

Erfassung der prämorbidien Persönlichkeit bei endogenen Psychosen

Eine faktorenanalytische Untersuchung
der charakterologischen Eigenschaftsliste von v. Zerssen

Heidrun Mörbt

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsdirektion,
Lenggstraße 31, Postfach 68, CH-8029 Zürich, Schweiz

Assessment of the Premorbid Personality in Endogenous Psychoses

A Factor-Analytical Study of the Adjective Check List of von Zerssen

Summary. In order to get information about the premorbid personality of patients with endogenous psychosis, we examined the adjective check list of von Zerssen with regard to form and content on a sample of 126 schizophrenic and 31 affective-psychotic patients. The data gathering occurred through retrospective evaluation by a close relative of each patient.

One aim of the study was the development of a psychometric instrument in order to construct clinically relevant scales, which would allow us to objectify characterizations of the premorbid personality of patients with psychic illness. Another aim was to test the validity of this instrument by investigating the coherence between the obtained test results and the corresponding clinical psychiatric judgments of experts in the form of diagnoses. Finally, we sought to determine if typical premorbid characteristic features give a predisposition for specific aspects of psychotic diseases, in order to be able to differentiate between diverse psychiatric groups of diagnoses.

By means of factor analysis (principal component analysis) with Varimax rotation we came to five easily distinguishable clinical-psychological well interpretable factors, from which we derived five scales. These scales seem to be appropriate for the characterization of premorbid personality traits. They represent the following clinical concepts: (1) cyclothymia, (2) sthenia, (3) anancasm, (4) hostility, (5) schizothymia.

Formal examination of the factor-analytical proved scales according to criteria of classic test-theory (item-test correlation, reliability, distribution, intercorrelation) showed that we were able to measure rather independent dimensions of premorbid personality by our five scales with sufficient accuracy.

To get evidence for the empirical validity of our scales we compared our test results (1) with three groups of different diagnoses concerning premorbid

personality and (2) with the two diagnostic groups of schizophrenia and affective psychoses. We also tried to work out differential aspects within the diagnostic group of schizophrenia for four subgroups. As criteria for validity we used clinical judgments of psychiatrists both for the premorbid personality and for the diagnosis of the present disease.

On the whole our adjective check list turned out to be a useful instrument to get a discriminating description of premorbid characteristic features which is better than a global evaluation in form of a single diagnosis. First indications of the practical importance of our scales are discussed.

Key words: Premorbid Personality – Adjective Check List – Rating – Endogenous Psychosis – Scale Construction.

Zusammenfassung. Zur Erfassung der prämorbidien Persönlichkeit von psychisch Kranken mit endogenen Psychosen untersuchten wir die charakterologische Eigenschaftsliste von v. Zerssen formal und inhaltlich an einer Stichprobe von 126 schizophrenen und 31 affektpsychotischen Patienten. Die Datenerhebung erfolgte durch retrospektive Fremdbeurteilung unserer Patienten durch jeweils einen nahen Angehörigen (meist durch ein Elternteil, Geschwister oder den Ehepartner). Ziel der Studie war die psychometrische Konstruktion klinisch relevanter Skalen, welche uns gestatten, Angaben zur prämorbidien Persönlichkeit von psychisch Kranken auf der Fremdbeurteilungsebene zu objektivieren, weiterhin die Abklärung der Frage nach der Validität dieses Instrumentes durch Erforschung der Zusammenhänge zwischen den Testergebnissen und klinisch-psychiatrischen Expertenurteilen zur prämorbidien Persönlichkeit in Form einer Diagnose. Schließlich suchten wir nach Zusammenhängen zwischen prämorbidier Persönlichkeit und der jetzigen Erkrankung, um zu sehen, ob bestimmte prämorbidie Wesenszüge für bestimmte Krankheitsbilder spezifisch sind oder nicht.

Über Faktorenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation gelangten wir zu fünf klinisch-psychologisch gut interpretierbaren Faktoren, aus denen wir 5 Skalen ableiteten, die zur Beschreibung prämorbidier Wesenszüge bei Patienten mit endogenen Psychosen sinnvoll erscheinen. Die einzelnen Skalen repräsentieren die folgenden klinischen Konzepte: Cyclothymie (1), Sthenie (2), Anankasmus (3), Hostilität (4), Schizothymie (5).

Die formale Überprüfung der faktoriell begründeten Skalen nach den Kriterien der Testtheorie (Trennschärfe, Reliabilität, Verteilungsform, Interkorrelationen) zeigte, daß die fünf Skalen relativ unabhängige Dimensionen der prämorbidien Persönlichkeit mit hinreichender Genauigkeit erfassen.

Zur Ermittlung der empirischen Validität unserer Skalen wurden Gruppenvergleiche zwischen drei Gruppen mit unterschiedlicher prämorbidier Persönlichkeit einerseits sowie zwischen den beiden Diagnosegruppen Schizophrenie und Affektpsychose andererseits durchgeführt (Varianzanalyse und t-Tests). Darüber hinaus versuchten wir, differentielle Gesichtspunkte innerhalb der Diagnosegruppe Schizophrenie für vier eindeutig abgrenzbare Untergruppen herauszuarbeiten. Als Validitätskriterien dienten uns klinisch-psychiatrische Urteile von Experten über die prämorbidie Persönlichkeit und über die derzeitige Diagnose.

Beim Vergleich unserer Testergebnisse mit den Diagnosen von Experten zur prämorbidien Persönlichkeit differenzierten drei der fünf Skalen in der erwarteten Richtung zwischen prämorbid Gesunden und prämorbid schizoiden Persönlichkeiten. Weiterhin unterschieden sich in zwei Skalen die prämorbid Gesunden von denen mit anderen psychischen Auffälligkeiten. Zwischen den Schizoiden und solchen mit anderen Persönlichkeitsstörungen fanden wir keine bedeutsamen Unterschiede.

Wir fanden anhand unserer Skalen keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen bestimmten prämorbidien Wesenszügen und der Art der Erkrankung. Immerhin liegen einige Verdachtsmomente dafür vor, daß die Patienten der Diagnosegruppe Schizophrenie schon in ihrer prämorbidien Persönlichkeit unterschiedliche Charakterzüge aufweisen, diesbezüglich also keine Einheit darstellen. Die Hypothese, daß bei den schizophrenen Patienten je nach prämorbidier Persönlichkeit unterschiedliche Krankheitsbilder (Unterformen) resultieren, konnte mit unserem Material nicht entkräftet werden.

Im ganzen erwies sich die Eigenschaftsliste als brauchbares Instrument, um zu einer differenzierteren Beschreibung prämorbidier Persönlichkeitsmerkmale zu kommen, das globalen Urteilen in Form einer einzigen Diagnose überlegen ist. Erste Anhaltspunkte für die praktische Relevanz unserer Skalen liegen vor.

Schlüsselwörter: Prämorbidie Persönlichkeit – Eigenschaftsliste – Fremdbeurteilung – Endogene Psychosen – Skalenkonstruktion.

1. Einleitung

Die meisten Versuche, prämorbidie Persönlichkeitszüge zu erarbeiten, stützen sich auf klinische Beobachtungen und anamnestische Angaben von Patienten oder deren Angehörigen. Die Ansichten darüber, ob es in der prämorbidien Persönlichkeitsstruktur von Psychotikern überhaupt Besonderheiten gibt, die spezifisch für bestimmte Krankheitsbilder sind, und wenn ja, welche, divergieren stark. Die meisten diesbezüglichen Befunde basieren auf klinischen Erfahrungen oder Lehrmeinungen, doch wurden bisher, von wenigen Ausnahmen abgesehen (von Zerssen et al., 1969 und 1970), kaum Versuche unternommen, den Begriff der prämorbidien Persönlichkeit zu operationalisieren, um anhand standardisierter Verfahren objektive und verlässliche Daten erheben zu können. Nur so kann man aber zumindest auf der deskriptiven Ebene zu fundierten Aussagen über die prämorbidie Persönlichkeit verschiedener psychiatrischer Gruppen gelangen.

Marke und Nyman (1962) operationalisierten ein von dem schwedischen Psychiater Sjoebring entwickeltes Persönlichkeitsmodell mittels vier Dimensionen in der sog. Marke-Nyman-Temperamentskala. Perris (1966), Coppen (1966) und später Baumann und Angst (1972) untersuchten mit diesem Instrument Gruppen von depressiven psychiatrischen Patienten auf der Selbstbeurteilungsebene.

Von Zerssen et al. (1969 und 1970) versuchten erstmals, sowohl auf der Selbstbeurteilungsebene (in Form eines Fragebogens) als auch auf der Fremdbeurteilungsebene (in Form einer Eigenschaftsliste), die aufgrund divergierender theoreti-

scher Grundkonzeptionen vorhandenen Charakterschilderungen zur prämorbidien Persönlichkeit von endogen depressiven Patienten in einem psychologischen Untersuchungsinstrument zu vereinen und damit einer psychometrischen Analyse zugänglich zu machen, um auf diesem Wege klinische Eindrücke zu objektivieren.

Die charakterologische Eigenschaftsliste von von Zerssen et al. wurde zur retrospektiven Fremdbeurteilung der prämorbidien Persönlichkeit bei in erster Linie endogen depressiven Patienten eingesetzt. Ihr lagen drei verschiedene, klinisch erarbeitete Konzepte zur Charakterstruktur von endogen Depressiven zugrunde, einmal das Kretschmersche Zykllothymiekonzept, dann das Konzept des „Typus melancholicus“ im Sinne von Tellenbach und schließlich ein psychoanalytisches Konzept einer spezifischen Kombination „oraler“ und „analer“ Charakterzüge. Von Zerssen et al. überprüften die drei Konzepte in einer Konstruktanalyse auf ihre Brauchbarkeit zur Charakterisierung der prämorbidien Persönlichkeit endogen Depressiver und bildeten anschließend anhand von Faktoren-Scores drei Skalen, wobei jede Skala eines der drei Konzepte repräsentierte.

2. Fragestellung und Methodik

2.1. Fragestellungen dieser Untersuchung

Die vorliegende empirische Untersuchung soll die Möglichkeiten und Grenzen einer objektivierenden Erfassung der prämorbidien Persönlichkeit von Psychotikern auf der Fremdbeurteilungsebene mit Hilfe der charakterologischen Eigenschaftswörterliste von von Zerssen und Mitarbeitern weiter abklären helfen. Ziel dieser Studie ist die Untersuchung jener Eigenschaftsliste auf ihre faktorielle Struktur hin, um auf deskriptiver Ebene durch mathematisch-statistische Methoden klinisch sinnvolle Skalen zur Erfassung der prämorbidien Persönlichkeit von Psychotikern zu erstellen und diese Skalen dann auf die wichtigsten Gütekriterien der klassischen Testtheorie hin (siehe Lienert, 1967) zu überprüfen.

Anschließend an die Skalenkonstruktion gilt es dann, die Frage nach der Validität dieser Skalen abzuklären, wobei wir als einen Aspekt der Validität die Zusammenhänge zwischen testpsychologisch erhaltenen prämorbidien Persönlichkeitsstrukturen und klinisch-diagnostischen Beurteilungen der prämorbidien Persönlichkeit psychisch Kranke untersuchen wollen.

Darüber hinaus interessiert uns, ob sich Beziehungen zwischen bestimmten prämorbidien Persönlichkeitszügen und dem Krankheitsgeschehen psychisch Kranke finden lassen und welche Zusammenhänge mit der Art der Erkrankung im besonderen bestehen. Auf diese tieferdringenden Fragen wird am Schluß der Arbeit kurz eingegangen.

Zusammenfassend wollen wir uns in dieser Arbeit mit folgenden Fragen eingehender befassen:

- Lassen sich aus der Eigenschaftsliste von von Zerssen klinisch relevante Skalen zur Erfassung der prämorbidien Persönlichkeit von Psychotikern mit Hilfe der Methode der Fremdbeurteilung gewinnen?
- Wie sind die erhaltenen Skalen formal hinsichtlich Trennschärfe, Itemmittelwerten, innerer Konsistenz, Skaleninterkorrelationen und Verteilung der Skalenwerte zu beurteilen?
- Welche Zusammenhänge ergeben sich zwischen testpsychologisch erfaßten prämorbidien Persönlichkeitszügen und klinisch-psychiatrischen Beurteilungen der prämorbidien Persönlichkeit?
- Lassen sich anhand von Fremdbeurteilungen der prämorbidien Persönlichkeit verschiedene psychiatrische Diagnosegruppen differenzieren?

2.2 Methodische Erwägungen

Methodisch ergeben sich Schwierigkeiten, wenn man retrospektiv prämorbidie Persönlichkeitszüge von psychisch Kranke erfassen will. Hierfür die Selbstbeurteilungsebene zu wählen,

erschien uns nicht ratsam, weil ja der aktuelle Krankheitszustand von psychisch Kranken in der Regel eine erhebliche Persönlichkeitsstörung mit sich bringt und es an sich schon schwer macht, sie einen einfachen Fragebogen mit Ja-Nein-Antworten ausfüllen zu lassen, die Aufgabe aber, retrospektiv über Charakterzüge vor Ausbruch der Erkrankung Auskunft zu geben, für die Kranken selbst häufig eine massive Überforderung darstellt, so daß kaum damit zu rechnen wäre, verlässliche Daten zu erhalten.

Eine andere Möglichkeit, die Verwendung gängiger mehrdimensionaler Persönlichkeitsinventare bei noch gesunden Probanden, welche aus Familien mit hoher erblicher Belastung bezüglich psychischer Erkrankung stammen (sog. „high-risk“-Fälle), kam für uns wegen des damit verbundenen enormen Aufwandes nicht in Frage, obwohl man damit eine retrospektive Befragung hätte vermeiden können. Als methodisch gangbarer Weg zur Erfassung der prämorbiden Persönlichkeit von Psychotikern bot sich daher nur die Fremdbeurteilung an, und zwar durch nahe Angehörige, da diese am ehesten zu einer differenzierten Beschreibung von vor der Erkrankung vorhandenen Charakterzügen von Patienten in der Lage sind.

3. Stichprobe

Unsere Analysenstichprobe setzte sich aus Fremdbeurteilungen von 157 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hospitalisierten Patienten durch 163 nahe Angehörige zusammen, die im Rahmen einer Familienstudie von uns untersucht wurden. In jene Studie gelangten auf Seiten der Patienten nur frisch oder wieder erkrankte psychisch Kranke zwischen 15 und 70 Jahren mit einer Diagnose aus dem Bereich der Schizophrenien (ICD-Nr. 295) oder der Affektpsychosen (ICD-Nr. 296), die außerdem Schweizer Bürger mit Wohnsitz im Kanton Zürich sein mußten. Ein Patient kam nur dann in die Studie, wenn die letzte Klinikaufnahme weniger als 10 Tage zurücklag; innerhalb dieser Einschränkungen erfolgte die definitive Auswahl nach Zufall. Da jene Familienstudie noch nicht abgeschlossen ist, basieren unsere Analysen an einer diagnostisch nicht ideal zusammengesetzten Stichprobe.

In 6 Fällen hatten jeweils 2 nahe Angehörige eines Patienten einen Test ausgefüllt, wie sich erst nachträglich herausstellte, so daß wir bei diesen jeweils ein Testergebnis eliminieren mußten. Damit verblieben am Ende noch 157 Angehörige, deren Testbögen in die Auswertung eingingen. Diese unterteilen sich in

Tabelle 1. Häufigkeitsverteilung der Patienten auf verschiedene Diagnosegruppen

Diagnosegruppe (ICD-Nr.)	Anzahl (N)	prozentualer Anteil
295.0 Schizophrenia simplex	3	1,9%
295.1 Hebephrenie	20	12,7%
295.2 Katatonie	28	17,8%
295.3 paranoide Schizophrenie	52	33,1%
295.7 schizo-affektive Psychose	23	14,6%
295 Schizophrenie	126	80,1%
296.0 Involutionsdepression	7	4,5%
296.2 monopolare Depression	16	10,2%
296.3 bipolare Affektpsychose	7	4,5%
296.4 Manie	1	0,6%
296 affektive Psychosen	31	19,8%

67 männliche Beurteiler (= 42,7%) und 90 weibliche Beurteiler (= 57,3%). Die beurteilte Patientengruppe teilt sich nach dem Geschlecht in 73 männliche (= 46,5%) und 84 weibliche Patienten (= 53,5%) auf. Über die diagnostische Zusammensetzung des Patientengutes gibt Tabelle 1 Auskunft.

Bei Aufschlüsselung unseres Patientengutes nach der von Psychiatern diagnostizierten prämorbidien Persönlichkeit aufgrund konventioneller Diagnostik ergab sich folgendes Bild: 72 der Patienten (45,9%) wurden als prämorbid gesund beurteilt, 43 Patienten (27,4%) zeigten prämorbid eine schizoide Persönlichkeit, 32 (20,4%) der Patienten besaßen andere Persönlichkeitsstörungen (inklusive Neurosen), die restlichen 10 Patienten (6,3%) wurden als oligophren bzw. als prämorbid unbekannt eingestuft.

4. Untersuchungsinstrument

Die Eigenschaftswörterliste umfaßt insgesamt 108 Items (Eigenschaften). Pro Eigenschaft stehen jeweils 4 Antwortmöglichkeiten zur Auswahl („ausgesprochen“ — „eher“ — „kaum“ — „gar nicht“ zutreffend).

Die Liste wurde jeweils einem nahen Angehörigen unserer Patienten zum Ausfüllen entweder per Post zugesandt oder aber anlässlich eines Gespräches in der Klinik mitgegeben.

In der Testanweisung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß sich die Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten auf die Zeit *vor* Beginn der Erkrankung beziehen soll. Damit sollte der Einfluß des aktuellen Krankheitsgeschehens auf die Beurteilungen möglichst weitgehend eingeengt werden. Diese an sich schon schwierige Aufgabenstellung wurde für die Angehörigen besonders dann noch erschwert, wenn sie einen Patienten mit einer seit vielen Jahren bestehenden psychischen Erkrankung (bei chronischem Verlauf) zu beschreiben hatten, doch mußte diese Schwierigkeit in Kauf genommen werden.

Die Zusammensetzung der Beurteiler-Stichprobe nach dem Verwandtschaftsverhältnis zum beurteilten Patienten war wie folgt:

Bei den Beurteilern handelte es sich in 52 Fällen (33,1%) um die Eltern der Patienten, in 45 Fällen (28,7%) wurde die Eigenschaftsliste von Geschwistern ausgefüllt, 46mal (29,3%) vom Ehepartner, 9mal von den Kindern und in den restlichen 5 Fällen von einem entfernteren Verwandten.

Die Berechnungen wurden im Rechenzentrum der Universität Zürich (IBM 370-155) mit Hilfe der Programmbibliothek PSYCHLIB (U. Baumann) durchgeführt (LIKERT, MIS1, NORMA3, PAMV, PNDSN, PRINAX2).

5. Faktorenanalyse

Die erhobenen Daten unterzogen wir Faktorenanalysen sowohl nach dem Hauptkomponentenmodell (PC-Analyse) als auch nach dem Modell mehrerer gemeinsamer Faktoren (PF-Analyse; s. Pawlik, 1968), ausgehend von einer Produkt-Moment-Interkorrelationsmatrix der 108 Items (Programm PRINAX2).

Als Ausgangsschätzungen für das Kommunalitätenproblem verwendeten wir quadrierte multiple Korrelationen und wählten anschließend ein iteratives Kommunalitätenschätzverfahren, das als beste Lösung des Kommunalitätenproblems gilt. Die Faktorenanalyse selbst erfolgte nach der Hauptachsenmethode.

Die ersten 9 Eigenwerte ($\lambda_i > 2$) der beiden Faktorenanalysen lauteten:

Tabelle 2. Eigenwerte der Hauptkomponentenlösung und der Lösung nach dem Modell mehrerer gemeinsamer Faktoren

Faktor Nr.	Hauptkomponentenmodell			Modell mehrerer gemeinsamer Faktoren		
	λ	$\lambda\%$	cum $\lambda\%$	λ	$\lambda\%$	cum $\lambda\%$
1	21,8	20,2	20,2	21,7	23,6	23,6
2	11,1	10,3	30,5	11,0	12,0	35,6
3	8,8	8,1	38,6	8,6	9,4	45,0
4	4,6	4,3	42,9	4,5	4,9	49,9
5	2,9	2,7	45,6	2,7	3,0	52,9
6	2,8	2,6	48,1	2,6	2,9	55,8
7	2,5	2,3	50,4	2,3	2,5	58,3
8	2,3	2,1	52,5	2,1	2,3	60,6
9	2,2	2,1	54,6	2,1	2,3	62,9

Zur Abschätzung der Zahl gemeinsamer Faktoren (k) wurde das „Eigenwertkriterium“ nach Guttman (1954) bzw. der Scree-Test (Cattell, 1966) herangezogen.

Die Abfolge der Eigenwerte lässt auf eine 4- bis 6-Faktorenlösung schließen. Nach Berücksichtigung der rotierten Lösungen (s. Kap. 5.1.) sowie aufgrund inhaltlicher Überlegungen entschieden wir uns für die 5-Faktoren-Lösung. Da PC- und PF-Analyse fast identische Ergebnisse lieferten, beziehen wir uns im folgenden nur noch auf die PC-Analyse.

5.1. Orthogonale Rotation

Um die Faktorenlösung inhaltlich sinnvoll interpretieren zu können, sind Rotationen notwendig, bei denen gewöhnlich Thurstone's Rotationskriterium der sog. faktoriellen Einfachstruktur Anwendung findet.

Wir benutzten zur Rotation das von Kaiser (1958) entwickelte orthogonale analytische Varimax-Kriterium, welches auf dem Prinzip der Einfachstruktur basiert und eine rotierte Ladungsmatrix liefert, die annähernd spaltenweise orthogonal ist.

Die Hauptachsenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation lieferte uns die in Tabelle 3 und 4 dargestellten Ergebnisse.

Zur Interpretation der Faktoren stützten wir uns auf klinisch-psychiatrische Erfahrungen und wählten in Form von Arbeitshypothesen klinische Begriffe (Konzepte) zur Kennzeichnung und Benennung unserer Faktoren. Die 5 Faktoren, von denen die drei letzten bipolar sind, lassen sich durch folgende Pole beschreiben und sind durch die in Tabelle 4 aufgeführten Items repräsentiert.

Tabelle 3. Varianzanteile der rotierten 5-Faktoren-Lösung (PC-Analyse)

Faktor Nr.	Faktoren- bezeichnung	PC-Analyse	
		Prozent der totalen Gesamtvarianz	Prozent der aufgeklärten Varianz
1	Cyclothymie	8,1	17,9
2	Sthenie	12,1	26,5
3	Anankasmus	10,7	23,6
4	Hostilität	8,7	19,1
5	Schizothymie	5,9	13,0
Summe		45,5	100,1

Faktor 1: Cyclothymie (12 Items)

Extremwerte: oberer Pol: hohes Maß an Warmherzigkeit, Teilnahme etc.
unterer Pol: geringer Grad an Gefühlsbetontheit, Herzlichkeit etc.

Faktor 2: Sthenie (20 Items)

Extremwerte: oberer Pol: in hohem Ausmaß selbstbewußt, selbständige, entschlußfreudig;
unterer Pol: Mangel an Zielstrebigkeit, Tatkraft, Unabhängigkeit etc.

Faktor 3: Anankasmus (19 Items)

Extremwerte: oberer Pol: in hohem Grade sparsam, gewissenhaft, pünktlich;
unterer Pol: ausgesprochen nachlässig, gleichgültig, leichtsinnig.

Faktor 4: Hostilität (16 Items)

Extremwerte: oberer Pol: in ausgeprägtem Maße herrschstüchtig, eigensinnig, egoistisch, streitsüchtig;
unterer Pol: ausgesprochen friedfertig, gefügig, anpassungsfähig.

Faktor 5: Schizothymie (12 Items)

Extremwerte: oberer Pol: äußerst abweisend, reserviert, mißtrauisch;
unterer Pol: ausgesprochen kontaktfreudig, gesellig.

5.2. Itemselektion anhand der Faktorenlösung und Skalenbildung

Die rotierte 5er-Lösung der Faktorenanalyse diente als Grundlage für die Auswahl und Zusammenstellung der Items zu Skalen. In die engere Wahl für nachfolgende Itemanalysen (s. Kap. 6) kamen nur solche Variablen, die eine Kommunalität (h^2) von mindestens 0,30 aufwiesen und möglichst nur auf einem Faktor eine substantielle Ladung zeigten, wobei die Höhe der Ladung mindestens 0,40 betragen mußte (bis auf drei Ausnahmen). Items, bei denen die absolute Differenz zwischen höchster und zweithöchster Ladung im Minimum größer als 0,1 war,

Tabelle 4. Die wichtigsten Items der aufgrund der Faktorenanalyse zusammengestellten endgültigen Skalen 1 bis 5, die in die Itemanalysen einbezogen wurden und sich dort als genügend trennscharf erwiesen

Items von Skala 1: Cyclothymie	Items von Skala 2: Sthenie	Items von Skala 3: Anankasmus	Items von Skala 4: Hostilität	Items von Skala 5: Schizothymie
warmherzig	selbstbewußt	sparsam	herrschsüchtig	abweisend
teilnahmsvoll	selbständige	gewissenhaft	streitsüchtig	reserviert
mitleidvoll	wendig	pünktlich	eigensinnig	mißtrauisch
liebevoll	unabhängig	pflichtbewußt	egoistisch	innerlich gespannt
gefühlsbetont	entschlußfreudig	zuverlässig	dickköpfig	verschlossen
herzlich	zielstrebig	gründlich	nicht friedfertig	kühl
anhänglich	tatkräftig	nicht nachlässig	hartnäckig	scheu
offenherzig	tüchtig	nicht gleichgültig	nicht gefügig	einzelgängerisch
hilfsbereit	mutig	ordentlich	aufbrausend	gehemmt
gutmütig	energisch	schlicht	nicht anpass.-fähig	nicht kontaktbereit
opferfreudig	leistungsbewußt	nicht leichtsinnig	nicht nachgiebig	leicht verlegen
insges. 12 Items	insges. 17 Items	insges. 18 Items	insges. 16 Items	insges. 12 Items

galten als Markiervariable für den betreffenden Faktor. Skala 1 umfaßte damit 12 Markieritems, die Skalen 2 und 3 enthielten je 19 Markieritems, Skala 4 wurde durch 13 Markieritems und Skala 5 durch 6 solcher Items repräsentiert. Zur Erhöhung der Genauigkeit der Skalen 2, 4 und 5 wurden zusätzlich noch insgesamt 10 Items in die Itemanalysen einbezogen, die nicht im oben definierten Sinn Markiervariablen darstellten. Damit gelangten wir zu 5 Skalen, die zunächst 12, 20, 19, 16 und 12 Items umfaßten und sich im wesentlichen aus den in Tabelle 4 zusammengestellten Eigenschaften rekrutierten.

6. Itemanalysen

Die faktorenanalytisch gewonnenen Skalen untersuchten wir mit Hilfe von Itemanalysen auf ihre Gütekriterien hin, mit dem Ziel, möglichst voneinander unabhängige, jedoch in sich homogene Skalen zu erhalten, die den Kriterien der klassischen Testtheorie genügen (siehe Lienert, 1967).

Berechnet wurden die folgenden Kennwerte: Trennschärfekoeffizienten, Itemmittelwerte, Standardabweichungen, Konsistenzkoeffizienten sowie Skaleninterkorrelationen, und die Verteilungsform der Skalen-Rohwerte wurde überprüft (Programm LIKERT). Zufriedenstellende Itemkennwerte würden die Brauchbarkeit unserer Skalen zumindest in formaler Hinsicht bestätigen.

6.1. Trennschärfe

Zur Trennschärfebestimmung — als Korrelation zwischen Item und Skalenrohwert — verwendeten wir Produkt-Moment-Korrelationen mit „part-whole-Korrektur“. Diejenigen Items, die im Verhältnis zu den übrigen eine relativ geringe Trennschärfe aufwiesen, wurden eliminiert. Auf diese Weise verkürzte sich Skala

Tabelle 5. Trennschärfekoeffizienten r_{it} ($r \geq 0,26$; $P \leq 0,001$)

r_{it}	Skala				
	1 12 Items	2 17 Items	3 18 Items	4 16 Items	5 12 Items
0,4—0,5		1	3	3	2
0,5—0,6	4	8	6	5	5
0,6—0,7	4	5	3	8	5
0,7—0,8	3	3	6		
0,8—0,9	1				
\bar{r}	0,66	0,62	0,62	0,59	0,58

2 von 20 auf 17 Items und Skala 3 von 19 auf 18 Items. In Tabelle 5 sind die Koeffizienten der endgültigen Skalen aufgeführt.

Sämtliche Skalen enthalten ausnahmslos Items mit höchst signifikanten Trennschärfen ($P \leq 0,001$); 88% der Items haben eine Trennschärfe von $r_{it} \geq 0,50$ aufzuweisen, im Mittel liegen die Trennschärfekoeffizienten zwischen 0,58 und 0,66 mit einer durchschnittlichen Trennschärfe von 0,61. Die Koeffizienten sind somit erstaunlich hoch ausgefallen. Deshalb hielten wir es für gerechtfertigt, alle Items, die in die letzten Itemanalysen einbezogen worden waren, nachdem bereits Vorselektionen stattgefunden hatten, in den zugehörigen Skalen zu belassen.

Tabelle 6. Itemmittelwerte und Standardabweichungen

Mittelwert M_i	Skala				
	1 12 Items	2 17 Items	3 18 Items	4 16 Items	5 12 Items
1,50—1,99				2	
2,00—2,49			1	9	8
2,50—2,99	4	15	6	5	4
3,00—3,49	8	2	10		
3,50—3,99			1		
\bar{M}	3,05	2,78	3,04	2,36	2,40
Standard- abweichung s_i	1	2	3	4	5
0,50—0,59			1		
0,60—0,69			1		
0,70—0,79	9	1	1	1	
0,80—0,89	2	5	7	5	4
0,90—0,99	1	10	7	9	6
1,00—1,09		1	1	1	2
\bar{s}	0,80	0,91	0,87	0,91	0,93

6.2. Item-Mittelwerte und Standardabweichungen

Zur Berechnung von Skalenwerten gingen die einzelnen Antwortstufen der Items mit jeweils vier, drei, zwei oder einem Punkt in die Bewertung ein. Dort, wo die Faktorenlösung bipolare Faktoren erbrachte, wurden die Items entsprechend dem Vorzeichen der Faktorladung umgepolt. Diese 4-stufige Gewichtung der Antwortkategorien führt pro Item zu einem theoretischen Mittelwert von $M = 2,5$. Tabelle 6 zeigt die Verteilung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Items für die 5 Skalen.

Bei den Skalen 1 bis 3 liegen die durchschnittlichen Item-Mittelwerte über dem theoretischen Mittelwert, bei den Skalen 4 und 5 liegen sie leicht darunter (siehe Tabelle 6). Die Antworttendenzen der Verwandten gehen somit mehr in Richtung auf eine positiv gefärbte Fremdbeurteilung, so daß den Patienten Charakterzüge wie Gefühlswärme (Skala 1), Selbstbewußtsein und Selbständigkeit (Skala 2), Gewissenhaftigkeit und Sparsamkeit (Skala 3) eher zugebilligt werden, während negativ getönte Persönlichkeitszüge wie Neigung zur Hostilität (Skala 4) und zum Sich-Abkapseln (Skala 5) eher negiert werden. Die Items wurden also generell mehr im Sinne einer Tendenz zur sog. „social desirability“ beantwortet. Ein Einfluß dieses häufig vorkommenden Beurteilungsfehlers läßt sich somit nicht ganz von der Hand weisen.

7. Reliabilität

Zur Ermittlung der Reliabilität der einzelnen Skalen wurde eine Konsistenzschätzung durch Berechnung von Cronbachs α (Novick, 1967) vorgenommen (Programm LIKERT). Die innere Konsistenz gibt uns Auskunft über die Leistungsfähigkeit des Tests als Meßinstrument und ist ein von den Bedingungen der Testdurchführung unabhängiger Reliabilitätsaspekt. In Tabelle 7 sind die entsprechenden Koeffizienten für die verschiedenen Skalen aufgeführt, ebenso, da sich unsere Skalen jeweils aus einer unterschiedlichen Zahl von Items zusammensetzen und die Anzahl der Items Einfluß auf die Höhe der Konsistenzkoeffizienten hat, die auf eine einheitliche Skalenlänge von 18 Items bezogenen korrigierten Koeffizienten. Die Korrektur erfolgte mit Hilfe der Spearman-Brown-Formel (Lienert, 1967).

Für sämtliche 5 Skalen ergaben sich überraschend hohe Konsistenzkoeffizienten; bei den Skalen 1 und 5, welche mit je 12 Items am kürzesten sind, ließ sich nach Korrektur noch eine Verbesserung erzielen. Die einzelnen Skalen können in bezug auf die Höhe ihrer Konsistenzkoeffizienten untereinander als gleichwertig angesehen werden. In Anbetracht der guten Konsistenzschätzungen ist unsere Skalenkonstruktion in dieser Hinsicht recht zufriedenstellend ausgefallen.

Tabelle 7. Konsistenzschätzungen

	Skala				
	1	2	3	4	5
Cronbach α	.91	.92	.92	.90	.88
α korrigiert auf 18 Items	.94	.92	.92	.91	.92

Tabelle 8. Mittelwert, Median und Standardabweichung vor Normalisierung

	Skala				
	1 Cyclo- thymie	2 Sthenie	3 Anan- kasmus	4 Hostilität	5 Schizo- thymie
Mittelwert	36,6	47,3	54,7	37,7	28,8
Median	34,7	44,9	52,9	36,4	27,1
Standardabweichung	6,8	10,2	10,2	9,3	7,3

8. Verteilung der Rohwerte und Normalisierung

Bei Untersuchung der Verteilung der Skalen-Rohwerte auf Normalverteilung hin mittels Schiefe und Exzeß (t-Test) fällt auf, daß Skala 3 (Anankasmus) bezüglich der Schiefe ($-0,71$) höchst signifikant rechtsschief ($P \leq 0,001$) von der Normalverteilung abweicht (Programm LIKERT), was auf eine zu geringe Schwierigkeit der entsprechenden Items hindeutet (die hier häufiger im Sinne einer sozialen Erwünschtheit bejaht wurden; vgl. Kap. 6.2. über die Itemmittelwerte). Für die übrigen Skalen war die Verteilung der Rohwerte bei Zugrundelegung einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $P = 0,05$ mit der Nullhypothese (H_0 ; Normalverteilung) vereinbar (siehe Tabelle 8).

Allerdings ergab sich aufgrund des Geary-Tests (D'Agostino, 1970), der ebenfalls zur Prüfung der Normalverteilungshypothese verwendet wurde, für Skala 4 (Hostilität) ein signifikanter Wert ($G = 2,41$; $P \leq 0,05$), d. h. eine Abweichung von der Normalverteilung, während nach diesem Test für Skala 3 und die restlichen Skalen die Normalverteilungshypothese beibehalten werden konnte.

Mit Rücksicht auf die von der Normalverteilung abweichende Verteilungsform der Skalenwerte von Skala 3 (Rechtsschiefe) und von Skala 4 (Geary-Test) sowie aus Gründen der Vergleichbarkeit der einzelnen Skalen untereinander (die sich jeweils aus einer unterschiedlichen Itemzahl zusammensetzen, was sich entsprechend auf die Höhe der Mittelwerte und Varianzen auswirkt), wurden die Skalenrohwerte (= Summe der entsprechend gewichteten Items) zwecks Normalisierung einer Flächentransformation (vgl. Lienert, 1962) unterzogen (Programm NORMA3). Damit sollte u. a. erreicht werden, daß für nachfolgende Gruppenvergleiche parametrische Verfahren Anwendung finden konnten. Anschließend wurden die Skalenwerte zwecks Standardisierung in T-Werte umgewandelt (Normierung auf $M = 50$ und $s = 10$).

9. Skaleninterkorrelationen

Die Itemselektion führte uns zu Skalen, die, wie aus Tabelle 9 ersichtlich wird, im Mittel nicht übermäßig hoch miteinander korrelieren ($\bar{r} = 0,40$; Produkt-Moment-Korrelation; Mittelwertbildung mittels Fishers z-Transformation; Guilford, 1965, 4. Aufl.).

Tabelle 9. Interkorrelationen zwischen den 5 Skalen der Eigenschaftswörterliste (normalisierte Skalenwerte)

Skala	Skala				
	1 Cyclo- thymie	2 Sthenie	3 Anan- kasmus	4 Hostilität	5 Schizo- thymie
1: Cyclothymie	1,00				
2: Sthenie	,38	1,00			
3: Anankasmus	,40	,48	1,00		
4: Hostilität	—,60	—,17	—,44	1,00	
5: Schizothymie	—,44	—,46	—,17	,39	1,00

$r \geq .20$; $P \leq 0,01$

Auf einen relativ engen negativen Zusammenhang deutet die Korrelation von $r = -0,60$ zwischen Skala 1 (Cyclothymie) und Skala 4 (Hostilität). Denjenigen Patienten, die von Verwandten als sehr gefühlsbetont beschrieben werden, wird im allgemeinen gleichzeitig ein geringes Ausmaß an Hostilität zugeschrieben und umgekehrt. Relativ unabhängig scheint die Skala 2 (Sthenie) von der Skala 4 (Hostilität) zu sein, desgleichen auch die Skala 3 (Anankasmus) von der Skala 5 (Schizothymie), wie die geringen Interkorrelationen von $r = -0,17$ (die bei einem $P = 0,01$ nicht gegen Null abzusichern sind) vermuten lassen. Insgesamt gesehen liegen die Skaleninterkorrelationen in einem mittleren Bereich zwischen $r = 0,17$ und 0,48 (von einer Ausnahme abgesehen), so daß man unseren Versuch, voneinander relativ unabhängige Aspekte der prämorbiden Persönlichkeit von Patienten zu erfassen, als gelungen bezeichnen kann. Wir sehen von daher auch eine gewisse Berechtigung, an den auf faktorenanalytischer Basis gewonnenen 5 Skalen festzuhalten.

10. Gruppenvergleiche

Zur Überprüfung der Validität unserer testpsychologischen Befunde untersuchten wir die Frage, ob sich Zusammenhänge aufzeigen lassen zwischen den Testergebnissen und den klinisch-psychiatrischen Urteilen von Experten zur prämorbiden Persönlichkeit unserer psychotischen Patienten.

Weiterhin gingen wir der Frage nach, ob sich für einzelne psychiatrische Diagnosegruppen Unterschiede in der prämorbiden Persönlichkeit nachweisen lassen, ausgehend von der Annahme, daß Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern möglicherweise auch schon in ihren prämorbiden Wesenszügen voneinander verschieden sind. Sollte sich zeigen, daß unsere Skalen zwischen verschiedenen Diagnosegruppen differenzieren, so wäre dies als Hinweis zu werten, daß bestimmte prämorbide Persönlichkeitsmerkmale bestimmte Erkrankungen wahrscheinlicher machen als andere.

Für die Gruppenvergleiche wurden univariante Verfahren eingesetzt. Wir rechneten die parametrische Varianzanalyse (Programm PAMV) mit anschließendem Duncan-Test (Mittenecker, 1963, 4. Aufl.).

a) Vergleich von Gruppen mit unterschiedlicher prämorbid Persönlichkeit, basierend auf klinischem Urteil von Experten

Eine parametrische Varianzanalyse zwischen den 3 Gruppen: „prämorbid Gesunde“, „schizoide Persönlichkeiten“ (ICD 301.2) und „andere Persönlichkeitsstörungen“ (ICD 300. und 301.) erbrachte in Skala 1 (Cyclothymie) einen signifikanten ($P \leq 0,05$), in Skala 2 (Sthenie) einen sehr signifikanten ($P \leq 0,01$) und in Skala 5 (Schizothymie) einen höchst signifikanten ($P \leq 0,001$) F-Wert. Für alle Skalen waren die Varianzen homogen.

Aus Tabelle 10a und 10b sind die entsprechenden Mittelwerte, Standardabweichungen, die Ergebnisse der Varianzanalyse (F-Werte) sowie die des paarweisen Mittelwertvergleichs (Duncan-Test in den Skalen, bei denen die Varianzanalyse signifikant war) ersichtlich. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Prämorbid Gesunde weisen im Vergleich mit schizoiden Persönlichkeiten im Mittel signifikant höhere Cyclothymie-Werte auf ($P \leq 0,05$). Sie erreichen ebenfalls signifikant höhere Skalenwerte ($P \leq 0,01$) in Skala 2 (Sthenie) und liegen in Skala 5 (Schizothymie) bedeutsam ($P \leq 0,01$) unter dem

Tabelle 10a. Mittelwertvergleich für 3 Gruppen von Patienten mit unterschiedlicher prämorbid Persönlichkeit

Skala	Gruppe		N = 72 prämorbid Gesunde		N = 43 schizoide Persönlichkeit		N = 36 andere Persönlichkeits- störungen		Varianz- analyse F-Wert
	M	s	M	s	M	s	M	s	
Cyclothymie	52,3	9,5	47,7	10,8	49,1	9,5	3,203*		
Sthenie	53,1	9,4	47,5	10,0	48,8	10,5	5,034**		
Anankasmus	51,6	9,7	48,3	10,8	50,6	9,7	1,436 n. s.		
Hostilität	48,0	9,6	52,2	11,4	51,1	9,9	2,556 n. s.		
Schizothymie	46,1	9,1	54,5	10,0	50,7	9,7	10,706***		

$F_{0,05; 2; 150} = 3,06$; $F_{0,01; 2; 150} = 4,75$

Tabelle 10b. Paarweiser Mittelwertvergleich im Anschluß an die Varianzanalyse (Duncan-Test)

Skala	Mittelwertvergleich		
	prämorbid Gesunde / schizoide Persönlichkeiten	Schizoide Persönlichk. / andere Persönlich- keitsstörungen	prämorbid Gesunde / andere Persönlich- keitsstörungen
1: Cyclothymie	*	n. s.	n. s.
2: Sthenie	**	n. s.	*
3: Anankasmus			
4: Hostilität			
5: Schizothymie	**	n. s.	*

**: $P \leq 0,01$; *: $P \leq 0,05$; n. s.: $P > 0,05$

Mittelwert der schizoiden Persönlichkeiten. Damit bilden sie sich in unserer Eigenschaftswörterliste mit einem höheren Ausmaß an Gefühlsbetontheit, deutlicher ausgeprägten sthenischen Tendenzen und geringerer Ausprägung von schizothymen Komponenten erwartungsgemäß als die Gesünderen ab.

Vergleicht man die prämorbid Gesunden mit der Gruppe, bei denen vor Ausbruch der Psychose andere Persönlichkeitsstörungen vorlagen, so lassen sich hier Unterschiede nur in den Skalen 2 und 5 statistisch sichern ($P \leq 0,05$). Wiederum zeigen die prämorbid Gesunden ausgeprägtere sthenische Tendenzen und niedrigere Werte in der Schizothymie-Skala, wirken also auch gegenüber Patienten mit prämorbid vorhandenen anderen psychischen Störungen gesünder. Diese Befunde sind ein Hinweis auf die praktische Relevanz der von uns konstruierten Skalen. Ob einzelne Skalen auch zwischen der Gruppe schizoider Persönlichkeiten und der Gruppe mit anderen Persönlichkeitsstörungen zu differenzieren vermögen, läßt sich an unserem Datenmaterial nicht sicher überprüfen. Die Gruppe mit anderen psychischen Störungen ist so heterogen zusammengesetzt (ein Sammelpotp von neurotischen Störungen und anderen psychischen Auffälligkeiten), daß man bezüglich dieser Gruppe kaum erwarten kann, überhaupt einen einheitlichen Trend aufzufinden. Insgesamt liegen die Skalenwerte dieser Gruppe für alle 5 Skalen im Mittel zwischen denen der prämorbid Gesunden und denen der prämorbid Schizoiden. Für weitere Validitätsuntersuchungen wäre es ratsam, ähnliche Vergleiche an exakter definierten Gruppen mit annähernd gleichem Stichprobenumfang durchzuführen.

b) Vergleich zwischen der Diagnosegruppe ICD 295 (Schizophrenie) und der Diagnosegruppe ICD 296 (affektive Psychose) sowie zwischen Untergruppen innerhalb der Diagnosegruppe ICD 295

Beim einfachen Mittelwertvergleich zwischen den Diagnosegruppen Schizophrenie (ICD 295) und affektive Psychose (ICD 296) fand sich für keine der Skalen ein signifikanter Unterschied (t-Test; s. Tab. 11). Da sich aber unsere Gruppe Schizophrener psychopathologisch relativ heterogen aus verschiedenartigen Unterformen der Schizophrenie zusammensetzte, prüften wir in einem zweiten Schritt für die vier deutlich abgrenzbaren Untergruppen Hebephrenie (ICD 295.1), Katatonie (ICD 295.2), paranoide Schizophrenie (ICD 295.3) und schizo-

Tabelle 11. Mittelwertvergleich zwischen Patienten der Diagnosegruppe Schizophrenie (ICD 295) und Patienten mit affektiven Psychosen (ICD 296)

Skala	ICD 295 N = 126		ICD 296 N = 31	
	M	s	M	s
Cyclothymie	49,8	10,2	51,2	8,7
Sthenie	50,1	10,0	50,0	11,0
Anankasmus	49,5	9,9	52,6	10,8
Hostilität	50,5	10,4	48,3	9,3
Schizothymie	50,1	10,1	49,0	9,9

Tabelle 12. Mittelwert und Standardabweichung von 4 Untergruppen der Diagnosegruppe Schizophrenie (ICD 295): ICD 295.1 (Hebephrenie), ICD 295.2 (Katatonie), ICD 295.3 (paranoide Form) und ICD 295.7 (schizoaffektive Form)

Skala	Gruppe		N = 23		N = 28		N = 52		N = 23	
	ICD 295.1		ICD 295.2		ICD 295.3		ICD 295.7		ICD 295.7	
	M	s	M	s	M	s	M	s	M	s
Cyclothymie	48,5	9,7	50,5	10,2	48,3	11,0	53,3	8,5		
Sthenie	47,0	10,6	50,8	10,1	50,2	9,4	52,4	10,3		
Anankasmus	46,4	9,0	50,5	9,3	50,3	10,9	49,4	9,0		
Hostilität	52,1	10,1	46,5	8,4	51,7	11,4	51,0	9,6		
Schizothymie	51,7	10,8	48,4	11,6	51,6	10,4	47,0	5,4		

affektive Psychose (ICD 295.7) die Mittelwerte mit Hilfe einer parametrischen Varianzanalyse auf Unterschiede.

Auch hier ließen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede nachweisen (s. Tab. 12). Allerdings ergab sich im Zusammenhang mit der Prüfung der Voraussetzungen zur Varianzanalyse (Varianz-Homogenität) für die Skala 5 (Schizothymie) ein signifikanter F-Wert ($P \leq 0,01$) im Bartlett-Test. Diese Varianz-Heterogenität ist im wesentlichen durch die extrem geringe Streuung der Skalenwerte von Skala 5 für die Gruppe mit schizo-affektiver Psychose bedingt. Auch im Mittelwert liegen die Mischpsychotiker bei dieser Skala im Vergleich zu allen anderen Gruppen in der Tendenz am niedrigsten (dieser Befund ließ sich jedoch statistisch nicht absichern). Bei gleichzeitig signifikant eingeschränkter Varianz gegenüber allen anderen Diagnosegruppen bedeutet dies, daß die Mischpsychotiker prämorbide als weniger schizothym imponieren und einheitlicher in dieser Weise beurteilt werden als die restlichen Gruppen. Daß der Mittelwertsunterschied nicht die Signifikanzgrenze erreichte, ist eventuell durch die geringen Gruppengrößen mitbedingt.

Trotz mangelnder statistischer Absicherung sei kurz darauf verwiesen, bei welchen Untergruppen und welchen Skalen sich Tendenzen für Mittelwertsunterschiede abzeichneten. Die Hebephrenen weisen im Vergleich zu den Mischpsychotikern in der Tendenz niedrigere Cyclothymie-Werte und niedrigere Scores in der Sthenie-Skala, dagegen in der Schizothymie-Skala erhöhte Scores auf, d. h. die hebephrenen Patienten imponieren bereits prämorbide als die weniger gefühlsbetonten, labileren, zurückgezogenen Persönlichkeiten als die Mischpsychotiker. Die katatonen Patienten heben sich besonders in Skala 4 (Hostilität) von den hebephrenen und auch von den paranoiden Psychotikern durch verminderte Hostilitäts-Scores heraus. Schließlich unterscheiden sich die Paranoiden von den Mischpsychotikern in ihren Cyclothymie- und Schizothymie-Scores in der Weise, daß die Mischpsychotiker prämorbide als stärker gefühlsbetont und weniger reserviert beschrieben werden als die Paranoiden. Letztere wirken bereits prämorbide weniger emotional und zeigen stärkere Tendenzen zum Einzelgängertum, haben diesbezüglich ähnliche Züge wie die Hebephrenen. Inwieweit sich diese Trends validieren lassen, bleibt abzuwarten.

Alles in allem konnten wir für keine der 5 Skalen Mittelwertsunterschiede zwischen verschiedenen diagnostischen Untergruppen statistisch sichern. Damit ist es uns nicht gelungen, zwischen bestimmten prämorbiden Charakterzügen und

verschiedenartigen Krankheitsbildern Zusammenhänge nachzuweisen. Das könnte zum einen an der Methode der Fremdbeurteilung selbst liegen, vielleicht auch daran, daß es für Laien möglicherweise eine Überforderung ist, auf dem relativ hohen Abstraktionsniveau von Eigenschaftslisten differenzierte Urteile abzugeben. In vielen Fällen war auch die Diagnose, was die Zuordnung zu einzelnen Untergruppen betrifft, nicht eindeutig angebar. Dies könnte mit ein Grund sein, daß sich möglicherweise vorhandene Mittelwertsunterschiede verwischen. All diese Fragen müssen vorläufig offen bleiben und bedürfen weiterer Untersuchungen.

11. Diskussion

Die formalen Untersuchungen der charakterologischen Eigenschaftsliste mittels Faktorenanalyse und Itemanalyse (Trennschärfe, Reliabilität, Verteilung) zeigten, daß die fünf Skalen relativ unabhängige Aspekte (Dimensionen) der prämorbid Persönlichkeit (nur geringe Skaleninterkorrelationen) mit hinreichender Genauigkeit messen (innere Konsistenz). Die formalen Kriterien der Testtheorie waren für alle fünf Skalen in befriedigender Weise erfüllt.

Die im Anschluß an die Skalenkonstruktion durchgeführten Gruppenvergleiche sollten uns erste Anhaltspunkte für die empirische Validität unserer Skalen liefern. Als Validitätskriterien wählten wir psychiatrische Expertenurteile in Form von klinischen Diagnosen zur prämorbid Persönlichkeit sowie zur jetzigen psychischen Erkrankung.

Die Prüfungen ergaben, daß 3 der 5 Skalen (Cyclothymie, Sthenie und Schizothymie) in der erwarteten Weise zwischen prämorbid Gesunden und prämorbid schizoiden Persönlichkeiten zu differenzieren vermochten sowie anhand von 2 Skalen (Sthenie und Schizothymie) prämorbid Gesunde von solchen mit anderen psychischen Auffälligkeiten unterschieden werden konnten. Dagegen ließen sich zwischen Schizoiden und solchen mit anderen Persönlichkeitsstörungen keine bedeutsamen Unterschiede nachweisen.

Beim Vergleich zwischen den beiden Diagnosegruppen Schizophrenie und Affektpsychosen ergab sich für keine der 5 Skalen ein Anhaltspunkt dafür, daß diese beiden Krankheitsbilder durch unterschiedliche prämorbid Persönlichkeitsmerkmale mitbestimmt werden. Auch innerhalb der Diagnosegruppe Schizophrenie, wo wir für 4 deutlich abgrenzbare Untergruppen differentielle Gesichtspunkte herauszuarbeiten versuchten, gelang es uns nicht, eindeutige Unterschiede in der prämorbid Persönlichkeitsstruktur nachzuweisen. Allerdings zeigten sich hier bei 4 der 5 Skalen Verdachtsmomente, die darauf hindeuten, daß bei diesen Unterformen der Schizophrenie möglicherweise doch unterschiedliche prämorbid Persönlichkeitszüge mit in Rechnung zu stellen sind. So erhielten die Mischpsychotiker in der Skala Schizothymie durchweg die niedrigsten Scores. Die Hebephrenen imponierten im Vergleich zu den Mischpsychotikern prämorbid als weniger gefühlsbetont, labiler und schizothym. Auch die Paranoiden wurden als weniger cyclothym und in höherem Maße als reserviert beschrieben als die Mischpsychotiker. Schließlich hoben sich die Katatonen von den hebephrenen und paranoiden Patienten besonders durch verminderte Hostilitäts-

Scores heraus. Damit zeichneten sich doch Tendenzen dahingehend ab, daß die Gruppe der Schizophrenen bezüglich ihrer prämorbidien Persönlichkeit möglicherweise keine Einheit darstellt, sondern eher eine recht heterogene Zusammensetzung aufweist. Diese unterschiedlichen Ergebnisse für spezifische Unterformen der Schizophrenie wären eine Erklärungsmöglichkeit dafür, daß die varianzanalytische Prüfung diesbezüglich keine eindeutigen Resultate lieferte. Immerhin finden sich an unseren Daten Anhaltspunkte dafür, daß es notwendig und sinnvoll sein kann, bei der Diagnosegruppe Schizophrenie überhaupt Unterformen zu unterscheiden. Man sollte bei zukünftigen Untersuchungen die sich hier andeutenden Unterschiede weiter im Auge behalten. Da uns für die Analysen und Gruppenvergleiche nur ein unvollständiges Datenmaterial zur Verfügung stand und die Aussagekraft von Fremdbeurteilungen in bezug auf psychisch Kranke sicher fragwürdig ist, besonders, weil es sich bei den Beurteilern um verschiedenartige Bezugspersonen handelte, deren Einfluß auf die Beurteilungen sich schwer abschätzen läßt, müssen wir es eingehenderen Validitätsstudien an einem differenzierteren Krankengut und mit exakt definierten Beurteilergruppen überlassen, über die klinische Relevanz unserer Skalen zur testpsychologischen Erfassung der prämorbidien Persönlichkeit zu entscheiden. Das gleiche gilt für den Nachweis der Differenzierungsfähigkeit unserer Skalen zwischen diagnostischen Untergruppen innerhalb der endogenen Psychosen. Hier könnte eine diagnostisch besser zusammengesetzte Analysenstichprobe, welche auch genügend Fälle aus den Untergruppen der affektiven Psychosen enthält, Aufschluß darüber geben, ob es gelingt, Zusammenhänge zwischen bestimmten prämorbidien Wesenszügen und der Art der Erkrankung herzustellen.

Doch sind wir der Ansicht, daß die von Zerssen et al. nur für endogen Depressive entwickelte charakterologische Eigenschaftsliste sich ebensogut zur Erfassung prämorbidier Persönlichkeitsmerkmale von endogenen psychotischen Patienten allgemein, auch von solchen aus dem schizophrenen Formenkreis, eignet. Dies gerade auch deshalb, weil sich zumindest bei unserem Patientengut keine Hinweise fanden, daß die affektiven Psychosen bezüglich unserer Skalen eine Sonderstellung einnehmen. Weiteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten, den Einfluß der Beurteiler auf die Testergebnisse genauer zu kontrollieren. Aufgrund unseres Datenmaterials zeigten sich bedeutsame Unterschiede in den einzelnen Skalen in Abhängigkeit von den jeweiligen Beurteilern. Die verschiedenen Beurteilergruppen differierten in ihren Beurteilungen relativ stark, so daß sich schwer abschätzen läßt, in welchem Ausmaß Persönlichkeitsmerkmale der Beurteiler als Fehlerquelle in die Beurteilung der zu beschreibenden Patienten eingingen. Auf die entsprechenden Befunde konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden, doch können wir zur Zeit diese Einflußgröße nicht ausschließen. In dem Zusammenhang erscheint es uns notwendig und sinnvoll, die Eigenschaftsliste in der gleichen Form auch auf der Selbstbeurteilungsebene einzusetzen, und zwar sowohl zur Selbstbeschreibung der Beurteiler (nahen Angehörigen) wie der Beurteilten (Patienten). Ein solcher Vergleich zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung könnte uns neue Hinweise liefern für die Verlässlichkeit von charakterologischen Beschreibungen von Beurteiern und Beurteilten.

Zum Einsatz der Eigenschaftswörterliste auf der Selbstbeurteilungsebene bei psychiatrischen Patientengruppen liegen bereits erste Erfahrungen vor (Dissertation Berkovsky, 1974).

Ein Vergleich unserer Daten mit einer entsprechend zusammengesetzten Kontrollstichprobe von gesunden Probanden auf der Fremdbeurteilungsebene zwecks Überprüfung der Eignung solcher charakterologischen Eigenschaftslisten zur Beschreibung von Persönlichkeitszügen mit der Methode der Fremdbeurteilung überhaupt sowie zur Feststellung von Unterschieden zwischen Gesunden und psychisch Kranken wäre sicher lohnend und sinnvoll.

Auch Vergleiche der Eigenschaftsliste mit anderen Persönlichkeitstests auf korrelationsstatistischem Weg erscheinen uns empfehlenswert, um abzuklären, mit welchen bereits bekannten Persönlichkeitsdimensionen unsere Skalen, die prämorbidie Charakterzüge zu erfassen wir postulieren, in Zusammenhang stehen. Da hier nur vorläufige Ergebnisse berichtet werden konnten, erscheinen uns weitere Untersuchungen an einem größeren und bereinigten Datenmaterial notwendig.

Literatur

- D'Agostino, R. B.: Simple compact portable Test of Normality: Geary's Test revisited. *Psych. Bull.* **74**, 138—140 (1970)
- Baumann, U., Angst, J.: Die Marke-Nyman-Temperamentskala (MNT). *Z. klin. Psychol.* **1**, 189—212 (1972)
- Berkovsky, P. M.: Untersuchung zur K-Liste (Selbstbeurteilung) bei Patienten. *Med. Diss. Zürich* 1974 (unveröffentlicht)
- Cattell, R. B.: The scree test for the number of factors. *Mult. Beh. Res.* **1**, 245—276 (1966)
- Coppen, A.: The Marke-Nyman temperamentscale: an English translation. *Brit. J. Med. Psychol.* **39**, 55—59 (1966)
- Guilford, J. P.: *Fundamental statistics in psychology and education*. 4th Ed. New York: McGraw-Hill 1965
- Guttman, L.: Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika* **19** (1954)
- Harman, H. H.: *Modern factor analysis*. 2nd Ed. Chicago: University Press, 1967
- ICD-Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Übersetzung der internat. Klassifikation der WHO: ICD, 8. Rev., und des internat. Glossars, 2. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971
- Kaiser, H. F.: The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika* **23**, 187—200 (1958)
- Lienert, G. A.: Über die Anwendung von Variablen-Transformationen in der Psychologie. *Biometr. Zeitschr.* **4**, 145—181 (1962)
- Lienert, G. A.: *Testaufbau und Testanalyse*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz 1967
- Marke, S., Nyman, E.: *Manual till MNT-Skalan (Marke-Nyman-Temperamentskala)*. Stockholm: Skand. Testförlaget AB 1962
- Mittenecker, E.: *Planung und statistische Auswertung von Experimenten*. 4. Aufl. Wien: Deuticke 1963
- Novick, M. R.: Coefficient alpha and the reliability of composite measurements. *Psychometrika* **32**, 1—13 (1967)
- Pawlak, K.: *Dimensionen des Verhaltens*. Bern-Stuttgart: Huber 1968
- Perris, C.: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat. Scand.* **42** suppl. **194**, 68—82 (1966)

Zerssen, D. v.; unter Mitarbeit von Koeller, D.-M. und Rey, E.-R.: Objektivierende Untersuchung zur prämorbidien Persönlichkeit endogen Depressiver (Methodik und vorläufige Ergebnisse); in Hippius und Selbach (Hrsg.): Das depressive Syndrom, pp. 183—205. München: Urban & Schwarzenberg 1969

Zerssen, D. v., Koeller, D.-M., Rey, E.-R.: Die prämorbidie Persönlichkeit von endogen Depressiven. *Confin. Psychiat.* **13**, 156—179 (1970)

Eingegangen am 31. August 1976