

DEPRESSION UND PERSÖNLICHKEIT - KONZEPTE UND ERGEBNISSE

Gabriele Richter

Zusammenfassung

Publizierte Ergebnisse zur Beziehung zwischen Depression und Persönlichkeit sind umfangreich, fast unüberschaubar und zum Teil verwirrend, weil inkonsistent. Die Erfassung dieser Beziehung impliziert verschiedene Probleme wie Einfluß der Stimmung, Stabilität von Persönlichkeitsmerkmalen, Spezifität der Beziehung und psychometrische Probleme der benutzten Verfahren. Erklärungsmodelle zur Beziehung Depression und Persönlichkeit fokussieren unterschiedliche Perspektiven (Prädispositionsmodell, Spektrummodell pathoplastisches Modell, Komplikationsmodell, gemeinsames Ursachenmodell), schließen sich aber gegenseitig nicht aus. Empirische Ergebnisse zu ihrer Verifikation werden dargestellt, zunächst zu den am häufigsten im Depressionskontext untersuchten Persönlichkeitsmerkmalen Neurotizismus und Extraversion. Dem Selbstwert als kognitiv-interpersonale Variable kommt in gegenwärtigen Vulnerabilitätsmodellen eine wichtige ätiologische Rolle zu. Die Bedeutung des Selbstwertes, vor allem bezüglich des Verlaufes einer depressiven Störung, wird anhand empirischer Ergebnisse belegt. Seine Rolle als Vulnerabilitätsmarker wird mit Blick auf seine Stabilität diskutiert. Neuere Entwicklungen in der Elaboration von Persönlichkeitsmodellen, wie sie in der psychobiologischen Theorie der Persönlichkeit von Cloninger repräsentiert sind, werden im Kontext mit Ergebnissen zum Temperament- und Charakterinventar (TCI), erhoben an depressiven Patienten, dargestellt. Im letzten Teil der Übersichtsarbeit werden Probleme der Komorbidität von Depression und Persönlichkeitsstörungen und Möglichkeiten zur dimensionalen Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mittels TCI thematisiert.

Schlüsselwörter Depression - Neurotizismus - Extraversion - Selbstwert - Temperaments- und Charakter-Inventar - Komorbidität von Depression und Persönlichkeitsstörungen

Summary

Results concerning the relationship between depression and personality are extensive, immense, and partly confusing because of their inconsistency. The assessment of this relation implies different problems like the influence of mood, the stability of personality traits, the specificity of this relationship and psychometric problems of the assessment methods. Explanatory models (predispositional, spectrum, pathoplastic, complication, common cause) focus different perspectives on the issue without excluding each other. Empirical results for their verification are presented, especially according to the most investigated personality traits i. e. neuroticism and extraversion in this context. A major attention is paid to self-esteem in predispositional or vulnerability models of depression. Self-esteem is especially seen as predictor for the course and chronicity of a depressive disorder. Its role as a marker of vulnerability is discussed under consideration of its stability. New developments in the elaboration of psychobiological models of personality (seven factor model and the Temperament and Character Inventory – TCI - by Cloninger et al., 1994, 1999) are presented in the context with empirical results in depressed patients. The problem of comorbidity of depression and personality disorder is discussed according to several empirical results as well as possibilities for the dimensional assessment of personality disorder by TCI.

Keywords Depression - neuroticism - extraversion - self-esteem - Temperament and Character Inventory - comorbidity of depressive and personality disorders

Einleitung

Beziehungen zwischen Persönlichkeit(sentwicklung) und dem späteren Auftreten affektiver Erkrankungen wurden bereits von Kraepelin (1913) im Kontext der persönlichen Veranlagung und der mit ihr korrespondierenden Grundzustände (habituelle subklinische Manifestationen) der manisch-depressiven Erkrankung diskutiert und rückten spätestens seit der Elaboration psychoanalytischer Depressionskonzepte (vgl. im Überblick Bemporad 1983) und der Konstitutions-typologie von Kretschmer (1921) endgültig in den Blickpunkt

klinisch-psychiatrischen Interesses. Persönlichkeits- bzw. Charaktertypisierungen werden dabei als Prädispositionen zu affektiven Erkrankungen aufgefaßt bzw. interpretiert (vgl. Abraham 1924, zur Bedeutung des oralen Charakters für depressive Verstimmungen; Tellenbach 1961, zum Typus melancholicus). Die prämorbid Persönlichkeit ist unter den auf Ätiologie, Pathogenese, Verlauf, Therapieresponse und Prognose abzielenden Fragestellungen ein wesentlicher Gegenstand klinisch-psychiatrischer Forschung geworden. In

Deutschland wird diese Forschungsrichtung vor allem repräsentiert durch umfangreiche Publikationen der Münchener Arbeitsgruppe um von Zerssen (1980, 1991, 1994). Unter Berücksichtigung klinisch relevanter Persönlichkeitseigenschaften entwickelten von Zerssen und Mitarbeiter Fragebogen, die kategoriale Typen-Klassifikationen mit dem Ziel qualitativer Unterscheidungen zwischen differenten Störungsbildern und gegenüber gesunden Personen ermöglichen sollen. Tellenbachs Konzept des Typus melancholicus ist so auf empirischem Wege zu verifizieren versucht worden. Es konnte ein klarer Zusammenhang zwischen erhöhten Typus-melancholicus-Werten und der monopolen endogenen Depression belegt werden, nicht jedoch zwischen dem Typus melancholicus und bipolaren affektiven Psychosen (Möller 1992; von Zerssen 1980). Dieser nosologieorientierten Konzeptualisierung steht die klinisch-psychologische Persönlichkeitsforschung gegenüber, deren Kontinuitätsannahme eine quantitative Unterscheidung zwischen psychisch gestörten Menschen und dem Durchschnitt impliziert. Entsprechend definiert der psychologische Ansatz den Typus über eine Gruppe zusammenhängender Eigenschaften, die auf der Basis faktorenanalytischer Methoden zu dimensionieren versucht werden (Fiedler 1994, S. 108–109). Neurotizismus und Introversion/Extraversion (vgl. Zweifaktoretheorie der Persönlichkeit von Eysenck 1952, 1970) sind die am häufigsten im Depressionskontext untersuchten Dimensionen der Persönlichkeit, für die es Belege gibt, die die Annahmen ihrer genetischen Determination stützen (Bouchard 1993; Propping 1989).

Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit mit den Faktoren Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrung (vgl. Borkenau & Ostendorf 1989; Costa & McCrae 1985, 1989) ist in seiner Relevanz für Achse-I- und Achse-II-Störungen systematisch untersucht worden (Trull & Sher 1994). Hoher Neurotizismus und niedrige Extraversion erwiesen sich dabei als überzufällig assoziiert vor allem mit Angst- und depressiven Störungen (Watson et al. 1988; Costa & McCrae 1992), aber auch mit anderen psychischen Störungen (Widiger & Trull, 1992), was an eine Unspezifität der Beziehung zwischen Persönlichkeit und psychischer Störung denken läßt. Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit wurden durch eine depressive Episode und ihre pharmakotherapeutische Behandlung nicht verändert (Bagby et al. 1995).

In den letzten Jahren ist ein Sieben-Faktoren-Modell der Persönlichkeit mit den Temperamentsdimensionen Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit, Beharrungsvermögen und den Charakterdimensionen Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität, Selbsttranszendenz elaboriert und durch zahlreiche faktorenanalytische Untersuchungen gestützt sowie auch im Depressionskontext untersucht worden (Cloninger et al. 1994, 1999). Dieses Modell scheint besonders geeignet zu sein, den immer wiederkehrenden Forderungen nach Integration biologischer und sozialer Faktoren in Modellvorstellungen zur Individualentwicklung und im weiteren Sinne der Ätiopathogenese von psychischen Störungen und deren Verlauf und Prognose gerecht werden zu können (vgl. Hettema & Kenrick 1989; Hettema 1995; Perris 1987,

1991). Das Temperament beinhaltet Verhaltensdispositionen, die sich auf die Form des Verhaltens beziehen, wie Sensitivität gegenüber Reizen, Intensität von Reaktionen und die Regulation von internen Zuständen (Asendorpf 1996). Es wird angenommen, daß Temperamenteigenschaften angeboren und durch Umgebungsbedingungen beeinflussbar sind (Buss & Plomin 1984). Wenn Persönlichkeit als eine multikonditionale Entität verstanden wird, die tief verwurzelt ist in genetischen Strukturen und sich durch Lernen und Sozialisation entwickelt (Hettema 1995; Hettema & Deary 1993; Cloninger et al. 1994, 1999), dann scheint sie am ehesten als tragfähige Brücke zur Integration psychologischer und biologischer Perspektiven und Konzepte in der Depressionsforschung geeignet zu sein. Persönlichkeitsfaktoren können als Mediatoren zwischen dem genetischen Hintergrund und psychopathologischen Zuständen, einschließlich abnormaler Stimmungszustände, die unter bestimmten umweltbezogenen Streßbedingungen auftreten können, fungieren (Kendler et al. 1993).

Probleme bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Depression und Persönlichkeit

Auffälligkeiten depressiver Personen in den Bereichen Introversion, Neurotizismus, Selbstvertrauen, Dependenz, Schuld und Aggressionshemmung, Pessimismus gelten als gesichert (Akiskal et al. 1983; von Knorring et al. 1984; Matussek & Feil 1980). Emotionale Labilität (Neurotizismus), Hypersensitivität, Extraversion und interpersonelle Dependenz seien jedoch abhängig vom klinischen Status (Bagby et al. 1996; Hirschfeld et al. 1983a).

Die **Stimmung** als eine die Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften substantiell beeinträchtigende Einflußgröße ist im Schrifttum oft hervorgehoben worden (Hirschfeld & Shea 1992; Widiger 1993). Vergleiche zwischen Interviewdaten und Ergebnissen aus Selbsteinschätzungsverfahren haben konsistent belegt, daß Selbsteinschätzungen höhere Werte für maladaptive Persönlichkeits-Traits erbringen als strukturierte oder halb-strukturierte klinische Interviews (Hurt et al. 1984; Hyler et al. 1990; Zimmerman & Coryell 1990). Auch entsprechende Instruktionen, den Fokus der Selbstwahrnehmung und -einschätzung auf die Zeit vor der depressiven Erkrankung zu richten, mildern Verzerrungen nicht. Die Konsistenz und Robustheit dieses State-Effektes stellen eine valide Erfassung der Persönlichkeit im depressiven Zustand in Frage (Hirschfeld et al. 1983a; Reich 1985; Widiger & Frances 1987), so daß empfohlen wird, Persönlichkeitsmessungen bei remittierten Patienten oder besser gar im krankheitsfreien Intervall durchzuführen (Joffe & Regan 1988), denn auch partiell remittierte Patienten halten eine verzerrte Perspektive auf ihr Selbst und ihre Situation aufrecht (Hirschfeld & Klerman 1979; Joffe & Regan 1988; Reich et al. 1987). Ebenso ist der Einfluß von Angst auf die Selbsteinschätzung von Persönlichkeitsmerkmalen zu berücksichtigen (Mavissakalian & Hamann 1988). Im Rahmen der Anwendung von Fremdratings (Interviews) könnte angenommen werden, daß diese weniger beeinflusst seien durch eine depressogene Informationsverarbei-

tung. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß Informanten bzw. Fremdbeurteiler nicht immer immun gegenüber State-Effekten sind. Sie identifizierten in einer Studie von Zimmerman et al. (1988) mehr abhängige, vermeidende, narzißtische, paranoide und schizotype Persönlichkeitszüge als die Patienten selbst. Es kann also auch in Rechnung gestellt werden, daß die depressive Symptomatik eines Index-Patienten Einfluß auf die Wahrnehmung der Informanten bzw. Fremdbeurteiler hat.

Die **Stabilität** der interessierenden Persönlichkeitsmerkmale in der Erfassung des Zusammenhangs Depression und Persönlichkeit stellt einen weiteren Problembereich dar. Persönlichkeits-Traits werden als relativ stabile, chronische und überdauernde Dispositionen einer Person, sich in charakteristischer oder konsistenter Weise über Zeit und Situation zu verhalten, angesehen (Levy 1983). Für die Dimension Neurotizismus ist eine hohe Stabilität über die Zeit in der Persönlichkeitsforschung belegt worden (Conley 1985; Costa et al. 1986; Finn 1986; Heady & Wearing 1989). Klinische Studien verweisen jedoch darauf, daß es gerade auch die Neurotizismusdimension ist, die vom aktuellen psychopathologischen Zustand beeinflusst wird und damit zu signifikanten Veränderungen im Prä-Post-Vergleich im Rahmen eines Behandlungsprotokolls führt. Diese Veränderungen werden allgemein als Beweis angeführt, daß die erfaßten Persönlichkeitsmerkmale nicht stabil sind. Ein solches Vorgehen hat nur die absolute Stabilität der Persönlichkeit berücksichtigt, nicht jedoch die relative Stabilität, die über Kovariationsmaße zu erfassen ist und das Ausmaß, in dem relative Differenzen von Individuen in Persönlichkeitsmaßen stabil bleiben, reflektiert (Santor et al. 1997). Das Absinken von Persönlichkeitscores nach einer Behandlung bzw. in der Remissionsphase hat demzufolge auch zu der voreiligen Schlußfolgerung geführt, daß die erfaßten Persönlichkeitsmerkmale als Risiko- und/oder Vulnerabilitätsmarker nicht in Frage kommen können. In der Studie von Santor et al. (1997) zeigten Persönlichkeitsmaße trotz des Absinkens ihres absoluten Niveaus einen hohen Grad an relativer Stabilität (NEO-Neurotizismus I/II $r = .76$, NEO-Extraversion I/II $r = .80$). Die zu beiden Zeitpunkten erfaßte Depressionsschwere trug wenig zur Varianzaufklärung in den Persönlichkeitsmaßen bei. Insgesamt scheint das Wissen über Stabilität und Veränderung der Persönlichkeit in der Depression bislang eher unzureichend zu sein. Die Bewertung von Persönlichkeitsmerkmalen hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit als Vulnerabilitätsfaktoren einerseits und/oder Prädiktorvariablen bezüglich Therapieerfolg und Verlauf andererseits ist dadurch erschwert.

Des Weiteren stellt sich die Frage nach der **Spezifität** der Beziehungen zwischen Persönlichkeit und der Depression. Angst und Depression haben sich bekanntermaßen sowohl auf der Selbsteinschätzungs- als auch auf der Fremdbeurteilungsebene als zwei miteinander stark korrelierende Konstrukte erwiesen, was sich auch diagnostisch in der hohen Komorbidität von depressiven und Angststörungen niederschlägt (Clark & Watson 1991; Maser & Cloninger 1990; Rees et al. 1997; Shea et al. 1992). Weitere Ausführungen zum Spezifitätsproblem finden sich im folgenden Abschnitt "Modellvorstellungen über den Zusammenhang zwischen Depression und Persönlichkeit".

Psychometrische Probleme der in vielen Studien zum Zusammenhang von Depression und Persönlichkeit benutzten Verfahren können an dieser Stelle nur erwähnt werden (z. B. niedrige interne Konsistenzen, Reliabilitätsprobleme, fragliche Replizierbarkeit von Faktorenstrukturen, substantielle Überlappungen interessierender Variablen, z. B. Neurotizismus und Depressivität; vgl. Costa & McCrae 1985). Eine ausführlichere Darstellung und aktuelle Diskussion finden sich bei Flett et al. (1995).

Modellvorstellungen über den Zusammenhang zwischen Depression und Persönlichkeit

Beziehungen zwischen Persönlichkeit und Depression werden unter folgenden Perspektiven in Erklärungsmodellen thematisiert (Hirschfeld et al. 1983b; Klein et al. 1993): Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale können

- gemeinsam mit konstitutionellen und Umgebungsfaktoren zu einer depressiven Episode prädisponieren (**Prädispositions- oder Vulnerabilitätsmodell**),
- subklinische Manifestationen der Depression repräsentieren (**Spektrummodell**),
- das klinische Bild, den Verlauf und/oder die Reaktion auf die Medikation beeinflussen, aber nicht das Risiko für eine Depression erhöhen (**pathoplastisches oder Exazerbationsmodell**),
- sich als Resultat einer Depression temporär verändern (**Komplikationsmodell**),
- sich durch die Depression permanent verändern (**Scar-Modell**).
- **Das Gemeinsame Ursachen-Modell** postuliert einen gemeinsamen ätiologischen Faktor für die Persönlichkeit (insbesondere das Temperament) und die Depression. Beiden kann eine gemeinsame genetische Diathese zugrunde liegen (Carey & DiLalla 1994). Mit anderen Worten: Persönlichkeit und Depression sind unterscheidbare psychologische Phänomene, die durch denselben zugrundeliegenden Prozeß determiniert werden (**core liability**).

In einer Untersuchung an 4000 australischen Zwillingen fanden Jardine et al. (1984), daß ein einzelner genetischer Faktor für die meisten der beobachteten Überlappungen zwischen **Negativem Temperament** (auch: Negative Affektivität oder Emotionalität), **Depression** und **Angst** verantwortlich war. Das Negative Temperament wird als Disposition konzeptualisiert, aversive emotionale Zustände zu erleben. Das impliziert eine enge Beziehung zu Angstmaßen. Das Konstrukt des **Negativen Temperaments** kann als **allgemeiner Faktor subjektiven Distresses** angesehen werden, schließt negative Stimmungszustände, Traurigkeit, Ärger und Schuld ein (Watson & Clark 1995) und repräsentiert individuelle Unterschiede im Erleben der Welt als bedrohlich, problematisch und streßreich. Eine inhaltliche Überschneidung mit der Neurotizismusdimension ist augenfällig. Neben dem Negativen Temperament wird die subjektive emotionale Erfahrung

durch die von ihm unabhängige Dimension des **Positiven Temperaments** dominiert (Tellegen 1985; Watson et al. 1988; Watson & Tellegen 1985), die Kernkomponenten der Dimension Extraversion enthält. Hohe Scores im Positiven Temperament verweisen auf eine aktive Lebensgestaltung mit Energie, Enthusiasmus, Vertrauen, Heiterkeit und Frohsinn, Kontaktsuche und tragfähige zufriedenstellende Interaktionen. Das **Negative Temperament** ist mit Symptomen und Diagnosen, **Angst und Depression** betreffend, assoziiert und somit ein **allgemeines Korrelat einer auf Distreß basierenden Psychopathologie**. Es hat per se keine spezifische Assoziation mit der Depression (Widiger & Costa 1994), während das **Positive Temperament** konsistent **negativ** mit **Depression** korreliert ist und in keiner Beziehung zu Angstindizes steht. Diese Beziehungsmuster lassen sich auch bei Berücksichtigung eines längeren Test-Retest-Intervalls (6 Jahre später) weiterhin bestätigen (Watson & Walker 1996). Auf der Basis ähnlicher Ergebnisse schlugen Kendler et al. (1992) vor, daß eine gemeinsame genetische Diathese eine generalisierte Verantwortlichkeit überträgt, bei Konfrontation mit Streß maladaptiv zu reagieren. Dieses unterstützt das **Gemeinsame Ursachen-Modell**.

Die wesentliche Annahme von **Prädispositions- oder Vulnerabilitätsmodellen** ist die, daß eine Bedingung der anderen vorausgeht und das Risiko der jeweils anderen Bedingung erhöht. Das heißt, es werden zwei unterschiedliche pathologische Prozesse angenommen, einer für die Entwicklung des Risikofaktors, der andere für den Einfluß des Risikofaktors. Eine Überlappung mit den Spektrummodellen wird deutlich, eine Unterscheidung mutet eher willkürlich an. Vulnerabilitätsmodelle sind äußerst komplex, schwer überprüfbar und erfordern **prospektive Längsschnittuntersuchungen**. Ein Rückgriff auf Teile (Ausschnitte) der Vulnerabilitätsmodelle im Rahmen von Hypothesenprüfungen erscheint als mögliche, mit Einschränkungen verbundene Kompromißlösung. Auch die Unterscheidung von Vulnerabilität, Pathoplastik und den Prämissen des Komplikationsmodells ist sehr schwierig, was Probleme in der Konzeptualisierung von Untersuchungs- und Auswertungsdesigns deutlich werden läßt.

Konsistent mit dem **Prädispositionsmodell** prädierte in einer 16 Jahre umfassenden Längsschnittuntersuchung einer großen Kohorte von Männern (Eintrittsalter 19 J.) ein **hohes prämorbidem Niveau des Negativen Temperaments** die spätere **Entwicklung einer Depression** (Clayton et al. 1994). Clark et al. (1994) fanden, daß **extrem niedrige Werte für das Negative Temperament** mit einem **reduzierten Risiko**, an einer Depression zu erkranken, verbunden waren.

Im Rahmen von **Spektrummodellen** wird postuliert, daß Persönlichkeit und Depression aufeinander bezogene, aber unterschiedliche Manifestationen des gleichen zugrundeliegenden Krankheitsprozesses mit gemeinsamer Ätiologie und gemeinsamen Risikofaktoren sind. Eine Störung ist tatsächlich eine Manifestation oder Variante der anderen und nicht eine distinkte Störung.

Pathoplastische (Exazerbations-)Modelle gehen von der Prämisse aus, daß Persönlichkeit und Depression ätiologisch

distinkte Einheiten sind. Additive Effekte oder Interaktionen zwischen ihren unterschiedlichen Bildern beeinflussen das Erscheinungsbild der aktuellen Störung, nicht jedoch das Risiko von beiden. Pathoplastische Modelle thematisieren die Phänomenologie und den Verlauf einer depressiven Krankheitsepisode, während Vulnerabilitätsmodelle eher mit dem Eintreten der Störungsepisode verbunden sind. Einige empirische Ergebnisse stützen das pathoplastische Modell.

Hohe Scores im Negativen Temperament sowohl in der Krankheitsphase als auch in der Remission waren assoziiert mit einer **längeren Indexepisode**, einem mehr **chronischen Verlauf** und einem **ungünstigen** allgemeinen **Ausgang** der Erkrankung (Frank et al. 1987; Katon et al. 1994). Weiterhin in Übereinstimmung mit den Annahmen des pathoplastischen Modells stehen Ergebnisse, die auf eine **schnellere Rückkehr zum normalen Funktionsniveau** und einen besseren allgemeinen Ausgang bei **hohen Scores im Positiven Temperament** verweisen (Clark et al. 1994; Frank et al. 1987; Parker et al. 1992; Wretmark et al. 1970).

Komplikationsmodelle fokussieren die Remissions- bzw. Residualphasen der depressiven Störung und nehmen eine durch die Depression temporäre Veränderung der Persönlichkeit an. **Hohe** Ausprägungsgrade im **Positiven Temperament** sind in der **Remission** signifikant **höher** als während der **Krankheitsphase**, was die Prämissen des **Komplikationsmodells** ebenso stützt wie Daten aus verschiedenen Studien (vgl. Clark et al. 1994), die indizieren, daß Negative Temperaments-Scores signifikant niedriger sind, wenn Patienten erst in Remission untersucht werden (Widiger & Trull 1992).

Andere Ergebnisse wiederum legen nahe, daß die postmorbidem Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen nach einer Störungsepisode nicht zu ihrem prämorbidem Ausgangsniveau zurückkehrt, was konsistent mit dem **Scar-Modell** ist (Akiskal et al. 1983; Clark et al. 1994). Im sog. **Scar-Modell** wird die Persönlichkeit durch die Depression permanent verändert.

Es gibt Evidenzen, die alle diese beschriebenen Grundmodelle der Beziehung zwischen Depression und Persönlichkeit unterstützen (Clark et al. 1994; Widiger & Trull 1992). Diese Modelle schließen sich gegenseitig nicht aus. Sie reflektieren nur unterschiedliche Zeitperspektiven in der Betrachtung der Beziehung zwischen Depression und Persönlichkeit. Diese sicherlich sehr komprimierte Ergebnisdarstellung macht deutlich, daß die verschiedenen Erklärungsmodelle ohne prospektive Längsschnittstudien wohl kaum zu "entwirren" sein dürften (Clark, et al. 1994; Widiger & Trull 1992). Es ist bei diesen Ergebnissen allerdings zu beachten, daß viele Studien nur die absolute Stabilität der interessierenden Merkmale berücksichtigt haben.

Neurotizismus

Neurotizismus ist eine faktorenanalytisch gewonnene Persönlichkeitsdimension auf der Grundlage von Interkorrelationen zwischen Merkmalen auf dem Eigenschaftsniveau. Ihre Konzeptualisierung geht auf eine von Jung (1960) beschriebene Verhaltens- und Erlebensdimension zurück, die als Emo-

tionalität (stabil versus instabil) bezeichnet wurde und in den Krankheitsformen Hysterie und Psychasthenie enthalten sei. Eysenck (1952, 1970) nannte diese Dimension Neurotizismus und postulierte ihre Unabhängigkeit von der Dimension Extraversion/ Introversion, die im Jungschen Konzept als Einstellungstypen beschrieben wurden. Die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus wird als Prädisposition zu emotionaler Labilität aufgefaßt und kann die Entwicklung vor allem dysthymen Störungen mit dem Leitsymptom Angst oder Ängstlichkeit einschließen. Theoretisch wird eine weitgehend vererbte Labilität des autonomen Nervensystems (vor allem des limbischen Systems) angenommen (Eysenck & Eysenck 1985). Inzwischen ist belegt, daß Teilstrukturen des limbischen Systems, z. B. die Amygdala, für die Regulation emotionaler Erregungsprozesse verantwortlich sind, während andere, z. B. Hippocampus, eher Gedächtnisfunktionen ausüben (Asendorpf 1996). Der Nachweis einer größeren Reaktivität autonomer Funktionssysteme in Ruhe und bei emotional erregenden Stimuli bei Personen mit erhöhten Neurotizismuswerten gelang bis auf wenige Ausnahmen (häufigere Reaktionen der Hautleitfähigkeit und niedrigere Sauerstoffaufnahme in Ruhe) nur selten (vgl. Metaanalysen von Myrtek 1998). Neurotizismus wird als Temperamenteigenschaft angesehen. Seine genetische Determination wird u. a. durch Intra-Klassen-Korrelationen von .52 für monozygote Zwillinge und .25 für dizygote Zwillinge (Bouchard 1993) sowie beobachtete familiäre Zusammenhänge zwischen affektiven Störungen einerseits und Neurotizismus bei noch nicht erkrankten Risikopersonen andererseits belegt (Maier et al. 1993; Kendler et al. 1993; Krieg et al. 1990; Wetzell et al. 1980).

Der Zusammenhang zwischen **Neurotizismus und Depression** gehört zu den am häufigsten replizierten Resultaten der psychiatrischen Persönlichkeitsforschung (Maier et al. 1993). **Präorbider Neurotizismus** konnte wiederholt mit dem **Risiko einer prolongierten Depression, einem ungünstigen Ausgang und Chronifizierungstendenzen sowohl in retrospektiven als auch in prospektiven Studien** an Gemeindestichproben und klinischen Stichproben in Verbindung gebracht werden (vgl. Scott et al. 1988) und wurde darüber hinaus in prospektiven Studien als **Prädiktor für eine spätere Depression** gefunden (Angst & Clayton 1986; Boyce et al. 1991; Clayton et al. 1994; Hirschfeld et al. 1989; Nyström & Lindgard 1975).

Dennoch ist die Bedeutung der Neurotizismusdimension für die Entwicklung und/oder Aufrechterhaltung einer Depression bzw. deren Chronifizierung nicht eindeutig. Dieses verwundert nicht, wenn man sich anhand der oben beschriebenen Modellvorstellungen die Vielschichtigkeit und Komplexität der Beziehungen zwischen Depression und Persönlichkeit vergegenwärtigt. Sowohl das pathoplastische als auch das Komplikationsmodell und schließlich das Vulnerabilitätsmodell könnten zur Erklärung der referierten Ergebnisse herangezogen werden. Maier und Mitarbeiter (1993) verweisen anhand von Studienergebnissen auf einen unspezifischen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und psychiatrischer Störung. Dem Neurotizismus käme demzufolge die Bedeutung eines unspezifischen Indikators eines erhöhten familiären Risikos zu.

In der Studie von Bothwell und Scott (1997) zur Identifizierung von **chronifizierenden** Faktoren stand **Neurotizismus in keiner Beziehung zum Ausgang und Verlauf der depressiven Störung**. Hier zeigte sich die **relevante** Rolle eines **niedrigen Selbstwertes** neben dem initialen fremdeingeschätzten Depressionsniveau und dem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und Billigung für den Verlauf (Erholung oder Chronizität). Neurotizismus erwies sich **erst im Langzeitverlauf** (was das Komplikationsmodell bzw. das Scar-Modell stützen würde) **und im Kontext mit einem Mangel an Selbstvertrauen** als **prognostisch relevante** Variable wie auch in der Studie von Surtees und Wainwright (1996).

Neurotizismus ist besonders sensitiv bezüglich des Einflusses von Depressivität (Sauer et al. 1997). 21 % der Varianz des Neurotizismuswertes konnten durch die selbsteingeschätzte Depressivität aufgeklärt werden. Weiterhin wurde in den berechneten linearen Strukturgleichungsmodellen (LISREL) deutlich, daß sowohl das Ausmaß der vom Kliniker eingeschätzten als auch der selbsteingeschätzten **Psychopathologie** einen signifikanten **Einfluß auf** die Dimensionen **Neurotizismus** und **Extraversion** hat, **nicht** aber auf die **Rigidität** und die **Normorientierung**. Patienten mit remittierter Major Depression hatten im Vergleich zu remittierten bipolaren Patienten höhere Werte in der Rigidität sowie in der Normorientierung und niedrigere Werte in der Extraversion. Diese Unterschiede blieben auch bestehen, wenn der Einfluß der psychopathologischen Symptomatik kontrolliert wird. Anders ist es mit der Dimension Neurotizismus. Wird der Einfluß der bestehenden Psychopathologie berücksichtigt, verschwinden die Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen. Diese Ergebnisse stützen das pathoplastische Modell.

Es erhebt sich am Ende die Frage, wie sinnvoll eine solche heterogene Persönlichkeitsdimension wie der Neurotizismus mit ihren zahlreichen inhaltlichen Facetten tatsächlich befriedigend zur Aufklärung des komplexen Wechselwirkungsgefüges Depression - Persönlichkeit beitragen kann. Es sei daran erinnert, daß die Items von Neurotizismusskalen sich häufig inhaltlich mit Items aus Depressionsskalen überschneiden, so daß schwer zu entscheiden ist, ob die aktuelle Schwere der Psychopathologie oder aber ein Persönlichkeits-Trait erfaßt wird, von dem eher eine unspezifische Assoziation mit psychopathologischen Phänomenen angenommen werden muß (Flett et al. 1995; Costa & McCrae 1985). Des weiteren inkludieren Neurotizismusskalen in Fragebogen nicht nur die Sensitivität gegenüber Reizen, die Intensität von Reaktionen und die Regulation interner Zustände gleichsam als Ausdruck von emotionaler Labilität bzw. Distreßreaktionen, sondern darüber hinaus auch Gefühle der Minderwertigkeit, der Abhängigkeit, der Integration in Gruppen und der Interessenbegrenzung, mithin also auch kognitiv-evaluative und interpersonale Merkmale.

Extraversion/Introversion

Den Ausführungen Eysencks (1952, 1970; Eysenck & Eysenck 1985) zufolge sind Introvertierte kortikal chronisch stärker aktiviert, ihre sensorischen Schwellen sind niedriger,

entsprechend lassen sie sich leichter konditionieren. Extravertierte seien durch starke Hemmungspotentiale charakterisiert und suchen infolge ihrer chronisch geringeren kortikalen Aktivierung mehr externe sensorische Stimulation. Auf der Verhaltensebene impliziert diese Persönlichkeitsdimension u. a. Eigenschaften wie Soziabilität, Impulsivität, Aktivität. Konsistente Differenzen zwischen Introvertierten und Extravertierten in psychophysiologischen Parametern (Hautwiderstandsniveau, kardiovaskuläre Aktivität, EEG) lassen sich unter Ruhebedingungen nicht überzeugend nachweisen, hingegen ist eine erhöhte Reagibilität Introvertierter auf Stimulation evident (Stelmack & Geen 1992).

Depressive Personen weisen im Vergleich zu psychisch gesunden Kontrollpersonen **erhöhte Introversionswerte** auf (Hirschfeld et al. 1983b; Murry & Blackburn 1974; von Zerssen 1980, 1982) und beschreiben sich als abhängiger, pessimistischer und selbstkritischer. Die **Introversion** werde dabei von der **Remission nicht** beeinflusst im Gegensatz zur Neurotizismusdimension, so daß auf eine zur Depression **prädisponierende** Rolle der Introversion geschlossen wird (Barnett & Gotlib 1988; Widiger & Trull 1992). Remittierte depressive Frauen zeigten erhöhte Introversionswerte im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Bei Männern erwiesen sich nur die ehemals unipolar Erkrankten nach der Remission noch introvertierter, während bipolar erkrankte Männer nunmehr einen durchschnittlichen Wert auf der E/I-Dimension hatten (Hirschfeld 1977; Hirschfeld & Shea 1992). Ein Mangel an Selbstvertrauen und eine Neigung zur Begrenzung sozialer Kontakte remittierter unipolar Depressiver wurden wiederholt in US-amerikanischen Stichproben gefunden (Akiskal et al. 1983). Höhere Extraversionswerte prädizierten in einer Follow-up-Studie von Parker et al. (1992) eine Verbesserung der Depression. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Bagby et al. (1995): **Höhere Extraversionswerte zu Behandlungsbeginn** sagten eine **bessere Remission** im Rahmen eines standardisierten Behandlungsprotokolls (Desipramin) voraus, wobei sich die **Extraversion** insgesamt als ein **signifikanter Prädiktor unabhängig von der Depressionsschwere** erwies. Die Differenz in den Extraversionswerten zwischen remittierten Patienten und der Normalpopulation war wesentlich kleiner als die bezüglich der Neurotizismusdimension, was von diesen Autoren als Hinweis dafür gewertet wird, die Extraversion nicht als zur Depression prädisponierender Faktor anzusehen. Soziale Aufgeschlossenheit prognostizierte weder in der NIMH-Stichprobe (Hirschfeld et al. 1989) noch in der Züricher prospektiven Studie (Angst & Clayton 1986) das spätere Auftreten einer Depression. Demzufolge **wäre die Introversion als Vulnerabilitätsfaktor eher auszuschließen**. Bezüglich der Dimension Introversion zeigten sich in der Untersuchung von Maier et al. (1993) keine systematischen Normabweichungen bei gesunden Angehörigen affektiv erkrankter Personen im Vergleich zu Kontrollen, was nach Meinung der Autoren nahelegt, die **erhöhten Introversionswerte eher als Folge der Erkrankung** aufzufassen. Diese Interpretation scheint auf den ersten Blick nicht ohne weiteres vereinbar mit Eysencks Konzeptualisierung der Extraversion als Trait für das Ausmaß kortikaler Erregung (Barnett 1993) und Hinweisen auch

für eine genetische Determination der Dimension Introversion zu sein (s. Intra-Klassen-Korrelationen von .51 für monozygote und .22 für dizygote Zwillinge – Bouchard 1993), würde aber andererseits die Bedeutung von Introversion im Rahmen der Annahmen einer temporären Veränderung der Persönlichkeit durch die Depression im Komplikationsmodell unterstreichen. Höhere Introversionswerte remittierter Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen könnten diese Annahmen stützen.

Selbstwert

Ein zentraler Stellenwert für das Phänomen Depression wird dem Konstrukt des Selbstwertes zugeschrieben. Selbstwertgefühl kann verstanden werden als eine evaluative Komponente einer Einstellung gegenüber der eigenen Person und ist damit ein bewertender Aspekt des Selbstkonzeptes, das mit Kihlstrom und Cantor (1984) als kognitive Repräsentation der eigenen Person, als im Gedächtnis abgespeicherte Wissensstruktur verstanden wird und als der Anteil des prozeduralen Wissens einer Person fungiert, der soziale Informationen organisiert, verändert und in soziales Verhalten (Interaktion und Selbstdarstellung) transformiert (Hormuth & Otto 1996, S. 261). Der selbstbewertende Aspekt des Selbstkonzeptes wird auch als Selbstachtung oder Selbstwertschätzung bezeichnet. Es handelt sich gleichsam um ein kognitives und interpersonales Konstrukt, da der soziale Vergleich mit seinen Feedback-Funktionen die Basis für die Selbstbewertung darstellt (Swallow & Kuiper 1988). Bereits in ich-psychologischen Erklärungsansätzen im Rahmen psychoanalytischer Depressionskonzepte wird darauf verwiesen, daß Selbstwertverluste eher als Objektverluste eine Ursache von Depression darstellen (Fenichel 1945). Pyszczynski und Greenberg (1987) vertreten die Meinung, daß der Selbstwert eher als andere untersuchte Variablen (z. B. dysfunktionale Einstellungen oder Kausalattributionen) im Zusammenhang mit Depression entscheidend sei. Es wurden nicht nur enge korrelative **Beziehungen zwischen der Depressionstiefe und dem Selbstwert** belegt, sondern gleichzeitig auch enge **Beziehungen zwischen dem Selbstwert und der Qualität sozialer Beziehungen** (Brown et al. 1990a, 1990b, 1990c). Surtees und Wainwright (1996) stellten in einer Follow-up-Studie (12 Jahre nach Ersterkrankung) an 80 ehemals stationär behandelten Depressiven fest, daß ein **vermindertes Selbstvertrauen** bestimmend für das **erste Wiederauftreten der Depression** war. Der **Langzeitverlauf** hingegen war wesentlich durch **Neurotizismus und mangelndes Selbstvertrauen** gekennzeichnet. Weder die Diagnose noch deren Interaktion mit Neurotizismus prädizierten allein die globalen Folgen der depressiven Erkrankung. Auch Andrew und Mitarbeiter (1993) belegten, daß ein **niedriger Selbstwert die einzige psychosoziale und prognostisch bedeutsame Variable** war, die signifikant den Zustand nach einem Jahr bei 59 weiblichen depressiven Patienten vorhersagte. In Gemeindestichproben und Stichproben ambulanter Patienten mit milden bis mittelschweren Depressionen prognostizierten **niedriger Selbstwert und dysfunktionale Einstellungen die Chronizität** der depressiven Störung (Brown et al. 1986; Dent & Teasdale 1988; Miller et al. 1989; Peselow et al. 1990).

In Übereinstimmung mit den o. a. Studien steht auch das Ergebnis von Bothwell und Scott (1997). Sie untersuchten an einer Stichprobe von 48 depressiven stationären Patienten mit unipolarer, nicht psychotischer Depression verschiedene Variablen (Newcastle Diagnostic Index, Hamilton-Score, BDI-Score, N-Skala aus Eysenck Personality Questionnaire, Rosenbergs Selbstwertskala und Dysfunctional Attitude Scale, Alter, Geschlecht, Episodenanzahl und -dauer) bezüglich ihrer prädiktiven Bedeutsamkeit für die Erholung von einer Depression bzw. für die Chronizität der Störung. Die o. g. Autoren berechneten logistische Regressionsanalysen und extrahierten als **robustestes logistisches Modell** eines, das nur **drei unabhängige Variablen** enthielt, aufgrund derer in **85 %** der Fälle eine **korrekte Klassifikation** in die Kategorien „**Remission**“ oder „**Chronizität**“ möglich war. Bei den Variablen handelte es sich um den Score der **Selbstwertskala** von Rosenberg, den Wert für die **Hamilton-Depressions-Skala** sowie den Subskalen-Score für **soziale Billigung** der Dysfunctional Attitude Scale (Beck & Weissman).

Das **Selbstkonzept-Konstrukt** (mit den Indikatoren **Offenheit, Toleranz und Selbstakzeptanz**) determinierte bei Richter und Richter (1995) im Kontext mit anderen depressionsrelevanten Konstrukten (z. B. dysfunktionale Einstellungen, Kausalattributionen, Coping, Lebensereignisbelastung) im Krankheitsverlauf stabil und unabhängig vom analysierten Zeitraum alle mit ihm in Modellen gemeinsam analysierten Konstrukte. Das Konstrukt „**Depressivität**“ des Aufnahmezeitpunktes bestimmte aber das Selbstkonzept-Konstrukt zur Entlassung stärker, als das zur Aufnahme reflektierte Selbstbild die **Depressivität** zur Entlassung bedingt. Für den poststationären Zeitraum kehrte sich diese Relation um: Je negativer das Selbstbild zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung beschrieben wurde, desto ausgeprägter wurde im ambulanten Follow-up drei Monate nach der Entlassung die **Depressivität** reflektiert. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Fine et al. (1993) an ambulanten adolescenten Patienten mit Major Depression. Das **Selbstbild** erwies sich als **entscheidender Prädiktor** gegenüber dem Depressionsniveau für den **Verlauf bzw. ein Rezidiv** der Depression in einem einjährigen Follow-up. Die Depressionsschwere hingegen prädizierte das Selbstbild im Follow-up nicht, was auf die Notwendigkeit hindeutet, zwischen negativem Selbstbild als Symptom der Depression und somit als Ausdruck temporärer kognitiver Verzerrungen und dem negativen Selbstbild als globalem Aspekt der Persönlichkeit, der in die Ätiologie einer Depression involviert sein kann (vgl. Prädispositions- bzw. Vulnerabilitätsmodell), zu unterscheiden.

Die überwiegende Anzahl von Studien befaßte sich mit der prognostischen Bedeutsamkeit eines reduzierten Selbstwertes für den Ausgang bzw. den weiteren Verlauf einer depressiven Störung (Remission, Rezidiv, Chronizität). Nur **wenige Studien** belegen die Rolle eines **negativen Selbstwertes als Vulnerabilitätsfaktor**, wengleich in gegenwärtigen Prädispositions- bzw. Vulnerabilitätsmodellen der Selbstwert als relevanter ätiologischer Faktor diskutiert wird (vgl. Perris 1987, 1991; Barnett 1993). Einige empirische Untersuchungsergebnisse verweisen jedoch darauf, daß das **Niveau des Selbstwertes kein stabiler Prädiktor** für das **Einsetzen** ei-

ner depressiven Störung ist und es daher fragwürdig erscheint, den Selbstwert als Trait-Marker der Depression anzusehen (Roberts & Monroe 1994). Kernis und Mitarbeiter (1991, 1992) heben in ihren Arbeiten die **prädiktive Bedeutsamkeit** und Nützlichkeit der **Stabilität des Selbstwertes** hervor, die sich als vom Niveau des Selbstwertes distinkt erwies. Die Stabilität des Selbstwertes kann definiert werden als Ausmaß kurzzeitiger Fluktuationen im globalen Selbstwert und geschätzt werden als die Standardabweichung des täglich (oder häufiger) erfaßten individuellen Selbstwertes in einem natürlichen Kontext. Je größer diese Standardabweichung ist, desto instabiler sei der Selbstwert. Die Autoren bestätigten die bekannte **inverse Beziehung zwischen Depressivität und Selbstwert**. Diese Beziehung wurde jedoch **moderiert durch die Stabilität des Selbstwertes**, und zwar derart, daß nur bei Individuen mit einem stabilen Selbstwert bei nachfolgender Depressivität substantielle Selbstwertdifferenzen festgestellt werden konnten. Das **Niveau des Selbstwertes** erwies sich **nicht als guter Prädiktor für spätere Depressivität bei Personen mit einem instabilen Selbstwert**.

Hartlage und Mitarbeiter (1993) zeigten, daß das Ausmaß, in dem der Selbstwert sinkt, wenn eine Person durch streßreiche Erfahrungen belastet und/oder leicht depressiv ist, eine wichtige Dimension eines vulnerablen Selbstwertes ist. Derartige Bedingungen interferieren mit Versuchen, automatischen depressogenen Prozessen entgegenzuwirken. Dieses wird durch Ergebnisse einer Studie an studentischen Probanden von Smith und Petty (1995) bestätigt, in der die **Rolle des Selbstwertes und der negativen Stimmungsregulation** bei Stimmungskongruenzeffekten auf die Kognitionen untersucht wurde. Probanden mit niedrigem Selbstwert wiesen eine deutlich stimmungskongruente Wiedergabe nach der Induktion eines negativen emotionalen Zustandes im Vergleich zur Induktion neutraler Stimmung auf. Je negativer Personen mit niedrigem Selbstwert gestimmt waren, desto mehr negative Gedanken wurden von ihnen erzeugt und reproduziert. Je negativer Personen mit hohem Selbstwert in ihrer Stimmung waren, desto positiver waren ihre Kognitionen im Sinne einer stimmungskongruenten Wiedergabe. Die Variable Selbstwert trug zur Varianzaufklärung positiver Erinnerung stärker bei als der Score der Negative Mood Regulation Scale, die das Ausmaß erfaßt, in dem Personen antizipieren, daß sie für ihre Anstrengungen, den negativen affektiven Zustand zu reduzieren, verstärkt werden. Die Ergebnisse von Smith und Petty (1995) deuten darauf hin, daß Personen mit hohem Selbstwert offenbar effiziente stimmungsregulierende Denkstrategien benutzen. Es wäre aber auch umgekehrt vorstellbar, daß ein hoher Selbstwert Folge eines effektiven selbstregulatorischen Verhaltens ist. Gegenseitige Beeinflussungen sind am wahrscheinlichsten.

Roberts und Monroe (1994) elaborierten ein Modell des Selbstwertes, in dem sie verschiedene Quellen für einen vulnerablen Selbstwert darlegen. Strukturelle Defizite als Mangel an external fundierten Quellen bzw. die Verfügbarkeit von nur rigiden Quellen zur Bewertung der eigenen Person schlagen eine Brücke zur Social Support Forschung und zu sozial-lerntheoretischen Perspektiven bezüglich der Rolle des Selbstwertes im Depressionskontext. Leichte depressive

Verstimmungen, streßreiche Lebensereignisse und die durch sie erforderliche Anpassung und Bewältigung oder schemakongruente Erfahrungen als Auslöser bzw. Quellen für einen niedrigen bzw. abgesunkenen Selbstwert (vgl. Kuiper & Olinger 1986; Kuiper et al. 1985) legen eine komplexe, perspektivenübergreifende Behandlung der Selbstwertproblematik und die Berücksichtigung von Annahmen und Ergebnissen der Lebensereignis- und Copingforschung sowie kognitiver Diathese-Streß-Modelle einschließlich der affektabhängigen Informationsverarbeitung nahe.

Temperaments- und Charakterdimensionen im biopsychologischen Modell der Persönlichkeit von Cloninger und ihre Beziehungen zur Depression

Cloninger (1987, 1991, 1994) postulierte, daß das **Temperament** eines Menschen durch drei genetisch voneinander unabhängige Dimensionen (**Neuigerverhalten, Schadensvermeidung und Belohnungsabhängigkeit**) beschrieben werden kann. Jede dieser Dimensionen soll jeweils mit Veränderungen der drei grundlegenden Emotionen variieren: Furcht mit Schadensvermeidung, Ärger mit Neuigerverhalten und Liebe mit Belohnungsabhängigkeit (Cloninger 1994; Cloninger et al. 1994, 1999). Darüber hinaus werden die Temperamentsdimensionen als Ausdruck unterschiedlicher, grundlegender Verhaltensregulationssysteme, in denen jeweils spezifische neuroaminerge Netzwerke eine herausragende neuromoduläre Rolle spielen, betrachtet (Cloninger et al. 1994, 1999). **Neuigerverhalten** wird als Ausdruck für das **Verhaltensaktivierungssystem** postuliert, in dem vor allem das Dopamin eine wesentliche Rolle spielt. Noradrenalin wird eine besondere Bedeutung im **System der Verhaltensaufrechterhaltung** zugeschrieben, das sich in Form von **Belohnungsabhängigkeit** zeigt. Das **Verhaltenshemmungssystem**, das wesentlich durch Serotonin moduliert wird, wird in Verhaltensakten der **Schadensvermeidung**, der dritten Temperamentsdimension, präsent. Die Postulate Cloningers gründen sich auf Ergebnisse aus Familienuntersuchungen, longitudinalen Entwicklungsstudien, psychometrischen Beschreibungen der Persönlichkeitsstruktur, neurophysiologischen, pharmakologischen und neuroanatomischen Untersuchungen (ausführlicher s. Cloninger et al. 1994, 1999).

Der **Charakter**, repräsentiert durch die Dimensionen **Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität und Selbsttranszendenz**, werde überwiegend durch sozialisatorische Einflüsse determiniert. Diese Dimensionen beinhalten individuelle Unterschiede in Selbst- und Umweltkonzepten und deren Relationen zueinander. In der Selbstlenkungsfähigkeit widerspiegelt sich ein Selbstkonzept von Autonomie, Reife, Verantwortlichkeit und Integration und mit den Gefühlen der Wirksamkeit, Hoffnung und des Selbstwertes. Die Kooperativität impliziert das Ausmaß, in dem sich eine Person als integraler Bestandteil sozialer Gruppen erlebt und verhält. In der Selbsttranszendenz drückt sich aus, in welchem Umfang sich eine Person als integraler Bestandteil der Menschheit oder Gesellschaft sieht. Von einem solchen Selbstkonzept sind Gefühle der Geduld, Bescheidenheit, Kreativität, Selbstlosigkeit und

subjektiver Idealismus abzuleiten (Cloninger et al. 1994, 1999).

Basierend auf seiner psychobiologischen Theorie der Persönlichkeit entwickelte Cloninger mit seinen Mitarbeitern zunächst den **Dreidimensionalen Persönlichkeitsfragebogen** (Tridimensional Personality Questionnaire - TPQ – Cloninger et al. 1991) zur Erfassung der Temperamentsdimensionen Neuigerverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit (und Beharrungsvermögen, ursprünglich als Komponente der Belohnungsabhängigkeit). Spätere Faktorenanalysen extrahierten das Beharrungsvermögen als separaten Faktor (Cloninger et al. 1991; Nixon & Parsons 1989; Waller et al. 1991a; Waller et al. 1991b). Zwillingstudien bestätigten, daß die vier Temperamentsdimensionen genetisch homogen und unabhängig voneinander sind (Heath et al. 1994; Stallings et al. 1994). Der TPQ wurde um die drei Charakterdimensionen Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität und Selbsttranszendenz zum **Temperament- und Charakter-Inventar - TCI** - erweitert (Cloninger et al. 1994, 1999). Das Temperament- und Charakter-Inventar wurde in mehreren Studien an depressiven Patienten eingesetzt. Diesbezügliche Ergebnisse werden im folgenden referiert.

Patienten mit **affektiven Störungen** haben oft **hohe** Werte in den Temperamentsdimensionen **Schadensvermeidung** und **Neuigerverhalten**, was als Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt in Verhaltens- und Erlebensweisen zum Ausdruck kommen kann. Hohe **Schadensvermeidung** impliziert antizipatorische Sorgen und Pessimismus, Angst vor dem Ungewissen, Schüchternheit gegenüber Fremden, Ermüdbarkeit und Streßintoleranz. Aspekte des **Neuigerverhaltens**, wie sie in den Subskalen dieser Temperamentsdimension repräsentiert werden, sind explorative Erregbarkeit, Impulsivität, Überspanntheit als Ausdruck von verschwenderischem Umgang mit Energie und Gefühlen sowie mangelnder Organisiertheit, die eine herabgesetzte Frustrationstoleranz einschließt (ausführlicher bei Cloninger et al. 1994, 1999). Der durchschnittliche Punktwert in der Schadensvermeidung ist vor der Depressionsbehandlung höher als in der Allgemeinbevölkerung (Brown et al. 1992; Joffe et al. 1993; Cloninger et al. 1994, 1999). Verschiedene Ergebnisse unterstützen Cloningers Voraussagen (1987), daß starkes Neuigerverhalten Dysthymie hervorrufen kann, wenn es mit hoher Schadensvermeidung verbunden ist (Svrakic et al. 1994). **Schadensvermeidungsscores sind bei depressiven Patienten weniger stabil als in der Allgemeinbevölkerung und kovariieren mit Änderungen der Depression** (Brown et al. 1992).

126 Patienten mit einer **unipolaren Depression**, die stationär in Kombination von Pharmakotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden, konnten mit einer **nach Alter und Geschlecht parallelisierten Gruppe gesunder Personen**, die aus der vorläufigen Normierungsstichprobe für die deutschsprachige Version des TCI rekrutiert wurde, bezüglich der TCI-Dimensionen verglichen werden (Richter & Richter 1998). Dabei wiesen **depressive** Patienten sowohl bei der **Aufnahme als auch zum Entlassungszeitpunkt** signifikant **höhere Schadensvermeidungsscores** auf als die gesunden Kontrollpersonen, was in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Joffe et al. (1993) steht, denen zufolge re-

mittierte depressive Personen in der Schadensvermeidung immer noch höher lagen als die Allgemeinbevölkerung.

Patienten mit **unipolarer Depression unterschieden sich in der Schadensvermeidung nicht von den unipolar depressiv Erkrankten mit komorbider Angststörung.**

Patienten mit einer **rezidivierenden depressiven** Störung hatten zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung signifikant **höhere** mittlere **Schadensvermeidungs-Scores** als die Patienten mit einer depressiven Episode. Dieses Ergebnis könnte die Annahmen des Komplikationsmodells stützen.

Bei allen betrachteten diagnostischen Subgruppen reduzierten sich die mittleren Werte für die Schadensvermeidung im Prä-Post-Vergleich, also im Behandlungsverlauf. Die Unterschiede in der Schadensvermeidung erwiesen sich als relativ unabhängig von der Depressivität. Das wird gestützt durch die **signifikant höheren Autokorrelationen des TCI-Scores für Schadensvermeidung** ($r = .72$) **gegenüber** denen für die **Depressivität** (BDI $r = .50$). Dieses Ergebnis spricht für die **relative Stabilität der Temperamentsdimension Schadensvermeidung** in der Gruppe stationär behandelter **unipolar depressiver Patienten** ohne und mit komorbider Angststörung.

Die biologische Basis der Persönlichkeit impliziere die Möglichkeit, daß Persönlichkeitsdimensionen die Reaktion auf Psychopharmakotherapie vorhersagen (Joyce 1994; Mulder 1992) und damit die Behandlungsauswahl leiten können. In der Studie von Peselow et al. (1992a) prädizierte der endogene Subtyp einer Depression das Nicht-Ansprechen auf ein Placebo, während die Persönlichkeitsmerkmale Soziotropie und Autonomie die Reaktion auf eine medikamentöse antidepressive Behandlung vorhersagten. Die Unterscheidung endogen - nicht endogen hingegen erwies sich bezüglich der Prädiktion als nicht erfolgreich.

Bei Patienten, die auf eine antidepressive Pharmakotherapie (standardisiertes Behandlungsprotokoll) nicht ansprachen, wurden drei Monate nach Behandlungsbeginn persistierende hohe Schadensvermeidungsscores festgestellt. Joyce et al. (1994) konnten belegen, daß der Temperamentstyp 25 % der Varianz des medikamentösen Behandlungserfolges aufklärt. Depressive Frauen, aber nicht die Männer, die initial hoch in der Schadensvermeidung waren, zeigten bessere Behandlungserfolge unter dem noradrenergen Medikament Desipramin als unter Clomipramin. Patienten mit hoher Belohnungsabhängigkeit (mit deutlicher interpersonaler oder sozialer Sensitivität) wiesen unter dem serotonergen/noradrenergen Clomipramin deutlichere Besserungen auf. **Temperamentstyp und die Wechselwirkung zwischen Geschlecht, Medikament und Temperament klärten 38 % der Varianz des Therapieergebnisses** in allen Behandlungsfällen auf.

Auch bei Patienten mit Angststörungen sind hohe Schadensvermeidungsscores zu finden, so daß sich die Frage nach der **Spezifität** des Zusammenhangs zwischen **Depression** und erhöhten Werten in der **Schadensvermeidung** stellt. In multiplen Regressionsanalysen wurde evident, daß das **Angstniveau** direkter und in **engerer Beziehung** zur **Schadens-**

vermeidung steht, während **Depression** die **engste Beziehung** zu niedrigeren Werten auf der **Charakterdimension Selbstlenkungsfähigkeit** hat (Svrakic et al. 1994). Diese Charakterdimension spiegelt Reife, Verantwortlichkeit, Zielgerichtetheit, soziale Kompetenz und Integration der Persönlichkeit wider. In der bereits o. a. Studie von Richter und Richter (1998) waren unipolar depressive Patienten ohne und mit komorbider Angststörung überzufällig niedriger in der Charakterdimension Selbstlenkungsfähigkeit als die gesunden Kontrollpersonen. Nach der stationären Behandlung (Kombination von Pharmako- und kognitiver Verhaltenstherapie) erlebten sich die Patienten signifikant sozial kompetenter, zielgerichteter und übernahmen mehr Verantwortung für eigenes Handeln. Im Vergleich zu gesunden Personen waren sie jedoch noch immer durch eine deutlich niedrigere Selbstlenkungsfähigkeit charakterisiert. Besonders hervorzuheben ist die **Diskrepanz** zwischen den **Kontrollpersonen und den rezidivierend depressiv erkrankten Patienten**. Die Unterschiede in der Selbstlenkungsfähigkeit erwiesen sich als relativ unabhängig von der Depressivität. Das wird gestützt durch die **signifikant höheren Autokorrelationen der TCI-Scores für die Selbstlenkungsfähigkeit** ($r = .74$) **gegenüber** denen für die **Depressivität** (BDI $r = .50$). In US-amerikanischen Stichproben (Svrakic et al. 1993; Bayon et al. 1996) ergaben sich eine verminderte Selbstlenkungsfähigkeit und niedrige Werte für Kooperativität sowohl bei stationären als auch ambulanten Patienten als charakteristisch für eine diagnostizierte Major Depression.

Depression und Persönlichkeitsstörungen

Eine **hohe Komorbidität** von Depression und Persönlichkeitsstörungen ist mehrfach belegt worden (Angst 1986; Ekselius et al. 1997; Scott et al. 1988; Zimmermann et al. 1991). Ihre **Prävalenz** bewegt sich für stationäre Patienten zwischen 20 - 50 %, für ambulante zwischen 50 - 85 % (Corruble et al. 1996). Je niedriger das **Ersterkrankungsalter für die Depression** war, desto **höhere Prävalenzraten** für **vermeiden-de, histrionische und narzißtische Persönlichkeitsstörungen** wurden gefunden (Fava et al. 1996). Die Achse-II-Störung erwies sich zum einen als **erhöhtes Rückfallrisiko** für eine Depression (Peselow et al., 1992b; Pfohl et al. 1987; Thompson et al. 1988; Zimmerman et al. 1986) und war zum anderen mit einem **weniger erfolgreichen Ansprechen auf eine antidepressive Pharmakotherapie** verbunden (Black et al. 1988; Charney et al. 1981; Pfohl et al. 1984; Reich 1990). Depressive Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung zeigten in ihrem **sozialen Funktionsniveau** eine **geringere Besserung** und **mehr depressive Residualsymptome** nach Beendigung einer Therapie, obwohl sie sich in den Depressionsscores nicht von den Patienten ohne komorbide Achse-II-Störung unterschieden. Dieses betraf in einer randomisierten Therapie-Vergleichsstudie alle Therapieformen mit Ausnahme der kognitiven Therapie (Shea et al. 1990).

Allerdings kontrollierten nur sehr wenige Studien die Differenzen, die zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen in der residualen Depressionssymptomatologie

bestehen können. Da es Hinweise dafür gibt, daß eine erhöhte Depressionsschwere Prädiktor für einen nachfolgenden Rückfall sein kann (Shea et al. 1992) und außerdem Persönlichkeitsmessungen während der depressiven Episode einen potentiellen Bias enthalten können (Stuart et al. 1992), ist die Forderung zu stellen, den **konfundierenden Einfluß** der aktuellen **Depressivität** sowohl auf die Achse-II-Pathologie als auch auf die retrospektive Erinnerung der Rückfall-episoden zu **kontrollieren**. Es ergaben sich weiterhin substantielle Hinweise dafür, daß **dysfunktionale kognitive Muster und Persönlichkeitsstörungen jeweils Risikofaktoren** für einen depressiven Rückfall sind. Jedoch scheinen beide Variablen zu **kovariieren**, wobei Persönlichkeitsstörungen (als komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens – vgl. Fiedler 1994) klinisch relevanten Distreß erzeugen und somit Individuen zum Erleben negativer Lebensereignisse prädisponieren, die beim Einsetzen einer Depression eine kausale Rolle spielen können (Ilardi et al. 1997). Somit neigen Personen mit Persönlichkeitsstörungen zu einem hohen Niveau depressionstypischer Kognitionen (Evans & Craighead 1995; O'Leary et al. 1991).

In einem **survival-analytischen Modell des depressiven Rückfalls** überprüften Ilardi et al. (1997) an 50 stationär behandelten unipolar, nicht psychotisch depressiv erkrankten Personen die Hypothese der Kovariation von dysfunktionalen Einstellungen und Persönlichkeitsstörungen. Wurden alle kognitiven Variablen (Dysfunctional Attitude Scale, Attributional Style Questionnaire) und das dimensionale Achse-II-Rating als unabhängige Variablen in die Analyse aufgenommen, zeigte sich, daß nur das Achse-II-Rating einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable Rückfall hatte. Analog war das Ergebnis bei der kategorialen Zuweisung einer Persönlichkeitsstörung in einer statistischen Analyse gemeinsam mit den kognitiven Variablen. Von diesen hatte lediglich der Attributionswert für positive Ereignisse einen signifikanten Effekt auf das Rückfallgeschehen. In berechneten Modellen, die die Persönlichkeitsstörung und die Attributionen für positive Ereignisse als unabhängige Variablen einschlossen, ergab sich, daß beide Variablen überzufällig mit der abhängigen Variable Rückfall verbunden waren. Die Berücksichtigung clusterspezifischer Zuweisungen (A, B und C) erbrachte folgende Ergebnisse: **hohe Werte in den dimensional Scores bezüglich einer Persönlichkeitsstörung der Cluster B (emotional) und C (unsicher-vermeidend) indizierten Reduktionen in der erwarteten Survival-Rate von 29% bzw. 16 %**.

Dieses Ergebnis findet seine Entsprechung auch in den berichteten Daten von Alnaes und Torgersen (1997) an 253 nach 6 Jahren nachuntersuchten depressiven Patienten, die belegen, daß sowohl Borderline-Persönlichkeitsstörungen als auch abhängige Persönlichkeitsstörungen Rückfälle einer Major Depression prädikierten. Das ist auch konsistent mit Ergebnissen von Angst (1986), Pföhl et al. (1984) und Scott et al. (1988) sowie den Resultaten von Akiskal et al. (1983), Angst und Clayton (1986), Hirschfeld et al. (1989), daß die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die vermeidende Persönlichkeitsstörung die Entwicklung einer Depression vorhersagen bzw. die Komorbidität beider belegen (vgl. Ekselius et al. 1997).

Überraschenderweise war in der Untersuchung von Ilardi et al. (1997) eine Cluster-A-Persönlichkeitspathologie mit einer signifikant erhöhten Survival-Rate verbunden. Möglicherweise schützt ein gewisses Maß an Social detachment vor Zurückweisungserlebnissen und macht diesbezüglich weniger depressogen verwundbar (Greenberg et al. 1996). Die **erwartete Survival-Periode von depressiven Patienten ohne Persönlichkeitsstörung war annähernd 7,4mal länger** als die von jenen Patienten, die die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung erfüllten (unter Kontrolle aller kognitiven Maße und Kovariaten sowie der Pharmakotherapie; allerdings wurde die Compliance nicht überprüft). Am deutlichsten erwies sich die Diskrepanz in den **ersten sechs Monaten nach der Remission: 77 % der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung hatten einen Rückfall**, hingegen waren es **nur 14 % der Patienten ohne Persönlichkeitsstörung**. Der mögliche konfundierende Einfluß der aktuellen Depressivität sowohl auf die Achse-II-Pathologie als auch auf die retrospektive Erinnerung der Rückfallepisoden wurde über die Kontrolle des BDI-Scores ausgeschlossen.

Die Autoren diskutieren ihre Ergebnisse unter zwei Perspektiven: Erstens sehen sie eine **Persönlichkeitsstörung** als einen **genuinen Risikofaktor** an, der bestimmte Patienten vulnerabler macht für einen depressiven Rückfall. Zweitens halten sie es für möglich, daß das Auftreten **wiederholter oder chronischer depressiver Episoden** sich ungünstig auf das **Interaktionsverhalten** und damit auf die integrative Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit auswirkt, was sich letzten Endes in einem erhöhten Niveau der Achse-II-Pathologie im Follow-up, aber auch in der Reduktion sozialer Netzwerke und erlebter sozialer Unterstützung widerspiegelt (vgl. Amann 1991a, 1991b).

Die **Bedeutung** von Persönlichkeitsstörungen als erhöhtes **Rückfallrisiko** für eine Depression (*i. S. des Komplikationsmodells*), als eine **klinisch relevanten Distreß erzeugende Bedingung (Prädisposition)** sowie ihre **pathoplastische Wirkung** hinsichtlich Verlauf und Erfolg einer Therapie sind unbestritten. Ihre **valide Erfassung** hingegen ist ein noch **nicht befriedigend gelöstes** Problem. Selbstbeurteilungen störungsspezifischer Verhaltens- und Erlebensweisen können dem bereits beschriebenen State-Effekt unterliegen (Zimmerman & Coryell 1990) und führen häufiger zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als (halb-)strukturierte Interviews (Bronisch et al. 1993). Revisionen in der Definition von Persönlichkeitsstörungen (erinnert sei an die offene Diskussion zur depressiven Persönlichkeitsstörung – vgl. Hirschfeld & Holzer 1994 – oder die Kontroverse zur narzißtischen Persönlichkeitsstörung) erfordern fortlaufende Validierungen der störungsspezifischen Erhebungsinstrumente und der diagnostischen Kriterien. Neben der schwer zu bestimmenden Validität von klinischen Interviews (Kliniker-Übereinstimmung) stellen Persönlichkeitsstörungen komplexe, stabile und personenspezifische Interaktionseigenarten dar, die als unflexibel und sozial maladaptiv gelten. Das interessierende, den diagnostischen Beurteilungen zugrundeliegende Verhalten erscheint dimensional, ohne faßbare Evidenzen für Diskontinuitäten, die ein kategoriales Diagnose-Modell

aber impliziert. Eine Ergänzung und zukünftig vielleicht eine Alternative zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung über klinische Interviews könnte das Temperament- und Charakter-Inventar - TCI (Cloninger et al. 1994, 1999) bereitstellen. Die im folgenden referierten Untersuchungsergebnisse sollen diese Möglichkeiten verdeutlichen.

Mulder und Joyce (1997) unterzogen die **Symptome von Persönlichkeitsstörungen** (DSM-III-R, SCID II) einer **Faktorenanalyse** und **extrahierten** 4 Faktoren, mit denen 71 % der Varianz aufgeklärt werden konnten: **1. Cluster-B-ähnlich** (antisozial, Borderline, narzißtisch, histrionisch) und **passiv-aggressiv**, **2. schizoid**, **3. vermeidend und abhängig**, **4. zwanghaft**. Im zweiten Schritt überprüften sie die **Beziehungen zwischen den extrahierten Faktoren und den Temperamentsdimensionen des TPQ** (Tridimensional Personality Questionnaire, Cloninger et al. 1991) sowie den **Dimensionen des Eysenck Personality Questionnaire** (Psychotizismus, Neurotizismus und Extraversion). **Faktor 1** war signifikant mit **hohem Neugierverhalten** assoziiert, **Faktor 2** korrelierte überzufällig mit **geringer Belohnungsabhängigkeit** (Rückzug, Detachment), der **Faktor 3** zeigte signifikante Korrelationen mit der **Schadensvermeidung**, und der **Faktor 4** stand in signifikant positiver Beziehung zum **Beharrungsvermögen** und in **negativer** Beziehung zur **Belohnungsabhängigkeit**. Die EPQ-Dimensionen waren weniger klar mit den erhaltenen Faktoren für Persönlichkeitsstörungen verbunden. Mulder und Joyce (1997) konnten also zeigen, daß Symptome von Persönlichkeitsstörungen auf **vier Faktoren** laden, die von ihnen antisozial, asozial, asthenisch und anankastisch (die vier "A") bezeichnet wurden und die, **jeder für sich, eine relevante Beziehung zu einer Temperamentsdimension** haben. Es ist also offensichtlich, daß bestimmte Temperaments-Extreme zu persönlichkeitsgestörtem Verhalten prädisponieren können.

Hohes Neugierverhalten, geringe Schadensvermeidung, geringe Belohnungsabhängigkeit und geringes Beharrungsvermögen prädiktierten bei Adoleszenten antisoziales Verhalten, Alkohol- und Drogenmißbrauch sowie Kriminalität im Erwachsenenalter (Cloninger et al. 1988; Sigvardsson et al. 1987; Wills et al. 1994).

Persönlichkeitsstörungen konnten als Kombination extremer Temperamentscores (Neugierverhalten, Schadensvermeidung und Belohnungsabhängigkeit) in Verbindung mit niedrigen Charakterscores (Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität) von Svrakic et al. (1993) sowie Goldman et al. (1994) dargestellt werden. **Temperamentstypen** bedingen die Sensitivität gegenüber Reizen, die Intensität emotionaler Reaktionen und die Regulation interner Zustände sowie die Rate des prozeduralen Lernens, d. h. den spezifischen Stil oder das Muster unreifer Abwehrmechanismen und maladaptiven Verhaltens. Die **Charakterscores** für **Selbstlenkungsfähigkeit** und **Kooperativität** bestimmen, ob ein **Verhalten angepaßt oder unreif** ist (Cloninger et al. 1994, 1999). Für stationäre psychiatrische Patienten erwies sich das Kriterium der Unreife des Charakters (definiert als Summe der TCI-Scores für Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität im unteren Drittel der Verteilung der Allgemeinbevölkerung

liegend) als hoch spezifisch (.84) und durchschnittlich sensitiv (.64) für eine Persönlichkeitsstörung (DSM-III-R), diagnostiziert mittels eines strukturierten klinischen Interviews (Cloninger et al. 1999, S. 39-42).

Zusammenfassung

Die Auswahl der dargestellten Schwerpunkte folgte in erster Linie den Auffassungen von Hettema (1993, 1995) und Cloninger (1991, 1994, 1999), daß **Persönlichkeit als eine multikonditionale Entität** verstanden werden sollte, die verwurzelt ist in genetischen Strukturen (Temperament) und sich durch Lernen und Sozialisation (Charakter) entwickelt. **Neurotizismus und Extraversion als Dimensionen des Temperaments** und im Depressionskontext am häufigsten untersuchte Persönlichkeitsdimensionen wurden demzufolge zuerst behandelt.

Die Postulate Eysencks bezüglich einer größeren Reaktivität autonomer Funktionssysteme bei Personen mit erhöhten Neurotizismuswerten in Fragebogen gelang äußerst selten. Die Annahmen einer kortikal stärkeren Aktivierung der Introvertierten wurde nur unter Stimulation evident. Die **empirischen Ergebnisse** zu diesen beiden "klassischen" Persönlichkeitsdimensionen fallen **inhomogen** aus. Das ist zum einen sehr **unterschiedlichen temporären Perspektiven** (vgl. Erklärungsmodelle zur Beziehung Depression und Persönlichkeit) in den jeweiligen Untersuchungsdesigns geschuldet und der in Studien nicht immer in Rechnung gestellten **Konfundierung** von Neurotizismus und depressiver Stimmung. Als weitere bislang nicht ausreichend geklärte Frage tritt die nach der **Stabilität** von Persönlichkeitsfaktoren in der Depression hinzu. Hinweise über Veränderungen des Neurotizismus in klinischen Populationen stehen nicht in Übereinstimmung mit Ergebnissen in Normalpopulationen. Von daher sollte nicht nur die absolute Stabilität berücksichtigt, sondern auch die relative Stabilität über Kovariationsmaße erfaßt werden. Weiterhin ist zu beachten, daß die **Beziehungen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen vorhersagbar mit der Situation variieren**. In positiven, belohnenden Situationen ist z. B. Extraversion assoziiert mit Positivem Affekt, aber dieses verändert sich in bedrohlichen Situationen. Neurotizismus ist verbunden mit Negativem Affekt unter Bedrohung, nicht jedoch unter Belohnungsbedingungen (Larsen & Ketallar 1989). Ein weiterer Punkt, der die **State-Trait-Relation** kompliziert erscheinen läßt, ist die **dynamische Natur** dieser Beziehung. Wenn Personen frei über die Situationsauswahl entscheiden können, werden die bezüglich Neurotizismus Sensitiven die bedrohliche Situation zu vermeiden versuchen. Emotional stabile Personen hingegen werden freiwillig eher an Aktivitäten teilnehmen, die die Induktion negativer Affekte wahrscheinlich machen. Es muß die Frage gestellt werden, ob diese Situationsabhängigkeit in den verwendeten Erfassungsmethoden und in Untersuchungsdesigns ausreichend Berücksichtigung findet.

Spezifitätsprobleme, wie sie sich z. B. in der eher unspezifischen Relation des Neurotizismus zu einer allgemein auf Distreß basierenden Psychopathologie offenbaren, und die

Unzufriedenheit mit der inhaltlichen Überschneidung von biogenetischen (Affektregulation und Temperament), kognitiven und interpersonalen Aspekten in der Neurotizismusdimension läßt die Frage aufkommen, ob eine unidimensionale Betrachtungsweise sich überhaupt einer validen Beantwortung des Spezifitätsproblems annähern kann.

Kann eine solche facettenreiche Persönlichkeitsdimension wie der Neurotizismus für die zukünftige Forschung mit der Herausforderung, temporäre Beziehungen zwischen Persönlichkeit und psychopathologischen Phänomenen diffiziler aufzuklären, um Diagnostik, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation weiter verbessern zu können, noch nützlich sein?

Dem **Selbstwert**, als evaluativem Aspekt des Selbstkonzeptes, wurde anschließend ein relativ breiter Raum gewidmet. Die Mehrzahl der Studien stellte seine **Relevanz als Prädiktor** für den **Verlauf und den Ausgang (Chronizität)** einer depressiven Störung heraus. Seine Bedeutung als **Vulnerabilitätsfaktor** wird in Modellen hervorgehoben, ist aber **empirisch nicht ohne weiteres** zu belegen. Offensichtlich wird die inverse Beziehung zwischen Depression und Selbstwert durch die **Stabilität** des Selbstwertes moderiert. Der Hinweis, daß ein niedriger Selbstwert ein effizientes selbstregulatorisches Verhalten behindert bei negativer Stimmungsinduktion, lenkt die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit einer perspektivenübergreifenden Betrachtung. Das **Selbstkonzept** erscheint gleichsam als interaktive **Brücke zwischen Temperament und Charakter**, denn es **beeinflusst als soziale Konstruktion die Ausformung und Kontrolle intrapersonalen Verhaltens** (selbstbezogene Informationsverarbeitung, Affektregulation und motivationale Prozesse – und damit Aspekte des Temperaments) **und interpersonelles Verhalten** (soziale Wahrnehmung, soziales Lernen, sozialer Vergleich und soziale Interaktion – und damit Aspekte des Charakters).

Die **Interaktion** zwischen **biogenetischen** (Temperament) und **sozialisationsbedingten** Faktoren (Charakter) sowohl in der individuellen Entwicklung als auch in der Entstehung von psychopathologischen Zuständen ist im komprimiert vorgestellten **psychobiologischen Sieben-Faktoren-Modell der Persönlichkeit** von Cloninger und Mitarbeitern zentral. Eine **valide Unterscheidung** zwischen **biogenetischen** und **sozialisationsbedingten** Faktoren auf der Meßebene erscheint als eine notwendige Voraussetzung, um dann Zusammenhänge zwischen Biologie, individuellem Lernen, Umgebungsfaktoren und kognitiven Interpretationen der Umgebung auf der Grundlage individuellen Lernens, das wiederum gekoppelt ist an biogenetische Grundlagen, wirklich eruieren zu können. Das von Cloninger et. al. (1994, 1999) entwickelte Temperament- und Charakterinventar bietet sich gegenwärtig dazu an, dieser Komplexität von Persönlichkeit als einer dynamischen Organisation psychobiologischer Systeme innerhalb eines Individuums, die die Adaptation an eine sich verändernde Umgebung ermöglichen (Cloninger et al. 1993), auch unter klinischen und psychopathologischen Gesichtspunkten ein Stück näherkommen zu können. Ergebnisse zur Anwendung des Verfahrens bei depressiven Personen und auch im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen erbrachten, daß **depressive** Patienten auch nach der Remission weiterhin **höher** in

der **Schadensvermeidung** und **niedriger** in der **Selbstlenkungsfähigkeit** sind, wobei letzteres in engerer Beziehung zur Depression steht. Auf erste Erfahrungen aus Studien mit dem TCI, anhand der beschriebenen Temperamentsdimensionen die **Ansprechbarkeit** auf eine **antidepressive Pharmakotherapie** vorhersagen zu können, wurde hingewiesen. Replikationen und eine Erweiterung diesbezüglicher Fragestellungen auch auf psychotherapeutische Verfahren wären denkbar und anzustreben. Probleme der hohen Komorbidität von depressiven und Persönlichkeitsstörungen und ihre Folgen für Behandlungsergebnisse, Verlauf und Chronizität der Störungen lenkten schließlich den Blick auf die bislang nicht befriedigende Situation in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Untersuchungen mit dem Temperament- und Charakterinventar verweisen auf die Möglichkeit, **Persönlichkeitsstörungen als Kombination extremer Scores der Dimensionen Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit (Temperamentstyp – Muster unreifer Abwehrmechanismen und maladaptiven Verhaltens) in Verbindung mit niedrigen Charakterscores (Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität)** als Ausdruck von Unreife, mangelnder sozialer Integration und Verantwortlichkeit darzustellen. Diesbezügliche Replikationsstudien, auch im deutschsprachigen Raum, wären ebenso wünschenswert wie auch zu den zahlreichen klinisch relevanten Studien zum psychobiologischen Sieben-Faktoren-Modell (Cloninger et al. 1994, 1999). Eine repräsentative Normierungsstichprobe für die deutschsprachige Version des TCI (Cloninger et al. 1999; Richter et al. 1999) ist anzustreben.

Literatur

- Abraham K: A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. London, Hogarth Press, 1924.
- Akiskal H, Hirschfeld RMA, Yerevanian B: The relationship of personality to affective disorders. Archives of General Psychiatry 1983;40:801-810.
- Aldenhoff J: Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. Nervenarzt 1997;68:379-389.
- Alnæs R, Torgersen S: Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica 1997; 95:336-342
- Amann G: Die Relevanz der Dauer einer Depression für das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung. Nervenarzt 1991a; 62:557-564.
- Amann G: Social network and social support deficits in depressed patients: a result of distorted perception? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1991b;241:49-56.
- Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D: Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric inpatients? British Journal of Psychiatry 1993;163:747-754.
- Angst J, Clayton P: Premorbid personality of depressive, bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. Comprehensive Psychiatry 1986;27:511-532.
- Asendorpf JB: Psychologie der Persönlichkeit: Grundlagen. Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag, 1996.
- Bagby RM, Joffe RT, Parker JDA, Kalemka V, Harkness KL: Major depression and the five-factor model of personality. Journal of Personality Disorders 1995;9:224-234.

- Bagby RM, Young LT, Schuller DR, Bindseil KD, Cooke RG, Dickens SE, Levitt AJ, Joffe RT: Bipolar disorder, unipolar disorder and the five-factor model of personality. *Journal of Affective Disorders* 1996;41:25-32.
- Barnett PA, Gotlib IH: Psychosocial functioning and depression: distinguishing antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin* 1988;104:97-126.
- Barnett PA: Commentary on Klein et al. In: Klein MH, Kupfer DJ, Shea MT (eds): *Personality and depression*. New York London, The Guilford Press, 1993, 68-76.
- Bayon C, Hill K, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Dimensional assessment of personality in an outpatient sample. *Relations of the systems of Millon and Cloninger*. *Journal of Psychiatric Research* 1996;30:341-352.
- Bemporad J: Kritische Betrachtungen der wichtigsten theoretischen Ansätze zum Verständnis der Depression. In: Arieti S, Bemporad J (eds): *Depression - Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1983, 27-92.
- Black DW, Bell S, Hubert J, Nasrallah A: The importance of axis II in patients with major depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders* 1988;14:115-122.
- Borkenau P, Ostendorf F: Untersuchungen zum Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit und seiner diagnostischen Erfassung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1989;10:239-251.
- Bothwell R, Scott J: The influence of cognitive variables on recovery in depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders* 1997; 43:207-212.
- Bouchard TJJ: Genetic and environmental influences on adult personality. In: Hettema PJ, Deary IJ (eds): *Foundations of personality*. Dordrecht, Kluwer, 1993, 15-44.
- Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F: Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal of Psychiatry* 1991;159:106-114.
- Bronisch T, Flett S, Garcia-Borreguero D, Wolf R: Comparison of self-rating questionnaire with a diagnostic checklist for the assessment of DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology* 1993;26:102-107.
- Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L: Social support, self esteem and depression. *Psychological Medicine* 1986; 16:813-831.
- Brown GW, Andrews B, Bifulco A, Veiel H: Self-esteem and depression. I. Measurement issues and prediction of onset. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1990a;25:200-209.
- Brown GW, Bifulco A, Andrews B: Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1990b;25:235-243.
- Brown GW, Bifulco A, Veiel HOF, Andrews B: Self-esteem and depression. II. Social correlates of self-esteem. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1990c;25:225-234.
- Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *Journal of Psychiatric Research* 1992;26:197-211.
- Buss AH, Plomin R: *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale New Jersey, London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1984.
- Carey G, DiLalla DL: Personality and psychopathology: genetic perspectives. *Journal of Abnormal Psychology* 1994;103:32-43.
- Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM: Personality traits and disorders in depression. *American Journal of Psychiatry* 1981;138:1601-1604.
- Clark LA, Watson D: Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991;100:316-336.
- Clark LA, Watson D, Mineka S: Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1994;103:103-116
- Clayton PJ, Ernst C, Angst J: Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1994;143:340-346.
- Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry* 1987;44:573-588.
- Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M: Childhood personality predicts abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1988;12:494-505.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM: The Tridimensional Personality Questionnaire: U. S. normative data. *Psychological Reports* 1991;69:1047-1057.
- Cloninger CR: Brain networks underlying personality development. In: Corral BJ, Barrett KE (eds): *Psychopathology and the brain*. New York, Raven Press, 1991, 183-208.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993;50:975-990.
- Cloninger CR: Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology* 1994; 4:266-273.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri, Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1994.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD: *Das Temperament- und Charakter-Inventar TCI Manual*. Frankfurt (Main), Swets & Zeitlinger B. V., Swets Test Services, 1999.
- Conley JJ: Longitudinal stability of personality traits: A multitrait-multimethod-multioccasion analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1985;49:1266-1282.
- Corruble E, Ginetet D, Guelfi JD: Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders* 1996; 37:157-170.
- Costa PTJ, McCrae RR: *The NEO-PI Personality Inventory manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, 1985.
- Costa PTJ, McCrae RR, Zonderman AB, Barbano HE, Lebowitz B, Larson DM, Lebowitz B: Cross-sectional studies of personality in a national sample: 2. Stability in neuroticism, extraversion, and openness. *Psychology and Aging* 1986;1:144-149.
- Costa PTJ, McCrae RR: *The NEO-PI Personality Inventory manual*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, 1989.
- Costa PTJ, McCrae RR: Normal personality assessment in clinical practice. *The NEO Personality Inventory*. *Psychological Issues* 1992;4:5-13.
- Dent J, Teasdale J: Negative cognition and the persistence of depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1988;97:29-34.
- Ekselius L, Eriksson M, von Knorring L, Linder J: Comorbidity of personality disorders and major depression in patients with somatoform pain disorders or medical illnesses with long-standing work disability. *Scandinavian Journal of Rehabilitati-on Medicine* 1997;29:91-96.
- Evans DD, Craighead WE: Relationships among cognitive distortion and personality disorders in severely depressed patients, 29th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Washington DC, 1995.
- Eysenck HJ: *The scientific study of personality*. London, Routledge & Kegan Paul, 1952.
- Eysenck HJ: *The structure of human personality*. London, Methuen, 1970.
- Eysenck HJ, Eysenck MW: *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York, Plenum, 1985.

- Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF: Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:1308-1312.
- Fenichel O: *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, Norton, 1945.
- Fiedler P: *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union, 1994.
- Fine S, Haley G, Gilbert M, Forth A: Self-image as a predictor of outcome in adolescent major depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993;34:1399-1407.
- Finn SE: Stability of personality ratings over 30 years. Evidence of an age/cohort interaction. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986;50:813-818.
- Flett GL, Hewitt PL, Endler NS, Bagby RM: Conceptualization and assessment of personality factors in depression. *European Journal of Personality* 1995; 9:309-350.
- Frank E, Kupfer DJ, Jacob M, Jarrett D: Personality features and response to acute treatment in recurrent depression. *Journal of Personality Disorders* 1987;1:14-26.
- Goldman RG, Skodol AE, McGarh PJ, Oldham JM: Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:274-276.
- Greenberg MD, Craighead WE, Evans DD, Craighead LW: An investigation of the effects of comorbid axis II pathology on outcome of inpatient treatment for unipolar depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1996;17:305-321.
- Hartlage S, Alloy LB, Vazquez C, Dykman B: Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin* 1993;113:247-278.
- Heady B, Wearing A: Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;57:731-739.
- Heath AC, Madden PA, Cloninger CR, Martin NG: Testing a model for the genetic structure of personality: A comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;66:762-775.
- Hettema PJ, Kenrick DT: Biosocial interaction and individual adaptation. In: Hettema PJ (ed): *Personality and environment: Assessment of human adaptation*. Chichester, Wiley, 1989, 3-29.
- Hettema PJ, Deary IJ: Biological and social approaches to individuality: toward a common paradigm. In: Hettema PJ, Deary IJ (eds): *Foundations of personality*. Dordrecht, Kluwer, 1993, 1-14.
- Hettema PJ: Personality and depression: a multilevel perspective. *European Journal of Personality* 1995; 9:409-412.
- Hirschfeld RMA, Klerman GL, Gough HG: A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment* 1977; 41:610-618.
- Hirschfeld RMA, Klerman GL: Personality attributes and affective disorders. *American Journal of Psychiatry* 1979;136:67-70.
- Hirschfeld RMA, Klerman GL, Clayton PJ, Keller MB, McDonald-Scott P, Larkin BH: Assessing personality: Effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry* 1983a;140:695-699.
- Hirschfeld RMA, Klerman GL, Clayton PJ, Keller MB: Personality and depression. Empirical findings. *Archives of General Psychiatry* 1983b;40:993-998.
- Hirschfeld RMA, Klerman GL, Clayton PJ, Keller MB, Griffith P, Coryell W: Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of General Psychiatry* 1989;46:345-350.
- Hirschfeld RMA, Shea MT: Personality. In Paykel ES (ed), *Handbook of affective disorders*. New York London, The Guilford Press, 1992, 185-194.
- Hirschfeld RMA, Holzer III CE: Depressive personality disorder: Clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55:1017
- Hormuth SE, Otto S: Das Selbstkonzept: Konzeptualisierung und Messung. In: Amelang M (ed): *Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede*, Vol. 3, Göttingen Bern Toronto Seattle, Hogrefe Verlag für Psychologie, 1996, 257-300.
- Hurt S, Hyler S, Frances A, Clarkin J, Brent R: Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semi-structured interview. *American Journal of Psychiatry* 1984;141:1228-1231.
- Hyler S, Skodol A, Kellman H, Oldham J, Rosnick L: Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire - Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:1043-1048.
- Iardi SS, Craighead WE, Evans DD: Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65:381-391.
- Jardine R, Martin NG, Henderson AS: Genetic covariation between neuroticism and the symptoms of anxiety and depression. *Genetic Epidemiology* 1984;1:89-107.
- Joffe RT, Regan JJ: Personality and depression. *Journal of Psychiatric Research* 1988;22:279-286.
- Joffe RT, Bagby RM, Levitt AJ, Regan JJ, Parker JDA: The Tridimensional Personality Questionnaire in major depression. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:959-960.
- Joyce PR, Mulder RT, Cloninger CR: Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *Journal of Affective Disorders* 1994;30:35-46.
- Joyce PR: Predictors for treatment response and treatment selection. *Current Opinion in Psychiatry* 1994;7:26-29.
- Jung CG: *Psychologische Typen*. Zürich, Rascher, 1960.
- Katon W, Lin E, Korff Mv, Bush T, Walker E, Simon G, Robinson P: The predictors of persistence of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders* 1994;31:81-90.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ: Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Archives of General Psychiatry* 1992;49:716-722.
- Kendler KS, Kessler RC, Neale MC, Heath AC, Eaves LJ: The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:1139-1148.
- Kernis MH, Grannemann BD, Mathis LC: Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991;61:80-84.
- Kernis MH, Grannemann BD, Barclay LC: Stability of self-esteem: Assessment, correlates, and excuse making. *Journal of Personality* 1992;6:621-644.
- Kihlstrom JF, Cantor N: Mental representations of the self. In: Berkowitz L (ed): *Advances in experimental social psychology*, Vol. 17. New York, Academic Press, 1984, 1-47.
- Klein MH, Wonderlich S, Shea MT: Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research. In: Klein MH, Wonderlich S, Shea MT (eds): *Personality and depression: a current view*. New York, Guilford, 1993, 1-54.
- Kraepelin E: *Psychiatrie*. Leipzig, Barth, 1913.
- Kretschmer E: *Körperbau und Charakter*. Berlin, Springer Verlag, 1921.
- Krieg JC, Lauer CJ, Hermle L, Bardeleben UV, Pollmächer T, Holsboer F: Psychometric, polysomnographic, and neuroendocrine measures on subjects at high risk for psychiatric disorders: preliminary results. *Neuropsychobiology* 1990;23:57-67.

- Kuiper NA, Olinger LJ, MacDonald MR, Shaw BF: Self-schema processing of depressed and nondepressed content: the effects of vulnerability to depression. *Social Cognition* 1985;3:77-93.
- Kuiper NA, Olinger LJ: Dysfunctional attitudes and a self-worth contingency model of depression. In: Kendall PC (ed): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, Vol. 5, New York, Academic Press, 1986, 115-142.
- Larsen RL, Ketellar T: Extraversion, neuroticism and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Individual Differences* 1989; 10:1221-1228.
- Levy L: Trait approaches. In: Hersen M, Kazdin A, Bellack A (eds): *The clinical psychology handbook*. New York, Plenum Press, 1983, 123-142.
- Maier W, Minges J, Lichtermann D: Persönlichkeitsdimensionen als Risikofaktoren für affektive und schizophrene Erkrankungen. In: Berger M, Möller H-J, Wittchen H-U (eds): *Psychiatrie als empirische Wissenschaft*. München Bern Wien New York, Zuckschwerdt, 1993, 101-110.
- Maser J, Cloninger CR: Comorbidity in anxiety and mood disorders. Washington DC, American Academic Press, 1990.
- Matussek P, Feil WB: Persönlichkeitsstruktur und Psychotherapie depressiver Patienten. *Nervenarzt* 1980;51:542-552.
- Mavissakalian M, Hamann M: Correlates of DSM-III personality disorder in panic disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry* 1988;29:344-353.
- Miller PM, Kreitman NB, Ingham JG, Sashidharan SP: Self-esteem, life stress and psychiatric disorder. *Journal of Affective Disorders* 1989;17:65-75.
- Möller H-J: Zur Bedeutung und methodischen Problematik der psychiatrischen Persönlichkeitsforschung: Der Typus melancholicus und andere Konzepte zur prämorbidem Persönlichkeit von Patienten mit affektiven Psychosen. In: Marneros A, Philipp M (eds): *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*. Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag, 1992, 45-65.
- Mulder RT: The biology of personality. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992;26:364-376.
- Mulder RT, Joyce PR: Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine* 1997;27:99-106.
- Murry LG, Blackburn MI: Personality differences in patients with depressive illness and anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1974;50:183-191.
- Myrtek M: Metaanalysen zur Psychophysiologischen Persönlichkeitsforschung. In: Rösler F (ed): *Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie*, Vol. 5, Göttingen Bern Toronto Seattle, Hogrefe Verlag für Psychologie, 1998, 285-344.
- Nixon SJ, Parsons OA: Cloninger's tridimensional theory of personality: construct validity in a sample of college students. *Personality and Individual Differences* 1989;10:1261-1267.
- Nyström S, Lindgard B: Predisposition for mental syndromes - a study comparing predisposition for depression, neurasthenia and anxiety state. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1975 51:69-76.
- O'Leary KM, Cowdry RW, Gardner DL, Leibenluft E, Lucas PB, DeJong-Meyer R: Dysfunctional attitudes in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 1991;5:233-242.
- Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Brodaty H, Boyce P, Mitchell P, Wilhelm K, Hickie I: Predicting the course of melancholic and nonmelancholic depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1992;180:693-702.
- Perris C: Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrating Psychiatry* 1987;5:27-39.
- Perris C: An interactionistic integrating view of depressive disorders and their treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84:413-423.
- Peselow ED, Robins C, Block P, Barouche F, Fieve RR: Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:439-444.
- Peselow ED, Robins CJ, Sanfilippo MP, Block P, Fieve RR: Sociotropy and autonomy: Relationship to antidepressant drug treatment response and endogenous-nonendogenous dichotomy. *Journal of Abnormal Psychology* 1992a;101:479-486.
- Peselow ED, Fieve RR, DiFiglia D: Personality traits and response to desipramine. *Journal of Affective Disorders* 1992b;24:209-216.
- Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M: The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders* 1984;7:309-318.
- Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M, Stangl D: Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorders in depressed inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 1987;48:468-472.
- Propping P: *Psychiatrische Genetik*. Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag, 1989.
- Pyszczynski T, Greenberg J: Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin* 1987;102:122-138.
- Rees A, Hardy GE, Barkham M: Covariance in the measurement of depression/anxiety and three cluster C personality disorders (avoidant, dependent, obsessive-compulsive). *Journal of Affective Disorders* 1997; 45:143-153.
- Reich J: Measurement of DSM-III, axis II. *Comprehensive Psychiatry* 1985;26:352-363.
- Reich J, Hirschfeld RMA, Coryell WH, O'Gorman T: State and personality in depressed and panic patients. *American Journal of Psychiatry* 1987;144:181-187.
- Reich JH: Effect of DSM-III personality disorders on outcome of tricyclic antidepressant-treated nonpsychotic outpatients with major or minor depressive disorder. *Psychiatric Research* 1990;32:175-181.
- Richter G, Richter J: Komplexität von Depressivität. Explorative Analyse von Verlaufsdaten, erhoben an stationär behandelten psychiatrischen Patienten. Münster New York, Waxmann, 1995.
- Richter G, Richter J: Erfahrungen mit der deutschsprachigen Version des Temperament und Charakter-Inventars bei unipolar depressiven Patienten im Vergleich zu Gesunden. 16. Symposium für Klinisch-psychologische Forschung, Hamburg, Mai 1998 (Poster).
- Richter J, Brändström S, Przybeck T: Assessing personality: The Temperament and Character Inventory in a cross-cultural comparison between Germany, Sweden, and the USA. *Psychological Reports* 1999;84:1315-1330.
- Roberts JE, Monroe SM: A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review* 1994;14:161-181.
- Santor DA, Bagby RM, Joffe RT: Evaluating stability and change in personality and depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997;73:1354-1362.
- Sauer H, Richter P, Czernik A, Ludwig-Mayerhofer W, Schöchlin C, Greil W, von Zerssen D: Personality differences between patients with major depression and bipolar disorder - the impact of minor symptoms on self-ratings of personality. *Journal of Affective Disorders* 1997;42:169-177.
- Scott J, Barker WA, Eccleston D: The Newcastle Chronic Depression Study. Patient characteristics and factors associated with chronicity. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:28-33.
- Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, Docherty JP: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:711-718.
- Shea MT, Elkin I, Sotsky SD, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT, Parloff MB: Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 1992;49:782-787.

- Sigvardsson S, Bohman M, Cloninger CR: Structure and stability of childhood personality: Prediction of later social adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1987;28:929-946.
- Smith SM, Petty RE: Personality moderators of mood congruency effects on cognition: the role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;68:1092-1107.
- Stallings MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves LJ: Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: three or four temperament dimensions? *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;70:127-140.
- Stelmack RM, Green RG: The psychophysiology of extraversion. In: Gale A, MW Eysenck (eds): *Handbook of individual differences: Biological perspectives*. Chichester New York Brisbane Toronto Singapur, John Wiley & Sons, 1992, 227-254.
- Stuart S, Simons AD, Thase M, Pilkonis P: Are personality assessments valid in acute major depression? *Journal of Affective Disorders* 1992; 24:281-290.
- Surtees PG, Wainwright NWJ: Fragile states of mind: neuroticism, vulnerability and the long-term outcome of depression. *British Journal of Psychiatry* 1996;169:338-347.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR: Differential diagnosis of personality disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry* 1993;50:991-999.
- Svrakic DM, Przybeck TR, Whitehead C, Cloninger CR: Emotional traits and personality dimensions. In: Cloninger CR (ed): *Personality and psychopathology*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994;9, 245-265.
- Swallow SR, Kuiper NA: Social comparison and negative self-evaluations: An application to depression. *Clinical Psychology Review* 1988;8:55-76.
- Tellegen A: Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma AH, Maser JD (eds): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale NJ, Erlbaum, 1985, 681-706.
- Tellenbach H: *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Heidelberg New York Berlin, Springer Verlag, 1961.
- Thompson LW, Gallagher D, Czirr R: Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry* 1988;21:133-146.
- Trull TJ, Sher KJ: Relationship between the five factor model of personality and axis-I disorders in a non-clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 1994;103:350-360.
- von Knorring L, Perris C, Eisemann M, Perris H: Discrimination of former depressed patients from healthy volunteers on the basis of stable personality traits assessed by means of KSP. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1984;234:202-205.
- von Zerssen D: Persönlichkeitsforschung bei Depressionen. In: Heimann H, Giedke H (eds): *Neue Perspektiven in der Depressionsforschung*. Bern, Huber, 1980, 155-178.
- von Zerssen D: Personality and affective disorders. In: Paykel ES (ed): *Handbook of affective disorders*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1982, 212-228.
- von Zerssen D: Zur prämorbidem Persönlichkeit des Melancholikers. In: Mundt C, Fiedler P, Lang H, Kraus A (eds): *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Berlin Heidelberg New York, Springer-Verlag, 1991, 76-94.
- von Zerssen D: Persönlichkeitszüge als Vulnerabilitätsindikatoren - Probleme ihrer Erfassung. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie* 1994;62:113-
- Waller DA, Petty F, Hardy BW, Gullion CM, Murdock MV, Rush AJ: Tridimensional Personality Questionnaire and serotonin in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry* 1991a;29:43A-185A.
- Waller NG, Lilienfeld SO, Tellegen A, Lykken DT: The Tridimensional Personality Questionnaire: structural validity and comparison with the Multidimensional Personality Questionnaire. *Multivariate Behavioral Research* 1991b;26:1-23.
- Watson D, Tellegen A: Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin* 1985;98:219-235.
- Watson D, Clark LA, Carey G: Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1988;103:346-353.
- Watson D, Clark LA: Depression and the melancholic temperament. *European Journal of Personality* 1995;9:351-366.
- Watson D, Walker LM: The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;70:567-577.
- Wetzel RD, Cloninger CR, Hong B, Reich T: Personality as a subclinical expression of the affective disorders. *Comprehensive Psychiatry* 1980;21:197-205.
- Widiger TA, Trull TJ: Personality and psychopathology: An application of the five-factor-model. *Journal of Personality* 1992;60:363-393.
- Widiger TA, Frances A: Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review* 1987; 24:281-290.
- Widiger TA: Personality and depression. *Assessment Issues*. In: Klein MH, Kupfer DJ, Shea MT (eds): *Personality and depression*. New York London, The Guilford Press, 1993, 77-118.
- Widiger TA, Costa PT: Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103:78-91.
- Wills TA, Vaccaro D, McNamara G: Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse* 1994;6:1-20.
- Wretmark G, Astrom J, Eriksson M: The Maudsley Personality Inventory as a prognostic instrument. *British Journal of Psychiatry* 1970;116:21-26.
- Zimmerman M, Coryell W, Pfohl B, Corenthal C, Stangl D: ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986;143:1030-1032.
- Zimmerman M, Pfohl B, Coryell W, Stangl D, Corenthal C: Diagnosing personality disorder in depressed patients: a comparison of patient and informant interviews. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:733-737.
- Zimmermann M, Coryell WH: Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47:527-531.
- Zimmerman M, Pfohl B, Coryell W, Corenthal C, Stangl D: Major depression and personality disorder. *Journal of Affective Disorders* 1991;22:199-210.

PD Dr. Gabriele Richter

Universität Rostock, Medizinische Fakultät
Zentrum für Nervenheilkunde
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock