen erscheinen die Personen exzentrisch, seltsam oder zurückgezogen (schizoide, schizotypische und paranoide Persönlichkeitsstörung). Im Falle der Cluster B Störungen dominieren dramatische, emotionale bzw. sprunghafte Verhaltenselemente (antisoziale, Borderline, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung). Schließlich werden im Cluster C Auffälligkeiten im Bereich des Angstverhaltens und Angsterlebens zusammengefasst (vermeidende, dependente, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung). Viele wissenschaftliche Arbeiten belegen eine Assoziation der schizophrenen Erkrankung mit Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster A, insbesondere der schizoiden und schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Schizophrene Patienten manifestieren demnach Persönlichkeitsauffälligkeiten des schizoiden Typus des Einzelgängers ohne soziale Bindungsbedürfnisse bei reduzierter emotionaler Auslenkbarkeit bzw. des schizotypischen Typus mit ängstlicher Zurückhaltung in zwischenmenschlichen Beziehungen, verzerrt wirkenden Wahrnehmungs- und Denkstilen sowie bizarren Verhaltensweisen. Neuere Ergebnisse verweisen aber auch auf ein häufigeres Auftreten von Merkmalen einer dependenten Persönlichkeitsstörung (Keshavan et al., 2005). Hier haben die Betroffenen Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, suchen Anlehnung, sind submissiv und trennungsängstlich. Häufig manifestieren schizophrene Patienten schon vor Ausbruch ihrer Erkrankung Persönlichkeitsstörungen, wobei zwei und mehr prämorbid Persönlichkeitsstörungen nicht selten sind (Rodriguez-Solano & Gonzalez de Chavez, 2000). Offensichtlich wird aber das Psychoserisiko vor allem durch die schizotypische Persönlichkeitsauffälligkeit mit subschizophrenen formalen Denkstörungen und Wahrnehmungsveränderungen des Clusters A erhöht (Erkwoh et al., 2003).

Studien zur Persönlichkeit anhand von standardisierten autodeskriptiven Fragebögen an stationär und ambulant behandelten Patienten haben ergeben, dass schizophren Erkrankte im Vergleich zu Normalprobanden durch stärkere Ausprägungen von Neurotizismus aber einer

geringeren Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet sind (Bagby et al., 1997; Kentros et al., 1997; Gurrera et al., 2000). Hierbei waren die studienübergreifend stabilsten Befunde ein erhöhter Neurotizismus und eine geringere Gewissenhaftigkeit. Diese Befunde legen nahe anzunehmen, dass schizophrene Patienten auch außerhalb von akuten Erkrankungsphasen durch einen erhöhten Neurotizismus charakterisiert 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. Im Bereich Gewissenhaftigkeit werden Merkmale wie Ordnungsliebe, Zuverlässigkeit, Anstrengungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Disziplin und Ehrgeiz erfasst. Ein erhöhter Neurotizismus und eine geringere Gewissenhaftigkeit sind aber nosologisch unspezifisch. Diese Konstellation von Persönlichkeitseigenschaften findet sich beispielsweise auch bei depressiven Patienten (Costa et al., 2006). Es liegen Hinweise vor, dass die Persönlichkeitseigenschaften mit der Erkrankungsdauer oder der derzeitigen klinischen Symptomatik zusammenhängen (z.B. Gurrera et al., 2000).

1.2 Alexithymie

1.2.1 Zum Begriff der Alexithymie

Der Begriff Alexithymie wurde von den US-Amerikanern Sifneos und Nemiah im Jahre 1973 geprägt. Er beinhaltet im Kern die Unfähigkeit, Gefühle hinreichend wahrzunehmen und beschreiben zu können. Der Begriff der Alexithymie ist dem Griechischen entlehnt und bedeutet wörtlich übersetzt: *Mangel an Worten für Gefühle*. Alexithymie steht für die Unfähigkeit, Gefühle adäquat wahrzunehmen, diese sprachlich umzusetzen und psychisch zu verarbeiten. Alexithymie kann sich auch in einer reduzierten Phantasie, die sich in der Verminderung von Tagträumen, ja sogar in einem Fehlen von Träumen in der Nacht ausdrückt, bemerkbar machen.

Alexithymen Personen fehlt es an einer die Gefühle, Stimmungen und affektiven Spannungen symbolisierenden Sprache. Bei ihnen überwiegt ein utilitaristischer, als kühl, technokratisch und mechanistisch zu charakterisierender Denkstil (Ahrens & Deffner, 1985; von Rad, 1983). Bei den Äußerungen alexithymer Personen fällt eine Diskrepanz zwischen der Tragweite der

geschilderten Erlebnisse und der geringen Bewegtheit und inneren Beteiligung auf. Die Beschreibung der „Gefühlsblindheit“ bei Alexithymie umfasst die gleichen Charakteristika wie die des „Pensée opératoire“ der französischen Psychosomatiker um Marty (Stephanos, 1973, 1975; Stephanos et al., 1976). Neben den alexithymen Merkmalen der Schwierigkeit beim Beschreiben von Gefühlen, einer verarmten Phantasie, eines auf Äußerlichkeiten orientierten Denkens, einer Einschränkung im Gefühlserleben und eines Ausweichens gegenüber Konfliktsituationen werden in der Literatur auch weitere Charakteristika genannt: Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und körperlichen Begleiterscheinungen von emotional ausgelösten Situationen zu unterscheiden (Taylor et al., 1992), ein hohes Maß an sozialer Konformität (Ahrens et al., 1979; von Rad, 1983) und gelegentliche heftige oder inadäquate affektive Ausbrüche (Fava et al. 1995).

Während zunächst davon ausgegangen wurde, dass diese Merkmale ausschließlich bei psychosomatisch erkrankten Patienten zu finden sind (Nemiah & Sifneos, 1970), wurden später auch zahlreiche andere Patientengruppen mit alexithymen Eigenschaften beschrieben: z.B. Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (Shipko et al., 1983), Essgestörte (Jimerson et al., 1994), Opfer sexueller Gewalt (Zeitlin et al., 1993), Substanzabhängige (Pinard et al., 1996) und Depressive (Honkalampi et al., 1999). Von daher geht man heute davon aus, dass Alexithymie eher ein Persönlichkeitsmerkmal ist als ein eigenständiges oder auf die Psychosomatik beschränktes Krankheitsbild.

Als Ursprung alexithymer Merkmale werden sehr frühe Lern- und Sozialisierungsfaktoren genannt. So kann es bei Unzulänglichkeiten in der Benennung und dem Erkennen von affektiven Zuständen durch die Eltern beim Kind zu Entwicklungsbeeinträchtigungen in der Symbolisierung und Identifikation affektiver Qualitäten kommen (Taylor et al., 1997). Auch kann das Erleben eines einschneidenden Traumas im Laufe des Lebens eine alexithyme Symptomatik auslösen. Im letzteren Fall kann die alexithyme Handlungsweise und Persönlichkeitsausprägung als Abwehr- oder Coping-Mechanismus auf dieses Erlebnis gesehen werden.

Aus neurobiologischer Sicht (Bermond, 1995, 1997) kann man zwei Formen von Alexithymie unterscheiden. Typ I ist durch ein Fehlen an emotionaler Erfahrung und Ausdruck gekennzeichnet, was auf eine Dysfunktion der rechten Gehirnhemisphäre zurückgehen könnte (Larsen et al. 2003). Typ II manifestiert normale oder sogar verstärkte emotionale Erlebnisse

aber bei einem verminderten Ausdruck im Gesicht, was mit einer Unterfunktion von cingulärem Cortex und Insel assoziiert sein könnte.

Von Alexithymie Betroffene haben keinen adäquaten Zugang zu ihren eigenen Gefühlen. Selbst wenn sie zum Beispiel seelischen Schmerz, Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Verlust empfinden, so nehmen sie den veränderten Zustand unter Umständen zwar wahr, können ihn aber nicht benennen. Sie deuten ihre Reaktion zum Beispiel in unspezifischer Weise als „aufgeregt“ oder „schlecht drauf“ oder verlagern sie auf körperliche Sensationen (physische Symptome, Schmerzen).

Zusammenhängend mit der Frage der Ätiologie findet man auch eine Einteilung der Alexithymie in verschiedene Unterformen:

- absoluter, nicht wieder herstellbarer Verlust der Gefühlsfunktion (hirnorganische Schäden),
- primärer, aber generell regenerierbarer Verlust der Gefühlsfunktion,
- sekundäre Einschränkung der Gefühlsfunktion, z.B. aufgrund neurotischer Störungen oder Traumata.

Durchschnittlich werden bei ca. 10% der Bevölkerung alexithyme Merkmale gefunden, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen (z.B. Lane et al. 1998). Es zeigen sich Zusammenhänge zwischen Alexithymie und soziodemographischen Variablen. So steigt das Risiko für Alexithymie mit höherem Lebensalter, männlichem Geschlecht, niedrigem sozioökonomischen Stand und weniger Bildung an (Lane et al. 1998).

Ein rezenter klinischer Definitionsvorschlag zur Alexithymie wurde 1995 von Fava et al. unter Berücksichtigung der Klassifikationssysteme DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (Dilling et al., 1995) entwickelt. Bei Vorliegen von drei der im Folgenden beschriebenen Kriterien soll von einer Alexithymie ausgegangen werden:

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.

Wie erwähnt konzeptualisiert man „Alexithymie“ heutzutage zunehmend als Persönlichkeitsmerkmal, das auf Störungen der kognitiven Verarbeitung emotionaler Vorgänge zurückgeht, und formuliert eher diagnoseunspezifische Erklärungsmodelle, als das man Alexithymie als eine Krankheitseinheit oder ein Krankheitssyndrom sieht (Lane & Schwartz, 1987; Taylor et al., 1991, 1997).

Haviland und Reise (1996) fragten eine größere Stichprobe nordamerikanischer Experten nach den charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen der Alexithymie. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass auch Merkmale wie ein flacher Affektausdruck, die Vermeidung enger interpersonaler Beziehungen, die Beschäftigung mit dem Funktionieren des eigenen Körpers und der Ausdruck von Angst und Anspannung über somatische Symptome als typisch alexithym angesehen wurden. Hier wird deutlich, dass die Definitionen und definitorischen Merkmale für Alexithymie in der Literatur und bei Experten differieren und autorenübergreifend keine einheitlichen Kernsymptome, die notwendigerweise bei Alexithymie vorliegen müssen, vorgeschlagen wurden. Am ehesten dürften noch die Schwierigkeiten bei der Identifikation und der Beschreibung von Gefühlen als alexithyme Kernsymptome angesehen werden.

1.2.2 Messmethoden zur Erfassung von Alexithymie: die Toronto-Alexithymie-Skala

Zur Erhebung von alexithymen Merkmalen werden vor allem Selbstbeschreibungsverfahren wie die Toronto-Alexithymie-Skala (TAS) verwendet. Hintergrund für diese Verbreitung dürfte wohl die Ökonomie in der Durchführung und Auswertung der TAS darstellen. Neben der TAS finden in der Alexithymie-Literatur aber auch eine Reihe weiterer Messverfahren Anwendung: der Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ; Apfel & Sifneos, 1979), die Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS; Apfel & Sifneos, 1979; Sifneos, 1989), die Alexithymie-Skala des Minnesota – Multiphasic Personality Inventory (MMPI-A) (Kleiger & Kinsmann, 1980) sowie der Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ) (Krystal et al., 1986). Allerdings wurden viele der letztgenannten Verfahren hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität kritisch diskutiert.

Der BIQ weist zwar eine gute interne Konsistenz und Faktorenstruktur auf, zeigte allerdings als semi-standardisiertes Fremdbeurteilungsverfahren eine nur eingeschränkte Interraterreliabilität (Taylor et al., 1981; Lolas et al., 1980). Zum APRQ liegen bis heute nur wenige Daten zur Testvalidierung vor. Er weist allerdings nach bisheriger Befundlage eine bessere Objektivität mit einer höheren Interraterreliabilität auf. SSPS und MMPI-A wurden ohne Itemanalyse entwickelt, was zu einer geringen internen Konsistenz führte. Beide Verfahren zeichnen sich allerdings durch eine gute Objektivität aus.

Eine weitere Möglichkeit zur Erfassung von alexithymen Eigenschaften bietet die Level of Emotional Awareness Scale (LEAS; Lane et al., 1990), in der Probanden Szenarien mit zwei Personen in einer emotigenen Situation vorgegeben werden. Die Probanden müssen angeben, was Sie selber und der Partner in einer solchen Situation empfinden würden. Es wird hier die Differenziertheit der emotionalen Wahrnehmung bei sich und anderen erfasst. Die sprachlichen Ausdrücke von Gefühlen werden bei der LEAS anhand vorher festgelegter Bewertungskriterien ausgewertet. Die LEAS stellt ein relativ aufwändiges Verfahren zur Erhebung alexithymer Merkmale dar. Sie ist allerdings auch eine objektive Methode zur Beurteilung des sprachlichen Ausdrucks von affektiven Qualitäten.

Die von Taylor et al. (1985, 1990) entwickelte Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-26) zeichnet sich dadurch aus, dass sie nach testtheoretischen Überlegungen konzipiert und validiert wurde. Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungs-Fragebogen, bei denen die Probanden auf einer Skala von (1) „trifft völlig zu“ bis (5) „trifft gar nicht zu“ zu den gegebenen Items Stellung nehmen sollen. Die 26 Items lassen sich in vier Skalen unterteilen:

- 1 „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“,
- 2 „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“,
- 3 „extern orientierter Denkstil“,
- 4 „reduzierte Tagträume“.

Neben den vier Subskalen-Scores lässt sich auch ein Gesamt- oder Summen-Wert bei der TAS bestimmen.

Bei der TAS-26 ergaben sich allerdings in Validierungsstudien unter anderem durch faktorenanalytische Befunde einige methodische Probleme. So korrelierte der vierte Faktor negativ mit den restlichen Subskalen, wodurch die Bildung eines Gesamtscores schwer zu

rechtfertigen war. Darüber hinaus korrelieren die Faktoren (bzw. Skalen) 1 und 2 häufig stark positiv miteinander, so dass eine mangelnde Abgrenzung der Messkonstrukte kritisch angemerkt wurde (vgl. Suslow et al., 2001, für eine Diskussion von Validitätsbefunden zur TAS).

Als Reaktion auf diese messmethodischen Einwände zur TAS-26 entwickelte die Arbeitsgruppe um Graeme Taylor in Toronto modifizierte Versionen der Toronto-Alexithymie-Skala, nämlich die TAS-23 (Taylor et al., 1992) und die TAS-20 (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Bei der TAS-20 wurde die Subskala „reduzierte Tagträume“ eliminiert, wohingegen bei der Skala „extern orientierter Denkstil“ einige Items ergänzt wurden. Interne Konsistenz und Test-Retest-Reliabilität erwiesen sich in nordamerikanischen Stichproben bzw. auch im Vergleich deutscher, kanadischer und us-amerikanischer Studierender als zufrieden stellend (Parker et al., 1993).

Durch Bach et al. (1996) wurde eine deutsche Version der TAS-20 bereitgestellt. Die Autoren überprüften die psychometrischen Eigenschaften der Skala anhand von nichtklinischen und klinischen Stichproben und benutzen auch eine konfirmatorische Faktorenanalyse, die die dreifaktorielle Struktur der Skala bestätigte. Es zeigte sich eine befriedigende interne Konsistenz des Summenscores der TAS-20 für beide Stichproben. Hinsichtlich des Faktors 3 (extern-orientiertes Denken) wurden allerdings in beiden Gruppen relativ niedrige interne Konsistenzen festgestellt.

Es gibt inzwischen eine Fülle an Untersuchungen zur Validität und Reliabilität der Toronto-Alexithymie-Skalen. Ein grundsätzlicher methodischer Einwand zum Ansatz, Alexithymie durch Selbstbeurteilung messen zu wollen, kommt von Codispoti und Codispoti (1996): hiernach misst die Toronto-Alexithymie-Skala nicht die Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen sondern das Bewusstsein darüber. Das bedeutet, dass Probanden mit hohen Punktwerten in der TAS über ein *höheres* Maß an Introspektionsfähigkeit verfügen sollten und ihre Probleme beim Beschreiben von Gefühlen erkennen sollten. Diese Kritik ist nicht leicht zu entkräften. Allerdings kann man einwenden, dass Alexithyme auch durch andere Personen in ihrem Leben lernen könnten, dass sie im Bereich des Erkennens und Beschreibens von Gefühlen Schwierigkeiten haben.

Suslow et al. (2000) stellten in Bezug auf die Subskala 2 „Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen“ die Validitätsfrage, da diese mit einer Anfälligkeit zu Schamreaktionen nicht aber mit objektiv erhobenen Problemen im Versprachlichen von Gefühlen korrelierte. Möglicherweise erfasst also diese Skala der TAS (auch) Aspekte von Schamangst und Schüchternheit.

1.2.3 Alexithymie bei Schizophrenie

Alexithymie wird als Defizit der die Emotionen betreffenden kognitiven Prozesse angesehen. Zunächst wurde Alexithymie nur in Beziehung mit psychosomatischen Erkrankungen untersucht. In weiteren Forschungsprojekten stellte man allerdings – wie oben erwähnt - Zusammenhänge mit einer Reihe von psychiatrischen Erkrankungen fest. So wurden alexithyme Auffälligkeiten zum Beispiel bei Patienten mit Anorexia nervosa oder Depressionen bzw. bei Substanzabhängigen und Opfern sexueller Gewalt ermittelt. Obwohl es wie eingangs dargestellt bei schizophrenen Patienten verschiedene Störungen der Affektivität gibt und diese auch das Erleben von Gefühlen (insbesondere von positiven Affekten) betreffen, hat es vergleichsweise lange gedauert bis Studien durchgeführt wurden, deren explizites Thema die Ausprägung von Alexithymie bei Schizophrenie war.

Als erstes untersuchten die italienischen Autoren Stanghellini und Ricca (1995) alexithyme Merkmale bei schizophrenen Patienten. Sie gingen der Frage nach, ob Alexithymie eher mit negativen als mit positiven Symptomen bei Schizophrenie zusammenhängt. Theoretisch lehnten sie ihre Studie und Interpretation der Befunde an ein Vulnerabilitäts-Modell an, das die Entstehung der Schizophrenie auf die Interaktion von biologischen Anlagen und psychosozialen Aspekten zurückführt.

In die Untersuchung von Stanghellini & Ricca (1995) wurden 20 ambulant versorgte schizophrene Patienten eingeschlossen. Den Patienten wurden der Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF) sowie eine 22-Item-Version der Toronto-Alexithymie-Skala vorgegeben. Dabei fand man heraus, dass der Gesamtscore der TAS bei nicht-paranoiden Schizophrenen signifikant höher ist als bei paranoiden Schizophrenen. Dieser Unterschied geht auf ein größeres external-orientiertes Denken bei den non-paranoiden gegenüber den paranoiden Patienten zurück. Hinsichtlich des FBF-Scores zeigten sich keine signifikanten Unterschiede

zwischen den Patientengruppen. In Bezug auf die sprachlichen Kapazitäten bzw. Schwächen differierten die Gruppen wiederum: die nicht-paranoiden waren sprachlich signifikant schwächer als die paranoiden Patienten. Sprachliche Störungen korrelierten in der Gesamtstichprobe signifikant mit dem TAS- Summenscore. Zusammenfassend wurde geschlossen, dass Alexithymie verstärkt bei nicht-paranoiden schizophrenen Patienten bzw. bei Patienten mit prädominierend negativer Symptomatik auftritt und diese Eigenschaft einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung eines negativsymptomatischen schizophrenen Syndroms darstellen könnte. Es ist anzumerken, dass in der Untersuchung von Stanghellini & Ricca (1995) keine Normalprobanden untersucht wurden.

Im Jahre 1997 wurden dann zwei französische Arbeiten zum Thema Alexithymie bei Schizophrenie publiziert. In der einen Studie von Nkam et al. (1997a) wurde der BIQ eingesetzt, um Alexithymie bei schizophren Erkrankten (N = 29) mit dem Zweck zu erheben, Korrelationen zur klinischen Symptomatik zu bestimmen und die Ausprägung von Alexithymie bei negativ- versus positivsymptomatischer Schizophrenie zu ermitteln. Es zeigten sich signifikante Beziehungen zwischen Alexithymie und den Symptomen Affektverflachung, Spracharmut, Angst und Depressivität. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass negativsymptomatische schizophrene Patienten höhere Alexithymie-Werte manifestieren als positivsymptomatische bzw. so genannte undifferenzierte schizophrene Patienten. Alexithymie war in dieser Stichprobe unabhängig vom Medikationsstatus der Patienten.

In ihrer zweiten Arbeit untersuchten Nkam et al. (1997b) die Ausprägung von Alexithymie bei schizophrenen Patienten mit einem Defizitsyndrom gegenüber solchen mit Non-Defizit-Syndrom (Gesamt N = 25). Bei dieser Differenzierung wurde auf den Ansatz von Carpenter et al. (1988) zurückgegriffen. Es fanden der BIQ und die TAS Einsatz. Wie zu erwarten, traten alexithyme Merkmale deutlich häufiger bei schizophren Erkrankten mit Defizitsyndrom als bei Patienten ohne Defizitsyndrom auf. In der Non-Defizit-Gruppe (nicht aber in der Defizit-Gruppe) wurden signifikante Korrelationen der TAS mit den Symptomen Affektverflachung, Angst und Depressivität berichtet.

Cedro et al. (2001) untersuchten Alexithymie bei Schizophrenie anhand 50 paranoid schizophren Erkrankter und 50 gematchter gesunder Kontrollprobanden auf Grundlage der TAS-20. Diese Studie wurde in Polen durchgeführt. In dieser Alexithymie-Untersuchung wurde erstmals eine gesunde Vergleichsgruppe parallel zu den schizophrenen Patienten

untersucht. Der TAS-20-Gesamtscore war in der Patientengruppe signifikant höher ausgeprägt als in der gesunden Vergleichsgruppe. Somit ergeben sich Hinweise darauf, dass Alexithymie auch bei paranoider Schizophrenie, also bei vor allem Vorliegen von positiven Symptomen auftreten kann. Die polnischen Autoren gehen in ihrer Diskussion darauf ein, dass eine entscheidende methodische Herausforderung darin besteht, das Konstrukt der Alexithymie von anderen affektbezogenen Konstrukten zu differenzieren.

Todarello et al. (2005) haben als erste die Beziehung von Alexithymie und klinischer Symptomatik bei schizophrenen Patienten (N = 29) im Verlauf untersucht. Die italienischen Autoren setzten die TAS-20 als Messinstrument für Alexithymie ein. Ihre Längsschnittstudie umfasste 4 Messzeitpunkte im Zeitraum von einem Jahr. Der TAS-20 Gesamtscore war weder mit der Positivsymptomatik noch der Negativsymptomatik der Patienten im Verlauf korreliert. Allerdings korrelierte die TAS-20 mit der Skala allgemeine Psychopathologie der PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay et al., 1987) zum Eingangszeitpunkt. Der Alexithymie-Wert der schizophrenen Patienten war über den Jahreszeitraum stabil ausgeprägt. Die Befunde von Todarello et al. (2005) weisen darauf hin, dass Alexithymie im Verlauf der schizophrenen Erkrankung unabhängig von der klinischen Symptomatik ist.

Van't Wout et al. (2006) untersuchten 43 schizophrene Patienten, 32 gesunde Verwandte ersten Grades und 44 gesunde Kontrollprobanden mit dem Bermond-Vorst Alexithymie Questionnaire (BVAQ; Vorst & Bermond, 2001) um die Ausprägung alexithymer Merkmale bei schizophren Erkrankten zu untersuchen und zu prüfen, ob Alexithymie einen genetisch bedingten Vulnerabilitätsfaktor zur Entwicklung einer Schizophrenie darstellen könnte. Dieses Untersuchungsprojekt wurde in den Niederlanden durchgeführt. Die Autoren untersuchten Alexithymie bei den schizophrenen Patienten auch in Abhängigkeit von Geschlecht und verbaler Intelligenz.. Die Ergebnisse der Studie verweisen zum einen darauf, dass *männliche* Patienten Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen hatten, während sie sich als emotional leichter erregbar als die Normalprobanden empfanden. Diese Gruppenunterschiede gingen nicht auf Differenzen in der verbalen Intelligenz zurück. Im Falle von weiblichen Patienten wurden keine Unterschiede auf den BVAQ-Skalen festgestellt. Interessanterweise zeigten die gesunden *männlichen* Geschwister der Erkrankten im Vergleich zu den gesunden Probanden ebenfalls Probleme beim Verbalisieren von Gefühlen. Darüber hinaus manifestierten die *männlichen* Geschwister der schizophren Erkrankten eine Reduktion der Phantasietätigkeit verglichen mit Normalprobanden. Den

vorliegenden Befunden zufolge könnten männliche Personen mit Schwierigkeiten in der Gefühlsverbalisierung ein erhöhtes Risiko für schizophrene Erkrankungen haben. In dem alexithymen Merkmalsmuster der schizophrenen Patienten (Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen bei leichter emotionaler Erregbarkeit) drücken sich wahrscheinlich auch Störungen der Emotionsregulation aus. Probleme in der Emotionsregulation wiederum begünstigen die Entwicklung von interpersonalen Störungen und Problemen in der sozialen Interaktion (vgl. Spitzer et al., 2005).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bislang sechs Untersuchungen zum Thema Alexithymie bei Schizophrenie durchgeführt wurden. Bislang existiert unseres Wissens keine Publikation aus dem angelsächsischen Raum oder Deutschland zu diesem Problemgebiet. Die bisherigen Resultate verweisen darauf, dass sowohl negativsymptomatische als auch positivsymptomatische schizophrene Patienten alexithyme Merkmale aufweisen können. Möglicherweise gibt es jedoch engere Beziehungen der Alexithymie zur Negativsymptomatik schizophrener Patienten als zur Positivsymptomatik. In nur zwei der Studien wurden Normalprobanden parallel zu schizophren Erkrankten untersucht (Cedro et al., 2001; Van't Wout et al., 2006). Auch gibt es bisher keinen direkten Vergleich von schizophrenen Patienten mit anderen psychiatrischen Patientengruppen hinsichtlich Alexithymie. In nur einer Studie wurde die verbale Intelligenz als potentiell konfundierender Faktor berücksichtigt und das Geschlecht als Einflussgröße kontrolliert (Van't Wout et al., 2006). Hier zeigte sich, dass lediglich männliche schizophrene Patienten unter alexithymen Kernsymptomen leiden könnten. Insofern muss vor Generalisierungen gewarnt werden, wonach alle schizophrenen Patienten unter Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen leiden sollen. Das bislang benutzte Instrumentarium zur Erhebung von Alexithymie umfasste vor allem Selbstbeurteilungsinstrumente (in vier von sechs Studien wurde die TAS eingesetzt; einmal wurde der BVAQ appliziert). Nur zweimal kam ein Fremdbeurteilungsinstrument zum Einsatz: der BIQ in den Arbeiten von Nkam et al. (1997a, b). Weiterhin erscheint Alexithymie ein relativ zeitstabiles Persönlichkeitsmerkmal schizophrener Patienten zu sein (Todarello et al., 2005). Die alexithymen Merkmale bei Schizophrenie erscheinen unabhängig vom Medikationsstatus der Patienten (Nkam et al., 1997a).

1.3 Emotionale Intelligenz

1.3.1 Begriff der emotionalen Intelligenz

Nach Salovey (1997) versteht man unter emotionaler Intelligenz einen Komplex verschiedener Fähigkeiten. Hierzu gehören die Kapazität, Emotionen korrekt wahrzunehmen, zu bewerten und auszudrücken, die Fähigkeit, Zugang zu seinen Gefühlen zu haben bzw. diese zu entwickeln, um gedankliche Prozesse zu erleichtern. Schließlich zählen auch die Fähigkeit, Emotionen zu verstehen und zu regulieren, und der Besitz von emotionalem Wissen zur emotionalen Intelligenz (EI). Somit umfasst dieser Intelligenzbegriff verschiedene Bereiche der eigenen Person und der Wahrnehmung anderer Personen. Im Sinne der Selbstwahrnehmung beinhaltet EI also, (1) dass man eigene Gefühle erkennt, (2) dass man mit Emotionen umgehen und sie verarbeiten kann, (3) dass man sie zielorientiert kanalisiert und eventuell in die Tat umsetzt, aber auch, (4) dass man sich in andere Personen einfühlen kann, also empathische Fähigkeiten besitzt und (5) dass man den Umgang mit anderen und ihren Emotionen beherrscht.

Goleman (1995) beschreibt emotionale Intelligenz als eine Metafähigkeit, von der es abhängt, wie gut man seine sonstigen Fähigkeiten (darunter auch die „kalte“ oder „kognitive“ Intelligenz) sinnvoll einsetzen kann. Im Gegensatz zum Intelligenzquotienten, der durch Schulung nur wenig veränderbar ist, sei die emotionale Intelligenz durchaus stärker durch Schulung positiv beeinflussbar. Nach Goleman beruhen Mängel in der emotionalen Intelligenz nicht selten auf Gewohnheiten oder Verhaltensroutinen, in denen man aber durchaus Fortschritte machen könnte zur Entfaltung emotionaler Fähigkeiten.

Howard Gardner vertrat schon 1983 in seinem Werk „Frames of mind“ die Meinung, dass (kognitive) Intelligenz aus multiplen Faktoren bestehe. Vornehmlich lasse sie sich in folgende Bereiche unterteilen: 1) verbale Gewandtheit, 2) mathematisch-logische Fähigkeiten, 3) räumliche Fähigkeiten, 4) kinästhetische Fähigkeiten, 5) musikalische Fähigkeiten, 6) personale Intelligenz mit interpersonalen und intrapsychischen Fähigkeiten. Nach Gardner ist das Problemlösevermögen im interpersonalen und intrapsychischen Bereich ein wichtiger Aspekt der Intelligenz eines Menschen.

Andererseits wirken aber auch „kalte“ kognitive Fähigkeiten offensichtlich in den Umgang mit Emotionen hinein. So setzten sich beispielsweise Ciarrochi et al. (1999) kritisch mit dem Konstrukt der emotionalen Intelligenz auseinander und führten empirische Untersuchungen zum Verhältnis von EI und allgemeiner intellektiver Befähigung durch. Ihren Ergebnissen zufolge ist der allgemeine Intelligenzquotient (IQ) für die Beurteilung emotionaler Interaktionen wichtiger als die EI - zum Beispiel beim Erklären von Stimmungsvorurteilen. Die Personen mit einem niedrigen IQ ließen sich bei Beurteilungen durch ihre Launen wesentlich mehr beeinflussen als Personen mit höherem IQ - unabhängig von der Punktzahl im EI-Fragebogen. Das heißt, es ist anzunehmen, dass sich Personen mit niedrigem IQ durch irrelevante Faktoren (ihre Laune) mehr beeinflussen lassen und sie allgemein weniger Kontrolle über das erfolgreiche Managen ihrer Gefühlslage manifestieren. Das lässt den Schluss zu, dass der IQ manche Varianzen in affektrelevanten Verhaltensweisen besser erklärt als EI.

Bevor der Begriff der emotionalen Intelligenz explizit geprägt wurde, befassten sich Forscher beispielsweise mit dem Konstrukt der Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972). Dies ist ein theoretischer Ansatz, der sich mit den psychologischen Folgen der auf die eigene Person gerichteten Aufmerksamkeit befasst. Öffentliche Selbstaufmerksamkeit bezieht sich dabei auf äußere Aspekte, private Selbstaufmerksamkeit auf die Aspekte, die nur von der Person selbst zugänglich sind (z.B. Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen) (Fenigstein et al., 1975). Selbstaufmerksamkeit spielt eine Rolle bei der Regulation des eigenen Verhaltens, aber auch bei der Entstehung psychischer Störungen, wie zum Beispiel der Depression (Ingram, 1990).

Um Prozesse der Selbstaufmerksamkeit phänomenologisch noch besser zu differenzieren, unterteilten Salovey et al. (1995) die Selbstaufmerksamkeit in „Attention to feelings“ (eine emotionale Selbstaufmerksamkeit) und „Clarity of feelings“ (die Klarheit über die eigenen Gefühle). Diese beiden Faktoren stehen zwar in Beziehung (eine hohe Klarheit hängt auch mit einer gewissen Selbstaufmerksamkeit zusammen), aber sind doch unabhängige, trennbare Konstrukte. Zum Beispiel korreliert emotionale Selbstaufmerksamkeit positiv mit Neurotizismus und Depression, während Klarheit hiermit negativ zusammenhängt. Dafür lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Klarheit und Extraversion finden und ein negativer mit sozialer Ängstlichkeit (Salovey et al., 1995; Swinkels & Giuliano, 1995). Diese Befunde weisen darauf hin, dass Klarheit über die eigenen Gefühle einen eher funktionalen

oder adaptiven Aspekt der Gefühle beinhaltet und Selbstaufmerksamkeit eher einen dysfunktionalen.

Es ist zusammenfassend anzumerken, dass der Begriff der emotionalen Intelligenz sehr heterogen aufgefasst wird und sich je nach Autor verschiedene Fähigkeiten hinter dem Begriff verbergen können. Bei der Betrachtung der Definitionen von emotionalen Intelligenzaspekten und alexithymen Merkmalen fällt auf, dass emotionale Intelligenz und Alexithymie grundsätzlich überlappende Konstrukte sind, wobei natürlich jeweils die autorenspezifischen Ansätze zu berücksichtigen sind und kein pauschales Urteil gefällt werden kann. Bezeichnend ist, dass ein weithin als Alexithymie-Messverfahren bekannter Fragebogen wie die TAS-20 von Taylor et al. (2000) als Erhebungsinstrument von emotionaler Intelligenz aufgeführt wird.

1.3.2 Emotionale Intelligenz bei Schizophrenie

Literaturrecherchen zum Thema emotionale Intelligenz und Schizophrenie ergeben, dass kaum empirische Untersuchungen mit standardisierten Testverfahren bei schizophrenen Patienten vorgenommen wurden. Interessanterweise gibt es vor allem Studien aus dem rehabilitativen Therapiebereich, die die Wirkungen von emotionalen bzw. sozial-kognitiven Trainingsprogrammen bei schizophrenen Patienten untersucht haben. Berücksichtigt man allerdings, dass alexithyme Merkmale mit Aspekten 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 Schizophrenie vorliegen und zum anderen schizophrene Erkrankte über eine niedrigere emotionale Intelligenz verfügen sollten als Normalprobanden. Die im Vergleich zur emotionalen Intelligenzforschung etwas ältere Alexithymieforschung verweist mit ihren Befunden in die Richtung, dass schizophrene Patienten eine geringere Fähigkeit besitzen sollten, ihre Gefühle zu erkennen und zu versprachlichen.

In einer Studie von Fukunishi et al. (2001) wurden 267 Studenten und 398 psychiatrische Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (z.B. Angststörungen, schweren Depressionen, somatoformen Störungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen, Abhängigkeiten von psychoaktiven Medikamenten, Schlafstörungen, psychosomatischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen) mit der Fragestellung untersucht, inwiefern emotionale Intelligenz

mit alexithymen Merkmalen assoziiert sind. Die Werte der Toronto-Alexithymie-Skala waren dabei signifikant mit den Skalenwerten der Emotionalen-Intelligenz-Skala (EIS) verkorreliert. TAS-Alexithymie korrelierte invers mit intrapersonalen und situationalen Aspekten emotionaler Intelligenz und zwar sowohl in der studentischen wie in der psychiatrischen Stichprobe. Das heißt, dass ein höheres Maß an Alexithymie mit einer eher geringen emotionalen Intelligenz vergesellschaftet ist.

Eine der wenigen Untersuchungen, in denen explizit emotionale Intelligenzaspekte bei schizophrenen Erkrankten erhoben wurden, ist eine Interventions-Längsschnittuntersuchung von Vauth et al. (2001). Die deutschen Autoren untersuchten, ob und welche kurz- bzw. langfristigen Auswirkungen das „Training emotionaler Intelligenz“ (TEI) auf die klinische Symptomatik und die affektive Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie -regulation bei schizophrenen Patienten hat. Das Training greift zum einen das Emotionsregulationsmodell von Izard (1981) auf, das von der Existenz von acht Basisemotionen ausgeht. Es unterscheidet bzgl. positiver Emotionen so genannte *mood-maintenance*- und bzgl. negativer Emotionen *mood-repair*-Mechanismen. Weitere Komponenten des TEI sind eine Förderung des interpersonalen Regelwissens und der emotionalen Perspektivenübernahme. Es wird auch das Erkennen und Imitieren von Emotionsausdruck anhand von Fotomaterial trainiert sowie Maßnahmen zu Management bzw. Regulation der eigenen Emotionen gelehrt. Ein Schwerpunkt liegt im Erlernen eines adaptiven Umgangs mit Belastungsemissionen (wie Depressivität, Ängsten, Ärger, Überraschungen, Scham- und Schuldgefühlen) sowie dem regelmäßigen Aufbau positiver Gefühle bei Alltagsaktivitäten.

Vauth et al. (2001) untersuchten in ihrer Interventionsstudie 41 Patienten mit einer schizophrenen Störung in zwei verschiedenen Gruppentrainings (16 Sitzungen à 2 Doppelstunden pro Woche). Auf der einen Seite wurde das neu entwickelte „Training Emotionaler Intelligenz“ und auf der anderen Seite in komparativer Absicht das bereits breit evaluierte „Integrierte Psychologische Therapieprogramm“ (IPT; Roder et al., 1992) eingesetzt. Als spezifische Outcome-Maße wurden Fragebögen zur Erhebung von sozialer Unsicherheit, Problemlösefähigkeit, Bewältigung von negativen Emotionen und emotionaler Rollenübernahmefähigkeit sowie ein Test zur Dekodierfähigkeit von facialem Affekt vorgegeben. Ein Fragebogen zur emotionalen Intelligenz wurde allerdings nicht dargeboten.

Zusammenfassend zeigten sich in der Interventionsstudie von Vauth et al. (2001) direkt nach der Behandlung deutliche Verbesserungen bei den schizophrenen Patienten in beiden Interventionsgruppen hinsichtlich der psychopathologischen Gesamtgestörtheit, der Negativsymptomatik und der Problemlösefähigkeit. Weiterhin fanden die Autoren nach der Behandlung eine Verbesserung der sozialen Wahrnehmungsfähigkeit im Bereich der Affektidentifizierung und für die 1-Jahres-Katamnese eine verbesserte Bewältigung negativer Emotionen. Die Unterschiede im Wirkungsprofil zwischen IPT und TEI waren im affektiven Symptom- und Fähigkeitsbereich gering ausgeprägt. Zum Katamnesezeitpunkt wurden allerdings auch Verschlechterungen in der Selbstsicherheit und der Fähigkeit zur emotionalen Rollenübernahme ermittelt. Insofern fallen die Effektivitätsergebnisse des TEI in der Studie von Vauth et al. nur teilweise positiv aus. Auch verwundert, dass es nicht zu einer differentiellen Wirkung des TEI gegenüber dem IPT im affektiven Symptom- und Fähigkeitsbereich kommt. In dieser Studie wurden keine Normalprobanden untersucht, so dass keine Abschätzung des Ausmaßes der bei schizophren Erkrankten angenommenen Defizite im EI-Bereich erfolgen konnte.

Eine weitere Interventionsstudie zur Verbesserung der emotionalen Intelligenz bei schizophrenen Patienten legten kürzlich Eack et al. (in Druck) vor. In dieser us-amerikanischen Untersuchung wurde bei erst vor kurzem schizophren erkrankten Patienten entweder die Cognitive Enhancement Therapy (CET) (N = 18) oder die Enriched Supportive Therapy (N = 20) durchgeführt. Zu Beginn der Therapie und ein Jahr nach Therapieende wurde der Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, Mayer et al. 2002) vorgegeben. Dieser performanzbasierte Test erfasst die Fähigkeiten, Emotionen wahrzunehmen, Emotionen für Problemlösungen zu gebrauchen, Emotionen bei sich und anderen zu verstehen und zu regulieren. Die CET bestand aus 60 Stunden PC-gestütztem kognitiven Training und 45 sozial-kognitiven Trainingssitzungen im Gruppenformat. Die Ergebnisse der Studie von Eack et al. indizieren, dass die emotionale Intelligenz bei den schizophrenen Patienten, die mit CET behandelt wurden, nach einem Jahr höher lag als bei der Kontrollgruppe. Differentielle Verbesserungen zeigten die mit CET behandelten Patienten in den Bereichen Emotionsverständnis, Emotionsregulationskompetenz und Gebrauch von Emotionen für Problemlösungen. Auch in der us-amerikanischen Studie wurden keine Normalprobanden untersucht, so dass eine Abschätzung des Ausmaßes der bei den schizophren Erkrankten vermuteten Defizite im EI-Bereich nicht vorgenommen werden kann.

Es ist aus dieser Literaturübersicht zum Forschungsbereich emotionale Intelligenz bei Schizophrenie zu resümieren, dass bislang noch keine direkten Vergleiche zwischen schizophren Erkrankten und gesunden Probanden mit standardisierten Fragebogeninstrumenten zur Erhebung von emotionaler Intelligenz durchgeführt wurden. Auch liegt bisher kein direkter Vergleich von schizophrenen Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosegruppen hinsichtlich emotionaler Intelligenz vor. Es wirkt vorausgreifend, dass schon zwei Interventionsstudien zur Verbesserung von emotionalen Intelligenzaspekten vorliegen, obwohl noch keine Grundlagenuntersuchungen zu Ausprägung und Art der Defizite im Bereich der emotionalen Intelligenz bei Schizophrenie vorgenommen wurden.

2. Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Studie wurde primär durchgeführt, um die Ausprägung von alexithymen Merkmalen und emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Patienten verglichen mit gesunden Kontrollprobanden zu untersuchen. Bislang liegt noch keine Untersuchung aus dem deutschsprachigen Bereich zum Thema Alexithymie bei Schizophrenie vor. Erstmals soll auch die Spezifität der vermuteten alexithymen Merkmale schizophrener Patienten geprüft werden, in dem ein Vergleich mit einer Gruppe unipolar depressiver Patienten durchgeführt wird. Zu diesem Zweck werden zwei relativ umfangreiche Selbstbeschreibungsverfahren eingesetzt: die Toronto-Alexithymie-Skala in einer 32-Item Langversion und die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS), die aus 65 Items besteht. Es soll im Rahmen der vorliegenden Studie geprüft werden, ob und welche Unterschiede in Aspekten der emotionalen Intelligenz zwischen schizophrenen Patienten und gesunden Probanden bzw. depressiven Patienten bestehen. Hierzu liegen unseres Wissens bislang keine Daten vor. Dies ist die erste Untersuchung, in der ein standardisiertes Fragebogenverfahren zur Erhebung emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Patienten eingesetzt wird und diese Werte mit denen von gesunden und psychiatrischen Kontrollprobanden in einen Vergleich gestellt werden.

Es wird zum einen die Hypothese aufgestellt, dass schizophrene Patienten alexithymer sind als Gesunde – v.a. in Hinblick auf die Merkmale Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen. Auch wird angenommen, dass schizophrene Erkrankte verglichen mit Gesunden geringere Werte auf verschiedenen emotionalen Intelligenzskalen erreichen. Da bei depressiven Patienten ebenfalls Schwierigkeiten beim Identifizieren und Versprachlichen von Emotionen festgestellt wurden (Berthoz et al., 2000; Donges et al., 2005; Luminet et al., 2001) bzw. Hinweise vorliegen, dass emotionale Intelligenzwerte negativ mit Depressivität korrelieren (Dawda & Hart, 2000; Saklofske et al., 2003), wird erwartet, dass sich schizophrene und depressive Patienten nicht substantiell in alexithymen und emotionalen Intelligenzmerkmalen unterscheiden.

Es soll im Rahmen der vorliegenden Studie auch explorativ untersucht werden, ob emotionale Intelligenz bzw. Alexithymie mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen bei schizophrenen Patienten zusammenhängen. Hierdurch werden Hinweise gesammelt, ob emotionale Intelligenz oder Alexithymie mit der Erkrankungsdauer oder dem Alter bei schizophrenen Patienten zunimmt. Hierzu gibt es bisher keine empirischen Daten.

Die vorliegende Untersuchung bietet über den Einsatz entsprechender Messinstrumente auch die Möglichkeit, die Hauptpersönlichkeitsmerkmale von schizophrenen Patienten und Gesunden zu vergleichen. Es wird aufgrund der Befunde aus Vorstudien angenommen, dass schizophrene Erkrankte höhere Neurotizismus- und niedrigere Gewissenhaftigkeitswerte erreichen als Normalprobanden.

Im Methodenteil werden Angaben zu Reliabilitätskennwerten (interne Konsistenz) der verschiedenen Fragebogeninstrumente dargestellt. Hierdurch kann geprüft werden, ob die beobachteten Reliabilitäten einen Gruppenvergleich zulässig erscheinen lassen.

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. Es liegen Befunde vor, wonach die TAS-20 Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und Scham erfassenden Skalen der Scham-Schuld-Skala (Suslow et al., 1999) positiv zusammenhängen (Suslow et al., 2000). In vorliegender Untersuchung wird diese Beziehung unter Einsatz eines anderen Messinstrumentes zur Erhebung von Scham, der Internalisierten Scham- Skala (Cook, 1987, Wolfradt & Scharrer, 1996) überprüft. Würde sich die Hypothese bestätigen, spräche dies gegen die Validität der genannten TAS-Skala.

Schließlich wird überprüft, wie die korrelativen Beziehungen zwischen TAS-32 und EIS bei schizophrenen und gesunden Probanden ausgeprägt sind. Hiermit kann Anhalt gesammelt werden, ob die Fragebögen gruppenübergreifend ein ähnliches Konstrukt messen. Auch wird analysiert, ob die Werte in den beiden Fragebögen mit der Zustandsdepressivität korrelieren. Der Zusammenhang der TAS-Werte mit dem Ausmaß an Bildung und der verbalen Intelligenz wird ebenfalls untersucht.

3. Methodik

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die erhobene Gesamtstichprobe umfasst 131 Personen. Hiervon waren 100 Personen gesunde Kontrollprobanden (Universitäts- oder Fachhochschulstudenten) und 31 Personen an einer Schizophrenie erkrankte Patienten. Um den Einfluss des Geschlechts gering zu halten bzw. gegebenenfalls untersuchen zu können, wurde eine ausgeglichene Verteilung von 48 Männern zu 52 Frauen bei den Gesunden und 15 Männern zu 16 Frauen bei den Patienten verwirklicht. Es lag kein statistischer Hinweis vor, dass sich die Untersuchungsgruppen im Merkmal Geschlecht voneinander unterscheiden, $\chi^2(1) = 0.001$, $p = 0.97$. Tabelle 1 können Informationen zu Alter und Familienstand beider Personengruppen entnommen werden. Die schizophrenen Patienten hatten ein durchschnittliches Alter von etwa 33 Jahren, während die gesunden Probanden (Studierenden) im Durchschnitt 24 Jahre alt waren (vgl. Tabelle 1). Es lag ein signifikanter Altersunterschied zwischen den Gruppen vor, $t(129) = -10.17$, $p < 0.001$. Die meisten Personen in beiden Gruppen waren ledig. Es gab keinen signifikanten Unterschied in Hinblick auf das Merkmal Familienstand zwischen schizophrenen und gesunden Probanden, $\chi^2(4) = 4.45$, $p = 0.35$.

Tab.1
Alter und Familienstand in den Untersuchungsgruppen

Merkmale	Schizophrene Patienten (n = 31)	Normal- probanden (n = 100)
Alter (Mittelwert)	33.2 (SD:7.86)	24.0 (SD:2.51)
Familienstand		
ledig	23 (74%)	71 (71%)
verheiratet	3 (9%)	9 (9%)
in fester Partnerschaft	3 (9%)	18 (18%)
verwitwet	1 (3%)	0
geschieden	1 (3%)	2 (2%)

Die in der vorliegenden Untersuchung befragten Patienten stammen aus der psychiatrischen Klinik der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, aus der Westfälischen Klinik für

Psychiatrie und Psychotherapie in Münster bzw. aus dem Westfälischen Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie in Paderborn. Die aktuellen durch die behandelnden Psychiater vergebenen Diagnosen der schizophrenen Patienten lauteten: paranoide Schizophrenie (n = 21), undifferenzierte Schizophrenie (n = 5), Katatonie (n = 2), chronischer Morbus Bleuler (n = 2) und kurzandauernde schizophrene Episode (n=1). Somit litt die Mehrzahl der untersuchten schizophrenen Patienten unter einer paranoiden Schizophrenie. In der großen Mehrzahl der Patienten handelte es sich um chronisch Erkrankte. Die mittlere Erkrankungsdauer der Patienten lag bei 8.5 Jahren (SD: 6.8; Range: 1-30 Jahre).

Tab. 2

Intelligenz, Bildungs- und Berufsmerkmale in den Untersuchungsgruppen

Merkmale	Schizophrene Patienten (n = 31)	Normalprobanden (n = 100)
Verbale Intelligenz (IQ nach MWT-B)	103.13 (SD:15.06)	109.58 (SD:13.68)
Anzahl der Schuljahre	11.52 (SD:1.50)	12.76 (SD:0.87)
Schulabschluss		
ohne Schulabschluss	0	0
Haupt-/Volksschulabschluss	7 (22%)	0
Mittlere Reife/ Polytechn. Oberschule	9 (29%)	6 (6%)
Abitur/ Fachabitur	15 (48%)	94 (94%)
Beruf		
ohne Berufsabschluss	7 (22%)	0
Lehre/Fachschule	16 (51%)	15 (15%)
Meister	0	2 (2%)
(Fach-)Hochschule/Universität	4 (13%)	9 (9%)
noch in der Berufsausbildung	4 (13%)	74 (74%)

MWT-B: Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (Lehrl, 1995)

Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich sowohl hinsichtlich der verbalen Intelligenz, $t(129) = 2.24$, $p < 0.05$, als auch in Hinblick auf die Anzahl der absolvierten Schuljahre, $t(129) = 5.77$, $p < 0.001$. Die schizophrenen Patienten hatten eine geringere verbale Intelligenz als die gesunden Probanden, wobei dieser Unterschied eher gering ausfiel. Der mittlere IQ-Wert von 109.5 für die Normalprobanden liegt zwar über dem Durchschnitt, fällt aber für eine Gruppe Studierender eher niedrig aus (vgl. Tabelle 2). Obwohl die Normalprobanden jünger

waren, hatten sie mehr Schuljahre absolviert als die schizophren Erkrankten. Hinsichtlich der Art bzw. Höhe des schulischen Abschlusses unterschieden sich die beiden Untersuchungsgruppen signifikant voneinander, $\text{Chi}^2(2) = 34.72$, $p < 0.001$. So hatte bei den Normalprobanden die große Mehrzahl das Abitur oder Fachabitur, während bei den Patienten lediglich etwa die Hälfte einen entsprechenden Schulabschluss aufwies. Die Untersuchungsgruppen differierten auch hinsichtlich des Merkmals Beruf/ Berufsausbildung, $\text{Chi}^2(4) = 51.88$, $p < 0.001$ (vgl. Tabelle 2). Bei den Normalprobanden befand sich die große Mehrzahl in der Ausbildung, während dies bei den schizophrenen Patienten nur wenige waren.

Die Kontrollgruppe bestand aus Studentinnen und Studenten der Fachhochschule Münster, der Westfälischen Wilhelms-Universität oder der Universität Paderborn. Sie füllten die Fragebogenbatterie selbständig aus und benötigten für die Bearbeitung durchschnittlich etwa 45 Minuten.

Bei den Patienten bewährte es sich, die Testung einzeln durchzuführen, um für mögliche Fragen bereit zu stehen. Bei den schizophrenen Patienten betrug die durchschnittliche Bearbeitungsdauer ungefähr 90 Minuten, war also etwa doppelt so lange wie bei den Normalprobanden. Die Bewältigung der Fragebogenbatterie bedeutete für die Patienten deutlich mehr Anstrengung als für die Normalprobanden. Viele angesprochene schizophrene Patienten lehnten die Teilnahme an der Studie von vorneherein ab und einige brachen sie während des Testens ab, weil sie sich überfordert fühlten.

Die Testbatterie wurde beiden Gruppen in vier unterschiedlichen Reihenfolgen vorgegeben, um systematischen Fehlern durch Reihenfolgeeffekte entgegenzuwirken. Alle Teilnehmer wurden vor der Untersuchung ausführlich über das wissenschaftliche Projekt aufgeklärt und es wurde von allen eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt.

3.2 Vor- und Nachteile von Selbstbeurteilungsinstrumenten

Die vorliegende Studie fußt primär auf Fragebögen, also psychometrischen Instrumenten der Selbstbeurteilung. Da sich diese durch Vor- aber auch eine Reihe von Nachteilen auszeichnen, soll im Folgenden ein kurzer Exkurs zu den Eigenschaften von Selbstbeurteilungs-

instrumenten gegeben werden (vgl. z.B. Stieglitz & Freyberger, 2001, für eine ausführliche Diskussion).

Die Vorteile der autodeskriptiven Fragebogenmethode liegen vor allem in ihrer ökonomischen Handhabung begründet. Sowohl die Kosten als auch der Zeitaufwand des Untersuchers sind nach einer kurzen Einweisungszeit des Probanden im unteren Bereich anzusiedeln. Anders als bei der Fremdbeurteilung entfallen lange Interviews oder diagnostische Gespräche bzw. umfangreiche Rater-Trainings. Bei den meisten Tests sind die Fragen eindeutig und prägnant formuliert, so dass sie normalerweise von Probanden problemlos beantwortet werden können. Weiterhin sind Informationen aus verschiedenen Persönlichkeitsbereichen anhand der Fragebogenmethode gut zu erheben. So sind zum Beispiel Fragen, die die Affektivität oder den sexuellen Intimbereich von Probanden betreffen, auf diese Art angenehmer und leichter zu beantworten als in einem persönlichen Gespräch. Affekte sind sehr persönliche Erlebensphänomene, die sich anderen nur schwer erschließen. Weitere Vorteile der Fragebogenmethode ist die Standardisierung des Vorgehens bei der Testung, die eine hohe Durchführungs- aber auch eine hohe Auswertungsobjektivität garantiert. Bei einem IQ von zumindest 80 sind Selbstbeurteilungsinstrumente in der Regel gut einsetzbar.

Die Selbstbeurteilung geht aber auch mit einer Reihe von möglichen Fehlerquellen einher. Unwissentliche Fehler können entstehen durch Erinnerungs-, Selbstbeobachtungs- oder Selbstdarstellungsfehler. Auch kann es zu absichtlichen Falschantworten kommen. Etwa wenn Probanden Beantwortungstendenzen in Richtung soziale Erwünschtheit zeigen. Weiterhin können Verfälschungen durch Simulation oder Dissimulation bzw. Aggravation auftreten. Einzelne Itemaussagen können von 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. Schließlich kann es zu Fehlern kommen durch falsche Schlussfolgerungen von Probanden, z.B. logische oder Kontrastfehler.

3.3 Beschreibung der eingesetzten Selbstbeurteilungsinstrumente

3.3.1 Toronto-Alexithymie-Skala (TAS)

In vorliegender Studie wurde eine Langversion der Toronto-Alexithymie-Skala, die TAS-32, verwendet. Diese umfasst wie die TAS-26 vier Unterskalen (vgl. Taylor et al., 1985). Die von Thomas N. Wise für das krosskulturelle Rahmenprojekt entwickelte TAS-32 besteht aus 32 Items, die im Anhang abgedruckt sind. Die 32 Items werden anhand einer 5-stufigen Skala (von 1= „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5= „trifft vollständig zu“) durch Selbstbeurteilung beantwortet. Um systematische Antworttendenzen wie Fehler durch eine Wahl von Extremwerten zu vermeiden, sind die Items 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24, 30 und 31 invertiert gepolt und müssen für die Bildung der Gesamtsumme bzw. der Einzelskalenwerte umkodiert werden. Die TAS-32 unterteilt sich in vier Faktoren, wobei Faktor 1 „Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen“ aus der Summe der Items 1, 4, 10, 14, 17, 20, 25, 26 besteht. TAS-Faktor 2 „Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen“ ergibt sich aus der Summe der Items 3, 6, 8, 9, 12, 22, 23, 29. Der Faktor 3 der TAS „Extern orientiertes Denken“ ergibt sich aus der Summe der Items 7, 11, 13, 19, 21, 24, 27, 28, 30, 31, 32 und Faktor 4 „Reduzierte Tagträume oder Fantasiearmut“ wird aus der Summe der Items 2, 5, 15, 16, 18 gebildet. Hohe TAS-Werte indizieren eine höhere Ausprägung der Alexithymie-Aspekte.

Tab. 3
Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für die TAS-32

TAS-Skalen	Schizophrene Patienten	Normalprobanden
TAS Faktor 1	0.647	0.809
TAS Faktor 2	0.697	0.776
TAS Faktor 3	0.493	0.672
TAS Faktor 4	0.777	0.806
TAS Gesamtscore	0.739	0.774

Faktor 1 = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen
Faktor 2 = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen
Faktor 3 = Extern-orientierter Denkstil
Faktor 4 = Reduzierte Tagträume

Reliabilität gilt als Messgenauigkeit eines Instrumentes unabhängig davon, ob die Werte auch valide sind. Bei einer einmaligen Testdurchführung empfiehlt sich eine Reliabilitätsprüfung durch die Analyse der internen Konsistenz. Im Falle der Konsistenzanalyse geht es darum, die Elemente eines Testes 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 und erreicht bei perfekter Konsistenz ein Maximum von +1. Je kleiner Alpha, desto geringer ist die 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 befriedigend und ausreichend für Gruppenvergleiche. Mangelhafte Reliabilitäten liegen bei Koeffizienten von $< .50$ vor.

In der vorliegenden Studie zeigen die Normalprobanden hinsichtlich der TAS-32 Skalen interne Konsistenzen, die einen Wert von $.50$ in nur einem Fall unterschreiten. So sind die Reliabilitäten für die Skalen Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen bzw. Reduzierte Tagträume als hoch zu bewerten, während die internen Konsistenzen des Gesamtscores und der Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen als noch befriedigend zu beurteilen sind. Am schwächsten fällt die interne Konsistenz für die Skala extern-orientiertes Denken aus – sie ist aber noch als ausreichend zu bezeichnen (siehe Tabelle 3). Insgesamt wird eine höhere Reliabilität für die TAS-32 sowohl in der Summe als auch in den einzelnen Subskalen in der Studentengruppe erzielt verglichen mit der Patientengruppe. Hierbei ist jedoch die dreifache Anzahl von Teilnehmern in der studentischen Stichprobe zu beachten, die das Erreichen höherer Reliabilitätskoeffizienten begünstigt. Bei den schizophrenen Patienten sind die Reliabilitäten für den Gesamtscore der TAS und die Skala Reduzierte Tagträume als noch befriedigend zu bewerten. Für die Toronto-Alexithymie-Unterskala Extern-orientierter Denkstil wird allerdings in der Patientengruppe mit $.49$ nur eine grenzwertig ausreichende Reliabilität erreicht. Das bedeutet, dass man die diese Skala betreffenden Befunde mit einem gewissen Vorbehalt interpretieren sollte.

3.3.2 Emotionale Intelligenz-Skala (EIS)

Ein Instrument zur Erhebung verschiedener Merkmale emotionaler Intelligenz stellt die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS) dar. 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 ist und verschiedene Aspekte emotionaler Intelligenz erhebt. 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 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 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 oder 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. 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.

Tab. 4
Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für die EIS

Skalen der EIS	Schizophrene Patienten	Normalprobanden
1) EIS Intrapersonal		
1.1 Selbstbewusstheit	0.628	0.699
1.2 Eigenmotivation	0.707	0.598
1.3 Selbstkontrolle	0.751	0.486
2) EIS Interpersonal		
2.1 Empathie	0.743	0.790
2.2 Altruismus	0.629	0.779
2.3 Interpersonale Beziehung	0.780	0.551
3) EIS Situational		
3.1 Situationale Bewusstheit	0.657	0.582
3.2 Führungsqualität	0.753	0.755
3.3 Flexibilität	0.763	0.834

Anders als bei der TAS-32 ergibt die Reliabilitätsanalyse bei der EIS für die Patientengruppe in keinem Fall eine mangelhafte interne Konsistenz (vgl. Tabelle 4). Für die EIS werden bei vielen Skalen sowohl bei den schizophrenen Patienten als auch bei den Normalprobanden zumindest befriedigende Reliabilitätswerte erzielt. Insgesamt werden für die EIS in verschiedenen Fällen höhere Reliabilitäten in der Patientengruppe als in der Studentengruppe erreicht. Dies spricht für ein im Allgemeinen gewissenhaftes Ausfüllen des EIS durch die schizopren Erkrankten. Für die intrapersonale EIS-Skala Selbstkontrolle wird in der Normalprobandengruppe mit .49 nur eine grenzwertig ausreichende Reliabilität ermittelt. Das bedeutet, dass man die diese Skala betreffenden Befunde mit Vorbehalt interpretieren sollte.

3.3.3 NEO-Fünf-Faktoreninventar (NEO-FFI)

Das NEO-FFI ist eine Kurzversion des NEO Personality Inventory von Costa und McCrae (1985, 1989). Die deutsche Adaptation des Persönlichkeitstests wurde von Borkenau und Ostendorf (1993) entwickelt. Das NEO-FFI ist ein Verfahren zur Erfassung folgender fünf Persönlichkeitsmerkmale: 1. Neurotizismus, 2. Extraversion, 3. Offenheit für Erfahrung, 4. Verträglichkeit und 5. Gewissenhaftigkeit.

Die 5 Dimensionen der Persönlichkeit werden mit jeweils 12 Items erfasst. Der Fragebogen besteht also insgesamt aus 60 Items. Die Items 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 und 56 werden dem Merkmal „Neurotizismus“ zugeordnet. Personen mit hohen Werten neigen zu Nervosität, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Unsicher- und Verlegenheit. Sie machen sich Gedanken um ihre Gesundheit und neigen zu Kontrollverlusten oder unangemessenen Reaktionen auf Stresssituationen. Es handelt sich um emotional labilere Menschen.

Mit den Items 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 und 57 wird das Merkmal „Extraversion“ erhoben. Extrovertierte Personen sind gesellig, aktiv, gesprächig, herzlich, optimistisch und heiter. Extrovertierte mögen Sozialkontakt, sind selbstsicher und lieben Anregungen und Aufregungen.

Probanden mit hohen Werten auf den Items 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 und 58 wird eine hohe „Offenheit“ zugeschrieben. Offene Personen sind gekennzeichnet durch ein Bevorzugen von Abwechslung, sie sind wissbegierig, kreativ und phantasievoll. Sie

wertschätzen neue Erfahrungen, sind unabhängig in ihrem Urteil und interessieren sich für persönliche und öffentliche Vorgänge.

Die vierte Skala des NEO-FFI „Verträglichkeit“ wird durch die Items 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54 und 59 gebildet. Personen mit hohen Werten auf dieser Skala sind häufig mitfühlend. Sie zeichnen sich durch die Attribute altruistisch, verständnisvoll, wohlwollend, vertrauensvoll aus und neigen zu Nachgiebigkeit und Kooperativität aufgrund eines starken Harmoniebedürfnisses.

Die fünfte Skala des NEO-FFI „Gewissenhaftigkeit“ beinhaltet die Items 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 und 60. Hohe Werte deuten darauf hin, dass eine Person zielstrebig, ehrgeizig, fleißig, ausdauernd, systematisch, willensstark, diszipliniert und zuverlässig ist. Gewissenhafte Personen mögen Pünktlichkeit, Genauigkeit und Ordentlichkeit.

Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse zum NEO-FFI sind Tabelle 5 zu entnehmen. In keinem Fall ergeben sich mangelhafte interne Konsistenzen für die Untersuchungsgruppen. Die Reliabilitätskoeffizienten liegen im Wesentlichen zwischen .60 und .80. Sie sind also nicht als hoch zu bezeichnen, sondern befinden sich eher in einem als befriedigend bis ausreichend zu bewertenden Reliabilitätsbereich. Für den NEO-FFI ist festzustellen, dass die schizophrenen Patienten im Überblick betrachtet keine niedrigeren Reliabilitäten erreichen als die Normalprobanden.

Tab.5
Reliabilitätskoeffizienten in den beiden Untersuchungsgruppen (Cronbachs Alpha) für das NEO-FFI

Skalen des NEO-FFI	Schizophrene Patienten	Normalprobanden
Neurotizismus	0.767	0.748
Extraversion	0.636	0.716
Offenheit	0.688	0.731
Verträglichkeit	0.676	0.573
Gewissenhaftigkeit	0.768	0.708

3.3.4 Profile of Mood States (POMS)

Das „Profile of Mood States“ (POMS) in der deutschen Version von Biehl et al. (1981) wurde eingesetzt, um einen Einblick in den momentanen Stimmungszustand der Versuchsteilnehmer zu erhalten. Bei dieser Selbstbeurteilungsskala mit 35 Items (Adjektiven) wird die Antwort auf einer sieben-stufigen Skala (von 0=„überhaupt nicht“ bis 6=„sehr stark“) gegeben. Das POMS erfasst die vier Stimmungszustände Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Tatendrang und Missmut. Die Items 3, 5, 7, 11, 13, 14, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 32 und 33 erfassen den Stimmungszustand der Niedergeschlagenheit (N). Zu den depressiven Stimmungssymptomen gehören Hilflosigkeit, Verzweiflung, Entmutigung und Gefühle der Minderwertigkeit. Die zweite Skala ermittelt die Ausprägung von Müdigkeit (MU) mit Hilfe der Items 2, 6, 16, 22, 25, 27 und 35. Hier wird nach Müdigkeit, Trägheit und Lustlosigkeit gefragt. Die Skala Tatendrang (T) wird durch die Items 4, 8, 12, 20, 28, 30 und 34 gebildet. Personen mit hohen Punktwerten in diesem Bereich, werden Aktivität, Fröhlichkeit, Lebhaftigkeit, Energie und Gefühle von Tatkraft zugeschrieben. Die vierte Skala des POMS „Missmut“ (MI) setzt sich aus den Items 1, 9, 10, 15, 17, 29 und 31 zusammen. Sie erhebt momentane Gereiztheit, Zorn und schlechte Laune.

Im Profile of Mood States (POMS) konnten sowohl in der Normalprobanden- als auch in der Patientengruppe fast ausschließlich sehr hohe Reliabilitäten beobachtet werden (siehe Tabelle 6). Diese hohen internen Konsistenzen erfüllen die Erwartungen an ein psychometrisches Standardverfahren. Die Einfachheit der Itemstruktur des POMS (Liste von Adjektiven) dürfte ein wichtiger Faktor für das Erreichen der sehr hohen internen Konsistenzen sein.

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

Skalen des POMS	Schizophrene Patienten	Normalprobanden
POMS N	0.950	0.929
POMS MU	0.918	0.927
POMS T	0.938	0.891
POMS MI	0.937	0.918

3.3.5 State-Trait-Angst-Inventar (STAI)

Beim hier angewendeten State-Trait-Angstinventar (STAI) handelt es sich um die deutsche Version (Laux et al., 1981) des von Spielberger et al. (1970) entwickelten „State-Trait Anxiety Inventory“. Das STAI besteht aus zwei Skalenversionen mit jeweils 20 Items, wobei entweder Angst als Zustand (State-Angst) oder Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) differenziert untersucht werden. In vorliegender Arbeit wurde lediglich die Skala Eigenschaftsangst (Trait-Angst) verwendet. Die Beantwortung der Eigenschaftsangst-Items erfolgt auf einer Skala von 1=“fast nie“ bis 4=“fast immer“. Die Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 und 40 sind positiv in Richtung Angst formuliert, während die Items 21, 26, 27, 30, 33, 36 und 39 in Richtung Angstfreiheit gestaltet sind und invertiert summiert werden.

Hohe Werte im Trait-Angstinventar weisen auf eine Persönlichkeit hin, die Situationen schneller als bedrohlich wertet und mit einem Anstieg der empfundenen Angst reagiert. Es zeigen sich zwischen Hoch- und Niedrigängstlichen Differenzen in der Angstreaktion vor allem in so genannten Ich-involvierenden Situationen, also in Situationen, in denen der Selbstwert bedroht wird. Demgegenüber werden Situationen mit einer physischen Gefahr von Hoch- und Niedrigängstlichen ähnlich bewertet.

Die beobachteten internen Konsistenzen hinsichtlich des STAI waren in den vorliegenden Stichproben mit Cronbachs $\alpha = 0.917$ bei den Patienten und 0.905 bei den Gesunden jeweils sehr hoch.

3.3.6 Internalisierte Scham-Skala (ISS)

Die deutsche Adaptation der „Internalisierte Scham-Skala“ (ISS) von Wolfradt und Scharrer (1996) wurde in der vorliegenden Studie eingesetzt. Die us-amerikanische Originalversion des Fragebogens wurde von Cook (1987) entwickelt. Cook geht davon aus, dass Scham primär ein Bewusstseinszustand von der eigenen Unzulänglichkeit ist. Zur Auswertung werden 35 Items berücksichtigt, die auf einer fünfstufigen Skala zu bewerten sind (von 1=“nie“ bis 5=“fast immer“). Die Items 12, 27, 28, 29, 30, 33 und 34 bleiben unberücksich-

tigt. Eine Unterteilung in Subfaktoren hat sich nicht als methodisch sinnvoll herausgestellt.

Während das Gefühl von Schuld oftmals auf eine Situation oder Handlung bezogen wird, die gerne rückgängig gemacht würde, umfasst das Gefühl Scham die ganze Person. Daraus erklärt sich, dass Scham durch Gefühle der Wertlosigkeit und Inferiorität in ein negatives Selbstbild mündet. Scham zieht das Selbst weit stärker in Mitleidenschaft als Peinlichkeit und hängt oft mit angstvolleren Ereignissen zusammen.

Auch im Falle der ISS waren die beobachteten internen Konsistenzen in den vorliegenden Stichproben mit Cronbachs $\alpha = 0.946$ bei den schizophrenen Patienten und 0.946 bei den Normalprobanden jeweils sehr hoch.

3.3.7 Beck Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck & Steer, 1987) ist ein Fragebogen zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptomatik. 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, die auf einer 6-stufigen Skala (von 0=“nie“ bis 5=“fast immer“) bewertet werden. Der Test entstand aufgrund klinischer Beobachtungen der Beschwerden und Klagen depressiver Patienten und beinhaltet die Symptome: traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthass, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Isolierung, Entschlussunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Hypochondrie und Libidoverlust. Die Aussagen sollen hinsichtlich der in der letzten Woche empfundenen Stimmungen in Häufigkeit und Intensität bewertet werden.

Für den BDI fallen die beobachteten internen Konsistenzen mit Cronbachs $\alpha = 0.861$ bei den schizophrenen Patienten und 0.892 bei den Normalprobanden jeweils hoch aus.

4. Ergebnisse

4.1 Vergleich zwischen schizophrenen Erkrankten und Normalprobanden

4.1.1 Alexithymie

Zu Anfang sei angemerkt, dass alle statistischen Analysen dieser Arbeit anhand des statistischen Programmpakets SPSS (Version 10.0) berechnet wurden. Der Gesamtscore der 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala war bei der schizophrenen Patientengruppe signifikant höher als bei der Gruppe der gesunden Normalprobanden, $t(129) = -5.89$, $p < 0.001$. Das Gleiche gilt für die Werte des Faktors 1 „Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen“, des Faktors 2 „Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen“ und des Faktors 3 „Extern orientiertes Denken“ ($p < 0.001$). Diese Ergebnisse weisen auf eine höhere Alexithymie bei den Erkrankten hin. Die Gesamtpunktzahl im Falle der Skala „reduzierte Tagträume“ (Faktor 4) liegt dagegen bei den Patienten nur geringfügig höher als bei den Studenten. Dieser Unterschied ist nicht signifikant, so dass sich bezüglich der Tagträume bzw. Phantasietätigkeit kein Gruppenunterschied feststellen lässt. Die Punktwerte für die Versuchsgruppen auf der TAS-32 sind der Tabelle 7 zu entnehmen. Der Gruppenvergleich erfolgte an Hand von t-Tests für unabhängige Stichproben.

Tab. 7

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Skalen der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) bei schizophrenen Patienten und Normalprobanden

	Schizophrene Patienten		Normalprobanden	
	M	SD	M	SD
1. TAS DIF***	19.65	4.96	15.34	4.90
2. TAS DDF***	24.10	5.06	19.7	5.20
3. TAS EOT***	30.39	4.79	26.26	5.10
4. TAS F	14.13	4.20	13.15	4.04
TAS Gesamtscore***	88.26	11.87	74.45	11.27

DIF = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen; DDF = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ; EOT = External orientiertes Denken ; F = Reduzierte Tagträume.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

Da sich in vorliegender Untersuchung herausstellte, dass sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer verbalen Intelligenz und Depressivität unterscheiden und beide Merkmale

mit der TAS-Alexithymie korrelierten, wurden zusätzlich zu den obigen t-Tests Kovarianzanalysen (ANCOVAs) für den Gesamtscore und die Subskalen Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen, Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und Extern orientiertes Denken der TAS berechnet, in dem die Effekte der Merkmale verbale Intelligenz und Depressivität herauspartialisiert wurden.

Die Resultate der ANCOVA aufgrund der TAS-32 Gesamtwertes verweisen auf hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, $F(1,127) = 11.59, p < 0.001$. Das heißt also, dass die schizophrenen Patienten insgesamt betrachtet alexithymer sind als die gesunden Probanden unabhängig von den Merkmalen verbale Intelligenz und Depressivität. Die ANCOVA aufgrund der TAS-Skalenwerte Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen erbrachte non-signifikante Befunde, $F(1,127) = 0.65, p = 0.80$. Hiernach wird der Gruppenunterschied in der Schwierigkeit beim Erkennen von Gefühlen vollständig von den Faktoren verbale Intelligenz und Depressivität getragen. Kontrolliert man deren Einfluss statistisch, so verschwindet der Gruppenunterschied vollständig. Die ANCOVA aufgrund der TAS-Skalenwerte Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen erbrachte nur marginal signifikante Befunde, $F(1,127) = 3.23, p = 0.074$. Kontrolliert man die Merkmale verbale Intelligenz und Depressivität, so tendieren die schizophrenen Patienten nur noch zu mehr Problemen in der Versprachlichung von Emotionen verglichen mit den Gesunden. Schließlich weisen die Ergebnisse der ANCOVA auf Grund der TAS-Skalenwerte Extern-orientiertes Denken auf substantielle Gruppenunterschiede hin, $F(1,127) = 17.42, p < 0.001$. Schizophrene Patienten manifestieren einen deutlich stärkeren extern-orientierten Denkstil als die Normalprobanden unabhängig von verbaler Intelligenz und Depressivität. Somit wird der Unterschied im Gesamtscore der TAS-32 zwischen den Gruppen getragen durch die TAS-Skala Extern-orientiertes Denken. Die beiden Untersuchungsgruppen differieren signifikant im Alter. Kontrolliert man in einer ANCOVA neben verbaler Intelligenz und Depressivität auch noch die Variable Alter, so zeigt sich bezüglich des Gesamtscores der TAS-32 nur noch ein marginal signifikanter Gruppenunterschied, $F(1,126) = 2.74, p \leq 0.10$, doch der Unterschied zwischen schizophren Erkrankten und Gesunden bleibt im Falle der Subskala Extern-orientiertes Denken statistisch signifikant, $F(1,126) = 4.16, p < 0.05$.

Anschließend wurde noch geprüft, ob sich schizophrene Frauen von schizophrenen Männern in alexithymen Merkmalen unterscheiden. In der Literatur wurde berichtet, dass vor allem schizophrene Männer unter Alexithymie leiden. Die Ergebnisse von t-Test hinsichtlich des

Gesamtscores und der TAS-Subskalen indizieren keine signifikanten Gruppenunterschiede, $p > 0.34$. Somit erscheint die Alexithymie nicht in Abhängigkeit vom Geschlecht ausgeprägt.

4.1.2 Depressivität

Zwischen schizophrenen Patienten und gesunden Probanden lagen Gruppenunterschiede hinsichtlich der Depressivität vor (siehe Tabelle 11). Die Gesamtpunktzahl im Falle des Beck-Depressionsinventars (BDI) lag bei den Schizophrenen signifikant höher als bei der gesunden Vergleichsgruppe, $t(129) = -6.89$, $p < 0.001$, und weist auf einen depressiveren Gemütszustand der Patienten hin. Der Durchschnittswert der Gesunden betrug 19.9 Punkte, während die schizophrenen Patienten durchschnittlich einen Wert von 38.5 Punkten erreichten. Zu beachten ist hier, dass eine revidierte Form des BDI Einsatz fand. Damit war die Gesamtpunktzahl der Patienten fast doppelt so hoch als bei der Kontrollgruppe. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Schizophrenen pessimistischer und reizbarer, sozial eher zurückgezogen und isolierter waren als die Gesunden.

4.1.3 Emotionale Intelligenz

Die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS) wurde angewandt, um mögliche Gruppenunterschiede in den Facetten der emotionalen Intelligenz aufzudecken. Zunächst wurde eine Reihe von t-Tests zur Bestimmung von EI-Differenzen berechnet. EIS-Faktor 1 Gesamtscore wies mit fast 60 Punkten bei den Gesunden im Vergleich zu etwa 54 Punkten bei den Patienten auf eine erhöhte intrapersonale emotionale Intelligenz der Gesunden hin, $t(129) = 3.11$, $p < 0.01$ (siehe Tabelle 8). Dies würde man auf Grund der t-Test Befunde zur TAS-32 zunächst auch erwarten. Ebenso fanden sich hinsichtlich der situationalen emotionalen Intelligenz (EIS-Faktor 3) signifikant höhere Punktwerte bei den Gesunden als bei den schizophrenen Patienten, $t(129) = 4.56$, $p < 0.001$. Damit erscheinen die psychiatrisch Unauffälligen selbstbewusster, selbstkontrollierter, flexibler und haben eine höhere Führungsqualität als die Patienten. Die interpersonale emotionale Intelligenz (EIS Faktor 2), die Empathie und Altruismus als Teilkonstrukte enthält, ist bei den gesunden Probanden ebenfalls höher ausgeprägt als bei den schizophren Erkrankten, $t(129) = 2.2$, $p < 0.05$. Allerdings fallen diese

Unterschiede im Vergleich zur intrapersonalen und situationalen emotionalen Intelligenz schwächer aus.

Tab. 8

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Punktwerte in der EIS bei schizophrenen Patienten und Normalprobanden

	Schizophrene Patienten		Normalprobanden	
	M	SD	M	SD
1) EIS Intrapersonal**	53.81	10.96	59.8	8.85
1.1 Selbstbewusstheit*	15.97	3.24	17.41	3.21
1.2 Eigenmotivation**	14.58	3.85	16.45	2.97
1.3 Selbstkontrolle*	23.26	4.95	25.94	5.4
2) EIS Interpersonal*	52.83	11.68	57.09	8.58
2.1 Empathie*	16.06	3.71	17.73	3.63
2.2 Altruismus	16.32	3.32	15.66	3.66
2.3 Interpersonale Beziehung***	20.45	5.69	23.69	3.55
3) EIS Situational***	47.03	10.38	56.44	9.93
3.1 Situationale Bewusstheit***	21.51	4.19	24.57	3.78
3.2 Führungsqualität***	12.23	3.79	15.48	3.5
3.3 Flexibilität***	13.29	4.06	16.39	4.04

* p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001 (signifikante Gruppenunterschiede)

Tabelle 8 enthält die genauen Punktwerte aller Skalen und Unterskalen der EIS. Es ist festzuhalten, dass, obwohl die Patienten den EIS-Daten zufolge weniger empathisch erscheinen als die Normalprobanden, erstere nicht weniger altruistisch sind. Der Altruismus-Wert der Patienten liegt deskriptiv über dem der Normalprobanden. Wie im Falle der TAS-Werte soll auch für die Skalen der EIS überprüft werden, ob die Gruppenunterschiede bestehen bleiben, wenn die verbale Intelligenz und die Depressivität der Probanden kontrolliert werden. Hierzu wurden wiederum Kovarianzanalysen (ANCOVAs) berechnet. Die ANCOVA aufgrund des EIS-Skalenwertes intrapersonale emotionale Intelligenz erbrachte einen non-signifikanten Befund, $F(1,127) = 0.91$, $p = 0.34$. Hiernach wird der Grup-

penunterschied im Bereich der intrapersonalen emotionalen Intelligenz von den Faktoren verbale Intelligenz und Depressivität getragen. Die Ergebnisse der ANCOVA zur Skala interpersonale emotionale Intelligenz verweisen ebenfalls auf non-signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, $F(1,127) = 1.81, p = 0.18$. Das heißt also, dass die schizophrenen Patienten keine geringere interpersonale Intelligenz als die gesunden Probanden aufweisen, wenn man den Einfluss der Merkmale verbale Intelligenz und Depressivität berücksichtigt. Die ANCOVA aufgrund der EIS-Skala situationale emotionale Intelligenz erbrachte marginal signifikante Befunde, $F(1,127) = 3.36, p = 0.07$. Kontrolliert man verbale Intelligenz und Depressivität der Probanden, so tendieren die schizophrenen Patienten nur noch zu einer geringeren situativen emotionalen Intelligenz verglichen mit den Gesunden.

Es wurde abschließend noch geprüft, ob sich schizophrene Frauen von schizophrenen Männern in Merkmalen der emotionalen Intelligenz unterscheiden. Dazu wurden für die drei Hauptskalen wie für die jeweils drei Unterskalen der EIS t-Tests durchgeführt. Die Befunde der Berechnungen indizieren keine signifikanten Gruppenunterschiede weder für die drei Hauptskalen (intrapersonale, interpersonale und situationale emotionale Intelligenz) noch die insgesamt 9 Unterskalen, $ps > 0.26$. Somit erscheinen zumindest keine größeren Unterschiede in der emotionalen Intelligenz von schizophrenen Frauen und Männern zu existieren.

4.1.4 Persönlichkeit

Die Resultate im Persönlichkeitsfragebogen NEO-FFI zeigen an, dass die schizophrenen Patienten neurotischer, weniger extrovertiert und offen, weniger verträglich und gewissenhaft erscheinen als die Gesunden. Die Punktwerte fallen bei den Patienten insbesondere auf den Skalen Neurotizismus, Extraversion und Gewissenhaftigkeit deutlich höher bzw. niedriger aus als bei den Normalprobanden ($ps < 0.001$). Bezüglich der Offenheit und der Verträglichkeit ist der Gruppenunterschied etwas schwächer ausgeprägt ($p < 0.01$ bzw. $p < 0.05$). Diese Resultate indizieren, dass die schizophrene Erkrankten insgesamt als emotional labiler einzustufen sind, sie weniger gesellig und kontaktfreudig sowie weniger zielstrebig und genau sind als gesunde Menschen. Die einzelnen Punktwerte können Tabelle 9 entnommen werden. Somit ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen schizophrenen Patienten und Normalprobanden hinsichtlich zentraler Persönlichkeitsmerkmale. Schizophrene Männer unterschieden sich nicht von schizophrenen Frauen in Hinblick auf die

Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Allerdings waren die schizophrenen Männer unseren Daten zufolge offener (M: 45.6) als schizophrene Frauen (M: 41.7), $t(29) = 2.36, p < 0.05$.

Tab. 9

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) im NEO-FFI bei schizophrenen Patienten und Normalprobanden

	Schizophrene Patienten		Normalprobanden	
	M	SD	M	SD
NEO-FFI				
Neurotizismus***	40.64	6.0	35.45	5.85
Extraversion***	38.06	4.98	44.90	4.81
Offenheit**	43.61	4.88	46.64	4.87
Verträglichkeit*	45.78	4.03	47.65	3.49
Gewissenhaftigkeit***	43.32	5.49	47.97	4.65

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

Die Gruppenunterschiede erscheinen allerdings in verschiedenen Fällen stark von Depressivität und Alter der Probanden abzuhängen. Werden diese Faktoren im Rahmen einer ANCOVA kontrolliert, so verschwinden die Unterschiede auf den NEO-FFI Skalen Neurotizismus, Offenheit und Verträglichkeit ($ps > 0.17$). Lediglich bei der Skala Extraversion bleibt ein substantieller Gruppenunterschied bestehen, $F(1,127) = 10.64, p < 0.001$. Schizophren Erkrankte sind also introvertierter als gesunde Probanden unabhängig von ihrer Depressivität und ihrem Alter. Im Falle des Persönlichkeitsmerkmals Gewissenhaftigkeit ergibt sich ein marginal signifikanter Gruppenunterschied, $F(1,127) = 3.46, p = 0.065$. Die Patienten tendieren zu einer geringeren Gewissenhaftigkeit verglichen mit den Normalprobanden.

4.1.5 Befindlichkeit

Im „Profile of Mood States“ (POMS) fielen die Ergebnisse weitgehend erwartungsgemäß aus. Die Niedergeschlagenheit (N) war bei den Patienten verglichen mit den Gesunden deutlich höher ausgeprägt, $t(129) = -5.97, p < 0.001$. Müdigkeit (MU) und Missmut (MI) ließen sich

bei den Schizophrenen ebenso in stärkerer Intensität finden. Auf der POMS Skala „Müdigkeit“ erreichten die Patienten im Durchschnitt etwa 22 Punkte während es bei den Normalprobanden nur etwa 15 Punkte waren, $t(129) = -3.61$, $p < 0.001$. Im Falle der POMS Missmut Skala erreichten die Patienten durchschnittlich etwa 14 gegenüber fast 9 Punkten bei den Normalprobanden, $t(129) = -2.8$; $p < 0.01$. Die Patientengruppe kann also allgemein als niedergeschlagener, müder und missmutiger eingeschätzt werden, was sich vor allem mit den Ergebnissen des BDI deckt.

Tab. 10

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) auf dem POMS bei schizophrenen Patienten und Normalprobanden

	Schizophrene Patienten		Normalprobanden	
	M	SD	M	SD
POMS				
Niedergeschlagenheit***	30.48	17.99	12.61	13.34
Müdigkeit***	22.23	8.35	15.10	9.97
Tatendrang***	18.71	8.61	24.53	7.49
Missmut**	14.1	9.89	8.82	8.94

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

Ähnlich verhält es sich beim Tatendrang (T) der POMS. Hier lag die mittlere Gesamtpunktzahl der Kranken signifikant niedriger als bei den Normalprobanden, $t(129) = 3.65$, $p < 0.001$. Auch dieser Befund kann als erwartungsgemäß eingestuft werden, da Schizophrene sich im Allgemeinen in Bezug auf ihre Aktivität und ihren Tatendrang deutlich von Gesunden unterscheiden – zumal im Falle einer hohen Chronizität der Erkrankung. Ihr Aktivitätsniveau liegt in vielen Fällen niedriger, sie fallen vermehrt durch Passivität und Energielosigkeit auf.

4.1.6 Ängstlichkeit

Beim State-Trait-Angstinventar (STAI), der in der hier angewendeten Fassung die Veranlagung zur Trait-Angst untersucht, wurde bei den Gesunden ein Durchschnittswert von etwa 37 und bei den schizophren Erkrankten ein Durchschnittswert von etwa 48 festgestellt (vgl.

Tabelle 11). Dieser Unterschied in den STAI-Werten ist signifikant, $t(129) = -5.4$, $p < 0.001$, und lässt den Schluss zu, dass die schizophrenen Patienten ängstlicher sind, also leichter Angstreaktionen entwickeln als Gesunde. Hiermit ist aber keine Aussage zum aktuellen Angstzustand möglich.

Tab. 11

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) auf BDI, STAI und ISS bei schizophrenen Patienten und Normalprobanden

	Schizophrene Patienten		Normalprobanden	
	M	SD	M	SD
BDI gesamt***	38.55	14.12	19.92	12.86
STAI gesamt***	48.23	10.72	37.31	9.56
ISS gesamt***	76.10	19.42	54.12	16.19

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

4.1.7 Schamanfälligkeit

In der ISS, der Internalisierten Scham-Skala, erreichten gesunde Probanden durchschnittlich eine Punktzahl von etwa 54, die Patientengruppe dagegen von über 76. Auch das Schamempfinden, das in der ISS als Bewusstsein über eigene Unzulänglichkeit interpretiert wird, ist bei den schizophren Erkrankten signifikant höher, $t(129) = -3.61$, $p < 0.001$ (vgl. Tabelle 11). Es wurde weiterhin untersucht, ob zwischen den Geschlechtern ein Unterschied im Schamempfinden besteht. Für weibliche Versuchspersonen (Patienten wie Probanden) zeigte sich ein Durchschnittswert von 63 und für die männlichen Teilnehmer ein Durchschnittswert von etwa 55 auf der ISS. Interessanterweise wird diese Abweichung der Punktzahlen statistisch signifikant, $t(129) = -2.6$, $p < 0.05$. Das deutet darauf hin, dass Männer ein weniger stark ausgeprägtes Schamempfinden haben als Frauen. Letztere empfinden nicht nur Dinge früher als peinlich oder unangenehm, sondern fühlen sich auch eher wertlos und unterlegen.

Die Gruppenunterschiede in Hinblick auf die Anfälligkeit für Schamreaktionen erscheinen allerdings zumindest teilweise von der Depressivität und dem Alter der Probanden

abzuhängen. Kontrolliert man diese anhand einer ANCOVA, so reduzieren sich die zunächst deutlichen Unterschiede auf der ISS zu nur marginal signifikanten Differenzen, $F(1,127) = 3.58, p = 0.061$.

4.2 Vergleich zwischen schizophrenen und depressiv Erkrankten in Bezug auf Alexithymie und emotionale Intelligenz

Im Folgenden werden schizophrene und depressive Patienten hinsichtlich ihrer alexithymen Merkmale und ihrer emotionalen Intelligenz verglichen. Die Daten der depressiven Patienten wurden von Frau Dr. med. Antje Knöpper erhoben und zur Verfügung gestellt. Frau Knöpper untersuchte im Rahmen eines Teilprojektes stationär-aufgenommene depressive Patienten ($n = 50$) und setzte größtenteils die gleichen Untersuchungsinstrumente ein. Hier werden ihre Daten aus der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) und der Emotionalen Intelligenz Skala (EIS) berücksichtigt.

Zunächst muss die Stichprobe (unipolar) depressiver Patienten kurz beschrieben werden. Die häufigste ICD-10 Diagnose in der Stichprobe war die schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ($n=14$). 12 Patienten litten unter einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig schwere Episode) ohne psychotische Symptome. Jeweils 6 Patienten litten unter einer mittelgradigen depressiven Episode, einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Merkmalen, einer nicht näher bezeichneten depressiven Störung oder einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig schwere Episode) mit psychotischen Symptomen. Die depressiv Erkrankten waren im Durchschnitt 51.1 Jahre alt (SD: 12.6). Von den depressiven Patienten waren 28 weiblichen und 22 männlichen Geschlechts. Der mittlere verbale Intelligenzquotient der Patienten betrug laut MWT-B Resultaten 110.6 (SD: 16.5). Die depressiven Patienten hatten im Durchschnitt 10.8 (SD: 2.3) Schuljahre besucht. Die mittlere Erkrankungsdauer lag bei den depressiv Erkrankten bei 10.4 Jahren (SD: 9.4). Damit unterschieden sich die depressiven Patienten nicht signifikant von der vorliegenden Stichprobe schizophrener Patienten in Hinblick auf die Variablen Geschlecht, Anzahl der absolvierten Schuljahre und Erkrankungsdauer ($p_s > 0.10$). Allerdings waren die depressiven Patienten deutlich älter als die schizophrenen Erkrankten, $t(79) = 7.08, p < 0.001$. Die psychiatrischen Erkrankungsgruppen unterschieden sich auch hinsichtlich der verbalen Intelligenz, $t(79) = 2.49, p < 0.05$. Die schizophrenen Patienten hatten eine geringere verbale

Intelligenz als die depressiv Erkrankten. Der von den depressiven Patienten im BDI manifestierte durchschnittliche Punktwert von 49.1 (SD: 20.4) lag über dem der schizophrenen Patienten, $t(79) = 2.73, p < 0.05$.

Im Falle der TAS-32 ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungsgruppen. Nur bei den Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen wurde eine marginale Signifikanz ermittelt. Die Skalen-Werte beliefen sich hier auf fast 22 Punkte bei den Depressiven und 19.7 Punkte bei den Schizophrenen, $t(79) = 1.83, p = 0.07$. Depressive tendieren demnach also zu etwas größeren Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen als schizophrene Erkrankte.

Der TAS-32 Gesamtwert lag bei den depressiv Erkrankten bei 91.3 Punkten und bei den Schizophrenen bei 88.3 Punkten, $t(79) = 1.14, p = 0.26$. Ebenfalls nicht signifikant fiel der Unterschied in den Werten im Falle der Schwierigkeiten im Beschreiben von Gefühlen aus. 24.1 Punkte erreichten im Durchschnitt die Schizophrenen und 25.4 die Depressiven, $t(79) = 1.08, p = 0.28$. Der Punktwert auf der Skala Extern-orientiertes Denken war bei den schizophren Erkrankten mit 30.4 ähnlich ausgeprägt wie bei den Depressiven 29.0, $t(79) = -1.29, p = 0.19$. Im Falle der Skala reduzierte Tagträume waren die Punktwerte von Schizophrenen (14.1 Punkte) und Depressiven (15.0 Punkte) fast identisch, $t(79) = 1.0, p = 0.32$.

Kontrolliert man das Ausmaß an Depressivität anhand einer ANCOVA im Vergleich hinsichtlich der TAS-Skala Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen, so schwinden die marginal signifikanten Unterschiede, $F(1,78) = 1.13, p = 0.292$. Demnach lassen sich keine substantiellen Unterschiede im Bereich der alexithymen Merkmale zwischen den Untersuchungsgruppen ermitteln. Depressiv und schizophrene Erkrankte können den vorliegenden Befunden zufolge als ähnlich alexithym bezeichnet werden.

Analoge Befunde wurden im Falle der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS) beobachtet. Bei den übergeordneten Skalen Intrapersonale ($t(79) = -0.01, p = 0.99$), Interpersonale ($t(79) = 0.48, p = 0.63$) und Situationale emotionale Intelligenz ($t(79) = -0.90, p = 0.37$) erreichen die beiden Erkrankungsgruppen sehr ähnliche Punktwerte (vgl. Tabelle 12). In keinem Fall wird ein Unterschied zwischen Skalenwerten signifikant oder marginal signifikant. Auch im Falle der Unterskalen der EIS finden sich keinerlei signifikante Gruppenunterschiede zwischen

schizophrenen und depressiven Patienten ($p_s > 0.37$). Es existieren offensichtlich keinerlei Differenzen in den verschiedenen Aspekten der intrapersonalen, interpersonalen und situationalen Intelligenz zwischen den beiden Erkrankungsgruppen.

Tab.12

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Subskalen der EIS bei schizophrenen und depressiven Patienten

	Schizophrene Patienten		Depressive Patienten	
	M	SD	M	SD
1) EIS Intrapersonal	53.81	10.96	53.78	11.56
1.1 Selbstbewusstheit	15.97	3.24	15.78	4.20
1.2 Eigenmotivation	14.58	3.84	15.06	3.92
1.3 Selbstkontrolle	23.26	4.96	22.54	5.37
2) EIS Interpersonal	52.84	11.68	54.10	11.21
2.1 Empathie	16.06	3.71	16.18	4.69
2.2 Altruismus	16.32	3.32	16.94	3.75
2.3 Interpersonale Beziehung	20.45	5.69	20.98	4.34
3) EIS Situational	47.03	10.38	44.96	9.83
3.1 Situationale Bewusstheit	21.52	4.19	20.94	4.40
3.2 Führungsqualität	12.23	3.79	11.38	4.34
3.3 Flexibilität	13.29	4.06	12.64	3.34

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (signifikante Gruppenunterschiede)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für keine der betrachteten Skalen (TAS-32 und EIS) signifikante Unterschiede zwischen schizophrenen und depressiven Patienten ermittelt werden konnten – zumindest wenn man das Ausmaß an Depressivität kontrolliert. Insofern liegen keine Hinweise dafür vor, dass ein alexithymes oder emotionales Intelligenzmerkmal die schizophrenen Patienten differentiell auszeichnen könnte. Wichtig festzuhalten ist, dass auch in Hinblick auf einen extern-orientierten Denkstil keine Gruppenunterschiede eruiert wurden.

4.3 Korrelationen der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-32) und der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS) mit konkurrent eingesetzten Skalen, soziodemographischen Variablen und Erkrankungsmerkmalen

Im Folgenden wird untersucht, ob Alexithymie mit Merkmalen der Erkrankung, soziodemographischen Variablen und verbaler Intelligenz bei schizophrenen Patienten zusammenhängt. Es wird weiterhin geprüft, ob unabhängig von der Untersuchungsgruppe korrelative Zusammenhänge zwischen der TAS-Subskala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und dem Ausmaß der Schamveranlagung bestehen. Schließlich wird überprüft, wie die korrelativen Beziehungen zwischen TAS-32 und EIS bei schizophrenen und gesunden Probanden ausgeprägt sind. Hiermit können Hinweise gesammelt werden, ob die Fragebögen gruppenübergreifend ein ähnliches Konstrukt messen. Auch wird analysiert, ob die TAS-32-Werte mit der Zustandsdepressivität zusammenhängen. Die folgenden Analysen basieren ausschließlich auf den Daten der schizophrenen Patienten und/ oder der gesunden Kontrollprobanden.

4.3.1 Korrelationen der TAS-32 und der EIS mit dem BDI

Zunächst wurde die Korrelation der 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala mit dem Beck Depressions-Inventar in der Gesamtstichprobe bestimmt. Der Gesamtscore der TAS-32 korrelierte hoch signifikant positiv mit dem Gesamtscore des BDI. Das bedeutet, dass hohe Alexithymiewerte mit hohen Depressionswerten einhergingen. Auf Subskalenebene zeigte sich für die Faktoren „Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen“ und „Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen“ ein ähnliches Zusammenhangsmuster. Auch hier waren die Korrelationen hoch signifikant (siehe Tabelle 13).

Anders verhielt es sich beim Faktor „Extern orientierten Denken“, der nicht mit der BDI-Depressivität zusammenhing. Beim Faktor „reduzierte Tagträume“ war sogar eine (nicht signifikante) Tendenz zu einer negativen Korrelation zu beobachten. Das bedeutet, dass die Punktwerte des BDI unabhängig sind von den beiden letztgenannten Faktoren der TAS-32.

Tab.13

Produkt-Moment Korrelationen zwischen der 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala und dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) (N = 131)

	TAS DIF	TAS DDF	TAS EOT	TAS F	TAS Gesamt
BDI	.64***	.42***	.03	-.09	.42***

DIF = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen; DDF = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ;
 EOT = External orientiertes Denken ; F = Reduzierte Tagträume
 * p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001 (signifikante Korrelationen)

Die Analyse der Korrelationen zwischen den Skalen der EIS und dem Gesamtwert des BDI erbrachte folgende Befunde. Im Falle der Gesamtscores Intrapersonale Intelligenz und Situationale Intelligenz sowie den Unterskalen 1.1 Selbstbewusstsein, 1.2 Eigenmotivation, 1.3 Selbstkontrolle, 2.3 Interpersonale Beziehung, 3.1 Situatives Bewusstsein, 3.2 Führungsqualität und 3.3 Flexibilität wurden hochsignifikante negative Zusammenhänge ermittelt ($r_s < - .30$, $p < 0.001$). Das bedeutet, dass hohe Werte im Depressionsinventar vor allem mit schwach entwickelter intrapersonaler und situationaler emotionaler Intelligenz korrelieren. Die Korrelationskoeffizienten hinsichtlich der weiteren EIS-Skalen weisen in dieselbe Richtung, auch wenn die statistische Signifikanz marginal ausfällt oder nicht erreicht wird.

Insbesondere intrapersonale und situationale emotionale Intelligenzmerkmale erscheinen bei depressiv gestimmten Probanden offensichtlich in geringerem Ausmaß als bei Menschen mit niedrigen BDI-Werten vorhanden. Alle drei Unterskalen der Intrapersonalen Intelligenz (EIS-Faktor 1) korrelieren hochsignifikant negativ mit dem Gesamtwert des BDI, $p_s < 0.001$. Das bedeutet, dass sich Selbstbewusstheit, Eigenmotivation und Selbstkontrolle mit zunehmendem Schweregrad der Depressivität verringern.

Im Falle des zweiten EIS-Faktors (Interpersonale emotionale Intelligenz) zeigt nur die Subskala Interpersonale Beziehung eine signifikante Korrelation mit dem BDI. Da die Korrelation wiederum negativ ist, deuten hohe Werte im BDI auf eine schwächere interpersonale Beziehungsfähigkeit hin.

Im Falle des EIS-Faktors Situationale emotionale Intelligenz weisen sowohl der Gesamtwert wie auch alle drei Unterskalen signifikante negative Korrelationen mit den Werten des BDI

auf. Das bedeutet, dass hohe Fähigkeiten in situationaler Bewusstheit, Führungsqualität und Flexibilität mit einer gering ausgeprägten Depressivität vergesellschaftet sind.

4.3.2 Korrelationen der TAS-32 und der EIS mit dem MWT-B

Diese Korrelationsanalysen waren primär der Fragestellung gewidmet, ob Alexithymie und emotionale Intelligenz mit der verbalen Intelligenz (gemessen anhand des Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztests) linear zusammenhängen. Es wurde zudem geprüft, ob Alexithymie und emotionale Intelligenz mit der Schulbildung in Beziehung stehen.

Der Gesamtwert der 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala korreliert hochsignifikant negativ mit der verbalen Intelligenz (siehe Tabelle 14). Diese Korrelation geht offensichtlich vor allem auf den Zusammenhang zwischen extern-orientiertem Denken und verbalem Intelligenzquotienten zurück. Weiterhin korrelieren sowohl der Gesamtwert der TAS-32 als auch die Subskalen External-orientiertes Denken und Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen signifikant negativ mit der Anzahl der Schuljahre. Hieraus lässt sich entnehmen, dass Menschen mit höherer verbaler Intelligenz bzw. längerer Schulausbildung in der Stichprobe weniger alexithym waren bzw. insbesondere einen weniger stark ausgeprägten external orientierten Denkstil aufwiesen. Interessanterweise wurde aber kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen sprachlicher Intelligenz und der Befähigung, seine Gefühle zu benennen bzw. zu versprachlichen, ermittelt. Schizophrene und Normalprobanden zeigen getrennt betrachtet ein ähnliches korrelatives Profilmuster zwischen Alexithymie und verbaler Intelligenz.

Im Falle der Emotionalen Intelligenz-Skala ließ sich weder ein signifikant positiver noch ein signifikant negativer Zusammenhang mit dem verbalen IQ feststellen. Somit lassen sich auf Grund der emotionalen Intelligenz keine Rückschlüsse auf die Ausprägung der verbalen Intelligenz machen. Diese Merkmale müssen offensichtlich differenziert bzw. getrennt betrachtet werden. Menschen, die also im sprachlichen Bereich als intelligent eingestuft werden, verfügen also nicht gleichzeitig über ausgeprägte emotional-intellektive Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, Selbstbewusstheit oder Flexibilität. Im Übrigen geben unsere Daten aber auch keinen Anhalt dafür, dass verbal intelligente Menschen im Allgemeinen auf

der emotionalen Intelligenzebene Schwächen aufweisen. Die Variablen sprachliche Intelligenz und emotionale Intelligenz erscheinen unabhängig voneinander ausgeprägt zu sein.

Tab.14

Produkt-Moment-Korrelationen der TAS-32 mit dem MWT-B (verbale Intelligenz) und der Anzahl der Schuljahre (N = 131)

	TAS-Skalen				
	DIF	DDF	EOT	F	Gesamt
MWT-B	-.16	-.11	-.23**	-.14	-.25**
Schuljahre	-.20*	-.17	-.32***	-.14	-.33***

DIF = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen; DDF = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ; EOT = External orientiertes Denken ; F = Reduzierte Tagträume.

* p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001 (signifikante Korrelationen)

4.3.3 Korrelationen der TAS-32 und der EIS mit Erkrankungsdauer und Alter

Um zu analysieren, ob sich die Länge der schizophrenen Krankheit auf Alexithymie und emotionale Intelligenz auswirkt, wurden die Krankheitsjahre mit den Werten der TAS-32 und des EIS verkorreliert. Ein solches Vorgehen erreicht nicht die Aussagekraft einer Longitudinaluntersuchung, es vermag aber einen ersten Anhalt zu geben, ob alexithyme Merkmale mit der Erkrankung zunehmen. Unsere Korrelationsanalyse zeigt an, dass keine signifikanten Zusammenhänge bestehen zwischen den Skalen der TAS bzw. EIS und den Krankheitsjahren ($p > .05$). Diesen Befunden zufolge nimmt die emotionale Intelligenz also nicht im Laufe der Jahre, mit längerem Fortbestehen der Krankheit, ab bzw. die Alexithymie zu. Es ist offensichtlich sogar so, dass eine schwache Tendenz dahingehend besteht, dass höhere Werte in der EIS eher mit einem längeren Krankheitsverlauf einhergehen. Das deutet an, dass die emotionale Intelligenz der schizophrenen Patienten mit Fortbestehen der Krankheit von der Grundtendenz in schwachem Ausmaß steigen könnte (anstatt abzunehmen), was man zunächst etwa auf Grund der häufig zu beobachtenden kognitiven Defizite der Patienten vermuten könnte. Es wurde weiterhin geprüft, ob zwischen Alter und TAS-32 bzw. EIS-Skalen Beziehungen bestehen.

Die Korrelationen zwischen den Skalen der TAS-32 und dem Alter sind sowohl im Falle des Gesamtwertes ($r = .38, p < 0.001$) als auch bei drei Unterskalen signifikant positiv: den Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen ($r = .21, p < 0.05$), den Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ($r = .26, p < 0.01$) und dem External-orientierten Denken ($r = .33, p < 0.001$). Ältere Personen erscheinen also eher zu einem alexithymen Erleben zu tendieren. Sie haben offensichtlich mehr Probleme, Gefühle zu identifizieren, zu beschreiben oder von physischen Sensationen zu differenzieren. Vor allem ihr Denken erscheint eher external orientiert. Das Erleben von Tagträumen erscheint indes unabhängig vom Alter. Schizophrene und Normalprobanden zeigten getrennt betrachtet ein ähnliches korrelatives Profilmuster zwischen Alexithymie und Alter.

Für die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS) ließ sich weder für die drei Skalen-Gesamtwerte noch für die insgesamt neun Unterskalen eine signifikante Korrelation mit dem Alter eruieren. Somit erscheinen Alter und emotionale Intelligenz voneinander unabhängige Merkmale.

4.3.4 Korrelationen zwischen der TAS-32 und der EIS

Zur Untersuchung der Korrelation zwischen der 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala und der Emotionalen Intelligenz Skala, wurden die Ergebnisse von schizophrenen Patienten und Gesunden getrennt analysiert. Zunächst wurde die Stichprobe der Gesunden ($n = 100$) untersucht, in der sich zahlreiche hochsignifikante negative Korrelationen zwischen dem TAS Gesamtwert und den Skalen der EIS (mit Ausnahme der Subskalen 1.2, 1.3 und 2.2) manifestierten ($ps < 0.01$). Das bedeutet, dass wie erwartet eine hohe Alexithymie mit einer geringen emotionalen Intelligenz einhergeht – sowohl im intra- wie auch im interpersonalen und situationalen emotional-intellektiven Bereich.

Auf Subskalenebene zeigen fast alle TAS-Skalen (außer dem Faktor reduzierte Tagträume) hochsignifikante negative Korrelation mit der EIS-Skala Selbstbewusstheit (1.1). Es erscheint inhaltlich sinnvoll, dass alexithyme Merkmale mit einer geringen Selbstbewusstheit einhergehen. Das external-orientierte Denken korreliert negativ mit den Skalen Empathie und interpersonale Beziehungen. Die TAS-Skala reduzierte Tagträume hängt negativ mit den interpersonalen EIS-Skalen Altruismus und Empathie zusammen (vgl. Tabelle 14). Im Falle der situationalen emotionalen Intelligenz liegt ein sehr prägnantes Korrelationsmuster zur

TAS-32 vor: sowohl der Gesamtwert als auch die Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen sowie die Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen korrelieren hochsignifikant negativ mit allen situationalen Unterskalen, d.h. 3.1 Situationale Bewusstheit, 3.2 Führungsqualität und 3.3 Flexibilität. Die TAS-32 Skalen External-orientiertes Denken und reduzierte Tagträume korrelieren indes mit keiner der situationalen Unterskalen der EIS. Die höchsten Korrelationskoeffizienten in vorliegender Analyse (siehe Tabelle 14) liegen etwas über $r = .50$ und sind somit von der Höhe her als Korrelationen mittlerer Stärke zu bewerten. Hohe oder sogar sehr hohe Korrelationen werden zwischen den Skalen der TAS-32 und der EIS nicht erreicht.

Für die Subskalen der TAS finden sich relativ eigenständige Korrelationsmuster mit den Skalen der EIS. Die TAS-Skalen External-orientiertes Denken und reduzierte Tagträume hängen anders als die TAS-Skalen Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen eher mit interpersonalen als mit situationalen emotionalen Intelligenzaspekten zusammen. Die EIS-Skalen Eigenmotivation und vor allem die Skala Selbstkontrolle der EIS erscheint weitgehend unabhängig von den Alexithymie-Skalen der TAS-32.

Die ermittelten Korrelationsbefunde legen nahe, dass die TAS-32 im Wesentlichen nicht die intrapersonalen emotionalen Intelligenzmerkmale Eigenmotivation und v.a. Selbstkontrolle (bei Normalprobanden) erfasst – und auch kaum den EI-Aspekt des Altruismus. Insofern finden sich differentielle Zusammenhangsmuster zwischen den Skalen der TAS-32 und der EIS. Insgesamt betrachtet verweisen die in den meisten Fällen eher niedrigen Interkorrelationen auf eine relative Unabhängigkeit der von TAS-32 und EIS gemessenen Konstrukte der Alexithymie und der emotionalen Intelligenz.

Die in der Stichprobe der schizophrenen Patienten ($n=31$) zwischen TAS-32 und EIS beobachteten Korrelationen weisen in einigen Punkten mit denen in der Normalprobandenstichprobe ermittelten Ähnlichkeiten auf. Andererseits wird aber auch eine Reihe von Unterschieden in den Skaleninterkorrelationen zwischen den Stichproben deutlich. Der TAS-32-Gesamtwert korreliert in der Stichprobe der schizophrenen Patienten zwar auch signifikant mit den Faktoren intrapersonale und situationale emotionale Intelligenz – nicht aber mit dem Faktor interpersonale Intelligenz.

Tab.14

Produkt-Moment-Korrelationen zwischen TAS-32 und EIS bei gesunden Normalprobanden (n = 100)

	TAS-Skalen DIF	DDF	EOT	F	Gesamt
1) EIS Intrapersonal	-.32**	-.21*	-.16	.21*	-.24*
1.1 Selbstbewusstheit	-.54***	-.41***	-.38***	.15	-.55***
1.2 Eigenmotivation	-.08	.01	-.08	.28**	.03
1.3 Selbstkontrolle	-.17	-.09	.01	.09	-.08
2) EIS Interpersonal	-.11	-.17	-.26*	-.25*	-.33**
2.1 Empathie	.04	-.18	-.31**	-.30**	-.31***
2.2 Altruismus	-.05	.08	-.02	-.26**	-.08
2.3 Interpersonale Beziehung	-.16	-.31**	-.29**	-.01	-.35***
3) EIS Situational	-.43***	-.36***	-.09	.14	-.35***
3.1 Situationale Bewusstheit	-.37***	-.28**	-.14	.15	-.30**
3.2 Führungsqualität	-.36***	-.34***	-.07	.16	-.29**
3.3 Flexibilität	-.39***	-.33**	-.05	.06	-.32**

DIF = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen; DDF = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ;
EOT = External orientiertes Denken ; F = Reduzierte Tagträume.

* p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001 (signifikante Korrelationen)

Auffällig ist, dass die Korrelation des Gesamtwertes bei den schizophren Erkrankten anders als bei den Gesunden offensichtlich primär auf die Skala Extern orientiertes Denken zurückzuführen ist. Die TAS DIF (Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen) weist überhaupt keine statistisch signifikanten Korrelationen zur EIS auf (vgl. Tabelle 15). Auch die TAS-Skala reduzierte Tagträume manifestiert keine signifikanten Korrelationen mit einer der EIS-Skalen. Dieses Befundmuster kann nicht etwa darauf zurückgeführt werden, dass die Korrelationen bei den schizophren Erkrankten aufgrund der geringeren Stichprobengröße nicht statistisch bedeutsam ausfallen. Vielmehr liegen die Koeffizienten für diese Skalen niedriger. Andererseits fallen die Korrelationen zwischen der TAS-Skala External-orientiertes Denken und der EIS-Skalen verglichen mit der Normalprobandenstichprobe immer höher aus.

Bei den schizophren Erkrankten zeigt die TAS-Skala External-orientiertes Denken in ihrem korrelativen Verhalten zur EIS aber kaum eine Selektivität – anders als bei den Normalprobanden (vgl. Tabelle 14 und 15). Bei den schizophrenen Patienten korreliert das External-orientierte Denken sowohl mit der intrapersonalen, aber auch mit den interpersonalen und situationalen Skalen der EIS.

Tab.15

Produkt-Moment-Korrelationen zwischen TAS-32 und EIS bei schizophrenen Patienten (n = 31)

	TAS-Skalen				
	DIF	DDF	EOT	F	Gesamt
1) EIS Intrapersonal	-.24	-.40*	-.52**	-.23	-.56***
1.1 Selbstbewusstheit	-.13	-.36*	-.65**	-.25	-.56***
1.2 Eigenmotivation	-.21	-.41*	-.48**	-.19	-.53**
1.3 Selbstkontrolle	-.29	.33	-.35	-.21	-.47**
2) EIS Interpersonal	.12	-.26	-.46**	-.25	-.33
2.1 Empathie	.21	-.28	-.41*	-.31	-.31
2.2 Altruismus	.17	-.03	-.43*	-.24	-.20
2.3 Interpersonale Beziehung	.01	-.33	-.43*	-.17	-.36*
3) EIS Situational	-.22	-.38*	-.42*	-.14	-.47**
3.1 Situationale Bewusstheit	-.19	-.24	-.42*	-.23	-.43*
3.2 Führungsqualität	-.29	-.43*	-.36*	-.10	-.49**
3.3 Flexibilität	-.09	-.33	-.31	-.02	-.30

DIF = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen; DDF = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ; EOT = External orientiertes Denken ; F = Reduzierte Tagträume.

* p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001 (signifikante Korrelationen)

Insgesamt gesehen ergeben sich aus dem zumindest in Teilen unterschiedlichen Korrelationsverhalten der TAS-32 Skalen zur EIS bei den schizophrenen Patienten verglichen mit den Normalprobanden Anhaltspunkte für spezifische Zusammenhänge von Alexithymie-merkmalen und Aspekten der emotionalen Intelligenz. Diese sind im Falle der schizophren

Erkrankten eher schwächer ausgeprägt – mit Ausnahme des extern orientierten Denkens. Ein external orientierter Denkstil erscheint bei den schizophren Erkrankten – anders als bei den Gesunden – mit einer geringen Eigenmotivation, einem geringeren Altruismus, einer geringeren situationalen Bewusstheit und einer geringeren Führungsqualität einherzugehen. Das vorliegende Befundmuster nährt den Verdacht, dass die TAS-32 bei schizophren Erkrankten insbesondere im Falle der Subskala External-orientiertes Denken ein gegenüber gesunden Personen partiell anderes Messkonstrukt erfasst.

4.3.5 Korrelationen zwischen der TAS-32 und der Internalisierten Scham-Skala

Abschließend wurde die Internalisierte Scham-Skala (ISS) mit der TAS-32 verkorreliert. Dabei wurde ermittelt, dass der Gesamtscore der TAS-32 wie auch die Unterskalen Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen hochsignifikant positiv mit der ISS zusammenhängen. Das bedeutet, dass eine Veranlagung zu Schamreaktionen mit Problemen in der Identifizierung und im Beschreiben von Gefühlen einhergeht. Das External-orientierte Denken erscheint indes unabhängig von der Schamveranlagung (siehe Tabelle 16). Die Subskala reduzierte Tagträume der TAS-32 korreliert negativ mit der ISS-Score. Das heißt, dass hohe Werte in der ISS mit einer erhöhten „Tagträumerei“ in Beziehung stehen. Damit liegt wie erwartet Anhalt dafür vor, dass ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen der TAS-Subskala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und dem Ausmaß der Schamveranlagung besteht.

Tab.16
Produkt-Moment-Korrelationen zwischen TAS-32 und ISS (N = 131)

	TAS-Skalen				
	DIF	DDF	EOT	F	Gesamt
ISS gesamt	.57***	.36***	-.02	-.26**	.29**

DIF = Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen; DDF = Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen ;
EOT = External orientiertes Denken ; F = Reduzierte Tagträume.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (signifikante Korrelationen)

5. Diskussion

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Untersuchung bezieht sich auf die Ausprägung von alexithymen Merkmalen und emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Patienten. Um ein Urteil zu ermöglichen, ob bei schizophren Erkrankten Einschränkungen der emotionalen Intelligenz bzw. alexithyme Defizite vorliegen und diese erkrankungsspezifisch sind, wurden die Daten der schizophrenen Patienten zum einen mit einer Gruppe von Normalprobanden und zum anderen mit einer Gruppe (unipolar) depressiver Patienten in einen Vergleich gestellt. Bei dieser Gegenüberstellung wurden potentielle Moderatorvariablen wie aktuelle Depressivität, verbale Intelligenz oder Alter kontrolliert, was in den bisherigen Studien versäumt wurde. Bislang existieren nur wenige empirische Untersuchungen zu diesem Themenkomplex und keine, die aus dem deutschsprachigen Bereich kommen. Ein direkter Vergleich zwischen schizophrenen Patienten und einer anderen psychiatrischen Erkrankungsgruppe in Bezug auf die Merkmale Alexithymie und emotionale Intelligenz liegt bisher noch nicht vor. Als Untersuchungsinstrumente wurden zwei Selbstbeurteilungsverfahren, die Toronto-Alexithymie-Skala in einer 32-Item Langversion und die Emotionale Intelligenz-Skala (EIS), eingesetzt. Die 32-Item Toronto-Alexithymie-Skala umfasst die kürzere 20-Item Version und ist um die Subskala „Reduzierte Tagträume“ ergänzt. Im Falle der EIS handelt es sich um ein neu entwickeltes Messinstrument mit drei Haupt- und jeweils drei Unterskalen, das erstmalig in deutscher Sprache angewendet wurde.

Die in dieser Querschnittsstudie untersuchten schizophrenen Patienten waren im Durchschnitt Anfang dreißig und vor mehr als acht Jahren erkrankt. Zwei Drittel der Patienten litten unter einer paranoiden Form der Schizophrenie. Das heißt, dass die erhobenen Befunde in erster Linie für eher jüngere chronisch kranke paranoide Patienten gültig sind. Auch ist zu beachten, dass viele der untersuchten Patienten in stationärer Behandlung waren, also unsere Ergebnisse vor allem für subakute Erkrankungsphasen (bei partieller Symptomremission) Gültigkeit haben. Da keine Longitudinaldaten erhoben wurden, können hier keine Aussagen zur psychopathologischen bzw. pathoplastischen Bedeutung von Alexithymie und emotionaler Intelligenz bei Schizophrenie abgeleitet werden. Die normalen Kontrollprobanden unserer Studie waren Studierende, die im Vergleich jünger, weniger depressiv und verbal intelligenter waren als die schizophrenen Patienten. Dieser Umstand wird bei dem Gruppenvergleich berücksichtigt.

Eine wichtige Voraussetzung für die Interpretierbarkeit der Ergebnisse aus den Fragebogen zur Alexithymie und emotionalen Intelligenz sind ausreichende Reliabilitäten vor allem in der Stichprobe schizophrener Erkrankter. Nicht wenige an Schizophrenie leidende Patienten weisen nämlich kognitive Defizite auf, die das Verständnis der Items und ihre Beantwortung behindern können. Auch sind inkonsistente Angaben aufgrund von krankheitsinhärentem Motivationsmangel möglich. Unsere Reliabilitätsanalysen anhand von Cronbachs Alpha zeigen an, dass im Falle der TAS-32 nur für die Skala Extern-orientierter Denkstil eine mangelhafte interne Konsistenz in der Stichprobe schizophrener Erkrankter ermittelt wurde. Der entsprechende Koeffizient verfehlt allerdings nur sehr knapp die geforderte Mindesthöhe für Gruppenvergleiche von 0.50. Das bedeutet, dass die Befunde auf dieser Skala nur mit Vorbehalt interpretiert werden sollten. Es könnte sein, dass die Items der TAS-Skala Extern-orientierter Denkstil bei schizophrenen Patienten verglichen mit Normalprobanden in geringerem Ausmaß ein homogenes Konstrukt messen. Im Falle der EIS wurden bei den schizophrenen Erkrankten für keine Skala bzw. Unterskala mangelhafte interne Konsistenzen ermittelt.

Im Folgenden sollen die eigenen Studienergebnisse zusammenfassend dargestellt und dann den Befunden bisheriger Studien zu Alexithymie und emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Erkrankten gegenübergestellt werden. Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass bislang nur wenige Studien zum Thema existieren. Für die TAS-32 zeigen unsere Ergebnisse, dass die schizophrenen Patienten höhere Werte auf der Gesamtskala und den Unterskalen Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen, Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und „Extern orientiertes Denken“ (nicht aber auf der Unterskala Reduzierte Tagträume) als die Normalprobanden erreichen. Das heißt also, dass schizophrene Patienten auf den ersten Blick alexithymer erscheinen als gesunde Personen. Kontrolliert man allerdings statistisch die Variablen Alter, verbale Intelligenz und Depressivität im Gruppenvergleich, so schwinden die Unterschiede zwischen schizophrenen und gesunden Probanden auf der Gesamtskala und den Unterskalen Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen und Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen der TAS vollständig. Lediglich hinsichtlich der Skala Extern-orientiertes Denken bleiben auch bei Kontrolle der genannten Variablen Gruppenunterschiede bestehen: schizophren Erkrankte manifestieren hiernach ein stärker external orientiertes Denken als Normalprobanden. Damit wird unsere Hypothese, dass schizophrene Patienten alexithymer sind als Gesunde (und insbesondere in Hinblick auf die Merkmale Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen Unterschiede bestehen), nur teilweise bestätigt. Vorliegenden Daten zufolge haben schizophrene Patienten keine größeren Schwie-

rigkeiten beim Erkennen und Versprachlichen von Gefühlen als gesunde Personen, berücksichtigt man die geringere verbale Intelligenz, das höhere Alter und die höhere Depressivität bei den schizophrenen Patienten. Die Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen korrelieren nämlich in unserer Stichprobe negativ mit der sprachlichen Intelligenz und positiv mit Alter und Depressivität. Auch scheint sich ihre Phantasietätigkeit bzw. die Neigung zu Tagträumen nicht von der gesunder Probanden zu unterscheiden. Allerdings findet sich eine hypothesenkonforme Gruppendifferenz bezüglich des extern-orientierten Denkstils, wobei diese jedoch aufgrund des Reliabilitätsproblems nur mit Vorbehalt zu interpretieren ist. Schizophrene Patienten neigen demnach zu einem als „mechanistisch“ zu charakterisierenden Denkstil, der auf Äußerlichkeiten ausgerichtet erscheint. Schließlich ergab sich keinerlei Anhalt in unserer Stichprobe, dass sich schizophrene Männer von schizophrenen Frauen in alexithymen Merkmalen unterscheiden.

Bislang liegen lediglich zwei Studien vor, die schizophrene Patienten mit Normalprobanden hinsichtlich alexithymer Merkmale verglichen haben (Cedro et al., 2001; Van't Wout et al., 2006). Die auf der TAS-20 basierenden Befunde von Cedro et al. (2001) indizieren höhere Alexithymie-Werte auf verschiedenen Skalen der TAS, wobei in der Analyse potentielle Moderatorvariablen keine Berücksichtigung fanden. Van't Wout et al. (2006) setzten den Bermond-Vorst Alexithymie Questionnaire (BVAQ; Vorst & Bermond, 2001) ein, um die Ausprägung alexithymer Merkmale bei schizophren Erkrankten zu untersuchen und sammelten auch noch Daten von gesunden Verwandten ersten Grades der schizophrenen Patienten. Van't Wout et al. (2006) schlossen die Variablen Geschlecht und verbale Intelligenz in ihre Gruppenvergleiche mit ein und beobachteten, dass (unabhängig von der verbalen Intelligenz) *männliche* schizophrene Patienten Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen haben und sie emotional leichter erregbar sind als gesunde Personen. Eine Kontrolle des Einflussfaktors Depressivität auf die alexithymen Merkmale der schizophrenen Patienten fand hier nicht statt. Es bleibt unklar, ob bei Berücksichtigung dieses Faktors die ermittelten Unterschiedsbefunde zu den Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Gefühlen noch nachweisbar gewesen wären, die sich ohnehin nur auf die Männer beziehen. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse von Van't Wout et al. mit den unsrigen zum external orientierten Denken ist nicht möglich, da der BVAQ über keine entsprechende Skala verfügt. Insgesamt gesehen ergeben die bisherigen Studienbefunde unter methodenkritischer Betrachtung primär Hinweise, dass schizophren Erkrankte zu einem auf Äußerlichkeiten ausgerichteten Denkstil neigen könnten. In Hinblick auf die Merkmale

reduzierte Tagträume und Schwierigkeiten beim Erkennen bzw. Versprachlichen von Gefühlen zeigen sich über bisherige Studien hinweg keine schlüssigen Belege für das Vorliegen alexithymer Defizite bei Schizophrenie. Zumindest ist davon auszugehen, dass solche Defizite nicht erkrankungsspezifisch sind, sondern bei Vorliegen auf eine depressive Stimmungslage zurückgehen könnten. Unseren Ergebnissen zufolge erscheint es keine systematischen Unterschiede im Ausmaß alexithymer Merkmale zwischen den Geschlechtern bei schizophrenen Patienten zu geben. Aufgrund der schmalen Datenlage können derzeit allerdings noch keine definitiven Schlussfolgerungen gezogen werden. Hierzu sind zum einen die bisher untersuchten Stichproben an Patienten zu klein und zum anderen wurden ausschließlich Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Der (parallele) Einsatz von Fremdbeurteilungs- oder etwa sprachinhaltsanalytischen Verfahren in zukünftigen Untersuchungen wäre wünschenswert.

Es wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen, dass depressive Patienten Schwierigkeiten beim Erkennen und Benennen von Emotionen haben (Berthoz et al., 2000; Donges et al., 2005; Luminet et al., 2001). Auf diesem Hintergrund wurde unsererseits die Hypothese aufgestellt, dass sich schizophrene und depressive Patienten nicht substantiell in alexithymen Merkmalen unterscheiden sollten. In vorliegender Arbeit wurde erstmalig eine Gruppe schizophrener Patienten mit einer anderen psychiatrischen Erkrankungsgruppe - unipolar depressiven Patienten - in Bezug auf das Merkmal Alexithymie direkt verglichen. Die Resultate der TAS-32 indizieren keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungsgruppen. Depressive tendierten lediglich zu etwas größeren Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen als schizophrene Erkrankte. Kontrolliert man das Ausmaß an Depressivität (die depressiv Erkrankten manifestierten, wie zu erwarten, höhere Depressivitätswerte), so waren diese marginal signifikanten Unterschiede nicht mehr nachweisbar. Es bleibt zusammenfassend festzustellen, dass hypothesenkonform keine substantiellen Unterschiede im Bereich der alexithymen Merkmale zwischen schizophrenen und depressiven Patienten bestehen. Das heißt auch, dass das Merkmal eines external orientierten Denkens, welches die schizophrenen Patienten gegenüber den Normalprobanden auszuzeichnen scheint, keine Krankheitsspezifität besitzt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde auch untersucht, ob alexithyme Merkmale bei schizophrenen Patienten mit Merkmalen der Erkrankung und soziodemographischen Variablen verkorreliert sind. Die Daten aus unserer Patientenstichprobe geben keinen Anhalt

dafür, dass alexithyme Merkmale mit der Dauer der Erkrankung bei schizophrenen Patienten zunehmen. Andererseits kommt es offensichtlich auch zu keiner Verringerung von alexithymen Merkmalen. Hinsichtlich des Alters wurden positive Korrelationen mit den alexithymen Faktoren Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen, Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und external orientiertes Denken festgestellt. Ältere Personen erscheinen also eher zu einem alexithymen Erleben zu tendieren. Berücksichtigt man allerdings die Höhe der Korrelationen, so sind die Zusammenhänge zwischen Alter und alexithymen Merkmalen als gering zu qualifizieren. Starke Zunahmen an Alexithymie deuten unsere Befunde also nicht an. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass solchen Korrelationsanalysen Longitudinalstudien folgen müssen, um sichere Aussagen zum Zusammenhang zwischen Alexithymie und Alter bzw. Erkrankungsdauer machen zu können. Kirmayer und Robbins (1993) berichten, dass (bei Normalprobanden) von den vier Subskalen der TAS lediglich die Skala Phantasiearmut (Reduzierte Tagträume) mit dem Alter (positiv) korreliert. Dieses Befundmuster unterscheidet sich substantiell von dem unsrigen. Die Untersuchungsergebnisse von Lane et al. (1998) verweisen ebenfalls auf geringe Zusammenhänge zwischen TAS-Alexithymie und Alter.

Die TAS-32 Daten unserer Untersuchung verweisen im Übrigen darauf, dass das extern orientierte Denken bei schizophrenen Patienten mit der verbalen Intelligenz und der Schulbildung abnimmt. Personen mit einem auf Äußerlichkeiten und konkrete Sachverhalte ausgerichteten Denken sollten schwächer sein in der Befähigung zu sprachlicher Symbolisierung und dem Erfassen abstrakter Sachverhalte. Bemerkenswert ist allerdings, dass keine nennenswerten Zusammenhänge zwischen den Schwierigkeiten beim Benennen von Gefühlen und sprachlicher Intelligenz bzw. Schulbildung bestehen.

In vorliegender Arbeit wurde die emotionale Intelligenz der schizophrenen Patienten anhand der EIS erhoben und unseres Wissens erstmalig mit der von Normalprobanden verglichen. Es liegen schon zwei Interventionsstudien zur Verbesserung von emotionalen Intelligenz-aspekten bei schizophrenen Patienten vor (Eack et al., in Druck; Vauth et al., 2001), die aber keine Abschätzung der Ausprägung und Art der angenommenen emotionalen Intelligenzschwächen bei Schizophrenie ermöglichen. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass schizophren Erkrankte verglichen mit Gesunden geringere Werte auf den verschiedenen emotionalen Intelligenzskalen (intrapersonal, interpersonal und situational) erreichen. Die Ergeb-

nisse unseres Gruppenvergleichs zeigen an, dass bei Außerachtlassen relevanter Moderatorvariablen schizophrene Erkrankte über eine niedrigere intrapersonale, interpersonale und situationale emotionale Intelligenz als Gesunde verfügen sollten. Nach unseren EIS-Daten sind die schizophrenen Patienten aber nicht weniger altruistisch als Normalprobanden. Wenn man jedoch die Depressivität der Probanden als Einflussgröße kontrolliert, dann gibt es keinen Anhalt mehr dafür, dass schizophrene Patienten eine geringere intra- und interpersonale emotionale Intelligenz als gesunde Personen aufweisen. Berücksichtigt man die Depressivität der Probanden, so tendieren die schizophrenen Patienten nur noch zu einer geringeren situativen emotionalen Intelligenz verglichen mit den Gesunden. Schizophrene Erkrankte könnten demnach über eine tendenziell geringere situationale Bewusstheit, Führungsqualität und situative Flexibilität verfügen. Damit konnte die eingangs formulierte Hypothese im Wesentlichen nicht bestätigt werden. Lediglich in Bezug auf situationale Intelligenzaspekte konnten Hinweise gesammelt werden, dass bei schizophrenen Patienten Schwächen vorliegen. Insofern erscheint es verfrüht, weit gefasste Trainingsprogramme zur Verbesserung emotional-intellektiver Fähigkeiten bei schizophrenen Patienten anzuwenden. Unseren vorläufigen Ergebnissen zufolge sollten Trainingsbemühungen am ehesten auf situationale Intelligenzmerkmale fokussiert werden. Hierzu gehören Aspekte der Entscheidungsdurchsetzung und der Rücksichtnahme hinsichtlich anderer Personen bzw. Gruppenprozessen, die Befähigung zur Führung von Personen und zur Abschätzung und Handhabung von Risiken sowie die Fähigkeit, flexibel auf situative Veränderungen zu reagieren. Wie im Falle der Alexithymie fanden wir auch bei der emotionalen Intelligenz keine Hinweise (für keinen der neun Intelligenzaspekte) für Geschlechtsunterschiede in unserer Stichprobe schizophrener Patienten.

Da eine hohe emotionale Intelligenz im Allgemeinen mit einer geringen Depressivität einherzugehen scheint (vgl. Dawda & Hart, 2000; Saklofske et al., 2003), wurde unsererseits erwartet, dass sich schizophrene und depressive Patienten nicht substantiell in emotionalen Intelligenzmerkmalen unterscheiden sollten. Weder auf den übergeordneten Skalen der EIS (intrapersonale, interpersonale und situationale Intelligenz) noch auf einer der neun EIS-Subskalen wurden zwischen den Patientengruppen Unterschiede in den Punktwerten eruiert. Demnach existieren hypothesenentsprechend keine Differenzen zwischen schizophren und depressiv Erkrankten in den untersuchten Aspekten der emotionalen Intelligenz. Das bedeutet aber auch, dass eine geringere situationale emotionale Intelligenz, welche die schizophrenen

Patienten gegenüber den Normalprobanden zu charakterisieren scheint, keine Krankheits-spezifität für Schizophrenie besitzt.

Es wurde im Rahmen der vorliegenden Studie auch exploriert, ob die emotionale Intelligenz schizophrener Patienten mit Merkmalen der Erkrankung bzw. soziodemographischen Variablen zusammenhängt. Insbesondere wurde untersucht, ob die emotionale Intelligenz mit der Erkrankungsdauer und dem Alter der schizophrenen Patienten zunimmt. Die Befunde unserer Korrelationsanalyse zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Skalen der EIS und der Anzahl der Krankheitsjahre an. Demnach nimmt die emotionale Intelligenz also nicht mit längerem Fortbestehen der Krankheit ab, was mit unseren Alexithymiebefunden bei den schizophrenen Patienten stimmig ist. Rein deskriptiv gesehen (statistisch also nicht abgesichert) liegt sogar eine schwache Tendenz dahingehend vor, dass höhere Werte in der EIS eher mit einem längeren Krankheitsverlauf einhergehen. Möglicherweise gewinnen zumindest einige der Patienten im Verlaufe der Erkrankung und der damit einhergehenden Therapien emotionale Einsichten und steigern ihre Fertigkeiten im Bereich der Emotions-wahrnehmung und Emotionskontrolle.

Das Alter der schizophrenen Patienten war nicht mit den Skalen der EIS verkorreliert. Somit erscheinen Alter und emotionale Intelligenz voneinander unabhängige Merkmale. Unsere Ergebnisse zur EIS zeigen weiterhin an, dass die emotionale Intelligenz nicht mit dem verbalen IQ der Patienten zusammenhängt. Insofern erscheint es sich bei der emotionalen und der verbalen Intelligenz offensichtlich um zwei relativ unabhängige Bereiche zu handeln. Sprachlich intelligente Patienten müssen also nicht über ausgeprägte emotional-intellektive Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, Selbstbewusstheit oder Flexibilität verfügen. Somit unterscheiden sich auch EIS und TAS-32 in ihrem korrelativen Verhalten zur sprachlichen Intelligenz. Letzterenfalls wurden Zusammenhänge im Falle des extern orientierten Denkens ermittelt, was ein Argument für eigenständige Messkonstrukte der beiden Fragebogenverfahren darstellt.

Um die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und emotionaler Intelligenz, wie sie mit der TAS-32 und der EIS erfasst werden, zu untersuchen, wurden Korrelationsanalysen durchgeführt (für die Stichprobe der Patienten und der Gesunden getrennt). In beiden Stichproben zeigten sich wie erwartet negative Korrelationen zwischen der TAS (Gesamtwert) und der EIS (Hauptskalen). Bei den schizophrenen Patienten erreichten die

Korrelationskoeffizienten im Falle der EIS Skalen intrapersonale und situationale emotionale Intelligenz sogar eine mittlere Höhe. Eine ausgeprägte Alexithymie geht also mit einer niedrigen emotionalen Intelligenz einher. Insofern bestätigt sich einerseits die Annahme einer inversen Beziehung zwischen Alexithymie und emotionaler Intelligenz. Andererseits zeigen die häufig nur geringen (wenn auch vielfach signifikanten) Korrelationen zwischen den Skalen der TAS und EIS, dass beide Verfahren auch voneinander unabhängige Messkonstrukte erheben. Die alexithymen Merkmale (der TAS) gehen also nicht in dem emotionalen Intelligenzkonzept (der EIS) auf oder umgekehrt. Obwohl beide Konstrukte dimensional konzeptualisiert sind, erscheint die Alexithymie eher defizit-orientiert, während die emotionale Intelligenz eher als fähigkeits-orientiert aufzufassen ist. Vergleicht man die Interkorrelationen zwischen den Einzelskalen der TAS und der EIS in den beiden Stichproben, so ergibt sich Anhalt für ein zumindest in Teilen unterschiedliches Korrelationsverhalten. Insgesamt fallen die Korrelationen im Falle der schizophren Erkrankten mit Ausnahme des extern orientierten Denkens eher niedriger aus. Anders als bei den Normalprobanden erscheint ein external orientierter Denkstil bei den schizophren Erkrankten mit einer geringen Eigenmotivation, einem geringeren Altruismus, einer geringeren situationalen Bewusstheit und einer geringeren Führungsqualität einherzugehen. Vorliegende Befunde stützen die Hypothese, dass die TAS-32 bei schizophren Erkrankten im Falle der Subskala External-orientiertes Denken ein gegenüber gesunden Personen (partiell) anderes Messkonstrukt erfasst. Möglicherweise spielen die bei schizophrenen Patienten nicht selten auftretenden Symptome von Anergie, Rückzug und interpersonalen Problemen hierbei eine zentrale Rolle.

Vorliegende Studie erlaubt leider keine Aussagen zur Beziehung von (aktueller) Psychopathologie und Alexithymie (und emotionaler Intelligenz), da kein Ratinginstrument eingesetzt wurde. Die bisherigen Resultate zu dieser Fragestellung sind allerdings inhomogen. So wird in einigen Untersuchungen von einer Beziehung zwischen Alexithymie und Negativsymptomatik berichtet (Nkam et al., 1997a, 1997b; Stanghellini & Ricca, 1995), während andere alexithyme Merkmale bei paranoiden schizophrenen Patienten feststellten (Cedro et al., 2001). Den Befunden von Todarello et al. (2005) zufolge sind Alexithymie und Negativsymptomatik bei schizophrenen Patienten weitgehend unabhängige Phänomene. Alexithymie sei allerdings ein relativ zeitstabiles Persönlichkeitsmerkmal schizophrener Patienten (vgl. Todarello et al., 2005). Nkam et al. (1997a) berichten über eine Unabhängigkeit von alexithymen Merkmalen und Medikationsstatus bei schizophrenen Patienten. Insofern gibt es

bislang keinen Hinweis, dass Alexithymie bei schizophren Erkrankten auf eine antipsychotische Medikation zurückgeht.

Die Tatsache, dass es nur wenige Untersuchungen zur Ausprägung alexithymer Merkmale bei Schizophrenie gibt, ist sicherlich auch dem Umstand geschuldet, dass man sich hier mit dem affektbezogenen Defizitkonstrukt in ein sehr komplexes Feld der Psychopathologie begibt. Der Status des Konzepts Alexithymie ist im Falle der schizophrenen Erkrankungen nicht a priori eindeutig festzulegen. Handelt es sich eher um ein zeitstabiles, dispositionales (Persönlichkeits-) Defizit oder ein sekundäres, reaktives Merkmal der Abwehr und Bewältigung im Falle der Schizophrenie? Beides wird in der bisherigen Literatur erwogen (z.B. Stanghellini & Ricca, 1995), wobei es erste Hinweise auf eine Zeitstabilität alexithymer Merkmale bei schizophren Erkrankten gibt (Todarello et al., 2005). Auch das Auftreten von alexithymer Merkmalen bei (männlichen) Verwandten ersten Grades von schizophren Erkrankten könnte auf ein zeitstabiles Persönlichkeitsdefizit verweisen, welches einen genetisch bedingten Vulnerabilitätsfaktor zur Entwicklung einer Schizophrenie darstellt (Van't Wout et al., 2006).

Die pathogenetische Bedeutung der Alexithymie in Bezug auf schizophrene Störungen ist sehr wahrscheinlich viel geringer einzuschätzen im Vergleich zu klassischen psychosomatischen Erkrankungen (wie z.B. der Colitis ulcerosa), die allerdings ebenso multifaktoriell ausgelöst erscheinen. Letzterenfalls kann erwartet werden, dass es bei einer psychotherapeutisch bedingten Abmilderung der Unfähigkeit, seine Gefühle und damit seine psychischen Konflikte zu erkennen, und durch ein nachhaltiges Bearbeiten der Problemstrukturen zu einer Besserung auch der körperlichen Symptomatik kommt. Im Falle der psychosomatischen Erkrankungen liegen die Schwierigkeiten der Gefühlsidentifikation und -beschreibung bei Personen vor, deren kognitive Funktionen wie Wahrnehmen und Denken in der Regel vollkommen unauffällig sind. Bei den schizophrenen Störungen sind die alexithymer Merkmale in dem Kontext einer schweren Erlebens- und Verhaltensstörung zu sehen, die Denken, Wollen, Handeln, Ich-Erleben und Affekte betrifft.

Die Alexithymieforschung bei Schizophrenie muss sich mit der Abgrenzung und Definition der alexithymer Merkmale von der klinischen Symptomatik beschäftigen, also auf theoretischer und phänomenologischer Ebene Klärungen vollziehen, um entscheidende Fortschritte im Verständnis der Zusammenhänge von alexithymer Merkmalen und Schizophrenie vorzu-

bereiten und durch empirische Studien erzielen zu können. Diese Aufgabe kann durch vorliegende Arbeit nicht bewältigt werden. Allerdings soll hier auf einige wichtige Probleme und Herausforderungen hingewiesen werden.

Interessanterweise schreibt James Grotstein in der Einführung zu einem der bedeutendsten Bücher der neueren Alexithymieliteratur (Taylor et al., 1997: Disorders of affect regulation) dass die Alexithymie, die er als Störung der Affektregulation auffasst, ihr kognitives Gegenstück in den Denkstörungen der schizophrenen Patienten hat. Hier werden psychopathologische Phänomene der Schizophrenie herangezogen, um Alexithymie zu charakterisieren, was aber leider nicht weiter erläutert wird. Bagby und Taylor (1997) vertreten in genanntem Buch die Auffassung, dass Alexithymie und klinische Symptome schizophrener Patienten unabhängige Phänomene bzw. Konstrukte darstellen, denen distinkte funktionelle Gehirnsysteme zugrunde liegen. Diese Position bleibt aber nicht mehr als ein Postulat, da keine experimentellen Belege zur Stützung ihrer Annahme vorgebracht werden.

Betrachtet man verschiedene Schizophreniesymptome genauer, so wird unmittelbar deutlich, dass einige dieser Symptome in einem direkten Zusammenhang mit dem Auftreten „alexithymer“ Erlebensweisen bei Schizophrenie stehen können. Zu diesen relevanten Symptomen sollten insbesondere die Störungen des Denkens, des Gefühls und des Ich-Erlebens (die Grundsymptome nach Bleuler, 1908) aber auch die so genannten Basisstörungen zählen. Maggini und Raballo (2004) haben empirische Daten zur Beziehung von Alexithymie und schizophrener Psychopathologie vorgelegt, indem sie eine große Stichprobe chronischer schizophrener Patienten mit der TAS-20 untersuchten. Es wurde eine Faktorenanalyse der Items der TAS gemeinsam mit psychopathologischen Variablen und Basissymptomen durchgeführt. Die Dimensionsanalyse ergab vier Faktoren, wobei die Items der Skala Externorientiertes Denken auf zwei Faktoren luden, was ein Hinweis auf eine Inhomogenität der Skala bei schizophrenen Patienten ist. Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen den Schwierigkeiten beim Erkennen von Gefühlen und positiven formalen Denkstörungen, den Basissymptomen kognitive Störungen und Koenästhesien, Depersonalisation und Wahn-erleben. Der Faktor Schwierigkeiten beim Benennen von Gefühlen korrelierte mit den Basissymptomen kognitive Störungen und dynamische Defizienzen mit direkten Minussymptomen sowie der Depressivität. Der dritte Faktor, den die Autoren nicht extern orientiertes Denken sondern interpersonale Distanzmodulation nennen, manifestierte die stärksten Zusammenhänge mit physischer und sozialer Anhedonie sowie zu dem Negativsymptom Avolution-

Apathie. Der vierte Faktor (Adaptive Akzeptanz) schließlich korrelierte lediglich mit Alogie und Spracharmut. Nur der Faktor interpersonale Distanzmodulation war (positiv) mit der Erkrankungsdauer verkorreliert. Die Befunde von Maggini und Raballo (2004) verweisen auf spezifische Beziehungen zwischen alexithymen und psychopathologischen Merkmalen bei schizophrenen Patienten.

Es erscheint nachvollziehbar, dass Menschen, die unter veränderten Leibempfindungen sowie einer Lockerung des DenkHzusammenhanges, Zerfahrenheit leiden, bzw. Gefühle haben, dem eigenen Körper, dem eigenen Ich fremd gegenüberzustehen, Schwierigkeiten aufweisen, in der Identifikation der eigenen Gefühle und ihrer Differenzierung von somatischen Vorgängen. Ist das Denken eines Menschen gestört, so sind Aufgaben der Gefühlsidentifikation nur schwer zu bewältigen; es fehlt das kognitive Werkzeug. Eine kognitive Störung schizophrener Erkrankungen ist die Beeinträchtigung der Symbolerfassung, der Konkretismus (Gross et al., 1987). In der Folge können Patienten vielgliedrige Denkvorgänge nicht mehr bewältigen oder Sachverhalte nicht mehr wörtlich und sinnbildlich erfassen (wie bei der Erklärung von Sprichwörtern). Solche Denkstörungen sollten Prozesse der Gefühlserkennung beeinträchtigen, basiert die Identifikation affektiver Empfindensqualitäten doch auch auf der Wahrnehmung der situativen Konstellation, in der auch Abstraktionsfähigkeit gefordert ist. Störungen des Ich-Erlebens in Form von Depersonalisation erscheinen eng verknüpft mit Schwierigkeiten beim Identifizieren von Gefühlen (Maggini et al., 2002). Zur Ich-Pathologie schizophrener Patienten zählen Störungen in der Ich-Demarkation. Es fehlt den Patienten ein Eigenbereich des Leiblichen, im Denken und im Fühlen (Scharfetter, 1990). Die schizophrene Krankheit bedingt, dass die Patienten die Wahrnehmung der Außenwelt in ihren Gefühlen auf eine neue, auch ihnen fremde Art empfinden und verarbeiten. Hier zeigen sich Analogien zwischen alexithymen Merkmalen und Schizophreniesymptomatik. Damit erscheint für die Alexithymieforschung im Bereich der schizophrenen Erkrankungen eine Art von Gefahr zu bestehen, die in der wissenschaftlichen Literatur als semantische Konstrukterfindung bezeichnet wurde. Diese liegt vor, wenn zwei Konstrukte Etiketten besitzen, die unterschiedliche Prozesse implizieren sollen, aber de facto empirisch äquivalent sind. Wenn unter alexithymen Merkmalen bei schizophrenen Patienten vor allem Phänomene erfasst werden, die unter anderem Namen wohl bekannt sind, so ergibt sich hier die legitime Frage des Nutzens und des Erkenntnisgewinns durch die Alexithymieforschung. Untersuchungen, die zeigen, dass alexithyme Merkmale schon vor dem Ausbruch der schizophrenen Erkrankung (also vor dem Auftreten von ausgeprägten Denk- und Ich-Erlebnisstörungen) bestanden,

könnten helfen, die Eigenständigkeit des Alexithymie-Konstrukts im Bereich der Schizophrenie zu klären.

Der Befund, dass Schwierigkeiten beim Benennen von Gefühlen mit kognitiven Störungen und Depressivität bei schizophrenen Patienten korrelieren, ist nicht überraschend (Maggini & Raballo, 2004). Im Falle von Defiziten in den Bereichen Aufmerksamkeit und Denken muss eine Versprachlichung von Sachverhalten schwerer fallen. Die Beziehung von Alexithymie und Depressivität ist aus Studien mit depressiven Patienten bzw. aus Korrelationsstudien an Normalprobanden bekannt. Die Beobachtung, dass die Items der TAS-Skala Externorientiertes Denken substantiell mit sozialer Anhedonie zusammenhängen, dürfte Maggini und Raballo (2004) dazu angeregt haben, den TAS-Faktor in interpersonale Distanzmodulation umzubenennen, welche mit der Erkrankungsdauer im Sinne eines sozialen Rückzugs zuzunehmen scheint. Dem an Äußerlichkeiten orientierten Denken der schizophrenen Patienten könnten schizotypische Defizite im interpersonalen Kontakt zugrunde liegen. Andererseits kann es sich hier aber auch um Bewältigungsversuche handeln, ihre Situation durch Schaffung interpersonaler Distanz zu stabilisieren. Die Expressed-emotion Forschung kennzeichnet schizophrene Patienten als in hohem Maße vulnerabel für affektive Mitteilungen (von wichtigen Angehörigen) (Butzlaff & Hooley, 1998; Hahlweg, 1996). Unter diesem Gesichtspunkt kann Rückzug aus sozialen Beziehungen in der Tat eine adaptive, protektive und stabilisierende Funktion haben.

In der Einleitung wurden verschiedene Störungen der Affektivität bei schizophrenen Patienten vorgestellt (vgl. Suslow & Arolt, 1997). Symptome wie Gefühlsleere, Einengung der Gefühlspanne oder Anhedonie könnten ebenfalls alexithyme Störungen bzw. Defizite zur Folge haben. Beeinträchtigungen im Erkennen und Versprachlichen von Gefühlen erscheinen nämlich wahrscheinlich, wenn sich affektive Qualitäten oder „Signale“ kaum oder gar nicht mehr im Bewusstsein abzeichnen. Vor allem die nicht selten bei Schizophrenie auftretende affektive Ambivalenz und Parathymie sollten den Patienten Probleme bereiten, ihre tatsächlichen Gefühle zu identifizieren. Bei der affektiven Ambivalenz ist der Patient dem gleichzeitigen Einfluss einander widersprechender Gefühle unterworfen. Bei der schizophrenen Ambivalenz stehen gegensätzliche Gefühle und Strebungen weitgehend beziehungslos nebeneinander. Nach Finzen (1993) können Lachen und Weinen, Liebe und Hass, Wollen und Nicht-Wollen, Angst und Glück nebeneinander bestehen, ohne dass sich der schizophrene

Patient darüber bewusst wird. Solche Zustände implizieren Schwierigkeiten in der Bestimmung des eigenen Gefühlszustands.

Im Folgenden soll auf die Befunde vorliegender Untersuchung zu der Persönlichkeit von schizophrenen Patienten (im Vergleich zu Gesunden) eingegangen werden. Aufgrund der bisher vorliegenden Ergebnisse aus Studien, in denen standardisierte Persönlichkeitsinventare Einsatz fanden (Bagby et al., 1997; Gurrera et al., 2000; Kentros et al., 1997), wurde die Hypothese formuliert, dass schizophren Erkrankte höhere Neurotizismus- und niedrigere Gewissenhaftigkeitswerte erreichen als Normalprobanden. Unsere Daten aus dem NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993) indizieren zunächst, dass sich die schizophrenen Patienten als neurotischer, weniger extrovertiert und offen, weniger verträglich und gewissenhaft beschreiben als die Gesunden. Die ermittelten Gruppenunterschiede erscheinen allerdings in einigen Fällen von der Depressivität und dem Alter der Probanden abzuhängen. Kontrolliert man nämlich diese Faktoren, so sind die Unterschiede auf den NEO-FFI Skalen Neurotizismus, Offenheit und Verträglichkeit nicht mehr nachzuweisen. Nur im Falle der Extraversion bleibt ein substantieller Gruppenunterschied bestehen: unabhängig von ihrer Depressivität und ihrem Alter sind schizophrene Patienten substantiell introvertierter als gesunde Probanden. Für das Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit zeigt sich eine Tendenz zum Gruppenunterschied: die Patienten tendieren zu einer geringeren Gewissenhaftigkeit verglichen mit den gesunden Personen. Es ist anzumerken, dass somit einer der studienübergreifend stabilsten Befunde zu Persönlichkeitseigenschaften schizophrener Patienten, nämlich ein erhöhter Neurotizismus (Bagby et al., 1997; Kentros et al., 1997; Gurrera et al., 2000) in unserer Studie nicht bestätigt werden konnte. Bei Eliminierung der Variable Depressivität waren zwischen schizophrenen und gesunden Personen keine Differenzen in Bezug auf das Merkmal Neurotizismus auszumachen. Wenigstens partiell wurde die Hypothese gefestigt, dass schizophren Erkrankte sich verglichen mit Normalprobanden durch eine niedrigere Gewissenhaftigkeit auszeichnen. Gesunde Personen erscheinen also stärker durch die Attribute zielstrebig, ehrgeizig, fleißig, ausdauernd, systematisch, willensstark, diszipliniert und zuverlässig charakterisierbar als schizophren Erkrankte. Es liegt auf der Hand anzunehmen, dass eine Reihe von Negativ- bzw. Desorganisationssymptomen diesem Unterschied zugrunde liegen. Indes erscheint der *Hauptunterschied* zwischen schizophrenen und normalen Personen unseren Daten zufolge auf der Persönlichkeitsdimension der Extraversion zu liegen. Dieser Befund deutet darauf hin, dass schizophren Erkrankte verglichen mit Gesunden weniger Sozialkontakt haben, selbstunsicherer sein und Aufregungen eher

vermeiden sollten. Schizophrene Männer unterschieden sich in unserer Stichprobe nicht von schizophrenen Frauen in Hinblick auf das Persönlichkeitsmerkmal Extraversion. Unsere Studie gibt keine Auskunft zur Frage, ob es sich hier um einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung einer schizophrenen Störung, der schon prämorbid besteht, oder um später entwickelte, sekundäre Persönlichkeitseigenschaften handeln könnte. Eine Beziehung zwischen sozial zurückgezogener Persönlichkeitsstruktur und der Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung wurde schon früh beschrieben (Hoch, 1910). Aus der Literatur zu den Persönlichkeitsstörungen bei Schizophrenie ist zu entnehmen, dass schizophrene Erkrankte insbesondere Persönlichkeitsauffälligkeiten des schizoiden Typus des Einzelgängers ohne soziale Bindungsbedürfnisse bei reduzierter emotionaler Auslenkbarkeit bzw. des schizotypischen Typus mit ängstlicher Zurückhaltung in zwischenmenschlichen Beziehungen aufweisen (vgl. Erkwoh et al., 2003). Auch wenn sozialer Rückzug und Isolation den Versuch darstellen können, klinische Symptome oder Reizüberflutung zu bewältigen, so erscheinen schizotypische Persönlichkeitsauffälligkeiten auch schon als Vulnerabilitätsfaktoren in der Entwicklung schizophrener Erkrankungen relevant, die das Psychoserisiko erhöhen.

Unsere Daten aus der Internalisierten Scham-Skala (ISS; Wolfradt & Scharrer, 1996) zeigen an, dass schizophrene Patienten eine höhere Neigung haben, Schamreaktionen zu entwickeln, als Normalprobanden. Insbesondere schizophrene *Patientinnen* empfinden Schwächen und Defizite früher als peinlich und unangenehm und fühlen sich eher wertlos und unterlegen. Unsere Auswertungsergebnisse indizieren aber auch, dass die Gruppenunterschiede zumindest partiell von der Depressivität und dem Alter der Probanden abhängen. Bei Berücksichtigung dieser Faktoren werden nur noch tendenzielle Unterschiede zwischen schizophrenen und normalen Probanden festgestellt. Zum wiederholten Male zeigt sich hier ein Einfluss des für viele der untersuchten affektiven Merkmale schizophrener Patienten potentiell determinierenden Faktors der Depressivität. Kaum überraschend ist unser Befund, dass die schizophren Erkrankten eine höhere Ängstlichkeit auszeichnet als die Gesunden. Auch die Beobachtung in unseren Stichproben, dass schizophrene Erkrankte durch einen verringerten Tatendrang bei erhöhter Niedergeschlagenheit, Missmut und Müdigkeit charakterisiert sind als Gesunde, kann als erwartungskongruent bewertet werden.

Eine Nebenfragestellung vorliegender Studie beinhaltet die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der TAS-Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und der dispositionalen Neigung zu Schamreaktionen. Vorbefunde deuten darauf hin, dass eine Korrelation

zwischen den Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und Scham erfassenden Skalen besteht, die die Validität der TAS-Skala in Frage stellt (vgl. Suslow et al., 2000). Diese Skala der TAS soll Probleme mit der Symbolisierung von Gefühlen nicht aber Schwierigkeiten im interpersonalen Mitteilen von Gefühlen erfassen. In unserer Studie wurde dieser Zusammenhang mit einem anderen Messinstrument zur Erhebung von Scham, der ISS, nachuntersucht. Die Befunde der vorliegenden Untersuchung replizieren den in Vorstudien festgestellten Zusammenhang zwischen der TAS-Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen und der Schamanfälligkeit. Damit liegen weitere hypothesenkonforme Befunde vor, die die Konstruktvalidität der genannten TAS-Skala belasten. Hieraus ergibt sich die praktische Konsequenz, diejenigen Items der TAS Skala Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen zunächst zu identifizieren und dann zu modifizieren oder zu eliminieren, die primär die Schwierigkeiten beim interpersonalen Mitteilen der Gefühle betreffen. Als konkretes Beispiel hierfür sei Item Nr. 29 der Skala angeführt *Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen*. Dieses Item hat ganz offensichtlich ein anderes Messkonstrukt als z.B. das invers gepolte Item Nr. 12 *Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben* der gleichen Skala. Während beim ersten Item das interpersonale Mitteilen im Vordergrund steht, ist das zweite Item auf Probleme bei der Versprachlichung bezogen.

Abschließend bleibt zu resümieren, dass unseren Studienergebnissen zufolge schizophrene Patienten eine Vielzahl alexithymer Merkmale und Auffälligkeiten im Bereich der emotionalen Intelligenz aufweisen, vergleicht man sie mit gesunden Personen. Berücksichtigt man allerdings vor allem die (stärkere) Depressivität der schizophrenen Patienten, eine in diesem Zusammenhang wichtige Moderatorvariable, so bleiben zumal angesichts der bei ihnen häufig beobachtbaren allgemeinen Störungen der Affektivität, des Denkens und Wahrnehmens erstaunlich wenige emotional-intellektive Auffälligkeiten bestehen. Schizophren Erkrankte manifestieren unseren Daten zufolge ein stärker external, an Äußerlichkeiten orientiertes Denken und eine tendenziell geringere situationale emotionale Intelligenz verglichen mit gesunden Personen. Der Vergleich mit den depressiven Patienten zeigt aber an, dass diesen Merkmalen keine Spezifität für Schizophrenie zukommt. Es bleibt zukünftigen Interventionsstudien überlassen zu prüfen, ob es im Falle einer erfolgreichen Behandlung der depressiven Symptomatik schizophrener Patienten zu (den erwarteten) Verbesserungen der emotional-intellektiven Fähigkeiten kommt. Der Bedarf an Trainingsprogrammen zur Steigerung von emotionalen Intelligenz bei Schizophrenie erscheint vorliegenden Befunden zufolge eher

gering, zumal wenn man bedenkt, dass ein external orientiertes Denken eine protektive interpersonale Distanzierungsfunktion haben könnte, um Reizüberflutungen und sozialem Stress aus dem Wege zu gehen. Bislang existieren zum Thema Alexithymie bzw. emotionale Intelligenz bei Schizophrenie nur sehr wenige Studien, so dass sich weitgehende allgemeine Schlussfolgerungen zum Thema verbieten. Auch müssen unsere Befunde auf dem Hintergrund der untersuchten Stichprobe, die aus jüngeren, chronisch kranken und vor allem paranoiden Patienten bestand, beurteilt werden. Zukünftig bleibt die pathogenetische Rolle der Alexithymie bei Schizophrenie zu klären. Hierzu können Logitudinaluntersuchungen an Hochrisiko-Personen hilfreich sein. Es ist denkbar, dass eingeschränkte Fähigkeiten im Erkennen und Umgang von Emotionen für die Auslösung von Schizophrenien relevant sein könnten. Emotionsregulatorische Kompetenzen helfen möglicherweise, auf belastende Situationen bzw. Lebensereignisse geringere Stressreaktionen zu manifestieren. Das könnte die Vulnerabilität, an einer Schizophrenie zu erkranken, herabsetzen. Andererseits könnten gut ausgeprägte emotional-intellektive Fähigkeiten auch den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflussen, in dem etwa die soziale Reintegration besser gelingt. Sollten sich die letztgenannten Annahmen bestätigen lassen, wäre wieder ein Bedarf an Trainingsprogrammen zur Verbesserung der emotional-intellektiven Fähigkeiten bei schizophrenen Patienten erkennbar. In weiteren Untersuchungen zu Alexithymie und emotionaler Intelligenz bei Schizophrenie erscheint es sinnvoll, neben Selbstbeurteilungsinstrumenten auch andere Messmethoden zum Einsatz zu bringen. Im Bereich der emotionalen Intelligenzmessung empfiehlt es sich, zukünftig weitere Fragebogeninstrumente wie den Mayer-Salovey-Caruso-Emotional-Intelligence-Test (Schütz et al., 2002) oder die deutsche Trait Meta-Mood Scale (Otto et al. 2001) zu verwenden, um die hier ermittelten Befunde zu überprüfen.

6. Literaturverzeichnis

1. Ahrens S, Deffner G (1985) Alexithymie –Ergebnisse und Methoden eines Forschungsbereichs der Psychosomatik. *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 35, 147-159.
2. Ahrens S, Gyldenfeldt H, Runde P (1979) Alexithymie, psychosomatische Krankheit und instrumentelle Orientierung. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 29, 173-177.
3. Apfel RJ, Sifneos PE (1979) Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190
4. 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.
5. 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.
6. 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
7. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD, Loiselle C (1990) Cross-Validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 47-51.
8. Bagby RM, Taylor GJ (1997) Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (eds.), *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
9. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D (1986) Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 207-215.
10. Beck AT, Steer RA (1987) *Beck Depression Inventory: manual*. San Antonio: Psychological Corp. Harcourt Brace Jovanovich.
11. Berenbaum H, Oltmanns TF (1992) Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 37-44.
12. Bermond B (1995) Alexithymie, een neuropsychologische benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 717-727.
13. Bermond B (1997) Brain and Alexithymia. In: Vingerhoets A, van Brussel F, Boelhouwer J eds. *The non-expression of emotion in health and disease*. Tilburg: Tilburg University Press.
14. Bertagne P, Pardinielli JL, Maliere C (1992) Alexithymia. Evaluation, quantitative and clinical data. *Encephale*, 18 (1), 121-130.
15. 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.
16. Biehl B, Dangel S, Reiser A (1981) *POMS – Profile of Mood States*. Weinheim: Beltz, 1981.
17. Blanchard EB, Arena JG, Pallmeyer TP (1981) Psychometric Properties of a Scale to Measure Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 64-71.
18. Blanchard JJ, Mueser KT, Bellack AS (1998) Anhedonia, positive and negative affect and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 413-424.
19. Borkenau P & Ostendorf F (1993): *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.

20. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM (1992) Alexithymia in woman with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatric*, 161, 240-243.
21. Braun C, Bernier S, Proulx R, Cohen H (1991) A deficit of primary affective facial expression independent of bucco-facial dyspraxia in chronic schizophrenics. *Cognition and Emotion*, 5, 147-159.
22. Butzlaff RL, Hooley JM (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
23. Carpenter, WT, Heinrichs, DW & Wagman, AMI (1988) Deficit and non-deficit forms of schizophrenia. The concept. *American Journal of Psychiatry*, 145, 578-583.
24. Caruso DR, Mayer JD, Salovey P (2002) Relation of an Ability Measure of Emotional Intelligence to Personality. *Journal of Personality Assessment*, 79 (2), 306-320.
25. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A (2001) Alexithymia in Schizophrenia: An exploratory study. *Psychological Reports*, 89, 95-98.
26. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1976) Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 374-382.
27. Ciarrochi JV, Chan A, Caputi P (1999) A critical evaluation of the emotional intelligence. *Personal and Individual Differences* 28, 539-561
28. Ciarrochi J, Forgas J (1999a) The pleasure of possessions: the interactive effects of mood and personalità on evaluations of personal effects, submitted for publication.
29. Ciarrochi J, Forgas J (1999b) On being anxious yet tolerant: Personality mediates mood effects on race related judgments, submitted for publication.
30. Cook DR (1987) Measuring shame: the Internalized Shame Scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4, 197-215.
31. Codispoti M, Codispoti O (1996) L'operazionalizzazione del costrutto "alessitimia"- rassegna critica della letteratura. *Giornale Italiano di Psicologia*, 23, 547-569.
32. Costa PT, McCrae RR (1985) The NEO Personality Inventory. Manual form S and form R. Odessa: Psychological Assessment Resources.
33. Costa PT, Bagby RM, McCrae RR (2006) Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*.
34. Costa PT, McCrae RR (1989) The NEO PI/FFI manual supplement. Odessa: Psychological Assessment Resources.
35. Costa PT, McCrae RR (1992) The NEO Personality Inventory. In: Briggs SR, Cheek JM (eds.), *Personality measures: development and evaluation*. Greenwich: JAI Press.
36. Cramer P, Weegmann M, O'Neil M (1989) Schizophrenia and the perception of emotions: How accurately do schizophrenics judge the emotional states of others? *British Journal of Psychiatry*, 155, 153-164.
37. Davis PJ, Gibson MG (2000) Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 445-450.
38. 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.
39. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1995) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern: Huber.
40. 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.
41. Duval S, Wicklund RA (1972) *A theory of objective self awareness*. Academic Press, New York.

42. Eack SM, Hogarty GE, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS (in Druck) Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research*.
43. Erkwow R, Herpetz S, Sass H (2003) Persönlichkeitsstörungen und schizophrene Psychosen. *Nervenarzt*, 74, 740-747.
44. Falkai P, Vogele K, Maier W (2001) Structural brain changes in patients with schizophrenic psychosis. From focal pathology to network disorder. *Nervenarzt*, 72, 331-341.
45. 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.
46. Fenigstein A, Scheier MF, Buss AH (1975) Public and private self-consciousness: Assment and theory. *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 43, 522-527.
47. Finn PR, Martin J, Pihl RO (1987) Alexithymia in Males at High Genetic Risk for Alcoholism. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 18-21.
48. Finzen A (1993) Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
49. Franz M, Schneider C, Schäfer R, Schmitz N, Zweyer K (2001) Faktorenstruktur und Testgütekriterien der deutschen Version der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) bei psychosomatischen Patienten. *Psychotherape, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, 48-55.
50. 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.
51. Fukunishi I, Wise Th, Sheridan M, Shimai S, Otake K, Utsuki N, Uchiyama K (2001b) Validity and reliability of the Japanese version of Emotional Intelligence Scale among college students and psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 89, 625-632.
52. Gaebel W (1996) Erfassung und Differenzierung schizophrener Minussymptomatik mit objektiven verhaltensanalytischen Methoden. In Möller HJ & Pelzer E (Hrsg.). *Neuere Ansätze zur Diagnostik und Therapie schizophrener Minussymptomatik* (S.79-90). Berlin: Springer.
53. Gardner H (1983) *Frames of Mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
54. Gardos G, Schniebolk S, Mirin SM, Wolk PC, Rosenthal KL (1983), Presented a s an Exhibit at the Annual Meeting of the American Psychopathological Association, New York.
55. Goleman D (1995) *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
56. Gottesmann II, Shields J (1982) Schizophrenia in twins: 16 years consecutive Admission to a psychiatric clinic. *British Journal of Psychiatry*, 112, 809-812.
57. Greenberg LS (2002) *Emotion-focused therapy; coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association, Washington.
58. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M (1987) BSABS. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer.
59. Gurrera R, Nestor P, O'Donnell B (2000) Personality Traits in Schizophrenia: Comparison with a Community Sample. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188 (1), 31-35.
60. Häfner H (1995) *Was ist Schizophrenie?* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
61. Hahlweg, K (1998) *Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, Verlag für Psychologie.
62. Haviland MG, Reise SP (1996b) Structure of the Twenty-Item Toronto Alexithymia

- Scale. *Journal of Personality and Assessment*, 66, 116-125.
63. Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA (1988) Validation of the Toronto-Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 81-87.
 64. Heinz A, Braus DF, Romero B, Gallinat J, Puls I, Juckel G, Weinberger DR (2004) Genetische und pharmakologische Effekte auf präfrontale kortikale Funktionen bei Schizophrenie. *Nervenarzt*, 75, 845-856.
 65. 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.
 66. Ingram RE (1990) Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
 67. Izard CE (1977) *Human emotions*. New York: Plenum Press.
 68. Izard CE (1981) *Die Emotionen des Menschen*. Weinheim: Beltz.
 69. Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Covino NA, Sifneos PE (1994) Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine* 56, 90-93.
 70. Kauhanen J, Julkunen J, Salonen J (1991) Alexithymia and Perceived Symptoms: Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 247-252.
 71. Kauhanen J, Julkunen J, Salonen J (1992) Validity and reliability of the Toronto-Alexithymia Scale (TAS) in a population study. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 687-694.
 72. Kay SR, Fiszbein A & Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
 73. Kentros M, Smith TE, Hull J, McKee M, Terkelsen K, Capalbo C (1997) Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 549-555.
 74. Keshavan MS, Duggal HS, Veeragandham G, McLaughlin NM, Montrose DM, Haas GL, Schooler NR (2005) Personality dimensions in first-episode psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 162, 102-109.
 75. Kestenbaum CJ (1980) The origins of affect: Normal and pathological. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 8, 497-520.
 76. Kirmayer LJ, Robbins JM (1993) Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34, 41-52.
 77. Kleiger JH, Kinsmann RA (1980) The development of an MMPI Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.
 78. Kring AM, Neale JM (1996) Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential and psychophysiological components of emotion? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 249-257.
 79. Krystal JH, Giller EL, Cicchetti DV (1986) Assessment of alexithymia in Posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
 80. 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.
 81. Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2001) TAS-26. Toronto Alexithymie-Skala-26. Manual. Göttingen: Hogrefe.
 82. Lane RD, Sechrest L, Riedel R (1998) Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377-385.
 83. 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.
84. Lane RD, Schwartz GE (1987) Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am. J. Psychiatry*, 144, 133-143.
 85. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R (2003) Cognitive and emotional characteristics of alexithymia –A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533-541.
 86. Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981) *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
 87. Leentjens AF, Wielaert SM, van Harskamp F, Wilmink FW (1998) Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia. A cross-sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 375-378.
 88. Leff J, Vaughn C (1985) *Expressed emotion in families. Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
 89. Lewis SF, Garver DL (1995) Treatment and diagnostic subtype in facial affect recognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 5-11.
 90. Liberman RP, Jacobs HE, Boone SE, Foy DW, Donahoe CP, Falloon IRH, Blackwell G, Wallace CJ (1986) *New methods for rehabilitating chronic mental patients*. American Psychiatric Press, Washington, D.C.
 91. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S (1994) Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 631-638.
 92. Lischetzke T, Eid M, Wittig F, Trierweiler L (2001) Die Wahrnehmung eigener und fremder Gefühle. *Diagnostica*, 47, 167-177.
 93. Loisel CG, Dawson C (1988) Toronto-Alexithymia Scale : Relationship with Measures of Patient Self-Disclosure and Private Self-Consciousness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 109-116.
 94. Lolas F, de Parra G, Aronsohn S et al. (1980) On the measurement of alexithymic behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 33, 139-146.
 95. 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.
 96. Maggini C, Raballo A, Salvatore P (2002) Depersonalization and basic symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*, 35, 17-24.
 97. Maggini C, Raballo A (2004) Alexithymia and schizophrenic psychopathology. *Acta Bio Medica Ateneo Parmense*, 75, 40-49.
 98. Maggini C, Raballo A (2004) Self-Centrality, Basic Symptoms Model and Psychopathology in Schizophrenia. *Psychopathology*, 37, 69-75.
 99. Mandal MK, Palchoudhury S (1989) Identifying the components of facial emotion and schizophrenia. *Psychopathology*, 22, 295-300.
 100. Mandal MK, Pandey R, Prasad AB (1998) Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 399-412.
 101. Marneros A, Andreasen NC (1992) Positive und negative Symptomatik der Schizophrenie. *Nervenarzt*, 63, 262-270.
 102. Marty P, de M'Uzan M (1963) La pensee operateire. *Revue Francaise de Psychoanalyse*, 27, 1345-1356.
 103. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G (2003) Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
 104. McCrae RR, John OP (1992). Introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
 105. McNair DM, Lorr M, Doppleman LF (1971) *The Profile of Mood States (POMS)*. San

- Diego: Educational and Industrial Testing Service.
106. Morrison SL, Pihl RO (1989) Psychometrics of the Schalling-Sifneos and Toronto Alexithymia Scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 83-90.
 107. Murray CJ, Lopez AD (1996) Global and regional descriptive epidemiology of disability: Incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray CJ, Lopez AD (eds.) *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard: Harvard University Press.
 108. Myin-Germeys I, Delespaul PAEG, de Vries MW (2000) Schizophrenia patients are more emotionally active than is assumed based on their behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 847-854.
 109. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE (1976) Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 3, 430-439.
 110. Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW: *Modern trend in psychosomatic medicine*, 2, 26-34. London.
 111. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M (1997a) Negative symptoms, depression, anxiety and alexithymia in schizophrenic patients. *Encephale*, 23, 267-272.
 112. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M (1997b) Alexithymia in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. *Encephale*, 23, 358-363.
 113. Otto JH, Döring-Seipel E, Grebe M, Lantermann ED (2001) Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der wahrgenommenen emotionalen Intelligenz. *Diagnostica*, 47 (4), 178-187.
 114. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ, Endler NS, Schmitz P (1993) Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
 115. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM (2001) The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
 116. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM, Acklin MW (1993) Alexithymia in panic disorder and simple phobia: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105-1107.
 117. 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.
 118. Rief W, Heuser J, Fichter MM (1996) What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology*, 52 (4), 423-429.
 119. Rochelle MR (2004) Personality Characterization of Outpatients With Schizophrenia, Schizophrenia With Substance Abuse, and Primary Substance Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 672-681.
 120. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Hodel B (1992) *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
 121. Rodriguez-Solano JJ, Gonzalez de Chavez M (2000) Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 44, 137-144.
 122. Saklofske DH, Austin EJ, Minski PS (2003) Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34, 707-721.
 123. Salem JE, Kring AM, Kerr SL (1996) More evidence for generalized poor performance in facial emotion perception in schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 480-483.
 124. Salovey P, Mayer JD (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
 125. 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.

- Emotion, disclosure, and health, 125-154.
126. Scharfetter C (1990) Schizophrene Menschen. München PVU, Urban & Schwarzenberg.
 127. Schmitt M, Maes J (2000) Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI)). *Diagnostica*, 46, 38-46
 128. Schneider F, Gur RC, Shtasel DL (1995) Emotional processing in schizophrenia: Neurobehavioral probes in relation to psychopathology. *Schizophrenia research*, 17, 67-75.
 129. Schütz A, Hertel J, Schröder M (2002) Test zur emotionalen Intelligenz. Deutsche Version des MSCEIT von Mayer, Salovey und Caruso. Chemnitz, Technische Universität.
 130. Shipko S, Alvarez WA, Noviello N (1983) Towards a teleological model of alexithymia; Alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 122-126.
 131. Sifneos PE (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
 132. Silk KR, Tandon R (1991) Negative symptom rating scales. In Greden JF, Tandon R (eds.), *Negative schizophrenic symptoms: Pathophysiology and clinical implications* (pp. 61-77). Washington: American Psychiatric Press.
 133. Snaith P (1993) Anhedonia: A neglected symptom of psychopathology. *Psychological Medicine*, 23, 957-966.
 134. Spielberger, C D, Gorsuch, R L & Lushene, R E (1970) *Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory*. Palo Alto. Consulting Psychologists Press
 135. Spitzer C, Siebel-Jurges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ (2005) Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 240-247.
 136. Stanghellini G, Ricca V (1995) Alexithymia and Schizophrenias. *Psychopathology*, 28, 263-272.
 137. Stephanos S (1973) *Analytisch psychosomatische Therapie*. Bern: Huber.
 138. Stephanos S (1975) A concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 178-187.
 139. Stephanos S, Biebl W, Plaum FG (1976) Ambulatory analytical psychotherapy of psychosomatic patients: A report on the method of "relaxation analytique". *British Journal of Medical Psychology*, 49, 305-313.
 140. Stieglitz RD, Freyberger HJ (2001) Selbstbeurteilungsverfahren. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 83-94, Stuttgart: Thieme.
 141. Süllwold L (1986). *Schizophrenie*. Stuttgart: Kohlhammer.
 142. Suslow T, Arolt V (1997) Störungen emotionaler Prozesse bei Schizophrenie –eine kognitions-psychologische Betrachtung. *Zeitschrift für Psychologie*, 205, 119-139.
 143. 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.
 144. 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.
 145. 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.
 146. Suslow T, Roestel C, Ohrmann P, Arolt V (2003) The experience of basic emotions in schizophrenia with and without affective negative symptoms. *Comprehensive*

- Psychiatry, 44, 303-310.
147. Swinkels A, Giuliano TA (1995) The measurement and conceptualization of mood awareness: Monitoring and labelling one's mood states. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 934-949.
 148. 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.
 149. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1991) The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
 150. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1992) The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.
 151. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD (1997) Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
 152. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD (1990) Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 290-296.
 153. Taylor GJ, Doody K, Newman A (1981) Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 255-262.
 154. Taylor GJ, Ryan DP, Bagby RM (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
 155. Todarello O, Porcelli P, Griletti F, Bellomo A (2005) Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? *Psychopathology*, 38, 310-314.
 156. Uchiyama K, Shimai T, Utsugi N, Otake K (2001) EQS manual. Tokyo: Jitsumu Kyoiku Syuppan.
 157. van 't Wout M (2006) The nature of emotional abnormalities in schizophrenia. Utrecht: Ponsen & Looijen BV.
 158. Vauth R, Joe A, Seitz M, Dreher-Rudolph M, Olbrich H, Stieglitz RD (2001) Differenzielle Kurz- und Langzeitwirkung einer "Trainings Emotionaler Intelligenz" und des "Integrierten Psychologischen Therapieprogramms" für schizophrene Patienten? *Fortschritt Neurologie und Psychiatrie*, 69, 518-525.
 159. Ver Issimo R (2003) Emotional intelligence: from Alexithymia to Emotional Control. *Acta Med Port.*, 16 (6), 407-411.
 160. Von Rad M (1983) Alexithymie. Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker. Berlin.
 161. Wise TN, Mann LS, Randell P (1995) The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology*, 28, 173-176.
 162. 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.
 163. Zeitlin SB, McNally RJ (1993) Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 658-660.
 164. Zeitlin SM, McNally RJ, Cassidy KL (1993) Alexithymia in victims of sexual assault: An effect of repeated traumatization? *American Journal of Psychiatry*, 150, 661-663.
 165. Zubin J, Magaziner J, Steinhauer SR (1983) The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
 166. Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability –a new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

7. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Katharina Kristin Wolterdorf

Geburtsdatum: 05.10.1979 in Berlin

Familienstand: ledig

Nationalität: deutsch

Eltern: Dr. med. Friedrich Woltersdorf (selbständiger Gynäkologe)
Heidrun Woltersdorf, geb. Müller (Gymnastiklehrerin)

Geschwister: Friedrich Woltersdorf jun. (Assistenzarzt der Gynäkologie)
Dorothea Woltersdorf (Jurastudentin im Referendariat)
Alexander Woltersdorf (Kommissaranwärter bei der Polizei)

Schulischer Werdegang

1985 – 1989 Besuch der Grundschulen in Berlin, Bremen und Paderborn

1989 – 1998 Pelizaeus-Gymnasium in Paderborn, Abitur

Hochschulstudium

1999 – 2006 Studium der Humanmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität
Münster

WS 02/03 Auslandssemester, Leopold-Franzens-Universität in Innsbruck,
Österreich

PJ 05/06 Erstes Tertial: Innere Medizin, Städtische Kliniken Mitte in
Dortmund
Zweites Tertial: Pädiatrie, Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin in Dortmund
Drittes Tertial: Chirurgie, Kantonales Spital Flawil, Schweiz

Promotion „Emotionale Intelligenz und Alexithymie bei Schizophrenen“,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen-
Wilhelms-Universität Münster

Beruf

Januar 2007 Stellenbeginn als Assistenzärztin der Pädiatrie im Diakonie-
krankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH
Leiter: CA Dr. med. M. Scharnetzky

Paderborn, 06.12.2006

8. Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei Herrn PD Dr. Thomas Suslow bedanken. Für die Idee, die Unterstützung, die geduldige Begleitung und alle Hilfe bei dieser Dissertation. Ich weiß, dass ich da besonderes Glück gehabt habe.

Weiterhin danke ich allen Patienten, die an meiner Studie teilgenommen haben. Sie sind Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität (Leiter: Prof. Dr. med. V. Arolt), des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn (Ärztlicher Direktor: PD Dr. med. B. Vieten) oder der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. T. Reker). Ich weiß, dass es vielen von ihnen große Mühe gemacht hat, an meiner Untersuchung teilzunehmen, sie mir aber trotzdem diesen Wunsch erfüllt haben. Vielen Dank den Patienten und den ärztlichen Betreuern.

Außerdem danke ich den Normalprobanden meiner Studie, die größtenteils aus meinem Freundeskreis kommen und immer an den Ergebnissen meiner Studie interessiert waren. Ohne sie wäre eine Umsetzung auch nicht möglich gewesen und ihre Begeisterung hat mir gefallen.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Thomas Blömeke, der mir beim Finden hartnäckiger Fehler behilflich war und mich sehr unterstützt hat. Sowie meinem Bruder Alexander Woltersdorf und meiner ganzen Familie für ihre Unterstützung.

9. Anhang

1. Items der englischen Originalversion der Emotionalen Intelligenz-Skala
2. Deutsche Übersetzung der Emotionalen Intelligenz-Skala (EIS)
3. Die 32-Item Version der Toronto Alexithymie Skala
4. Die Internalisierte Scham-Skala
5. Die revidierte Form des Beck Depressions-Inventars

1. 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

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

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

