

**Langzeitverlauf der Major Depression -
eine 10-Jahres follow-up-Studie**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Theoretische Grundlagen.....	1
2.1. Erklärungsmodelle zur Pathogenese von Depression.....	2
2.1.1. Das Konzept der Expressed Emotions.....	2
2.1.2. Lerntheoretische Modelle.....	4
2.1.2.1. Das Verstärkermodell nach Lewinsohn.....	5
2.2. Relevante Untergruppen der Depression.....	6
2.2.1. Major Depression.....	6
2.2.2. SAD saisonal affective disorder.....	7
2.2.3. Endogene Depression.....	8
2.3. Ätiologie, Epidemiologie und Risikofaktoren.....	8
2.3.1. Begriffsbestimmung.....	8
2.3.2. Ätiologie.....	8
2.3.3. Epidemiologie.....	9
2.3.4. Risikofaktoren.....	10
2.3.4.1. Geschlecht.....	10
2.3.4.2. Kritische Lebensereignisse.....	11
2.3.4.3. Alter.....	12
2.3.4.4. Familienstand.....	13
2.3.4.5. Andere psychosoziale Faktoren.....	14
2.3.4.6. Komorbidität.....	15
2.4. Diagnostik.....	15
2.4.1. Symptomatologie.....	16
2.5. Langzeitverlauf.....	16
2.5.1. Verlaufsformen.....	19
3. Fragestellung und Hypothesen.....	23
4. Methodik.....	23
4.1. Untersuchungsplan.....	24

4.2. Die Stichprobe.....	25
4.3. Erhebungsinstrumente.....	26
4.3.1 Erhebungsinstrumente - Patient.....	32
4.3.2 Erhebungsinstrumente – Partner.....	32
4.4. Prädiktoren.....	32
4.5. Datenanalyse-statistische Verfahren.....	33
4.5.1. Univariate Analyseverfahren.....	33
4.5.2.Multivariate Analyseverfahren.....	34
4.6 Zusammenfassende Überlegungen zum Forschungsstand.....	37
5. Empirische Ergebnisse.....	41
5.1. Explorative Datenanalyse.....	41
5.1.1.Stichprobenbeschreibung.....	41
5.1.1.1.Stichprobenbeschreibung der Patienten.....	41
5.1.1.1.1.Deskriptive Kennwerte soziodemographischer Variablen	41
5.1.1.1.2.Deskriptive Kennwerte klinischer Variablen.....	42
5.1.1.2.Stichprobenbeschreibung der Angehörigen.....	55
5.1.1.3.Stichprobenbeschreibung der Kontrollgruppe.....	57
5.1.2. Verlaufsbeschreibung.....	58
5.1.2.1.Univariate Analysen.....	59
5.1.2.1.1.Analysen zur Berechnung eines saisonalen Effektes.....	59
5.1.2.1.2.Prädiktoranalyse.....	63
5.1.2.1.2.1.Prädiktoranalyse hinsichtlich einer Remission.....	64
5.1.2.1.2.2.Prädiktoranalyse hinsichtlich Rückfälle.....	82
5.1.2.1.2.3.Zusammenfassung der Prädiktoranalyse.....	86
5.1.2.1.3.Mittelwertsvergleiche.....	89
5.1.2.1.3.1.Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nicht- Rückfallpatienten zu T10.....	97
5.1.2.1.3.2.Mittelwertsunterschiede Kontrollgruppe – Patientenstichprobe/Angehörigenstichprobe.....	101
5.1.2.1.3.3.Mittelwertsunterschiede Patientenstichprobe – Angehörigenstichprobe.....	104

5.1.2.1.3.4. Mittelwertsunterschiede zwischen T9 und T10 bei Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten.....	105
5.1.2.1.3.5. Mittelwertsunterschiede zwischen T1 und T10 bei Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten.....	106
5.1.2.1.4. Prävalenzen.....	108
5.1.2.1.5. Therapieresponse.....	108
5.1.2.2. Zeitreihenanalysen.....	111
5.1.2.2.1. Panelanalyse.....	111
6.1.2.2.1.1 Panelanalysen für die gesamte Patientenstichprobe.....	111
6.1.2.2.1.2 Panelanalyse für die Patientengruppe der Rückfallpatienten.....	114
6.1.2.2.1.3 Panelanalyse für die Patientengruppe der Nicht-Rückfallpatienten.....	116
5.1.2.2.2. Survivalanalyse.....	120
5.2. Hypothesentestende Datenanalyse.....	127
5.2.1. Hypothese 1.....	127
5.2.2. Hypothese 2.....	128
5.2.3. Hypothese 3.....	131
5.2.4. Hypothese 4.....	131
5.3. Zusammenfassung.....	136
6. Diskussion	142
6.1. Die Stichprobe.....	142
6.1.1. Stichprobenbeschreibung der Patienten.....	142
6.1.1.1. Deskriptive Kennwerte der soziodemographischen Variablen.....	142
6.1.1.2. Deskriptive Kennwerte klinischer Variablen der Katamnesedaten.....	142
6.1.1.3 Deskriptive Kennwerte der Persönlichkeitsfaktoren.	144
6.2. Verlaufsbeschreibung.....	145
6.2.1. Analytische Berechnungen zu chronobiologischen Faktoren.....	145
6.3. Prädiktoranalyse.....	148
6.4. Mittelwertsvergleiche.....	185
6.4.1. Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten zu T10.....	185

	6.4.2.Vergleich Kontrollgruppe – Patientenstichprobe/Angehörigenstichprobe.....	190
	6.4.3.Vergleiche Patientenstichprobe – Angehörigenstichprobe.....	191
	6.4.4.Mittelwertsunterschiede zwischen T9 und T10 bei Rückfall- und Nicht- Rückfallpatienten.....	192
	6.4.5.Unterschiede zwischen T1 und T10 zwischen Rückfall- und Nicht- Rückfallpatienten.....	193
	6.5. Prävalenzen.....	193
	6.6. Zeitreihenanalysen.....	194
	6.6.1.Panelanalysen.....	194
	6.6.2.Survivalanalysen.....	196
	6.7. Konfirmatorischer Teil.....	198
	6.7.1.Hypothese 1	198
	6.7.2.Hypothese 2	200
	6.7.3.Hypothese 3	201
	6.7.4.Hypothese 4	202
	6.8. Abschließende Betrachtung.....	204
	6.8.1 Eine abschließende Betrachtung der verwendeten Variablen.....	205
	6.8.2 Bewertung und therapeutische Implikationen.....	219
	6.8.2.1 Instrumente und Variablen.....	219
	6.8.2.2 Therapeutische Implikationen.....	227
	6.8.2.3 Mögliche Ursachen für Fehlerquellen	228
7	Zusammenfassung.....	230
8	Literatur	
9	Anhang	

1. Einleitung

Depressive Störungen bzw. Episoden werden durch eine Vielzahl sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren ausgelöst bzw. beeinflusst, die in vielfältiger Weise zusammenwirken, wenngleich keine einheitliche und allgemein anerkannte Theorie zu Ätiologie und Genese der Erkrankung vorliegt. Zahlreiche Studien konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen, Lebensbedingungen, Persönlichkeitsfaktoren und der Depression nachweisen, wobei einige Ergebnisse inkonsistent erscheinen, jedoch lassen sich die bereits vorhandenen Studien zum Teil nur unzureichend replizieren [10, 25, 45, 88] oder aufgrund methodischer Unterschiede nur schlecht miteinander vergleichen [66]. Verlaufsbeschreibungen depressiver Störungen beschreiben ein sehr komplexes Geschehen, das mit der Erstmanifestation der Symptome beginnt, gefolgt von deren Verlaufsgestaltung, z. B. Intensität, Dauer, Häufigkeit und Abstand von Manifestationen, Remissions- oder Chronifizierungstendenzen und Ausgang nach einer gewissen Zeit, z. B. gemessen am Remissionsgrad, bezogen auf Symptome oder soziales Funktionieren.

Ziel dieser Studie ist eine Verlaufsbeschreibung der Heidelberger Katamnesestudie über 10 Jahre mit Patienten vom endogenen Subtypus und Major Depression, sowie Darstellung der bedeutsamen Prädiktoren des Verlaufes einer endogenen Depression, bzw. Major Depression unter Berücksichtigung des EE-Konzeptes, Life Events sowie Persönlichkeitsfaktoren. Die Fragestellungen dieser Diplomarbeit sind vor allem die, wie der Verlauf von 10 Jahren nach der Behandlung der Patienten ist und welche Merkmale den Verlauf vorhersagen.

2. Theoretische Grundlagen:

Unter einem depressiven Syndrom versteht man nach Hermann (1979 - s. Richter, 1995, S. 2) "... ein komplexes Muster von spezifischen kognitiven Strukturen und Prozessen, die mit bestimmten Verhaltensweisen und Zuständen vegetativer, somatischer, motorischer, emotionaler und motivationaler Art interagieren. Dieser Symptomkomplex der Depression ist entstanden und wird aufrechterhalten durch vergangene, momentane und zukünftige Faktoren. Diese Faktoren können innerhalb und außerhalb des Organismus liegen und interaktiv wirken. Depression ist jedoch nicht nur ein Resultat der Reaktionen des Individuums auf diese Faktoren im Sinne einer abhängigen Variable, sondern diese Faktoren werden wiederum durch Variablen des Syndroms Depression beeinflusst. D.h., die depressiven Manifestationen werden auch als unabhängige Variablen wirksam [78]. Von klinisch relevanter Depression

spricht man nach dem DSM-IV, wenn die erkrankte Person ihre Gefühle und Emotionen nicht mehr kontrollieren kann [78].

Die wichtigsten psychologischen Hypothesen sind die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975/1993), die Kognitive Theorie von Beck (1986) und die Verstärker-Verlust-Theorie von Lewinsohn, sowie neuerdings das Konzept der Expressed Emotions, welches für vorliegende Diplomarbeit besondere Bedeutsamkeit besitzt, da die heidelberger EE-Katamnese studie das Datenmaterial dafür geliefert hat.

2.1 Erklärungsmodelle zur Pathogenese von Depression

2.1.1 Das Konzept der "Expressed Emotions"

Als Expressed Emotion wird das Ausmaß der emotionalen Äußerung im Sinne kritischer Bemerkungen oder überprotektiver Einstellung zum Patienten bezeichnet [70]. Nach den erstmalig durchgeführten Untersuchungen von Brown, Birley und Wing (1972), haben bestimmte Einstellungen der nächsten Angehörigen des Patienten entscheidenden Einfluß darauf, ob ein schizophrener oder depressiver Patient nach seiner Entlassung aus stationärer Behandlung rückfällig wird oder nicht. Das EE-Konzept stellt deshalb ein zentrales Erklärungsmodell innerhalb des Vulnerabilitäts-Streß-Modells dar [41 S.590]. Der Begriff der EE wurde zuerst hauptsächlich in der Schizophrenieforschung angewendet, wo er als bedeutsamer Prädiktor im Verlauf von schizophrenen Patienten eingesetzt wird, sich aber aufgrund vieler Überschneidungen in Symptomatologie und Prädiktion zwischen Schizophrenie und Depression auch zur Beschreibung des Verlaufes bei Depressionen gut eignet und es dort mittlerweile zu einer höheren verlaufsprädiktiven Bedeutung gebracht hat. So meinen Möller und Deister (2000), daß sich auch bei Depressionen Zusammenhänge wie in der Schizophrenie zeigen, bei der eine Rückfallgefährdung bei high-EE und low-EE im Verhältnis von 2 2/1 zu 1 vorhanden ist [70]. Patienten lassen sich also hinsichtlich verschiedener Kriterien einteilen, wie z. B. nach den "expressed emotions" oder "emotionaler Überinvolviertheit", d.h. extreme Überbesorgnis, Trauer, Angst, überfürsorgliches Verhalten ihrer Angehörigen oder aber auch Kritik. Ein hoher EE-Score kann offen ausgedrückte Ablehnung oder gar Feindschaft gegenüber dem Patienten bedeuten. Betont werden muß, daß EE weder als kausaler noch als spezifischer Faktor anzusehen ist. Bei affektiven Störungen gibt EE einen Hinweis auf das Rückfallrisiko (Falloon, Hahlweg&TARRIER, 1990) (s. Hypothese H1.2) [45 S.119]. Kronmüller et al. (1999) fanden in der Hälfte aller Studien zum

Konzept der EE signifikante Rückfallhäufigkeiten entsprechend des EE-Status. Dabei setzt sich die Auffassung durch, den EE-Index als Maß für die Qualität der emotionalen Beziehung unter Angehörigen zu betrachten, bzw. als generalisierte Einstellung, emotionaler Aspekt der Sprache oder als globaler Index für partnerbezogene Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen [58 S. 373].

Dabei scheint es, daß die Rückfallquote bei hoch-EE-Familien dem Risiko unselegierter Stichproben entspricht, während die Rezidivhäufigkeit bei niedrig-EE ungewöhnlich gering scheint. Es sieht also so aus, daß vor allem die gelassene Einstellung in niedrig-EE-Familien einen Rückfall verhindert, verzögert [17] oder gar den Verlauf verbessert (Gerlsma et al. 1997) [36]. Es sieht so aus, als zeigen Angehörige von Patienten mit affektiven Störungen deutlich weniger kritische Kommentare als Angehörige schizophrener Patienten [58 S. 379]. Wird ein Familienangehöriger als hoch-EE eingestuft, so wird die Gesamtfamilie als HEE eingeschätzt [41 S.593]. Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht sind HEE-Verhaltensweisen ein Zeichen mißglückter Problemlösung. Dieser interaktive, reziproke Prozeß wurde von Patterson und Reid (1979) als Zwangsprozeß beschrieben. Wichtig ist, daß herausgefunden wurde, daß Angehörige und Patient gleichermaßen zur Aufrechterhaltung des negativen Gesprächsstils beitragen und es keine Rolle spielt, ob Patient oder Angehöriger die negative Eskalation in Gang setzte [41 S.610].

Die Kritikfähigkeit des Partners erwies sich dabei als besserer Rückfallprädiktor als die initiale Symptomschwere (s. Richter, 1995, S. 65) [78].

Bei der Interpretation der EE-bezogenen Ergebnisse ist zu bedenken, daß sich die Anzahl der kritischen Kommentare während einer Remission der depressiven Symptomatik im Mittel statistisch signifikant verringert und sich 44% der Angehörigen überhaupt nicht mehr kritisch äußern [58 S.376]. Weiterhin gibt es also Hinweise dafür, daß depressive Patienten im Vergleich zu ihren Angehörigen nicht selten als high-EE indiziert werden [58 S. 377]. Andere Autoren, wie Paykel et al.(1994), fanden, daß interpersonale Konflikte nur eine untergeordnete Rolle für den Verlauf einer Major Depression spielen [1]. Prinzipiell wurde von Hayhurst et al. (1999) bestätigt, daß Patienten, die wieder völlig geheilt sind, Partner hatten, die konsistent unkritisch waren. Sie fanden allerdings nur wenige Studien über EE mit depressiven Patienten und noch weniger Ergebnisse, die eine eindeutige Assoziation zwischen klaren positiven Assoziationen zwischen EE und akuter Krankheit, bzw. subsequentem Rückfall aufwiesen, dies vor allem hinsichtlich der Anzahl der kritischen Äußerungen. Jedoch fand sich ein schwacher Zusammenhang zwischen der Anzahl der kritischen Äußerungen und

der Krankheitsdauer sowie ein schwach negativer Zusammenhang mit der ehelichen Anpassung. Wurde eine Verbesserung der Krankheit festgestellt, so ging diese signifikant mit einer Verringerung der Anzahl der kritischen Äußerungen einher. Patienten mit konsistent kritischen Angehörigen hatten hingegen einen höheren Hamilton-Score, als Patienten mit weniger konsistent kritischen Angehörigen, so daß ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen einer andauernden Kritik der Angehörigen und dem Ausbleiben der vollen Heilung festgestellt werden konnte. Die konsistent kritischen Äußerungen waren vor allem irritierend, antisozial und bezogen sich hauptsächlich auf antisoziales Verhalten der Patienten und stellten die depressiven Verhaltensweisen als unter der Kontrolle des Patienten dar [46]. Entsprechend wurden in der nichtremittierten Patientengruppe signifikant weniger Gespräche während einer Kommunikation festgestellt, als in der remittierten Patientengruppe. Außerdem fanden sich unter den Angehörigen mehr depressive Menschen, als in einer Gruppe von Fremden, was sich durch Coyne's Theorie der Induktion von negativen Gefühlen erklären läßt [42] und die intimen Beziehungen von depressiven Patienten allgemein durch negativere Interaktionen gekennzeichnet sind (Gerlsma et al. 1997) [36]. Während einer depressiven Episode treten in Ehe- und Familienbeziehungen Kommunikationsschwierigkeiten auf, unter anderem in Form von Kommunikationsabbrüchen, negativen verbalen Ausbrüchen, Diskrepanzen zwischen verbalen und nonverbalen Kommunikationsinhalten, Vermeidung und Rückzug. Rollenverhalten und Zufriedenheit sind gestört, die eheliche Anpassung ist beeinträchtigt und die Problemlösekompetenzen sind reduziert. Depressive verhalten sich in der Ehe mehr unterordnend und weniger herzlich, ziehen sich in Kommunikationen stärker zurück, erleben gleichzeitig mehr Reibung, streiten sich häufiger mit dem Partner und zeigen mehr Tendenzen, den Partner zu kontrollieren. Signifikante Zusammenhänge zwischen selbsteingeschätzter Depressionstiefe und ehelicher Anpassung sowie wahrgenommener emotionaler Familienatmosphäre wurden gefunden (s. Richter, 1995, S. 65) [78].

2.1.2 Lerntheoretische Modelle

Es wird angenommen, daß Umgebungsfaktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beteiligt sind, was in Theorien über Life-Events, in Theorien über Persönlichkeitsmerkmale und in Interaktionstheorien im Zusammenhang mit Depressionen reflektiert wird. Auch in Verhaltenstheorien versuchte man, Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression mit Umgebungsfaktoren zu erklären, wobei man von Prinzipien der Lerntheorie Gebrauch machte. Dabei reagiert die Umgebung auf das handelnde

Verhalten, mit dem Ergebnis, daß das Verhalten eine bestimmte Konsequenz hervorruft. Ist diese Konsequenz für den Organismus günstig, wird das vorangegangene Verhalten weiterhin auftreten oder sogar intensiver werden (Verstärkung). Dabei bestehen zwischen Problemverhalten und gesundem oder normalem Verhalten, zwischen leichten und pathologischen Stimmungsstörungen nur graduelle quantitative und keine qualitativen Unterschiede. Beides wurde unter dem Einfluß der gleichen Lernprinzipien gelernt bzw. konditioniert. Seligman behauptet, daß eine Depression entsteht, indem der erlernte Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärkung plötzlich wegfällt [1 S.105]. Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit von Seligmann basiert auf experimentellen Untersuchungen, die zeigten, daß die Konfrontation mit einem nicht veränderbaren, negativ belastenden Stimulus zu Hilflosigkeit mit Rückzugsverhalten, eingeschränkter Lernfähigkeit, Verschlechterung der Befindlichkeit und psychosomatischen Störungen führt (s. Laux 2000) [60]. Dieses kognitiv-behaviorale Verständnis der Depression beinhaltet, daß depressive Störungen dann auftreten, wenn massive bzw. als massiv erlebte, unkontrollierbare bzw. als kontrollierbar angenommene Bedingungen vorherrschen, die Person diese als subjektiv bedeutsam wahrnimmt, kein Verhalten zur Bewältigung und Veränderung verfügbar hat und sich selbst als unfähig einschätzt. Weiterhin scheinen depressive Menschen mehr potentiell aversive und bestrafende Ereignisse zu erleben und können weniger effektiv mit aversiven Ereignissen umgehen, als normale Menschen [1 S.102].

2.1.2.1 Das Verstärkermodell nach Lewinsohn

Vor allem scheint es so zu sein, daß Depressive weniger positive Reaktionen bei anderen hervorrufen können [1 S.122]. Die depressive Symptomatik wird weiterhin auch durch kontingente positive Verstärkung, wie z. B. Zuwendung, Hilfe, Anteilnahme, bekräftigt. Lewinsohn et al. (s. Richter 1995) konnten empirisch nachweisen, daß Depressive eine geringere Aktivitätsrate als Nicht-Depressive aufweisen, Depressive ein reduziertes individuelles Verstärkerrepertoire haben, ein Zusammenhang zwischen Aktivitätsrate und Stimmungslage besteht und soziale Verstärker v.a. Einfluß auf die Stimmung nehmen. Weiterhin fanden sie, daß das sozialkommunikative Verhalten Depressiver um ca. die Hälfte reduziert ist und sie weniger positive verbale Interaktionsbeiträge zeigen, das Verhalten der Sozialpartner weniger verstärken und der Interaktionsstil insgesamt wenig reziprok ist. Diese Kommunikations- und Interaktionsmerkmale variieren in Abhängigkeit vom Intimitätsgrad in der Beziehung zum Partner und vom Grad der Strukturiertheit der Situation.

Allgemein haben soziale Interaktionen Bedeutung als Verstärkeraustausch für die Entstehung, Auslösung, Aufrechterhaltung und den Verlauf besonders depressiver Störungen. Weiterhin ist eines der aufschlußreichsten Merkmale der Depression der Verlust des Interesses an Umweltereignissen, bzw. der Verlust der Verstärkerwirksamkeit. Dieser Motivationsverlust könnte auf Strukturveränderungen im Leben eines Menschen zurückgeführt werden, die bisher bestehende Verhaltens- und Handlungsketten mit den damit verbundenen Verstärkern unterbrochen haben und so die noch verfügbaren Verstärker an Effizienz vermindern. Insofern sind Menschen mit eingegrenzten Interessen- und Lebensbereichen besonders depressionsgefährdet, da Veränderungen im Sinne von Strukturverlusten sie besonders treffen. Spätere Längsschnitt- und prospektive Untersuchungen belegen jedoch, daß die Frequenz unangenehmer Ereignisse und die in ihnen eingeschlossenen Verstärkerbedingungen keine antezedenten Merkmale depressiver Störungen sind. Vielmehr spielten lediglich die Aversivität unerwünschter Ereignisse sowie die Anzahl streßreicher Erfahrungen (Makrostressoren) eine prädiktive Rolle für das spätere Einsetzen einer Depression [62].

2.2 Untergruppen der Depression

2.2.1 Major Depression

Nach dem DSM-IV ist die Major Depression durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression, d.h. mindestens 2 Wochen mit tiefer depressiver Verstimmung oder Interessenverlust, sowie zusätzlich mindestens 4 Symptome aus dem DSM-IV Klassifikationssystem für Majore Depressionen gekennzeichnet. Von diesem Hauptsyndrom werden unter Berücksichtigung von Klassifikationsgesichtspunkten wie der psychopathologischen Symptomatik und des Verlaufes der Störung wiederum einzelne Subgruppen unterschieden. Somit wird vor allem die letzte affektive Episode als leicht, schwer oder mittelschwer oder als mit/ohne psychotische Merkmale, teilremittiert, vollremittiert oder chronisch, sowie mit katatonen, melancholischen, atypischen Merkmalen oder mit postpartalem Beginn beschrieben.

Die diagnostischen Kriterien für eine Majore Depression nach dem DSM-IV sehen als Leitsymptom erst einmal die traurige Verstimmung oder den Interessenverlust vor. Von diesen beiden Symptomen muß eines erfüllt sein. Mindestens fünf der Symptome Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, psychomotorische Unruhe, Hemmung, Müdigkeit oder

Energieverlust sowie das Gefühl der Wertlosigkeit und Konzentrationsstörungen aber auch wiederkehrende Gedanken an den Tod müssen über einen zweiwöchigen Zeitraum vorliegen. Ausschlusskriterien sind das Bestehen einer gemischten Episode mit manischen Symptomen sowie die Folge physiologischer Substanzeinwirkungen. Abgegrenzt werden muß das Syndrom auch gegen eine Trauerreaktion. Insgesamt setzt die Diagnose der Störung ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit voraus. Dabei kann Depression als Mischgefühl charakterisiert werden, bei dem Trauer im Vordergrund steht, aber auch Furcht, Ärger, Schuld, Ekel u.a. beteiligt sind. Hauptsymptome nach der Internationalen Klassifikation ICD-10 sind Niedergeschlagenheit, Interessen- und Freudlosigkeit, sowie Antriebsstörung, wobei 2 der 3 Hauptsymptome erfüllt sein müssen. Weiterhin werden häufig Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Trauer, Konzentrationsstörung, vermindertes Selbstwertgefühl, Verzweiflung, Unruhe, Schuldgefühle, aber auch Insomnie, Appetitlosigkeit sowie Suizidgedanken vorgefunden. Nach dem DSM-IV gehören die depressiven Störungen (Major Depression und Dysthymie) zusammen mit bipolaren Störungen und anderen affektiven Störungen und damit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung [91].

Der Langzeitverlauf kann ein saisonales Muster oder eines mit Rapid Cycling aufweisen. Patienten haben definitionsgemäß dann einen Rückfall, wenn sie innerhalb des ersten und/oder zweiten Jahres nach der Erstuntersuchung (Klinikentlassung) folgende Kriterien erfüllen: stationäre Wiederaufnahme bei depressiver Hauptsymptomatik (mindestens 24 Stunden auch bereits kurze Zeit nach Klinikentlassung) oder vorliegender Suizidversuch bzw. parasuizidale Geste oder ausgeprägte Symptomatik während einer der vierteljährlich stattfindenden Nachuntersuchungen im 2-Jahreszeitraum. Eine ausgeprägte Symptomatik wurde als Rückfallkriterium gewertet, wenn eines oder mehrere der nachfolgenden Kriterien auf die Patienten zutraf: (a) der BDI- oder Hamilton-Wert der Depression ist jeweils höher als 20 oder (b) Erfüllen der Diagnose für Major Depression nach DSM-III-R [32 S.5].

2.2.2 SAD saisonal affective disorder

Auf die Bedeutung chronobiologischer Faktoren wiesen schon früh klinische Beobachtungen hin. Ein Teil der Depressionen weist eine saisonale Rhythmik auf und findet sich gehäuft im Frühjahr oder Herbst. In neueren Untersuchungen kristallisierte sich eine Sonderform (sog. saisonale Depression) heraus, die nur im Herbst und Winter auftritt und durch eine besondere atypische Symptomatik (u.a. vermehrter Appetit und vermehrter Schlaf) charakterisiert ist.

Bei bestimmten, nur im Winter auftretenden Phasen endogener Depressionen, die im Spätherbst beginnen und durchschnittlich nach 4 Monaten remittieren, kommt es zu bestimmten zentral-vegetativen Störungen wie erhöhte Kälteempfindlichkeit, Appetitsteigerung, Heißhunger nach Süßigkeiten und anderen Kohlenhydraten, Gewichtszunahme, erhöhtes Schlafbedürfnis und Zunahme der Gesamtschlafzeit. In der ICD-10 wird die SAD nicht erwähnt, aber im DSM-IV. Möglicherweise ist die SAD nur Ausdruck einer viele oder alle Menschen betreffenden Variabilität hinsichtlich der Reaktion auf Jahreszeiten und ist bei einigen Individuen verstärkt, so daß diese dann Krankheitswert erlangt (Huber, G. 1999) [49]. Auch ist die Suizidquote für diese Jahreszeit am höchsten.

2.2.3 Endogene Depression

Die endogene Depression wird auch oft mit der Melancholie gleichgesetzt, wobei sich Erstere nach Winokur (1997) auch als das Kernsyndrom in der Depression auffassen läßt. Als „endogen“ bezeichnet er den Rest in einem depressiven Syndrom, der noch vorhanden wäre, wenn man die emotionale Instabilität abziehen würde, welche er wiederum als voraussetzende Bedingung für eine Depression bezeichnen würde [87].

2.3 Ätiologie, Epidemiologie und Risikofaktoren

2.3.1 Begriffsbestimmung

Allgemein unterscheidet man zwischen depressiven Phasen, Episoden, Intervallen, Rückfällen, Heilung und dem Wiederauftreten einer neuen depressiven Phase (nach erfolgter Heilung). Unter Chronifizierung versteht man, daß eine depressive Phase ohne zwischenzeitliche Remission länger als 2 Jahre andauert. Chronizität wird gefördert durch einen frühen Krankheitsbeginn, dem Bestehen einer Dysthymie, Angststörungen und körperliche Erkrankungen [89]. Eine Chronifizierung wird vor allem bei älteren und körperlich kranken Patienten beobachtet und scheint mit dem Auftreten akuter oder chronischer Erkrankungen zu korrelieren, wobei schwierig zu bestimmen ist, ob die Depression als symptomatische Äußerung des zugrundeliegenden körperlichen Prozesses zu werten ist oder als unabhängig davon. Unter sozialer Remission versteht man die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auf prämorbidem Niveau, wobei gleichzeitig gewisse Symptome der Erkrankung fortbestehen können.

2.3.2 Ätiologie

Aussagen zu Ursachen psychischer Störungen basieren vor allem auf Beobachtungen in psychiatrischen Einrichtungen. Solche klinische Studien haben jedoch den Nachteil, daß es sich um selektierte Kasuistiken handelt, die keine repräsentativen Inferenzen zulassen. Mit Hilfe von epidemiologischen Studien wird daher versucht, das klinische Bild zu vervollständigen.

Neuere ätiologische Vorstellungen gehen von einem bio-psychozialem Modell, z. B. dem Diathese-Streß-Modell aus, bei dem insbesondere das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Determinanten bei psychischen Störungen betont wird (Bastine 1990) [20]. Grundannahme hierbei ist, daß sich die Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken, aus dem Verhältnis von dispositionellen "Vulnerabilitäten" und Risiken einerseits und protektiven Faktoren andererseits ergibt. Epidemiologische Studien dienen in diesem Zusammenhang insbesondere der Aufdeckung von Determinanten, welche die Entstehung, den Verlauf und den Ausgang einer Krankheit in einer bestimmten Population beeinflussen und ätiologische Bedeutung haben könnten. Der Nachweis solcher kausaler Zusammenhänge bleibt allerdings solchen epidemiologischen Studien vorbehalten, die über ein adäquates Design, wie dies bei Longitudinalstudien der Fall ist, verfügen. Die Ergebnisse epidemiologischer Forschung im Bereich der Ätiologie haben ihre besondere Bedeutung im Rahmen der Prävention, dies vor allem durch die Aufdeckung der Risikofaktoren, aus denen sich Maßnahmen ableiten lassen könnten, die die Möglichkeit des Auftretens von Krankheiten verhindern oder minimieren. Ätiologische Faktoren sind nicht notwendigerweise die gleichen Faktoren, wie die, die den Prozeß, der Depression hervorbringen oder aufrechterhalten.

2.3.3 Epidemiologie

Bei der Diskussion von Häufigkeitsangaben in epidemiologischen Untersuchungen müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Unter der Prävalenz versteht man die Zahl der Personen in der Population, die die Störung zu einem bestimmten Zeitpunkt haben, die Punktprävalenz, oder um die Zahl der Personen, die die Störung während einer bestimmten Periode haben oder gehabt haben, z. B. die Jahresprävalenz. So liegen die Punkt-Prävalenzen, d.h., die zu einem bestimmten Zeitpunkt erhobenen Häufigkeiten depressiver Störungen niedriger als die Einjahresprävalenz. Die Angaben für die Lebenszeitprävalenz sind dagegen immer deutlich höher als die Einjahresprävalenz. Katon&Schulenberg (1992) geben die

Häufigkeit der Major Depression für die Allgemeinbevölkerung mit 2-4%, in Haus- bzw. internistischen Praxen mit 5-10% und für Patientenpopulationen in allgemeinen Krankenhäusern mit 10-14% an [85 S. 24].

Keller et al. (1998) geben die Prävalenz für die Vereinigten Staaten mit 17,1% an [54] und Angst et al. (1997) für die Schweiz mit ungefähr 17% [16]. Laux (2000) geht von einer Inzidenzrate, d.h. der Rate der Neuerkrankungen, von 8-20% für depressive Erkrankungen aus [60]. Vergleicht man die Punkt-1-Jahresprävalenz mit der 6-Monatsprävalenz und der Lebenszeitprävalenz, so ergeben sich für die Major Depression Werte von 3,1%, 6,5% und 16,1%. Laux (2000) berichtet weiterhin von einer Lebenszeitprävalenz von 12%-17%, einer Einjahresprävalenz von 5-10% und einer 6-Monatsprävalenz von 2-7%, wobei Frauen doppelt so häufig wie Männer erkranken, mit Raten von 20-25%, bzw. 7-12% [60].

Entgegen früherer Meinungen finden sich bei Wittchen et al. (1996) bei höherem Lebensalter kein Anstieg der Prävalenz [89], während hingegen Henderson (1986) von einem breiten Häufigkeitsbereich von 1,7%-16,1% für die Altersdepression berichtet [85 S.27], eine Ansicht, die von Laux (2000) geteilt wird, wenn auch die Depression die häufigste psychiatrische Alterskrankheit ist [60]. Untersuchungen von Murphy et al. (2000) gehen in ihrer Stirling County Study, in der sie über einen Zeitraum von 40 Jahren mehrere Stichproben untersuchten, ebenfalls davon aus, daß die Prävalenz für Depressionen mit zunehmendem Lebensalter zunimmt [75]. Langzeituntersuchungen uni- und bipolarer affektiver Störungen konnten aufzeigen, daß Chronifizierungsraten zwischen 11-25% liegen [11, 62].

2.3.4 Risikofaktoren

Bei der Suche nach Risikofaktoren für einen ungünstigen Verlauf depressiver Störungen werden eine Vielzahl von Faktoren aus dem klinischen, soziodemographischen und sozialen Bereich untersucht. Dabei scheint Neurotizismus die Episodenlänge zu vergrößern, während Optimismus diese zu verkürzen scheint (Kendler et al. 1997) [58]. Außerdem gilt als gesichert, daß bei depressiven Patienten sehr häufig auch Persönlichkeitsstörungen (nach DSM-III) festgestellt werden und bei ehemals depressiven Patienten verschiedene Persönlichkeitseigenschaften im Vergleich zu Nicht-Patienten different ausgeprägt sind. Z. B. fanden sich bei Depressiven Autoaggression, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Neurotizismus, eine pessimistisch-vorwurfsvolle Haltung, Mangel an Initiative und gestörtes Erfolgsbewußtsein in stärkerem Maße als bei einer Kontrollgruppe. Außerdem konnten

erhöhte Werte für Psychasthenie, Impulsivität, Schuldgefühle und Aggressionshemmungen festgestellt werden (s. Richter, 1995, S. 67) [78]. Im folgenden werden die als am wichtigsten angenommenen Risikofaktoren besonders vorgestellt:

2.3.4.1 Geschlecht

Depressive Störungen gehören also zu den verbreitetsten Störungsbildern in der Psychiatrie, wobei ca. doppelt so viele Frauen, wie Männer davon betroffen sind [81]. Wittchen et al. (1996) geben dabei als Werte an, daß Frauen eine 2-3x höhere Lebenszeitprävalenz bei der Major Depression, mit Werten zwischen 4,1%-21,3% haben, als Männer, welche auf 2,3%-12,7% kommen [90 S.101]. Dabei scheinen Frauen und Männer gleich hohe Wahrscheinlichkeiten zu haben, eine erste depressive Episode zu entwickeln, aber ab der 2. Episode Frauen ein erhöhtes Risiko, sowohl in der prospektiven [68, 83], als auch der retrospektiven Erhebung [26]. Weiterhin scheint schon alleine die Tatsache, daß ein Patient weiblichen Geschlechts ist, das Risiko für einen Rückfall um Faktor 2,5 zu erhöhen [55]. So betragen die Frau-Mann Lebenszeit- Risikoraten in den 2 großen Studien in den USA, der Epidemiological Catchment Area Study und der National Comorbidity Survey 2.4:1 und 1.7:1. Darüber hinaus scheinen diese Ergebnisse auch interkulturell stabil zu sein.

2.3.4.2 Kritische Lebensereignisse

Eine sog. psychoreaktive Auslösung findet sich bei einem großen Teil der Depressionen. Zu den kritischen Lebensereignissen gehören z. B. negative Ereignisse, wie der Verlust einer wichtigen Person, Kündigung, Durchfallen bei einer Prüfung, Abbruch des Kontaktes zu Kindern oder Eltern und finanzielle Probleme. Im globalen Ansatz der Life-Event-Forschung werden entsprechend dem Konzept der unspezifischen Verursachung verschiedene Stimuli bzw. Stressoren gleichgesetzt und die gleiche Art von Belastung und Wiederanpassungsleistung als Folge zugeschrieben. Der ursprünglichen Grundidee liegt eine situationistische Streßauffassung zugrunde. Nach Laux (2000) zeigen empirische Untersuchungen, daß depressive Patienten signifikant häufiger von kritischen (belastenden, negativen) Lebensereignissen vor Ausbruch der Erkrankung berichten und nennt als typische Auslöser Verlust von oder Probleme mit nahen Bezugspersonen, Entwurzelungen, anhaltende Konflikte, aber auch Entlastungen und Veränderungen der gewohnten Lebensweise wie Berentung, Umzug, Beförderung (sog. Entlastungs- bzw. Umzugsdepression), meint

allerdings, daß die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen unspezifisch ist. Offenbar ist die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen für die Auslösung einer Depression bei den ersten beiden Episoden größer als bei späteren. Weiterhin kommen schwere Life-Events als Auslöser bei endogenen, melancholisch-depressiven signifikant seltener vor [60]. Reck, Backenstraß, Kronmüller, Sommer, Fiedler und Mundt (1999) schlußfolgern aus Studien zur Bedeutsamkeit von Lebensereignisse in der Depressionsforschung unter anderem, daß kritische Lebensereignisse und -belastungen nur im Vorfeld einer Depression des endogenen Subtypus eine wichtige Auslöserfunktion zukommt, im weiteren Krankheitsverlauf aber sich ein eher autonomer Verlauf darstellt, der weniger von den Lebensereignissen selber, sondern eher durch die Medikation oder biologischen und genetischen Faktoren bestimmt zu sein scheint. Kritische Lebensereignisse haben demnach nur bei ersterkrankten endogenen Depressiven eine Auslösefunktion [11 S.638]. Andrews et al. (1990) hingegen fanden, daß aufeinanderfolgende Life Events als Auslöser für depressive Episoden bald durch Persönlichkeitsfaktoren ersetzt werden könnten, die eine Person vulnerabler als andere für weitere Episoden machen kann [5]. Negative kritische Lebensereignisse, vor allem im Beziehungsbereich und hinsichtlich Erkrankungen in Verbindung mit geringen sozialen Ressourcen wie z. B. unzureichender sozialer Unterstützung, geringen personalen Ressourcen und dysfunktionalem Bewältigungsverhalten finden sich vor allem bei depressiven Fällen mit nur geringen und schwach signifikanten Korrelationen als mögliche Auslöser für eine depressive Episode [12]. Dies scheint vor allem bei Frauen in stärkerem Maße der Fall zu sein. Kendler et al. (1997) fanden heraus, daß die folgenden Faktoren prädiktiv dafür sind, einen Einfluß auf die depressive Episodenlänge zu haben, nämlich neben dem Erkrankungsverlauf, dem Einkommen, soziale Unterstützung, elterliche Fürsorge oder Trennung von den Eltern, Persönlichkeitsfaktoren, Traumata und ernste Life Events für die frühe depressive Episode und der allgemeinen Gesundheit, der sozialen Unterstützung, Zwangssymptome, ernste Life Events für die späte depressive Episode und ein genetisches Risiko für affektive Störungen für den späteren Verlauf von depressiven Episoden. Jedoch fand sich kein Einfluß von vorangegangenen Episoden der Major Depression auf die Episodendauer des letzten Indexjahres. Kendler et al. (1997) sind weiterhin der Ansicht, daß soziale Unterstützung die Länge einer depressiven Episode verkürzt [56].

Patienten mit ausgeprägteren dysfunktionalen Einstellungen hatten und/oder erwarteten mehr negative Lebensereignisse, bewerteten deren emotionalen Einfluß höher und reflektierten ein

höheres Niveau an erlebtem Streß im Vergleich zu Personen mit weniger dysfunktionalen Einstellungen. Lebensverändernde Ereignisse haben danach offensichtlich nur bei kognitiver Vulnerabilität Einfluß auf das Depressionsniveau [124]. Laux (2000) meint, daß länger andauernder Streß, z. B. durch andauernde oder häufige kritische Life-Events, zu einem Rückzugssyndrom, einhergehend mit Erschöpfung, "gelernter Hilflosigkeit" und Selbstaufgabe führen kann [60].

2.3.4.3 Alter

Bei den Untersuchungen der Alterseinflüsse geht es, wenn nicht anders erwähnt, im Folgenden um das Alter bei Erkrankungsbeginn. Das mit zunehmendem Alter eine geringere Inanspruchnahme von Psychotherapie einhergeht, ist in vielen Studien festgestellt und scheint unabhängig von dem EE-Status der Patienten zu sein [33 S.238]. Bei depressiven Störungen wird in der Regel eine breite Streuung des Alters bei Beginn der Erkrankung angegeben, der im Mittelwert um das 30. Lebensjahr herum liegt, wobei in neueren Studien, wie bereits erwähnt, zum Teil jüngere Altersangaben gemacht wurden. Das Erstmanifestationsalter scheint dabei für beide Geschlechter ähnlich zu sein, jedoch scheinen Frauen eine höhere Rückfallquote zu haben, was in höheren Prävalenzwerten zum Ausdruck zu kommen scheint [45 S.163]. Umgekehrt wäre dementsprechend zu erwarten, daß mit zunehmendem Alter diejenigen, die eine Depression haben, längere depressive Phasen haben, was von Angst (1988) für ein Alter ab dem 60. Lebensjahr gefunden wurde [15]. Dazu kommt, daß sich herausgestellt hat, daß die Depression nicht mit zunehmendem Alter, bzw. fortschreitendem Krankheitsverlauf spontan zu Verbesserungen neigt, sondern eine ernsthafte Erkrankung darstellt, die bis auf wenige Fälle mit Spontanremissionen die Tendenz zur Chronifizierung aufweist [45 S.163]. Im Prinzip könnte jederzeit eine Spontanremission eintreten, jedoch nimmt aber mit zunehmender Länge der Phase die Wahrscheinlichkeit hierfür ab [10]. Weitere Belege dafür, daß mit zunehmenden Alter mit einem ungünstigeren Verlauf zu rechnen ist, stammen von Murphy (1983), bei denen 19% der Patienten im Alter von über 60 Jahren einen Rückfall erlitten, sowie bei 29% die Symptomatik weiterhin anhielt, so daß im 1-Jahres-Verlauf 48% einen ungünstigen Verlauf nahmen [74]. Es scheint festzustehen, daß die Mortalität, d.h. Suizidalität, bei Altersdepressiven erhöht ist [6]. Ein höheres Chronifizierungsrisiko in höherem Alter fand sich auch bei Keller et al. [53].

2.3.4.4 Familienstand

Depressive Störungen treten vor allem bei Personen auf, die sich von ihrem Partner getrennt haben, geschieden oder verwitwet sind und dies vor allem bei Frauen [88]. Dabei scheinen verheiratete Frauen ein doppelt so hohes Risiko als Männer aufzuweisen, eine Major Depression zu entwickeln, und sich das Risiko sogar noch auf Faktor 4,8 erhöht, wenn sie keiner regelmäßigen Berufstätigkeit nachgeht [89]. Bei anderen Autoren besteht die Ansicht, daß verheiratet zu sein, für Männer einen größeren Schutzfaktor darstellt, als dies bei Frauen der Fall ist, welche diesen Zustand oftmals eher als Streß erleben [27]. Verglichen mit einer Kontrollgruppe (7%) waren 15% der depressiven Patienten geschieden oder getrennt lebend [17]. Bei Coryell et al. (1985) fanden sich nach einem 40-Jahres follow-up sowohl unter den verheirateten oder verwitweten Patienten mit nichtpsychotischer Depression insgesamt 78% als geheilt [27]. Eheleiche Probleme bei depressiven Patienten sind ein negativer prognostischer Indikator bezüglich der Wirksamkeit antidepressiver medikamentöser Therapie. Depressive Personen ohne Eheprobleme gesunden demgegenüber schneller (s. Richter, 1995, S. 65) [78].

2.3.4.5 Andere psychosoziale Faktoren

Personen, die während der letzten 5 Jahre mindestens 6 Monate lang arbeitslos waren, haben ein mindestens 3x höheres Risiko als andere, eine Episode einer Major Depression zu entwickeln. Dies gilt auch für Personen mit niedrigem Einkommen und solchen, die von öffentlicher Hilfe abhängig sind [90 S.104]. In einer Studie von J. Angst (1994) fand sich unter den depressiven Patienten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ein etwas geringeres durchschnittliches Einkommen [8]. Möglicherweise weisen dabei vor allem Frauen mit niedrigem sozialökonomischen Status gehäuft einen früheren Erkrankungsbeginn auf [55]. Klerman et al. (1992) berichten über eine Studie, in der gefunden wurde, daß akut beginnende depressive Episoden mit Arbeitslosigkeit, häufigem oder unentschuldigtem Fehlen am Arbeitsplatz und verringerte Arbeitsproduktivität auftraten. Außerdem stellten sie fest, daß eine Verringerung der depressiven Symptomatik mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einherging [56]. Bei Coryell et al. (1985) fanden sich nach einem 40-Jahres follow-up unter den beschäftigten nichtpsychotisch depressiven Patienten oder solchen, die als Studenten, Hausfrau oder Rentner angegeben wurden, insgesamt 68% als geheilt und 70% derjenigen

Patienten als geheilt, die in einem Eigenheim wohnen oder bei Verwandten [27]. Kendler et al. (1997) fanden heraus, daß finanzielle Schwierigkeiten ein mittelstarker Prädiktor für die Zeit sind, in der eine depressive Episode abklingt, bzw. das umgekehrt, ein hohes Familieneinkommen eine depressive Episode verkürzt. Hayhurst et al. (1999) hingegen fanden keinen signifikanten psychosozialen Prädiktor für einen Rückfall, bzw. meinen, daß psychosoziale Faktoren nur in weniger ernsten Krankheitsverläufen eine Auswirkung haben und nur Residualsymptome für einen Rückfall prädiktiv sind [46]. Hale et al. (1997) meinen, daß charakteristisch für einen Krankheitsbeginn einer Depression ist, daß diese mit einem exzessiven Suchen nach sozialer Unterstützung einhergeht, der jedoch nicht erhalten werden kann. Andererseits nehmen die Partner von depressiven Patienten aber auch einen größeren Mangel an Unterstützung durch die Patienten hinsichtlich ihrer eigenen Belange wahr, als Kontrollpaare (Gerlsma et al. 1997) [36]. Familiäre Unterstützung erwies sich als wichtiger Faktor zur Aufrechterhaltung der Remission einer depressiven Symptomatik (Richter, 1995) [124]. Laux (2000) nennt Armut als weiteren wichtigen Risikofaktor bei der Auslösung von Depressionen, da hierbei meistens verschiedene interpersonale Faktoren erhöht sind [60].

2.3.4.6 Komorbidität

Eine der wichtigsten Risikofaktoren für eine Major Depression scheint eine vorangegangene Angststörung zu sein. Panikstörungen gehen besonders oft mit Depressionen einher und erweisen sich auch bei nur leichten Ausprägungsgraden als hochsignifikante zeitlich primäre Risikofaktoren, da mit Angst gekoppelte Depressionen einen ungünstigeren Verlauf nehmen. Allgemein scheinen komorbide depressive Episoden signifikant länger zu dauern, als nicht-komorbide Depressionen, wobei für Erstere wiederum ein wesentlich höheres Rückfallrisiko besteht [90 S.105]. Coryell et al. (1992) fanden, daß eine Angststörung eher als prognostisch signifikante Epiphänomene, denn als Indikatoren für eine affektive Störung wie der Major Depression zu werten sind [24], wobei unklar bleibt ob die Autoren das Risiko für Komorbidität auf eine korrespondierende Angststörung beziehen oder allgemein auf die Entwicklung von Angststörungen. Dies gilt auch für die Entwicklung von komorbiden Zwangsstörungen, wobei diese Patientengruppe eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Hospitalisation hat. Kendler et al. (1997) erwähnt, daß medizinische Probleme eher ein allgemein schlechteres Ergebnis des Depressionsverlaufes vorhersagt [15]. Es scheint, man kann es als erwiesen ansehen, daß Personen mit depressiven Symptomen (Judd et al. 1997) [51], bzw. mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung (Heerlein et al. 1998) [47] signifikant

mehr Einbußen im sozialen Funktionieren haben, als Personen ohne depressive Symptome. Heerlein et al. (1998) berichten weiterhin, daß die Variable Perfektionismus einen negativen Einfluß auf Veränderungen der depressiven Symptomatik haben und meinen, daß Rigidität ein Kernfaktor in der Aufrechterhaltung einer Depression vom Typus melancholicus ist, während Mundt et al. (1994) [73] der Auffassung sind, daß Rigidität eher gegen einen schlechteren Krankheitsverlauf schützt. Desweiteren wird berichtet, daß eine adäquate prämorbid Persönlichkeitsstruktur ein Indikator für eine endogene Depression ist, während hingegen Tendenzen, andere blamieren zu wollen, Selbstmitleid, hypochondrische und hysterische Tendenzen Indikatoren einer nichtendogenen Depression und Prädiktoren für einen allgemein schlechteren Behandlungserfolg sind [47]. Nach Laux (2000) [60] scheinen Persönlichkeitsfaktoren einen unspezifischen Vulnerabilitätseffekt zu besitzen. Er erwähnt, daß Personen, die später eine Depression entwickeln, häufiger neurotische Züge, geringere emotionale Stabilität und größere interpersonale Abhängigkeit sowie Aggressivität zeigen. -

2.5 Diagnostik

Die heutigen Diagnose- und Klassifikationssysteme gehen von einer möglichst exakten reinen Beschreibung der Krankheitssymptome aus. Angesichts der heutigen favorisierten Sichtweise einer multifaktoriellen Ursache und Bedingtheit psychischer Störungen wird eine Einteilung nach klinischen und psychosozialen Kriterien (Schweregrad, Verlauf, Auslöser) vorgenommen unter Berücksichtigung dimensionaler Einteilungsgesichtspunkte [60].

Um nach dem DSM-IV, welches die Diagnose Depression verlaufsbezogener als das ICD-10 darstellt, eine Major Depression zu diagnostizieren, ist es erforderlich, daß bei einem Patienten 5 von 9 Symptome innerhalb von 2 Wochen diagnostiziert werden. Diese 9 Symptome sind: (1) depressive Stimmung, (2) Verlust an Interesse und Vergnügen, (3) signifikanter Verlust oder Zunahme an Körpergewicht, (4) Insomnie oder Hypersomnie, (5) psychomotorische Agitation oder Retardation, (6) Müdigkeit oder Verlust an Energie, (7) das Gefühl der Wertlosigkeit, (9) Suizidgedanken.

Das DSM-IV unterscheidet die folgenden Krankheitsverläufe: (1) 1 einzelne Episode mit vorangehender Dysthymie, (2) eine einzelne Episode ohne vorangegangener Dysthymie, (3) rekurrende Depression, mit antezedenter Dysthymie und vollständiger dazwischenliegender Erholung, (4) rekurrende Depression, mit antezedenter Dysthymie ohne vollständige dazwischenliegende Erholung, (5) rekurrende Depression, ohne antezedente Dysthymie

und vollständiger dazwischenliegender Erholung, (6) rekurrende Depression, mit antezedenter Dysthymie und ohne vollständiger dazwischenliegender Erholung.

Die schwere Form einer Episode der Major Depression ist der melancholische Typus.

Judd et al. (1997) gehen dabei davon aus, daß der typische Verlauf der Major Depression sehr dynamisch ist und im zeitlichen Verlauf charakterisiert ist durch prinzipielle Wechsel und Änderungen der depressiven Symptome, Symptomlevels und Diagnosen [51].

2.3.3 Symptomatologie

Die Symptomatik einer depressiven Episode läßt sich nach gestörten Funktionsbereichen in psychische Symptome, psychomotorische Symptome und physische Symptome unterteilen. Zu den häufigsten psychischen Symptomen depressiver Störungen gehören Interesse- und/oder Freudlosigkeit (92,2%), Schlafstörungen (92,4%), Konzentrations- und/oder Denkstörung (86,0%), Angstgefühle (84,3%), Unruhe (80,9%), Psychomotorische Hemmung (77,5%), Gefühl der Wertlosigkeit/Schuld (74,4%), Anergie (73,2%), Gedanken an den Tod (51,2%) und Gewichtsveränderung (42,6%) (Häufigkeiten aus ärztlichen Praxen). Vor allem bei ausländischen Patienten mit Sprachproblemen kommt es häufiger zur Diagnose eines vegetativ-somatischen Syndroms (Laux 2000) [60].

2.6 Langzeitverlauf

Ein Charakteristikum von depressiven Störungen ist ihr oft langer bis lebenslanger Verlauf und besonders die Prognose ist bei psychischen Störungen für die Einschätzung des Fortgangs und der Schwere der Störung von besonderer Bedeutung. Die Untersuchung des Langzeitverlaufes von Depressionen dient somit auch der retrograden Klassifikation. Weiterhin ermöglicht sie die Bildung verlaufshomogener Subgruppen, sowie die Überprüfung nosologischer Gruppen in Hinblick auf Verlaufsunterschiede [14 S.12]. 1916 stellte Bleuler fest, daß Beginn und Verschlimmerung psychischer Störungen oft in Zusammenhang mit Lebensphasen stehen, die eine Anpassung an neue Aufgaben nötig machen [20]. Dies weist darauf hin, daß eine Depressionen auf u.a. einen Mangel an Fähigkeiten zurückführbar ist. Bleuler stellte damals weiterhin fest, daß die einzelnen Phasen in der unbehandelten Depression am häufigsten zwischen einem halben und einem Jahr dauern und sich unter der Behandlung auf weniger als 3 Monate verkürzen [7]. Immer wieder werden die Schwierigkeiten von Patienten betont, ihr soziales Leben nach ihrer Gesundung wieder so

aufzunehmen, wie es ihren prämorbidem Erwartungen entspricht, vor allem hinsichtlich der reduzierten sozialen Kontakte in qualitativer und quantitativer Hinsicht [1 S.29]. Allgemein scheint es so zu sein, daß nach ca. 3,5 Jahren Erkrankung partielle Remissionen häufiger vorkommen, als vollständige Remissionen [52].

Das einmalige Auftreten einer Major Depression stellt nicht die Regel dar. Nur etwa 2% der Betroffenen erkranken 1x in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Viel häufiger sind rezidivierende Depressionen, wobei die Hälfte der Patienten mehr als 3x in ihrem Leben erkranken, wobei die depressiven Phasen in Clustern aufzutreten scheinen [6]. Damit sind mehrere dicht aufeinanderfolgende depressive Episoden gefolgt von deutlich längeren symptomfreien Zeiten gemeint. So berichtet Angst (1986) in seiner 21-Jahres follow-up Studie, in der die 173 Patienten alle 5 Jahre evaluiert wurden, daß 11% der Patienten mit unipolarer Depression diagnostiziert wurden, die im Beobachtungszeitraum nur 1 depressive Episode hatten, von 16% mit 2 Episoden, 14% mit 3, 13% mit 3 Episoden und 46 von 5 oder mehr Episoden. Dabei lag die mittlere Episodenanzahl bei 4 und 13% der Patienten entwickelten einen chronischen, unremittierenden Verlauf. Jeweils 21% der Patienten waren dabei in dem jeweiligen follow-up in einer aktiven Episode der Major Depression [13]. Die Wahrscheinlichkeit, daß eigentlich eine Bipolarstörung vorliegt, bzw. ein späterer Diagnosewechsel notwendig wird, nimmt mit zunehmender Episodenanzahl zu. Weiterhin sieht es so aus, als könnte man für endogene Depressionen einen schlechteren Verlauf als für nichtendogene Depressionen annehmen (Andrews et al. 1990) [5]. Allgemein liegen nur wenige Verlaufsstudien mit einem Längsschnittdesign vor, in denen z. B. nachgewiesen wurde, daß es unterschiedliche Verläufe zwischen endogen-depressiven und neurotisch-depressiven Patienten gibt. Im Gegensatz zu 71% der endogen Depressiven wiesen nur 37% der neurotisch Depressiven einen günstigen Verlauf auf [21]. Angst (1986) nennt dabei eine Remissionsrate von 42% für unipolare Depressionen, bzw. 42% für geheilt und 30% für vollständig remittiert [13]. In früheren Studien fanden sich für die endogene Depression eine Remissionsrate von 77% bei einem Katamnesezeitraum von 8 Jahren (Watts 1956) und von 76% bei 8-27 Jahren (Lundquist 1945) [6]. Kendler et al. (1997) fanden, daß die mittlere Episodenlänge bei 6 Wochen lag [58].

Solomon et al (1997) fanden in ihrem prospektiven 10-Jahres follow up, daß die mittlere Dauer der ersten und nachfolgenden, d.h. multiplen wiederkehrenden depressiven Episoden der Major Depression ungefähr bei 20 Wochen lag. Bei jeder depressiven Episode war die Heilungsrate im 1. follow-up-Jahr am höchsten und fiel subsequent ab, was sich aber als

indirekter Beleg für die Effektivität der stationären Therapie werten läßt [82]. Keller et al. (1998) geben für ihre unipolare major depressiven Patienten folgende Werte an: nach 2 Jahren nach Indexbeginn waren 20% der Patienten noch depressiv, nach 5 Jahren noch 12% und nach 10 Jahren 7%, so daß sich für einen Zeitraum von 15 Jahren eine kummulative Wahrscheinlichkeit für eine Wiederherstellung von 94% ergab, d.h. 6% der Patienten waren immer noch depressiv [54]. In ihrer prospektiven naturalistischen 12-Jahres follow-up-Studie berichten Judd et al. (1998), daß 71,7% mindestens 1 depressive Episode vor dem Indexzeitraum hatten, die mittlere Episodenanzahl 2 war und 33,5% ihre erste depressive Episode in einem Alter jünger als 21 Jahre hatten. Patienten mit Major Depression waren in 41,5% der follow-up-Zeit symptomfrei und hatten in 26,7% der Zeit eine Symptomatik, die einer Minor Depression entsprach, bzw. lagen in 16,6% unter dem Grenzwert für eine Diagnose einer Depression. In 15,3% der Zeit war ihre Symptomatik auf dem Niveau einer Major Depression. Weiterhin konnten die oben erwähnten Ergebnisse von Keller et al. (1997) bestätigt werden, indem festgestellt wurde, daß Patienten mit Double Depression signifikant mehr Zeit auf dem Niveau einer Minor Depression verbrachten, als Patienten mit einer Major Depression. Dabei befanden sich diese Patienten in 43,2% der Zeit auf dem symptomatischen Niveau einer Minor Depression oder mit Symptomen, die nicht für eine Klassifikation einer Depression ausreichten, wobei diese Symptome 3x so häufig im Krankheitsverlauf waren, wie die der Major Depression. Weiterhin fanden sie, daß Patienten mit Major Depression Symptome in 59% der follow-up-Zeit aufwiesen und 27% während dieses Zeitraumes keinerlei Symptome hatten, aber auch, daß 22,6% der Patienten niemals symptomfrei waren. Die Scores für die der Indexzeit vorangegangene depressive Episode bei Patienten mit Major Depression waren höher, als die der ersten Episode in der follow-up Zeit. Sobald jedoch Symptome festgestellt wurden, gingen diese immer mit Einbußen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit des Patienten einher. Judd et al.(1998) vertreten ebenfalls die Auffassung, daß sich die depressiven Störungen alle auf einer Dimension befinden und sich nur im Schweregrad und der Häufigkeit unterscheiden [50]. Das hieße, daß die Interpretation eine andere sein muß, als dies oftmals langjährig der Fall war, daß nämlich Patienten, die früher als geheilt entlassen oder betrachtet wurden, heute lediglich den Status einer Depression auf einem Niveau unterhalb der für eine Major oder Minor Depression diagnostisch relevanten Schwelle erhalten. In ihrer Zürich Stichprobe fanden Angst et al. (1997) nach 15 Jahren 15% einepisodische, 4% chronische, 19% rezidivierende und 3% mit zunehmenden Residual- oder

wiederkehrenden Symptomen, 13% mit abnehmenden wiederkehrenden Symptomen und 42% mit anderen Symptommustern [16].

Andrews et al. (1990) fanden in ihrer 15-Jahres follow-up-Studie unter den 66 endogenen Patienten 64% mit mehr als 1 depressiven Episode. Insgesamt waren 25% nach 15 Jahren als geheilt zu betrachten, 37% hatten weitere Episoden, 23% hatten Residualsymptome, waren aber nicht arbeitsunfähig und 16% waren entweder tot oder seit mehr als 2 Jahren arbeitsunfähig [5]. Allgemein werden zukünftige Verläufe am besten durch anamnestische Studien vorhergesagt [10].

2.6.1 Verlaufsformen

Traditionell wurde der Verlauf depressiver Störungen in grobe Untergruppen unterteilt [30]. Die Ergebnisse der prospektiven Studien von Brown et al. (1986) und Lewinsohn et al. (1988) könnten so zusammengefaßt werden, daß das Depressionsniveau zum späteren Zeitpunkt am besten durch ein vorausgehendes Depressionsniveau vorhergesagt wird. Eingreifende Lebensereignisse tragen zwar zum Entstehen einer Depression bei, jedoch ist deren erklärende Kraft gering. Viele Menschen erleben zwar schwerwiegende Lebensereignisse, entwickeln auf diese aber keine Depressionen, während hingegen es auch Menschen gibt, die depressiv werden, ohne daß ein eingreifendes Lebensereignis vorangegangen ist. Weiterhin scheint es eventuell (inkonsistente) Zusammenhänge zu geben, zwischen dem Streß während oder kurz nach der Behandlung und einem Rückfall [1, S.89].

Allgemein lassen sich also die folgenden Verläufe unterscheiden: Verläufe mit einer einzelnen Episode, rezidivierende Verläufe, chronische Verläufe und Verläufe mit Suizidversuch oder Suizid. Weiterhin lassen sich die Verläufe danach unterteilen, ob es im Leben des Patienten schon frühzeitig erstmals zu einer depressiven Episode gekommen ist oder dies erst später in seinem Leben der Fall war. Häufigkeitsangaben zu einzelnen Verläufen unipolar depressiver Störungen mit nur einer einzelnen Episode sind stark schwankend und sehr abhängig von der untersuchten Stichprobe und der Länge des Beobachtungszeitraums.

Verlauf mit einer einzelnen Episode:

Angst (1990) faßt die bisherigen Forschungsergebnisse so zusammen, daß durchschnittlich ca. 50% aller Menschen mit depressiven Störungen nur eine einzige depressive Phase aufweisen.

In seiner Studie, in der sich die Stichprobe aus jüngeren Personen mit einem Alter von 20 Jahren aus der Allgemeinbevölkerung zusammensetzte, wurden 22% einepisodische Verläufe in einem Zeitraum von 10 Jahren beobachtet [14]. In einer von Wittchen&Zerssen (1987) durchgeführten Studie mit stationär behandelten Depressiven werden, vom Ersterkrankungsalter unabhängig, 28% einepisodische Verläufe für einen Untersuchungszeitraum von 7 Jahren angegeben [88]. Eine andere Studie von Angst&Frey (1977) berichtet bei einem Erhebungszeitraum von 13-17 Jahren von 20% [9]. Nach Angst (1990) sind die meisten derjenigen Patienten, bei denen nur einzelne depressive Episoden aufgetreten sind, den reaktiven Depressionen zuzuordnen [14].

Rezidivierender Verlauf:

Ein rezidivierender Verlauf ist durch das wiederholte Auftreten depressiver Episoden, die durch ein symptomfreies Intervall von mindestens 2 Monaten voneinander getrennt sind, gekennzeichnet. Ein Rückfall läßt sich auch als frühzeitiges Wiederkehren von depressiven Symptomen bezeichnen. Eine Heilung ist dabei eine mögliche Folge spezifischer Interventionen oder nichtspezifischer Faktoren. Angst (1990) berichtet für den rezidivierenden Verlauf von 20%, Angst&Frey (1977) von 80%, von denen wiederum 20% 2 Phasen und 60% mehr als 2 Phasen aufweisen. Dabei kommt es oftmals zu einer raschen Phasenfolge, d.h. in relativ kurzen Zeitabständen aufeinanderfolgende depressive Phasen mit kurzen symptomfreien Intervallen [7]. Angst et al. (1997) fanden in ihrer 15-Jahres follow-up-Studie eine Quote von ungefähr 33% major depressiver Patienten, welche einen rezidivierenden Verlauf nahmen [15]. Keller et al. (1983) fanden bei 25% der Patienten, daß es nach einer ersten Gesundung bereits in den ersten 3 Folgemonaten zu einem Rückfall gekommen ist, bei 33% innerhalb des ersten Jahres und bei 73% innerhalb von 8 Jahren. Das National Institute of Mental Health schlußfolgert, daß 50% der Patienten mit einer unipolaren Depression, die sich von einer Phase erholt haben, innerhalb der nächsten 2 Jahre einen Rückfall erleiden. Mit zunehmender Phasenzahl sollen sich nach Angst (1990) die dazwischenliegenden Intervalle verkürzen. Darüber, ob sich die Krankheitsphasen mit zunehmender Anzahl verlängern, gibt es unterschiedliche Ansichten. Möller (1988) meinen, solche Ergebnisse gefunden zu haben, während hingegen Angst (1980) dies nicht nachweisen konnten. Das NIMH hingegen ist der Ansicht, daß die Länge der zwischenzeitlich symptomfreien Intervalle während der ersten Episoden abnimmt, dann aber gleich bleibt, während die Dauer der Episoden als durchgängig relativ stabil zu bewerten ist. Dies wird

prinzipiell auch von Coryell et al. (1989) bestätigt, welche für Patienten mit Major Depression herausfanden, daß die durchschnittliche Zeit bis zum 1. Rückfall ca. 139 Wochen, bis zum 2. Rückfall ca. 95 Wochen betrug und die Intervalldauer für den 1. Rückfall mit 40 Wochen und für den 2. Rückfall mit 34.8 Wochen angaben. Die von Keller et al. (1998) benannten Risikofaktoren für wiederkehrende depressive Episoden werden angegeben mit vorangegangenen, eventuell multiplen Episoden, Double Depression (Major Depression plus Dysthymie), einem Erkrankungsbeginn nach dem 60. Lebensjahr, familiäre Häufung von affektiven Störungen, schlechte Symptomkontrolle während der Therapiedurchführung, sowie komorbider Angststörung oder Suchtmittelmißbrauch [54]. Keller et al. (1997) fanden, daß die höchste Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall unmittelbar nach einer Wiederherstellung nach einer depressiven Episode der Major Depression ist und das diejenigen, die einen Rückfall haben, eine Chance von 20% haben, chronisch krank zu werden [55]. Angst et al. (1995) fanden in ihrer 15-Jahres follow-up-Studie, daß 41% der unipolar depressiven Patienten 1-3 depressive Episoden, 29% 4-6 Episoden und 30% mehr als 6 Episoden hatten. Angst et al. (1997) fanden sie eine Koinzidenz in der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von unter der Klassifikationsschwelle liegenden depressiven Symptome und dem Fortdauern einer Major Depression [15].

Chronischer Verlauf:

Rounsaville et al. (1980) geben in ihrer Studie an, daß ca. 2 Drittel ihrer ambulanten Patienten mit Major Depression entweder in der Anamnese oder später eine Major Depression entwickelten [79]. Wittchen & Zerssen fanden dagegen, daß 21% ihrer stationär behandelten und untersuchten Patienten einen chronischen Verlauf nehmen [88]. Bronisch et al. (1985) hingegen meinen, eine Rate von 30% für chronische Depressionen gefunden zu haben [22]. Bislang scheint es, daß trotz geänderter Behandlung depressiver Störungen die Anzahl der chronischen Verläufe weitgehend konstant geblieben ist [81 S.18]. Allgemein scheint es, daß die oben genannten jüngeren Befunde der zuvor herrschenden Auffassung entgegenlaufen, daß chronische Depressionen sich meistens auf dem Niveau von Minor Depressionen befinden [3, 4], so daß man von einem höheren Chronifizierungsgrad auf dem Niveau von Major Depressionen ausgehen kann. Winokur & Morrison (1973) fanden, daß 25% ihrer Patienten über 2-5 Jahre lang eine depressive Symptomatik aufwiesen und nur 5% über 10-20 Jahre lang [86]. Coryell et al. (1990) beobachteten in ihrer gemischten Stichprobe, daß die Patienten mit einer affektiven Symptomatik nach 5 Jahren zu über 75% eine Remission

aufwiesen, wobei eine Chronifizierung eine Gesundung zu verzögern scheint und dies, je länger die Symptomatik im Beobachtungszeitraum anhielt. Angst und Merikangas (1997), bzw. Angst et al. (1995) berichten von 10% - 20%, bzw. 13% Fälle, in ihrer 25-Jahres, bzw. 15-Jahres-Follow-up-Studie, die während des Erhebungszeitraumes chronifizierten. Weiterhin stellt sich die Frage nach den Ursachen der Chronizität. Dafür kommen mehrere Möglichkeiten in Betracht. So werden z. B. mögliche schlechtere soziale Bedingungen, spezifische Persönlichkeitsauffälligkeiten, neurotische Konflikte, die eine Symptomverbesserung verhindern, Komorbidität, genetische prädisponierende Faktoren, ein langer, progredienter Störungsverlauf oder eine spezifische Unterform der depressiven Störungen mit ungünstigem Verlauf als mögliche Erklärungen erwogen. Dabei scheint es sich bei Chronifizierungen bei Depressionen nicht um Residualzustände zu handeln, welche einen nicht verbesserbaren Endzustand darstellen [16].

Depressive Verläufe mit Suizidversuche oder Suizid:

Suizid ist das zentrale Mortalitätsrisiko bei depressiven Störungen und die Diagnose einer solchen wiederum gilt als stärkster Prädiktor für einen Suizid. Die Schätzungen über die Anzahl der Patienten mit Suizidversuchen gehen etwas auseinander, liegen aber ca. bei 50% für mindestens einen Suizidversuch [37], wobei die Schätzung für Tod durch Suizid mit 10-15% angegeben werden [92]. Als Risikofaktor im Vergleich von Patientengruppen und zur Normalbevölkerung wird ein ca. 30x höheres Risiko für Depressive angegeben [39]. Es scheint, als liege das Suizidrisiko in 2/3 aller Fälle im Zeitraum von 3-8 Monaten nach der Entlassung und kurze Zeit nach einer stationären Wiederaufnahme [7 S.20]. Dies weist natürlich daraufhin, daß die (Wieder-) Einweisung in eine psychiatrische Klinik für den Patienten selber auch als kritisches Lebensereignis zu werten ist. Laux (2000) berichtet, daß 20%-60% der Depressiven in ihrer Krankheitsgeschichte Suizidversuche aufweisen und 10%-15% begehen tatsächlich Suizid. Das Risiko für einen Suizidversuch war bei jüngeren Depressiven und solchen mit Persönlichkeitsstörungen erhöht.

Als Ergebnis wird der klinische Zustand zur Zeit des letzten follow-ups bezeichnet.

Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen der Katamnese studie der Major Depression zur Erforschung von Rückfallprädiktoren der Depression erstellt. Ziel dieser Arbeit ist es,

Hinweise dafür zu erbringen, daß die Rückfallwahrscheinlichkeit von der Ausprägung auf den Expressed-Emotions-Variablen sowie weiteren Faktoren abhängt. Für die Hypothesentestungen wurde von den soziodemographischen Variablen das Alter und weiterhin der chronobiologische Faktor ausgewählt. Es wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt und untersucht:

Hypothese 1: H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rückfallwahrscheinlichkeit.

Hypothese 2: H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der EE-Scores und der Häufigkeit bzw. der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls.

Hypothese 3: H1: Es gibt einen nachweisbaren chronobiologischen Faktor in den Keller-Rating-Werten des Katamnesezeitraumes.

Hypothese 4: H1: Einmal- und Mehrfacherkrankte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Werte in den Expressed Emotions-Variablen.

4. Methodik

Eine Longitudinalstudie zur Erforschung psychosozialer Rückfallprädiktoren, wie sie dieser Diplomarbeit zugrundeliegt, ist entweder prospektiv und/oder retrospektiv ausgerichtet. Der retrospektive Ansatz bezieht sich auf zeitlich vergangene Daten und unterliegt verschiedenen Fehlerquellen bei der Erfassung zurückliegender Ereignisse, die sich auf die Validität und Reliabilität der erhobenen Daten auswirken, ist aber relativ ökonomisch. Der prospektive Ansatz bezieht sich auf das Sammeln von Daten über einen bestimmten Zeitraum und erfährt die Entstehung, den Verlauf und den Ausgang von Krankheiten, benötigt einen höheren Aufwand und ist für Ausfälle anfälliger, ermöglicht aber die Analyse von Risikofaktoren und erlaubt ätiologische Aussagen [90 S.76]. Retrospektive Untersuchungen können nur der Formulierung von Hypothesen dienen, ähnlich den katamnestischen Untersuchungen. Am schlüssigsten sind prospektive Studien mit wiederholten Messungen bestimmter interessierender Variablen, den Prädiktoren, um den Einfluß unabhängiger auf abhängige Variablen zu eruieren. Sie dienen auch der Verlaufsprognose und Klassifikation.

Das Design dieser Diplomarbeit zugrundeliegenden 10-Jahres-Verlaufsstudie ist sowohl prospektiv, als auch retrospektiv-retrospektiv, weil auch Episoden, Befindlichkeiten und Symptome vor dem Studienbeginn erhoben wurden (Keller-Rating), prospektiv, weil die

Patienten über einen Zeitraum von nun insgesamt 9 Jahren begleitet wurden. Bislang gibt es kein Kausalmodell zur Erklärung depressiver Störungen, als auch kein geschlossenes Modell zur Beschreibung des Krankheitsverlaufs.

4.1 Untersuchungsplan

Bei dieser Katamnese studie der Major Depression sollen psychosoziale Rückfallprädiktoren der Depression anhand der “Expressed Emotions” und Indikatoren für die Beziehungsmuster in den Partnerschaften erforscht werden. Es soll über einen Katamnesezeitraum von 9-10 Jahren geprüft werden, ob und welche psychosozialen Variablen sich zur Vorhersage des Verlaufes endogener Depressionen eignen. Zwischen 1990 und 1993 wurden die Patienten in die Studie aufgenommen. Die Untersuchungen erfolgten bei der Aufnahme in die Klinik. Vier weitere Hauptuntersuchungen folgten jeweils nach Ablauf eines halben Jahres. Begonnen wurde mit der ersten Hauptuntersuchung, bei der die psychopathologischen Merkmale und die kritischen Lebensereignisse erhoben wurden. Zwischen zwei Hauptuntersuchungen wurden jeweils insgesamt vier weniger umfangreiche Zwischenerhebungen durchgeführt. Das Untersuchungsdesign orientiert sich an einem multidimensionalen, multimethodischen Längsschnittuntersuchungsansatz.

Tabelle 1: Studiendesign: Untersuchungsebenen,- zeitpunkte und Erhebungsperspektiven

Untersuchungsebenen	Erhebungsperspektiven		
	Experte	Patient	Partner
Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> • SKID-I, SKID-II • HAMD, BR, CGI 	<ul style="list-style-type: none"> • BDI • SCL-90 	<ul style="list-style-type: none"> • BDI
Krankheitsverlauf	<ul style="list-style-type: none"> • IRAOS • LIFE 	<ul style="list-style-type: none"> • Keller-Rating 	
Inanspruchnahme von Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Interview zum Inanspruchnahmeverhalten 		
Lebensereignisse Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • MEL 	<ul style="list-style-type: none"> • SSQ 	
Persönlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • TM-Einschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> • MPI, MPT, MMPI 	
Partnerschaftliche Interaktion, Problem- und Krankheitsbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • Interview zur familiären Krankheitsbewältigung • GARF • SASB 	<ul style="list-style-type: none"> • Five Minute Speech Sample (FMSS) • PFB, PL • PC-Item • Terman-Item 	<ul style="list-style-type: none"> • Five Minute Speech Sample (FMSS) • PFB, PL • PC-Item • Terman-Item

Tabelle 2: Untersuchungszeitpunkte mit den ausgewerteten Instrumenten

	Patienten	Angehörige
T1	BDI, HAMD, PFB, MEL, MMPI, MPI	BDI, PFB, FMMS
T2	BDI, MEL	
T3	BDI, HAMD, PFB, MEL	BDI, PFB
T4	BDI, MEL	
T5	BDI, HAMD, PFB, MEL	BDI, PFB
T6	BDI, MEL	
T7	BDI, HAMD, PFB, MEL	BDI, PFB
T8	BDI, MEL	
T9	BDI, HAMD, PFB, MEL	BDI, PFB,
Katamnese T10	BDI, HAMD, SKID-II, CGI, Keller-Rating, PFB, MP-T, Perceived Criticism und Terman Item	BDI, PFB, Perceived Criticism und Terman Item

T1 entspricht der 1. klinischen Untersuchung zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Indexepisode. Danach wurden in dreimonatigen Abständen 2 Jahre lang (bis T9) weitere Haupt- und Zwischenuntersuchungen durchgeführt. Nach 9-10 Jahren erfolgte die Katamneseuntersuchung als Abschlußuntersuchung. Weiterhin gehört zum Untersuchungsplan eine Kontrollgruppe mit N=37 Personen, bei welchen der HAMD, der BDI und der CGI erhoben wurden.

4.2 Die Stichprobe

Im Heidelberger Depressionsprojekt, welches als 10-Jahres-Katamnese studie für Prädiktionsfaktoren konzipiert war, fanden insgesamt n=50 endogen depressive Patienten/innen und ihre Partner Eingang, welche zwischen 25-63 (M=44,7) Jahre alt waren, sowie n=26 gesunde Kontrollpersonen. Alle Studienteilnehmer lebten zum Zeitpunkt der Indexepisode in einer festen Partnerschaft oder Ehe. Insgesamt gab es n=33 weibliche und n=17 männliche Personen in der Experimentalgruppe. Die Drop-Out-Quote lag bei 28% mit 14 Patienten. Als Gründe für die Beendigung einer weiteren Teilnahme an dieser Studie wurde eine hohe, vor allem zeitliche Belastung angegeben. Außerdem gab es Ausfälle durch Partnerschaftsprobleme oder Diagnosewechsel [6]. Darüberhinaus mußten die Kriterien für endogene Depression nach ICD-9 (8). bzw. DSM-III-R im SKID-10 für Major Depression zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik erfüllt sein. Ausschlußkriterien für die Aufnahme in diese Studie waren Chronizität über mehr als 2 Jahre, Dysthymie (double depression) im Sinne eines schleichenden Beginns der Erkrankung über mehr als 1 Jahr, Bipolarstörung, Suchtmittelmißbrauch, Komorbidität mit organischen Krankheiten und bipolare affektive Störungen. Außerdem sollten nur solche Paare (in eheähnlichen Beziehungen lebend)

teilnehmend, bei denen beide Partner mit der Teilnahme einverstanden waren. Im Laufe der Studie schieden 15 Patienten aus der Verlaufsuntersuchung bereits während der Erhebung zum Zeitpunkt der Indexepisode aus, eine weitere Patientin zum Katamnesezeitpunkt (Drop-outs). Eine Indexepisode ist die depressive Episode, in der die EE-Studie bei einem bestimmten Patienten begonnen hatte.

Die Kontrollgruppe setzte sich aus n=13 weiblichen und n=13 männlichen Personen mit einem Alter zwischen 32-58 (M=43,5) Jahren zusammen. Einschlusskriterium für die Aufnahme in die Kontrollgruppe waren das Nichtvorhandensein einer psychischen Störung nach DSM-III-R und BDI-Werte unter 12 Punkte (M=3,34, Range: 0-11 Punkte).

4.3 Erhebungsinstrumente

Im Rahmen dieser Diplomarbeit bezüglich der Katamnese studie bei Major Depression wurden die Interviewverfahren Keller-Rating, SKID II, HAMD, FMSS und CGI ausgewertet, sowie die Fragebögen BDI, MP-T, PFB, MEL, sowie das Terman Item und der Perceived Criticism Index, das Multiphasic Personality Inventory MMPI (Kurzform von Gehring & Blaser) und das Maudsley Personality Inventory MPI (Eysenck, 1959) zur Erhebung von Persönlichkeitsmerkmalen. Im folgenden werden nun die in dieser Diplomarbeit mit eingegangenen Instrumente dargestellt.

Die Reliabilitäten aller im Folgenden aufgeführten Fragebögen und Interviewverfahren können insgesamt alle als zufriedenstellend betrachtet werden.

Die Münchner Ereignisliste MEL

Die MEL ist ein Inventar zur retrospektiven Erfassung von Lebensereignissen und Lebensbedingungen und umfaßt 85 ausformulierte Items. Damit sollen Zusammenhänge zwischen lebensverändernden Ereignissen und dem Beginn von psychischen oder körperlichen Erkrankungen aufgedeckt werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Konfrontation mit einer kritischen Anzahl bedeutsamer Lebensereignisse, bzw. einem extrem belastenden Lebensereignis innerhalb eines Zeitraumes zum Ausbruch bzw. Wiederauftreten einer physischen oder somatischen Krankheit führen kann. Dabei werden sowohl positive protektive als auch negative belastende Lebensereignisse berücksichtigt. Dabei werden auf einer 5-stufigen Skala das Ausmaß der Belastung zwischen „nicht belastend“ und „extrem belastend“ eingeschätzt. Dazu soll die eher unspezifische affektive Komponente durch ein 5-

stufiges Rating von „sehr positiv“ nach „sehr negativ“ mit einer neutralen Mitte beurteilt werden [67]

Beck Depressionsinventar BDI

Das Beck Depressionsinventar [19] ist eines der meistverwendeten unidimensionalen Instrumente zur Selbsteinschätzung der Intensität depressiver Symptomatik (BDI, Beck et al., 1979/1986, Hautzinger, 1991) bei Erwachsenen. Der BDI wurde ursprünglich als Fremdrating-Instrument zur Erfassung von Verhaltensaspekten von Depressionen entworfen, wurde aber sehr bald zu einem Selbstbeurteilungsinstrument umgeformt. Dabei werden 21 depressionstypische Symptome und Einstellungen ohne ätiologische Prämissen im Hintergrund erfaßt und damit 6 der 9 DSM-III-Kriterien für Depressionen vollständig und 2 teilweise erfaßt.

Der Gesamtwert für die Schwere der Depression ergibt sich durch Addition der einzelnen Item-Scores. Ab 11 Punkte wird eine leichte, ab 27 Punkte eine schwere Depression (von maximal 63 Punkten) angenommen. Der mögliche Maximalwert beträgt für den Gesamtwert 64, für die 21 Einzelitems jeweils 3 und für das Zusatzitem 19b 1 Punkt.

Klinisch strukturiertes diagnostisches Interview SKID-II

Das SKID-II [35] ist die Weiterentwicklung des SKID-I und basiert auf dem DSM-III. Es ermöglicht die Bestimmung von 43 wesentlichen diagnostischen Hauptklassen der Achse I von DSM-III-R, sowie die Einschätzung von Schweregrad und Verlaufsscharakteristika.

HAMD

Beim HAMD [43] handelt es sich um eine Fremdbeurteilungsskala als Expertenrating zur quantifizierten Beurteilung depressiver Patienten, die auf berichtetem Erleben der Patienten, berichtetem oder beobachtetem Verhalten, sowie unsystematischer Verhaltensbeobachtung im klinischen Interview beruhen. Der Hamilton-Depressions-Fragebogen wird explizit nur bezüglich letzten 1-2 Wochen angewandt. Dieses Instrument besteht aus 21 Items, von denen 17 Items zur Bildung des Depressions-Gesamtwertes verwendet werden (Hamilton, 1986), so daß daraus ein Maximalwert von 52 resultiert. Die Items befassen sich mit psychologischen und physischen Symptomen der Depression. Einige Items werden auf einer dreistufigen Skala, andere auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt. Gesamtwerte von bis zu 6 Punkten weisen auf Normalität hin, Werte von 7 und 17 Punkten auf milde Depression, von 18-24

Punkten (von maximal 67 Punkten) auf mäßige Depression und Werte von 25 Punkten und mehr auf eine schwere Depression. Der Summenwert des HAMD Fragebogens hat insofern große klinische Bedeutung, als die Therapieresponse neben der "Clinical Global Impression"-Skala sehr oft auch über diesen Summenscore operationalisiert wird. Mittels des HAMD lassen sich 3 Outcome-Kriterien operationalisieren: Suizidversuch, Therapieresponse (HAMD-Gesamtscore $< 50\%$ im Vergleich zur ersten Untersuchung) und die Remissionsdefinitionen des DSM-IV. Ist dieser Gesamtwert < 15 , liegt eine Teilremission vor, ist er < 8 , eine Vollremission. Klinisch positiv ist eine Reduktion von über 50% im HAMD Gesamtscore.

Keller-Rating

Das Keller-Rating wurde zur Verlaufsbeschreibung und retrospektiven Erhebung des depressiven Zustandsbildes im Katamnesezeitraum eingesetzt. In Abwandlung vom LIFE [106] wurden in der inoffiziellen deutschen hier verwendeten Version jedoch die Erhebungszeiträume auf monatliche Intervalle verkürzt. Dabei soll der Patient auf einer 6-stufigen Skala angeben, wie sein psychischer Zustand hinsichtlich seiner depressiven Erkrankung in den vergangenen Monaten bzw. Jahren war. Das Keller-Rating ist angelehnt an die DSM-IV – Definition der Major Depression, dürfte jedoch für länger zurückliegende Erhebungszeiträume weniger reliabel sein.

Als schwere Depression wird hier ein Keller-Rating –Score von 5 oder 6 und als subsyndromale Depression einer von 3 oder 4 betrachtet.

FMSS

Beim Five Minute Speech Sample [64] handelt es sich um einen Verhaltenstest, bei dem eine wichtige Bezugsperson aufgefordert wird, fünf Minuten über den Patienten zu reden, d.h. zu beschreiben, was er für ein Mensch sei und wie er mit ihm zurechtkommt. EE-Werte wurden nur zu Beginn erhoben, vor allem wegen des erhöhten Aufwandes, da hierzu die nahestehenden Angehörigen miteinbestellt und befragt werden müssen. Da keine Familientherapie mit den Angehörigen stattgefunden hatte, wird davon ausgegangen, daß sich deren Interaktionsstile nicht wesentlich geändert hatten. Beim Erheben des "Expressed-Emotion"-Indexes mit dem FMSS von Magana et al. (1986), bzw. der deutschen Fassung von Stark&Buchkremer (1992) werden die Partner des Patienten gebeten, 5 Minuten lang über den Patienten und die Beziehung zu ihm zu sprechen [34, 65], was mittels Tonband aufgezeichnet

und von geschulten Ratern ausgewertet wird. Aus den ausgewerteten Tonbandaufzeichnungen lassen sich weitere Merkmale der "Expressed Emotions" ableiten, wie emotionales Überengagement und Kritik des Angehörigen am Patienten, wozu auch verdeckt geäußerte Kritik am Angehörigen gezählt wurde (heidelberger Kriterium - Variable "Kritik Schwach") [61]. Der EE-Index besteht aus 2 Kategorien - hoch und niedrig - wobei die Zuordnung zu diesen Kategorien aufgrund einer Frequenzanalyse der geäußerten Kritik vom Partner am Patienten mit einer nachfolgenden Einschätzung des Ausmaßes der "emotionalen Überinvolviertheit" [72]. Weiterhin erhoben, bzw. aus dem EE-Index abgeleitet wurden die Variablen Expressed Emotions neuer Modus, Kritik stark (open), Kritik schwach (covert), Tonfall der Kritik und Beziehung, d.h. ob der Befragte die Beziehung als neutral, positiv oder negativ bewertet. Über die prädiktive Validität des FMSS liegen bisher nur wenige Studien vor. Insgesamt können nach dem bisherigen Forschungsstand noch keine eindeutigen Aussagen über die prädiktive Validität des FMSS gemacht werden.

Partnerschaftsfragebogen PFB

Dieser Fragebogen dient zur Feststellung der Ehequalität. Ermittelt werden die individuellen Werte auf den Subskalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeiten/Kommunikation, mit je 10 Items und auch auf einer Gesamtskala. Der Befragte soll darin die Auftretenshäufigkeit bestimmter Verhaltensweisen seines Partners auf einer 4-stufigen Antwortskala angeben (Hahlweg, 1996) [40]. Die Skala „Gemeinsamkeit / Kommunikation“ beschreibt gemeinsame Aktivitäten des Paares und erfaßt auch kommunikative Aspekte. „Streitverhalten“ beinhaltet Verhaltensweisen während eines Konfliktes oder Streites, die nicht seiner Lösung dienen, wie z. B. Anschreien des Partners. Bei der Skala „Streitverhalten“ weisen hohe Werte auf besondere negative Verhaltensweisen während eines Streites hin, bei der Skala „Gemeinsamkeiten/Kommunikation“ hingegen auf besonders positives Interaktionsverhalten des Partners. Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 30, die Werte der jeweiligen Subskalen und der der Einzelitems zwischen 0 und 3.

Münchener Persönlichkeitstest MPT

Der MPT [93] läßt die Überprüfung der kombinierten Effekte von Langzeitmedikation und psychotherapeutischer Effekte zu. Dies geschieht auf den Subskalen Extraversion, Neurotizismus, Frustrationstoleranz, Rigidity, Isolationstendenz, Esoterische Neigungen, Normorientiertheit, Motivation, Schizoidie. Die Werte auf der Extraversions- und die

Neurotizismus- Subskala können maximal 30 betragen. Maximal 24 Punkte können auf der Rigiditäts-Subskala erreicht werden. Maximal 18 Punkte werden auf den Subskalen Frustration und Normorientiertheit erzielt. Die Subskala Isolation kann maximal 15 Punkte aufweisen und die Subskalen Esoterische Neigungen und Motivation maximal 9 Punkte. Die Subskala Schizoidie setzt sich additiv aus den Subskalen Esoterische Neigung und Isolationstendenz zusammen und kann daher maximal 24 Punkte umfassen.

Clinical Global Impressions CGI

Die Clinical Global Impression stellen ein weitverbreitetes klinisches Rating zur Schweregradbeurteilung psychiatrischer Störungen dar. Dieses Kriterium ist leicht zu erheben und wurde in zahlreichen anderen Studien eingesetzt. Das CGI besteht aus insgesamt zwei Items: Schweregrad der Erkrankung und die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung. Beim ersten CGI-Item soll der klinische Gesamteindruck des Patienten von 'Patient ist überhaupt nicht krank', beim zweiten CGI-Item wird die Verbesserung des Zustandes von dem Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung aus der Klinik von 'Zustand ist sehr viel besser' bis 'Zustand ist sehr viel schlechter' eingeschätzt. Jedes Item wird getrennt ausgewertet [23].

Terman Item und Perceived Criticism Index

Als Validierungskriterien werden zwei Maße der globalen Beziehungszufriedenheit verwendet: Zum einen das Terman-Item des Eheglücks (Terman 1938), das trotz seiner einfachen Struktur hohe Korrelationen mit den meisten anderen Skalen zur Bestimmung der Partnerschaftsqualität aufweist, und zum anderen der Perceived-Criticism-Index von Hooley und Teasdale (1989). Das Kriterium der wahrgenommenen Kritik leitet sich aus der Expressed-Emotion-Forschung ab und gibt das Ausmaß an, in dem ein Partner sich vom anderen kritisiert fühlt.

Die Skala des Terman-Items reicht vom Wert 0 für "sehr unglücklich" bis zum Wert 5 für "sehr glücklich". Der Index der wahrgenommenen Kritik ("Perceived-Criticism-Index") von Hooley und Teasdale (1989) gibt das Ausmaß wieder, mit dem ein Patient, bzw. sein Partner wahrnimmt, daß er von seinem Partner kritisiert wurde. Gemessen wird dieser Index auf einer 10-stufigen Skala (von Wert 1 = "überhaupt nicht" bis Wert 10 = "sehr stark"), auf welcher der Befragte angibt, wie sehr er meint, in der Partnerschaft durch den Partner kritisiert gewesen zu sein [48].

Die Münchner Ereignisliste MEL

Dieser Fragebogen dient zur Erfassung verschiedener Aspekte kritischer Lebensereignisse (Maier-Diewald et al. 1983) und zwar hinsichtlich der Art und Anzahl lebensverändernder Ereignisse und ihre subjektive Bedeutung. Lebensverändernde Ereignisse umfassen dabei u.a. aktuelle Ereignisse, wie z. B. Todesfälle. Der Patient beurteilt dabei 73 vorgegebene kritische Lebensereignisse und länger andauernde Lebensbedingungen danach, ob sie in einem zu bestimmenden zurückliegenden Zeitraum von 3 Monaten aufgetreten sind oder nicht. 3 Monate beträgt in dieser Studie der Abstand zwischen den Haupt- und Zwischenuntersuchungen. Der Patient soll sich bei seiner Beurteilung darauf beziehen, wie er beim Eintreten des Ereignisses empfunden hat. Die Items des MEL wurden im Rahmen dieser Diplomarbeit inhaltlich zusammengefaßt, so daß jede Subskala eine Kategorie an Ereignissen, z. B. Ausbildung oder Gesundheitliches, repräsentiert.

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Saarbrücken

Das Verfahren besteht aus Feststellungen, die sich vor allem auf psychopathologische, psychosomatische und sozialpsychologische Bereiche beziehen. Verwendet wurden 13 von 14 Standardskalen (3 von 4 Validitätsskalen und 10 klinische Skalen). Die Validitätsskalen (Lügenskala, Validitätsskala, Korrekturskala und Auslassungen) geben Aufschluß über die Interpretierbarkeit der erhobenen Daten. Die klinischen Skalen (Hypochondrie, Depression, Konversionshysterie, Psychopathie, Maskulinität-Femininität, Paranoia, Psychasthenie, Schizophrenie, Hypomanie und Soziale Introversion) dienen zur Klärung psychopathologischer Fragestellungen und orientieren sich vor allem an Kraepelins Klassifikationssystem psychiatrischer Erkrankungen.

Dabei bilden 566 Items mehrere Skalen unter Itemoverlap. Im Rahmen dieser Studie wurden nur die klinischen Skalen berücksichtigt, sowie zusätzliche Speziaskalen, die sich in der Auswertungspraxis bewährt haben. Die Verwendung der Speziaskalen (Validitäts- Lügen- und Unterdrückungsskala) wird allerdings nur zu experimentellen Zwecken empfohlen. In der Literatur werden die Split-Half-Koeffizienten der 14 Standardskalen mit .53 bis .73 angegeben. Die Retest-Koeffizienten liegen zwischen .57 und .80 (Test-Retest-Intervall: 10 Tage) bzw. zwischen .39 und .71 (Intervall: 6 Monate).

Mit Hilfe des MMPI-Profiles konnten in 73 % der Fälle Neurotiker von Psychotikern richtig unterschieden werden. Sehr gut differenzieren einige für die Delinquenzdiagnostik

konstruierte Skalen (bei diskriminanzanalytischer Prüfung wurden zwischen 90 und 95 % aller Probanden richtig klassifiziert) [44].

Das Maudsley Personality Inventory MPI

Das MPI (Eysenck, 1958) ist ein Meßinstrument für 2 wichtige Dimensionen der Persönlichkeit auf den Skalen Introversion / Extraversion und Neurotizismus, die auch in der Auswertung verwendet wurden. Der Fragebogen selbst ist mit 48 Fragen relativ kurz und kann sowohl für normale als auch neurotische Personen verwendet werden. Intelligenz und soziale Herkunft spielen für die Ausprägungen auf den beiden Dimensionen keine große Rolle.

Allgemein gilt ein hoher Neurotizismus als prognostisch ungünstig für den Verlauf einer Depression [31].

4.3.1 Erhebungsinstrumente - Patient:

Patientendaten wurden mit den Erhebungsinstrumenten BDI, MP-T, PFB, sowie mit den Interviewbögen HAMD und dem Keller-Rating erhoben. Weiterhin wurden Werte zur SKID-II-Diagnose, dem „Clinical Global Change“ CGI mit seinen beiden Variablen, dem Schweregrad der Erkrankung, als auch dem Veränderungsgrad, der „Perceived Criticism“ und dem „Terman-Item“, sowie auch zu verschiedenen soziodemographischen Variablen ermittelt.

Die Feststellung des Grades der Depressivität erfolgte über die Fremdeinschätzung mit der Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) und über eine Selbsteinschätzung anhand des Beck-Depressionsinventares (BDI), sowie zum Beginn der Studie noch zur Messung der "Expressed Emotions" das FMSS. Chronizität liegt vor, wenn die depressive Symptomatik bei einem Keller-Rting-Wert von mindestens 5 über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr kontinuierlich vorhanden ist. Als depressives Rezidiv wird das Wiederauftreten einer depressiven Symptomatik nach festgestellter Therapieresponse angesehen.

4.3.2 Erhebungsinstrumente - Partner:

Bei den Angehörigen, bzw. den Partnern der Patienten wurden Werte zu „Perceived Criticism“, dem „Terman-Item“ und mit den Instrumenten PFB und BDI ermittelt.

4.4 Prädiktoren

Die in der Literatur für die Beschreibung von Verlaufsstudien genannten ausgewählten Variablen waren z. B. Akuität, Asthenie, Anzahl der vorangegangenen Episoden, Selbstkonzept, Selbstachtung und soziale Kompetenz, Alter, Psychasthenie. Angst et al. (1986) berichten, daß die Variablen Persönlichkeit und der Verlauf vor Aufnahme in diese Studie die besten Verlaufsprädiktoren sind. Dies gilt vor allem für die Rückfallneigung. Der Schweregrad der Erkrankung korreliert nicht sicher mit der Remissionswahrscheinlichkeit [6]. Allgemein ist die Prädiktionskraft von psychosozialen Faktoren eher inkonsistent [1 S. 30]. Besonders wünschenswert wären Prädiktoren, die eine Vorhersagemöglichkeit über einen längeren Vorhersagezeitraum zulassen. Einige Autoren meinen, daß jüngere Patienten ein höheres Rezidivrisiko als ältere Patienten hätten [24]. Andere Befunde hingegen finden eine positive Korrelation zwischen höherer Rezidivwahrscheinlichkeit bzw. kürzeren Episodenabständen mit einem späteren Erkrankungsalter [10]. Weiterhin wurde gefunden, daß sich Patienten mit einer weniger schweren Depression rascher bessern als solche mit einem Vollbild einer Major Depression [38]. Für den Langzeitverlauf wurden psychotische Depressionen, sowie Major Depressionen vom melancholischen Subtypus mit hohen Neurotizismuswerten als prognostisch ungünstige Variablen im Hinblick auf die Entwicklung eines chronischen Verlaufes beschrieben [29, 40, 117]. Keller&Hanks (1994) benennen als für diese Arbeit relevante Risikofaktoren für depressive Rezidive familiäre Belastung mit affektiven Erkrankungen in der Familie, Komorbidität mit Dysthymie oder Panikstörungen, mindestens 3 depressive Episoden, niedrige Compliance bezüglich Pharmako- und Psychotherapie [41]. Angst et al. (1997) nennen als wichtigen Prädiktor weiterhin das Vorliegen von depressiven Symptomen, die noch nicht die Schwelle überschritten haben, die zu einer Klassifikation einer depressiven Erkrankung geführt haben, wobei dies logischerweise nicht für die Prädiktion von depressiven Erkrankungen gelten kann, die nur mit 1 depressiven Episode einhergehen [15]. Prädiktiv ist vor allem die Symptomatik bei der Klinikentlassung, die aber natürlich schon eine Information über den Krankheitsverlauf in sich trägt [6]. Faravelli et al. (1984) fanden einen prädiktiven Wert für Residualsymptome für Faktoren wie Arbeit, Familie, Bekannte und Sozialkontakte hinsichtlich der Rückfallwahrscheinlichkeit für das 1. Jahr nach Entlassung [32].

Die in dieser Arbeit verwendeten Prädiktorvariablen sind unter anderem Ehezufriedenheit, Alter, Beruf, Anzahl der bisherigen Episoden, verschiedene Persönlichkeitsfaktoren und klinische Variablen.

4.5 Datenanalyse-statistische Verfahren

Alle statistischen Auswertungen wurden mit der Computer-Software SAS Version 6.10 (SAS Institute INC. 1990) durchgeführt.

4.5.1 Univariate Analyseverfahren

Für die statistische Überprüfung der formulierten Hypothesen und zur Durchführung explorativer Testungen wurden Unterschiedshypothesen mit Hilfe des T-Testes und Zusammenhangshypothesen mit der Korrelationsanalyse getestet, wenn nicht anders erwähnt, bei Konfidenzintervallen von 99% zum Ausgleich von kumulativen Fehlereffekten bei multiplen Testungen. Häufigkeiten kleiner als fünf wurden nicht berücksichtigt werden, da sonst die errechneten statistischen Werte nicht valide sind, ebenso nicht, wenn der Anteil an "missing values" über 20% liegt. In diesen Fällen müßte zusätzlich Fisher's exakter Test verwendet werden, worauf hier aber angesichts der Vielzahl an getätigten Auswertungen in den meisten Fällen verzichtet wurde. Mit den Cochran-Mantel-Haenzel-Statistiken (beide gut für kleinere Stichproben), welche auf hypergeometrischen Verteilungen und festen Randgesamtsummen basieren, lassen auch Korrelationskoeffizienten mit Daten zu errechnen, die nicht die Voraussetzung im Skalenniveau für andere SAS-Prozeduren, wie Proc Corr oder Proc Anova erfüllen. Der Spearman Korrelationskoeffizient basiert dabei auf internen Rangreihen

4.5.2 Multivariate Analyseverfahren

Als multivariate Analysen wurden Panelanalysen mit den SAS-Prozeduren TSCSREG (SAS/ETS), sowie Survivalanalysen mit Proc Lifetest und Proc Phreg (SAS/STAT) durchgeführt, sowie mit selbstkreierten Auswertungsprogrammen zur Auswertung des Keller-Ratings und der MEL.

A: Panelanalyse (time series cross sectional regression)

Mit „Time series cross section regression“ (SAS/ETS-Prozedur Proc Tscsreg) lassen sich Paneldaten analysieren. Paneldaten sind eine Kombination aus Zeitreihendaten und querschnittlich erhobenen Daten, wie die Daten dieser Verlaufsstudie. Paneluntersuchungen, wie die hier vorliegenden bestehen aus mindestens 2 gleichen Untersuchungseinheiten, im vorliegendem Falle 6 bzw. 10 Längsschnittuntersuchungen, was für eine der denkbaren

Zeitreihenanalysen viel zu wenige Längsschnittuntersuchungen wären, in denen die gleichen Merkmale bzw. Variablen erhoben werden. Ziel von Panelanalysen ist allgemein die Erforschung von Wandlungsvorgängen [80]. Einflußfaktoren, die eine Veränderung von Merkmalen einzelner Untersuchungseinheiten (Patienten) erklären könnten sind entweder konstante (wie z. B. Bildung, Geschlecht), intermittierende (Ereignisse, die sich zwischen den Untersuchungszeitpunkten ereignen, wie z. B. Life-Events) oder kovariierende Einflussfaktoren (dies sind Faktoren, die sich gegenseitig bedingen, indem sie miteinander interagieren). Panelanalysen, wie die hier von mir durchgeführten, erlauben also hypothetische Kausalmodelle mit Zeiteffekten zu überprüfen. Als allgemeine methodische Probleme bei Paneluntersuchungen seien hier die Lerneffekte (Panel-Effekte) mit der Untersuchungssituation, diese auch im Sinne von soziale Erwünschtheit und dem sog. Rosenthal-Effekt erwähnt.

Mit „time series cross section regressions“ lassen sich im Allgemeinen Varianzkomponenten (Fuller und Bateese-Methode), autoregressive Effekte (Parks-Methode) und „moving average“-Effekte (Da Silva-Methode) ermitteln. Da die dieser Untersuchung vorliegenden Daten unbalanciert sind, läßt sich leider nur die sog. RANTWO-Methode anwenden (SAS/ETS, Version 6, 2. Ed., SAS-Institut, 1995), deren Voraussetzungen geringer sind. So erwartet diese Methode z. B. nicht die gleiche Anzahl an Observationen pro Zeiteinheit. Die RANTWO-Methode ist im Prinzip eine 2-way- random effect – Regression und in ihrem Varianz-Komponenten-Modell eine ähnliche Fehlerstruktur hat, wie die Fuller und Bateese (variance component model)-Methode. Hierbei werden die Varianzkomponenten mit der „fitting of constants“- Methode und die Schätzer der Regressionsparameter mit der allgemeinen „Least Squares“-Methode geschätzt.

In der Panelanalyse läßt sich auch der sogenannte Hausmann-Test durchführen, welcher die Daten daraufhin testet, ob diese eher einem fixed oder random effect Modell entsprechen, d.h. es wird auf Orthogonalität der random –effects mit den Regressoren getestet. Da Mundlak (1978) ohnehin argumentiert, Paneldaten immer als "random" zu behandeln und „fixed-effects“ nur als konditionale Effekte interpretiert, wurde also, wie oben schon erwähnt, die RANTWO-Methode als Methode der Wahl verwendet. Allgemein unterscheidet sich die RANTWO-Methode in einer Panelanalyse von herkömmlichen Regressionsanalysen darin, daß der Regressionsgleichung in einer Panelanalyse noch ein Zeitterm additiv hinzugefügt ist, der die Varianz enthält, welche zulasten der Zeitvariablen geht. Der T-Wert in der Panelanalyse bezieht sich auf die Nullhypothese, daß der Regressionskoeffizient, der die Art

der Beziehung zwischen den Variablen spezifiziert, gleich 0 ist, wobei im SAS die Alternativhypothese getestet wird. Der Determinationskoeffizient gibt dabei den Anteil der durch den Regressor determinierten Varianz an der totalen Varianz an und gilt als Maß für die Modellpassigkeit [38].

B: Survivalanalyse:

Mit Survivalanalysen läßt sich die Zeit bis zum Auftreten eines bestimmten Ereignisses messen (event-time), wie z. B. der Persistenz eines Symptomes oder dem Niveau eines bestimmten klinischen Scores (unabhängige Variable). Der Zweck von Survivalanalysen ist die Darstellung der zugrundeliegenden Verteilung der event-time Variablen und die mit dieser assoziierten Festsetzung der abhängigen Variablen. D.h., es lassen sich Unterschiede im zeitlichen Verlauf von klinischen Scores zweier oder mehrerer Subgruppen darstellen. Zu beachten ist hierbei in der vorliegenden Auswertung, dass sog. „right-censored“ Daten vorliegen, d.h., es gehen immer einige der Beobachtungseinheiten im Laufe der Untersuchungszeit verloren, z. B. durch Wegzug oder Verweigerung an weiterer Untersuchungsteilnahme, so dass hierbei bestenfalls die untere Grenze des Auftretens eines Merkmals (Symptom) bekannt ist.

Bei der Survivalanalyse unterscheidet man verschiedene Funktionen:

a) Die kumulative Verteilungsfunktion ist eine kontinuierliche Funktion und dabei das Integral aus der Probability-Funktion. Die Wahrscheinlichkeitsdichtefunktion beschreibt die kontinuierliche Verteilung einer Zufallsvariable. Dabei hat jede Zufallsvariable ihre eigene kontinuierliche Verteilungsfunktion, welche sich als Areal unter der entsprechenden Kurve darstellt.

b) Die Survivalfunktion ist 1- der kumulativen Verteilungsfunktion. Sie bezeichnet die Wahrscheinlichkeit über den Zeitverlauf (Range von 0 bis 1), daß ein bestimmtes Ereignis noch nicht eingetreten ist, wie z. B. Symptommfreiheit oder Tod. Dabei beinhaltet der Kaplan-Meier-Schätz-Kennwert Informationen sowohl aus “censored”, d.h. durch z. B. Verweigerung weiterhin an der Studie teilzunehmen oder durch Wegzug aus der Studie ausgeschiedene Personen, als auch “uncensored” Daten.

Bei Survivalanalysen müssen 3 Möglichkeiten im Studienverlauf berücksichtigt werden: i) den Beginn einer Erkrankung, ii) den Beginn der Studie und iii) das Ende einer Beobachtung. Letzteres entweder durch das Studienende oder vorzeitiges Ausscheiden. Viele der Daten sind “left-censored”, d.h., wenn ein Ereignis wie ein Symptom bereits vor

Studienbeginn aufgetreten ist oder "right-censored", wenn das Studienende vor dem Eintreten eines Ereignisses auftritt.

Mit der Survivalanalyse werden Log-Rank-Statistik und der Wilcoxon-Test errechnet, die alle jeweils auf der Chi-Quadrat-Statistik beruhen, d.h. als Funktion der Abweichungen beobachteter von erwarteten Werten. Die Wilcoxon-Statistik unterscheidet sich von der Log-Rank-Statistik nur durch einen Faktor, der die gewichtete Summe der Abweichungen der beobachteten von den erwarteten Werten darstellt. Der Chi-Quadrat-Wert wird hierbei durch Quadrieren der Wilcoxon-Statistik für jede Gruppe und durch Teilen durch die geschätzte Varianz errechnet. Wenn die Nullhypothese, dass alle Gruppen die gleiche Survivalfunktion haben, zutrifft, dann hat die Teststatistik eine Chi-Quadrat-Verteilung mit einem Freiheitsgrad weniger, als die Anzahl der Gruppen der Stichprobe.

Jedoch müssen Ereignisse, die sich wiederholen können, in Survivalanalysen gesondert behandelt werden von Ereignissen, die nur einmal auftreten können, wie z. B. dem Tod, da eine Symptomfreiheit nicht als endgültig für die restliche Lebenszeit betrachtet werden kann, da ein Wiederauftreten einer Episode niemals auszuschließen ist. Für diesen Fall ist Proc Phreg die geeignetere Methode, da Proc Lifetest nur von einmaligen unwiderruflichen Ereignissen, wie z. B. dem Tod ausgeht, aber nicht die Rückfallwahrscheinlichkeit als wiederholbares Ereignis berücksichtigen kann. D.h. mit Proc Lifetest lassen sich keine Analysen von Intervallen rechnen, wohl aber mit Proc Phreg (Paul Allison S. 237 ff.) [2]. Da die Analyse mit diesem Modell den grössten Allgemeinheitsanspruch hat, wird es in dieser Diplomarbeit zusätzlich als Methode der Wahl verwendet. Proc Phreg ist die einzige Prozedur, die links- und intervallzensierte Daten verarbeiten kann [2]. Bei Proc Phreg wird das sog. Proportionale Hazard Modell von Cox gerechnet, welches das Risiko eines jeden Individuums als feste Proportion der Risiken der anderen Individuen ansieht, so daß die Risikokurven der Subgruppen parallel zueinander verlaufen. Die Statistik bei Proc Phreg ist der Wald Chi Square, welcher mit der Maximum Partial Likelihood-Methode errechnet wird und somit die positiven Eigenschaften der Maximum Likelihood-Schätzung aufweist, wie Konsistenz und asymptotische Normalverteiltheit ihrer Kennwerte. Der Chi-Square-Test ist der Wald-Test, welcher die Nullhypothese testet, daß der Schätzwert gleich Null ist und das Verhältnis jedes Koeffizienten mit seinem geschätzten Standardfehler darstellt. Weiterhin wird mit Proc Phreg der „Risk Ratio“ angegeben, welcher für dichotome Indikatorvariablen als geschätztes Risiko, berechnet als Verhältnis zwischen den Risiken einen Wert 1 oder von 0 zu haben, interpretiert werden kann und somit das Risiko dafür angibt, einen Wert von 1 zu

haben, im Verhältnis zu dem, einen Wert von 0 zu haben. Für quantitative Kovariaten wird empfohlen, die folgende Berechnung selber auszuführen: $100 * (\text{risk ratio} - 1)$. Somit läßt sich die Änderung des Risikos für jede Variablenausprägung (bei anderen Werten als nur 0 und 1) in der stratifizierenden Kovariaten berechnen [84].

4.6 Zusammenfassende Überlegungen zum Forschungsstand

Die Depression gilt nach den Herz-Kreislaufkrankungen weltweit als die Erkrankung, die mit den größten Beeinträchtigungen für die Betroffenen einhergeht. Die sich hieraus ergebende gesundheitsökonomische Bedeutung dieser Erkrankung vor allem durch Sekundärfolgen wie Abwesenheit vom Arbeitsplatz und Frühberentung ist enorm groß. Außerdem geht die Depression mit der höchsten Selbsttötungsrate unter allen psychiatrischen Krankheitsbildern einher. Auf der anderen Seite zählt die Depression mit Erfolgsraten in der Akutbehandlung von 80-90% heutzutage zu den gut behandelbaren Erkrankungen. Hauptursachen für dieses Missverhältnis zwischen den Ergebnissen epidemiologischer und klinischer Studien sind zum einen, daß Depressionen häufig nicht erkannt und behandelt werden, und zum anderen, dass es nach der Gesundung häufig zu Rückfällen kommt. Von besonderer Bedeutung sind deshalb Studien, welche Faktoren identifizieren, die mit Chronifizierung und Rückfällen einhergehen.

Allgemein werden depressive Störungen, bzw. Episoden durch eine Vielzahl sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren ausgelöst bzw. beeinflusst, die in vielfältiger Weise zusammenwirken, wenngleich keine einheitliche und allgemein anerkannte Theorie zu Ätiologie und Genese der Erkrankung vorliegt. Zahlreiche Studien konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen, Lebensbedingungen, Persönlichkeitsfaktoren und der Depression nachweisen, wobei einige Ergebnisse aber inkonsistent erscheinen. Kenntnisse über die Prognose sind wichtig für praktische therapeutische Entscheidungen. Weiterhin sind Verlaufsunterschiede ein wichtiges Validierungskriterium für die Diagnostik. Die Major Depression, die in dieser Studie evaluiert wird, ist durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression, d.h. mindestens 2 Wochen mit depressiver Verstimmung oder Interessenverlust, sowie zusätzlich mindestens 4 Symptome der Major Depression gekennzeichnet. Der Langzeitverlauf kann ein saisonales Muster oder eines mit Rapid Cycling aufweisen. Vor allem die letzte affektive Episode wird beschrieben als leicht, schwer oder mittelschwer oder als mit/ohne psychotische Merkmale, teilremittiert, vollremittiert oder

chronisch, sowie mit katatonen, melancholischen, atypischen Merkmalen oder mit postpartalem Beginn. Patienten haben definitionsgemäß dann einen Rückfall, wenn sie innerhalb des ersten und/oder zweiten Jahres nach der Erstuntersuchung (Klinikentlassung) folgende Kriterien erfüllen: stationäre Wiederaufnahme bei depressiver Hauptsymptomatik (mindestens 24 Stunden auch bereits kurze Zeit nach Klinikentlassung) oder vorliegender Suizidversuch bzw. parasuizidale Geste oder ausgeprägte Symptomatik während einer der vierteljährlich stattfindenden Nachuntersuchungen im 2-Jahreszeitraum. Eine ausgeprägte Symptomatik wurde als Rückfallkriterium gewertet, wenn eines oder mehrere der nachfolgenden Kriterien auf die Patienten zutraf: (a) der BDI- oder Hamilton-Wert der Depression ist jeweils höher als 20 oder (b) Erfüllen der Diagnose für Major Depression nach DSM-III-R [33 S.5].

Bei der Interpretation der EE-bezogenen Ergebnisse ist zu bedenken, daß sich die Anzahl der kritischen Kommentare während einer Remission der depressiven Symptomatik im Mittel statistisch signifikant verringert und sich 44% der Angehörigen überhaupt nicht mehr kritisch äußern [58 S.376]. Weiterhin gibt es also Hinweise dafür, daß depressive Patienten im Vergleich zu ihren Angehörigen nicht selten als high-EE indiziert werden [58 S. 377]. Prinzipiell wurde von Hayhurst et al. (1999) bestätigt, daß Patienten, die wieder völlig geheilt sind, Partner hatten, die konsistent unkritisch waren. Es fand sich ein schwacher Zusammenhang zwischen der Anzahl der kritischen Äußerungen und der Krankheitsdauer und, sowie ein schwacher negativer Zusammenhang mit der ehelichen Anpassung. Wurde eine Verbesserung der Krankheit festgestellt, so ging diese signifikant mit einer Verringerung der Anzahl der kritischen Äußerungen einher. Patienten mit konsistent kritischen Angehörigen hatten hingegen einen höheren Hamilton-Score, als Patienten mit weniger konsistent kritischen Angehörigen, so daß ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen einer andauernden Kritik der Angehörigen und dem Ausbleiben der vollen Heilung festgestellt werden konnte. Entsprechend wurden in der nichtremittierten Patientengruppe signifikant weniger Gespräche während einer Kommunikation festgestellt, als in der remittierten Patientengruppe. Signifikante Zusammenhänge zwischen selbsteingeschätzter Depressionstiefe und ehelicher Anpassung sowie wahrgenommener emotionaler Familienatmosphäre wurden gefunden. Weiterhin fanden sie, daß das sozialkommunikative Verhalten Depressiver um ca. die Hälfte reduziert ist und sie weniger positive verbale Interaktionsbeiträge zeigen, das Verhalten der Sozialpartner weniger verstärken und der Interaktionsstil insgesamt wenig reziprok ist. Diese Kommunikations- und

Interaktionsmerkmale variieren in Abhängigkeit vom Intimitätsgrad in der Beziehung zum Partner und vom Grad der Strukturiertheit der Situation. Es gilt, daß Menschen mit eingegrenzten Interessen- und Lebensbereichen besonders depressionsgefährdet sind, da Veränderungen im Sinne von Strukturverlusten sie besonders treffen.

Neuere ätiologische Vorstellungen gehen von einem bio-psychozialem Modell, z. B. dem Diathese-Streß-Modell aus, bei dem insbesondere das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Determinanten bei psychischen Störungen betont wird (Bastine 1990) [18]. Ätiologische Faktoren sind dabei nicht notwendigerweise die gleichen Faktoren, wie die, die den Prozeß, der Depression hervorbringen oder aufrechterhalten.

Unter den Persönlichkeitsfaktoren verlängert Neurotizismus die Episodenlänge, während Optimismus diese zu verkürzen scheint (Kendler et al. 1997) [56]. Vor allem fanden sich bei Depressiven Autoaggression, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Neurotizismus, eine pessimistisch-vorwurfsvolle Haltung, Mangel an Initiative und gestörtes Erfolgsbewußtsein in stärkerem Maße als bei einer Kontrollgruppe. Außerdem konnten erhöhte Werte für Psychasthenie, Impulsivität, Schuldgefühle und Aggressionshemmungen festgestellt werden (s. Richter, 1995, S. 67) [124]. Eine sog. psychoreaktive Auslösung findet sich bei einem großen Teil der Depressionen. Kendler et al. (1997) fanden heraus, daß die folgenden Faktoren prädiktiv dafür sind, einen Einfluß auf die depressive Episodenlänge zu haben, nämlich neben dem Erkrankungsverlauf, dem Einkommen, soziale Unterstützung, elterliche Fürsorge oder Trennung von den Eltern, Persönlichkeitsfaktoren, Traumata und ernste Life Events für die frühe depressive Episode und der allgemeinen Gesundheit, der sozialen Unterstützung, Zwangssymptome, ernste Life Events für die späte depressive Episode und ein genetisches Risiko für affektive Störungen für den späteren Verlauf von depressiven Episoden. Depressive Störungen treten vor allem bei Personen auf, die sich von ihrem Partner getrennt haben, geschieden oder verwitwet sind und dies vor allem bei Frauen [30]. Personen, die während der letzten 5 Jahre mindestens 6 Monate lang arbeitslos waren, haben ein mindestens 3x höheres Risiko als andere, eine Episode einer Major Depression zu entwickeln. Kendler et al. (1997) fanden heraus, daß finanzielle Schwierigkeiten ein mittelstarker Prädiktor für die Zeit ist, in der eine depressive Episode abklingt, bzw. das umgekehrt, ein hohes Familieneinkommen eine depressive Episode verkürzt. Laux (2000) nennt Armut als weiteren wichtigen Risikofaktor bei der Auslösung von Depressionen, da hierbei meistens verschiedene interpersonale Faktoren erhöht sind [62]. Eine der wichtigsten Risikofaktoren für eine Major Depression scheint eine vorangegangene Angststörung zu sein. Kendler et al.

(1997) erwähnt ebenfalls, daß medizinische Probleme eher ein allgemein schlechteres Ergebnis des Depressionsverlaufes vorhersagt [15]. Es scheint, man kann es als erwiesen ansehen, daß Personen mit depressiven Symptomen (Judd et al. 1997) [51], bzw. mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung (Heerlein et al. 1998) [47] signifikant mehr Einbußen im sozialen Funktionieren haben, als Personen ohne depressive Symptome. Nach Laux (2000) scheinen Persönlichkeitsfaktoren einen unspezifischen Vulnerabilitätseffekt zu besitzen. Er erwähnt, daß Personen, die später eine Depression entwickeln, häufiger neurotische Züge, geringere emotionale Stabilität und größere interpersonale Abhängigkeit sowie Aggressivität zeigen [62]. Das einmalige Auftreten einer Major Depression stellt nicht die Regel dar. Nur etwa 2% der Betroffenen erkranken 1x in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Viel häufiger sind rezidivierende Depressionen, wobei die Hälfte der Patienten mehr als 3x in ihrem Leben erkranken [10].

5. Empirische Ergebnisse

5.1 Explorative Datenanalyse

5.1.1 Die Stichprobenbeschreibung

Bei der Studienabschlußuntersuchung gegen Ende des Katamnesezeitraumes wurden neben den soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, berufliche und familiäre Situation auch eine Vielzahl an klinischen Variablen mit dem HAMD, BDI, PFB, CGI, Keller-Rating, Terman-Item, Perceived Criticism und MPT bei den Patienten erhoben. Zum Zeitpunkt T1 wurden bereits die Angehörigen mit dem HAMD, BDI und PFB befragt, sowie eine Kontrollgruppe mit dem HAMD und BDI. Im Folgenden werden nun die Kennwerte dieser Meßwerte dargestellt.

5.1.1.1 Stichprobenbeschreibung der Patienten

5.1.1.1.1 Deskriptive Kennwerte soziodemographischer Variablen der

Katamnesedaten:

Die Patientenstichprobe bestand aus 33 Frauen (66%) und 17 Männer (34%), welche zusammen genommen im arithmetischen Mittel in der Abschlußuntersuchung ein **Alter** von 53.1 (Range 30-70 Jahre) hatten. Anzumerken ist hier, daß es sich bei diesen Altersangaben nicht um das Ersterkrankungsalter handelt, für das keine Daten im Rahmen dieser Diplomarbeit vorlagen. Acht Patienten machten keine Angabe zu ihrem **Familienstand** (16%), keiner von ihnen war noch ledig (0%), 3 von ihnen lebten mit einem Partner unverheiratet zusammen (6%), 35 waren verheiratet (70%), 1 war getrennt lebend (2%) und 3 geschieden (6%). Verwitwet war keiner der Patienten (0%). Dabei lebten 35 Patienten (70%) noch mit ihrem Partner zum Zeitpunkt des Studienbeginns zusammen, 5 Patienten (10%) hatten keinen Partner zum Zeitpunkt der Katamnese und 2 (4%) einen neuen Partner. Zur beruflichen Situation machten 8 Patienten (16%) keine Angabe, 11 Patienten (22%) waren vollzeitig berufstätig, 6 Patienten (12%) teilzeitig berufstätig, weitere 11 Patienten (22%) waren Hausfrau oder Hausmann (nicht berufstätig), 5 Patienten (10%) waren arbeitslos gemeldet, 6 Patienten (12%) waren bereits in Rente, 1 Patient (2%) in Frührente und 1 weiterer Patient (2%) anderweitig ohne berufliche Beschäftigung.

Tabelle 3: Deskriptive Kennwerte soziodemographischer Variablen der Katamnesedaten

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Geschlecht	50			
Weiblich	33			
Männlich	17			
Alter (mit Angabe)	48	53.1	9.89	30-70
Familienstand	50	3.1	0.62	2-5
Keine Angabe	7			
Ledig (1)	0			
Mit Partner lebend (2)	3			
Verheiratet (3)	35			
getrennt lebend (4)	2			
geschieden (5)	3			
verwitwet (6)	0			
Partnerschaftsstatus	50	1.21	0.52	1-3
Keine Angabe	8			
mit Partner von damals (1)	35			
ohne Partner (2)	5			
neuem Partner (3)	3			
Berufliche Situation	50			
Keine Angabe	8			
Berufstätig (Vollzeit)	11			
Berufstätig (Teilzeit)	6			
Berufstätig (gelegentlich)				
Mithelfender Familienangehöriger				
Hausfrau/Hausmann	11			
In Ausbildung/Umschulung				
Wehr-/Zivildienst/				
freiwilliges soziales Jahr				
arbeitslos gemeldet	5			
In Rente	6			
In Frührente	1			
Anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	1			

5.1.1.1.2 Deskriptive Kennwerte klinischer Variablen der Katamnesedaten

Mittels der „Clinical Global Impression“ wurde der **Schweregrad der Krankheit** erhoben. Dabei wurde festgestellt, daß 22 Patienten (44%) als überhaupt nicht krank, 6 Patienten (12%) als Grenzfall einer psychiatrischen Erkrankung und jeweils 2 als nur leicht krank und mäßig krank (4%) bezeichnet wurden. Bei 18 Patienten (36%) wurde keine Angabe zum Schweregrad der Krankheit gemacht. Bei 23 Patienten (46%) wurde die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung als „sehr viel besser“, bei 4 Patienten (8%) als „viel besser“, bei 3 Patienten (6%) als „nur wenig besser“, bei 1 Patient (2%) als „unverändert“ und bei 3 Patienten (6%) als „etwas schlechter“ beurteilt (s. Tabelle 4 im Anhang).

Beim Terman-Item und Perceived-Criticism-Index, mit denen die **globale Beziehungszufriedenheit** ermittelt werden sollte, wurde jeweils bei 18 Patienten keine Angabe gemacht (36%). Das arithmetische Mittel belief sich bei der Angabe zur Einschätzung der Kritikstärke des Partners auf 4.5 (Range: 0-10) und bei der Einschätzung des Glückes in der Partnerschaft durch den Patienten auf 3.16 (Range 0-5) (s. Tabelle 4 im Anhang).

Hinsichtlich der **SKID-II-Diagnosen** wurden zum Zeitpunkt des Abschlußinterviews bei 42 Patienten (84%) keine Diagnose mehr vergeben. Dabei handelt es sich bei 12 Patienten um Studienabbrecher. Von den verbleibenden 8 Patienten haben noch 4 Patienten eine Major Depression-Diagnose (8%), je 1 Patient (2%) eine rezidivierende depressive und zwanghafte Persönlichkeitsstörung und 2 Patienten (4%) eine narzißtische Persönlichkeitsstörung (s. Tabelle 4 im Anhang).

Psychotherapeutische Behandlung wurde für den Zeitpunkt der Abschlußuntersuchung von genau 15 Patienten angegeben (30%). 15 Patienten gaben an, keine Psychotherapie mehr zu erhalten (30%) und zu 20 Patienten (40%) wurde hierzu keine Angabe gemacht. Angaben über die Anzahl der erhaltenen Psychotherapiestunden wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt, da hierzu nur von 4 Patienten auswertbare Angaben vorlagen (s. Tabelle 4 im Anhang).

Hinsichtlich des **Entlassungsdatums aus der Indexepisode** gab es bei 12 Patienten keine Angaben. Hierbei handelt es sich um Drop-Out-Patienten, die vorzeitig die Teilnahme an der Depressions-Studie beendet hatten.

Von den restlichen 38 Patienten wurden 15 (30%) in den Monaten Januar bis März entlassen und nur 3 (6%) in den Monaten April bis Juni. 12 Patienten (24%) wurden in den Monaten Juli bis September aus der Indexepisode entlassen und 8 Patienten (16%) in den Monaten Oktober bis Dezember. Das heißt, daß 23 Patienten (46%) im Winter entlassen wurden und nur 15 Patienten (30%) im Sommer (s. Tabelle 4 im Anhang).

Die **Gesamtrückfalldauer** der von den Patienten selbst als Rückfälle bezeichneten und konkretisierten Zeiten (nicht die aus dem Keller-Rating ausgewerteten) des Katamnesezeit-

raumes, lag im arithmetischen Mittel bei 545.64 Tagen (Range: 29-2404 Tage). Bei Nicht-Rückfallpatienten bei 166.5 (Range: 29-425) und bei Rückfallpatienten bei 726.9 Tagen (Range: 152-2404 Tage). Hierbei wurde die Rückfalldauer aller vom Patienten als Rückfälle bezeichneten Zeiten aufaddiert. Nach Angaben der Patienten gab es in der retrospektiven Betrachtung maximal 9 Rückfälle, wobei 1 Patient insgesamt 9 Rückfälle aufwies, mit einer Episodendauer von 401 Tagen für den 9. Rückfall, ein weiterer Patient insgesamt 8 Rückfälle mit einer Episodendauer von 31 Tagen für den letzten Rückfall. Je 2 Patienten hatten 5, 6 und 7 Rückfälle mit im Mittel 45.5 Tagen für den 5. Rückfall (Range: 30-60 Tagen), 213.5 Tagen für den 6. Rückfall (Range: 30-396) und 260 Tagen für den 7. Rückfall (Range: 30-489). 5 Patienten hatten 4 Rückfälle mit im Mittel 45.5 Tagen für den 4. Rückfall (Range: 30-60), 6 Patienten hatten insgesamt 3 Rückfälle mit im Mittel 126,5 Tagen für den 3. Rückfall (Range: 30-243), 8 Patienten hatten hierbei 2 Rückfälle von 133.24 Tagen für den 2. Rückfall (Range: 30-516) und 11 Patienten gaben nur 1 Rückfall mit im Mittel 171,1 Tagen für den 1. Rückfall (Range: 29-487) an. Dabei gaben nur 5 Patienten (10%) eine Gesamtrückfallzeit über 1 Jahr und 38 Patienten (76%) Gesamtrückfallzeiten von unter 1 Jahr an. Zu 7 Patienten (14%) gab es hierzu keine auswertbaren Daten (s. Tabelle 5 im Anhang).

Betrachtet man das **Keller-Rating** hinsichtlich seiner Rohwerte, so kann man feststellen, daß im Mittel jeder Patient 32.11 mal einen Wert von 1 (altes Selbst) angab, 21.26 mal einen Wert von 2 (Residualzustand), 10.08 mal einen Wert von 3 (Teilremission), 7.47 mal einen Wert von 4 (auffällige Restsymptomatik), 5.68 mal einen Wert von 5 (erfüllt DSM-Kriterien) und 0.24 mal einen Wert von 6 (wahnhafte Depression).

Tabelle 6: Keller-Rating

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
K0-K145 Summe	35	172.01	117.36	9-393
K0-K145 Mittelwert	35	2.05	1	1-4.03
Kmin1-Kmin30 Summe	28	32.61	22.09	9-104
Kmin1-Kmin30 Mittelwert	28	3.35	1.09	1.30
K145-Kmin30 Summe	35	195.47	122.42	30-481
K145-Kmin30 Mittelwert	35	2.15	0.95	1.12
Altes Selbst (1)	35	32.11	40.6	0-134
Residualzustand (2)	35	21.26	33.85	0-108
Teilremission (3)	35	10.08	16.62	0-61
Auffällige Restsympt. (4)	35	7.47	12.28	0-43
Erfüllt Kriterien (5)	35	5.68	9.31	0-42
Wahnhafte Depression (6)	35	0.24	1.46	0-9
Keller-Rating –Entlaß-Zeitpunkt (Indexepisode)	35	25.7.91	414.23 (Tage)	01.09.89 – 1.11.94

Der Mittelwert im Keller-Rating aus allen Werten nach dem Entlassungsdatum aus der Indexepisode lag bei 2.05, während er hingegen für alle Werte bis zum Entlassungszeitpunkt bei 3.35 lag. Dies trifft selbstverständlich nicht auf die Summenwerte zu, da nach dem Entlassungszeitpunkt maximal 145 Meßwerte erhoben wurden, jedoch nur maximal 30 bis zu diesem Entlassungszeitpunkt. D.h., die Patienten waren nach ihrer Entlassung aus der Indexepisode im Mittel offensichtlich gebessert. Die Patienten wurden aus der Index-Episode zwischen dem 01.09.89 und dem 1.11.94 entlassen. Somit war das Entlassungsdatum im Mittel der 25.7.91. 2 Patienten (4%) verweigerten die Teilnahme am Keller-Rating und 5 weitere Patienten (10%) sind Drop Outs, von denen also generell keine Katamnesedaten vorliegen. Das Keller-Rating wurde nur zur Abschlußuntersuchung eingesetzt.

Für den gesamten Katamnesezeitraum beträgt die Anzahl der Patienten ohne weitere **Episode** bei engem Rückfallkriterium (d.h. Keller-Rating Score ≥ 5) 13 (26%), während hingegen 25 Patienten (50%) mindestens 1 weitere Episode während dieses Zeitraumes aufwiesen, d.h. als **Rückfallpatienten** bezeichnet werden können (s. Tabelle 7 im Anhang).

Bei weitem Rückfallkriterium haben 6 Patienten (12%) keine weitere Episode im Katamnesezeitraum und 32 Patienten (64%) haben mindestens 1 weitere Episode. D.h. von den im Katamnesezeitraum untersuchten Patienten, die an dem Keller-Rating teilgenommen haben, haben unter dem engen Rückfallkriterium 66% mindestens eine weitere Episode vorzuweisen und unter dem weiteren Rückfallkriterium 84% (s. Tabelle 7 im Anhang).

Die **Gesamtepisodenanzahl** (d.h. die zu T1 erfragte Anzahl an bisherigen Episoden zusammen mit der Anzahl an Episoden durch den im Keller-Rating erhobenen Zeitraum von der Indexepisode bis zum Studienende) bei **engem Rückfallkriterium** der Keller-Rating-Werte (d.h. Keller-Rating-Scores von 5 und 6) über die **gesamte Lebensspanne** betrachtet variiert zwischen 0 und 14 Episoden, bei einem **Mittelwert** von 2.6 Episoden. Bei **weitem Rückfallkriterium** (d.h. Keller-Rating-Scores von 3- 6) lag der Range zwischen 0 und 12 Episoden und der Mittelwert bei 2.98 Episoden. Betrachtet man die **gesamte Lebensspanne**, so wurde für 27 Patienten (54%) nach dem engen Rückfallkriterium nur eine einzige Episode (Indexepisode) ermittelt und bei 23 Patienten (46%) mindestens 1 weitere Episode. D.h., daß insgesamt 46% der mit dem Keller-Rating untersuchten Patienten mehr als 1 Episode hatten. Bei weitem Rückfallkriterium hatten 21 Patienten (42%) nur eine einzige Episode und 29

Patienten (58%) mindestens eine 2. Episode - die gesamte Lebenszeit bis zur Abschlußuntersuchung betrachtet (s. Tabelle 7 im Anhang).

Die **Anzahl der ermittelten Episoden zu Studienbeginn** bezieht sich auf die Anzahl der Episoden, die ein Patient erlebt hat, bevor er zur Indexepisode in stationäre Behandlung kam. Dabei lagen von 9 Patienten (18%) keine Angaben vor - die frühen Drop Outs eingeschlossen. 12 Patienten (24%) hatten bis zum Studienbeginn, bzw. Aufnahme zur stationären Therapie nur 1 Episode und 14 Patienten (28%) hatten mehr als 1 Episode. 15 Patienten (30%) hatten bis zur Indexepisode keine vorangegangene depressive Episode (s. Tabelle 7 im Anhang).

Hinsichtlich der errechneten **Episodenanzahl im Katamnesezeitraum mit engem Rückfallkriterium** (d.h. Keller-Rating-Wert von 5 oder 6) wurden bei 13 Patienten (26%) keine weiteren Episoden mehr festgestellt. Bei 17 Patienten (34%) kam es zu einer weiteren Episode, bei 2 Patienten zu 2 (4%) und bei 3 Patienten zu 3 weiteren Episoden (je 6%), sowie bei je 1 Patient zu 4, 7 und 8 weiteren Episoden (je 2%) (s. Tabelle 7 im Anhang).

Die **Episodenanzahl im Katamnesezeitraum mit weitem Rückfallkriterium** betrug bei 6 Patienten (12%) 0 Episoden (Keller-Rating-Wert über oder gleich 3), bei 21 Patienten (42%) kam es zu einer weiteren Episode, bei 5 Patienten zu 2 (10%) und bei je 2 Patienten zu 3 und 5 weiteren Episoden (je 4%), sowie bei je 1 Patient zu 10 und 11 weiteren Episoden (je 2%). Der Mittelwert lag hierfür beim engen Rückfallkriterium bei 0.98 Episoden und nach dem engen Rückfallkriterium bei 1.36 Episoden. Das hier ein Mittelwert von unter 1 möglich ist, liegt daran, daß bei einigen Patienten keine Angaben zu vorausgegangenen Episoden vorgelegen haben und diese im Keller-Rating keine Zeiten mit einem Score von mindestens 5 angaben (s. Tabelle 7 im Anhang)

Die **Gesamtepisodendauer** konnte nur für den Katamnesezeitraum errechnet werden, da nur für diese Daten Zeitangaben bezüglich der Dauer der Ausprägung des depressiven Zustandes vorlagen. Diese betragen für das enge Rückfallkriterium im Durchschnitt 9 Monate und für das weite Rückfallkriterium durchschnittlich 41.3 Monate (s. Tabelle 7 im Anhang).

Chronifizierungen nach dem **engen Rückfallkriterium** kamen bei 2 Patienten (4%) vor, während hingegen 23 Patienten (46%) unterhalb der DSM-Definition von 2 Jahren lagen und bei 12 Patienten (24%) hierzu keine auswertbaren Daten vorlagen. Nach dem **weiten Rückfallkriterium** (d.h. Keller-Rating Wert von ≥ 3) kam es bei 7 Patienten (14%) zu einem mindestens 2 Jahre lang andauernden teilremittierten bis nicht remittierten Zustand,

während 25 Patienten im gleichen Zustand weniger als 2 Jahre lang verbrachten. Dabei können 6 Patienten (12%) als sicher remittiert betrachtet werden, da alle Ihre Werte im Keller-Rating unter 3 lagen.

6 Patienten (12%) waren bei der Befragung zum Studienende noch aktuell in einer schweren depressiven Phase ohne psychotische Merkmale (s. Tabelle 7 im Anhang).

Die **Anzahl der Episoden** die sich aus dem Keller-Rating ergeben, ist (s.o.) unter dem engen Rückfallkriterium maximal 8. Das Keller-Rating umfaßt zeitlich den Katamnesezeitraum und die Indexepisode, bzw. maximal 30 Monate vor der Entlassung aus der Indexepisode. Die kürzeste Episode beträgt 1 Monat und die längste Episode 42 Monate. Die **mittleren Episodenlängen** belaufen sich zwischen 1 Monat und maximal 11.3 Monaten. D.h. der **Gesamtmittelwert** für alle Episoden und Patienten im Katamnesezeitraum beträgt 4.98 Monate (s. Tabelle 8 im Anhang).

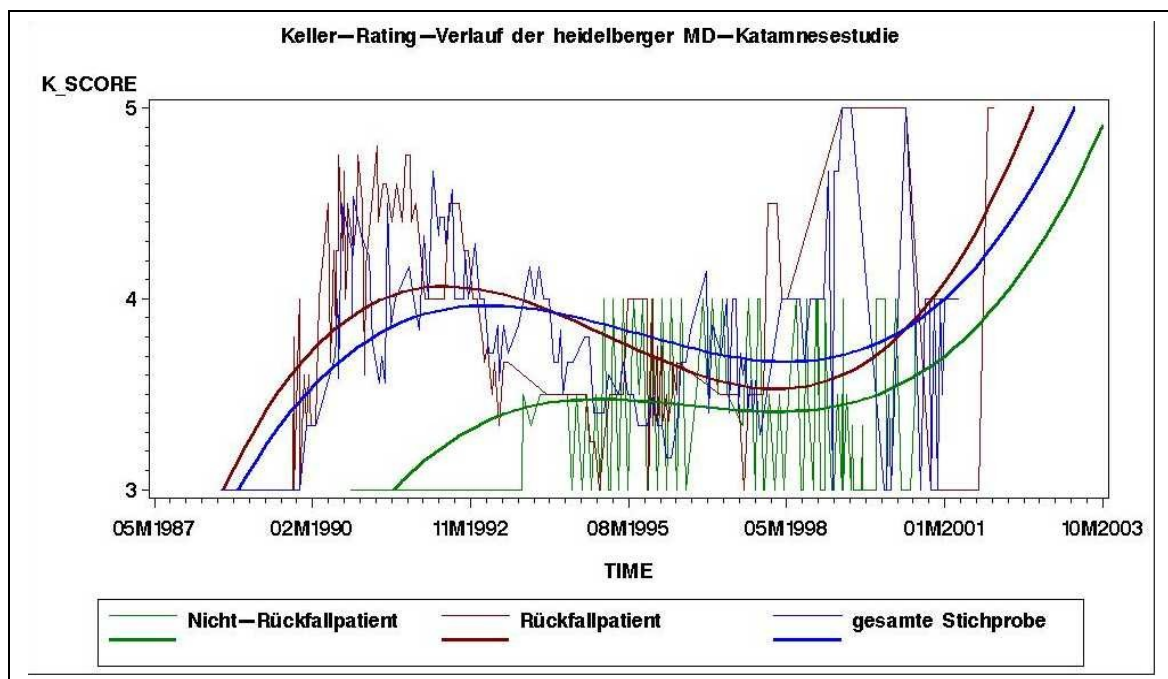
Beschwerdefreie Intervalle sind Zeiten, in denen die Patienten zwischen 2 depressiven Episoden keine weitere SADS Depression hatten, bzw. das DSM-Kriterium dafür nicht ganz erfüllten. Der **Abstand zwischen 2 Episoden** beträgt hierbei wenigstens 2 und maximal 50 Monate. Die **mittleren Abstände zwischen je 2 Episoden** liegen zwischen 3 und maximal 18.67 Monate. Der **Gesamtmittelwert** für alle Abstände zwischen den Episoden beträgt 15.7 Monate (s. Tabelle 8 im Anhang).

Die **Anzahl der Episoden** unter dem **weiten Rückfallkriterium** ist maximal 11. Die kürzeste Episode beträgt 1 Monat und die längste Episode 119 Monate. Die **mittleren Episodenlängen** belaufen sich zwischen 1 und maximal 24.63 Monaten. D.h. der **Gesamtmittelwert** für alle Episoden und aller Patienten beträgt 18.55 Monate.

Die **Abstände zwischen 2 Episoden** betragen hier wenigstens 1 Monat und maximal 113 Monate. Die **mittleren Abstände zwischen je 2 Episoden** liegen zwischen 4.5 und maximal 30.33 Monate. Der **Gesamtmittelwert** für alle Abstände zwischen den Episoden beträgt 24.77 Monate (s. Tabelle 9 im Anhang).

Dargestellt sind in Graphik 1 die mittleren Rohwerte des Keller-Ratings in den 3 Patientengruppen und die Regressionsgerade. Wie aus den unterschiedlichen Verläufen der

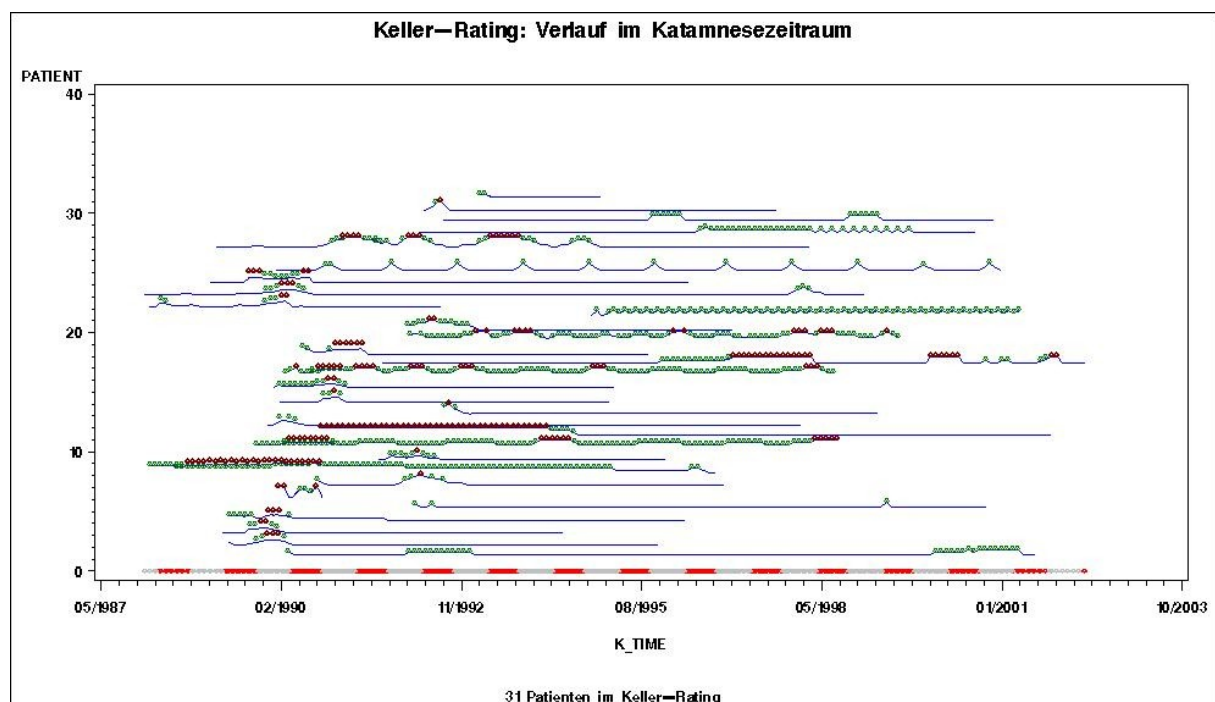
nonlinearen Regressionsgeraden zu entnehmen, liegt die Regressionsgerade der Nicht-Rückfallpatienten etwas niedriger, als die der Rückfallpatienten und nimmt gegen Ende des Erhebungszeitraumes auch etwas weniger zu, bzw. verläuft etwas weniger steil. Weiterhin kann man bemerken, daß die Nicht-Rückfallpatienten ein eher etwas späteres Entlassungsdatum aus der Indexepisode aufweisen. Ob die Nicht-Rückfallpatienten auch eine spätere erste Episode, eine spätere Klinikeinweisung oder andere Therapeuten hatten, wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht evaluiert.



Grafik 1: Übersicht über die Mittelwerte der Keller-Rating Scores zu ihren jeweiligen Zeiten im Vergleich der Rückfall- mit den Nicht-Rückfallpatienten und der gesamten Stichprobe.

In Graphik 2 sind die einzelnen Verläufe der 31 Patienten entsprechend ihres Entlassungsdatums aus der Indexepisode und ihren weiteren Angaben zum Verlauf ihrer depressiven Erkrankung im Keller-Rating dargestellt (35 Patienten wurden interviewt, bei 4 Patienten lag kein Entlaßdatum vor, so daß daraus keine Zeitintervalle errechnet werden konnten). Dabei wurden zur Abbildbarkeit alle Keller-Rating-Werte durch 5 dividiert (es gab maximal einen 9x einen Wert von 6, so daß bei diesen Patienten an diesen Stellen sich die Kurven etwas überschneiden könnten), so daß jeder im Katamnesezeitraum befragte Patient Werte von $\frac{1}{5}$ seiner Keller-Rating-Scores plus 1 bis maximal $\frac{6}{5}$ plus 1 hat und somit die einzelnen Patientenverläufe innerhalb seines Patienten-Rang-Y-Achsenabschnittes mit einem Range von genau 1 abbildbar wurden. Wie somit erkennbar, gibt es einen Patienten mit Rapid Cycling, zwei weitere mit zeitweisem Rapid Cycling (einer bei engem Rückfallkriterium) und

einige andere mit saisonalen Verläufen, von denen insgesamt 18 signifikant (s. u.) waren. Die aufgesetzten roten Markierungen sind die Zeiten, an denen der jeweilige Patient einen Wert von mindestens 5 im Keller-Rating hatte, grüne aufgesetzte Markierungen geben jeweils nur subsyndromale Zeiten an. Die blaue Linie entspricht allgemein dem Verlauf, bzw. Werten unter 3. Die orangen und grauen Breiche markieren die Sommer- und Wintermonate. Die aufgesetzten roten und grünen Markierungen entsprechen nicht den eigentlichen Keller-Rating-Werten, sondern markieren nur die Zeiten, an denen der Patient auf syndromalen bzw. subsyndromalem Niveau war.



Graphik 2: Verlauf im Katamnesezeitraum: Keller-Rating-Werte aller Patienten

Bei den „**Expressed Emotions**“-Variablen gab es zur **EE-Variable alter Modus** bei 8 Patienten keine Werte, 5 Patienten (10%) kamen danach aus HEE (high Expressed Emotion)-Familien (oder Beziehungen), während hingegen 37 Patienten (74%) aus LEE-Familien (oder Beziehungen) kommen. Nach dem **neuen Modus** für „Expressed-Emotions“ stammten hingegen 24 Patienten (48%) aus HEE-Beziehungen und 18 Patienten (36%) aus LEE-Beziehungen. Die Variable „**kritischer Tonfall**“ war von 0 bis 4 codiert und hatte ein arithmetisches Mittel von 0.26 für die Patientenstichprobe, wobei 38 Patienten (76%) einen Wert von 0 angaben, d.h. keine verbale Kritik erfuhren, während hingegen je 1 Patient (je 2%) die Werte 1 und 2 belegten und 2 Patienten (4%) den Wert 4. Hinsichtlich der Variablen **Kritik** wurde zwischen starker und schwacher, bzw. offener und nicht offener Kritik

unterschieden. Die Variable starke Kritik hatte den Range 0 bis 4 und ein arithmetisches Mittel von 0.26, während die Variable schwache, bzw. nicht offene Kritik einen Range von 0 bis 10 hatte mit einem arithmetisches Mittel von 2.29. Die **Beziehung zum Partner** wurde in den Abstufungen „negativ“, „neutral“ und „positiv“ erhoben, wobei diese Variable mit -1, 0 und 1 dummy-codiert war. Der Mittelwert lag hier bei 0.12, wobei 3 Patienten ihre Beziehung als „negativ“ bewerteten, 31 Patienten als „neutral“ und 8 Patienten als „positiv“. Expressed Emotions-Variablen wurden nur zu Beginn der Studie zu T1 erhoben.

Tabelle 10: Expressed-Emotions-Variablen (Erhebungszeitraum: T1)

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Expressed Emotions (alt)	50	0.12	0.33	0-1
Keine Angabe	8			
HEE	5			
LEE	37			
Expressed Emotions (neu)	50	0.57	0.5	0-1
Keine Angabe	8			
HEE	24			
LEE	18			
Kritischer Tonfall	50	0.26	0.91	0-4
Keine Angabe	8			
0	38			
1	1			
2	1			
4	2			
Kritik stark (offen)	50	0.21	0.72	0-4
Keine Angabe	8			
0	37			
1	3			
2	1			
4	1			
Kritik schwach (covert)	50	2.29	2.48	0-10
Keine Angabe	8			
0	13			
1	7			
2	8			
3	2			
4	5			
5	2			
6	2			
7	1			
8	1			
10	1			
Beziehung	50	0.12	0.5	-1 – 1
Keine Angabe	8			
Negativ	3			
Neutral	31			
Positiv	8			

Hinsichtlich der HAMD-Items lagen bei maximal 39 Patienten (78%) zum Zeitpunkt der Abschlußuntersuchung Daten aus dem **HAMD** vor. Bei einem Mittelwert von 5.26 für die Patientenstichprobe kann man somit im Durchschnitt von einer Vollremission ausgehen, bei einem Maximalwert von 52. Jedoch zeigt sich in der Einzelbetrachtung, daß 4 Patienten (8%) Werte von 15 und darüber (bis maximal 38) haben. 5 Patienten (10%) haben HAMD - Gesamtwerte zwischen 14 und 8, sind also teilremittiert und 30 Patienten (60%) haben Werte < 8, sind somit also vollremittiert. Betrachtet man das einzelne HAMD-Item Nr. 3, welches nach Suizidversuchen und Suizidgedanken fragt, so muß man feststellen, daß zur Abschlußuntersuchung 2 Patienten (4%) angaben, einen ernsthaften Suizidversuch (in den letzten 2 Wochen) unternommen zu haben und 1 weiterer Patient (2%) Todeswünsche äußerte. Der HAMD wurde bei Patienten zu jedem 2. Erhebungszeitpunkt eingesetzt, d.h. zu T1, T3, T5, T7, T9 und T10 und bezieht sich auf das Empfinden der vorangegangenen 2 Wochen.

Beim **Partnerschaftsfragebogen** weisen bei der Skala „Streitverhalten“ hohe Werte, approximativ 3, auf besondere negative Verhaltensweisen während eines Streites hin, bei der Skala „Gemeinsamkeiten / Kommunikation“ hingegen auf besonders positives Interaktionsverhalten des Partners. D.h. daß für die Patientenstichprobe im Mittel das Streitverhalten quantitativ im unteren Drittel liegt, während Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation im mittleren Bereich liegen. Der Gesamtwert für das Partnerschaftsverhalten liegt ebenfalls im mittleren Bereich. Im Vergleich zur Angehörigengruppe liegen dabei die Werte der für die Patientengruppe für die Subskala Streitverhalten geringfügig unter denen der Angehörigengruppe und die Werte für Zärtlichkeit, Kommunikation und im Gesamtwert etwas höher. Der PFB wurde sowohl von den Angehörigen, als auch von den Patienten zu jedem der Erhebungszeitpunkte von T1 bis T10 erhoben.

Tabelle 12: PFB

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Subskala Streitverhalten	29	0.92	0.67	0-2.3
Subskala Zärtlichkeit	29	1.41	0.65	0-2.4
Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation	29	1.61	0.57	0.33-2.4
PFB Gesamtwert	29	16.99	5.31	6.33-24.67

Auch mit dem **Beck Depressions Inventar** lassen sich Outcome-Kriterien operationalisieren – Suizidversuch und Remissionskriterien. Hinsichtlich des Outcome-Maßes Suizidversuche

machten 18 Patienten (36%) keine Angaben, 28 Patienten (56%) äußerten keinerlei suizidale Gedanken und nur 4 (8%) äußerten, manchmal suizidale Gedanken zu haben, dies aber nicht realisieren werden. Der Gesamtwert im BDI liegt im Mittel bei 7.41, d.h. daß nach dem BDI, betrachtet man die Patientenstichprobe als Ganzes, keine Depression zu Studienabschluß mehr vorlag. In der Einzelbetrachtung der Patienten, kann man feststellen, daß 2 Patienten (4%) über 27 Punkte im BDI-Gesamtwert, somit also eine schwere Depression haben und weitere 7 Patienten (14%) Gesamtwerte zwischen 11 und 27 Punkte, d.h. eine leichte Depression haben. Der BDI wurde bei den Patienten zu allen Zeitpunkten, von T1 bis T10 erhoben.

Tabelle 13: BDI

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Suizidgedanken	50	0.13	0.34	0-1
Keine Angabe	18			
0	28			
1	4			
BDI-Gesamtwert	32	7.41	9.38	0-36

Beim **Münchener Persönlichkeitstest** liegen die Werte auf der Extraversions- und der Neurotizismus- Subskala bei maximal 30. Maximal 24 Punkte können auf der Rigiditäts-Subskala erreicht werden. Maximal 18 Punkte werden auf den Subskalen Frustration und Normorientiertheit erzielt. Die Subskala Isolation kann maximal 15 Punkte aufweisen und die Subskalen Esoterische Neigungen und Motivation maximal 9 Punkte. Die Subskala Schizoidie setzt sich additiv aus den Subskalen Esoterische Neigung und Isolationstendenz zusammen und kann daher maximal 24 Punkte umfassen.

In vorliegender Stichprobe fanden sich die höchsten Mittelwerte auf der Subskala Esoterische Neigungen. Hierbei ist der Mittelwert 83.3% des maximal möglichen Mittelwertes. In abnehmender Höhe folgen daraufhin die Subskalen Schizoidie (80.6% des maximalen Mittelwertes) und Isolationstendenz (78.9%), Neurotizismus (66.3%), Frustrationstoleranz (63.6%), Extraversion (60.9%), Rigidität (59.4%). Sehr geringe Werte gab es auf den Subskalen Normorientiertheit mit 16.3% des maximal möglichen Mittelwertes und Motivation mit 5.9%.

Der MPT wurde nur zu T10, d.h. der Abschlußuntersuchung am Ende des Katamnesezeitraumes ausgefüllt.

Tabelle 14: MPT

Variable	Häufigkeit	Mittelwert		SD	Range	
			/Mean%			/Max%
Extraversion	32	18.28	60.9%	6.38	2-29	96.7%
Neurotizismus	32	19.88	66.3	5.49	7-28	93.3
Frustrationstoleranz	32	11.44	63.6	3.64	5-18	100
Rigidität	32	14.25	59.4	3.96	4-20	83.3
Isolationstendenz	32	11.84	78.9	2.27	9-15	100
Esoter. Neigungen	32	7.5	83.3	1.52	4-9	100
Normorientiertheit	32	2.94	16.3	2.41	0-8	44.4
Motivation	32	0.53	5.9	0.98	0-3	33.3
Schizoidie	32	19.34	80.6	3.17	14-23	95.8

Allgemein lagen alle Werte des **Persönlichkeitsfragebogens MMPI** im sehr niedrigen Bereich, so daß aufgrund dieses Instrumentes auf keine psychopathologische Auffälligkeit geschlossen werden kann, da nach dem MMPI im Grundtypus des „Normalen“ alle Skalenwerte unter 70 liegen müssen, was bei vorliegender Stichprobe der Fall ist. Der höchste Einzel-Rohwert lag bei 26 Punkten auf der Subskala Psychasthenie und ist damit immer noch im gemäßigten Bereich. Die Werte der MMPI-Subskalen wurden nur zu T1, also der Eingangsuntersuchung erhoben.

Tabelle 15: MMPI

Variable	Häufigkeit	Mittelwert /		SD	Range	Maximum /	
			Mean %				Max. %
Hypochondrie	44	12.38	37.5 %	3.93	5-23	33	70 %
Psychopathie	44	10.63	21.3	4.25	5.5-19.5	50	39
Psychasthenie	44	18	37.5	4.23	10.5-26	48	54
Schizoidie	44	11.72	15	4.4	5-23.5	78	30
Hypomanie	44	9.28	20.2	3.57	2.5-19	46	41
Depression	44	10	16.7	5.67	2-23	60	38
Hysterie	44	11.52	19.2	5.32	2-22	60	37
Maskuli./Feminität	44	13.32	22.2	3.6	6-21	60	35
Paranoia	44	5.55	13.9	3.25	1-13	40	33
soziale Introversion	44	10.02	14.3	4.49	3-21	70	30
Lügenskala	44	5.3	53.3	1.82	2-9	15	60
Validitätsskala	44	2.75	4.3	3.39	0-14	64	22
Unterdrückungsskal	44	12.16	40.5	3.58	5-19	30	63

Die beiden Dimensionen von **Eysenck's MPI** liegen im mittleren Bereich. Vor allem auch der prognostisch wichtige Faktor Neurotizismus liegt im moderaten Bereich. Die Werte der MPI-Subskalen wurden nur zu T1, also der Eingangsuntersuchung erhoben.

Tabelle 16: MPI

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Extra-/ Introversion	49	21.37	8.85	6-38
Neurotizismus	49	24.04	11.19	2-46

Da meines Erachtens in der bisherigen Literatur zu follow-up Studien im Zusammenhang mit Life Events oftmals eine inhaltliche und subjektive Kategorisierung von Life Events vorkam, wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls eine solche subjektive Klassifikation der Items hinsichtlich ihrer inhaltlichen Kategorien vorgenommen. Zur Errechnung der **Subskalen für die Münchner Ereignisliste** im Rahmen dieser Diplomarbeit wurden dazu von mir die inhaltlich zu einer kategoriellen Subskala gehörenden Item-Scores gemittelt und dann die Belastungswerte pro Life Event („nicht belastend“ – „sehr belastend“) mit den Bewertungswerten („sehr positiv“ - „sehr negativ“) multiplikativ miteinander verknüpft, um daraus den subjektiven Belastungswert eines jeden Life Events zu ermitteln. Dies geschah aus dem Grund, da insbesondere negative und besonders streßreiche LifeEvents als Vulnerabilitätsfaktoren bekannt sind und somit eine multiplikative Verknüpfung von Negativität und Streß durch Bedeutungshaltigkeit sinnvoll erschien. Dazu wurden alle Items nach 1 – 5 transformiert, d.h. dazu die Bewertungswerte so umgepolt, so daß der höchste Wert aus dem negativsten und als am belastendsten bewerteten Life Events resultiert und der geringste für sehr positiv bewertete und nicht belastende Life Events. Dadurch wurde die Belastung und Häufigkeit an Life Events einer jeweiligen Kategorie mit der Schwere ihrer Bedeutung gewichtet, so daß die daraus erhaltenen Werte ein Maß für die negative Belastung durch Life Events darstellen. Allgemein wurden ab der Eingangsuntersuchung zu T1 alle 3 Monate bis T9 die Münchner Ereignisliste von den Patienten ausgefüllt. Bei der Variable Belastung durch Life Events wurde keine Gewichtung mit der Bedeutung vorgenommen, sondern nur das Ausmaß der Belastung insgesamt so aufsummiert, daß für belastendere Life Events höhere Werte resultieren. Durch die Mittelwertbildung, so daß nun alle **Subskalen Werte** von wenigstens 0 und **maximal 25** haben, sind diese untereinander vergleichbar. Der Maximalwert für die Variable Belastung durch Life Events beträgt 425. Eine Vergleichbarkeit der Subskalen wäre weniger gegeben, wenn die jeweiligen Items nur aufaddiert worden wären, da die Anzahl der Items pro Subskala von 3 bis 16 variiert. Zunächst wurden die Subskalenwerte aus allen Haupt- und Zwischenuntersuchungen pro Patient gemittelt. Die unten aufgelisteten Werte stellen jedoch die Mittelwerte der Skalenmittelwerte von allen Patienten für die 3-Monatszeiträume des 1. 2-Jahreszeitraumes nach Entlassung aus der

Indexepisode dar, d.h., sind die mittleren mit der jeweiligen Schwere der Belastung gewichteten Life-Event-Häufigkeiten pro jeweils spezifischer Life-Event-Kategorie, d.h. sind ein Maß für die negative Belastung in einer Kategorie an Life Events.

Selbstverständlich gehen in diese Belastungswerte auch die Häufigkeiten an Life Events pro Skala mit ein, da dort, wo kein Life Event stattgefunden hat auch kein Belastungswert errechnet werden kann, bzw. gleich 0 ist.

Die 5 Subskalen mit den höchsten Mittelwerten waren Wohnung (3.03), Ausbildung (3.01), Schwangerschaft/Kinder (3), Gericht/Gesetzesverletzung (3), Gesundheit/Krankheit (3), gefolgt von den mittleren 5 Mittelwerten in den Subskalen Beruf und Haushalt, Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist (2.99), Eltern/Familie (2.99), Finanzielles (2.99), Todesfälle bei nahen Angehörigen bei nahen Angehörigen (0.99). Die 2 niedrigsten Mittelwerte sind Partnerbeziehung mit sexuellem Kontakt (2.78) und soziale Kontakte / Freizeitaktivitäten (2.96). Die Gesamtbelastung durch Life-Events variierte in ihrer Bedeutung unter den Patienten zwischen 55 und 252 für den 2-Jahreszeitraum. Im Mittel erlebte jeder Patient während dieses 2-Jahreszeitraumes insgesamt Wert von 227.4 (Maximalwert = 425) bei allen Life Events.

Tabelle 17: MEL

MEL-Kategorie	Häufigkeit	Mittelwert		SD	Range	
			/ Mean%			/ Max %
Ausbildung	48	3.01	12%	0.09	2.83-3.83	15.3%
Beruf und Haushalt	48	2.99	12	0.11	2.33-3.73	14.9
Patient ist nicht der Hauptverdiener	45	2.99	12	0.06	2.75-3.5	14
Partnerbeziehung mit sex. Kontakt	48	2.34	9.4	1.42	0-4.07	16.3
Schwangerschaft/ Kinder	48	3	12	0.09	2.5-4	16
Eltern / Familie	48	2.99	12	0.1	2.17-3.83	15.3
Soziale Kontakte / Freizeitaktivitäten	48	2.96	11.8	0.19	3.13-4.3	17.2
Todesfälle bei nahen Angehörigen	48	2.99	12	1.33	2-4.5	18
Wohnung	48	3.03	12.1	1.76	0.25-2.67	10.7
Finanzielles	48	2.99	12	0.09	2.5-3.75	15
Gericht / Gesetzesverletzung	48	3	12	0.1	2.33-4.33	17.3
Gesundheit/ Krankheit	48	3	12	0.14	2.17-3.83	15.3
Summe Belastung durch Live-Events	50	227.4	53.5%	23.14	55-252	59.3

Wiederholt werden soll hierbei nochmal, daß die Gesamtbelastung an Life Events deswegen nicht die Summe der Einzelkategorien an Life Events ist, da dieser nicht die Bewertungen „sehr positiv – sehr negativ“ enthält.

Anhand des Vergleiches mit den möglichen Maximalwerten kann man erkennen, daß die Belastung in allen MEL-Kategorien im Mittel nicht sehr variierte und alle relativ niedrig lagen, was im Prinzip auch für den Range zutrifft, der in der Kategorie Todesfälle bei nahen Angehörigen eine maximale Variation von nur 18% des Maximalwertes erreichte.

5.1.1.2 Stichprobenbeschreibung der Angehörigen

Insgesamt gab es zu den 50 Patienten 22 Angehörige welche die klinischen Fragebögen zur Abschlußuntersuchung der Katamnese studie ausfüllen konnten.

Das **Alter** der Angehörigen der Patienten belief sich im Mittelwert auf 43.5 Jahre, bei einem Range von 25-67 Jahren. Weitere soziodemografische Variablen lagen im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht vor.

Auch bei den Angehörigen wurde mit dem Terman-Item und dem Perceived-Criticism-Index die **globale Beziehungszufriedenheit** ermittelt. Bei einem möglichen Range von 0 bis 10 lag der Perceived-Criticism-Index im arithmetischen Mittel bei 4.73. Bei einem möglichen Range von 0 bis 5 lag das arithmetische Mittel für das Terman-Item bei 3.14.

Tabelle 18: Angehörige: Alter, Kritikstärke und Eheglück

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Angehörigenalter	22	43.5	10.55	25-67
Kritikstärke des Partners des Partners	22	4.73	2.66	1-10
Keine Angabe	0			
1	2			
2	1			
3	6			
4	2			
5	6			
6	1			
9	2			
10	2			
Einschätzung des Partners bzgl. Glück in Ehe/ Partnerschaft (Terman-Item)	22	3.14	1.32	1-5
Keine Angabe	0			
1	4			
2	3			
3	3			
4	10			
5	2			

Beim **Beck's Depressions-Inventar** lag für die Angehörigengruppe der Gesamtwert im Mittel bei 8.68, bei einem denkbaren Maximalwert von 64. Da man ab einem BDI-Gesamtwert von 17 von einer leichten Depression ausgeht, kann man hier für die Angehörigen feststellen, daß diese im Mittel als nicht depressiv bezeichnet werden können. Dabei fällt auf, daß der Mittelwert für die Angehörigenstichprobe etwas über dem Mittelwert für den BDI-Gesamtwert der Patientenstichprobe zum Zeitpunkt der Abschlußuntersuchung lag. In der Einzelbetrachtung der Angehörigen, kann man jedoch auch feststellen, daß 2 Angehörige (9.1%) über 27 Punkte im BDI-Gesamtwert, somit also eine schwere Depression haben und weitere 4 Angehörige (18.2%) Gesamtwerte zwischen 11 und 27 Punkte, d.h. eine leichte Depression haben. Wenn somit auch der Gesamtmittelwert für die Angehörigenstichprobe etwas höher ist, so gibt es doch insgesamt weniger depressive Personen in dieser Gruppe (wenn auch nur weniger leicht Depressive).

Hinsichtlich des zweiten Outcome-Maßes – der Suizidalität fanden sich in der Angehörigenstichprobe 3 Personen (13.6%), welche angaben, nur selten suizidale Gedanken zu haben, diese aber nicht ausführen würden und 19 Angehörige (86.4%), welche niemals Suizidgedanken haben.

Tabelle 19: BDI (Angehörige)

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
BDI-Gesamtwert	22	8.68	9.57	0-33
Suizidgedanken	22	0.14	0.35	0-1
0	19			
1	3			

Beim **Partnerschaftsfragebogen** wiesen die Angehörigen auf allen Subskalen maximal 50% des Maximalwertes von 3 auf. D.h. daß für die Angehörigenstichprobe im Mittel das Streitverhalten numerisch im unteren Drittel liegt, während Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation ebenfalls wie in der Patientengruppe etwa im mittleren Bereich liegen. Der Gesamtwert für das Partnerschaftsverhalten liegt ebenfalls im mittleren Bereich.

Tabelle 20: PFB (Angehörige)

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Subskala Streitverhalten	22	1.06	0.74	0.1-2.46
Subskala Zärtlichkeit	20	1.29	0.73	0-2.6
Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation	22	1.44	0.59	0-2.5

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
PFB Gesamtwert	20	15.52	5.55	4.5-25.67

5. Stichprobenbeschreibung der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe bestand aus 37 Personen, für die jedoch (im Rahmen dieser Diplomarbeit) keine **soziodemographischen Variablen** vorlagen.

Tabelle 21: BDI (Kontrollgruppe)

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
BDI-Gesamtwert	33	3.3	4.42	0-20
Suizidgedanken	37	0.03	1.74	0-1
Keine Angabe	4			
0	32			
1	1			

Beim **Beck's Depressions-Inventar** lag für die Kontrollgruppe der Gesamtwert im Mittel bei 3.3, d.h., daß die Personen der Kontrollgruppe im Mittel so gut wie überhaupt nicht depressiv waren. In der Einzelbetrachtung der Personen aus der Kontrollgruppe findet man nur 1 Person (2.7%), die einem Gesamtwert zwischen 11 und 27 Punkte und somit eine leichte Depression hatte. Hinsichtlich des BDI-Items 9 „Suizidalität“ fanden sich in der Kontrollgruppe nur 1 Person (2.7%), welche selten suizidale Gedanken hatte, diese aber nicht ausführen würde und 32 Personen (86.5%), welche niemals Suizidgedanken hatten.

Die Kontrollgruppe weist einen sehr niedrigen HAMD-Summenwert von 1.19 auf, so daß man von keinerlei klinischer Relevanz für die Kontrollgruppe ausgehen kann. In der Einzelbetrachtung hat lediglich 1 Person (2.7%) einen Summenwert zwischen 8 und 14 und somit eine leichte Depression. Weiterhin kann man hinsichtlich des Outcome-Maßes Suizidalität feststellen, daß keine der 37 Kontrollpersonen suizidale Gedanken hatte.

Tabelle 22: HamD-Items (Angehörige)

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
HAMD Summenwert	37	1.19	1.88	0-10
Suizidgedanken	37			
0	37	0	0	0

Mittels der „**Clinical Global Impression**“ wurde der **Schweregrad der Krankheit** erhoben. Dabei lagen bei 11 Kontrollpersonen (29.7%) überhaupt keine Angaben vor und 26 Kontrollpersonen (70.3%) wurden mit „nicht beurteilbar“ bewertet.

Tabelle 23: CGI (Angehörige)

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Schweregrad der Krankheit des Patienten (CGI)	37	1	0	0
Keine Angabe	11			
Nicht beurteilbar	26			

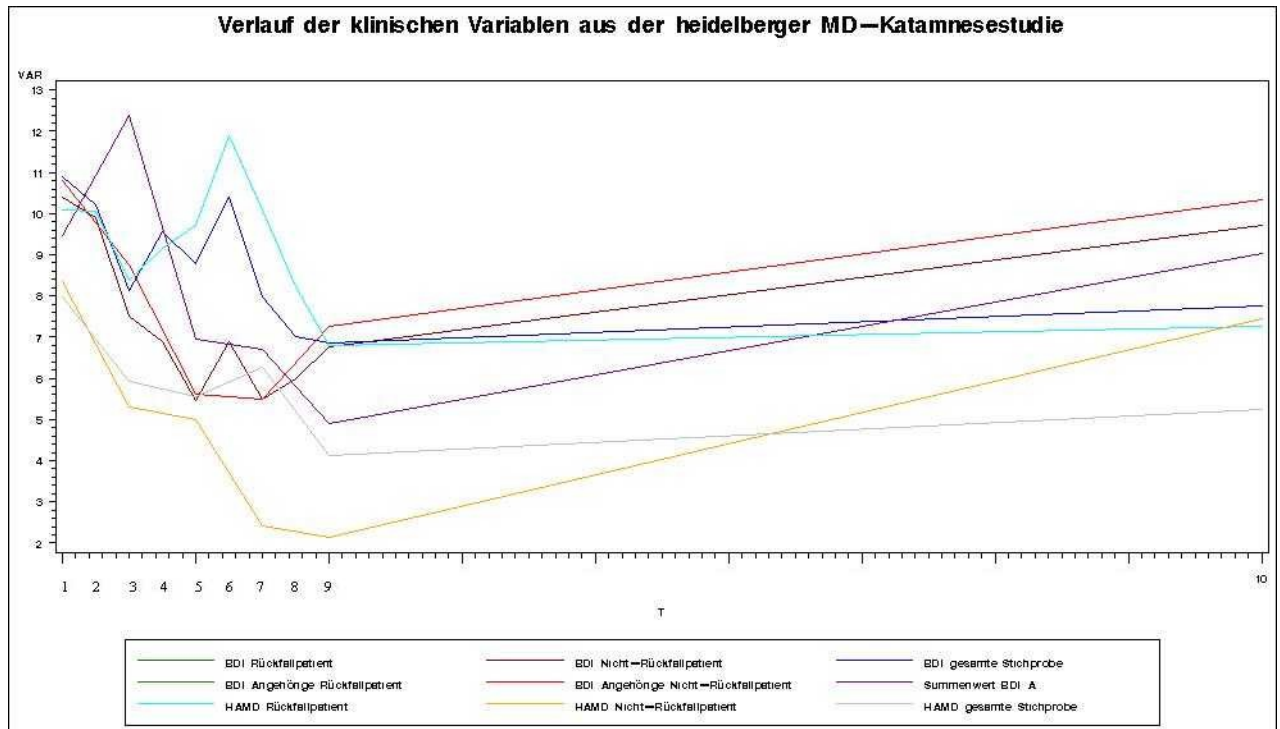
5.1.2 Verlaufsbeschreibung

Bei den folgenden Analysen werden, sofern nicht anders vermerkt, die hoch signifikanten Ergebnisse fett und kursiv gedruckt und die signifikanten Ergebnisse nur fett. Die nur schwach signifikanten Ergebnisse bleiben in Normalschrift.

Nachfolgend werden die wichtigsten Zeitreihendaten graphisch dargestellt. Dabei wurden jeweils auf der X-Achse die Meßzeitpunkte (T) und auf der Y-Achse die mittleren Variablenwerte (VAR) unter Wahrung der zeitlichen Relationen gegeneinander aufgetragen.

Anzumerken bleibt, daß das Rückfallkriterium das gleiche wie das der Prädiktor- und Panelanalyse ist und sich auf die Keller-Rating-Werte bezieht. Dieses Rückfallkriterium wurde gewählt, weil es bei vorliegendem Studiendesign als das Reliabelste erschien. Dies ist auch die Erklärung dafür, weshalb nicht immer die Kurve der gesamten Stichprobe zwischen denen der Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten verläuft, da es einige Patienten gibt, welche zwar die entsprechenden Fragebögen HAMD, BDI und PFB, aber nicht das Keller-Rating ausgefüllt haben.

Aus der Übersichtsgraphik zum Verlauf der klinischen Variablen HAMD und BDI aus der Angehörigen- und Patientenbefragung kann man entnehmen (Graphik 3), daß während des 1. 2-Jahreszeitraumes es in diesen 3 klinischen Variablen insgesamt zu einem deutlichen Abfall kam, während des Katamnesezeitraumes allerdings alle wieder im Wert angestiegen sind.



Graphik 3: Verlauf und Übersicht der klinischen Variablen BDI und HAMD.

5. Univariate Analysen

5.1.2.1.1 Analysen zur Errechnung eines saisonalen Effektes:

Zum Nachweis von eventuell vorhanden **chronobiologischen Faktoren**, da bei endogenen Depressionen, welche Gegenstand dieser Studie sind, das Auftreten von depressiven Episoden von der Jahreszeit mitbestimmt sein könnte, wurden die folgenden Berechnungen angestellt:

Gerechnet wurde zunächst ein T-Test zwischen der Jahreszeit (Sommer vs. Winter) aus den Werten des zu den Keller-Rating-Werten gehörigen Monatswerten. Dazu wurde als erstes das jeweilige Datum aus jedem einzelnen Keller-Rating-Wert ermittelt und aus diesem dann die jeweilige Jahreszeit bestimmt. Danach wurden die Werte der Patienten innerhalb der Matrix so verschoben, daß jeweils die Werte aus der Jahreszeit Sommer und Winter bei allen Patienten parallel zueinander lagen, so daß die Patientenwerte innerhalb der Matrix nun mit der gleichen Jahreszeit und dem jeweiligen letzten Eintrag im Keller-Rating anfängt, relativ unabhängig davon, wann das Entlassungsdatum aus der Indexepisode war.

Die zu den verschobenen Keller-Rating-Werten dazugehörige Jahreszeit wurde als Klassifizierungsvariable im T-Test verwendet. Der Mittelwert der Keller-Rating-Werte von allen Patienten diente dabei als abhängige Variable. Der gleiche T-Test wurde mit der

Jahreszeit (Sommer vs. Winter) des Entlassungsdatums aus der Indexepisode und den wie oben beschriebenen Mittelwerten aus dem Keller-Rating gerechnet.

Während hingegen der T-Test im ersten Analysefall auf dem $p < 0.01$ – Niveau signifikant war (s. Hypothese 5), ist er dies im zweiten Fall nicht ($p < 0.09$), weshalb im letzteren Fall auf weitere differenzierende Analysen verzichtet wurde.

Bei 18 Patienten gab es in einer anschließenden Korrelationsanalyse mit einem Alpha-Konfidenzniveau von 0.05 signifikante Zusammenhänge mit Korrelationskoeffizienten größer, bzw. kleiner als $r = \pm 0.3$ zwischen der Jahreszeit (Sommer vs. Winter) aus ihren Keller-Rating-Werten und ihren eigenen Keller-Rating-Werten. Diese lagen zwischen $r = -0.86$ ($p < 0.001$) und $r = -0.3$ ($p < 0.05$). Da der Wert für Winter mit 0 dummy-kodiert wurde, der Wert für den Sommer mit 1, heißt dies hierbei, daß im Winter bei diesen Patienten höhere Keller-Ratings-Scores erhoben wurden. Als Winter wurden die Monate 1-3 und 10-12, als Sommer die Monate 4-9 zusammengefaßt. Bei der Korrelationsanalyse bei einem Alpha-Konfidenzniveau von 0.001 wurde nur bei 3 Patienten ein solcher chronobiologischer Faktor errechnet.

Führt man nun eine dichotome Variable ein mit den unter dem Alpha von 0.05 errechneten Anzahl von Patienten mit einem chronobiologischen Faktor, in der diejenigen Patienten (im Weiteren als SADS bezeichnet) einen Wert von 1 erhalten, bei denen wie oben beschrieben, ein Saison-Effekt in ihrem zeitlichen Verlauf der depressiven Erkrankung festgestellt werden konnte und einen Wert von 0 für die restlichen Patienten (im Weiteren als Non-SADS bezeichnet), so läßt sich diese als Klassifizierungsvariable für weitere Test verwenden.

Im nachfolgenden T-Test gehen somit alle die Variablen aus T10, d.h. der Abschlußuntersuchung ein, die auch in der Prädiktoranalyse verwendet wurden, sowie die Klassifizierungsvariablen für Patienten mit bzw. ohne nachgewiesenen chronobiologischen Faktor aus ihren Keller-Rating-Werten. Da hierbei die Patienten ohne einen solchen Saison-Effekt mit denen, die sich am Keller-Rating nicht (mehr) beteiligt haben sowie die Drop Outs zusammengefaßt wurden, dürfte die Bedeutsamkeit dieser Klassifizierungsvariable hiermit eher unterschätzt werden.

Folgende Variablen konnten die beiden Subgruppen, SADS und Non-SADS, im T-Test schwach signifikant, bzw. signifikant voneinander unterscheiden:

Signifikant unterscheiden sich die Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum bei engem Rückfallkriterium. Dabei zeigen die SADs deutlich häufigere Episoden (fast doppelt so viele) als die Non-SADs.

Die Änderung im PFB-Summenwert bei den Angehörigen zwischen T1 und T9 ist bei den SADs negativ, d.h., die Beziehung zum Partner hat sich verschlechtert, während sie bei den Non-SADs fast gleich, bzw. schwach verbessert erscheint.

Die Höhe der Gesamt-rückfallzeit im Katamnesezeitraum bei weitem Rückfallkriterium ist bei den SADs jedoch niedriger als bei den Non-SADs.

Der Wert im BDI-Item 20 „Hypochondrie“ aus der Patientenbefragung liegt bei den SADs um ca. das 3-fache höher als bei den Non-SADs

Signifikant unterschieden sich die beiden Subgruppen ebenfalls in der Belastung durch Life Events im 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode. Hierbei wiesen die Non-SADs nur fast 1/3-tel der Belastung durch Life Events auf als die SADs.

Tabelle 24: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen SAD's und Non-SAD's

Variablen	Non – SADs		SADs		T - / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
Mehr als 1 Episode in Katamnese eRK	0.48	0.51	0.88	0.33	Equal:	-2.82	0.008		
					Unequal:	-2.95	0.006		
Gesamtrückfallzeit Katamnese wRK	60.56	51.51	22.06	23.66	Equal:	2.72	0.01	4.74	0.005
					Unequal:	2.72	0.01		
Mind. 1 Rückfall insgesamt eRK	0.34	0.48	0.67	0.49	Equal:	-2.27	0.03		
					Unequal:	-2.26	0.03		
MMPI Depression	8.68	4.57	12.31	6.76	Equal:	-2.13	0.04		
					Unequal:	-1.91			
MMPI Schizoidie	10.63	3.21	13.63	5.56	Equal:	-2.28	0.03	2.99	0.01
					Unequal:	-1.98			
MMPI Psychasthenie	17.04	3.78	19.69	4.56	Equal:	-2.08	0.04		
					Unequal:	-1.97			
MMPI Hypochondrie	11.38	3.27	14.13	4.46	Equal:	-2.35	0.02		
					Unequal:	-2.16	0.04		
BDI-Item 20 Patient Hypochondrie	0.27	0.45	0.75	0.48	Equal:	-3.14	0.003		
					Unequal:	-2.91	0.008		
Expressed Emotions alter Modus	0.19	0.4	0	0	Equal:				
					Unequal:	2.43	0.02	+++	
MEL Beruf und Haushalt	0.92	0.23	1.14	0.34	Equal:	-2.58	0.012		
					Unequal:				
Belastung durch Life Events	104.65	15.66	88.7	12.88	Equal:	3.07	0.003		
					Unequal:	3.57	0.003		
Änderung Summenw PFB Ang. T9-T1	0.03	1.06	-0.97	0.92	Equal:	2.72	0.01		
					Unequal:	2.83	0.009		

- +++ alle Werte einer Klasse sind gleich
- eRK: enges Rückfallkriterium
- wRK: weites Rückfallkriterium
- KR: Keller-Rating

Schwach signifikant unterscheiden sich die beiden Subgruppen in der MEL-Variablen Belastung durch Beruf und Haushalt, da der Mittelwert in der Gruppe der SADs hierbei um fast 1/3-ten höher lag, als bei den Non-SADs. In den MMPI-Skalen Depression, Schizoidie, Psychasthenie und Hypochondrie lag der Wert für die SADs jedesmal um ca. ein Drittel höher als bei den Non-SADs. Auch der F-Wert bei der Variable Schizoidie (MMPI) weist signifikant darauf hin, daß diesen beiden Subgruppen unterschiedliche Verteilungen zugrundeliegen.

In der Expressed Emotions-Variable nach altem Modus kamen in der Subgruppe der SADs nur LOW-Expressed Emotions vor, während in der Gruppe der Non-SADs zu 19% auch HIGH-Expressed Emotions auftraten.

Die Variable, welche anzeigt, ob ein Patient mehr als 1 Rückfall insgesamt bei engem Rückfallkriterium für die bisherige Lebenszeit hatte, liegt bei den SADs bei fast dem Doppelten als bei den Non-SADs.

Zusammenfassung:

Es zeigt sich, daß ein saisonaler Effekt für die vorliegende Stichprobe nachgewiesen werden konnte.

Dieser bezieht sich hauptsächlich auf die Anzahl der syndromalen Episoden, d.h. unter engem Rückfallkriterium, der Gesamtrückfallzeit von syndromalen und subsyndromalen Episoden, der Änderung des PFB-Gesamtwertes aus der Angehörigenbefragung von T1 nach T9, d.h. innerhalb des 1. 2-Jahreszeitraumes und dem BDI-Item „Hypochondrie“ aus der Patientenbefragung, als auch dem mittleren Keller-Rating-Wert aller Keller-Rating-Werte und aller Patienten und der Belastung durch Life Events im 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode.

Hieraus kann man entnehmen, daß depressive Patienten mit chronobiologischen Abhängigkeiten in ihrem Erkrankungsverlauf häufiger Episoden im Katamnesezeitraum aufweisen, diese geringere Zeiten haben, in denen sie lediglich subsyndromale depressive Beschwerden entwickeln, daß diese Angehörige haben, die angaben, daß das partnerschaftliche Verhältnis zum Patienten innerhalb des 1. 2-Jahreszeitraumes nach Entlassung aus der Indexepisode sich eher verschlechtert hat und das solche Patienten eher hypochondrisch sind.

Die Persönlichkeitsvariablen aus dem MMPI erscheinen hingegen zwischen Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten nicht oder nur schwach signifikant unterschiedlich, ebenso die Expressed Emotions-Variable. Dies könnte bedeuten, daß sich die Patienten mit chronobiologischen Abhängigkeiten durch bestimmte Persönlichkeitsvariablen auszeichnen, welche bei ihnen stärker ausgeprägt sind, als bei Patienten ohne chronobiologischen Abhängigkeiten. Hinsichtlich der Expressed Emotions scheinen Patienten mit chronobiologischen Abhängigkeiten eher Angehörige zu haben, welche sich ausschließlich durch LOW-Expressed Emotions kennzeichnen lassen.

Weiterhin unterscheiden sich die SADs von den Non-SADs durch eine signifikant höhere durchschnittliche Belastung durch Life Events bei den Non-SADs und durch eine schwach signifikant höhere Anzahl an Life Events bezüglich der Kategorie Beruf und Haushalt bei den SADs, jeweils bezogen auf den 2-Jahresabschnitt nach Entlassung aus der Indexepisode.

5.1.2.1.2 Prädiktoranalyse:

Durch die Prädiktoranalyse soll versucht werden, Aussagen über die Häufigkeit und damit Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Episoden, bzw. Vorhersagen über den Schweregrad derselben und deren Bedingungsfaktoren zu machen. Korrelationsanalysen wurden dazu zum Ausgleich des Effektes multipler Testung auf dem $P < 0.0001$ -Signifikanzniveau durchgeführt, da insgesamt 261 Variablen (Items, Subskalen und Gesamtwerte) in diese Auswertung eingegangen sind und $101 \cdot 141$ Korrelationsanalysen gerechnet wurden.

Getestet wurden dazu alle möglichen Kombinationen von Items, bzw. Subskalen, sowie Gesamtwerte von der MEL, MMPI, MPI, MPT, PFB (Patient und Angehöriger), HAMD und BDI (Patient und Angehöriger), CGI, Terman- und PC-Item (Patient und Angehöriger), als auch der EE-Variablen, einiger soziodemographischer Variablen wie das Alter, Familienstand, Partnerschaftsstatus, Berufstätigkeit, sowie Episodenlänge und beschwerdefreie Intervalle aus dem Keller-Rating, der mittlerer Keller-Rating –Wert, die Summe der Keller-Rating-Werte sowie die Differenzwerte (zwischen T9 und T1, T10 und T9, sowie zwischen T10 und T1), jeweils aus den Summenwerten des BDI, HAMD, PFB, MEL und den Subskalen von PFB und MEL (letztere nur zwischen T9 und T1).

Da diese Variablen ordinalskaliert waren, wurde für diese Auswertung der Spearman-Korrelationskoeffizient gewählt, welcher auf internen Rangreihen beruht und kein Intervallskalenniveau voraussetzt.

Die PFB-, BDI- und MEL-Items, bzw. deren Subskalen und Gesamtwerte stammen aus **T1** (der 1. Hauptuntersuchung) und aus **T9** (der 5. Hauptuntersuchung nach Ende des 2. Jahres nach Studienbeginn) genommen. Die „Expressed Emotions“ - Variablen entstammen alle nur aus T1. Die Responsevariablen stammen aus der Abschlußuntersuchung gegen Ende des Katamnesezeitraumes.

Allgemein konnte eine Vielzahl an Prädiktoren und bedeutsamen Variablen gefunden werden. Im weiteren werden die Variablen als Prädiktoren im engeren Sinne bezeichnet, die mit klinischen Variablen des BDI und HAMD sowie Episodenvariablen einschließlich Chronifizierung im signifikanten Zusammenhang stehen. Diese sind in fetter Schrift in der Tabelle als solche gekennzeichnet. Zu den Prädiktoren im engeren Sinne wurden auch die Variablen gezählt, die mit dem Terman-Item und den CGI-Variablen in signifikantem Zusammenhang stehen, da davon ausgegangen wird, daß das Ausmaß an Zufriedenheit und Glück in der ehelichen Beziehung mit entscheidend für die Lebensqualität ist, welche als Therapieziel betrachtet werden kann und die CGI-Variablen als Items zur Erfassung des Krankheitszustandes allgemein anerkannt sind.

5.1.2.1.2.1 Prädiktoranalyse hinsichtlich Faktoren für eine Remission

Prädiktoranalyse mit Variablen zu Beginn der Indexepisode (T1):

Es konnten viele Prädiktoren für eine Remission bei denjenigen Patienten, die im Katamnesezeitraum keine weitere Episode bei engem Rückfallkriterium erlebt hatten, identifiziert werden, die für eine vollständige Remission unter dem engen Rückfallkriterium mehr oder weniger kausal mit verantwortlich sein könnten.

Mit **rs=1.0 (p<0.0)** korrelierte die dichotome Variable „**mehr als 1 Episode bis T1**“, d.h. bis zur Aufnahme in die stationäre Therapie zur Indexepisode, mit der Variablen „**mehr als 1 Episode in Lebenszeit**“ unter dem engen Rückfallkriterium. Dies heißt statistisch betrachtet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die bis T1 nur eine Episode hatten, nach der Indexepisode keine weitere Episode mehr erleben werden.

Die Variable „**Anzahl der Episoden bis T1**“ korrelierte ebenfalls zu **rs=1.0 (p<0.0)** mit der Variablen „**Anzahl der Episoden in der bislang gesamten Lebenszeit**“ bei engem Rückfallkriterium. Dies bedeutet statistisch gesehen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die bis zur

Indexepisode nur wenige Episoden erlebt hatten, auch nach der Indexepisode nur wenige Episoden erleben werden, bzw. daß Nicht-Rückfallpatienten, die bis zur Indexepisode bereits viele Episoden erlebt hatten, auch danach mit vielen weiteren Episoden depressiver Zustände rechnen müssen.

Das HAMD-Item 9 „**Erregung**“ korrelierte zu $r_s=1.0$ ($p<0.0$) mit der dichotomen Variablen „**Chronifizierung**“ bei weitem Rückfallkriterium. Statistisch gesehen bedeutet dies, daß Nicht-Rückfallpatienten, die während der Aufnahme zur Indexepisode darüber berichteten, daß sie z. B. Nägelbeißen, Haarerufen, nicht still sitzen können oder zappelig sind, etc. sehr zu Chronifizierungen unter dem weitem Rückfallkriterium neigen, d.h. zu Zuständen von mindestens 2 Jahren, in denen sie nur als teilremittiert angesehen werden können.

Das HAMD-Item 12 „**gastrointestinale Symptome**“ korrelierte ebenfalls zu $r_s=1.0$ ($p<0.0$) mit der dichotomen Variable **Jahreszeit des Entlassungsdatums**. Somit wurden Nicht-Rückfallpatienten, die zur Indexepisode starke gastrointestinale Symptome angaben, im Sommer entlassen.

Weiterhin korrelierte das BDI-Item 7 „**bin nicht von mir enttäuscht vs. ich hasse mich**“ aus der Patientenbefragung zu $r_s=-1.0$ ($p<0.0$) mit den dichotomen Variablen „**mehr als 1 Episode in der bisher gesamten Lebenszeit**“, bzw. „**mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum**“ (beide weites Rückfallkriterium). Dies heißt statistisch gesehen, daß Nicht-Rückfallpersonen, die von sich selbst nicht enttäuscht sind, mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum, bzw. der Lebenszeit aufweisen, als solche, die von sich enttäuscht sind und/oder dies fürchterlich finden.

Ebenfalls korrelierte die MMPI-Variable **Psychopathie** zu $r_s=-1.0$ ($p<0.0$) mit den Variablen PFB-Subskala **Zärtlichkeit** und **Gemeinsamkeit/Kommunikation** aus der Angehörigenbefragung, als auch der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Patientenbefragung, so daß man hier davon ausgehen kann, daß Patienten mit hohen Psychopathie-Werten geringe Ausprägungen auf den PFB-Subskalen haben, d.h., deren Angehörige über nur geringes partnerschaftliches Verhalten mit Zärtlichkeit, Gemeinsamkeiten und Kommunikation berichten, als auch die Patienten selber über nur geringes Streitverhalten von Seiten der Angehörigen.

Weiterhin korrelierte das BDI-Item 2 „**sehe nicht mutlos in die Zukunft vs. sehe so mutlos in die Zukunft, daß die Situation nicht besser werden kann**“ aus der Patientenbefragung zu $r_s=-1.0$ ($p<0.0$) mit der Variablen Veränderung in der Häufigkeit und/oder Belastung durch

Life Events der Kategorie **Finanzen** während des 1. 2-Jahreszeitraumes. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 nur wenig oder nicht mutlos in die Zukunft sehen, im darauffolgenden 2-Jahreszeitraum einen Anstieg an Life Events der Kategorie Finanzen aufwiesen, bzw. diese als belastender bewerteten.

Zu $rs=0.98$ ($p<0.05$) korreliert das HAMD-Item 1 „**Depressive Stimmung**“ mit der Variablen Veränderung im Katamnesezeitraum in der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Patientenbefragung. Dies bedeutet statistisch gesehen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher keine Gefühle von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder Wertlosigkeit angeben, eher über eine Abnahme an angegebenen Zärtlichkeiten von ihren Partnern während des Katamnesezeitraumes aufweisen.

Das BDI-Item 5 „**habe keine Schuldgefühle vs. habe immer Schuldgefühle**“ aus der Angehörigenbefragung korreliert zu $rs=-0.98$ ($p<0.04$) mit dem **Entlassungsdatum** aus der Indexepisode, als auch mit der Variablen Veränderung im Katamnesezeitraum in der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Angehörigenbefragung. Dies bedeutet statistisch betrachtet, daß Nicht-Rückfallpatienten ohne Schuldgefühle eher zu einem späteren Zeitpunkt aus der Indexepisode entlassen wurden, aber auch, daß deren Angehörige im 1. 2-Jahreszeitraum eher eine Zunahme an berichtetem Streitverhalten mit dem Patienten aufweisen.

Zu $rs=-0.98$ ($p<0.04$) korrelieren sowohl die MEL-Kategorie **Schwangerschaft/Kinder** mit **der BDI-Gesamtsumme** aus der Angehörigenbefragung, als auch die MEL-Kategorie **Gesundheit/Krankheit** mit der **PFB-Gesamtsumme** aus der Angehörigenbefragung. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher viele Life Events in der Kategorie Schwangerschaft/Kinder angaben oder diese schwerer bewerteten, eher Angehörige haben, die nur ein geringes Ausmaß an Depressivität aufweisen. Nicht-Rückfallpatienten hingegen, die eher viele Life Events in der Kategorie Gesundheit/Krankheit angaben oder diese schwerer bewerteten, haben dagegen Angehörige, die nur ein geringes Maß an partnerschaftlichem Verhalten vom Nicht-Rückfallpatienten angaben. Weiterhin bedeutet dies statistisch gesehen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher eine hohe Belastung durch Life Events der Kategorie Gesundheit/Krankheit bis T1 erlebt hatten, eher Angehörige haben, die mit dem partnerschaftlichen Verhalten insgesamt unzufrieden waren.

Zu $rs=0.97$ ($p<0.05$) korrelieren die BDI-Variablen 10 „**weint nicht öfters als früher vs. kann nicht mehr weinen**“ aus der Angehörigenbefragung mit der Variablen Veränderung in

der Variablen Veränderung in der Häufigkeit bzw. Bewertung in der MEL-Kategorie **Todesfälle bei nahen Angehörigen** im 1. 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode und die BDI-Variable 17 „**ich ermüde nicht stärker als sonst vs. ich bin zu müde, um etwas zu tun**“ aus der Angehörigenbefragung mit der dichotomen **Variable Jahreszeit des Entlassungsdatums**. Hieraus könnte man entnehmen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher etwas stärker als zuvor ermüden, eher im Sommer aus der Indexepisode entlassen wurden und das Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 häufiger als früher weinten, eine Zunahme an Belastung durch Life Events der Kategorie Todesfälle bei nahen Angehörigen im darauffolgenden 2-Jahreszeitraum aufweisen.

Die BDI-Variable 15 „**kann so gut arbeiten wie früher vs. ich bin arbeitsunfähig**“ aus der Angehörigenbefragung korrelierte ebenfalls zu $rs=-0.97$ ($p<0.04$) mit der Variablen Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum im **BDI-Summenwert** aus der Angehörigenbefragung, als auch mit der Variablen Veränderung in der Häufigkeit, bzw. Bewertung in der MEL-Kategorie **Schwangerschaft/Kinder** im 1. 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode. Dies bedeutet statistisch gesehen, daß Angehörige, die zu T1 eher keine Einbußen in ihrer Arbeitsfähigkeit angaben, eine Zunahme im BDI-Gesamtwert im darauffolgenden 2 Jahreszeitraum aufwiesen, sowie eine Zunahme in der Häufigkeit und/oder Belastung von Life Events in der Kategorie Schwangerschaft/Kinder.

Weiterhin korrelierte die BDI-Variable 8 „**habe nicht das Gefühl schlechter als andere zu sein vs. gebe mir die Schuld an allem, was schiefgeht**“ aus der Angehörigenbefragung zu $rs=-.97$ ($p<0.04$) mit der Variablen Veränderung im 1. 2-Jahresabschnitt in der Häufigkeit, bzw. Belastung des Life Events **Gesundheit**. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten mit Angehörigen, welche sich nicht für schlechter als andere Personen halten, eine Zunahme im 1. 2-Jahresabschnitt in der Häufigkeit oder Belastung von Life Events der Kategorie Gesundheit aufweisen.

Zu $rs=0.95$ ($p<0.04$) korreliert das HAMD-Item 14 „**Genitalsymptome**“ mit der Variablen Veränderung im Katamnesezeitraum im **PFB-Gesamtwert** aus der Patientenbefragung. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die nur geringe Genitalsymptome, wie Libidoverlust oder Menstruationsprobleme angaben, eher eine Abnahme im angegebenen partnerschaftlichen Verhalten während des Katamnesezeitraumes aufweisen.

Die BDI-Items 15 „**kann so gut arbeiten wie früher vs. ich bin arbeitsunfähig**“ und 16 „**schlafe so gut wie sonst vs. ich wache viel früher auf und kann nicht wieder einschlafen**“ jeweils aus der Angehörigenbefragung korrelieren zu $r_s=0.95$ ($p<0.04$) mit der Variablen Veränderung im 10-Jahreszeitraum im **HAMD-Summenwert**. Man kann daher davon ausgehen, daß statistisch gesehen, Nicht-Rückfallpatienten, die Angehörige haben, die zu T1 angegeben haben, daß sie so gut wie vor der Störung des Patienten arbeiten können, als auch angegeben haben, daß sie nicht stärker als früher ermüden, beim Nicht-Rückfallpatienten eine Abnahme im HAMD-Wert mit bewirken könnten.

Weiterhin korreliert die BDI-Variable das BDI-Item 14 „**sehe nicht schlechter als früher aus vs. finde mich häßlich**“ aus der Patientenbefragung zu $r_s=-0.95$ ($p<0.04$) mit der Variablen **selbstberichtete Gesamtrückfallzeit** (d.h. die Patienten gaben die Zeiten an, in denen sie erinnerten, einen Rückfall gehabt zu haben), so daß man daraus entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche sich selber als eher gleichbleibend aussehend und nicht häßlich bewerteten, retrospektiv über eher längere oder häufigere selbstberichtete Rückfallzeiten nach der Durchführung des Keller-Ratings berichteten.

Das BDI-Item 5 „**habe keine Schuldgefühle vs. habe immer Schuldgefühle**“ aus der Angehörigenbefragung korreliert zu $r_s=-0.95$ ($p<0.04$) mit der Variablen Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum in der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Angehörigenbefragung. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, deren Angehörige eher häufige Schuldgefühle angaben, eher Angehörige haben, die im 1. 2-Jahreszeitraum einen Rückgang an berichtetem Zärtlichkeitsverhalten von Seiten des Nicht-Rückfallpatienten aufweisen.

Die MMPI-Subskala **Maskulinität** korreliert zu $r_s=-0.95$ ($p<0.04$) sowohl mit der **Länge der letzten beschwerdefreien Zeit** im Keller-Rating, als auch mit der **mittleren Länge der beschwerdefreien Zeit**, jeweils unter weitem Rückfallkriterium. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher nicht maskulin sind, eher längere Zeiten subsyndromaler depressiver Zustände aufweisen.

Zu $r_s=-0.94$ ($p<0.05$) korreliert die **MMPI-Lügenskala** mit der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Angehörigenbefragung. Das heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 eher Schwächen und Fehler negierten, Angehörige haben, die eher geringe Grade an Kommunikation und Gemeinsamkeit mit dem Patienten angeben.

Zu $rs=0.9$ ($p<0.03$) korreliert das HAMD-Item 10 „**Angst-psychisch**“ mit der MPT-Variablen **Frustrationstoleranz**, so daß man daraus schließen könnte, daß Nicht-Rückfallpatienten, die über keine oder nur geringfügige psychischen Ängste zu T1 berichteten, zur Abschlußuntersuchung, also ca. 10 Jahre später nur geringe Werte auf der MPT-Subskala Frustrationstoleranz aufwiesen.

Weiterhin korrelierte die selbe Prädiktorvariable zu $rs=-0.89$ ($p<0.02$) mit der Variablen Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum in der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Angehörigenbefragung, so daß man hieraus entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche über psychische Ängste zu T1 berichteten, Angehörige haben, die eine Abnahme im angegebenen Streitverhalten vom Patienten im 1. 2-Jahreszeitraum aufwiesen.

Zu $rs=0.87$ ($p<0.04$) korreliert die **PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Patientenbefragung mit der Variablen „**Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten**“, so daß man davon ausgehen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten mit hohen Werten auf der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation öfters angeben, während des Katamnesezeitraumes Psychotherapie erhalten zu haben.

Die MMPI-Variable **Psychasthenie** korreliert zu $rs=-0.87$ ($p<0.04$) mit der MPT-Variablen **esoterische Neigungen**. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 eher niedrige Werte auf der Variablen Psychasthenie aufwiesen, zum Ende des Katamnesezeitraumes eher hohe Werte auf der Subskala Esoterische Neigungen haben.

Zu $rs=0.84$ ($p<0.05$) korreliert das HAMD-Item 10 „**Angst-psychisch**“ mit der Variablen Veränderung im **HAMD-Summenscore** im Katamnesezeitraum. Das bedeutet, daß Patienten, die eher über geringe psychische Angst zu T1 berichteten, im Katamnesezeitraum eine weitere Abnahme und solche, die eher hohe Werte in diesem HAMD-Item zu T1 hatten eher eine Zunahme im Katamnesezeitraum im HAMD-Gesamtwert aufwiesen.

Die MMPI-Variable **Hypochondrie** korrelierte zu $rs=0.82$ ($p<0.04$) mit der Variablen CGI-**Schweregrad der Krankheit**, so daß man hier davon ausgehen kann, daß hypochondrische Nicht-Rückfallpatienten einen eher höheren Schweregrad der Erkrankung nach Ablauf der 10 Jahre haben.

Zu $rs=0.81$ ($p<0.04$) korrelierte die MMPI-Subskala **soziale Introversion** mit der CGI-Variablen **Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung**, so daß man hier davon ausgehen kann, daß höhere Werte an sozialer Introversion eher mit Verschlechterungen des depressionsbezogenen psychischen Zustandes bei Nicht-Rückfallpatienten einhergehen.

Zu $rs=0.78$ ($p<0.05$) korreliert das HAMD-Item 18a „**Tagesschwankungen morgens vs. abends**“ mit der Variablen Veränderung im Katamnesezeitraum auf dem **PFB-Summenwert** aus der Patientenbefragung. Daraus kann man schlußfolgern, daß Nicht-Rückfallpatienten mit eher starken Tagesschwankungen, vor allem am Abend dazu neigen, im darauffolgenden Katamnesezeitraum eine Zunahme im Gesamtwert für partnerschaftliches Verhalten von ihren Angehörigen aufweisen.

Das HAMD-Item 14 „**Genitalsymptome**“ korreliert ebenfalls zu $rs=0.78$ ($p<0.05$) mit der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Angehörigenbefragung, woraus man entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher stärkere Genitalsymptome zu T1 hatten, Angehörige haben, die zu T10 ein ausgeprägteres Zärtlichkeitsverhalten vom Patienten angeben, als dies zu T9 der Fall war.

Das BDI-Item 17 „**ermüde nicht stärker als sonst vs. bin zu müde, um etwas zu tun**“ aus der Angehörigenbefragung korreliert zu $rs=-0.78$ ($p<0.05$) mit dem **Entlassungsdatum** aus der Indexepisode und der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Angehörigenbefragung im 1. 2-Jahresabschnitt nach Entlassung aus der Indexepisode. Daraus kann man entnehmen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 angaben, eher stärker als früher zu ermüden, auch relativ früh aus der Indexepisode entlassen wurden. Weiterhin kann man daraus entnehmen, daß diese dann eher Angehörige haben, welche angaben, daß sich das Streitverhalten des nicht-Rückfallpatienten im darauffolgenden 2-Jahresabschnitt eher reduzierte.

Weiterhin korreliert das BDI-Item 10 „**weint nicht öfters als früher vs. kann nicht mehr weinen**“ aus der Patientenbefragung zu $rs=-0.78$ mit den Variablen Veränderung im Katamnese-, bzw. 10-Jahreszeitraum auf der PFB-Subskala **Zärtlichkeit**, aus der Patienten- bzw. Angehörigenbefragung. Dies läßt darauf schließen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 eher nicht öfter als davor weinten, eher eine Zunahme an selbstberichteter oder vom Angehörigen berichteter Zärtlichkeit während dieser Zeiträume aufweisen. Weiterhin korreliert dieselbe Variable zu $rs=-0.78$ ($p<0.05$) mit der Variablen Veränderung im 10-Jahreszeitraum auf der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der

Tabelle 25:

Signifikante Korrelationen aus der Prädiktoranalyse der Nicht-Rückfallpatienten mit Variablen aus T1

Prädiktorvariable	Spearman's Rho	P<0.05	Indikatorvariable
Anzahl der Episoden bis T1	1.0	0.0	Anzahl der Episoden in Lebenszeit eRK
Mehr als 1 Episode bis T1	1.0	0.0	Mehr als 1 Episode in Lebenszeit eRK
HAMD-Item 9 „Erregung“	1.0	0.0	Chronifizierung wRK
HAMD-Item 12 „Körp. Sympt. Gastro.“	1.0	0.0	Sommer/Winter d. Entlassungsdatums
HAMD-Item 1 „Depressive Stimmung“	0.98	0.04	PFB Zärtlichkeit Patient T10-T9
BDI-Item 10 Angehörige „Weinen“	0.97	0.04	MEL Todesfälle T9-T1
BDI-Item 17 Angehörige „Ermüden“	0.97	0.05	Sommer/Winter d. Entlassungsdatums
HAMD-Item 14 „Genitalsymptome“	0.95	0.04	Summenwert PFB Patient T10-T9
BDI-Item 15 Angeh. „Arbeitsfähigk.“	0.95	0.04	Summenwert HAMD T10-T1
BDI Item 16 Ang. „Schläft gut/schlecht“	0.95	0.04	Summenwert HAMD T10-T1
HAMD-Item 10 „Angst-psychisch“	0.9	0.03	MPT Frustrationstoleranz
PFB Gemeinsam./Komm. Patient	0.87	0.04	Psychotherapie in Katamnese
HAMD-Item 10 „Angst-psychisch“	0.84	0.05	Summenwert HAMD T10-T9
MMPI Hypochondrie	0.82	0.04	CGI Schweregrad der Krankheit
MMPI Soziale Introversion	0.81	0.04	CGI Gesamtbeurteilung Zustandsänder.
HAMD-Item 14 „Genitalsymptome“	0.78	0.05	PFB Zärtlichkeit Angehörige T10
HAMD-Item 18a „Tageschwank. m/a“	0.78	0.05	Summenwert PFB Patient T10-T9
BDI-Item 10 Patient „Weinen“	-0.78	0.04	PFB Zärtlichkeit Patient T10-T9
BDI-Item 10 Patient „Weinen“	-0.78	0.05	PFB Zärtlichkeit Angeh. T10-T1
BDI-Item 10 Patient „Weinen“	-0.78	0.05	PFB Gemein./Komm. Ang. T10-T1
BDI-Item 17 Angeh. „Ermüden“	-0.78	0.05	Entlassungsdatum Indexepisode
BDI-Item 17 Angeh. „Ermüden“	-0.78	0.05	PFB Streitverhalten Angeh. T9-T1
HAMD-Item 16a „Gewichtsverlust“	-0.78	0.04	PFB Streitverhalten Patient T10-T1
MEL Wohnung	-0.78	0.04	PFB Gemein./Komm. Patient T10-T9
MEL Gericht/Gesetzesverstöße	-0.78	0.04	PFB Gemein./Komm. Patient T10-T9
MMPI Psychasthenie	-0.87	0.04	MPT Esoterische Neigung
HAMD-Item 10 „Angst-psychisch“	-0.89	0.02	PFB Streitverhalten Angeh. T9-T1
MMPI Lügenskala	-0.94	0.05	PFB Gemein./Komm. Angehörige T10
BDI-Item 5 Angeh. „Schuldgefühle“	-0.95	0.04	PFB Zärtlichkeit Angeh. T9-T1
BDI-Item 14 Patient „Aussehen“	-0.95	0.04	Gesamtrückfallzeit Selbstbericht KR
MMPI Maskulinität	-0.95	0.04	Länge letzter beschwerdefr. Zeit wRK
MMPI Maskulinität	-0.95	0.04	Mittl. Länge beschwerdefr. Zeit wRK
BDI-Item 8 Angehörige „schlechter sein“	-0.97	0.04	MEL Gesundheit T9-T1
BDI-Item 15 Angeh. „Arbeitsfähigkeit“	-0.97	0.04	Summenwert BDI Angehörige T9-T1
BDI-Item 15 Angeh. „Arbeitsfähigkeit“	-0.97	0.04	MEL Schwangerschaft T9-T1
BDI-Item 5 Angeh. „Schuldgefühle“	-0.98	0.04	Entlassungsdatum Indexepisode
BDI-Item 5 Angeh. „Schuldgefühle“	-0.98	0.04	PFB Streitverhalten Angeh. T9-T1
MEL Schwangerschaft	-0.98	0.04	Summenwert BDI Angehörige T10
MEL Gesundheit	-0.98	0.04	Summenwert PFB Angehörige T10
BDI Item 2 Patient „Zukunft“	-1.0	0.0	MEL Finanzen T9-T1
BDI-Item 7 Patient „enttäuscht“	-1.0	0.0	Mehr als 1 Episode in Lebenszeit wRK
BDI-Item 7 Patient „enttäuscht“	-1.0	0.0	Mehr als 1 Episode in Katamnese wRK
MMPI Psychopathie	-1.0	0.0	PFB Zärtlichkeit Angeh. T10-T1
MMPI Psychopathie	-1.0	0.0	PFB Gemein./Komm. Ang. T10-T9
MMPI Psychopathie	-1.0	0.0	PFB Streitverhalten Angeh. T10-T1

- **fett gedruckt sind die eigentlichen Prädiktoren der Patienten**
- *fett und kursiv gedruckt sind die „Prädiktoren“ der Angehörigen*
- KR: Keller-Rating
- eRK: enges Rückfallkriterium
- wRK: weites Rückfallkriterium

Angehörigenbefragung. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche eher wenig weinen, eine Zunahme während des 10-Jahreszeitraumes in Angaben über Gemeinsamkeiten und Kommunikation von den Angehörigen aufweisen.

Weiterhin korrelierte das HAMD-Item 16a „**Gewichtsverlust aus Anamnese**“ zu $r_s = -0.78$ ($p < 0.04$) mit der Variablen Veränderung im 10-Jahreszeitraum auf der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Patientenbefragung, so man hier davon ausgehen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten die eher einen Gewichtsverlust angaben, eher eine Abnahme während des 10-Jahreszeitraumes in den Angaben über Streitverhalten mit den Angehörigen aufweisen. Die MEL-Kategorien **Wohnung** und **Gericht/Gesetzesverstöße** korrelieren jeweils zu $r_s = -0.78$ ($p < 0.04$) mit der Variablen Veränderung in der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum, so daß man hieraus entnehmen kann, daß Patienten mit relativ häufigen oder als schwer bewerteten Life Events in diesen Kategorien eine Abnahme in partnerschaftlichen Gemeinsamkeiten und Kommunikation im Katamnesezeitraum aufweisen.

Zusammenfassung:

Zusammengefaßt kann man zur Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus **T1** und **Nicht-Rückfallpatienten** folgende Ergebnisse herausstellen:

Die Indikatorvariablen der **PFB-Gesamtwerte und Subskalen** korrelierten mit den folgenden bedeutsamen Variablen und Prädiktorvariablen: die MMPI-Variablen Psychopathie (Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung T9-T1) und die Lügenskala (Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung T10), das HAMD-Item 1 (Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung T9-T10), das HAMD-Item 14 (PFB-Gesamtwert der Patientenbefragung T9-T10), das HAMD-Item 10 (Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung T9-T1), das HAMD-Item 14 (Zärtlichkeiten aus der Angehörigenbefragung T9-T10), das HAMD-Item 16a (Streitverhalten aus der Patientenbefragung T1-T10), das HAMD-Item 18a (PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung T9-T10), die MEL-Kategorien Gesundheit/Krankheit (PFB-Gesamtsumme aus der Angehörigenbefragung T10), Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße (jeweils aus der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung), das BDI-Item 5 (Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung T9-T1), das BDI-Item 10 (Zärtlichkeit aus der Patienten (T9-T10)-

und Angehörigenbefragung, sowie Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung, jeweils T1-T10), sowie die PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung und die PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung (jeweils PFB-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung T10).

In Klammern angegeben sind hier jeweils die spezifischen PFB-Variablen.

Für die Indikatorvariable Anzahl der **Episoden** im Katamnesezeitraum bzw. für die bislang gesamte Lebenszeit konnte die Prädiktorvariablen „mehr als 1 Episode bis T1“, Anzahl der Episoden bis T1 und das BDI-Item 7 aus der Patientenbefragung identifiziert werden.

Für die Indikatorvariablen **Entlassungsdatum** aus der Indexepisode, bzw. Jahreszeit (Sommer oder Winter) des Entlassungsdatums aus der Indexepisode wurden die Variablen HAMD-Item 12, BDI-Item 5 aus der Angehörigenbefragung und das BDI-Item 17 aus der Angehörigenbefragung als bedeutsam identifiziert.

Die Indikatorvariable Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum in der Häufigkeit oder Belastung durch **Life Events** der MEL-Kategorie **Finanzen** korrelierte mit dem BDI-Item 2 aus der Patientenbefragung, die Indikatorvariable Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum in der Häufigkeit oder Belastung von Life Events der MEL-Kategorie **Gesundheit/Krankheit** korrelierte mit dem BDI-Item 8 aus der Angehörigenbefragung und die Indikatorvariable Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum in der Häufigkeit oder Belastung von Life Events durch die MEL-Kategorie **Todesfälle bei nahen Angehörigen** korrelierte mit dem BDI-Item 10 aus der Angehörigenbefragung.

Die MMPI-Variable **Psychopathie** korrelierte sehr hoch negativ mit den PFB-Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation aus der Angehörigenbefragung, als auch der PFB-Subskala Streitverhalten aus der Patientenbefragung.

Die Indikatorvariable **Frustrationstoleranz** aus dem MPT konnte den Prädiktor HAMD-Item 10 identifizieren, die MPT-Variable esoterische Neigung die MMPI-Variable Psychasthenie.

Die Indikatorvariablen Länge der letzten **beschwerdefreien Zeit** aus dem Keller-Rating und die mittlere Länge der beschwerdefreien Zeit, jeweils weites Rückfallkriterium, konnten als Prädiktor die MMPI-Variable Maskulinität nachweisen.

Die Indikatorvariable des **BDI-Summenwertes** aus der Angehörigenbefragung konnte als Prädiktor das BDI-Item 15 aus der Angehörigenbefragung (T9-T1) und die MEL-Kategorien Schwangerschaft/Kinder (nur T10) identifizieren.

Die Indikatorvariable Veränderung in der Höhe des **HAMD-Summenwertes** konnte als Prädiktoren die BDI-Items 15 und 16 jeweils aus der Angehörigenbefragung (T1-T10) identifizieren.

Die Indikatorvariablen **Schweregrad der Krankheit** (CGI) konnte als Prädiktor die MMPI-Variable Hypochondrie identifizieren, sowie die CGI-Variable Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung die MMPI-Variable soziale Introversion.

Die Indikatorvariable **Terman-Item** aus der Angehörigenbefragung konnte als Prädiktor die MEL-Kategorie Gesundheit/Krankheit identifizieren.

Die Indikatorvariable **Perceived Criticism** aus der Patientenbefragung konnte die MEL-Kategorie Liebesleben und Sexualität als bedeutsam identifizieren.

Die Indikatorvariable **selbstberichtete Gesamtrückfallzeit** konnte als Prädiktor das BDI-Item 14 aus der Patientenbefragung identifizieren.

Prädiktoranalyse mit Variablen vom Ende des 2-Jahres-Verlaufes (T9):

Als höchste negative Korrelationen mit **rs=-1.0** ($p<0.0$) finden sich die zwischen dem HAMD-Item 9 „**Erregung**“ und der Variablen Veränderung in Häufigkeit und/oder Belastung der MEL-Kategorie **Finanzen** im 1. 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode. Dies bedeutet statistisch gesehen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 eher hohe Grade an Erregung aufwiesen, im davorliegenden 2-Jahreszeitraum eine Abnahme der Belastung durch Life Events in der Kategorie Finanzen aufwiesen.

Zu **rs=0.99** ($p<0.03$) korreliert die Subskala PFB **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Angehörigenbefragung und dem **Terman-Item** aus der Patientenbefragung. Dies bedeutet, daß für sehr hohe Werte auf dieser PFB-Subskala mit sehr hohen Ausprägungen auf dem Item für Eheglück einhergehen, so daß man davon ausgehen kann, daß wenn Patienten Angehörige haben, die angeben, daß sie eine gute Kommunikation mit dem Patienten haben, die Einschätzung des Eheglücks durch den Patienten positiv ist.

Zu **rs=0.98** korrelieren die Variablen HAMD-Item 14 „Genitalsymptome“ und HAMD-Item 18a, bei dem der Patient angegeben sollte, ob die depressiven Symptome Tagesschwankungen unterworfen sind, mit der CGI-Variablen Gesamtbeurteilung des

Tabelle 26:

Signifikante Korrelationen aus der Prädiktoranalyse der Nicht-Rückfallpatienten mit Variablen aus T9

Prädiktorvariable	Spearman's Rho	P<0.05	Indikatorvariable
PFB Gemeinsam./Komm. Angehörige	0.99	0.03	Terman-Item Patient
HAMD-Item 14 „Genitalsymptome“	0.98	0.03	CGI Gesamtbeurteilung Zustandsänder.
HAMD-Item 18a „Tagesschwank. m/a“	0.98	0.03	CGI Gesamtbeurteilung Zustandsänder.
PFB Gemeinsam./Komm. Patient	0.97	0.04	PFB Gemein./Komm. Pat. T9-T1
PFB Gemeinsam./Komm. Patient	0.95	0.05	PFB Zärtlichkeit Patient T9-T1
PFB Summenwert Patient	0.94	0.03	MPT Esoterische Neigung
PFB Zärtlichkeit Patient	0.94	0.03	MPT Esoterische Neigung
HAMD-Item 18b „Stärke Tagesschw.“	0.89	0.03	Summenwert BDI Patient T10-T1
BDI-Item 21 Patient „Sexualität“	0.83	0.05	CGI Schweregrad der Krankheit
BDI-Item 1 Patient „traurig“	0.78	0.04	PFB Streitverhalten Patient T10-T9
BDI Item 2 Patient „Zukunft“	0.78	0.04	PFB Streitverhalten Patient T10-T9
BDI Item 13 Patient „Entscheidungen“	0.78	0.05	Gesamtrückfallzeit Katamnese wRK
BDI Item 16 Patient „Schläft gut/schlecht“	0.78	0.04	Summenwert PFB Patient T10-T9
HAMD-Item 1 „Depressive Stimmung“	0.78	0.04	Summenwert PFB Patient T10-T9
BDI-Gesamtwert Angehörige	0.75	0.04	CGI Schweregrad der Krankheit
HAMD-Item 4 „Einschlafsstörung“	-0.78	0.05	Mittlerer Keller-Rating-Wert
HAMD-Item 4 „Einschlafsstörung“	-0.78	0.05	Summe der Keller-Rating-Werte/Patient
HAMD-Item 4 „Einschlafsstörung“	-0.78	0.05	PFB Streitverhalten Angehörige T10
HAMD-Item 5 „Durchschlafsstörung“	-0.78	0.05	Summe der Keller-Rating-Werte/Patient
HAMD-Item 14 „Genitalsymptome“	-0.78	0.05	Mittlere Episodenlänge wRK KR
PFB Gemeinsam./Komm. Angehörige	-0.78	0.05	CGI Gesamtbeurteilung Zustandsänder.
Belastung durch Life Events	-0.78	0.05	CGI Gesamtbeurteilung Zustandsänder.
MEL Wohnung	-0.78	0.04	PFB Gemein./Komm. Patient T10-T9
MEL Gericht/Gesetzesverstöße	-0.78	0.04	PFB Gemein./Komm. Patient T10-T9
BDI-Item 8 Patient „schlechter sein“	-0.79	0.03	MPT Isolationstendenz
BDI-Item 1 Patient „traurig“	-0.81	0.04	MPT Rigidität
BDI Item 2 Patient „Zukunft“	-0.81	0.04	MPT Neurotizismus
BDI Item 2 Patient „Zukunft“	-0.81	0.04	MPT Rigidität
BDI-Item 1 Patient „traurig“	-0.81	0.04	MPT Neurotizismus
BDI-Gesamtwert Patient	-0.85	0.05	MPT Esoterische Neigung
BDI-Gesamtwert Angehörige	-0.89	0.02	Psychotherapie in Katamnese
BDI-Item 17 Patient „Ermüden“	-0.91	0.05	Belastung durch Life Events T9-T1
BDI-Item 4 Patient „Genießen“	-0.93	0.04	PFB Gemein./Komm. Ang. T9-T1
MMPI Lügenskala	-0.94	0.05	PFB Gemein./Komm. Ang. T10
BDI-Item 11 Patient „reizbar“	-0.97	0.03	Anzahl der Episoden Katamnese wRK
PFB Streitverhalten Angehörige	-0.98	0.04	Anzahl der Rückfälle aus KR
PFB Streitverhalten Angehörige	-0.98	0.04	Anzahl der Rückfälle gesamt
PFB Streitverhalten Angehörige	-0.98	0.04	Anzahl Rückfälle Selbstbericht
HAMD-Item 9 „Erregung“	-0.98	0.04	Mehr als 1 Episode in Katamnese wRK
MEL Schwangerschaft	-0.98	0.04	Summenwert BDI Angehörige T10
MEL Gesundheit	-0.98	0.04	Summenwert PFB Angehörige T10
HAMD-Item 9 „Erregung“	-1.0	0.0	MEL Finanzen T9-T1

- **fett gedruckt sind die eigentlichen Prädiktoren der Patienten**
- **fett und kursiv gedruckt sind die „Prädiktoren“ der Angehörigen**
- KR: Keller-Rating
- eRK: enges Rückfallkriterium
- wRK: weites Rückfallkriterium

Zustandsbildes. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die angeben, stärkere Genitalsymptome wie Libidoverlust oder Menstruationsstörungen zu haben, bzw. welche eher Tagesschwankungen am Morgen, bzw. vor allem am Abend angeben, einen höheren Wert auf der CGI-Variablen haben, welche die Gesamtbeurteilung des Zustandsbildes feststellt.

Zu $r_s = -0.98$ ($p < 0.04$) korreliert die PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Angehörigenbefragung mit der **Anzahl der Rückfälle** aus dem Keller-Rating bei weitem Rückfallkriterium, mit der Gesamtanzahl an Rückfällen über die gesamte bisherige Lebenszeit bei weitem Rückfallkriterium und mit der **selbstberichteten Anzahl der Rückfälle** im Katamnesezeitraum. Dies bedeutet, daß wenn die Angehörigen der Nicht-Rückfallpatienten über nur geringes Streitverhalten mit dem Patienten berichteten, die Nicht-Rückfallpatienten dann eher mehr Episoden mit subsyndromalen depressiven Zuständen haben.

Ebenfalls zu $r_s = -0.98$ ($p < 0.04$) korreliert das HAMD-Item 9 „**Erregung**“ mit der Variablen „**Mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum**“ bei weitem Rückfallkriterium. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher keine Erregungszustände zu T9 angegeben haben, mindestens eine weitere Episode im Katamnesezeitraum unter weitem Rückfallkriterium haben werden.

Zu $r_s = -0.98$ ($p < 0.04$) korrelieren sowohl die MEL-Kategorie **Schwangerschaft/Kinder** mit der **BDI-Gesamtsumme** aus der Angehörigenbefragung, als auch die MEL-Kategorie **Gesundheit/Krankheit** mit der **PFB-Gesamtsumme** aus der Angehörigenbefragung. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eine hohe Belastung durch Life Events in der Kategorie Schwangerschaft/Kinder angaben oder diese als belastender bewerteten, Angehörige haben, die nur ein geringes Ausmaß an Depressivität aufweisen. Nicht-Rückfallpatienten hingegen, die eher eine hohe Belastung durch Life Events in der Kategorie Gesundheit / Krankheit angaben, haben dagegen Angehörige, die nur ein geringes Maß an partnerschaftlichen Verhalten vom Nicht-Rückfallpatienten angeben.

Zu $r_s = 0.97$ ($p < 0.04$) korreliert die PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Patientenbefragung mit der Variablen Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum auf der **gleichen PFB-Subskala** der Patientenbefragung. Dies heißt Nicht-Rückfallpatienten, die über eine gute Kommunikation und vielen Gemeinsamkeiten mit ihren Angehörigen zu T9 berichteten, in den davorliegenden 2 Jahren eher einen Anstieg in den Angaben von zuvor geringeren Graden an Kommunikation und Gemeinsamkeiten aufweisen.

Das BDI-Item 11 „**ich bin nicht reizbarer als sonst vs. fühle mich dauernd gereizt / Dinge berühren mich nicht mehr**“ aus der Patientenbefragung korreliert zu $r_s = -0.97$ ($p < 0.03$) mit der **Anzahl der subsyndromalen Episoden** aus dem Katamneszeitraum, so daß man hier davon ausgehen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die sich zu T9 eher als nicht stärker reizbar einschätzten im darauffolgenden Katamnesezeitraum häufigere subsyndromale Episoden aufweisen.

Zu $r_s = 0.95$ ($p < 0.05$) korreliert die PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Patientenbefragung mit der Variablen Veränderung im 1. 2-Jahreszeitraum auf der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** ebenfalls aus der Patientenbefragung, so daß man hier annehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher hohe Werte zu T9 hatten, im davorliegenden 2-Jahreszeitraum eine Zunahme in den Angaben über Zärtlichkeitsverhalten von Seiten derer Angehöriger aufweisen.

Zu $r_s = 0.94$ ($p < 0.03$) korreliert der **PFB-Summenwert** aus der Patientenbefragung mit der MPT-Subskala **Esoterische Neigungen**, so daß man davon ausgehen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die von einem guten allgemeinen partnerschaftlichen Verhalten ihrer Angehörigen berichten, hohe Werte auf dieser MPT-Subskala haben.

Weiterhin korreliert die PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Patientenbefragung mit der MPT-Subskala **Esoterisches Verhalten**, so daß man hier statistisch betrachtet annehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die von ihren Angehörigen eher von hohen Grade an Zärtlichkeitsverhalten berichten auch hohe Werte auf der Subskala Esoterisches Verhalten haben.

Zu $r_s = -0.94$ ($p < 0.05$) korreliert die **MMPI-Lügenskala** mit der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Angehörigenbefragung, so daß man hieraus entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 eher ihre Schwächen und Fehler negierten, zu T10 dann Angehörige haben, die von geringeren Graden an Kommunikation und Gemeinsamkeit mit dem Patienten berichten.

Zu $r_s = -0.93$ ($p < 0.04$) korreliert das BDI-Item 4 „**kann Dinge wie früher genießen vs. bin mit allen unzufrieden**“ aus der Patientenbefragung mit der Variablen Veränderung im davorliegenden 1. 2-Jahreszeitraum auf der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und**

Kommunikation aus der Angehörigenbefragung. Daraus kann man schlußfolgern, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 die Dinge eher wie früher genießen konnten, einen Anstieg in Bewertungen im davorliegenden 2-Jahreszeitraum aufweisen, wie deren Angehörige Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit dem Patienten einschätzten.

Zu $rs=-0.91$ ($p<0.05$) korrelierte das BDI-Item 17 „**ich ermüde nicht stärker als sonst vs. ich bin zu müde, um etwas zu tun**“ aus der Patientenbefragung mit der Variablen Veränderung im davorliegenden 2-Jahreszeitraum in der MEL-Variablen **Belastung durch Live Events**, so daß man hier feststellen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die angaben, mehr als früher zu ermüden, im davorliegenden 2-Jahreszeitraum eher einen Anstieg in den Häufigkeiten an Life Events aufwiesen oder diese als belastender bewerteten.

Zu $rs=0.89$ ($p<0.03$) korrelierte das HAMD-Item 18b „**Stärke der Tagesschwankungen**“ mit der Variablen Veränderung im **BDI-Summenwert** aus der Patientenbefragung im gesamten 10 Jahreszeitraum, so daß man hier davon ausgehen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 von höheren Graden an Tagesschwankungen in ihrem Befinden berichteten, eine Zunahme in ihrem Depressivitätswert im 10-Jahreszeitraum aufweisen.

Weiterhin korrelierte der **BDI-Gesamtwert** aus der Angehörigenbefragung aus T9 zu $rs=-0.89$ ($p<0.02$) mit der dichotomen Variable „**Psychotherapie im Katamnesezeitraum**“, so daß man hier schlußfolgern könnte, daß Nicht-Rückfallpatienten mit eher depressiven Angehörigen keine Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten haben.

Zu $rs=-0.85$ ($p<0.05$) korreliert der **BDI-Gesamtwert** aus der Patientenbefragung mit der MPT-Subskala **Esoterische Neigungen**, so daß man hieraus entnehmen könnte, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 eher sehr depressiv waren, zu T10 nur geringe esoterische Neigungen aufweisen.

Zu $rs=0.83$ ($p<0.05$) korreliert das BDI-Item 21 „**keine Veränderung im sexuellen Interesse vs. habe kein Interesse an Sexualität mehr**“ aus der Patientenbefragung mit der CGI-Variablen **Schweregrad der Erkrankung**, so daß hier anzunehmen ist, daß Nicht-Rückfallpatienten, die nach dem 1. 2 Jahreszeitraum eher keine Veränderung in ihrem

sexuellen Interesse wahrgenommen haben, einen geringeren Schweregrad ihrer depressiven Erkrankung am Ende des 10- Jahreszeitraumes aufweisen.

Zu $r_s = -0.81$ ($p < 0.04$) korreliert das BDI-Item 1 „**bin nicht traurig vs. bin so traurig, daß ich es kaum noch ertrage**“ aus der Patientenbefragung mit den MPT-Subskalen **Rigidität** und **Neurotizismus**. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die nur geringe Grade an Traurigkeit zu T9 angaben, eher hohe Werte an Rigidität und Neurotizismus in der MPT-Subskala aufweisen.

Weiterhin korreliert das BDI-Item 2 „**sehe nicht mutlos in die Zukunft vs. sehe so mutlos in die Zukunft, daß die Situation nicht besser werden kann**“ aus der Patientenbefragung mit den MPT-Subskalen **Rigidität** und **Neurotizismus**. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die weniger mutlos sind, relativ hohe Werte auf diesen Subskalen aufweisen, d.h. eher rigide und neurotisch sind.

Zu $r_s = -0.79$ ($p < 0.03$) korreliert das BDI-Item 8 „**habe nicht das Gefühl schlechter als andere zu sein vs. gebe mir die Schuld an allem, was schiefgeht**“ aus der Patientenbefragung mit der MPT-Subskala **Isolationstendenz**. Das heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten mit einem eher guten Selbstwertgefühl nur geringe Werte auf der Variablen Isolationstendenz haben.

Zu $r_s = 0.78$ ($p < 0.04$) korrelieren die BDI-Items 1 „**bin nicht traurig vs. bin so traurig, daß ich es kaum noch ertrage**“ und 2 „**sehe nicht mutlos in die Zukunft vs. sehe so mutlos in die Zukunft, daß die Situation nicht besser werden kann**“ jeweils aus der Patientenbefragung zu $r_s = 0.78$ ($p < 0.04$) mit der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher wenig traurig und nur wenig mutlos sind, eine Abnahme im berichteten Streitverhalten von ihren Angehörigen aufweisen.

Weiterhin korreliert das BDI-Item 2 „**sehe nicht mutlos in die Zukunft vs. sehe so mutlos in die Zukunft, daß die Situation nicht besser werden kann**“ aus der Patientenbefragung zu $r_s = 0.78$ ($p < 0.04$) mit der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum, so daß man hieraus entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die

eher wenig mutlos sind, eine Abnahme im berichteten Streitverhalten von ihren Angehörigen aufweisen.

Ebenfalls zu $r_s=0.78$ ($p<0.05$) korreliert das BDI-Item 13 „**bin so entschlußfreudig wie immer vs. kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen**“ aus der Patientenbefragung mit der **Gesamtrückfallzeit subsyndromaler depressiver Zustände** im Katamnesezeitraum. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher wie früher entscheidungsfreudig sind, eine nur geringe Gesamtrückfallzeit im darauffolgenden Katamnesezeitraum haben.

Das BDI-Item 16 „**schlafe so gut wie sonst vs. wache mehrere Stunden früher auf und kann nicht wieder einschlafen**“ aus der Patientenbefragung und das HAMD-Item 1 „**depressive Stimmung**“ korrelieren zu jeweils $r_s=0.78$ ($p<0.04$) mit der Variablen Veränderung im **PFB-Summenwert** aus der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum, so daß man hieraus entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten, die keine oder nur geringe Schlafstörungen haben, bzw, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 angaben, eher nicht depressiv zu sein, eher eine Abnahme im Wert für partnerschaftliches Verhalten von ihren Angehörigen im darauffolgenden Katamnesezeitraum aufweisen.

Zu $r_s=-0.78$ ($p<0.05$) korreliert das HAMD- Item 4 „**Einschlafstörung**“ mit dem **mittleren Keller-Rating-Wert**, mit der **Summe der Keller-Rating-Werte** der Patienten, als auch mit der PFB-Subskala **Streitverhalten** aus der Angehörigenbefragung. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten die zu T9 eher keine Einschlafstörungen haben, im darauffolgenden Katamnesezeitraum im Keller-Rating jedoch höhere mittlere Werte und Summenwerte aufweisen und Angehörige haben, die angaben, daß der Nicht-Rückfallpatient mit ihnen eher häufiger in Streitigkeiten verwickelt ist.

Das HAMD-Item 5 „**Durchschlafstörung**“ korreliert ebenfalls zu $r_s=-0.78$ ($p<0.05$) mit der **Summe der Keller-Rating-Werte** der Patienten, woraus man entnehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten die hier keine Durchschlafstörungen haben im Keller-Rating höhere Summenwerte aufweisen.

Das HAMD-Item 14 „**Genitalsymptome**“ korreliert zu $r_s=-0.78$ ($p<0.05$) mit der **mittleren Episodenlänge** subsyndromaler depressiver Zustände, so daß man hier annehmen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten mit eher geringen oder keinen Beschwerden wie Libidoverlust oder Menstruationsstörungen eher höhere mittlere Episodenlängen von subsyndromalen depressiven Zuständen im Keller-Rating haben.

Ebenfalls korreliert die PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Angehörigenbefragung mit der CGI-Variablen **Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung** zu $r_s = -0.78$ ($p < 0.05$), so daß man hier davon ausgehen kann, daß Nicht-Rückfallpatienten mit Angehörigen, die eher höhere Grade an Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit dem Patienten angeben, eher eine Verbesserung in ihrem depressiven Zustandsbild aufweisen oder nicht beurteilbar sind.

Die MEL-Kategorien **Wohnung** und **Gericht/Gesetzesverstöße** korrelieren jeweils zu $r_s = -0.78$ ($p < 0.04$) mit der Variablen Veränderung in der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum. Hierbei kann man davon ausgehen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 im vorangegangenen 3-Monatszeitraum eher eine geringe Belastung durch Life Events in diesen Kategorien angaben, eine Verbesserung der Gemeinsamkeiten und Kommunikation ihrer Angehörigen mit ihnen während des darauffolgenden Katamnesezeitraumes hatten.

Weiterhin korreliert die MEL-Variable **Belastung durch Life Events** zu $r_s = -0.78$ ($p < 0.05$) mit der CGI-Variablen **Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung**. Das heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 eine relativ hohe Belastung durch Life Events erleben mußten, in der Gesamtbeurteilung ihrer Zustandsänderung eine Verbesserung ihres depressiven Zustandsbildes aufweisen oder nicht beurteilbar sind.

Zu $r_s = 0.75$ ($p < 0.04$) korreliert der **BDI-Gesamtwert** aus der Angehörigenbefragung mit der CGI-Variablen **Schweregrad der Krankheit**. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten mit Angehörigen, die eher depressiv sind, selber gegen Ende des Katamnesezeitraumes als depressiv eingeschätzt werden.

Zusammenfassung:

Zusammengefaßt lassen sich zur Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus **T9** und **Nicht-Rückfallpatienten** folgende Ergebnisse herausheben:

Indikatorvariablen der **Belastung durch Life Events** und Belastung in der Kategorie **Finanzen** konnten das BDI-Item 17 aus der Patientenbefragung und das HAMD-Item 9 als bedeutsame Variablen ausmachen.

Indikatorvariablen der Veränderung der **PFB-Gesamtwerte und Subskalen** konnten die folgenden bedeutsamen Variablen ausmachen: die PFB-Subskalen Gemeinsamkeit und Kommunikation, sowie Zärtlichkeit jeweils aus der Patientenbefragung (jeweils Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung T9-T1), das BDI-Item 4 aus der Patientenbefragung (Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung T9-T1) sowie die MMPI-Lügenskala (Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung T9-T1), das BDI-Item 1 und 2, jeweils aus der Patientenbefragung (jeweils für Streitverhalten aus der Patientenbefragung T10-T9), das BDI-Item 16 aus der Patientenbefragung und das HAMD-Item 1 (jeweils für den PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung T10-T9), das HAMD-Item 4 (Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung aus T10), sowie die MEL-Kategorien Gesundheit/Krankheit (PFB-Gesamtsumme aus der Angehörigenbefragung aus T10), Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße (jeweils PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung) als Prädiktoren identifiziert werden.

Die Indikatorvariablen des CGI **Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung** konnte das HAMD-Item 14, sowie das HAMD-Item 18a, die MEL-Kategorie Berufliches, die MEL-Variable Belastung durch Life Events , sowie die PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung als Prädiktoren identifizieren und die CGI-Variable **Schweregrad der Erkrankung** das BDI-Item 21 aus der Patientenbefragung, sowie den BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung.

Die Indikatorvariable **Rückfälle** (Anzahl der Rückfälle aus dem Keller-Rating bei weitem Rückfallkriterium, Gesamtanzahl an Rückfällen über die gesamte bisherige Lebenszeit bei weitem Rückfallkriterium, die selbstberichtete Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum) konnte die PFB-Subskala Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung und das BDI-Item 13 aus der Patientenbefragung (Gesamtrückfallzeit subsyndromaler depressiver Zustände) als Prädiktoren identifizieren.

Für die Indikatorvariable „**Mehr als 1 Episode bis T1**“ konnte das HAMD-Item 9, das BDI-Item 11 (Anzahl der subsyndromalen Episoden aus dem Katamnesezeitraum) und das HAMD-Item 14 (mittlere Episodenlänge subsyndromaler depressiver Zustände) als Prädiktoren identifiziert werden.

Die Indikatorvariable **esoterische Neigung** aus dem MPT konnte den PFB-Summenwert, die PFB-Subskala Zärtlichkeit, jeweils aus der Patientenbefragung und den BDI-Summenwert aus der Patientenbefragung als bedeutsame Variablen identifizieren.

Die Indikatorvariable **Rigidität** aus dem MPT konnte die Variablen BDI-Item 1 und BDI-Item 2, jeweils aus der Patientenbefragung als bedeutsam identifizieren.

Die Indikatorvariable **Neurotizismus** aus dem MPT konnte als bedeutsame Variable das BDI-Item 2 aus der Patientenbefragung identifizieren.

Die Indikatorvariable **Isolationstendenz** aus dem MPT konnte das BDI-Item 8 aus der Patientenbefragung als bedeutsam identifizieren.

Die Indikatorvariable **Keller-Rating-Wert** konnte als Prädiktoren das HAMD-Item 5 (Summe und Mittelwert der Keller-Rating-Werte und Summe der Keller-Rating-Werte) identifizieren.

Die Indikatorvariable Veränderung in der Höhe des **BDI-Summenwertes** aus der Patientenbefragung konnte als Prädiktor das HAMD-Item 18b (T10-T1) identifizieren.

Die Indikatorvariable „**Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten**“ korrelierte mit dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung.

Die Indikatorvariable **Terman-Item** aus der Angehörigenbefragung konnte als Prädiktor die PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung identifizieren.

5.1.2.1.2.2 Prädiktoranalyse hinsichtlich Faktoren für einen rezidivierenden Verlauf

Prädiktoranalyse aus Werten von Prädiktorvariablen zu Beginn der Indexepisode (T1):

Die höchste Korrelation lag bei **rs=0.98** ($p<0.05$) zwischen der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Patientenbefragung und der **selbstberichteten Gesamtrückfallzeit** aus dem Keller-Rating. Hieraus kann man entnehmen, daß wenn Rückfallpatienten berichten, daß ihre Angehörigen ihnen eher hohe Grade an Zärtlichkeit entgegenbringen, daß dann die Gesamtrückfallzeit ebenfalls höher liegt.

Das HAMD-Item 11 „**Angst-somatisch**“ korreliert hingegen mit der **Länge der beschwerdefreien Zeit** zwischen der 1. und 2. letzten Episode bei weitem Rückfallkriterium zu **rs=0.89** ($p<0.0$), woraus zu entnehmen ist, daß Rückfallpatienten, die sehr dazu geneigt

haben, körperliche Begleiterscheinungen ihrer Depression zu entwickeln, eher längere beschwerdefreie Abstände zwischen der 1. und 2. letzten Episoden bei weitem Rückfallkriterium, d.h. bei maximal subsyndromalen depressiven Zuständen, im Katamnesezeitraum haben.

Weiterhin korrelierte das **Angehörigenalter** zu $rs=0.78$ ($p<0.04$) mit der **Länge der 3. letzten Episode** aus dem Keller-Rating bei engem Rückfallkriterium, so daß man hier davon ausgehen kann, daß Rückfallpatienten mit Angehörigen in eher fortgeschrittenerem Lebensalter längere 3.-letzte Episoden im Keller-Rating bei engem Rückfallkriterium haben.

Die MEL-Kategorie **Finanzen** hingegen korrelierte zu $rs=0.77$ ($p<0.04$) mit der Variablen Veränderung in der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Angehörigenbefragung im gesamten 10-Jahreszeitraum, bzw. zu $rs=0.76$ ($p<0.02$) mit der gleichen Veränderungsvariable bezüglich des Katamnesezeitraumes. Dies heißt, daß Rückfallpatienten, die zu T9 eher viele Life Events im Bereich Finanzen angaben, bzw. diese als besonders schwer bewerteten, im gesamten 10-Jahreszeitraum, bzw. nachfolgenden Katamnesezeitraum eine Zunahme des von den Angehörigen berichteten Zärtlichkeitsverhalten aufweisen.

Tabelle 27: Signifikante Korrelationen aus der Prädiktoranalyse der Rückfallpatienten mit Variablen aus T1

Prädiktorvariable	Spearman's Rho	P<0.05	Indikatorvariable
PFB Zärtlichkeit Patient	0.98	0.05	Gesamtrückfallzeit Selbstbericht KR
HAMD-Item 11 „Angst somatisch“	0.89	0.0	Länge beschwerdefr. Zeit l. Ep. KR wRK
Angehörigenalter	0.78	0.04	Länge der 3.-letzten Episode eRK KR
MEL Finanzen	0.77	0.04	PFB Zärtlichkeit Angeh. T10-T1
MEL Finanzen	0.76	0.02	PFB Zärtlichkeit Angeh. T10-T9

- **fett gedruckt sind die eigentlichen Prädiktoren der Patienten**
- KR: Keller-Rating
- eRK: enges Rückfallkriterium
- wRK: weites Rückfallkriterium

Zusammenfassung:

Zusammengefaßt kann man zur Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus **T1** und **Rückfallpatienten** folgendes feststellen:

Die Indikatorvariable **selbstberichteten Gesamtrückfallzeit** konnte als Prädiktorvariable die PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung identifizieren.

Die Indikatorvariable der **Länge der beschwerdefreien Zeit** zwischen der 1. und 2. letzten Episode bei weitem Rückfallkriterium konnte als Prädiktorvariable das HAMD-Item 11 identifizieren.

Die Indikatorvariable der **Länge der 3. letzten Episode** bei engem Rückfallkriterium konnte als Prädiktorvariable das Angehörigenalter identifizieren.

Die Indikatorvariable PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Angehörigenbefragung hingegen stellte die mit der MEL-Kategorie Finanzen als bedeutsame Variable.

Prädiktoranalyse aus Werten von Prädiktorvariablen vom Ende des 2-Jahres-Verlaufes (T9):

Die höchste Korrelation lag bei $rs=1.0$ ($p<0.0$) zwischen dem HAMD-Item 4 „**Einschlafstörungen**“ und der Variablen Veränderung der Häufigkeit und Belastung im davorliegenden 2-Jahreszeitraum in der MEL-Kategorie **Gericht und Gesetzesverstöße**. D.h., daß Rückfallpatienten mit Einschlafstörungen zu T9 im davorliegenden 2-Jahreszeitraum eine Zunahme der Häufigkeit oder Belastung durch Life Events dieser Kategorie aufwiesen, als solche Rückfallpatienten ohne Einschlafstörungen.

Weiterhin korrelieren zu $rs=-1.0$ ($p<0.0$) das BDI-Item 2 „**sehe nicht mutlos in die Zukunft vs. sehe so mutlos in die Zukunft, daß die Situation nicht besser werden kann**“, mit der Variablen Veränderung in der Häufigkeit und/oder Belastung der Life Events **Ausbildung** des davorliegenden 2-Jahresabschnittes. Dies heißt, daß Rückfallpatienten, welche nicht mutlos in die Zukunft sehen, einen Anstieg an Life Events in der MEL-Kategorie Ausbildung während der davorliegenden 2 Jahre aufwiesen oder diese als bedeutender bewerteten.

Zu $rs=-0.83$ ($p<0.04$) korreliert das BDI-Item 16 „**schlafe so gut wie sonst vs. wache mehrere Stunden früher auf und kann nicht wieder einschlafen**“ aus der Patientenbefragung mit Variablen Veränderung des **BDI-Summenwertes** aus der Patientenbefragung aus dem darauffolgenden Katamnesezeitraum. Daraus kann man schlußfolgern, daß Rückfallpatienten, die eher keine Schlafstörungen haben, im Katamnesezeitraum einen Anstieg im BDI-Summenwert aufweisen.

Zu $rs=-0.79$ ($p<0.03$) korreliert das HAMD-Item 18a „**Stärke der Tagesschwankungen**“ mit der Variablen Veränderung der PFB-Subskala **Gemeinsamkeit und Kommunikation** aus der Angehörigenbefragung im gesamten 10-Jahreszeitraum, woraus zu entnehmen ist, daß Rückfallpatienten, die unter eher wenig Tagesschwankungen zu T9 litten, Angehörige haben, die über die Patienten so berichteten, daß daraus zu schließen ist, daß die Partner während des gesamten 10-Jahreszeitraumes eher eine Zunahme an Kommunikation und Gemeinsamkeiten mit dem Rückfallpatienten.

Das HAMD-Item 18b „**Stärke der Tagesschwankungen**“ korreliert zu $rs=-0.78$ jeweils schwach signifikant mit der Variablen Veränderung des **PFB-Summenwertes** aus der Angehörigenbefragung im darauffolgenden Katamnesezeitraum, als auch aus dem gesamten 10-Jahreszeitraum, der Variablen Veränderung des PFB-Summenwertes aus der Patientenbefragung während des gesamten 10-Jahreszeitraumes, wie auch mit der Variablen Veränderung der PFB-Subskala **Zärtlichkeit** aus der Angehörigenbefragung des gesamten 10-Jahreszeitraumes und der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung zum Zeitpunkt der Abschlußuntersuchung. Aus diesen Werten kann man entnehmen, daß Rückfallpatienten, die unter wenig Tagesschwankungen zu T9 litten, während des darauffolgenden Katamnesezeitraumes oder des gesamten 10-Jahreszeitraumes eher eine Zunahme in den Angaben ihrer Angehörigen über partnerschaftliches Verhalten, bzw. Zärtlichkeitsverhalten von Seiten der Patienten aufweisen.

Tabelle 28: Signifikante Korrelationen aus der Prädiktoranalyse der Rückfallpatienten mit Variablen aus T9

Prädiktorvariable	Spearman's Rho	P<0.05	Indikatorvariable
HAMD-Item 4 „Einschlafsstörung“	1.0	0.0	MEL Gericht/Gesetzesverstöße T9-T1
MEL Finanzen	0.76	0.02	PFB Zärtlichkeit Angeh. T10-T9
Hamd-Item18b „Stärke Tagesschwank.“	-0.78	0.04	PFB Zärtlichkeit Angehörige
Hamd-Item18b „Stärke Tagesschwank.“	-0.78	0.02	Summenwert PFB Angehörige T10-T9
Hamd-Item18b „Stärke Tagesschwank.“	-0.78	0.04	Summenwert PFB Angehörige T10-T1
Hamd-Item18b „Stärke Tagesschwank.“	-0.78	0.05	Summenwert PFB Patient T10-T1
Hamd-Item18b „Stärke Tagesschwank.“	-0.78	0.04	PFB Zärtlichkeit Angeh. T10-T1
Hamd-Item18b „Stärke Tagesschwank.“	-0.79	0.03	PFB Gemein./Komm. Ang. T10-T1
BDI Item 16 Patient „Schläft gut/schl.“	-0.83	0.04	Summenwert BDI Patient T10-T9
BDI Item 2 Patient „Mutlos-Zukunft“	-1.0	0.0	MEL Ausbildung T9-T1

- **fett gedruckt sind die eigentlichen Prädiktoren der Patienten**
- KR: Keller-Rating
- eRK: enges Rückfallkriterium

Die MEL-Kategorie Finanzen hingegen korrelierte zu $r_s=0.76$ ($p<0.02$) mit der Variablen Veränderung in der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung im Katamnesezeitraum. Dies heißt, daß Rückfallpatienten, die zu T9 eher viele Life Events im Bereich Finanzen angaben bzw. diese als besonders belastend und schwer bewerteten, im nachfolgenden Katamnesezeitraum eine Zunahme des von den Angehörigen berichteten Zärtlichkeitsverhalten aufweisen.

Zusammenfassung:

Zusammengefaßt kann man zur Prädiktoranalyse mit Variablen aus **T9** und **Rückfallpatienten** folgende Ergebnisse herausstellen:

Die Indikatorvariablen Veränderung der **PFB-Gesamtwerte und Subskalen** konnten als bedeutsame Variablen das HAMD-Item 18b (für Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung T10-T1), dem PFB-Summenwert (aus der Angehörigenbefragung T10-T9 und T10-T1, als auch der Patientenbefragung T10-T1) und den PFB-Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit und Kommunikation (jeweils aus der Angehörigenbefragung T10-T1) und der MEL-Kategorie Finanzen (Variablen Veränderung in der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung T10-T9) nachweisen.

Die Indikatorvariable Veränderung in der Häufigkeit oder Belastung von **Life Events** in der MEL-Kategorie **Gericht/Gesetzesverstöße** konnte als bedeutsame Variable das HAMD-Item identifizieren.

Die Indikatorvariable Veränderung des **BDI-Gesamtwertes** im Katamnesezeitraum aus der Patientenbefragung konnte als Prädiktorvariable das BDI-Item 16 aus der Patientenbefragung (T10-T9) ausmachen.

Die Indikatorvariable der MEL-Kategorie Ausbildung des vorangegangenen 2-Jahresabschnittes korrelierte negativ mit der Prädiktorvariablen BDI-Item 2 "**sehe nicht mutlos in die Zukunft vs. sehe so mutlos in die Zukunft, daß die Situation nicht besser werden kann**".

5.1.2.1.2.3 Zusammenfassung

Bei den Prädiktoranalysen wurden die Life Event-Variablen, die PFB-Variablen und auch die HAMD- und BDI-Variablen sowohl als Response- als auch als Prädiktorvariablen angesehen,

da vermutlich davon ausgegangen werden kann, daß Ausprägungen in diesen Variablen sowohl ursächlich für die weiteren Ausprägungen der jeweiligen Variablen sein können, als auch als Konsequenz dieser betrachtet werden können. Als veranschaulichendes Beispiel sei hierfür die Variable der Live Event-Kategorie Ausbildung genannt, die sowohl Ursache einer Verschlechterung klinischer Zustandsbilder sein kann, als auch Folge von klinischen Symptomen, z. B. daß ein Schüler aufgrund von starker Depression eine Ausbildung abbricht.

Als Prädiktoren im engeren Sinne wurden diejenigen Variablen angesehen, die signifikante Korrelationen zu folgenden Variablen in T10 aufweisen: Anzahl oder Länge der Episoden, Länge der beschwerdefreien Zeiten, Chronifizierung, Gesamtrückfallzeit, BDI- und HAMD-Summenwerte, das Terman-Item und die CGI-Variablen, d.h. mit Variablen, die eine direkte Aussage bezüglich des depressiven Zustandsbildes machen.

Hinsichtlich der Rückfallpatienten zu T1 und T9 kann man die folgenden Ergebnisse vergleichend zusammenfassen:

Prädiktorvariablen im engeren Sinne zu **T1** waren je 1x PFB-Variablen, das HAMD-Item 11 –Angst somatisch- und das Angehörigenalter. **Responsevariablen** waren hierbei 2x Episodenvariablen und 1x die Gesamtrückfallzeit.

Prädiktorvariablen im engeren Sinne zu **T9** waren hierbei je 1x das Angehörigenalter und das BDI-Item 16 –schäft gut/schlecht- aus der Patientenbefragung. **Responsevariablen** waren hier je 1x eine Episodenvariable und die BDI-Gesamtsumme aus der Patientenbefragung.

Vergleich der Ergebnisse der Prädiktoranalysen der Rückfallpatienten mit denen der Nicht-Rückfallpatienten:

Im **Vergleich** der Ergebnisse der Prädiktoranalysen der Rückfallpatienten mit denen der Nicht-Rückfallpatienten, kann man als auffälligsten Unterschied den herausstellen, daß für Rückfallpatienten deutlich weniger Prädiktoren und Responsevariablen festgestellt werden konnten, als bei Nicht-Rückfallpatienten.

Weiterhin kann man feststellen, daß nur für Nicht-Rückfallpatienten Persönlichkeitsvariablen aus dem MMPI als **Prädiktoren** in Erscheinung treten, diese jedoch bei Rückfallpatienten für eine Prädiktion keine Rolle spielen. Auch die Expressed Emotions-Variablen scheinen für

eine Prädiktion weder zu T1 noch zu T9 und weder für eine Remission noch für einen Rückfall eine Rolle zu spielen.

Hingegen gab es bei den Nicht-Rückfallpatienten einen leichten Anstieg (von Häufigkeit 4 nach 5) in der Bedeutung von **Life Events** als Prädiktorvariablen von T1 nach T9, während diese bei den Rückfallpatienten von 0 auf 2 von T1 nach T9 hin zunahmen und somit in beiden Patientengruppen an Bedeutung gewannen.

Die **HAMD**-Items und -Gesamtwerte nahmen für beide Patientengruppen von T1 und T9 in ihrer Bedeutung als Prädiktoren deutlich zu, jedoch für Rückfallpatienten in etwas stärkerem Maße, während die BDI-Variablen für die Rückfallpatienten nur 2x als Prädiktor in T9 in Erscheinung treten, hingegen jedoch je 2x für Nicht-Rückfallpatienten zu T1 und T9.

Weiterhin erschien das **Angehörigenalter** für Rückfallpatienten sowohl zu T1 als auch zu T9 von Bedeutung zu sein, während dies für Nicht-Rückfallpatienten in der Prädiktoranalyse nicht gefunden wurde. Somit ist das Angehörigenalter nur für Rückfallpatienten als Prädiktorvariable von Bedeutung.

Das Patientenalter scheint hingegen weder für Rückfallpatienten noch für Nicht-Rückfallpatienten von prädiktiver Bedeutung zu sein.

Im **Vergleich zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten** kann man außerdem zusammenfassend festhalten, daß bei Nicht-Rückfallpatienten deutlich mehr signifikante Korrelationen von Prädiktorvariablen aus T10 mit Responsevariablen der Veränderung von MEL-Kategorien-Werte und Summen-, bzw. Subskalenwerte von BDI, HAMD und PFB vorzufinden waren, als bei Rückfallpatienten. Diese Korrelationen deuten auf eine Korrespondenz der zu T10 erhobenen Meßwerte der entsprechenden Items und Gesamtwerte mit der Veränderung in den Zeiträumen T10-T1, T10-T9 und T9-T1 und auf das Ausmaß und die Richtung der Veränderungen hin.

So haben **Nicht-Rückfallpatienten** mit Prädiktorvariablen aus **T1** 8 Korrespondenzen zwischen Responsevariablen der Veränderung T10-T1 mit Prädiktorvariablen, 7 Korrespondenzen zwischen Veränderungsvariablen T10-T9 und 9 Korrespondenzen mit Responsevariablen der Veränderung T9-T1.

Dies heißt, daß sich insgesamt für den 10-Jahreszeitraum einige der insgesamt 32 Veränderungsvariablen (auch mit nicht-signifikanten Veränderungsvariablen) gegenseitig

aufgehoben haben müssen. Hier haben vor allem die Veränderungsvariablen der BDI-Items aus der Angehörigenbefragung, gefolgt von den Veränderungsvariablen der MEL und der BDI-Items aus der Patientenbefragung die offensichtlichste Korrespondenz mit Meßwerten aus T10.

Nicht-Rückfallpatienten mit Prädiktorvariablen aus **T9** weisen 2 Korrespondenzen zwischen Veränderungsvariablen T10-T1 mit Prädiktorvariablen, 6 Korrespondenzen zwischen Veränderungsvariablen T10-T9 mit Prädiktorvariablen und 4 Korrespondenzen zwischen Veränderungsvariablen T9-T1 mit Prädiktorvariablen auf, d.h., daß Veränderungen in diesen Variablen am bedeutendsten für den weiteren Verlauf der depressiven Erkrankung sind.

Auch hier haben sich anscheinend einige der insgesamt 9 Veränderungsvariablen aufgehoben, wie dies bei einigen der BDI-Items aus der Patientenbefragung der Fall zu sein scheint, bei denen jeweils 2 Veränderungsvariablen zwischen T9 und T10, bzw. T1 und T9 signifikant mit Prädiktorvariablen korrespondierten, jedoch nicht mehr im Zeitfenster zwischen T1 und T10. Hier haben vor allem die Veränderungsvariablen der BDI-Items aus der Patientenbefragung die offensichtlichste Korrespondenz mit Meßwerten aus T10, d.h., zeigen die deutlichste Konsistenz hinsichtlich der Veränderung der depressiven Symptomatik.

Analysen der **Rückfallpatienten** mit Prädiktorvariablen aus **T1** zeigten lediglich je eine Korrespondenz von Veränderungsvariablen T1-T10 und T9-T10 mit Prädiktorvariablen. Rückfallpatienten mit Prädiktorvariablen aus T1 haben hingegen 4 Korrespondenzen mit Veränderungsvariablen T1-T10, 3 Korrespondenzen mit Veränderungsvariablen T9-T10 und 2 Korrespondenzen mit Veränderungsvariablen T9-T1. Hierbei haben sich vor allem die Veränderungswerte der HAMD-Items additiv zueinander verhalten, während hingegen, wie auch bei den Nicht-Rückfallpatienten, die anderen signifikanten Relationen zeitlich eher inkonsistent sind. Das heißt, daß gerade für Rückfallpatienten, besonders aber zum Zeitpunkt T1 die Ausgangssituation über entscheidende Veränderungen unbestimmt ist.

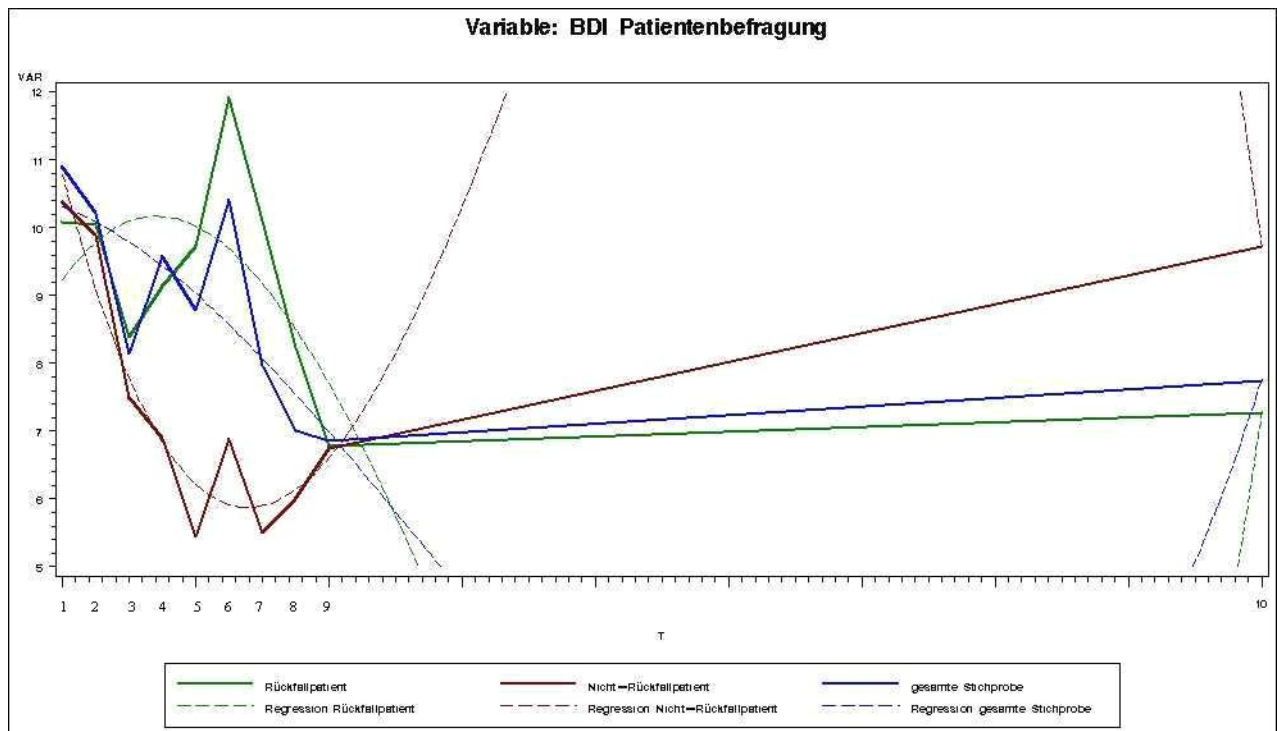
Angemerkt werden muß allgemein, daß bei der Prädiktoranalyse aufgrund der etwas kleineren Stichprobe von N=23 Rückfallpatienten viele der signifikanten Korrelationen aufgrund einer Stichprobengröße von unter 5 in der Auswertung nicht mit berücksichtigt werden konnten, da meines Erachtens eine Prädiktion nicht auf Meßwerten beruhen sollte, die weniger als 20% der Anzahl der Stichprobe ausmachen. Dies betraf vor allem alle BDI-Items und den BDI-

Summenwert aus der Angehörigenbefragung und die damit in Zusammenhang stehenden Veränderungsvariablen.

5.1.2.1.3 Mittelwertsvergleiche

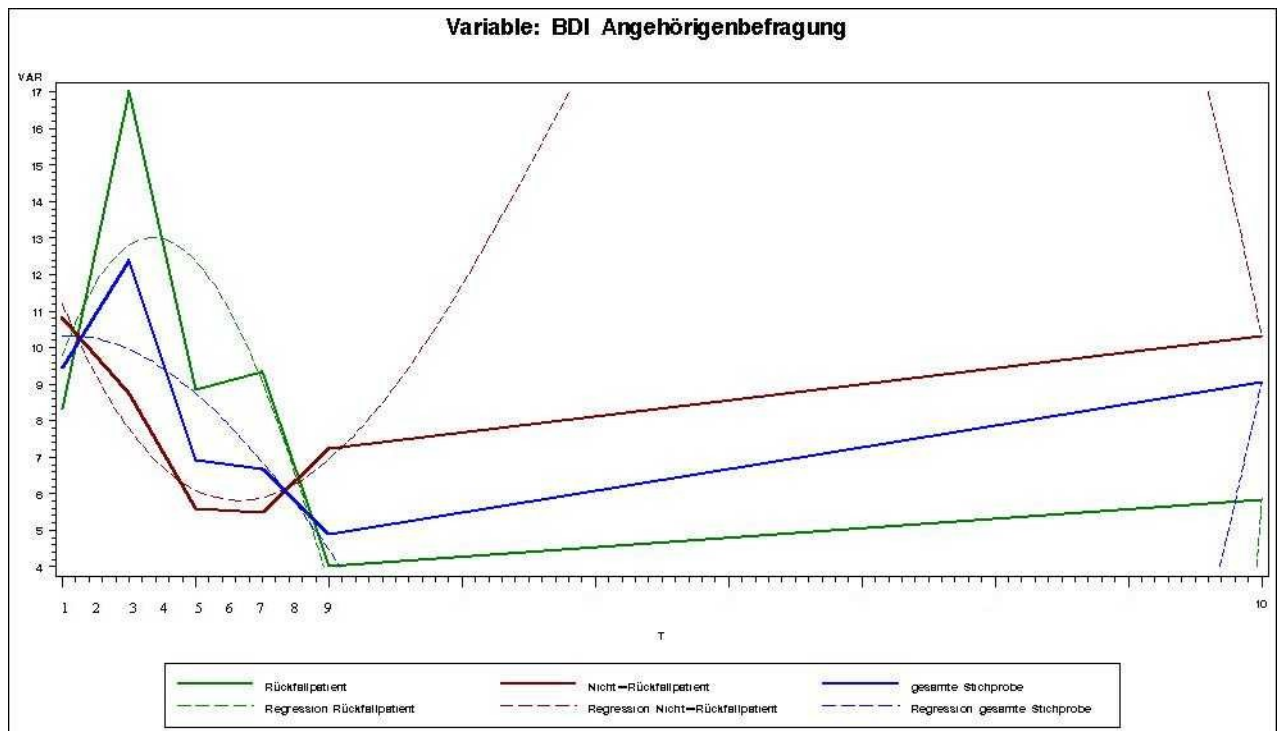
Bevor die signifikanten Mittelwertsvergleiche zwischen T1 und T9 mit T10 dargestellt werden, sollen zunächst die Verläufe in den Variablen BDI, HAMD und den PFB-Subskalen von T1 bis T10 graphisch präsentiert werden. In den nun folgenden Graphiken 4 – 13 werden die Mittelwerte für die gesamte Stichprobe, die Rückfall- sowie Nicht-Rückfallpatienten, sowie deren (quadratische) Regressionsgeraden dargestellt. Durch die quadratischen Regressionsgerade wird der jeweilige Trend sowie Trendänderungen erkennbar - diese werden jedoch nur beispielhaft in den ersten beiden Graphiken erklärt.

Dargestellt sind in Graphik 4 der Verlauf der Mittelwerte des BDI-Gesamtwertes aus der Patientenbefragung über den gesamten Erhebungszeitraum hinaus und zwar sowohl für die gesamte Stichprobe, als auch für die Rückfallpatienten und die Nicht-Rückfallpatienten. Weiterhin wurden die quadratischen Regressionsgeraden für die Verläufe der jeweiligen Subgruppen und der gesamten Patientenstichprobe dargestellt. Hierbei kann man erkennen, daß im Katamnesezeitraum alle Gruppen und Subgruppen eine mehr oder weniger steile Zunahme aufweisen, daß es aber im 1. 2-Jahreszeitraum bei den Nicht-Rückfallpatienten zu einem deutlicheren Abfall kommt, der sich jedoch im Katamnesezeitraum zu einem Anstieg hin entwickelt. Bei den Rückfallpatienten und der gesamten Stichprobe zeigt sich im 1. 2-Jahreszeitraum ein alternierender Verlauf mit einem Gipfel im BDI-Gesamtwert nach 1.25 Jahren und einem Minimum nach 2 Jahren. Die Regressionsgeraden zeigen für die Rückfallpatienten und die gesamte Stichprobe ähnliche Verläufe mit einer abnehmenden Tendenz in den ersten 2 Jahren und einer ansteigenden Tendenz während des Katamnesezeitraumes. Bei der Subgruppe der Nicht-Rückfallpatienten findet sich eine stark abnehmende Tendenz im 1. 1-Jahreszeitraum, mit einem Umkehrpunkt nach ca. 1.5 Jahren, so daß zu Beginn des Katamnesezeitraumes wieder eine tendenzielle Zunahme im Verlauf des BDI-Gesamtwertes erkennbar wird.



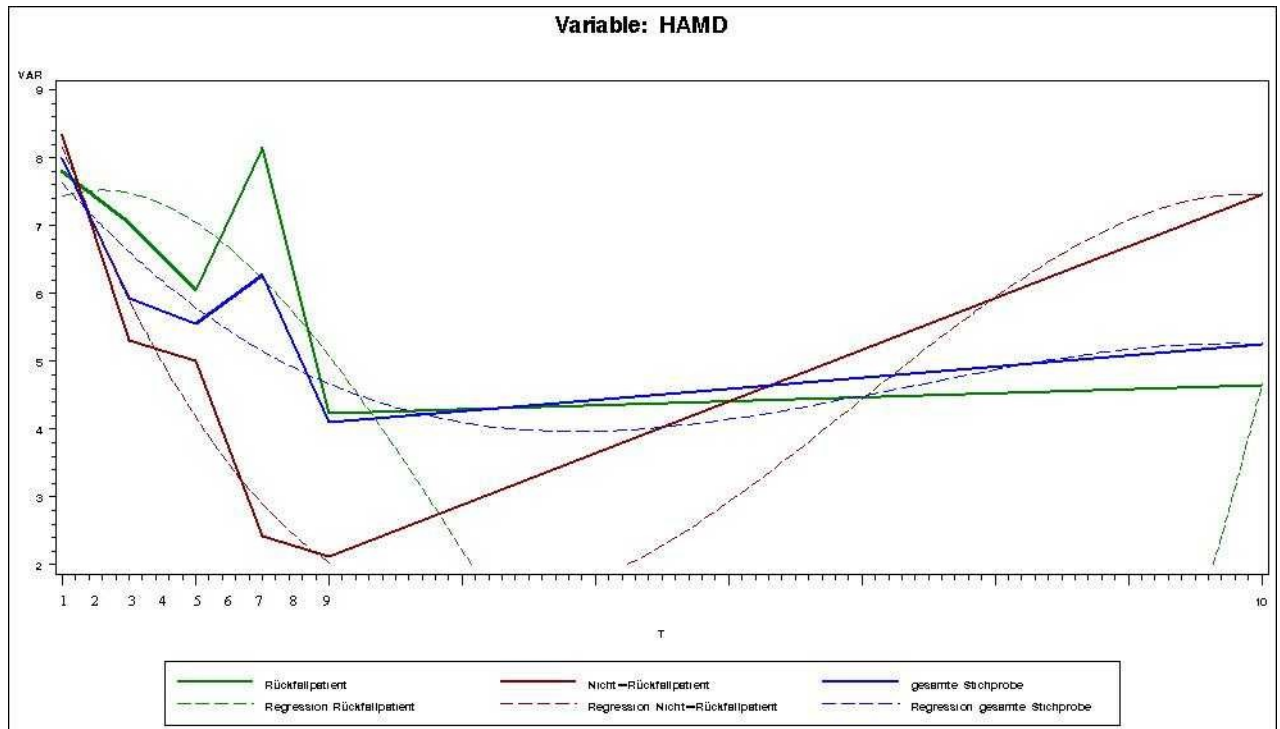
Graphik 4: Verlauf BDI Patientenbefragung

Graphik 5 stellt den Verlauf der Mittelwerte des BDI-Gesamtwertes aus der Angehörigenbefragung über den gesamten Erhebungszeitraum hinaus dar, wieder für die gesamte Stichprobe, als auch für die Subgruppe der Rückfallpatienten und die Nicht-Rückfallpatienten mit ihren quadratischen nonlinearen Regressionsgeraden. Hierbei kann man in der Darstellung der Mittelwerte erkennen, daß im Katamnesezeitraum alle Gruppen und Subgruppen eine mehr oder weniger steile Zunahme aufweisen, daß es aber im 1. 2-Jahreszeitraum nur bei den Nicht-Rückfallpatienten zu einem deutlichen Abfall kommt, hingegen bei den anderen beiden Gruppen zunächst zu einer Zunahme im BDI-Gesamtwert. Die Regressionsgeraden zeigen für die Rückfallpatienten und die gesamte Stichprobe ähnliche Verläufe mit einer abnehmenden Tendenz in den ersten 2 Jahren und einer ansteigenden Tendenz während des Katamnesezeitraumes. Bei der Subgruppe der Nicht-Rückfallpatienten findet sich eine stark abnehmende Tendenz im 1. 1-Jahreszeitraum, mit einem Umkehrpunkt nach ca. 1.5 Jahren, so daß zu Beginn des Katamnesezeitraumes wieder eine tendenzielle Zunahme im Verlauf des BDI-Gesamtwertes erkennbar wird.

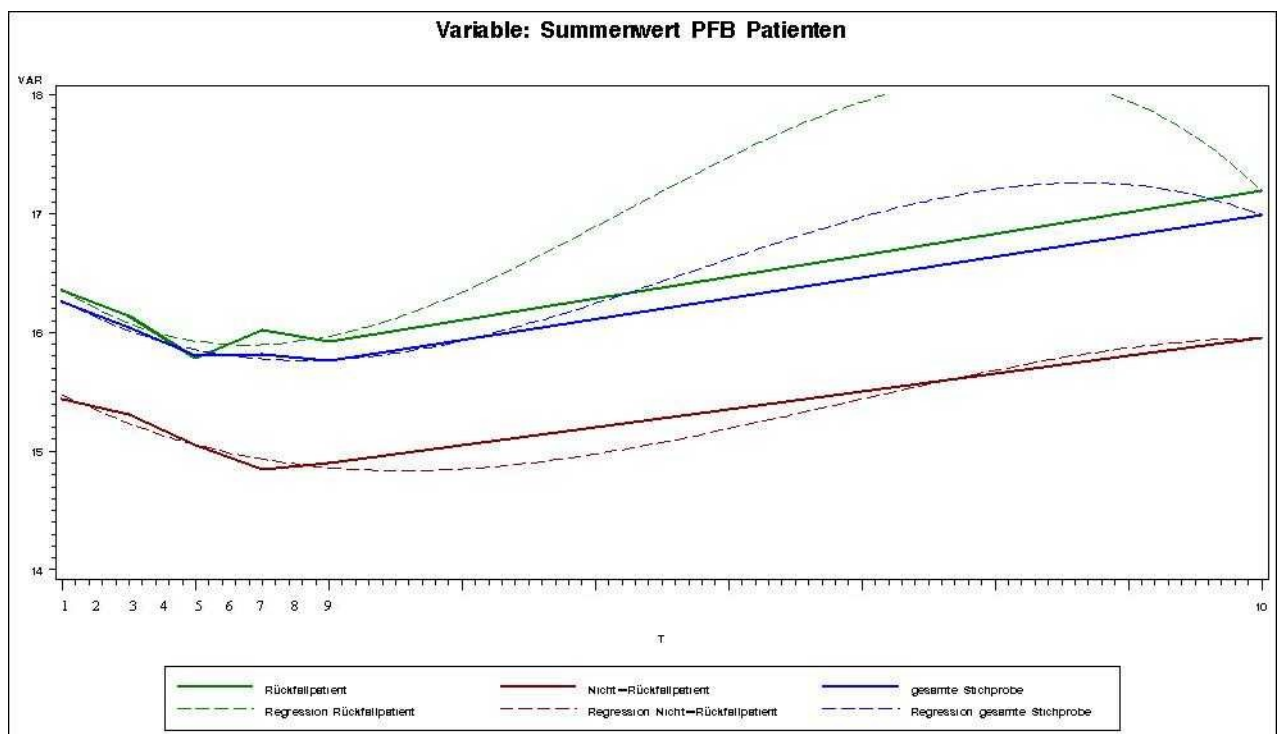


Graphik 5: Verlauf BDI Angehörigenbefragung

In Graphik 6 erkennt man den Verlauf der Mittelwerte im HAMD-Gesamtwert. Wie auch im BDI-Gesamtwert liegen zu T1, wie nicht anders zu erwarten, die Gesamtwerte bei den (späteren) Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten eng beieinander, jedoch zeigt sich, daß die Nicht-Rückfallpatienten einen stärkeren und kontinuierlicheren Abfall in den ersten 2 Jahren aufweisen und im Katamnesezeitraum eine stärkere Zunahme als die Rückfallpatienten. Dies deutet darauf hin, daß für die Nicht-Rückfallpatienten im Katamnesezeitraum die Wahrscheinlichkeit größer ist, einen weiteren Rückfall zu bekommen, als für die Rückfallpatienten bzw. daß die das Risiko bei den Nicht-Rückfallpatienten größer ist, zum Rückfallpatienten zu werden bzw. einen schlechteren HAMD-Gesamtscore zu haben, als es für die Rückfallpatienten ist, daß es ihnen hinsichtlich ihrer depressiven Erkrankung schlechter geht. Weiterhin könnte dies bedeuten, daß Nicht-Rückfallpatienten mehr von der stationären Psychotherapie profitieren konnten.



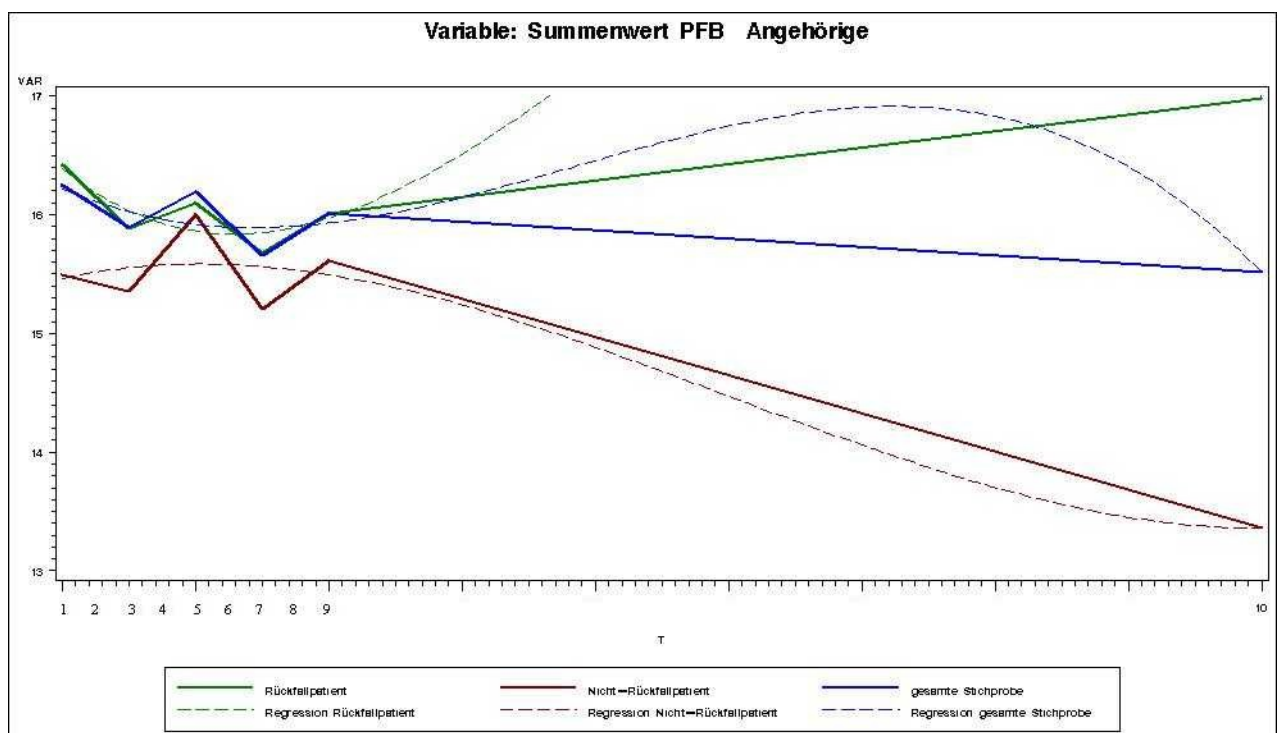
Graphik 6: Verlauf HAMD



Graphik 7: Verlauf PFB – Summerwert Patientenbefragung

In Graphik 7 kann man erkennen, daß es hinsichtlich des PFB-Summerwertes aus der Patientenbefragung tendenziell keinen Unterschied zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten gibt, jedoch die Nicht-Rückfallpatienten insgesamt immer deutlich, wenn auch nur nicht-signifikant (s.o.), niedriger als die Rückfallpatienten liegen.

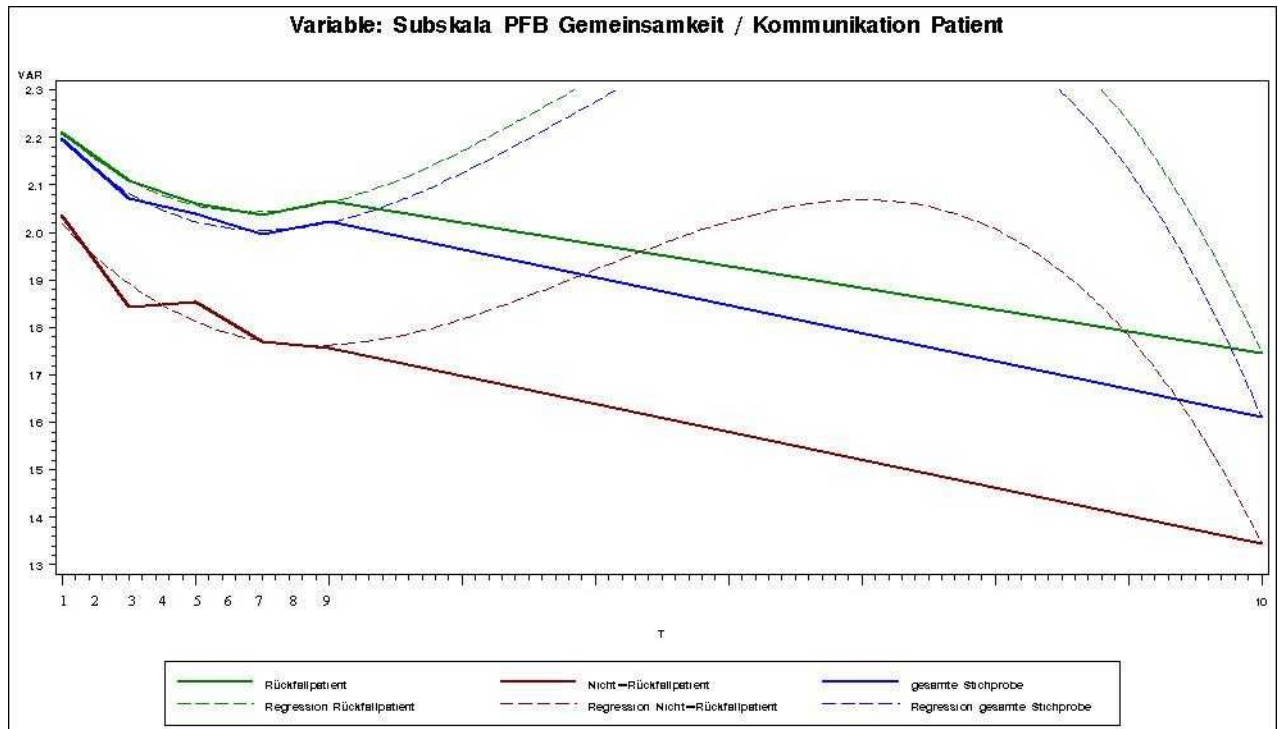
Graphik 8 zeigt den Verlauf des PFB-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung. Hierbei kann man erkennen, daß im Gegensatz zu den Nicht-Rückfallpatienten, welche eine Abnahme im PFB-Gesamtwert aufweisen, die Rückfallpatienten eine leichte Zunahme zeigen. Im 1. 2-Jahresverlauf sind die Verläufe in beiden Subgruppen weitgehend parallel, jedoch mit deutlicheren Schwankungen in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten, aber auch mit deutlich niedrigeren Anfangswerten zu T1. Hieraus könnte man entnehmen, daß vor allem aus Sicht der Nicht-Rückfallpatienten sich die Beziehung zwischen Patient und Angehörigen durch die Psychotherapie verbessert hat, sich diese Beziehung jedoch im Katamnesezeitraum im Vergleich zu den Rückfallpatienten eher verschlechterte.



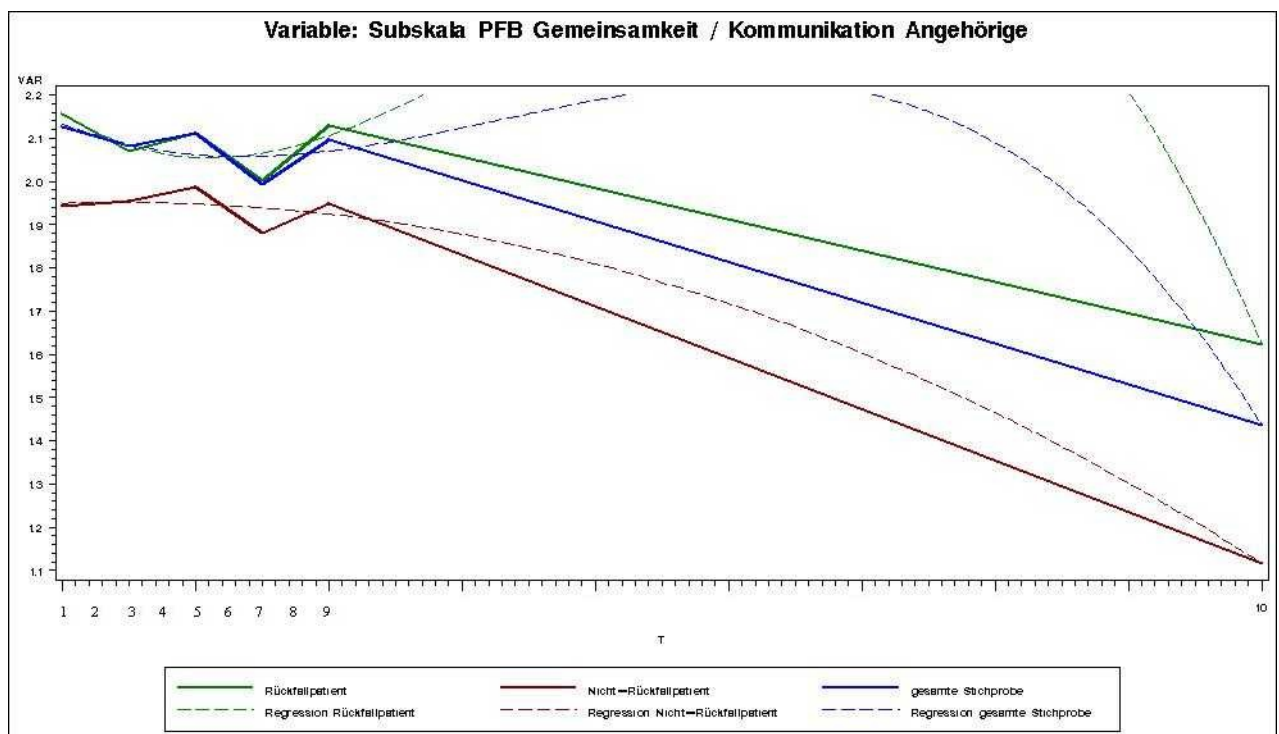
Graphik 8: Verlauf PFB – Summenwert Angehörigenbefragung

Graphik 9 zeigt den Verlauf der PFB-Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation aus der Patientenbefragung.

Hierbei kann man den tendenziell parallelen Verlauf zwischen den Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten erkennen und auch, daß beide Gruppen im Katamnesezeitraum einen Abfall auf dieser Subskala aufweisen, mit nicht-signifikant niedrigeren Werten in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten.



Graphik 9: Verlauf PFB – Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation Patientenbefragung

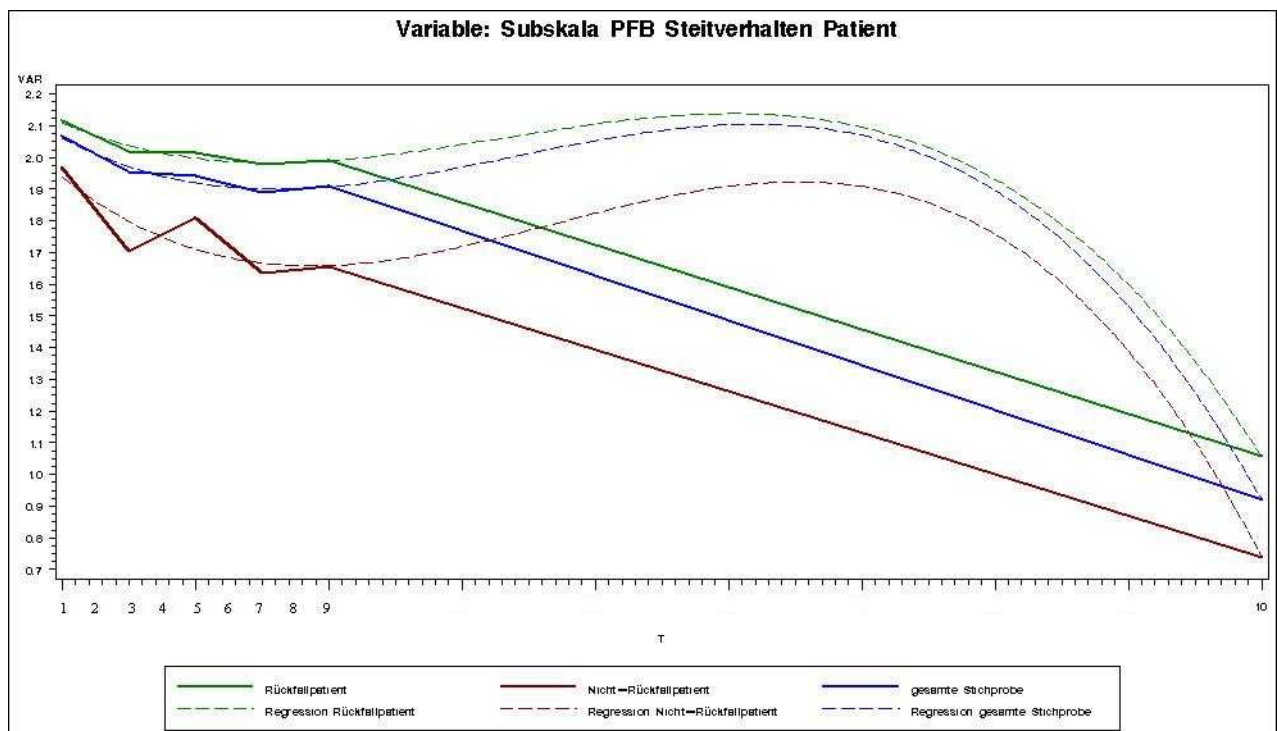


Graphik 10: Verlauf PFB – Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation Angehörigenbefragung

In Graphik 10 erkennt man den tendenziell parallelen Verlauf in der Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung. Der Verlauf ist ähnlich dem der Patientenbefragung, lediglich, daß hierbei zu T9 das 2. Maximum knapp unter dem Maximum

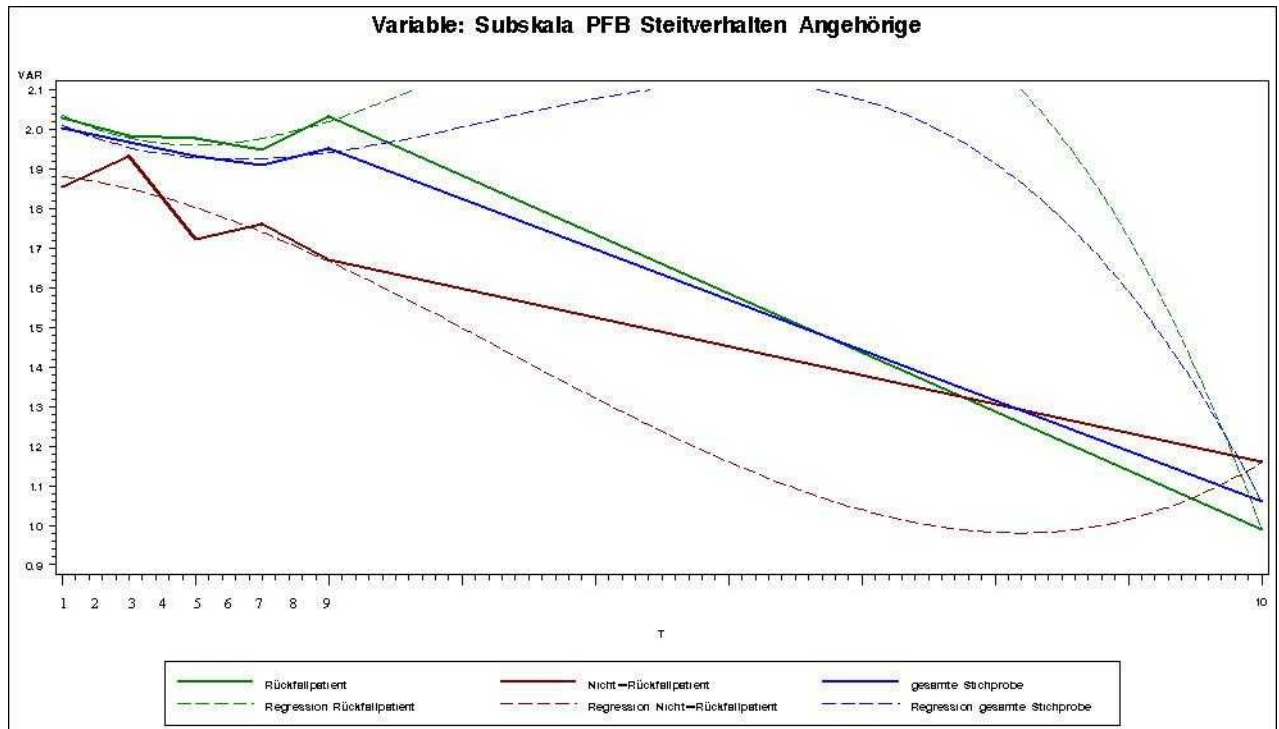
zu T1 zu erkennen ist. Der Abfall auf dieser Subskala verläuft etwas steiler als der bei den Rückfallpatienten.

Graphik 11 zeigt den 10-Jahresverlauf auf der Subskala Streitverhalten aus der Patientenbefragung. Hierbei erkennt man bei den Rückfallpatienten einen fast kontinuierlichen Abfall, während der Verlauf Nicht-Rückfallpatienten im ersten 2-Jahreszeitraum alternierend abfallend ist. Allgemein ist der Verlauf zwischen denen der Nicht-Rückfallpatienten und denen der Rückfallpatienten fast parallel.



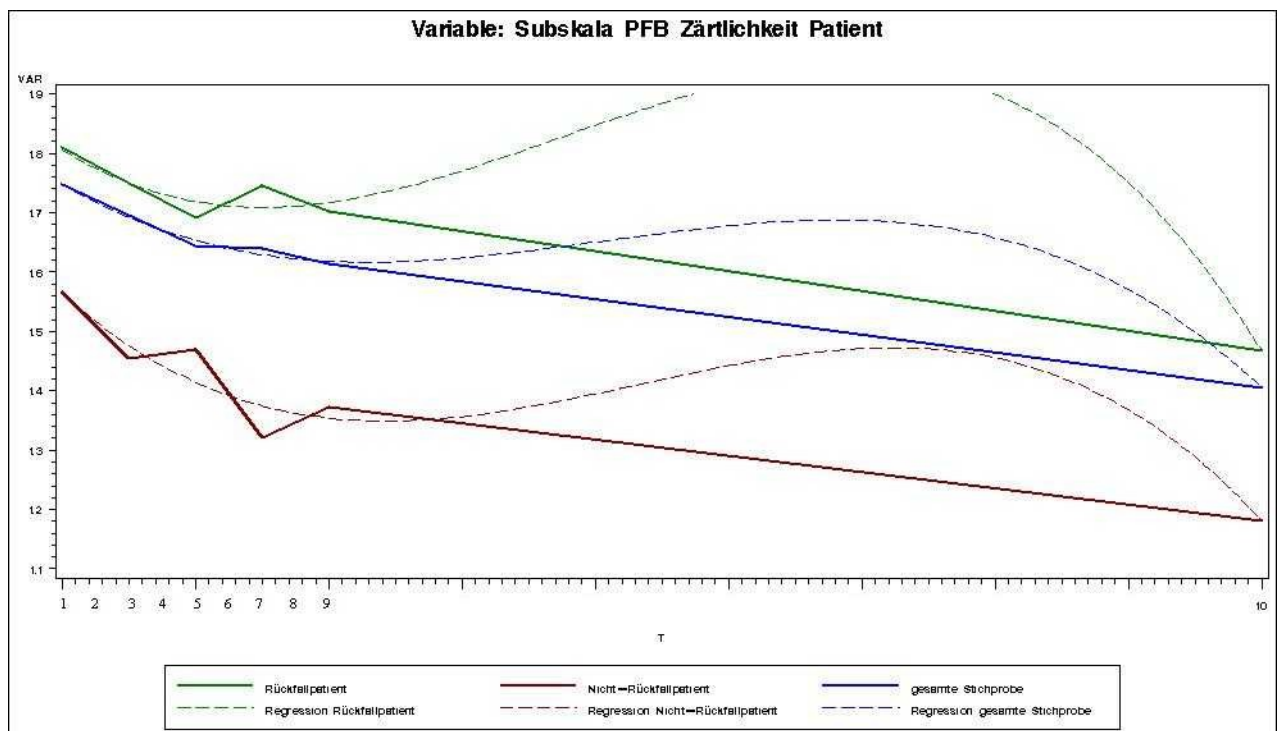
Graphik 11: Verlauf PFB – Subskala Streitverhalten Patientenbefragung

Graphik 12 zeigt den Verlauf auf der PFB-Subskala Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung. Auch hier kommt es, wie in allen anderen Subskalen auch, in beiden Patientengruppen zu einem Abfall im Katamnesezeitraum – weit unter den Wert zu T1. Während die Nicht-Rückfallpatienten ihren höchsten Wert im Streitverhalten in der 1. Zwischenuntersuchung aufweisen, ist dies bei den Rückfallpatienten zu T9 der Fall. Beide Gruppen zeigen im Katamnesezeitraum einen deutlichen Abfall im Streitverhalten, der jedoch bei den Rückfallpatienten stärker verläuft. Während es also auf der Subskala Streitverhalten in der Patientenbefragung es zu einem relativ kontinuierlichen Abfall kommt, kommt es in der Angehörigenbefragung bei den Rückfallpatienten zunächst zu einem Anstieg zu T9.



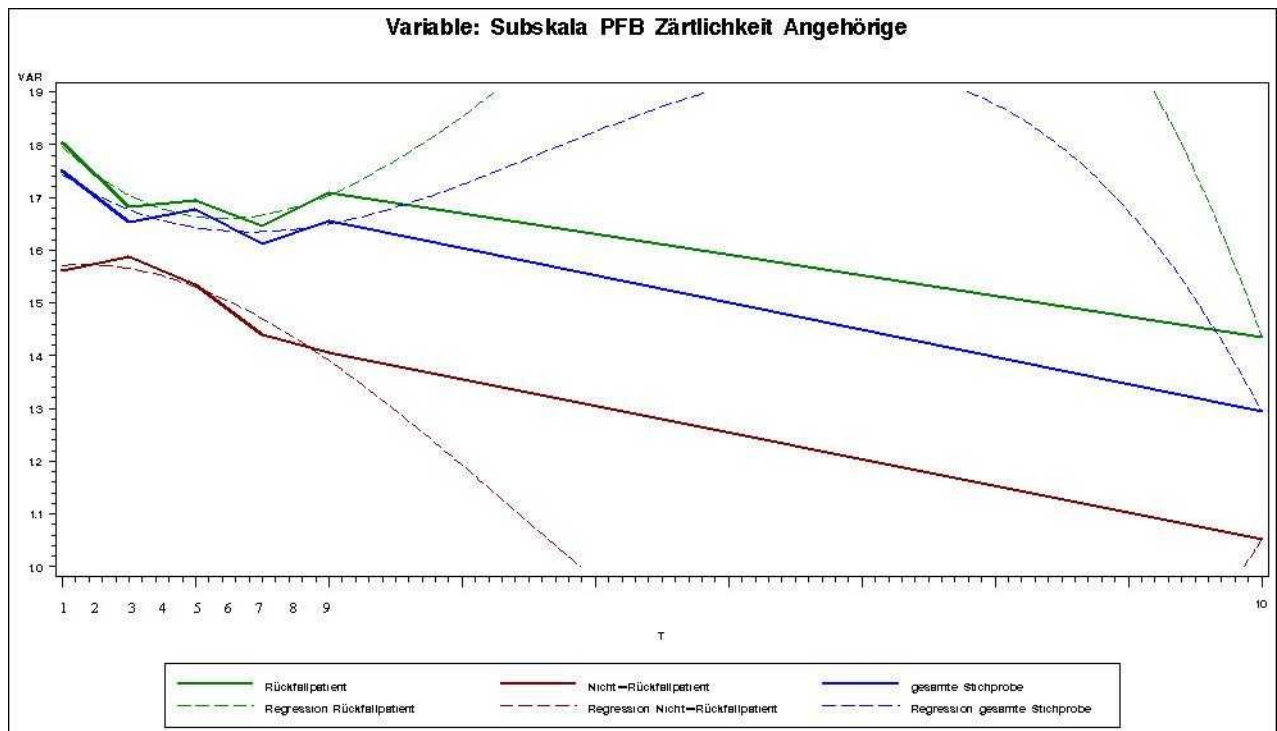
Graphik 12: Verlauf PFB – Subskala Streitverhalten Angehörigenbefragung

Graphik 13 zeigt den Verlauf auf der Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung. Hierbei kommt es sowohl bei den Rückfall- als auch den Nicht-Rückfallpatienten zu einem leichten Abfall. Während jedoch die Rückfallpatienten in der 2. Zwischenuntersuchung ihr 2. Maximum aufweisen, haben dort die Rückfallpatienten ihr 2. Minimum. Ansonsten sind beide Verläufe parallel.



Graphik 13: Verlauf PFB – Subskala Zärtlichkeit Patientenbefragung

Graphik 14 zeigt den Verlauf der Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung. Hierbei kann man feststellen, daß das Maximum bei den Rückfallpatienten bei T1 liegt, das 2. bei T9 und das der Nicht-Rückfallpatienten bei der 1. Zwischenuntersuchung. Ansonsten kommt es in beiden Gruppen zu einem fast parallelen Abfall im gesamten 10-Jahreszeitraum, jedoch besonders im Katamnesezeitraum.



Graphik 14: Verlauf PFB – Subskala Zärtlichkeit Angehörigenbefragung

5.1.2.1.3.1 Mittelwertsunterschiede

zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten zu T10

In diesem Abschnitt werden Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten hinsichtlich einer Vielzahl von Variablen aus der Abschlußuntersuchung, wie sie auch in die Prädiktoranalysen eingegangen sind, miteinander verglichen, wie allen Items und Summenwerten aus dem BDI, HAMD, PFB, MPT, den zu T10 erhobenen soziodemographischen Variablen und Variablen, die die Gesamtdauer, Länge und Anzahl der Episoden unter den beiden Rückfallkriterien, Saisonalität, Terman-Item und Perceived Criticism angeben. Die EE-, MMPI- und MPI-Variablen stammen alle aus T1. Die Variablen für die Belastung durch Life Events sind die Gesamtmittelwerte über alle Meßzeitpunkte, d.h. des 1.-2-Jahreszeitraumes.

Patienten, die im Katamnesezeitraum wenigstens einen Eintrag im Keller-Rating mit einem Wert von mindestens 5 hatten, werden als Rückfallpatienten bezeichnet und Patienten, die nur Werte kleiner als 5, aufweisen (ausgenommen Drop Outs und Verweigerer), als Nicht-Rückfallpatienten.

Allgemein beziehen sich F-Werte auf eine H0 identischer Varianzen, während hingegen sich der T-Wert auf Gleichheit (H0), bzw. Ungleichheit (H1) der Mittelwerte bezieht und das Vorzeichen des T-Wertes auf die Richtung der Ungleichheit weist. Berechnet werden T-Werte unter den Annahmen, daß die Varianzen gleich (equal), bzw. ungleich (unequal) sind. Da im SAS nicht die H0, sondern die H1 getestet wird, zeigt allgemein ein F-/T-Wert ungleich 1 und ein p-Wert kleiner 0.05 an, daß die H0 verworfen werden kann. Somit sind Ergebnisse dieser Art Indizien dafür, daß hohe Werten auf den jeweiligen Items einen psychopathologischen Indikator identifizieren.

Hoch signifikant ist der F-Wert der Variablen „Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium bei signifikanten T-Wert sowie die T-Werte der Variablen „mehr als keine weitere Episode“ bzw. „mehr als 1 Episode“ im Katamnesezeitraum.

Es zeigen sich **signifikante** Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten hinsichtlich

Der Episodenvariablen sowie mehr als 1 Episode in der gesamten bisherigen Lebensspanne (jeweils weites Rückfallkriterium), so daß hier bei ersterer Variable der Mittelwert für die Rückfallpatienten bei genau 1 lag, da ein weites Rückfallkriterium immer auch das Enge mit einschließt. Weiterhin fanden sich signifikante Mittelwertsunterschiede in den MPT-Subskalen Schizoidie und Isolationstendenz, sowie das HAMD-Item 18a, welches nach dem Vorhandensein von Tagesschwankungen (morgens vs. abends) fragt und das BDI-Item 5, welches danach fragt, ob der Angehörige des Patienten Schuldgefühle hat. Weiterhin kam die Variable Saisonalität zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten signifikant hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz bei den Rückfallpatienten um das 4-fache häufiger vor.

Weiterhin fanden sich eine Vielzahl **schwach signifikanter** Mittelwertsunterschiede. Dies ist der Fall bei den MEL-Variablen Gesamtbelastung durch Life Events und Belastung durch das Life Event Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, er MPT-Subskala Neurotizismus sowie dem BDI-Item 10, welches danach fragt, ob der Angehörige des

Patienten nun häufiger als früher weint. Ebenfalls schwach signifikant waren die Variablen Patientenalter und Entlassungsdatum aus der Indexepisode, sowie die Geschlechtszugehörigkeit, Partnerschaftsstatus und die Variable „Gesamtepisodendauer des Katamnesezeitraumes“ bei weitem Rückfallkriterium, d.h., die Zeit in Monaten, die sich der Patient während des Katamnesezeitraumes im teil- bis gar nicht remittierten depressivem Zustand befand.

Tabelle 29: signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten

Variablen	Nicht-Rückfall-P.		Rückfallpatienten		T- / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
MPT-Neurotizismus	13.43	5.94	8.15	4.2	Equal:				
					Unequal:	2.17	0.02		
MPT-Isolationstendenz	4.57	2.88	1.85	1.76	Equal:	5.98	0.006		
					Unequal:	2.35	0.04		
MPT-Schizoidie	6.86	4.56	3.1	2.43	Equal:	2.78	0.01	3.54	0.03
					Unequal:				
Belastung durch Life Events	239	13.1	228	15.56	Equal:	2.14	0.04		
					Unequal:	2.23	0.03		
MEL nicht der Hauptverdiener	0.02	0.07	0.13	0.19	Equal:			7.66	0.003
					Unequal:	-2.48	0.02		
Patientenalter	52.31	7.6	45.48	10.16	Equal:	2.33	0.03		
					Unequal:	2.13	0.04		
Partnerschaftsstatus	1.38	0.65	1.08	0.28	Equal:	2.03	0.05	5.52	0.0004
					Unequal:				
Geschlecht (1=m / 2=w)	1.38	0.51	1.76	0.44	Equal:	-2.38	0.02		
					Unequal:	-2.27	0.03		
1/0 Episode in Katamnese / wRK	0.54	0.52	1	0	Equal:	-4.51	0.0001		
					Unequal:	-3.21	0.008	+++	
Mehr als 1 Episode in Katamnese wRK	0.86	0.38	0.2	0.41	Equal:	3.82	0.0006		
					Unequal:	3.99	0.002		
Mehr als 1 Episode in Lebensspanne eRK	0.23	0.44	0.68	0.48	Equal:	-2.83	0.008		
					Unequal:	-2.91	0.007		
Anzahl der Episoden aus KR wRK	4.57	4.12	1.44	1.12	Equal:	3.49	0.002	13.49	0.0
					Unequal:				
Gesamtdauer der Episoden (KR) wRK	72	47.42	32.7	39.86	Equal:	2.21	0.03		
					Unequal:				
Saisonalität	0.15	0.38	0.6	0.5	Equal:	-2.82	0.0077		
					Unequal:	-3.09	0.004		
Entlassungsdatum Indexepisode - KR	16.4.91	498 Tage	31.1.92	332 Tage	Equal:	2.15	0.04		
					Unequal:				
Ham 18a „Tageschwankungen“	0.62	0.87	0.09	0.29	Equal:	2.69	0.01	9.11	0.0
					Unequal:	2.13	0.05		
BDI Item 5 Angehör. „Schuldgefühle“	0.67	0.52	0.08	0.29	Equal:	3.11	0.01		
					Unequal:	2.57	0.04		
BDI Item10 Angehör. „Weinen“	0.33	0.52	0	0	Equal:	2.2	0.04		
					Unequal:			+++	

- +++ alle Werte einer Klasse sind gleich
- eRK: enges Rückfallkriterium
- wRK: weites Rückfallkriterium
- KR: Keller-Rating

Zwar waren die Subskalen Neurotizismus, Isolationstendenz und Schizoidie signifikant oder schwach signifikant, jedoch keines der Einzelitems, aus denen sich diese Skala konstituiert. D.h., daß diese Signifikanz auf einem additiven Effekt beruht.

Die Gesamtwerte des HAMD, BDI und PFB waren alle nicht signifikant, jedoch zeigte sich in einzelnen Items ein signifikanter Mittelwertsunterschied und zwar in den PFB-Items 6 und 12 aus der Patientenbefragung, 25 aus der Angehörigenbefragung und aus dem BDI in Item 5 und 10 aus der Angehörigenbefragung.

Zusammenfassung:

Die Mittelwerte lagen bei Rückfallpatienten um ca. 1/5-ten bis 1/3-ten **höher** als bei Nicht-Rückfallpatienten und zwar in der **Anzahl an Episoden** aus der gesamten Lebensspanne, als auch in der Anzahl der Episoden bei weitem Rückfallkriterium, wenn man nur betrachtet, ob die Patienten mindestens 1 oder keinen weiteren Rückfall im Katamnesezeitraum hatten. Hierbei liegt der Mittelwert für Nicht-Rückfallpatienten bei fast nur 50%, d.h., bei den Nicht-Rückfallpatienten (bei engem Rückfallkriterium) haben nur 50% einen Rückfall unter dem weiten Rückfallkriterium, während logischerweise alle Rückfallpatienten mindestens eine Episode mit Werten zwischen 3 und 6 haben. Außerdem haben Rückfallpatienten insgesamt über die bisherige Lebensspanne deutlich mehr Episoden als Nicht-Rückfallpatienten. Unter den Rückfallpatienten fanden sich weiterhin schwach signifikant häufiger **Frauen** als **Männer**, was jedoch aufgrund des höheren Frauenanteils nicht weiter erstaunlich ist. In der Variablen **Saisonalität** wiesen Rückfallpatienten einen genau 4-fach so hohen Mittelwert hinsichtlich des Vorhandenseins eines nachgewiesenen chronobiologischen Faktors aus der Zeit der Katamneseerhebung und der Keller-Rating-Daten auf. Ebenfalls lag das **Entlassungsdatum** der Rückfallpatienten höher, d.h. um ca. ein ¼ Jahr später als das der Nicht-Rückfallpatienten.

Niedriger lagen die Mittelwerte bei den Rückfallpatienten in den **MPT-Skalen Neurotizismus, Isolationstendenz und Schizoidie**, der **MEL-Subskala Berufliches**, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist und **Gesamtbelastung durch Life Events**. Ebenso niedriger lagen die Mittelwerte im **Lebensalter**, ca. knapp 7 Jahre, im **HAMD-Item 18a** Item, welches nach Tagesschwankungen zwischen dem Morgen und Abend fragt, im

Entlassungsdatum, d.h., daß Rückfallpatienten diejenigen sind, die (ca. 9,5 Monate) früher aus der Klinik nach der Indexepisode entlassen wurden.

Weiterhin niedriger lagen die Werte bei Rückfallpatienten im **BDI-Item 5**, welches die Angehörigen nach der Häufigkeit ihrer Schuldgefühle fragt, d.h., das die Angehörigen von Nicht-Rückfallpatienten mehr Schuldgefühle angeben, als die von Rückfallpatienten. Auch ist hierbei das **BDI-Item 10** zu erwähnen, welches die Angehörigen nach der Häufigkeit des Weinens fragt. Hierbei wird von Angehörigen der Nicht-Rückfallpatienten niemals angegeben, daß sie weinen, jedoch von einigen Nicht-Rückfallpatienten.

Die **Länge der Episoden** bei weitem Rückfallkriterium, d.h. Zeiten mit einem Wert kleiner als 5, ist bei Nicht-Rückfallpatienten fast 3x so lang, ebenso die **Gesamtepisodendauer**, die die Patienten im Katamnesezeitraum in einem nicht- oder teilremittierten Zustand verbringen, welcher bei den Nicht-Rückfallpatienten über doppelt so lang ist, als bei den Rückfallpatienten.

Ebenfalls niedrigere Werte haben Rückfallpatienten im **Partnerschaftsstatus**, d.h., daß Nicht-Rückfallpatienten sich etwas häufiger von ihrem ehemaligen Partner, mit dem sie bei Studienbeginn zusammenlebten getrennt haben und zum Teil eine neue Partnerschaft eingegangen sind. Deutlich mehr Episoden unter dem weiten Rückfallkriterium haben Nicht-Rückfallpatienten (definiert nach dem engen Rückfallkriterium) im Katamnesezeitraum als Nicht-Rückfallpatienten.

5.1.2.1.3.2 Mittelwertsvergleiche

Kontrollgruppe – Patientenstichprobe/Angehörigenstichprobe

Mittelwertsvergleiche (Unterschiedshypothesen) zwischen der Patientengruppe (Tabelle 30), bzw. Angehörigengruppe (Tabelle 31) und der Kontrollgruppe wurden hinsichtlich der Items und Gesamtwerte aus HAMD und BDI, sowie dem CGI-Item, „Schweregrad der Krankheit“ mit dem T-Test errechnet. In der Kontrollgruppe wurden BDI, HAMD und CGI erhoben, in der Patientengruppe ebenfalls BDI, HAMD und CGI und in der Angehörigengruppe BDI und CGI.

Im **Vergleich zwischen Kontroll- und Angehörigengruppe** fanden sich **hoch signifikante** F-Werte bei den Variablen BDI-Item 1 (traurig), BDI-Item 6 (fühle mich bestraft) und BDI-Item 19 (Angehöriger hat abgenommen), sowie der BDI-Gesamtwert.

Tabelle 31: signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Angehörigen und Kontrollpersonen

Variablen	Kontrollgruppe		Angehörigengrup		T- / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
BDI									
Item 1 traurig	0.12	0.33	0.45	0.86	Equal:	-2.02	0.05	6.7	0.0
					Unequal:				
Item 2 mutlos/hoffnungslos	0	0	5.45	1.01	Equal:	-2.53	0.003		
					Unequal:	-3.11	0.019	+++	
Item 4 Genießen können	0.12	0.33	0.41	0.59	Equal:	-2.31	0.02	3.17	0.003
					Unequal:	-2.08	0.05		
Item 6 fühle mich bestraft	0.15	0.36	0.68	1.29	Equal:	-1.88	0.03	12.49	0.0
					Unequal:				
Item 7 enttäuscht sein	0	0	1.82	5.01	Equal:	-2.09	0.04		
					Unequal:			+++	
Item 11 bin verärgert	0.33	0.65	0.77	0.97	Equal:	-2.02	0.05	2.27	0.04
					Unequal:				
Item 17 ermüde stärker	0.27	0.45	0.72	0.55	Equal:	-3.25	0.01	1.48	0.3
					Unequal:	-3.22	0.03		
Item 18 habe Appetit	0	0	2.73	6.31	Equal:	-2.49	0.02		
					Unequal:			+++	
Item 19 hat abgenommen	0.09	0.39	0.55	0.91	Equal:	-2.5	0.02	5.46	0.0
					Unequal:	-2.19	0.04		
Summenwert									
Gesamtwert BDI Angehöriger	3.3	4.42	9.05	10.11	Equal:	-2.89	0.006	5.23	0.0
					Unequal:	-2.51	0.019		

- +++ alle Werte einer Klasse sind gleich

Signifikante Mittelwertsunterschiede fanden sich in den Variablen BDI-Item 2 (mut- und hoffnungslos), BDI-Item 17 (ermüdet stärker) sowie der BDI-Gesamtwert.

Schwach signifikante T-Werte gab es bei den BDI-Items 1 (traurig), 4 (genießen können), 6 (fühle mich bestraft), 7 (enttäuscht sein), 11 (verärgert sein), 18 (Appetit) und 19 (Angehöriger hat abgenommen).

Hierbei zeigte sich eine Vielzahl an signifikanten Ergebnissen. Bei den unten aufgelisteten Items kann man Hinweise darauf finden, daß sich die Werte zwischen der Kontrollgruppe und der Patientengruppe unterscheiden. Dafür sprechen F-Werte ungleich, bzw. sehr ungleich von 1. F-Werte ungleich 1 weisen darauf hin, daß sich die Kontroll- und die Patientengruppe ungleichen Subpopulationen zugehörig betrachten lassen.

Hinsichtlich des Vergleiches zwischen der Kontrollgruppe und der **Patientengruppe** fand sich **ein hoch signifikanter** Mittelwertsunterschied bei der CGI-Variablen „Schweregrad der Krankheit“ im T-Wert. Hoch signifikante F-Werte wiederum deuten darauf hin, daß die beiden Gruppen zu unterschiedlichen Populationen gehören und fanden sich vor allem bei

Tabelle 30: signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen

Variablen	Kontrollgruppe		Patientengruppe		T- / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
HAMD (Patient)									
Item 1 Traurigk., Hoffnungslos.	0.11	0.34	0.72	1.19	Equal:	-2.96	0.004	9.17	0.0
					Unequal:	-3.03	0.004		
Item 2 Schuldgefühle	0.05	0.23	0.31	0.69	Equal:	-2.11	0.04	9.17	0.0
					Unequal:	-2.16	0.04		
Item 3 Suizid	0	0	3.3	9.55	Equal:	-2.12	0.04		
					Unequal:	-2.18	0.04	+++	
Item 4 Einschlafstörung	0.06	0.23	0.41	0.75	Equal:	-2.11	0.008	10.45	0.0
					Unequal:	-2.15	0.007		
Item 5 Durchschlafstörung	0.05	0.33	0.31	0.66	Equal:	-2.11	0.04	3.97	0.0
					Unequal:	-2.15	0.04		
Item 7 Arbeit/sonst. Tätigk.	0.08	0.28	0.54	1	Equal:	-2.54	0.008	11.33	0.0
					Unequal:	-2.54	0.009		
Item 8 Depress. Hemmung	0	0	2.05	5.22	Equal:	-2.39	0.02		
					Unequal:	-2.45	0.02	+++	
Item 9 Erregung	0	0	2.11	6.22	Equal:	-2.06	0.04		
					Unequal:	-2.09	0.04	+++	
Item 10 Angst - psychisch	0.08	0.28	0.31	0.61	Equal:	-2.06	0.04	4.92	0.0
					Unequal:	-2.09	0.04		
Item 13 Allg. körperl. Sympt.	0.11	0.39	0.49	0.72	Equal:	-1.46	0.006	3.36	0.001
					Unequal:	-1.47	0.006		
Item 18a Tagesschwank. M/A	0	0	2.56	5.95	Equal:	-2.62	0.01		
					Unequal:	-2.69	0.01	+++	
Item 18b Tagesschwank. Stärke	0	0	4.17	7.17	Equal:	-3.02	0.004		
					Unequal:	-2.85	0.009	+++	
Item 21 Zwangssymptome	0	0	1.54	4.32	Equal:	-2.17	0.03		
					Unequal:	-2.23	0.03	+++	
BDI									
Item 2 mutlos/hoffnungslos	0	0	0.13	0.34	Equal:	-2.18	0.03		
					Unequal:	-2.11	0.04	+++	
Item 4 Genießen können	0.12	0.33	0.44	0.62	Equal:	-2.58	0.01	3.9	0.001
					Unequal:	-2.56	0.01		
Item 7 von sich enttäuscht	0	0	2.5	6.72	Equal:	-2.14	0.03		
					Unequal:	-2.10	0.04	+++	
Item 12 Interesse a. Menschen	0.06	0.24	0.28	0.52	Equal:	-2.19	0.03	4.65	0.0
					Unequal:	-2.17	0.04		
Item 17 ermüdet stärker	0.27	0.45	0.66	0.7	Equal:	-2.63	0.01	2.4	0.016
					Unequal:	-2.61	0.01		
Item 18 Appetit	0	0	2.19	6.08	Equal:	-2.07	0.04		
					Unequal:	-2.03	0.05	+++	
Summenwerte									
Gesamtwert BDI Patient	3.3	4.42	7.75	9.96	Equal:	-2.95	0.005	5.16	0.0
					Unequal:	-2.53	0.018		
Gesamtwert HAMD	1.19	1.88	5.26	8.37	Equal:	-2.86	0.005	19.76	0.0
					Unequal:	-2.96	0.005		
CGI									
Schweregrad der Krankheit	1	0	2.76	1.37	Equal:	-7.5	0.00		
					Unequal:	-6.5	0.001	+++	

- +++ alle Werte einer Klasse sind gleich

dem BDI- und HAMD-Summenwerte. So hat die Patientenstichprobe einen 2.35-fach so hohen BDI-Gesamtwert und einen 4.42-fach so hohen HAMD-Wert als die Kontrollgruppe. Daneben fanden sich hoch signifikante F-Werte bei den Items HAMD-Item 1 (depressive Stimmung), HAMD – Item 2 (Schuldgefühle), HAMD-Item 4 (Einschlafstörung), HAMD-Item 5 (Durchschlafstörung), HAMD-Item 7 (Beeinträchtigung bei der Arbeit und sonstiger Tätigkeit), HAMD-Item 10 (Angst –psychisch), sowie dem BDI-Item 12 (Interesse an anderen Menschen). Dies weist darauf hin, daß die Verteilung der Meßwerte in diesen Variablen hoch signifikant unterschiedlich ist.

Signifikante Mittelwertsunterschiede (T-Wert) fanden sich bei den Variablen HAMD-Item 1 (depressive Stimmung), HAMD-Item 4 (Einschlafstörung), HAMD-Item 7 (Beeinträchtigung bei der Arbeit und sonstiger Tätigkeit), HAMD-Item13 (allgemeine körperliche Symptome), HAMD-Item 18a (Tagesschwankungen morgens/abends), HAMD-Item 18b (Stärke der Tagesschwankung), BDI-Item4 (das Leben genießen können), BDI-Item 17 (ob Patient stärker ermüdet) und den BDI- und HAMD-Gesamtwerten.

Schwach signifikante Mittelwertsunterschiede fanden sich bei dem Outcomemaß HAMD-Item 3 (Suizid), weiterhin bei den Items HAMD-Item 8 (Depressive Hemmung) , HAMD-Item 9 (Erregung), HAMD-Item 21 (Zwangssymptome), BDI-Item 1 (mut- und hoffnungslos), BDI-Item 7 (von sich enttäuscht sein) und BDI-Item 18 (Appetit).

Zusammenfassung:

Die Mittelwerte in der Kongrollgruppe lagen bei allen BDI- und HAMD-Items niedriger als in der Patientengruppe, mit einem über doppelt so hohen BDI-Summenwert und einem fast 5-fach so hohen HAMD-Summenwert. Der Wert in der CGI-Variablen Schweregrad der Krankheit lag in der Patientengruppe um das fast 2,8-fache höher als in der Kontrollgruppe. Wie auch schon im Vergleich zwischen der Patienten- und der Kontrollgruppe, so liegen die Mittelwerte bei den Angehörigen über denen der Kontrollgruppe. Im BDI-Summenwert lag der Wert bei den Angehörigen um ca. das 3-fache höher als in der Kontrollgruppe.

5.1.2.1.3 Mittelwertsunterschiede Patientenstichprobe - Angehörigenstichprobe

Verglichen wurden mit dem T-Test Patienten mit Angehörigen und zwar hinsichtlich all der Variablen, die sowohl in der Patientenstichprobe, als auch der Angehörigenstichprobe zum Studienabschluß erhoben wurden. Dies waren die BDI-Items und -Gesamtwerte, sowie die Gesamtwerte und Subskalen aus dem PFB und das Alter.

Dabei zeigte sich nur ein einziger **schwach signifikanter** Unterschied zwischen den beiden Stichproben, nämlich hinsichtlich des BDI-Items 2, welches danach fragt, ob jemand mut- und hoffnungslos in die Zukunft schaut. Allerdings bestätigte der F-Wert auf hoch signifikante Weise, daß diese beiden analysierten Gruppen hinsichtlich des BDI-Items 2 zweier verschiedener Subgruppen angehören. Hierbei lag der Mittelwert für die Angehörigenstichprobe höher als für die Patientengruppe.

Tabelle 32: signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Patienten und Angehörigen

Variablen	Patientengruppe		Angehörigengrup		T- / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
BDI – Item 2 „mut- und hoffnungslos“	0.13	0.34	0.55	1.01	Equal:	2.14	0.04	8.8	0.0
					Unequal:				

5.1.2.1.3.4 Mittelwertsunterschiede zwischen T9 und T10 bei Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten

Zur Feststellung der Veränderungen, die zwischen dem Ende des ersten 2-Jahres-Abschnittes und der Abschlußuntersuchung am Ende des Katamnesezeitraumes stattgefunden haben, wurden mittels T-Test Mittelwertsvergleiche durchgeführt.

Die Patienten wurden danach aufgeteilt, ob sie überhaupt im Katamnesezeitraum mindestens einen Rückfall entsprechend des engen Rückfallkriteriums hatten und solchen, die keinen solchen Rückfall hatten. Zu letzteren Patienten wurden auch jene Patienten gezählt, die im Katamnesezeitraum an der Studie nicht mehr teilgenommen hatten.

Es zeigt sich, daß zwischen der Abschlußuntersuchung und der Untersuchung zum Ende des 2-Jahres –Untersuchungszeitraumes überhaupt keine signifikanten Unterschiede im T-Test des BDI-Summenwertes in der Patientenbefragung festzustellen sind. Lediglich hinsichtlich der signifikanten F-Werte der Summenwerte HAMD und BDI aus der Angehörigenbefragung kann man vermuten, daß Veränderungen stattgefunden haben, welche sich jedoch nicht als signifikanter Mittelwertsunterschiede auswirkten, was jedoch in der Gruppe der

Rückfallpatienten nicht der Fall war. Bei allen Gruppen waren die Mittelwerte der PFB-Subskalen im T-Test signifikant zwischen den beiden Zeitpunkten unterschiedlich.

Tabelle 33: signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Variablen aus T9 und T10

Variablen	T9		T10		T- / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
Alle Patienten									
PFB Streitverhalten Angehörige	1.95	0.45	1.06	0.74	Equal:	5.54	0.0	2.97	0.009
					Unequal:	5.04	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Angehörige	2.1	3.89	1.44	0.57	Equal:	5.1	0.0	2.19	0.04
					Unequal:	4.73	0.0001		
PFB Zärtlichkeit Angehörige	1.66	0.44	1.29	0.73	Equal:	2.27	0.03	2.97	0.01
					Unequal:	2.01	0.05		
PFB Streitverhalten Patienten	1.95	0.45	1.06	0.74	Equal:	6.92	0.0	2.21	0.03
					Unequal:	6.75	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Patienten	2.02	0.38	1.61	0.57	Equal:	3.36	0.001	2.27	0.03
					Unequal:	3.28	0.002		
BDI-Summenwert Angehörige	4.91	5.82	9.05	10.11	Equal:			3.01	0.005
					Unequal:				
PFB-Summenwert Patient	15.76	1.36	16.99	5.31	Equal:			15.34	0.0
					Unequal:				
Nur Rückfallpatienten cut off: KR-Werte=5									
PFB Streitverhalten Angehörige	2.03	0.45	0.99	0.56	Equal:	5.8	0.0		
					Unequal:	5.5	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Angehörige	2.13	0.41	1.62	0.5	Equal:	3.1	0.004		
					Unequal:	2.96	0.008		
PFB Streitverhalten Patienten	1.99	0.42	1.06	0.74	Equal:	4.62	0.001	3.08	0.03
					Unequal:	4.26	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Patienten	2.07	0.37	1.75	0.45	Equal:	2.27	0.03		
					Unequal:	2.17	0.04		
Nur Nicht-Rückfallpatienten cut off: KR-Score=5									
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Angehörige	1.95	0.39	1.12	0.65	Equal:	2.86	0.02		
					Unequal:	2.75	0.03		
PFB Streitverhalten Patienten	1.66	0.54	0.74	0.5	Equal:	3.73	0.002		
					Unequal:	6.39	0.002		
Summenwert HAMD	2.13	2.1	7.46	8.71	Equal:			7.22	0.001
					Unequal:				

Betrachtet man die **gesamte Patientenstichprobe**, so finden sich einige **hoch signifikante** Mittelwertsunterschiede bei den PFB-Subskalen “Streitverhalten” und “Kommunikation / Gemeinsamkeit”, sowohl von Angehörigen als auch Patienten, sowie ein **schwach signifikanter** Mittelwertsunterschied in der PFB-Skala “Zärtlichkeit” bei Angehörigen.

Bei den **Rückfallpatienten**, das Rückfallkriterium war hierbei wieder mindestens 1 Wert im Keller-Rating von 5, fanden sich **hoch signifikante** Mittelwertsunterschiede in der PFB-Subskala “Streitverhalten” (wieder sowohl für Angehörige als auch Patienten), sowie

signifikante und **schwach signifikante** Mittelwertsunterschiede in der PFB-Subskala “Gemeinsamkeit / Kommunikation” (sowohl für Angehörige als auch Patienten).

Bei den **Nicht-Rückfallpatienten** fanden sich nur 2 bedeutsame Mittelwertsunterschiede, ein **signifikanter** in der PFB-Subskala Streitverhalten aus der Patientengruppe und ein **schwach signifikanter** in der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigengruppe.

Dabei lagen alle Mittelwerte für alle Gruppen, bzw. Subgruppen in T10 niedriger als entsprechende Mittelwerte aus T9.

5.1.2.1.3.5 Mittelwertsunterschiede zwischen T1 und T10 bei Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Auswertung, so kann man hierbei ebenfalls wie im Vergleich zwischen den Werten von T9 und T10 in der **gesamten Patientengruppe hoch signifikante** Mittelwertsunterschiede in den PFB-Subskalen “Streitverhalten” und “Kommunikation / Gemeinsamkeit”, sowohl bei den Angehörigen, als auch Patienten, sowie signifikante Mittelwertsunterschiede in der PFB-Subskala Zärtlichkeit (wieder sowohl bei Patienten als auch bei den Angehörigen) finden.

In der Subgruppe der **Rückfallpatienten** fand sich wieder **hochsignifikante** Mittelwertsunterschiede in PFB-Subskalen “Streitverhalten” und “Kommunikation / Gemeinsamkeit”, sowohl von Angehörigen, als auch Patienten, sowie zwei **schwach signifikante** in der PFB-Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation bei Angehörigen und Patienten.

Betrachtet man nur die Subgruppe der **Nicht-Rückfallpatienten**, d.h. Patienten, die im gesamten Katamnesezeitraum immer unter einem Wert von 5 im Keller-Rating scorten, so kann man wieder 2 **signifikante** Mittelwertsunterschiede in den in PFB-Subskalen “Streitverhalten” und “Kommunikation / Gemeinsamkeit”, diesmal nur bei Patienten, als auch ein **signifikanter** Mittelwertsunterschied in der PFB-Subskala und “Kommunikation / Gemeinsamkeit” bei Angehörigen finden.

Auch hier lagen wieder alle Mittelwerte von T10 zum Teil deutlich unter denen aus T1.

Tabelle 34: signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Variablen aus T1 und T10

Variablen	T1		T10		T- / F- Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
Alle Patienten									
PFB Streitverhalten Angehörige	2.0	0.34	1.06	0.74	Equal:	7.17	0.0	5.91	0.0
					Unequal:	5.67	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Angehörige	2.13	0.36	1.44	0.57	Equal:	6.07	0.0		
					Unequal:	5.19	0.0001		
PFB Zärtlichkeit Angehörige	1.75	0.32	1.29	0.73	Equal:	3.51	0.008	5.08	0.0
					Unequal:	2.68	0.01		
PFB Streitverhalten Patienten	2.07	0.32	0.92	0.67	Equal:	9.8	0.0	4.31	0.0
					Unequal:	8.6	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Patienten	2.2	0.31	1.61	0.57	Equal:	5.61	0.0	3.34	0.001
					Unequal:	5.01	0.0001		
PFB Zärtlichkeit Patienten	1.75	0.32	1.41	0.65	Equal:	3	0.003	4.14	0.0
					Unequal:	2.64	0.01		
Nur Rückfallpatienten cut off: KR-Score=5									
PFB Streitverhalten Angehörige	2.03	0.35	0.99	0.56	Equal:	6.78	0.0	2.59	0.05
					Unequal:	5.93	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Angehörige	2.16	0.37	1.62	0.5	Equal:	3.66	0.001		
					Unequal:	3.28	0.004		
PFB Streitverhalten Patienten	2.12	0.33	1.06	0.74	Equal:	6.11	0.0	4.95	0.001
					Unequal:	5.09	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Patienten	2.21	0.34	1.75	0.45	Equal:	3.34	0.001		
					Unequal:	3.59	0.003		
PFB Zärtlichkeit Angehörige	1.8	0.3	1.44	0.7	Equal:	2.19	0.04	5.27	0.001
					Unequal:				
PFB Zärtlichkeit Patienten	1.81	0.32	1.47	0.48	Equal:	2.34	0.02	3.22	0.01
					Unequal:				
Nur Nicht- Rückfallpatienten cut off: KR-Score=5									
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Angehörige	1.94	0.38	1.12	0.65	Equal:	3.25	0.006		
					Unequal:	2.84	0.02		
PFB Streitverhalten Patienten	1.97	0.19	0.74	0.5	Equal:	7.28	0.0	7.12	0.007
					Unequal:	7.28	0.0001		
PFB Gemeinsamkeit/ Komm. Patienten	2.03	0.18	1.35	0.54	Equal:	3.84	0.001	8.5	0.004
					Unequal:	3.84	0.003		

5.1.2.1.8 Prävalenzen

Die **Punktprävalenzen** lagen für Populationen, für welche die Patientenstichprobe repräsentativ wäre gegen **Ende des Katamnesezeitraumes** jeweils für den BDI-Gesamtwert bei den Patienten (Summenscores ≥ 17) bei 12% (6 Patienten), davon 5,9% (1 Patient von insgesamt 17) der Männer und 15,5% der Frauen (5 Patientinnen von insgesamt 33), als auch für den HAMD-Gesamtwert (Summenscores ≥ 11) bei 14% (7 Patienten), davon 17,6% (3 Patient von insgesamt 17) der Männer und 12,1% der Frauen (4 Patientinnen von insgesamt 33), und bei 8% (4 Angehörige) für den BDI-Gesamtwert bei den Angehörigen, davon 11,8%

(2 Patienten von insgesamt 17 männlichen Patienten) der Männer und 6.1% der Frauen (2 Angehörige von insgesamt 33 Patientinnen).

Zu **Beginn der Studie bei T1** lagen die Punktprävalenzen für den BDI-Gesamtwert bei 22% (11 Patienten), davon 11.8% (2 Patienten von insgesamt 17) der Männer und 27.3% der Frauen (9 Patientinnen von insgesamt 33), bei 26% (13 Patienten) beim HAMD-Summenwert, davon 11.8% (2 Patienten von insgesamt 17) der Männer und 33.3% der Frauen (11 Patientinnen von insgesamt 33), und bei 4% (2 Angehörige) für den BDI-Summenwert aus der Angehörigenbefragung, davon 5.9% (1 Patient von insgesamt 17) der Männer und 3% der Frauen (3 Patientinnen von insgesamt 33).

Bei der **Kontrollgruppe** lag die **Punktprävalenz** bei 2,7% für den BDI-Gesamtwert (und 0% für den HAMD-Summenwert).

5.1.2.1.9 Therapieresponse

Tabelle 35: Therapieresponse

Gesamte Stichprobe		
	Therapieresponse unter 50% (in %)	DSM-Definition – maximal 20 (in %)
BDI	46.9	87.5
HAMD	59.5	94.9
Männliche Patienten		
	Therapieresponse unter 50% (in %)	DSM-Definition – maximal 20 (in %)
BDI	41.7	100
HAMD	87.6	93.8
Weibliche Patientinnen		
	Therapieresponse unter 50% (in %)	DSM-Definition – maximal 20 (in %)
BDI	50	80
HAMD	47.8	95.7
Rückfallpatienten		
	Therapieresponse unter 50% (in %)	DSM-Definition – maximal 20 (in %)
BDI	53.3	86.7
HAMD	59.1	95.7
Nicht-Rückfallpatienten		
	Therapieresponse unter 50% (in %)	DSM-Definition – maximal 20 (in %)
BDI	36.4	90.9
HAMD	50	92.3

Die Therapieresponse wurde als 50% des Wertes aus T1 für Werte aus T10 operationalisiert, bzw. entsprechend der DSM-IV-Definition mit einem Wert von unter 20 in BDI und HAMD. Zur Berechnung der Therapieresponse wurde eine Frequenzanalyse hinsichtlich der dichotomisierten HAMD- und BDI-Gesamtwerte durchgeführt, die erfaßt, ob zu T10 nur noch weniger als 50% des Wertes im Vergleich zu dem aus T1 vorliegen, bzw. ob diese Variablen nur noch einen Wert von unter 20 aufweisen.

Hierbei konnte für die gesamte vorliegende Stichprobe festgestellt werden, daß 59.5% der Patienten ein solches Outcome von weniger als 50% im HAMD-Gesamtwert, genau 46.9% der Patienten im BDI-Gesamtwert und 0% der Angehörigen im BDI-Gesamtwert zu T10 aufweisen. Davon zeigten genau 5 männliche Patienten (41.7%) ein solches Outcome von unter 50% im BDI und 11 männliche Patienten (87.6%) im HAMD. Die Angehörigen der männlichen Patienten wiesen zu 0% (0 Angehörige) ein solches Outcome auf. Hingegen weisen 10 weibliche Patienten (50%) ein Outcome von weniger als 50% des Wertes zu dem aus T1 im BDI auf und 47.8% (11 Patienten) im HAMD auf. Von den Angehörigen der Patientinnen hatten 0 (0%) einen Wert von weniger als 50% von dem aus T1 im BDI. Von den Rückfallpatienten zeigen 8 Patienten (53.3%) ein Outcome von weniger als 50% des Wertes aus T1 im BDI auf und 13 Patienten (59.1%) im HAMD. Von den Angehörigen der Rückfallpatienten hatten keine (0%) ein solches Outcome. Bei den Nicht-Rückfallpatienten zeigen 4 Patienten (36.4%) ein solches 50%-Outcome im BDI und 6 Patienten (50%) im HAMD. Von den Angehörigen der Nicht-Rückfallpatienten wiesen keine (0%) dieses Outcome auf.

Zu T10 wiesen hinsichtlich der gesamten Stichprobe noch insgesamt 34, bzw. 94.9% der Patienten einen HAMD-Gesamtwert von höchstens 20 auf, 28 bzw. 87.5% der Patienten und 18 bzw. 81.8% der Angehörigen einen BDI-Gesamtwert von höchstens 20, wobei dieser Grenzwert der DSM-IV-Definition für einen Rückfall entspricht. Davon zeigten genau 12 männliche Patienten (100%) einen Wert von mindestens 20 im BDI und 15 männliche Patienten (93.8%) im HAMD. Die Angehörigen der männlichen Patienten wiesen zu 66.7% (4 Angehörige) einen solchen kritischen Grenzwert auf. Hingegen weisen 16 weibliche Patienten (80%) einen solchen Wert im BDI auf und 95.7% (22 Patientinnen) im HAMD. Von den Angehörigen der Patientinnen hatten 14 (87,5%) einen Wert von mindestens 20 im BDI. Bei den Rückfallpatienten fanden sich 13 Patienten (86.7%), welche im BDI einen Wert maximal 20 haben, sowie 22 Patienten (77.3%) im HAMD. 11 Angehörige der Rückfallpatienten (91.7%) haben ebenfalls einen Wert von maximal 20 im BDI. Von den Nicht-Rückfallpatienten haben 10 Patienten (90.9%) einen Wert von höchstens 20 im BDI und 12 Patienten (92.3%) im HAMD. Weiterhin haben 5 Angehörige der Nicht-Rückfallpatienten (83.3%) einen Wert von maximal 20 im BDI.

Hinsichtlich des Outcomekriteriums Suizidalität muß man feststellen, daß zur Abschlußuntersuchung immer noch 3 Patienten (6%) entsprechend des HAMD-Items 3 suizidal waren, während dies zu T1 keinmal der Fall war. Nach dem BDI-Item 9

„Suizidalität“ gab es weder zu T1 noch zu T10 Angaben, daß die Patienten als suizidal zu bezeichnen wären.

Berücksichtigt wurden hier bis auf das Outcomemaß Suizidalität bei den prozentualen Häufigkeiten nur diejenigen Patienten und Angehörige, die den HAMD, bzw. BDI zu T10, bzw. T1 ausgefüllt hatten, d.h. ohne Berücksichtigung derjenigen Patienten, von denen keine Werte vorlagen.

Zusammenfassung:

Die Therapieresponse lag für die gesamte Stichprobe im 50%-Kriterium des Wertes zu T1 im HAMD deutlich besser als nach dem Selbstratinginstrument BDI. Dies gilt bis auf die Gruppe der weiblichen Patienten auch für männliche sowie Nichtrückfall- und Rückfallpatienten, insbesondere aber für männlichen Patienten, wo der Unterschied in der Therapieresponse zwischen HAMD und BDI über 50% beträgt. Lediglich bei den weiblichen Patienten liegt diese im BDI gering unter der des HAMD. D.h., daß durch das Fremdratinginstrument HAMD die männlichen Patienten als deutlich mehr gebessert angesehen werden, als dies ihrem subjektivem Empfinden entspricht, während für weibliche Patienten in geringerem Ausmaß der umgekehrte Sachverhalt zuzutreffen scheint. Beim DSM-Kriterium von einem Score von 20 lagen knapp 100% aller Patienten, bzw. männlichen und weiblichen, sowie Rückfall- und Nichtrückfallpatienten unter diesem Wert, jedoch bis auf die Gruppe der männlichen Patienten im HAMD etwas niedriger, als im BDI. Dies heißt weiterhin, daß vor allem bei den männlichen Patienten eine Diskrepanz vorzuliegen scheint, hinsichtlich der beiden Therapieresponse-Kriterien, als im BDI die männlichen Patienten zu 100% unter dem Score von 20 liegen, nach dem 50%-Kriterium hingegen jedoch nur zu unter 50% einen Wert von 50% des Ausgangswertes zu T1 aufweisen.

5.1.2.2 Zeitreihenanalytische Untersuchungen

5.1.2.2.1 Panelanalysen

Panelanalysen wurden mit Proc TSCSREG (SAS/ETS) durchgeführt zwischen allen Kombinationen der Variablen BDI-Gesamtwert (aus der Patienten- als auch der Angehörigenbefragung), dem HAMD-Gesamtwert, dem PFB-Gesamtwert, als auch der PFB-

Subskalen Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit/Kommunikation, sowie Streitverhalten. Dazu kommen noch die 12 Subskalen der Kategorien der MEL Ausbildung, Beruf und Haushalt, Berufliches wenn der Patient nicht Hauptverdiener ist, Partnerbeziehung mit sexuellem Kontakt, Schwangerschaft/Kinder, Eltern / Familie, soziale Kontakte / Freizeitaktivitäten, Todesfälle bei nahen Angehörigen bei nahen Angehörigen, Wohnung, Finanzielles, Gericht / Gesetzesverletzung, Gesundheit/Krankheit. Außer diesen Variablen lagen im Rahmen dieser Diplomarbeit keine weiteren Zeitreihendaten vor.

Die Parameterschätzung dieser Rechenprozedur bezieht sich auf die H_0 , die besagt, daß der Schätzparameter für einen Modelleffekt ($H_0: b_1=b_2$) gleich Null ist. Ist das Signifikanzniveau hoch genug $p < 0.05$, kann davon ausgegangen werden, daß die H_1 als bestätigt angenommen werden kann. Weiterhin wird der Determinationskoeffizient errechnet, der das Maß der gemeinsamen Varianz angibt, als auch der sog. Hausmann-Effekt, mit dem festgestellt werden kann, inwieweit ein Effekt zufällig zustande kommen kann. In der tabellarischen Darstellung wird der Interzept (y-Achsenabschnitt) weggelassen, da dieser lediglich den Gesamtmittelwert darstellt, welcher für die Interpretation unerheblich ist.

Die Panelanalyse der gesamten Patientenstichprobe wurde mit $N=50$ gerechnet, die der Rückfallpatienten bei einem $N=25$ und der Nicht-Rückfallpatienten mit einem $N=13$.

Für alle Regressionsanalysen gilt, daß die Richtung des kausalen Zusammenhanges nicht bestimmbar ist, d.h. immer auch der umgekehrte Zusammenhang, als der Erwähnte möglich ist, sofern dies sinnvoll ist.

5.1.2.2.1.1 Panelanalysen für die gesamte Patientenstichprobe

Allgemein liegen alle **Determinationskoeffizienten** im **niedrigen bis moderaten Bereich**, so daß auf nur geringe bis mittlere Zusammenhänge zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen unter Berücksichtigung eines Zeiteffektes, d.h. dem Ausmaß, in dem sich ein Wert zeitbedingt ohne Berücksichtigung des Einflusses anderer Variablen von alleine verändert, geschlossen werden kann.

Unter der Panelanalyse gab es keinen einzigen Zusammenhang in den zeitabhängigen Regressionsanalysen in irgendeiner der Kombinationen aus den MEL-Subskalen mit den BDI-, HAMD- und PFB-Gesamtwerten.

Der höchste Determinationskoeffizient liegt bei $r^2=0.55$ zwischen den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation bei Angehörigen, gefolgt von $r^2=0.54$ zwischen Streitverhalten bei Patienten und Angehörigen und $r^2=0.53$ zwischen den Subskalen Zärtlichkeit bei Patienten und Gemeinsamkeit/Kommunikation bei Angehörigen, sowie $r^2=0.52$ zwischen dem PFB-Summenwerten zwischen Patienten und Angehörigen.

Bei den Zusammenhängen mit klinischen Variablen kann man feststellen, daß der HAMD-Summenwert einen schwachen Determinationskoeffizienten von $r^2=0.35$ mit dem BDI-Summenwert der Patienten zeigt. Auf einen negativen Zusammenhang weist der negative T-Wert in der Analyse zwischen dem PFB-Summenwert der Patienten und dem BDI-Gesamtwert der Angehörigen, bei einem niedrigen Determinationskoeffizienten von $r^2=0.27$.

Bis auf den Zusammenhang zwischen Gemeinsamkeit/Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen scheinen alle Zusammenhänge nicht nur zufällig zustande gekommen zu sein. Der Hausmann-Test konnte bis auf diese zwei Fälle die Hypothese, daß die random-Effekte signifikant von den fixed-Effekten unterschiedlich sind, schwach signifikant bestätigen, weshalb hierbei nachträglich die Wahl der RANTWO-Methode als bestätigt erscheint.

Der höchste Zeiteffekt kommt im Zusammenhang zwischen dem HAMD und dem BDI-Summenwert vor. Alle anderen Zeiteffekte sind relativ gering. Im Zusammenhang zwischen dem BDI-Summenwert aus der Angehörigenbefragung und dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung findet sich der höchste Querschnittseffekt, welcher ansonsten sehr gering ist. D.h., daß die Unterschiede zwischen den Patienten nur einen sehr geringen Teil der Gesamtvarianz erklären.

Der jeweils sehr hohe (nicht aufgelistete) vorhandene Fehlervarianzanteil lässt darauf schließen, dass in den diesen Berechnungen zugrundeliegenden univariaten Erklärungsmodellen nicht alle relevanten Faktoren berücksichtigt wurden, so dass der Varianzbeitrag der nicht in das Rechenmodell mit aufgenommenen Variablen in den Fehlerterm ging. Dies ist allgemein bei organismischen Variablen immer oder zumindest sehr oft so, daß diese mit vielen anderen Variablen konfundiert sind. Aufgrund des hohen Fehlervarianzanteiles sind die Determinationskoeffizienten alle höchstens moderat.

Die Regressionskoeffizienten waren bei den unten aufgelisteten Variablenkombinationen mit den höchsten Determinationskoeffizienten alle deutlich ungleich 0, was durch den dazugehörigen Wahrscheinlichkeitswert bestätigt wurde.

Tabelle 36: Panelanalysen - gesamte Stichprobe

AV	UV	R ²	Varianzkomponente Querschnitt	Varianzkomponente Zeit	Hausman-Test Prob. > m	T(H0) B=0	Prob > T 0.05
Zärtlichkeit Angehörige	Komm./Gemein Angehörige	0.55	0.001	0.02	n.s.	15.54	0.001
Zärtlichkeit Patient	Komm./Gemein Patient	0.53	0	0.3	n.s.	15.6	0.001
Summenwert HAMD	Summenwert BDI Patienten	0.35	0	4.27	n.s.	10.92	0.0001
Summenwert BDI Angehörig	Summenwert PFB Patienten	0.27	7.07	0.74	n.s.	-5.86	0.0001
Summenwert PFB Angehörige	Zärtlichkeit Patient	0.29	0.03	0.77	n.s.	8.74	0.0001
Summenwert PFB Patienten	Zärtlichkeit Angehörige	0.25	0.58	0.81	n.s.	8.03	0.0001
Streitverhalten Angehörige	Streitverhalten Patient	0.54	0.006	0.04	n.s.	14.96	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Zärtlichkeit Patient	0.38	0.002	0.04	n.s.	10.82	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Komm./Gemein Patient	0.29	0	0.05	n.s.	8.82	0.0001
Komm./Gemein Patient	Komm./Gemein Angehörige	0.28	0.006	0.06	0.02	8.7	0.0001
Summenwert PFB Angehörige	Summenwert PFB Patienten	0.52	0.09	0.64	n.s.	14.29	0.0001

- Berücksichtigt wurden Determinationskoeffizienten ab $r_s \geq 0.25$
- Alle aufgelisteten Determinationskoeffizienten sind hochsignifikant

In der zur Kontrolle nur bei der gesamten Stichprobe durchgeführten Panelanalyse mit der FIXTWO-Methode hingegen erschienen über 90% aller 552 Modellkombinationen signifikant mit Determinationskoeffizienten von über 0.3 und ca. die Hälfte mit Determinationskoeffizienten von über 0.6, wobei sich die niedrigen Determinationskoeffizienten auf Vergleiche von einzelnen MEL-Kategorien untereinander bezogen, so daß auf diese Auswertung auch aufgrund der zuvor bereits dargelegten theoretischen Bedenken verzichtet wurde.

Die Ergebnisse der nur bei der gesamten Stichprobe mit den Lag1-Werten durchgeführten Variablen unterschieden sich nur minimal in den Nachkomma-Stellen von den Berechnungen mit den Normalwerten, so daß hier auf die gesonderte Darstellung dieser Ergebnisse ebenfalls verzichtet wurde.

5.1.2.2.1.2 Panelanalyse für die Patientengruppe der Rückfallpatienten

In der Panelanalyse der Gruppe der Rückfallpatienten gab es ebenfalls, wie in der Gesamtstichprobe keinen einzigen Zusammenhang in den zeitabhängigen Regressionsanalysen in irgendeiner der Kombinationen aus den MEL-Subskalen mit den BDI-, HAMD- und PFB-Gesamtwerten.

Der höchsten Determinationskoeffizienten liegen bei $r^2=0.6$ zwischen den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation aus der Patientenbefragung, gefolgt von $r^2=0.56$ zwischen Streitverhalten bei Patienten und Angehörigen und $r^2=0.53$ zwischen den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation aus der Angehörigenbefragung und $r^2=0.55$ zwischen den PFB-Summenwerten von Patienten und Angehörigen.

Bezüglich der Zusammenhänge mit klinischen Variablen kann man in der Gruppe der Rückfallpatienten finden, daß der HAMD-Summenwert einen schwachen Determinationskoeffizienten von $r^2=0.31$ mit dem BDI-Summenwert der Patienten aufweist. Der BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung hingegen zeigt ebenfalls schwache Determinationskoeffizienten von $r^2=0.35$ bis $r^2=0.39$ mit dem Summenwert und den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit / Kommunikation, jeweils aus der Patientenbefragung und mit negativen T-Werten, was darauf hindeutet, daß der Zusammenhang hierbei so ist, daß hohe BDI-Gesamtwerte aus der Angehörigenbefragung einhergehen mit niedrigen Werten dieser PFB-Skalen.

Bis auf die Zusammenhänge zwischen dem HAMD- und dem BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung, sowie dem zwischen dem Life Event Liebesleben / Sexualität und der Variablen Belastung durch Life Events (wobei dieser ohnehin nur schwache Zusammenhang zu einem unbestimmten Teil auf Redundanz beruht) scheinen alle Zusammenhänge nicht nur zufällig zustande gekommen zu sein. Der Hausmann-Test konnte bis auf zwei Fälle die Hypothese, daß die random-Effekte signifikant von den fixed-Effekten unterschiedlich sind, bestätigen.

Der höchste Zeiteffekt kommt im Zusammenhang zwischen dem HAMD und dem BDI-Summenwert aus der Patientenbefragung vor. D.h., daß bei diesem Zusammenhang die Dynamik in den Werten der jeweiligen Variable zu einem relativ („relativ“ bezieht sich hier

wie auch beim Querschnittseffekt auf die Komponenten der anderen signifikanten zeitabhängigen Regressionsanalysen) hohen Anteil aufgrund von Zeiteffekten zustandekommt und nicht aufgrund des Einflusses der anderen Variable. Alle anderen Zeiteffekte sind relativ gering. Der höchste Querschnittseffekt findet sich hingegen im Zusammenhang zwischen dem BDI-Summenwert aus der Angehörigen- und dem PFB-Wert aus der Patientenbefragung. D.h. hierbei, daß die Unterschiede zwischen den Patienten einen relativ hohen Teil an der Gesamtvarianz erklären.

Der Fehlervarianzanteil war wieder in jedem gerechneten Regressionsmodell sehr hoch, so daß man auch bei den Rückfallpatienten davon ausgehen kann, daß nicht alle relevanten Faktoren berücksichtigt wurden. Aufgrund des hohen Fehlervarianzanteiles sind die Determinationskoeffizienten alle höchstens moderat.

Tabelle 37: Panelanalysen - Rückfallpatienten

AV	UV	R ²	Varianzkomponente Querschnitt	Varianzkomponente Zeit	Hausman-Test Prob. > m	T(H0) B=0	Prob > T 0.05
Summenwert BDI Patienten	Summenwert HAMD	0.31	0.0	24.5	0.03	7.27	0.0001
Summenwert BDI Angehörig	Summenwert PFB Patienten	0.39	7.74	0.0	n.s.	-5.2	0.0001
Summenwert BDI Angehörig	Zärtlichkeit Patient	0.38	3.46	0.0	n.s.	-5.1	0.0001
Summenwert BDI Angehörig	Komm./Gemein Patient	0.35	2.02	0.0	n.s.	-4.79	0.0001
Summenwert PFB Angehörige	Summenwert PFB Patienten	0.55	0.0	1.02	n.s.	11.37	0.0001
Summenwert PFB Patienten	Zärtlichkeit Angehörige	0.29	0.43	0.46	n.s.	6.57	0.0001
Streitverhalten Angehörige	Summenwert PFB Patienten	0.5	0.02	0.04	n.s.	10.48	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Komm./Gemein Angehörige	0.53	0.0	0.02	n.s.	11.31	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Zärtlichkeit Patient	0.38	0.0	0.05	n.s.	8.05	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Komm./Gemein Patient	0.28	0.0	0.06	n.s.	6.37	0.0001
Streitverhalten Patient	Streitverhalten Angehörige	0.56	0.01	0.07	n.s.	11.74	0.0001
Zärtlichkeit Patient	Komm./Gemein Patient	0.6	0.0	0.02	n.s.	13.26	0.0001
MEL Ausbildung	MEL soziale Kontakte	0.36	0.0	0.0	n.s.	10.67	0.0001
MEL Liebesleben/Sex	MEL Gesamtanz.LE	0.28	0.0	0.01	0.03	8.81	0.0001

- Berücksichtigt wurden Determinationskoeffizienten ab $r_s \geq 0.25$
- Alle aufgelisteten Determinationskoeffizienten sind hochsignifikant

Die Regressionskoeffizienten aus den Zusammenhängen mit den Determinationskoeffizienten größer als $r^2=0.25$ waren alle deutlich ungleich 0, was auch durch den dazugehörigen hoch signifikanten Wahrscheinlichkeitswert zum Ausdruck kam.

5.1.2.2.1.3 Panelanalyse für die Patientengruppe der Nicht-Rückfallpatienten

In der Panelanalyse der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten gab es, im Gegensatz zur Gesamtstichprobe und der Subgruppe der Rückfallpatienten einen einzigen Zusammenhang in den zeitabhängigen Regressionsanalysen in irgendeiner der Kombinationen aus den MEL-Subskalen mit einem der BDI-, HAMD- oder PFB-Gesamtwerten, nämlich den zwischen der MEL-Kategorie Schwangerschaft und dem HAMD-Gesamtwert bei einem niedrigen Determinationskoeffizienten von $r^2=0.27$.

Der höchsten Determinationskoeffizienten liegen hier bei $r^2=0.61$ zwischen den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation aus der Angehörigenbefragung, gefolgt von $r^2=0.53$ zwischen den Subskalen Streitverhalten, jeweils aus der Patienten- und

Bezüglich der Zusammenhänge mit klinischen Variablen kann man in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten finden, daß der HAMD-Summenwert einen schwachen Determinationskoeffizienten von $r^2=0.27$ mit der MEL-Kategorie Schwangerschaft hat und einen von $r^2=0.25$ mit dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung.

Bis auf die Zusammenhänge zwischen der Subskala Gemeinsamkeiten und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung mit dem PFB-Subskalen Zärtlichkeit, Streitverhalten und Gemeinsamkeiten und Kommunikation aus der Patientenbefragung scheinen alle Zusammenhänge nicht nur zufällig zustande gekommen zu sein. Der Hausmann-Test konnte hierbei die Hypothese, daß die random-Effekte signifikant von den fixed-Effekten unterschiedlich sind, bestätigen.

Der höchste Zeiteffekt kommt bei den Zusammenhängen zwischen dem HAMD-Gesamtwert und der MEL-Kategorie Schwangerschaft, zwischen dem BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung und der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung, sowie zwischen dem HAMD-Gesamtwert und dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung vor. D.h. wiederum, daß bei diesen Zusammenhängen die Dynamik in den Werten zu einem

relativ hohen Anteil aufgrund von Zeiteffekten, d.h. nur durch zeitbedingte Veränderungen, zustandekommt und nicht aufgrund der Veränderungen und des Einflusses einer anderen Variable. Alle anderen Zeiteffekte sind relativ gering.

Der höchste Querschnittseffekt findet sich im Zusammenhang zwischen dem HAMD-Gesamtwert und dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung sowie zwischen dem HAMD-Gesamtwert und der MEL-Kategorie Schwangerschaft.

Alle Regressionskoeffizienten aus den Zusammenhängen mit den Determinationskoeffizienten größer als $r^2=0.25$ waren alle deutlich ungleich 0, was auch durch den dazugehörigen Wahrscheinlichkeitswert zum Ausdruck kam.

Tabelle 38: Panelanalysen – Nichtrückfallpatienten

AV	UV	R ²	Varianzkomponente Querschnitt	Varianzkomponente Zeit	Hausman-Test Prob. > m	T(H0) B=0	Prob > T 0.05
Summenwert HAMD	Summenwert PFB Patienten	0.25	9.02	8.86	n.s.	-4.11	0.0001
Summenwert HAMD	MEL Schwangersch.	0.27	6.5	12.93	n.s.	-3.91	0.0003
Summenwert PFB Angehörige	Summenwert PFB Patienten	0.41	0.22	0.0	n.s.	5.43	0.0001
Summenwert PFB Angehörige	Zärtlichkeit Patient	0.44	0.0	0.0	n.s.	5.75	0.0001
Streitverhalten Angehörige	Komm./Gemein Angehörige	0.31	0.0	0.02	n.s.	4.42	0.0001
Streitverhalten Angehörige	Streitverhalten Patient	0.53	0.0	0.03	n.s.	6.89	0.0001
Streitverhalten Angehörige	Komm./Gemein Patient	0.26	0.02	0.06	n.s.	3.87	0.0004
Zärtlichkeit Angehörige	Komm./Gemein Angehörige	0.61	0.02	0.02	n.s.	8.23	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Zärtlichkeit Patient	0.34	0.0	0.03	n.s.	4.69	0.0001
Zärtlichkeit Angehörige	Komm./Gemein Patient	0.29	0.0	0.02	n.s.	4.12	0.0002
Komm./Gemein Angehörige	Streitverhalten Patient	0.36	0.01	0.08	0.04	4.89	0.0001
Komm./Gemein Angehörige	Zärtlichkeit Patient	0.29	0.06	0.06	0.009	4.1	0.0002
Komm./Gemein Angehörige	Komm./Gemein Patient	0.45	0.02	0.06	0.03	5.86	0.0001
Streitverhalten Patient	Komm./Gemein Patient	0.26	0.05	0.08	n.s.	4.27	0.0001
Zärtlichkeit Patient	Komm./Gemein Patient	0.45	0.0	0.04	n.s.	6.52	0.0001
MEL nicht Hauptverdiener	MEL Gesundheit	0.36	0.0	0.0	n.s.	5.98	0.0001

- Berücksichtigt wurden Determinationskoeffizienten ab $r^2 \geq 0.25$

Alle aufgelisteten Determinationskoeffizienten sind hochsignifikant.

Zusammenfassung:

Hinsichtlich der Ergebnisse der Panelanalyse kann man festhalten, daß für die **gesamte Patientenstichprobe** des vorliegenden Patientenkollektivs unter Berücksichtigung der jeweiligen Zeiteffekte von den rein klinischen Skalen lediglich schwache Zusammenhänge zwischen dem BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung und dem HAMD-Summenwert, bzw. dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung und dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung festgestellt werden konnte.

Während der Zusammenhang zwischen den Summenwerten des HAMD und BDI aus der Patientenbefragung eher trivial ist, bzw. das Ausmaß angibt, mit dem Fremd- und Selbstrating übereinstimmen, deutet der Zusammenhang zwischen dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung mit dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung unter Berücksichtigung des negativen B-Wertes darauf hin, daß hierbei eher wenig depressive Angehörige Patienten zum Partner haben, welche das partnerschaftliche Verhalten von ihren Angehörigen eher positiv bewerten.

Die Kombinationen der jeweiligen Subskalen und Gesamtwerte aus dem PFB, aus der Angehörigen- und Patientenbefragung lagen dabei zum Teil im mittleren Bereich und zeigten im Wesentlichen eine Korrespondenz der Angaben hinsichtlich des partnerschaftlichen Verhaltens von Patient und Angehörigen an.

Es konnte keine einzige signifikante Kombinationen aus den MEL-Subskalen mit den BDI-, HAMD- und PFB-Gesamtwerten gefunden werden, was unter Berücksichtigung der Zeiteffekte darauf hindeutet, daß es keinen direkten Zusammenhang zwischen der Belastung durch Life Events und dem Ausmaß oder der Art der Veränderung von depressiven Episoden gibt, als auch es keinen Zusammenhang dafür gibt, daß das Erleben oder Bewerten des einen Life Events kausal zum Erleben anderer Life Events führt.

Betrachtet man nur die Subgruppe der **Rückfallpatienten**, kann man festhalten, daß unter Berücksichtigung der jeweiligen Zeiteffekte von den rein klinischen Skalen nur der BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung mit PFB-Subskalen, bzw. Gesamtwert in einem schwachen Zusammenhang steht und der BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung mit dem HAMD-Gesamtwert. Während letzteres Ergebnis wiederum eher trivial ist und ein Maß für die Redundanz dieser beiden Meßinstrumente, weisen die Zusammenhänge bezüglich des

BDI-Gesamtwertes aus der Angehörigenbefragung darauf hin, daß hauptsächlich das Ausmaß der Depressivität der Angehörigen für die Bewertung der Güte der Partnerschaft, allgemein und bezüglich der Aspekte Gemeinsamkeit und Kommunikation, sowie Zärtlichkeit von Bedeutung ist. Da hier das Vorzeichen des B-Wertes wieder negativ ist, weist dies auf einen Zusammenhang derart hin, daß wieder eher wenig depressive Angehörige Patienten zum Partner haben, welche das partnerschaftliche Verhalten von ihren Angehörigen positiver bewerten.

Die Kombinationen der jeweiligen Subskalen und Gesamtwerte aus dem PFB, aus der Angehörigen- und Patientenbefragung ergaben Determinationskoeffizienten von unterschiedlicher Höhe. Jedoch weisen diese hier ebenfalls vor allem auf eine Korrespondenz von Angaben hinsichtlich des partnerschaftlichen Verhaltens von Patient und Angehörigen hin, mit Betonung eines Zusammenhanges zwischen Zärtlichkeit und Kommunikation / Gemeinsamkeiten, sowie dem Streitverhalten aus der Patienten- und Angehörigenbefragung, bzw. dem allgemeinen partnerschaftlichen Verhalten.

Es konnte wieder keine einzige signifikante Kombinationen aus den MEL-Subskalen mit den BDI-, HAMD- und PFB-Gesamtwerten gefunden werden, was darauf hindeutet, daß es keinen direkten Zusammenhang zwischen der Belastung durch die verschiedenen Kategorien an Life Events und dem Ausmaß oder der Art der Veränderung von depressiven Episoden, bzw. beschwerdefreien Zeiten gibt. Jedoch findet sich das Ergebnis, daß das Erleben und als belastend Bewerten von Life Events der Kategorie Ausbildung zu solchen der Kategorie soziale Kontakte führt, als auch, daß das Life Events der Kategorie Liebesleben und Sexualität mit der Belastung durch Life Events in wechselseitigem Zusammenhang steht.

Betrachtet man nur die Subgruppe der **Nicht-Rückfallpatienten**, kann man festhalten, daß von den rein klinischen Skalen nur der HAMD-Gesamtwert sowohl mit der MEL-Kategorie Schwangerschaft, als auch dem PFB-Gesamtwert aus der Patientenbefragung einen schwachen Zusammenhang aufweist.

Die Kombinationen der jeweiligen Subskalen und Gesamtwerte aus dem PFB, aus der Angehörigen- und Patientenbefragung ergaben wieder Determinationskoeffizienten von unterschiedlicher Höhe. Jedoch weisen hier die höchsten Determinationskoeffizienten vor allem Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Gemeinsamkeiten mit Zärtlichkeit und Streitverhalten nach und weisen allgemein auf Korrespondenzen zwischen den verschiedenen partnerschaftlichen Aspekten hin.

Auch bei den Nicht-Rückfallpatienten konnte wieder keine einzige signifikante Kombinationen aus den MEL-Subskalen mit den BDI-, HAMD- und PFB-Gesamtwerten gefunden werden. Jedoch scheinen Life Events der Kategorie Gesundheit mit denen der Kategorie Berufliches, wenn der Nicht-Rückfallpatient nicht der Hauptverdiener ist, in der Häufigkeit des Auftretens und der Schwere der Belastung in einem wechselseitigen Zusammenhang zu stehen.

5.1.2.2.2 Survivalanalysen:

Survivalanalysen wurden mit der SAS-Prozedur Proc Lifetest und Proc Phreg auf dem Alpha 0.001-Niveau durchgeführt. Abhängige Variablen sind hier die gleichen, wie bei den Panelanalysen.

Die **stratifizierenden Kovariaten** waren hierbei alle in dieser Studie (s.o.) vorhanden Expressed Emotions-Variablen, das Geschlecht des Patienten, das Patienten- und Angehörigenalter, die binäre Variable, ob zur Abschlußuntersuchung noch eine SKID-II-Diagnose vergeben wurde oder nicht, die dichotomisierten CGI-Items, ob der Patient außerhalb des stationären Aufenthaltes Psychotherapie erhalten hatte oder nicht, „Terman-Item“ und „Perceived Criticism“ sowohl vom Patienten als auch vom Angehörigen (jeweils in der Mitte der Skala dichotomisiert) und die Variablen, ob es unter dem engen und weiten Rückfallkriterium im Katamnesezeitraum zu einem Rückfall gekommen ist.

Proc Lifetest: Hoch signifikante Unterschiede fanden sich in der Survivalanalyse mit Proc Lifetest hinsichtlich der stratifizierenden Variablen **Geschlecht** im BDI-Summenwert aus der Angehörigenbefragung. **Signifikante** Ergebnisse fanden sich in der Survivalanalyse keine. **Schwach signifikant** war die stratifizierende Variable **Angehörigenalter** hinsichtlich der Survivalkurven des BDI-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung.

Die stratifizierende Variable **Kritik stark (overt)** differenziert den BDI-Summenwert aus der Patientenbefragung als auch die MEL-Kategorien Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, Eltern/Familie, sowie Belastung durch Life Events. Die stratifizierende Variable **„Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten“** differenziert mit ihren Ausprägungen die entsprechenden Subgruppen in der Variablen des BDI-Summenwertes aus der Patientenbefragung. Die stratifizierende Variable **Perceived Criticism** aus der Patientenbefragung unterteilt die entsprechenden Subgruppen in der Variablen des HAMD-

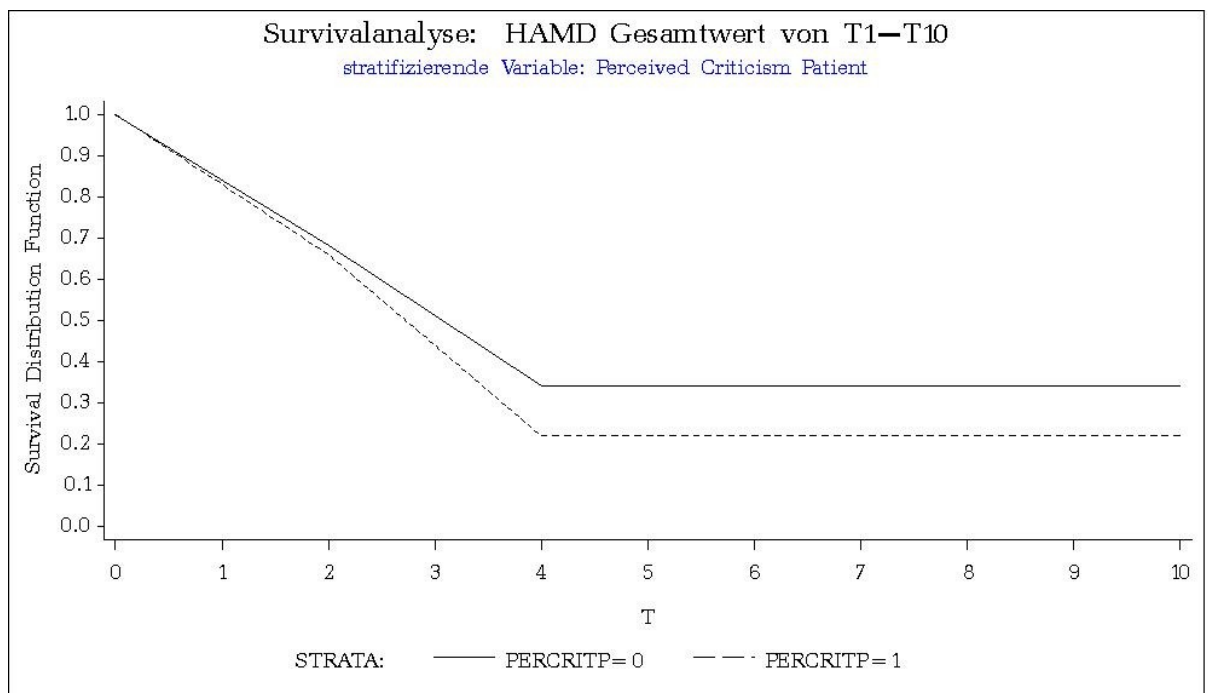
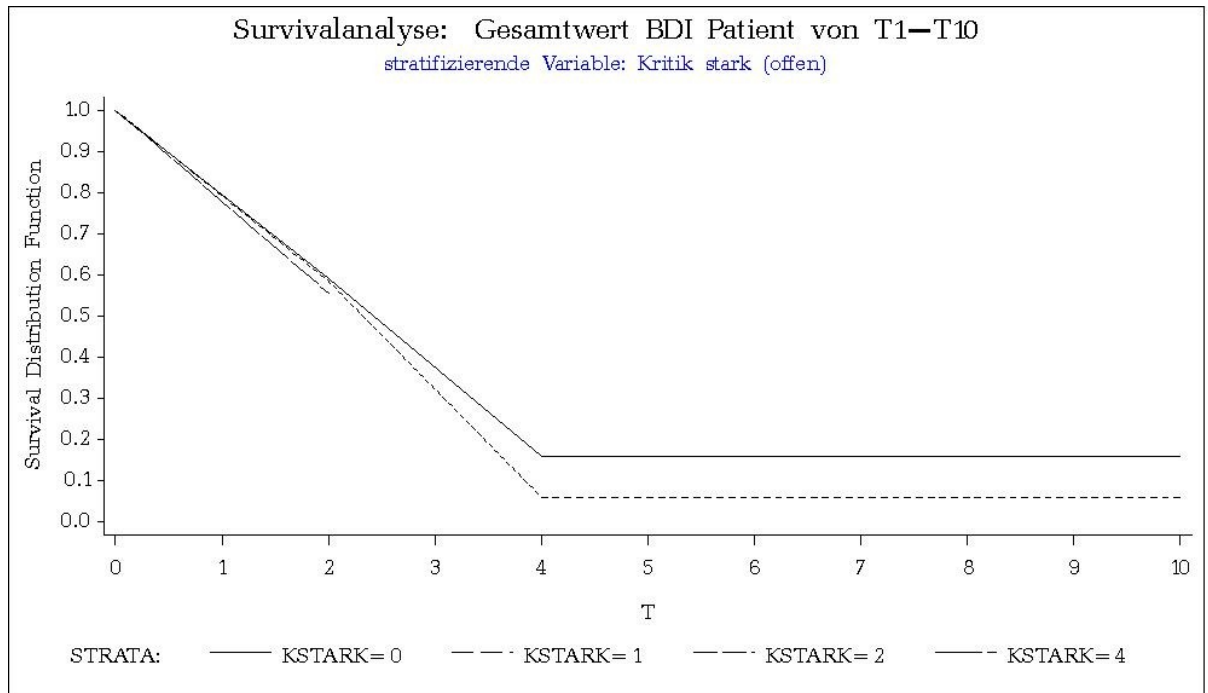
Gesamtwertes und die Variable **Perceived Criticism** aus der Angehörigenbefragung die Variable des BDI-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung. Die Variable „**Rückfall im Katamnesezeitraum** unter engem Rückfallkriterium“ differenzierte die MEL-Subskala „Liebesleben/Sex“ nur schwach signifikant.

Tabelle 39: signifikante Ergebnisse der Survivalanalysen mit Proc Lifetest

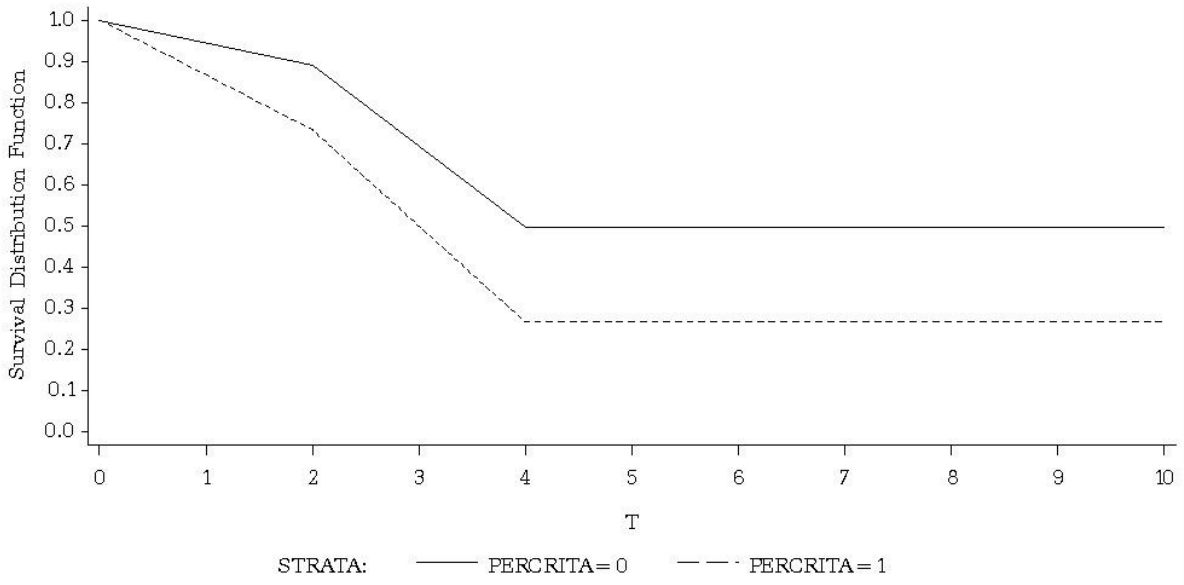
Abhängige Variable	Stratifizierende Variable	Wilcoxon	P>Chi ²	Log-Rank	P>Chi ²
BDI Summenwert Angeh.	Geschlecht	12.31	0.0003	11.99	0.0005
BDI Summenwert Angeh.	Angehörigenalter			29.87	0.04
BDI Summenwert Patient	EE Kritik stark	8.62	0.03	10.29	0.02
MEL nicht Hauptverdiener	EE Kritik stark	8.5	0.04	8.9	0.03
MEL Eltern/Familie	EE Kritik stark			7.8	0.05
Belastung d. Life Events	EE Kritik stark	8.2	0.04	8.7	0.03
BDI Summenwert Patient	Psychotherapie erhalten			6.33	0.012
HAMD-Gesamtwert	Perceived Criticism Pat.			4.05	0.044
BDI Summenwert Angeh.	Perceived Criticism Angeh	4.02	0.04	4.0	0.05
MEL Liebesleben/Sexualit.	Rückfall i. Katamnese eRK	5.5	0.02	9.1	0.03

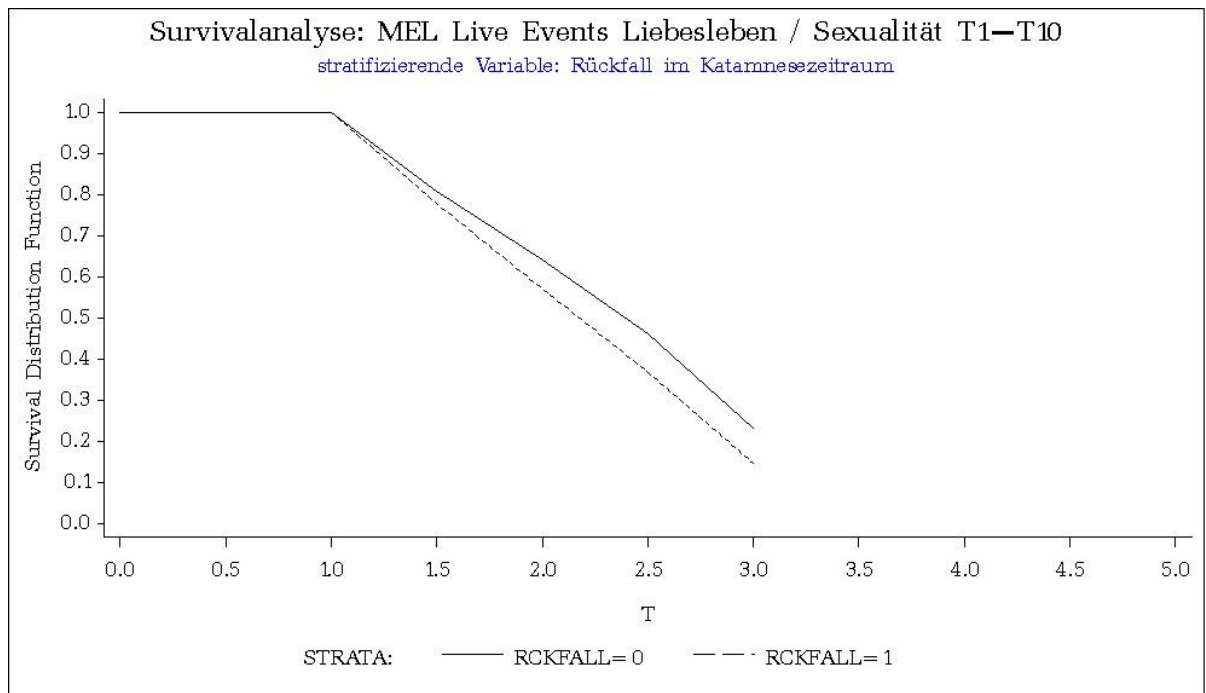
Alle aufgeführten Ergebnisse haben einen Freiheitsgrad weniger als die Anzahl der Subgruppen, d.h. bei diesen Variablen darf die H₀, daß die Subgruppen sich nicht unterschieden, abgelehnt werden.

Im folgenden zur Illustration und Veranschaulichung die wichtigsten Survivalkurven mit Proc Lifetest:



Survivalanalyse: Gesamtwert BDI Angehörige von T1–T10
stratifizierende Variable: Perceived Criticism Angehörige





Proc Phreg: Hoch signifikante und signifikante Unterschiede fanden sich in der Survivalanalyse mit Proc Phreg keine.

Schwach signifikante Unterschiede im Verlauf der Survivalkurven fanden sich hinsichtlich der stratifizierenden Variablen **Geschlecht** im BDI-Summenwert aus der Angehörigenbefragung. Dies bedeutet, daß sich männliche und weibliche Patienten hinsichtlich des Verlaufes der depressiven Symptome ihrer Angehörigen unterscheiden.

Durch die stratifizierende Variable **„Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten“** konnte den BDI-Summenwert aus der Patientenbefragung schwach signifikant in die beiden entsprechenden Subgruppen unterteilt werden. Hierbei kann man davon ausgehen, daß Patienten hinsichtlich dessen, ob sie im Katamnesezeitraum eine Psychotherapie wahrgenommen haben, einen unterschiedlichen Verlauf bezüglich ihrer Depression genommen haben.

Ebenfalls unterschied die stratifizierende Variable **„Rückfall im Katamnesezeitraum bei engem Rückfallkriterium“** jeweils in der MEL-Kategorie Liebesleben/Sexualität, so daß man hierbei davon ausgehen kann, daß Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten sich hinsichtlich der Häufigkeit und Belastung dieser Life Events unterscheiden.

Die **Risk Ratios** liegen am höchsten für den BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung in der binären Variable **„Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten“**, gefolgt von der MEL-

Kategorie Liebesleben und Sexualität in der binären Variable Rückfall im Katamnesezeitraum bei engem Rückfallkriterium und dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung in der binären Variable Geschlechtszugehörigkeit. Dies bedeutet, daß das Risiko dafür, einen Anstieg oder geringeren Abfall im BDI-Gesamtwert zu bekommen für die Patienten am höchsten war, die im Katamnesezeitraum Psychotherapie erhalten haben, was eigentlich trivial ist, daß weiterhin das Risiko Life Events der Kategorie Liebesleben und Sexualität besonders häufig oder belastend zu erleben bei Rückfallpatienten sehr groß ist und daß das Risiko für die Angehörigen, einen Anstieg bzw. geringeren Abfall im BDI-Gesamtwert zu bekommen bei weiblichen Patienten höher ist, als bei männlichen.

Bei keiner der **beiden Methoden** jedoch konnten die PFB-Summenwerte oder –Subskalen durch irgendeine der oben aufgeführten stratifizierenden Variablen signifikant in ihren Survivalkurven unterschieden werden.

Tabelle 40: signifikante Ergebnisse der Survivalanalysen mit Proc Phreg

Abhängige Variable	Stratifizierende Variable	Wald Chi-Square	Pr > Chi-Square	Risk Ratio
BDI Summenwert Angeh.	Geschlecht	3.91	0.05	0.65
BDI Summenwert Patient	Psychotherapie erhalten	4.61	0.03	1.36
MEL Liebesleben/Sexualit.	Rückfall i. Katamnese eRK	7.05	0.008	1.33

Zusammenfassung:

Die Survivalanalysen mit **Proc Lifetest** zeigen, daß die dichotome Variable „Rückfall im Katamnesezeitraum“ unter dem engen Rückfallkriterium, welche also die Rückfallpatienten von den Nicht-Rückfallpatienten unterscheidet, bzw. unterscheidet, ob ein Patient als nicht remittiert, teil- oder vollremittiert angesehen werden kann, nur schwach signifikant die MEL-Kategorie Liebesleben/Sexualität differenziert, jedoch keine der klinischen Skalen.

Dies könnte eventuell durch das hohe Alpha-Niveau von $p < 0.0001$ mit dem verhindert werden sollte, daß falsch-positive Ergebnisse berücksichtigt werden, begründet sein, durch das eventuell einige weitere schwächer signifikanten Ergebnisse bei den klinischen Skalen weggefallen sind. Dies heißt, daß sich Rückfall- von Nicht-Rückfallpatienten vor allem in der Häufigkeit des Auftretens von Life Events Liebesleben/Sexualität unterscheiden und in der Bewertung der Belastung durch diese.

An **klinischen Skalen** können zum einen der BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung durch die stratifizierenden Kovariaten schwach signifikant differenziert werden und zwar hinsichtlich der Expressed-Emotions-Variablen „Kritik stark“ und der Variablen „Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten“.

Die klinische Variable BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung konnte durch die stratifizierenden Variablen Angehörigenalter, Geschlecht und Perceived Criticism aus der Angehörigenbefragung (dichotomisiert) differenziert werden. Weiterhin konnte der HAMD-Gesamtwert durch die dichotomisierte Variable Perceived Criticism aus der Patientenbefragung schwach signifikant differenziert werden.

Die Survivalkurven der **MEL**-Kategorien konnten neben der oben bereits erwähnten Variable mindestens 1 Rückfall im Katamnesezeitraum unter engem Rückfallkriterium nur noch durch die Expressed-Emotions-Variablen „Kritik stark“ differenziert werden und zwar hinsichtlich der Life Event-Kategorien Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, Eltern/Familie, sowie die Belastung durch Life Events.

Die Survivalanalysen mit **Proc Phreg** hingegen zeigen, daß der **BDI**-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung nur durch die binäre Variable Geschlecht unterteilt werden konnte und der BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung nur durch die binäre Variable Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten.

Das heißt, daß sich die Angehörigen der Patienten unterschiedlichen Geschlechtes in ihrem Zustandsbild, soweit es den im BDI wiedergegebenen Depressionsgrad betrifft, unterscheiden und daß sich die Verläufe der depressiven Zustandsbilder der Patienten im BDI in Abhängigkeit von erhaltener oder nicht erhaltener Psychotherapie unterscheiden.

Ansonsten werden noch die **MEL**-Kategorie Liebesleben/Sexualität durch die Variable Rückfall im Katamnesezeitraum unter engem Rückfallkriterium differenziert, so daß man hier davon ausgehen kann, daß es einen signifikanten Unterschied zwischen Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten hinsichtlich der Häufigkeit und/oder Belastung in dieser Kategorie an Life Events gibt.

Die **Risk Ratios** lagen am höchsten beim BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung hinsichtlich der stratifizierenden Variable „Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten“, gefolgt von der Life Event-Kategorie Liebesleben und Sexualität hinsichtlich der stratifizierenden Variable „Rückfall im Katamnesezeitraum“ und dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung hinsichtlich der Variablen Geschlecht.

5.2 Hypothesentestender Teil:

Im hypothesentestenden Teil beziehen sich die Variablenwerte, sofern nicht anders vermerkt auf die Abschlußuntersuchung.

5.2.1 Hypothese 1:

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rückfallhäufigkeit.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Korrelationsanalysen auf dem $\alpha=0.05$ -Konfidenzniveau zwischen dem Patienten-, bzw. Angehörigenalter und den Variablen Anzahl der Episoden und Gesamtepisodenlänge, in denen ein Patient depressiv war (jeweils enges und weites Rückfallkriterium) durchgeführt. Trotz der Effekte multipler Testung wurde kein höheres Konfidenzniveau gewählt, da bei einem höheren Konfidenzniveau keinerlei signifikante Ergebnisse erzielt worden waren.

Subgruppen-Differenzierungen dieses hypothetischen Variablenzusammenhanges erfolgten hinsichtlich der Variablen, Geschlecht, ob ein Patient noch mit seinem alten Lebenspartner zusammen ist, als auch hinsichtlich der wahrgenommenen Kritik (perceived criticism) des Partners, des Patienten und der Einschätzung der Partnerschaft im Augenblick (Terman-Item), sowohl von Patient als auch von Partner. Dabei wurden das Terman-Item und die Variable „Perceived Criticism“ dichotomisiert, wobei der cut-off beim „perceived criticism“ bei 5 und beim Terman-Item bei 2 lag. Desweiteren erfolgten Analysen differenziert nach den Variablen Berufstätigkeit und familiärer Lebensstil.

Dabei wurde die Nullhypothese, es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rückfallhäufigkeit, durch die durchgeführten Analysen beibehalten.

Hinsichtlich der weiteren Berechnungen mit den Subgruppen kann man feststellen, daß die Anzahl an Episoden unter dem engen Rückfallkriterium mit dem Patientenalter für diejenigen Patienten zu $r_s=0.93$ signifikant interkorreliert, welche im „**Terman Item**“ der Angehörigen einen Wert von ≤ 2 haben, d.h. eher unglücklich als sehr glücklich sind. Weiterhin korrelierte zu $r_s=-0.88$ schwach signifikant das Angehörigenalter von Patienten, die bereits in

Frührente sind, mit der Anzahl der Episoden derart, daß die Anzahl der Episoden mit geringerem Angehörigenalter zuzunehmen scheint.

Tabelle 41: Signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter und der Rückfallhäufigkeit

Signifikante Subgruppe	Spearman-Korrelation	Signifikanzniveau p<0.05	N
Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum (enges Rückfallkriterium)			
Patientenalter			
Terman Item Angehörige Wert <=2	0.93	0.008	6
Angehörigenalter			
Frührente	-0.88	0.02	6

- Berücksichtigt wurden hierbei nur solche Korrelationen, die mindestens auf einer Anzahl von N=5 in beiden Variablen haben und größer oder mindestens gleich $r_s=0.3$ waren.

5.2.2 Hypothese 2:

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der EE-Scores und der Häufigkeit bzw. der Dauer der Rückfälle.

Diese Zusammenhangshypothese wurde zunächst auf dem $\alpha=0.01$ -Konfidenzniveau, dann auf dem $\alpha=0.05$ -Konfidenzniveau mit Korrelationsanalysen getestet, da es bei einem Signifikanzniveau von 0.01 kein signifikantes Ergebnis gibt und um mit einem Konfidenzintervall von $\alpha=0.05$ wenigstens ein signifikantes Ergebnis darstellen zu können. Dazu wurden die Spearman-Korrelationskoeffizienten zur Testung der Zusammenhänge zwischen den Variablen Gesamtrückfalldauer und Anzahl der Rückfälle und den Expressed Emotions-Variablen ermittelt.

Tabelle 42:

Zusammenhänge zwischen EE-Scores und Dauer bzw. Anzahl der Rückfälle der gesamten Stichprobe

Rückfall-Dauer gesamt aus KR			Anzahl Rückfälle aus KR		
Expressed emotions (alt)					
Spearman-Korrelation	N=8	0.19	Spearman-Korrelation	N=12	0.11
Signifikanzniveau p<0.05		0.38	Signifikanzniveau p<0.05		0.47
Expressed emotions (neu)					
Spearman-Korrelation	N=8	0.16	Spearman-Korrelation	N=12	-0.05
Signifikanzniveau p<0.05		0.46	Signifikanzniveau p<0.05		0.77
Kritik (schwach)					
Spearman-Korrelation	N=8	0.24	Spearman-Korrelation	N=12	-0.03
Signifikanzniveau p<0.05		0.27	Signifikanzniveau p<0.05		0.86
Kritik (stark)					
Spearman-Korrelation	N=8	0.17	Spearman-Korrelation	N=12	0.13
Signifikanzniveau p<0.05		0.44	Signifikanzniveau p<0.05		0.42
Tonfall					
Spearman-Korrelation	N=8	0.44	Spearman-Korrelation	N=12	0.1
Signifikanzniveau p<0.05		0.03	Signifikanzniveau p<0.05		0.51

Beziehung						
Spearman-Korrelation	N=8	0.1		Spearman-Korrelation	N=12	-0.09
Signifikanzniveau $p < 0.05$		0.65		Signifikanzniveau $p < 0.05$		0.59

- KR=Keller-Rating

Die Auswertungen der Korrelationsanalyse zur Testung der Zusammenhangshypothese ergab nur eine einzige signifikante und bedeutsame Korrelation mit einem Spearman-Korrelationskoeffizienten von $r_s = 0.44$ ($p < 0.05$) zwischen der EE-Variable **Tonfall** und der Gesamttrückfallzeit, welche aus allen im Keller-Rating angegebenen Episoden bei engem Rückfallkriterium errechenbar war. Es ergaben sich keinerlei Korrelation aus den anderen EE-Variablen mit der Gesamtanzahl an Episoden oder deren Gesamtdauer.

Weitere **Differenzierungen dieser Variablenzusammenhänge** erfolgten ebenfalls wie bei der vorangegangenen Hypothesentestung der Hypothese 1 hinsichtlich dessen, ob ein Patient noch mit seinem alten Lebenspartner zusammen ist, sowie der wahrgenommenen Kritik (perceived criticism von Partner und Patient) und der Einschätzung der Partnerschaft im Augenblick (Terman-Item von Patient und Partner). Dabei wurden diese Variablen wieder wie unter Hypothese 1 beschrieben dichotomisiert. Hierbei wurde wieder zum Ausgleich der Effekte multipler Testung (Alpha-Fehler-Kummulierung) das Alpha-Niveau wieder auf 0.01 heraufgesetzt, da nun unterschieden nach Subgruppen, doch noch eine Reihe an signifikanten Ergebnissen gefunden werden konnte.

Hierbei kann eine einzige **signifikante Korrelation** von $r_s = 0.75$ ($p < 0.01$) zwischen der EE-Variablen Kritik schwach und der Gesamttrückfalldauer im Katamnesezeitraum für die Subgruppe der Patienten mit Angehörigen, welche im **Terman-Item** angaben, daß sie eher glücklich bis sehr glücklich sind, feststellen.

Die höchste **schwach signifikante Korrelation** ergab sich für die Subgruppe der Patienten, deren Angehörige eher hohe Werte im Item „**Perceived Criticism**“ angaben und bei denen Kritik (covert) mit der Gesamttrückfalldauer schwach signifikant zu $r_s = 0.75$ ($p < 0.01$) korrelierte. Bei der Subgruppe der Patienten, die das Item „Perceived Criticism“ in der niedrigeren Hälfte der Werteskala angekreuzt hatten, korrelierte die Variable Kritik (schwach) mit $r_s = 0.64$ ($p < 0.05$) und mit der Variablen „Expressed Emotions“ neuer Modus zu $r_s = 0.65$ ($p < 0.05$) mit der Gesamttrückfalldauer.

Tabelle 43: Signifikante Zusammenhänge zwischen EE-Scores und der Dauer bzw. Anzahl der Rückfälle in verschiedenen Patienten-Subgruppen

Signifikante Subgruppe	Spearman-Korrelation	Signifikanzniveau p<0.05	N
Gesamtrückfalldauer aus dem Katamnesezeitraum			
Expressed Emotions alter Modus			
Geschlecht weiblich	0.5	0.04	27
Expressed Emotions neuer Modus			
Perceived Criticism Patient Wert<=5	0.65	0.02	12
Kritik schwach (covert)			
Terman-Item (Angehörige) Wert>=3	0.75	0.01	9
Perceived Criticism Patient Wert<=5	0.64	0.03	12
Perceived Criticism Angehöriger Wert<=5	0.75	0.03	8
Tonfall			
Geschlecht weiblich	0.44	0.02	18
Familienstand ist verheiratet	0.44	0.03	21
Lebt mit Partner von damals	0.46	0.04	21
Anzahl Rückfälle aus dem Katamnesezeitraum			
Tonfall			
Geschlecht weiblich	0.5	0.04	18

Die Subgruppe der **weiblichen Patienten** weist Korrelationen zu $r_s=0.5$ ($p<0.05$) zwischen der Variablen „Expressed Emotions“ alter Modus mit der Gesamtrückfalldauer und zu $r_s=0.44$ ($p<0.05$) zwischen der Variablen Tonfall ebenfalls mit der Gesamtrückfalldauer, als auch eine Korrelation zu $r_s=0.5$ ($p<0.05$) zwischen der Variablen Tonfall und der Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum auf.

Bei den Patienten, die als **Familienstand verheiratet** angegeben haben, korreliert die Variable Tonfall zu $r_s=0.44$ ($p<0.05$) mit der Gesamtrückfalldauer und bei denjenigen Patienten, die angaben, noch mit dem **gleichen Partner** weiterhin zusammenzuleben, mit dem sie bereits zu Beginn der Studie zusammen waren, korrelierte die Variable Tonfall zu $r_s=0.46$ ($p<0.05$) mit der Gesamtrückfalldauer.

Ergänzend hierzu wurde gefunden, daß hinsichtlich der Rückfallpatienten nur 6% die Ausprägung HIGH in den Variablen „Expressed Emotions“ (alter Modus) und 24% in der gleichen Variable (neuer Modus) aufweisen, daß 6% einen Wert von 5-10 (Range 1-10) in der Variablen Kritik schwach (covert), 0% einen Wert von 5-10 in der Variablen Kritik stark (open), 8% in der Variablen Kritik Tonfall (Range 0-4) und nur 4% die Ausprägung „negativ“ im (emotionalen) Beziehungswert aufweisen. Dies heißt, daß hinsichtlich eines Rückfalles im Katamnesezeitraum für die gesamte Stichprobe bis auf die Variable Expressed Emotions

(neuer Modus) nur relativ niedrige Häufigkeiten in den hohen Ausprägungen der Expressed-Emotions-Variablen festgestellt werden konnten.

Hypothese 2 (H1) konnte somit schwach signifikant bestätigt werden, vor allem hinsichtlich bestimmter Restriktionen im Geltungsbereiches.

5.2.3 Hypothese 3:

H1: Es gibt einen nachweisbaren chronobiologischen Faktor in den Keller-Rating-Werten des Katamnesezeitraumes.

Zur Testung dieser Hypothese wurde für die Errechnung des saisonalen Effektes aus den Werten des Keller-Ratings die zugehörige Jahreszeit ermittelt (Sommer oder Winter) und diese dann als Klassifizierungsvariable im T-Test zur Testung von Unterschiedshypothesen für die Werte des Keller-Ratings (bzw. dem mittleren Wert der Keller-Rating-Werte, den alle Patienten hatten) verwendet.

Hierbei konnte ein signifikanter Mittelwertsunterschied in den über alle Patienten gemittelten Keller-Rating-Werten und ihrer dazugehörigen Jahreszeit festgestellt werden. Das heißt, daß die Mittelwerte aus Sommermonaten unter denen der Wintermonaten lagen, was sich im T-Wert von 2.67 und dem dazugehörigen P-Wert von 0.01 ausdrückt. Der nicht signifikante F-Wert besagt, daß die Varianzen der Keller-Rating-Mittelwerte in den Sommer- und Wintermonaten als nicht ungleich anzusehen sind.

Somit kann die assoziierte Nullhypothese, es gibt keinen chronobiologischen Faktor, abgelehnt werden.

Tabelle 44: Signifikanter Mittelwertsunterschied der Keller-Rating –Werte zwischen Sommer- und Wintermonaten

Variable	Winter-Werte		Sommer-Werte		Statistik				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
Keller-Rating-Scores (Mittelwert aller Pat.)	2.24	0.38	2.08	0.3	Equal:	2.57	0.01	1.58	0.07
					Unequal:	2.58	0.011		

5.2.4 Hypothese 4:

H1: Einfach- und Mehrfacherkrankte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Mittelwerte in den Expressed Emotions- und anderer klinischer sowie Persönlichkeitsvariablen.

Das zur Überprüfung dieser Hypothese gewählte Verfahren ist der T-Test, mit dem die Mittelwertsunterschiede zwischen Ein- und Mehrfacherkrankten Patienten überprüft werden soll. Die zur Hypothesentestung einbezogenen Variablen sind hierbei der EE-Wert (alter und neuer Modus), der Beziehungswert, Kritik des Angehörigen am Patienten, auch verdeckt geäußerte Kritik, sowie Tonfall. Da die Variable Over-Involvement keine Variabilität in ihren Werten aufweist (alle Werte sind 0), läßt sich diese nicht in die Auswertungen einbeziehen. Weiterhin wurden in diese Auswertung noch die soziodemographischen Variablen, die Episodenvariablen, die MPT-Subskalen, die CGI-Variablen, die Items und Gesamtwerte aus HAMD und BDI, die PFB-Subskalen und Gesamtwerte sowie die Terman-Items und Perceived Criticism-Variablen aus T10 einbezogen. Klassifizierungsvariable war hierbei, ob ein Patient unter dem **engen** oder **weiten Rückfallkriterium** mehr als 1 Episode in seinem Leben hatte. Berücksichtigt wurden nur solche signifikanten Ergebnisse, die in jeder Klasse mindestens 5 Patienten aufweisen.

Unter dem **engen Rückfallkriterium** fanden sich für diese Auswertung und mit den oben genannten Variablen keine einzige Signifikanz im T-Test im Mittelwertsvergleich. Hierbei weist lediglich ein schwach signifikanter F-Wert von 2.76 ($p < 0.05$) darauf hin, daß hinsichtlich der Variablen Kritik stark (offen) die Patientenstichprobe aufgrund der unterschiedlich hohen Standardabweichung in den beiden Subgruppen unterschiedlichen statistischen Subpopulationen angehören könnten.

Tabelle 45: Signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei engem Rückfallkriterium

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkranken.		Statistiken			
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F
Kritik stark	0.2	0.52	0.23	0.87	Equal:		2.76	0.03
					Unequal:			

Tabelle 46: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei weitem Rückfallkriterium

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkranken.		Statistiken			
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F
Familienstand	3	0.37	3.19	0.74	Equal:		4.06	0.007
					Unequal:			
MPT Rigidität	14.08	2.54	14.35	4.67	Equal:		3.38	0.04
					Unequal:			
HAMD-Gesamtsumme	6.67	12.79	4.63	5.64	Equal:		5.14	0.0006
					Unequal:			
EE Kritik Tonfall	0.06	0.25	0.38	1.13	Equal:		20.58	0.0
					Unequal:			

Unter dem **weiten Rückfallkriterium** fanden sich für die gleiche Auswertung und mit den oben genannten Variablen ebenfalls keinerlei Signifikanzen im Mittelwertsvergleich. Lediglich weisen schwach bis sehr signifikante F-Werte von deutlich über 1 darauf hin, daß statistisch gesehen, Einmal- und Mehrfacherkrankte unterschiedlichen Populationen angehören könnten und zwar in den Variablen Familienstand, der MPT-Subskala Rigidität, der HAMD-Gesamtsumme und in der „Expressed Emotions“-Variable „Kritik Tonfall“.

Aufgrund der nicht-signifikanten Mittelwertsvergleiche für die gesamte Patientenstichprobe wurden die gleichen Berechnungen noch für **Subgruppen** der Variablen Geschlecht und ob die Patienten noch mit dem gleichen Partner zusammenleben, mit dem sie bereits zu Beginn der Studie zusammen waren, durchgeführt.

Die gleiche Auswertung nur für die Subgruppe „**männlich**“ führt daraufhin zu den folgenden signifikanten Mittelwertsunterschiede unter dem **engen Rückfallkriterium**: hierbei weist ein T-Wert von 2.43 ($p < 0.05$) darauf hin, daß Einmalerkrankte schwach signifikant im Durchschnitt ein höheres **Patientenalter** haben, als Mehrfacherkrankte. Weiterhin weisen F-Werte von über 1 ($p < 0.05$) daraufhin, daß sich die beiden Subgruppen hinsichtlich ihrer Verteilungseigenschaften in den Variablen Partnerschaftsstatus und der HAMD-Gesamtsumme unterscheiden.

Tabelle 47: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei engem Rückfallkriterium - nur männliche Patienten

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkran.		Statistiken				
	M	SD	M	SD	T		P> T	F	P>F
Patientenalter	51.5	7.44	43.57	5.19	Equal:	2.43	0.03		
					Unequal:	2.59	0.02		
Partnerschaftsstatus	1.1	0.32	1.67	0.82	Equal:			6.67	0.02
					Unequal:				
HAMD-Gesamtsumme	6.1	9.43	1.33	2.8	Equal:			11.31	0.02
					Unequal:				

Die Auswertung nur für die Subgruppe „**weiblich**“ führt zu einem einzigen schwach signifikanten Mittelwertsunterschied bei **engem Rückfallkriterium** zwischen einmal und mehrfach erkrankten Patientinnen in der soziodemographischen Variable Berufssituation. Der negative T-Wert von -2.08 ($p < 0.05$) gibt dabei an, daß die mehrfach erkrankten Patientinnen häufiger entweder arbeitslos, in Rente oder anderweitig ohne berufliche Beschäftigung sind, während die nur einmal erkrankten Patientinnen öfters berufstätig oder Hausfrau waren.

In den Variablen Familienstand und Partnerschaftsstatus hingegen weisen lediglich ein schwach signifikanter und signifikanter F-Wert darauf hin, daß in diesen Variablen die Patientinnen unterschiedliche Verteilungseigenschaften haben.

Tabelle 48: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei engem Rückfallkriterium - nur weibliche Patienten

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkran.		Statistiken				
	M	SD	M	SD	T		P> T	F	P>F
Berufliche Situation	3.6	1.84	6.33	3.85	Equal:	-2.08	0.05	4.38	0.03
					Unequal:	-2.37	0.03		
Familienstand	3.03	0.51	2.93	0.26	Equal:			3.98	0.02
					Unequal:				
Partnerschaftsstatus	1.27	0.65	1.07	0.26	Equal:			6.27	0.002
					Unequal:				

Die gleiche Auswertung unter dem **weiten Rückfallkriterium** nur für die Subgruppe „**männlich**“ ergab je einen schwach signifikanten und signifikanten Mittelwertsunterschied in den Variablen „**noch mit dem Partner von damals verheiratet**“ und der EE-Variablen **Kritik stark (offen)**. D.h., daß einmalerkrankte männliche Patienten ausschließlich noch mit dem Partner von damals zusammen sind, während dies bei Mehrfacherkrankten hier nicht immer der Fall ist und das Einmalerkrankte häufiger einem Familienklima stärkerer Kritik ausgesetzt waren, als Mehrfacherkrankte. Weiterhin weisen schwach signifikante F-Werte über 1 darauf hin, daß in den Variablen Beziehung, der MPT-Subskala Rigidität, der HAMD-Gesamtsumme und der CGI-Variablen Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung Erst- und Mehrfacherkrankte unterschiedliche Verteilungseigenschaften aufweisen, d.h. statistisch gesehen unterschiedlichen Subpopulationen angehören. (Die Variable Beziehung ist -1 für negativ, 0 für neutral und +1 für positiv kodiert).

Tabelle 49: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei weitem Rückfallkriterium - nur männliche Patienten

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkran.		Statistiken				
	M	SD	M	SD	T		P> T	F	P>F
EE Beziehung	-0.2	0.84	0.1	0.32	Equal:			7.0	0.02
					Unequal:				
Noch mit Partner von damals verheiratet	1	0	0.6	0.52	Equal:			+++	
					Unequal:	3.45	0.04		
MPT Rigidität	14.75	0.96	15.38	4.34	Equal:			20.55	0.03
					Unequal:				
HAMD-Gesamtsumme	5.67	11.48	3.5	5.24	Equal:			4.78	0.04
					Unequal:				
Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung	2.6	1.34	2.29	0.49	Equal:			7.56	0.03
					Unequal:				
Kritik stark	0.8	0.84	0	0	Equal:	3.15	0.008		
					Unequal:				

- +++ alle Werte einer Klasse sind gleich

Die Auswertung nur für die Subgruppe „**weiblich**“ führt zu einem signifikanten Mittelwertsunterschied bei **weitem Rückfallkriterium**. In der Variablen **Berufssituation** unterscheiden sich Mehr- und Einmalerkrankte in ihren Mittelwerten signifikant unter der Annahme ungleicher Varianzen, bzw. schwach signifikant unter der Annahme gleicher Varianzen. D.h., daß Mehrfacherkrankte einen signifikant höheren Mittelwert in dieser Variable aufweisen, als Einmalerkrankte, so daß man aufgrund des negativen T-Wertes von – 2.64 ($p < 0.01$) davon ausgehen kann, daß Mehrfacherkrankte häufiger nicht erwerbstätig, da entweder Hausfrau in Ausbildung/Umschulung, arbeitslos oder in Rente sind. Schwach bis hoch signifikante F-Werte über 1 geben einen Hinweis darauf, daß die Verteilungseigenschaften dieser beiden Subgruppen möglicherweise auf unterschiedliche Subpopulationen hindeuten. Dies ist der Fall in den Variablen Partnerschaftsstatus und der HAMD-Gesamtsumme.

Tabelle 50: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei weitem Rückfallkriterium - nur weibliche Patienten

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkran.		Statistiken				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
Berufliche Situation	3.25	1.91	6.18	3.63	Equal:	-2.63	0.04		
					Unequal:	-2.64	0.01		
Partnerschaftsstatus	1.22	0.67	1.12	0.33	Equal:			4.03	0.02
					Unequal:				
BDI-Gesamtsumme Angehörige	11.14	10.42	3.11	2.26	Equal:	2.27	0.04	21.22	0.0003
					Unequal:				
HAMD-Gesamtsumme	7.67	15.03	5.29	5.91	Equal:			6.46	0.004
					Unequal:				

Betrachtet man die Subgruppe der Patienten, die **noch mit dem gleichen Partner zusammen** sind, mit dem sie zu Studienbeginn, bzw. Aufnahme zur stationären Therapie zusammen waren, so finden sich unter dem **engen Rückfallkriterium** folgende signifikante Ergebnisse: ein Mittelwertsunterschied findet sich in der MPT-Subskala Motivation derart, daß Einmalerkrankte einen signifikant höheren Wert in dieser Variablen aufweisen, als Mehrfacherkrankte, welche hierbei alle einen Wert von 0 haben. Der T-Wert von 3.36 ($p < 0.01$) weist dabei darauf hin, daß Einmalerkrankte etwas motiviert sind und Mehrfacherkrankte hingegen alle äußerst niedrig motiviert. Schwach signifikante Mittelwertsunterschiede finden sich in den Variablen Geschlecht, d.h., daß Einmalerkrankte

schwach signifikant häufiger Männer sind, als auch in der MPT-Subskala Isolationstendenz, in der ebenfalls schwach signifikant Einmalerkrankte einen höheren Wert aufweisen, als Mehrfacherkrankte, d.h., daß Einmalerkrankte isolierter leben, als Mehrfacherkrankte. In der MPT-Subskala Isolationstendenz weist weiterhin ein schwach signifikanter F-Wert größer als 1 (wie auch der T-Wert für ungleiche Varianzen) darauf hin, daß hierbei Einmal- und Mehrfacherkrankte unterschiedliche Verteilungseigenschaften haben und deshalb statistisch gesehen unterschiedlichen Subpopulationen angehören könnten.

Tabelle 51: Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei engem Rückfallkriterium - nur Patienten, die noch mit dem gleichen Partner zusammen sind

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkran.		Statistiken				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
Geschlecht	1.5	0.51	1.82	0.39	Equal:	-2.1	0.05		
					Unequal:	-2.1	0.04		
MPT Isolationstendenz	13.45	0.93	11.82	1.99	Equal:	2.47	0.02	4.54	0.03
					Unequal:	2.47	0.03		
MPT Motivation	1.18	1.17	0	0	Equal:	3.36	0.003		
					Unequal:	3.36	0.007	+++	

- +++ alle Werte einer Klasse sind gleich

Betrachtet man die Subgruppe, die **noch mit dem gleichen Partner zusammen** sind, so findet sich unter dem **weiten Rückfallkriterium** ein schwach signifikantes Ergebnis in der MPT-Subskala Motivation. Hierbei ist der Mittelwert der Einmalerkrankten schwach signifikant höher als der der Mehrfacherkrankten, so daß man aufgrund des T-Wertes von 2.62 ($p < 0.05$) davon ausgehen kann, daß Einmalerkrankte motivierter sind als Mehrfacherkrankte. Weiterhin fanden sich hoch signifikante F-Werte größer 1 in der HAMD-Gesamtsumme und der „Expressed Emotions“-Variable Tonfall, so daß man hier davon auszugehen ist, daß die Einmal- und Mehrfacherkrankten in diesen Variablen unterschiedlichen Subpopulationen zuzuzählen sind.

Tabelle 52: Signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen ein- und mehrfacherkrankten Patienten bei weitem Rückfallkriterium - nur Patienten, die noch mit dem gleichen Partner zusammen sind

Variable	Einmalerkrankte		Mehrfacherkran.		Statistiken				
	M	SD	M	SD	T	P> T	F	P>F	
MPT Motivation	1.25	1.28	0.21	0.28	Equal:	2.62	0.02	4.9	0.013
					Unequal:				
HAMD-Gesamtsumme	6.67	12.79	3.71	4.93	Equal:			6.73	0.0003
					Unequal:				
EE Tonfall	0.09	0.3	0.53	1.31	Equal:			18.78	0.0
					Unequal:				

Unter dem engen Rückfallkriterium finden sich in der Subgruppe der Patienten, die **nicht mehr mit dem Partner von damals** zusammenleben, keine signifikanten Mittelwertsunterschiede. Dies gilt ebenfalls für das weite Rückfallkriterium.

Die Ergebnisse zeigen, daß das enge Rückfallkriterium hinsichtlich einer Unterscheidung zwischen Erst- und Mehrfacherkrankten Patienten das schärfere Unterscheidungskriterium darstellt. Die geringsten Unterschiede hierbei fanden sich in der Subgruppe der Patienten, die nicht mehr mit dem Partner von damals zusammenleben und die größten Unterschiede in der Subgruppe, bei denen dies noch der Fall war. Eine Unterteilung nach Geschlecht lag dabei vom Unterscheidungswert her in der Mitte.

Somit konnte diese Hypothese 4 (H1) nur mit bestimmten Restriktionen hinsichtlich des Geltungsbereiches bestätigt werden.

5.3 Zusammenfassung

Für die im Rahmen des heidelberger Depressionsprojektes untersuchte Patientenstichprobe lag das mittlere Alter bei Studienabschluß bei 53.1 Jahren, wobei 33 von 50 Patienten Frauen waren.

Die durchschnittliche Schwere der Erkrankung lag bei Erkrankungsbeginn bei einem HAMD-Summenwert von 7.68, bzw. einem BDI-Summenwert von 10.89, während er bei Studienende bei 7.75, bzw. 5.26 lag und somit nicht signifikant gebessert ist.

Die durchschnittliche Anzahl an Episoden im Katamnesezeitraum lag bei 0.98 und insgesamt für die bisherige Lebenszeit bei 2.6, während die durchschnittliche beschwerdefreie Zeit im Katamnesezeitraum bei 24.44 Monaten lag.

Bei den Persönlichkeitsfaktoren zeigten Patienten im MPT Werte im mittleren Drittel auf den Faktoren Extraversion, Introversion, Rigidität, Frustrationstoleranz. Unterhalb des mittleren Drittels lagen die Persönlichkeitsfaktoren Normorientiertheit und Motivation aus dem MPT. Oberhalb des mittleren Drittels lagen die Werte für die Persönlichkeitsfaktoren Isolationstendenz und Esoterische Neigungen aus dem MPT

Die Werte für die Skalen des MMPI's hingegen lagen alle im niedrigen Bereich, die des MPI im mittleren Drittel.

Die Gesamtbelastung durch Life Events für den ersten 2-Jahres-Zeitraum der Studie lag im Durchschnitt bei 11.86 für die jeweils 3 aufeinanderfolgenden Monaten zwischen den einzelnen Haupt- und Zwischenuntersuchungen.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe gab es in der Patientengruppe einen 2.25 so hohen BDI-Gesamtwert, einen 4.42 so hohen HAMD-Gesamtwert und einen 2.5 so hohen CGI-Wert (Schweregrad der Erkrankung).

Im Vergleich zur Patientenstichprobe kam es zu einem 1.17 so hohen BDI-Gesamtwert in der Angehörigengruppe und zu einem 1.09 so hohen PFB-Gesamtwert in der Patientenstichprobe, im Vergleich zur Angehörigengruppe.

Die **Panelanalyse** zeigte eine durchgehend etwas größere Varianz in der Zeitkomponente, als für die Querschnittskomponente, weshalb es generell zu keinen sehr hohen Determinationskoeffizienten von über $r^2=0.61$ kommt. An Zusammenhängen der klinischen Skalen fand sich für die gesamte Stichprobe lediglich ein Zusammenhang zwischen dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung und dem PFB-Gesamtwert aus der Patientenbefragung darstellt. Bei den Rückfallpatienten waren die bedeutsamsten Zusammenhänge die zwischen dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung und den PFB-Werten, sowie die zwischen der Belastung durch Life Events Ausbildung und soziale Kontakte, sowie Liebesleben/Sexualität mit der Gesamtbelastung durch Life Events gefunden werden. Bei den Nicht-Rückfallpatienten waren die wichtigsten Zusammenhänge die zwischen dem HAMD-Gesamtwert und der Belastung durch Life Events im Zusammenhang mit Schwangerschaften, sowie der zwischen der Belastung durch gesundheitliche Probleme und der aus beruflichen Problemen, wenn der Patient selber nicht der Hauptverdiener ist.

Die **Survivalanalyse** zeigt nur geringe Unterschiede hinsichtlich verschiedener unabhängiger Variablen bzw. Kovariaten. Solche Unterschiede konnten hinsichtlich der Variablen Belastung durch die Life Events Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist (Kritik stark), Eltern/Familie (Kritik stark) und Gesamtbelastung durch Life Events (Kritik stark), aber auch den BDI-Summenwerten bei den Patienten (Kritik stark und Psychotherapie) und Angehörigen (Geschlecht und Angehörigenalter) gefunden werden. Die Klassifizierungsvariable Rückfallpatient vs. Nicht-Rückfallpatient differenzierte dabei nur schwach signifikant die abhängige Variable Belastung in der MEL-Kategorie Liebesleben/Sexualität. Survivalanalysen unter Berücksichtigung der episodischen Verläufe mit Proc Phreg konnten die Verläufe in den Variablen BDI-Gesamtwert bei Patienten und Angehörigen und der Belastung in der MEL-Kategorie Liebesleben/Sexualität bestätigen.

Der Langzeitverlauf im Katamnesezeitraum wies ein **saisonales Muster** bei 18 Patienten auf, für die symptomatisch eine SAD (saisonale affective disorder) angenommen werden kann. Die Patienten mit saisonalem Muster und solche ohne saisonale Muster unterschieden sich hoch signifikant in den Variablen „Mehr als 1 Episode in Katamnese“ bei engem Rückfallkriterium, „Änderung des PFB-Summenwertes von T9-T1“ aus der Angehörigenbefragung, „Gesamtrückfallzeit im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium, „BDI-Item 20 Hypochondrie“ aus der Patientenbefragung. Patienten mit saisonalem Muster weisen in der Expressed-Emotions-Variable alle die Ausprägung LOW auf. Bei 2 Patienten konnte (phasenweises) Rapid Cycling festgestellt werden.

Die in der Prädiktoranalyse gefundenen **Prädiktoren für Rückfälle** konnten die Veränderungen in klinischen Variablen im ersten 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode darstellen, sowie die Variablen Angehörigenalter und die PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung, sowie das Vorhandensein von somatisierter Angst aus T1. Nach Ablauf des ersten 2-Jahreszeitraumes treten als bedeutsame Prädiktoren ebenfalls das Angehörigenalter in Erscheinung, aber auch das BDI-Item, welches danach fragt, ob der Patient gut oder schlecht schläft.

Als **Prädiktoren für Remissionen** stellten sich die Anzahl der bislang erlebten depressiven Episoden, einige BDI-Items aus der Patienten- als auch der Angehörigenbefragung, die MMPI-Items Hypochondrie, soziale Introversion und Maskulinität, sowie einige MEL-Kategorien für T1 heraus, während für Prognosen zu T9 einige HAMD-Items, die BDI-Items aus der Patientenbefragung, der BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung und das von den Angehörigen über den Patienten berichtete Streitverhalten auffallen.

Die **Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten zum Zeitpunkt T10** liegen hoch signifikant in den Variablen Partnerschaftsstatus, ob die Patienten mehr als 1 Episode, bzw. mehr als keine Episode unter dem weiten Rückfallkriterium hatten oder nicht, im HAMD angegebenen Tagesschwankungen in der Stimmung, bzw. signifikant in den MMPI-Variablen Hypochondrie und Psychasthenie, der Häufigkeit oder Schwere der Bewertung von Life Events in der Kategorie Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, im BDI von den Angehörigen angegebene Schuldgefühle, ob die Patienten mehr als eine Episode in der gesamten Lebensspanne erlebt hatten, sowie die Variable Saisonalität in den Keller-Rating-Werten aus dem Katamnesezeitraum.

Mittelwertsunterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Patientenstichprobe zum Zeitpunkt T10 finden sich hoch signifikant in den Variablen Schweregrad der Erkrankung (CGI), BDI-Gesamtwert und HAMD-Summenwert, aus dem BDI der Patientenbefragung die Items „Interesse an anderen Menschen“ sowie „das Leben genießen können“ und aus dem HAMD die Items depressive Stimmung, Schuldgefühle, Einschlaf- und Durchschlafstörung, Arbeit und sonstige Tätigkeit, psychische Angst und allgemeine körperliche Symptome. Signifikante Unterschiede finden sich zwischen diesen beiden Gruppen in den Items Tagesschwankungen (Stärke und Tageszeit) aus dem HAMD und aus dem BDI das Item ermüdet stärker.

Mittelwertsunterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Angehörigenstichprobe zum Zeitpunkt T10 finden sich hoch signifikant in den Variablen BDI-Summenwert und den BDI-Items Angehöriger hat an Gewicht abgenommen und Angehöriger fühlt sich bestraft. Signifikante Mittelwertsunterschiede gab es weiterhin in den BDI-Items, Mut- und Hoffnungslosigkeit, das Leben genießen können und Angehöriger ermüdet stärker.

Mittelwertsunterschiede zwischen der Angehörigenstichprobe und der Patientenstichprobe zum Zeitpunkt T10 finden sich nur in einer einzigen Variable und zwar schwach signifikant im BDI-Item 2 „Mut- und Hoffnungslosigkeit“, wobei der Mittelwert für die Angehörigenstichprobe höher lag als für die Patientenstichprobe, bei einem hoch signifikanten F-Wert.

Mittelwertsunterschiede zwischen T9 und T10 zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten finden sich hoch signifikant in der Gruppe der Rückfallpatienten hinsichtlich der Variablen der Subskalen des PFB Streitverhalten und Kommunikation / Gemeinsamkeiten, sowohl aus der Angehörigen- als auch der Patientenbefragung und dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung. In der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten findet sich als signifikantes Ergebnis der Mittelwertsunterschied bezogen auf die Variable der PFB-Subskala aus der Patientenbefragung. In der Gruppe der Drop Outs findet sich als signifikanter Mittelwertsunterschied der aus der PFB-Subskala Streitverhalten aus der Patientenbefragung und die bezogen auf die ganze Patientenstichprobe in den Variablen der PFB-Subskalen Streitverhalten und Gemeinsamkeit / Kommunikation, sowohl aus der Angehörigen- als auch der Patientenbefragung.

Mittelwertsunterschiede zwischen T1 und T10 zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten finden sich hoch signifikant in der Gruppe der Rückfallpatienten in den

PFB-Subskalen Streitverhalten und Gemeinsamkeit und Kommunikation, sowohl aus der Patienten- als auch aus der Angehörigenbefragung. In der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten gab es hoch signifikante Mittelwertsunterschiede in den PFB-Subskalen Streitverhalten und Gemeinsamkeit / Kommunikation aus der Patientenbefragung. In der Subgruppe der Verweigerer und Drop Outs unterscheiden sich die Mittelwerte in der Variablen Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung hoch signifikant zwischen den Werten aus T1 und T10 voneinander. Betrachtet man die gesamte Patientenstichprobe, so kann man festhalten, daß zwischen den Werten aus T1 und T10 sich hoch signifikante Mittelwertsunterschiede in den PFB-Subskalen Streitverhalten und Gemeinsamkeit / Kommunikation, sowohl aus der Patienten- als auch der Angehörigenbefragung finden lassen.

Sowohl im Vergleich zwischen T1 und T10, als auch im Vergleich der Mittelwerte zwischen T9 und T10 lagen alle Mittelwerte aus den signifikanten Mittelwertsunterschieden zu T10 niedriger als zu einem der vorangegangenen Meßzeitpunkte.

Die **Prävalenzen** lagen, erhoben zum Ende des Untersuchungszeitraumes bei 12% und zu Beginn bei 22%, jeweils bezogen auf den BDI-Gesamtwert. Bei der Kontrollgruppe lag die Prävalenz bei 2,7% für den BDI-Gesamtwert (und 0% für den HAMD-Summenwert).

Die **Therapieresponse** lag für die gesamte Stichprobe nach dem 50%-Kriterium als auch für die Untergruppen der männlichen und weiblichen Patienten, als auch der Rückfall- und Nichtrückfallpatienten in etwa um die 50%, während sie für alle Gruppen nach dem DSM-Kriterium knapp unter 100% liegt.

Die **Hypothesentestungen** ergaben für die **1. Hypothese**, daß die Nullhypothese, nach der es keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rückfallhäufigkeit, bzw. der Anzahl an Episoden und der Gesamtepisodenlänge, jeweils im Katamnesezeitraum gibt, bestätigt werden mußte. Lediglich hinsichtlich der Subgruppen der eher unglücklichen Patienten (Terman-Item) konnte im Patientenalter ein solcher Zusammenhang gefunden werden, sowie ein negativer Zusammenhang für die Subgruppe der Frührentner mit dem Angehörigenalter, jeweils hinsichtlich der Anzahl der Episoden.

Bei der **2. Hypothese**, welche die Nullhypothese testet, daß die Ausprägung der EE-Scores mit der Rückfallhäufigkeit, bzw. -dauer in Zusammenhang steht konnte für die EE-Variable „Tonfall Kritik“ und der Gesamtückfalldauer im Katamnesezeitraum abgelehnt werden. Weiterhin fanden sich signifikante Ergebnisse in den Subgruppen der weiblichen Patienten in den Variablen EE alter Modus und Tonfall, in der Subgruppe der Patienten mit eher geringen

Graden an „Perceived Criticism“ in den Variablen EE neuer Modus, Kritik schwach, in der Subgruppe der eher glücklichen Patienten in der Variable Kritik schwach und in den Subgruppen der verheirateten Patienten und der Patienten, die noch mit dem Partner von damals verheiratet sind in der Variable Tonfall. Getestet wurden die Subgruppen der binären Variablen Geschlecht und ob die Patienten noch mit dem Partner von damals verheiratet sind. Die Testung der **3. Hypothese** konnte die H1, nach der es einen chronobiologischen Faktor in den Keller-Rating-Werten des Katamnesezeitraumes gibt, hinsichtlich der Variablen des Mittelwertes der Keller-Rating-Scores aller Patienten bezogen auf die jeweilige Jahreszeit bestätigen.

Hypothese 4 (H1: Einfach- und Mehrfacherkrankte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Mittelwerte in den Expressed Emotions- und anderer klinischer sowie Persönlichkeitsvariablen) konnte hinsichtlich der Variablen Kritik stark (enges Rückfallkriterium), Familienstand, der MPT-Variablen Rigidität, dem HAMD-Gesamtwert und der EE-Variablen „Tonfall Kritik“ (enges Rückfallkriterium) bestätigt werden. Signifikante Ergebnisse fanden sich ebenfalls in der Subgruppe der männlichen Patienten in den Variablen Patientenalter, Partnerschaftsstatus und dem HAMD-Gesamtwert (enges Rückfallkriterium), sowie der EE-Variablen „Beziehung“, Kritik stark und den Variablen „noch mit dem Partner von damals verheiratet“, Rigidität (MPT) und der HAMD-Gesamtsumme.

In der Subgruppe der weiblichen Patienten konnten signifikante Ergebnisse in den Variablen Berufssituation, Familienstand und Partnerschaftsstatus (enges Rückfallkriterium), sowie den Variablen Berufssituation, Partnerschaftsstatus, die HAMD-Gesamtsumme, die BDI-Gesamtsumme der Angehörigen. In der Subgruppe der Patienten, die noch mit dem Partner zu Studienbeginn zusammen waren konnten Unterschiede in den Variablen Geschlecht, Isolationstendenz und Motivation (MPT) (enges Rückfallkriterium), sowie Motivation (MPT), der HAMD-Gesamtwert und der EE-Variablen Tonfall (weites Rückfallkriterium). Kein Unterschied fand sich in der Subgruppe der Patienten, die nicht mehr mit dem Partner von damals zusammen sind.

6. Diskussion

Bei der Interpretation der Ergebnisse wird versucht, die Beziehung zwischen soziodemografischen, psychopathologischen und psychosozialen Variablen und dem

Störungsverlauf darzustellen. Weiterhin sollen die Ergebnisse der Rückfallpatienten mit denen der Nicht-Rückfallpatienten in Prädiktor- und Panelanalysen und Mittelwertsvergleiche miteinander verglichen, sowie Ergebnisse zu Survivalanalysen interpretiert werden.

Um den Umfang dieser Diplomarbeit nicht weiter zu vergrößern, mußte leider auf viele denkbare und sicherlich ebenfalls sehr interessante Analysen verzichtet werden, worauf jedoch im nachfolgenden Teil gelegentlich hingewiesen wird.

6.1 Die Stichprobe

6.1.1 Stichprobenbeschreibung der Patienten

6.1.1.1 Deskriptive Kennwerte der soziodemographischen Variablen

Nach den Angaben zum Familienstand waren insgesamt 70% der Patienten verheiratet und lebten noch mit dem Partner aus der Zeit des Studienbeginns zusammen. Dieses Ergebnis bestätigt eigentlich nicht das von anderen Studien, nach denen depressive Störungen vor allem bei Personen auftreten, die sich von ihrem Partner getrennt haben, geschieden oder verwitwet sind und dies vor allem bei Frauen [88], zumal weder die Gesamtepisodenanzahl noch die Gesamtrückfallzeit unter der anderer Studien liegt (s.u.). Das depressive Personen ohne Eheprobleme demgegenüber schneller gesunden [78], könnte einen Hinweis dafür geben, geht man davon aus, daß es Eheprobleme gab.

Betrachtet man die berufliche Situation der Patienten, so könnte man vermuten, daß das Einkommen eher unterdurchschnittlich ist, da nur 22% der Patienten voll berufstätig und insgesamt 32% entweder arbeitslos oder Hausfrau/Hausmann waren. Dies würde die Annahmen von Angst (1994) bestätigen, welcher unter den depressiven Patienten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ein etwas geringeres durchschnittliches Einkommen fand [8].

6.1.1.2 Deskriptive Kennwerte klinischer Variablen der Katamnesedaten

Hinsichtlich der aus den Werten des Keller-Ratings errechneten Episodenanzahl im Katamnesezeitraum mit engem Rückfallkriterium wurden bei 13 Patienten (26%) keine Episoden festgestellt. Bei 17 Patienten (34%) kam es zu einer weiteren Episode, bei 2 Patienten zu 2 (4%) und bei 3 Patienten zu 3 weiteren Episoden (je 6%), sowie bei je 1 Patient zu 4, 7 und 8 weiteren Episoden (je 2%).

Betrachtet man die gesamte Lebensspanne, so wurde für 27 Patienten (54%) nach dem engen Rückfallkriterium nur eine einzige Episode (Indexepisode) ermittelt und bei 23 Patienten (46%) mindestens 1 weitere Episode.

Die mittlere Episodenanzahl lag hier bei 2.6 und damit etwas über dem halben Wert aus der 21-Jahres-Verlaufsstudie von Angst (1986), der im Mittel 4 Episoden ermittelte [13] und der 12-Jahres-Verlaufsstudie von Judd et al. (1998), der einen Wert von 2 Episoden errechnete [50]. Weiterhin bestätigt dieses Ergebnis das von Laux (2000), welcher vermutet, daß Armut ein starker Prädiktor für die Auslösung von Depressionen sind [60].

Die Rückfallquote der vorliegenden Patientenstichprobe liegt mit 50% über der aus der 10-Jahres-Verlaufsstudie von Angst (1990), welcher fand, daß 22% seiner Patienten mit depressiven Störungen nur eine einzige depressive Phase aufwiesen [14], bzw. unter den 80% von Angst&Frey (1977) bei einem Erhebungszeitraum von 13-17 Jahren [9], bzw. über den 33% in dem von Angst (1997) durchgeführten 15-Jahres follow up, sowie der von Wittchen und Zerssen (1987), welche in ihrer Studie 28% 1-episodische Verläufe aufwiesen, jedoch bei einem Untersuchungszeitraum von nur 7 Jahren [88].

Nach Angst (1990) sollten sich mit zunehmender Phasenzahl die dazwischenliegenden Intervalle verkürzen [7], während die vorliegenden Ergebnissen dieser Studie tendenziell den umgekehrten Sachverhalt vorfanden, da die Länge der beschwerdefreien Zeit beinahe sukzessiv von 16.25 Monaten zwischen der 1. und 2. Episode nach 3 Monaten hin zwischen der 6. und 8. Episode abnahm. Die Auffassung von Möller (1988), daß mit zunehmender Episodenanzahl die Episodenlänge zunimmt [7], konnte hingegen eher bestätigt werden. Es zeigt sich für die letzte Episode im Mittel die längste Dauer, jedoch alternierend mit dazwischenliegenden nur fast halb so langen Episoden eine etwas abnehmende Tendenz in der Episodendauer bis hin zur 8.-letzten Episode und widerspricht damit tendenziell eher den vom der NIMH gefundenen Ergebnisse. Die mittlere Episodenlänge lag bei 4.98 Monaten

und liegt daher deutlich über der von Kendler et al. (1997) von 6 Wochen [56] und entspricht in etwa der von Solomon et al. (1997) von 20 Wochen [32].

Die hier ermittelte Summe der Rückfallzeiten im Katamnesezeitraum betrug nach der Selbsteinschätzung des Patienten im Durchschnitt 545.64 Tage, bzw. nach dem engen Rückfallkriterium im Keller-Rating 9 Monate, d.h. ca. 270 Tage und 41.31 Monate, d.h. ca. 1239 Tage bei weitem Rückfallkriterium bei einer maximalen Gesamterhebungszeit von 175 Monaten im Keller-Rating. D.h., daß die selbsteingeschätzten Gesamtrückfallzeiten numerisch zwischen denen des engen und weiten Rückfallkriteriums liegen, so daß man weiterhin überlegen sollte, ob ein Rückfallkriterium von 5 im Keller-Rating nicht subjektiv zu hoch gegriffen ist.

Zu Chronifizierungen syndromaler depressiver Zustände kam es bei 2 Patienten, womit die Wahrscheinlichkeit in vorliegender Stichprobe für jeden Patienten, einen Chronifizierung zu entwickeln, bei 4% lag und für die Rückfallpatienten bei 8%. Somit liegt das Risiko hinsichtlich einer Chronifizierung sowohl für die gesamte Patientenstichprobe als auch für Rückfallpatienten deutlich unter der von Angst (1997) angegebenen 20%, bzw. der 13% für die gesamte Patientenstichprobe (Angst, 1986) [55, 13] und der 30% bei Bronisch et al. [22]. Das die mit Abstand meisten Chronifizierungen auf dem Niveau einer Minor Depression, bzw. subsyndromalen depressiven Zustände ablaufen [3, 4], kann durch die Ergebnisse dieser Studie bestätigt werden, da unter dem weiten Rückfallkriterium es bei 7 Patienten, d.h. 14% bekommen ist, d.h. 3,5x so viele Patienten, wie unter dem engen Rückfallkriterium. Dies heißt, daß 10% der Patienten (14%-4%) Chronifizierungen auf nur subsyndromalem Niveau aufweisen.

Anzumerken bleibt, daß es bislang keinen bekannten Suizid in dieser Studie gab. Eine Unsicherheit verbleibt jedoch hinsichtlich der unbekannt verzogenen Patienten und Drop Outs, welche nicht mehr befragt werden konnten.

Betrachtet man die Werte der Expressed Emotions-Variablen, so kann man aufgrund der relativ hohen Häufigkeiten auf den LOW- bzw. niedrig-kritischen Ausprägungen eigentlich nicht Auffassungen als bestätigt ansehen, daß depressive Patienten "expressed emotions" stärker wahrnehmen, als Kontrollpersonen [62], was voraussetzt, daß diese überhaupt vorhanden sind, was wiederum mit diesen EE-Variablen gemessen werden sollte.

6.1.1.3 Deskriptive Kennwerte der Persönlichkeitsfaktoren

Vergleicht man die Werte auf den Persönlichkeitsfaktoren von MMPI und MPT, so muß man feststellen, daß die des MPT deutlich höher im Mittelwert liegen, als die des MMPI's und MPI's. Dies hat vermutlich zur Folge, daß MMPI-Variablen nur bei den Nicht-Rückfallpatienten in der Prädiktoranalysen auftauchen und nicht im Mittelwertsvergleich zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten, jedoch wieder zwischen denen der Patienten mit und ohne „saisonale affective disorder“.

Zwar konnte in den Ergebnissen zu dieser Diplomarbeit ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens von SAD bei Rück- und Nicht-Rückfallpatienten festgestellt werden, welcher bei Rückfallpatienten höher lag, jedoch reichen diese Unterschiede hinsichtlich SAD offensichtlich quantitativ nicht aus, Unterschiede in den MMPI-Variablen gleichermaßen abzubilden. Dies gilt im Prinzip in umgekehrter Richtung ebenfalls für die MPT-Variablen.

MPI-Variablen konnten in keiner der Analysen als signifikant dargestellt werden.

Allgemein scheinen die Ergebnisse zu den Persönlichkeitsfaktoren Ergebnisse anderer Studien zu bestätigen, nach denen Patienten mit syndromalen oder subsyndromalen depressiven Störungen höhere Werte auf diesen Faktoren aufweisen können [61, 60, 77, 71]. Der Unterschied in der relativen Höhe der Persönlichkeitsfaktoren könnte Vermutungen bestätigen, nach denen sich nach dem durchleben von depressiven Episoden die Persönlichkeitsstruktur ändern kann [63], was bei vorliegender Stichprobe offensichtlich nicht zum Positiven hin der Fall war, obgleich der MMPI und MPT nur gering miteinander vergleichbar sind.

6.2 Verlaufsbeschreibung

6.2.1 Analytische Berechnungen zu chronobiologischen Faktoren

Chronobiologische Faktoren konnten mit der Korrelationsanalyse bei 18 Patienten aus den Keller-Rating-Werten und den dazugehörigen Zeitangaben nachgewiesen werden. D.h., daß somit festgestellt werden muß, daß 36% der Patienten eine saisonale Form der Major Depression haben, welche sich auch als „saisonale affective disorder“ (SAD) oder Winter-Depression (W-SAD) [63] bezeichnen läßt. Dieser Befund könnte durchaus Auswirkungen

auf die Therapie haben, wenn dieser bei Behandlungsbeginn bekannt wäre, da Lichttherapie auf die saisonale Form der Depression einen ausgezeichneten therapeutischen Einfluß hat [63, 69].

Der Overall-Effekt, d.h. ein Mittelwertsunterschied hinsichtlich des Mittelwertes der Keller-Rating-Werte und der Jahreszeit von allen Patienten ist dabei im T-Test ebenfalls signifikant. Somit traten in den Monaten Oktober bis März signifikant höhere Werte im Keller-Rating auf.

Durch die somit ermittelte neue Klassifizierungsvariable für einen chronobiologischen Faktor konnten Indikatorvariablen im T-Test ermittelt werden, wie der schwach signifikanten höheren Mittelwerte für die Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum bei den SADs, als auch der Rückfälle in der gesamten bisherigen Lebenszeit mit einer Koppelung an die Jahreszeit interpretieren, bzw. als eine erhöhte Vulnerabilität in der dunklen und kalten Jahreszeit.

Die Änderung im PFB-Summenwert bei den Angehörigen zwischen T1 und T9 ist bei den SADs im T-Wert negativ, d.h., die Beziehung zum Partner hat sich verschlechtert, während sie bei den Non-SADs im T-Wert als fast gleich, bzw. schwach verbessert erscheint. Dies weist darauf hin, daß sich bei den SADs die Beziehung zum Partner im vorangegangenen Zeitraum verschlechtert hat, unter der Annahme, daß ein Patient auch schon im vor dem Keller-Rating liegenden Zeitraum einen chronobiologischen Faktor aufwies und läßt weiterhin vermuten, daß eine saisonale Depression, die in den Wintermonaten verstärkt ist, die Beziehung zum Partner noch mehr belastet hat.

Die im Mittelwert niedrigere Gesamt-rückfallzeit im Katamnesezeitraum bei den SADs könnte sich eventuell durch einen hypostasierten vorhandenen Trainingseffekt erklären lassen, welcher bewirkt haben könnte, daß der Patient es durch die häufigeren aber niedrig depressiven Zustände besser zurechtzukommen lernte, mit depressiven Verstimmungen umzugehen, was ihn gleichzeitig davor schützt, eine noch tiefere, d.h. Major Depression zu entwickeln.

Die Mittelwerte im BDI-Item 20 „Hypochondrie“ liegen bei den SADs um ca. das 3-fache höher als bei den Non-SADs. Hypochondrie erscheint häufig als eine generell übermäßige Besorgtheit um die eigene Gesundheit/Krankheit. Der Patient äußert viele Beschwerden, hat keine Einsicht in seine emotionale Basis der Symptome und ist in den zwischenmenschlichen Beziehungen eingeschränkt. Höhere Werte an Hypochondrie, wie bei den vorliegenden Ergebnissen im BDI-Item 20 und der MMPI-Skala „Hypochondrie“, gelten allgemein als

Prädiktor für einen schlechteren Behandlungserfolg [47]. Wie auch die anderen signifikanten MMPI-Skalen Depression, Schizoidie und Psychastenie, läßt sich dieser Persönlichkeitsfaktor als unspezifischer Vulnerabilitätseffekt interpretieren, der einhergeht mit geringerer emotionaler Stabilität [60], die sich wiederum im chronobiologischen Faktor ausdrückt.

Weiterhin wurde hiermit bestätigt, daß bei Patienten mit Winter-Depression höhere Werte auf den Faktoren emotionale Instabilität, Schizotypie und Neurotizismus festgestellt wurden [63].

Jedoch scheint der denkbare Umkehrschluß, daß die Persönlichkeit einen Einfluß auf die Saisonalität in biologischen Funktionen, wie dem Auftreten einer Depression hat als nicht gerechtfertigt [63].

Michalak et al. (2002) gehen davon aus, daß SAD durch eine bestimmtes Symptomenprofil gekennzeichnet ist, welches für eine frühzeitige Diagnose genutzt werden könnte [69].

Weitere Studien sollten überprüfen, ob dieses Symptomenprofil mit dem hier in diesem T-Test gefundenen ähnlich oder gar identisch ist.

Die oben erwähnte geringere emotionale Stabilität, findet sich auch im Umkehrschluß des Ergebnisses dieser Studie wieder, daß Patienten mit HIGH-Expressed Emotions eine niedrigere Anfälligkeit für saisonale Depression aufweisen als nur LOW-Expressed Emotions.

Dies könnte man eventuell mit einem Trainingseffekt versuchen zu erklären, nachdem HIGH-Expressed Emotions, wenn diese nicht zu aversiv sind, den Patient befähigen könnte, im alltäglichen Leben besser zurechtzukommen und emotional widerstandsfähiger zu werden.

Weiterhin unterscheiden sich die SADs von den Non-SADs durch eine signifikant niedrigere durchschnittliche Belastung durch Life Events und durch eine schwach signifikant höhere Belastung durch Life Events bezüglich der Kategorie Beruf und Haushalt bei den SADs. Dies könnte meines Erachtens bedeuten, daß die SADs welche einen großen Teil des Jahres aufgrund ihrer saisonalen Depression häufiger als die Non-SADs ihren Handlungsspielraum eingeschränkt haben, häufiger zuhause oder nur mit dem Beruf verbringen, solche Life Events als bedeutsamer bewerten, als Non-SADs und/oder diese auch häufiger erlebt haben. Auch könnte man aus dem gleichen Grund schlußfolgern, daß Non-SADs, welche in den Wintermonaten einen größeren Handlungsspielraum als SADs haben dürften, dadurch von insgesamt häufigeren Life Events betroffen sind und/oder diese als schwerwiegender bewerten.

Nicht unterscheiden sich die SAD's von den Non-SAD's vor allem im BDI-Gesamtwert der Patienten und Angehörigenbefragung, dem HAMD-Gesamtwert, sowie den PFB-Skalen und den soziodemographischen Variablen. Dies könnte vermuten lassen, daß der

chronobiologische Faktor einen eher spezifischeren Vulnerabilitätseffekt auf den Verlauf der Depression ausübt. Zu überlegen wäre weiterhin, ob der saisonalen affective disorder nicht zu den neurotischen Depressionen zu zählen wäre, da diese Patienten einen höheren Mittelwert auf der MMPI-Subskala Hypochondrie aufweisen und es in anderen Studien als erwiesen gilt, daß ein höherer Prozentsatz der neurotisch Depressiven einen schlechteren Verlauf nehmen [21].

6.3 Prädiktoranalyse:

Chronizität, Rückfall und Wiederauftreten depressiver Symptome hängen von verschiedenen Prädiktoren ab [95]. Rezidivierende Verläufe sind durch das wiederholte Auftreten depressiver Episoden gekennzeichnet, während eine Vollremission dabei als mögliche Folge spezifischer Interventionen oder mehr oder weniger spezifischer Faktoren angesehen werden kann, welche möglichst identifiziert werden sollen.

Im folgenden sollen Annahmen über solche Faktoren, die zum einen eine (bisherige) Heilung bzw. einen Rückfall (mit-)verursacht haben könnten, anhand eigener Ergebnisse ausgeführt und diskutiert werden.

Prädiktoranalyse hinsichtlich Faktoren, die eventuell für eine Remission mitverursachend sein könnten:

Die Prädiktoranalyse zwischen **Prädiktoren aus T1** und **Responsevariablen** aus dem Katamnesezeitraum T10 ergab eine Vielzahl an hoch signifikanten und signifikanten Korrelationen.

Die gefunden Prädiktoren „Anzahl der Episoden bis T1“ und „Mehr als 1 Episode bis T1“, welche zu $r_s=1.0$ ($p<0.0$) mit den Variablen „Anzahl der Episoden in der bislang gesamten Lebenszeit“ und „Mehr als 1 Episode in der bislang gesamten Lebenszeit“, beide nach dem engen Rückfallkriterium, bestätigen Ergebnisse aus in der Literatur bekannten ähnlichen Studien, wonach u.a. die Anzahl der vorausgegangenen Episoden für den weiteren Verlauf der depressiven Erkrankung, bzw. für eine weitere Entwicklung von Episoden von großer Bedeutung sind [96, 77]. Ebenso entspricht dies dem Bayes'schen Theorem, nachdem ein

nachfolgender Zustand als höchste Realisierungswahrscheinlichkeit den Zustand den unmittelbar vorherigen Zustandes aufweist.

Als weiteres Ergebnis wurde gefunden, daß Nicht-Rückfallpatienten, die während der Aufnahme zur Indexepisode Symptome angaben, daß sie z. B. Nägelbeißen, Haareraufen, nicht still sitzen können, zappelig sind, etc. sehr zu Chronifizierungen bei weitem Rückfallkriterium neigen, d.h. zu Zuständen von mindestens 2 Jahren, in denen sie nur als teilremittiert angesehen werden können. Somit stellt dieses HAMD-Item 9 „Erregung“ in dieser Studie einen Prädiktor für das Auftreten, bzw. Verlängern von subsyndromalen depressiven Phasen bis hin zur Chronifizierung dar. Interessant wäre hierbei für nachfolgende Untersuchungen, ob dieses Ergebnis mit dem Verabreichen von antidepressiven Medikamenten interagiert, da bekannt ist, daß unter einer Behandlung mit Antidepressiva die Chronifizierungstendenz zunimmt, da diese ihre Hauptwirkung über eine Entschärfung der depressiven Phasen erreichen, aber dies auf Kosten einer Verlängerung der Phasendauer [85], wie offensichtlich bei den subsyndromalen depressiven Episoden. Dieses Ergebnis bestätigt somit auch die Vermutung, daß Chronifizierung mit neurotischen Konflikten einhergeht, dadurch, daß sie eine Symptomverbesserung verhindern [16], hält man das Symptom „Erregung“ als einen Indikator für solche neurotischen Konflikte.

Mit Einschränkungen könnte man auch das HAMD-Item 12 „gastrointestinale Symptome“ als Prädiktor bezeichnen, da hierfür festgestellt wurde, daß Nicht-Rückfallpatienten, die zur Indexepisode starke gastrointestinale Symptome angaben, eher im Sommer entlassen wurden. Dies könnte man so erklären, daß sich gastrointestinale Symptome in den Sommermonaten verbessern, so daß es dem depressiven Patienten dadurch besser geht und er somit eher entlassen werden kann. Dies bestätigt die Auffassung von Hermann (1979), nachdem sich die Depression als Symptomkomplex auffassen läßt, an dem auch somatische Komponenten beteiligt sind [78].

Weiterhin wurde Prädiktor BDI-Item 7 „bin nicht von mir enttäuscht vs. ich hasse mich“ aus der Patientenbefragung für die dichotome Variable „mehr als 1 Episode in der bisher gesamten Lebenszeit, , bzw. „mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum“ (jeweils weites Rückfallkriterium) identifiziert. Dies scheint zunächst Befunde der Studie von Richter (1995) zu widerlegen, nach denen sich bei Depressiven verstärkt u.a. Autoaggression, Schuld- und

Minderwertigkeitsgefühle, Neurotizismus und gestörtes Erfolgsbewußtsein fanden, was durch dieses Item mehr oder weniger direkt erfragt wird [124]. Ebenfalls widerlegt dies, daß ein niedriger Selbstwert sich dann als Prädiktor für eine Episode einer Major Depression erwies, wenn die Person zuvor schon einmal einen psychiatrischen Dienst konsultiert hatte Richter (1995). Dieses Ergebnis scheint auch die weiteren Auffassungen zu widerlegen, nach denen eine Selbstwertreduktion eine der frühesten Manifestationen affektiver Störungen zu sein scheinen. Begründet wird dies, daß klinisch Depressive die Rate an positiven Verstärkern unterschätzen, sich signifikant seltener an die positiven Aspekte einer Geschichte erinnern und je depressiver sie sind, desto häufiger automatisch negative Gedanken (über sich) haben, sowie je dysfunktionaler die Einstellungen sind, desto höher der Depressionsgrad ist [78]. Ebenfalls bestätigt dieses Ergebnis nicht unbedingt die Definition des ICD-10, nachdem ein verringertes Selbstwertgefühl die Hauptsymptome der Major Depression oftmals ergänzen [28], davon ausgehend, daß dieses Item als Selbstwertgefühl erfaßt.

Hier erscheint es meiner Meinung nach auf den ersten Blick nicht unbedingt plausibel, daß Patienten, die sich selber eher ablehnen oder negativ bewerten geringere Häufigkeiten an Episoden haben sollen. Jedoch könnte man dieses Ergebnis auch so sehen, daß Personen, die von sich zu T1 enttäuscht waren, diese Enttäuschung über sich selber positiv umgesetzt haben und erfolgreich versuchten, ihr Leben zu verbessern, so daß es zu keinem weiteren Rückfall mehr kam.

Gefunden wurde weiterhin, daß die Angehörigen von Nicht-Rückfallpatienten mit geringen Psychopathie-Werten im MMPI eher eine Zunahme an Gemeinsamkeit und Kommunikation sowie des Zärtlichkeitsverhaltens von den Patienten innerhalb des 10-Jahreszeitraumes erfahren haben und auch, daß man hier davon ausgehen kann, daß Patienten mit niedrigeren Psychopathie-Werten Angehörige haben, die eine Zunahme des Streitverhaltens mit dem Nicht-Rückfallpatienten im gesamten 10-Jahreszeitraum aufweisen. Hier könnte man meines Erachtens vermuten, daß gering- bis nicht-psychopathisches Verhalten eher förderlich ist für Gemeinsamkeiten, Kommunikation und Zärtlichkeitsverhalten und auch, daß gering- bis nicht-psychopathische Nicht-Rückfallpatienten streitbarer ihren Angehörigen gegenüber erscheinen-dies vielleicht aus einem gesunden Selbstwertgefühl der Nicht-Rückfallpatienten heraus. Im Prinzip bestätigt dies die Definition von Psychopathie im Umkehrschluß, nachdem Psychopathen eher individualistisch leben, eher gefühllos sind und oftmals Abhängigkeitsprobleme haben, was vermutlich inkompatibel ist mit den hier im

Zusammenhang stehenden Verhaltensweisen Gemeinsamkeiten, Kommunikation und Zärtlichkeitsverhalten mit den Partnern, jedoch zu den gefundenen Zunahmen im Streitverhalten passen würde.

Nicht-Rückfallpatienten, die im HAMD-Item 1 keine Gefühle von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder Wertlosigkeit angeben, weisen außerdem eher eine Abnahme in den Angaben über Zärtlichkeiten von ihren Partnern während des Katamnesezeitraumes auf. Dies könnte meines Erachtens somit erklärt werden, daß Patienten, welche keine Gefühle von Traurigkeit, Hilflosigkeit etc. äußern, vielleicht gar allgemein Emotionen nicht äußern können, auch keine positiven Reaktionen und Emotionen von ihren Partnern einfordern und somit erhalten können. Dieses Ergebnis paßt zur Definition des DSM-IV, nach dem Traurigkeit als eines der beiden Leitsymptome der Depression beschrieben ist und der von Jaspers als „Hemmung allen seelischen Geschehens“ umschrieben wurde. Insofern erscheint es plausibel, daß es Angehörigen schwer fallen muß, „Seelisch Gehemmten“ verstärkt Zärtlichkeit entgegen zu bringen, dies auch aufgrund der Aversivität depressiver Äußerungen für die Angehörigen.

Nicht-Rückfallpatienten, die nach dem BDI-Item 5 eher keine Schuldgefühle angaben, wurden zu einem späteren Zeitpunkt aus der Indexepisode entlassen, so daß sich hier meines Erachtens nach vermuten läßt, daß die Tatsache, daß ein Patient zum Nicht-Rückfallpatienten geworden ist auch damit zu tun haben könnte, daß er längere Zeit in stationärer psychiatrischer Behandlung war und auch, daß Nicht-Rückfallpatienten ohne Schuldgefühle längere Zeit psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen wollten bzw. konnten, vielleicht aber auch, daß Schuldgefühle für eine positive therapeutische Arbeitsbeziehung kontraproduktiv sind, so daß die Therapie deshalb kürzer ist und eventuell früher beendet wurde.

Weiterhin könnte man das 2. Ergebnis zu diesem BDI-Item 5, die Korrelation mit der Veränderungsvariable Streitverhalten aus der Patientenbefragung im 1. 2-Jahreszeitraum dahingehend interpretieren, daß Nicht-Rückfallpatienten, deren Angehörige im 1. 2-Jahreszeitraum eher eine Zunahme in den Angaben bezüglich des Streitverhaltens über den Patienten aufwiesen, selber weniger Schuldgefühle auf sich beziehen, da sie ihren Partner eventuell zunehmend kritischer sahen, was durch ihr zunehmendes Streitverhalten zum Ausdruck gebracht wurde. Dies bestätigt im Prinzip, daß Schuldgefühle zu den häufigsten

psychischen Symptomen einer depressiven Erkrankung gehören, da es hier bislang zu keinen weiteren Rückfällen bei nur geringem Ausmaß an Schuldgefühlen gekommen ist [60].

Als weiteres Ergebnis haben Nicht-Rückfallpatienten, die eher viele Life Events in der Kategorie Schwangerschaft/Kinder angaben oder diese schwerer bewerteten, Angehörige, die ein geringeres Ausmaß an Depressivität aufweisen. Denkbar wäre hier als Erklärung, daß Life Events im Zusammenhang mit Kindern oder Schwangerschaften oft auch aktivierend wirken können, weil zu deren Bewältigung Ressourcen mobilisiert und aktiviert werden müssen, so daß Personen durchaus davon abgehalten werden könnten, in eine depressive Verstimmung zu geraten.

Weiterhin konnte gefunden werden, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher viele Life Events in der Kategorie Gesundheit/Krankheit angaben oder diese schwerer bewerteten, dagegen eher Angehörige haben, die nur ein geringes Maß an partnerschaftlichen Verhalten vom Nicht-Rückfallpatienten angaben. Dies bedeutet im Umkehrschluß auch statistisch gesehen, daß Nicht-Rückfallpatienten, die eher viele Life Events der Kategorie Gesundheit/Krankheit bis T1 erlebt hatten oder diese als schwerwiegend bewerteten, Angehörige haben, die mit dem partnerschaftlichen Verhalten insgesamt unzufrieden waren. Hierbei könnte man meines Erachtens interpretierend vermuten, daß das Auftreten von Krankheiten oder Unfällen von den Angehörigen leicht in Richtung unpartnerschaftliches Verhalten mißinterpretiert werden kann und mit dem Partner hinsichtlich des partnerschaftlichen Verhaltens unzufrieden sind. Auch könnte dies bedeuten, daß aufgrund von Krankheit partnerschaftliches Verhalten reduziert wird. Dieses Ergebnis geht konform mit denen anderer Forschungsstudien, nach denen krankheitsbedingte Konflikte in Familien dazu führen können, daß langfristig gesehen untaugliche Bewältigungsstrategien gewählt werden, so daß es zu einer Verschlechterung des Familienklimas kommen kann [41].

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 eher etwas stärker als zuvor ermüdeten, d.h. eher höhere Werte im BDI-Item 17 aufweisen, wurden eher im Sommer aus der Indexepisode entlassen. Dies könnte man meines Erachtens eventuell als indirektes Anzeichen für saisonal auftretende Depressionen auffassen, die bei einigen der Patienten für die vorliegende Stichprobe nachgewiesen wurde (s.o.), da Personen, die in ihrem Verlauf ihrer depressiven Erkrankung einem chronobiologischen Faktor unterliegen, im Winter oftmals depressiver und müder sind

und daher dann in den Wintermonaten weniger wahrscheinlich entlassen werden, als in den Sommermonaten.

Weiterhin haben Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 nach dem BDI-Item 10 häufiger als früher weinten, öfters Life Events der Kategorie Todesfälle bei nahen Angehörigen oder bewerteten diese schwerer. Dieses Ergebnis erscheint meines Erachtens plausibel, daß Personen, die relativ viele Life Events in der Kategorie Todesfälle im 1. 2-Jahreszeitraum bei nahen Angehörigen erleben mußten, aufgrund dessen zu T1 häufiger weinten, wenn man davon ausgeht, daß die meisten Todesfälle nicht vollkommen überraschend eintreten. Angehörige, die zu T1 eher keine Einbußen in ihrer Arbeitsfähigkeit im BDI-Item 15 angaben, wiesen außerdem eine Zunahme im BDI-Gesamtwert im darauffolgenden 2. Jahreszeitraum auf, sowie eine Zunahme in der Häufigkeit und/oder Bewertung von Life Events der Kategorie Schwangerschaft/Kinder im 1. 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode. Hierbei könnte man interpretierend vermuten, daß Angehörige, welche voll berufstätig und beruflich engagiert sind aufgrund der eventuell immer noch vorhandenen subsyndromalen Depression des Nicht-Rückfallpatienten dazu neigen, im Folgezeitraum selber depressiver zu werden. Dies entspricht der Auffassung von Beziehung als in interaktiver, reziproker Prozeß zwischen Partnern, in dem sich die Interaktionspartner gegenseitig beeinflussen [41]. Weiterhin könnte das Ergebnis auch darin begründet liegen, daß sich die Angehörigen zu T1 eventuell Kinder wünschten und sich selbst daher als voll arbeitsfähig bezeichneten.

Nicht-Rückfallpatienten, die Angehörige haben, welche sich zu T1 im BDI-Item 8 nicht für schlechter als andere Personen halten, zeigen eine Zunahme im 1. 2-Jahresabschnitt in der Häufigkeit oder Belastung von Life Events der Kategorie Gesundheit. Dies könnte meiner Auffassung nach darauf hinweisen, daß Nicht-Rückfallpatienten mit Angehörigen mit gutem Selbstbewußtsein belasteter sind, als solche mit einem geringerem Selbstbewußtsein und dadurch häufiger z. B. Somatisierungsstörungen entwickelten, welche sich in dieser Live Events-Kategorie ausdrücken. Dies könnte wiederum auf einen reziproken Interaktionsstil zwischen den Partnern hinweisen, durch den sich beide negativ beeinflussen [41], was sich jedoch hier bei den Nicht-Rückfallpatienten nicht so auswirkte, daß daraus ein Rezidiv resultierte. Dies deutet indirekt auch auf Zusammenhänge wie die aus anderen Studien hin, nach denen ein Zusammenhang zwischen dem physischen und psychischen

Gesundheitszustand besteht [77], geht man davon aus die Patienten in einer Beziehung mit reziprokem Interaktionsstil und belasteter sind.

Nicht-Rückfallpatienten, die nur geringe Genitalsymptome, wie Libidoverlust oder Menstruationsprobleme im HAMD-Item 14 angaben, wiesen eher eine Abnahme in ihren Angaben über das allgemeine partnerschaftliche Verhalten der Angehörigen während des Katamnesezeitraumes auf. Hierbei könnte man meiner Auffassung nach interpretierend vermuten, daß Nicht-Rückfallpatienten, die über keine oder nur wenige Genitalsymptome zu T1 litten, d.h. eine relativ normale Sexualität hatten, diese normale Sexualität mit ihren Partnern nicht so zufriedenstellend im partnerschaftsbezogenen Verhalten während des Katamnesezeitraumes leben konnten oder die Partnerschaft, auch als Folge der Therapie, in der sich die Nicht-Rückfallpatienten über ihre eigenen Bedürfnisse bewußter geworden sind, diese als zunehmend unzufriedenstellend bewerteten.

Nicht-Rückfallpatienten, die Angehörige haben, die im BDI-Item 15 zu T1 angegeben haben, daß sie so gut wie vor der Störung des Patienten arbeiten können und/oder auch im BDI-Item 16 angegeben haben, daß sie nicht stärker als früher ermüden, weisen eine Abnahme im HAMD-Gesamtwert im 10-Jahreszeitraum auf. Dies könne meines Erachtens darauf hindeuten, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche zu T1 keinerlei Probleme damit haben, weiterhin gut arbeiten zu können und gut zu schlafen, in den darauffolgenden 10 Jahren eher eine Verbesserung ihrer depressiven Erkrankung im HAMD-Gesamtwert aufweisen. Daraus könnte man weiterhin entnehmen, daß Arbeit, bzw. ein positives Verhältnis zur Arbeit und ein guter Schlaf für ein positives Outcome bedeutsame Faktoren darstellen. Dies bestätigt im Prinzip Annahmen des Diathese-Streß-Modells, nachdem neben psychischen und biologischen Faktoren auch soziale Faktoren als Determinanten für eine depressive Störung angesehen werden [18], wobei anzunehmen ist, daß die soziale und psychische Situation bei arbeitsfähigen Angehörigen und nicht leichter ermüdbaren Patienten besser sein dürfte, als bei weniger arbeitsfähigen und schnell ermüdbaren Patienten, so daß diese als protektive Faktoren dafür angesehen werden können, weshalb es hier bislang zu keinem weiteren Rückfall kam. Dieses Ergebnis ergänzt ebenfalls etwas ein Resultat aus der Studie von Angst (1994), nach dem sich unter den depressiven Patienten im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ein etwas geringeres durchschnittliches Einkommen fand [8], als auch dem von Kendler et al. (1997), nachdem finanzielle Schwierigkeiten ein mittelstarker Prädiktor für die Zeit sind, in

der eine depressive Episode abklingt, bzw. das umgekehrt, ein hohes Familieneinkommen eine depressive Episode verkürzt [55].

Nicht-Rückfallpatienten, welche sich selber im BDI-Item 14 zu T1 als eher gleichbleibend aussehend und nicht häßlich bewerteten, gaben retrospektiv längere selbstberichtete Gesamtrückfallzeiten nach der Durchführung des Keller-Ratings an. Hieraus könnte man meiner Auffassung nach unter Vorbehalt mutmaßen, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche für sich akzeptierten und nicht als Makel ansahen, eine klinisch relevante Depression entwickelt zu haben, es also in ihr Selbstkonzept integriert haben, hilfsbedürftig zu sein [79], eher dazu neigen, häufiger klinische Symptome im Sinne einer Depression zu entwickeln.

Nicht-Rückfallpatienten, deren Angehörige eher häufige Schuldgefühle zu T1 im BDI-Item 5 angaben, haben auch Angehörige, die im 1. 2-Jahreszeitraum einen Rückgang an berichtetem Zärtlichkeitsverhalten von Seiten des Nicht-Rückfallpatienten aufweisen. Dies könnte so interpretiert werden, daß Angehörige, welche Schuldgefühle zu T1 entwickelt hatten, dies eventuell im wechselseitigen Zusammenspiel mit dem Verhalten des Patienten taten, so daß annehmbar ist, daß die Patienten den Angehörigen irgendeine Form von Schuld zuweisen und damit zusammenhängend ihr Zärtlichkeitsverhalten diesem gegenüber reduzierten. Dies tun sie, um eventuell für sich vom Angehörigen mehr Zuneigungsbeweise zu erhalten, was aufgrund der gewählten Strategie über die Zuweisung von Schuldgefühlen und Reduktion von Zärtlichkeit vermutlich auf lange Sicht fragwürdig erfolgreich ist, jedoch immerhin bislang den Nicht-Rückfallpatienten vor einem weiteren Rückfall bewahrt.

Dies bestätigt prinzipiell ein Ergebnis von Hayhurst et al. (1999), nachdem Patienten, die wieder völlig geheilt sind, Partner hatten, die konsistent unkritisch waren [46], was man vermuten kann, da Interaktionsstile wie Schuldzuweisung und Zärtlichkeitsreduktion anscheinend für den Nicht-Rückfallpatienten funktional sind, für den Angehörigen hingegen weniger.

Nicht-Rückfallpatienten, die niedrige Werte auf der MMPI-Subskala Maskulinität zu T1 haben, weisen längere mittlere beschwerdefreie Zeiten und längere beschwerdefreie Zeiten zwischen den letzten beiden Episoden, jeweils bei weitem Rückfallkriterium, auf. Hieraus könnte man meines Erachtens eventuell vorsichtig interpretierend entnehmen, daß syndromale oder subsyndromale depressive Zustände nicht mit einer maskulinen

Persönlichkeit kompatibel sind. Weiterhin könnte man vermuten, daß Feminität, der andere Pol dieser Subskala, konform geht mit erlernter Hilflosigkeit, welche die beschwerdefreien Zeiten deshalb verlängert, da sie auch mit Anpassung und Akzeptanz einhergeht. Dies Ergebnis paßt auch etwas zu Ergebnissen von Richter (1995), nach denen Zusammenhänge bestehen zwischen selbsteingeschätzter Depressionstiefe, d.h. hier den Keller-Rating-Werten, aus denen die beschwerdefreien Zeiten ermittelt wurden, und ehelicher Anpassung, d.h. ein nur wenig dominantes maskulines Verhalten [78]. Weiterhin erscheint dieses Ergebnis insofern plausibel, da niedrige Werte auf der Subskala Maskulinität bei Männern ein eher zwanghaftes sexuelles Verhalten impliziert, bei Frauen jedoch einhergeht mit nachgiebigem, weichen, abhängigen, zögernden und klagsamen Verhalten, welches durchaus damit kompatibel erscheint, daß es hier anscheinend zu häufigeren Episoden unter dem weiten, jedoch zu keinem Weiteren unter dem engen Rückfallkriterium kommen konnte [12, 44].

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 auf der MMPI-Lügenskala eigene Schwächen und Fehler negierten, haben Angehörige, welche eher geringe Grade an Kommunikation und Gemeinsamkeit mit dem Patienten angeben.

Hierbei könnte man meiner Auffassung nach vermuten, daß Nicht-Rückfallpatienten, die bewußt oder unbewußt ihre Schwächen und Fehler negieren, die Gemeinsamkeiten und Kommunikationen mit anderen Personen reduzieren, um diese dadurch nicht offensichtlich werden zu lassen und sich Kritik vom Partner einzuhandeln.

Dieses Verhaltensmuster ist typisch für Depressive, bei denen in der Ehe oft Kommunikationsschwierigkeiten auftreten, ua in Form von Kommunikationsabbrüchen, Diskrepanzen zwischen verbalen und nonverbalen Kommunikationsinhalten, Vermeidung und Rückzug. Rollenverhalten und Zufriedenheit sind gestört, die eheliche Anpassung ist beeinträchtigt und die Problemlösekompetenzen reduziert [68].

Nicht-Rückfallpatienten, die über keine oder nur geringfügige psychischen Ängste im HAMD-Item 10 zu T1 berichteten, weisen zur Abschlußuntersuchung, also ca. 10 Jahre später nur geringe Werte auf der MPT-Subskala Frustrationstoleranz auf. Dies könnte bedeuten, daß ängstliche Personen frustrationstoleranter sind, vielleicht aus der Ängstlichkeit heraus, andere Personen zu verletzen oder zu verärgern, aber auch, daß weniger ängstliche Personen ungeduldiger sind, in Hinblick auf die Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse. Frustrationstoleranz hat auch viel zu tun mit Streßresistenz, d.h., wenn ein Patient nur ein

geringes Ausmaß an psychischer Angst aufweist, er auch streßresistenter ist und somit in Partnerbeziehungen weniger frustrationstolerant sein muß.

Weiterhin scheinen Nicht-Rückfallpatienten, welche über psychische Ängste zu T1 berichteten, Angehörige zu haben, die eine Abnahme im berichteten Streitverhalten des Patienten im 1. 2-Jahreszeitraum mit ihnen angaben. Dies könnte darin begründet sein, daß die psychischen Ängste, Ängste vor dem Verlassenwerden mit einschließen, weshalb sie keine Streitigkeiten mit ihren Angehörigen riskieren. Umgekehrt, wenn die Nicht-Rückfallpatienten keine psychischen Ängste zu T1 hatten, gaben die Angehörigen ein höheres Streitverhalten der Nicht-Rückfallpatienten mit ihnen an, was bei den meisten der Rückfallpatienten der Fall sein dürfte, da der Range im HAMD-Item 10 im unteren Bereich liegt. D.h. hier, wenig ängstliche Nicht-Rückfallpatienten sind streitbarer. Das geringere Ausmaß an Ängstlichkeit, bzw. Komorbidität, darf man hier sicherlich auch im Zusammenhang damit sehen, daß es zu keinem weiteren Rückfall gekommen ist, da Komorbidität mit einer Angststörung prognostisch ungünstig ist für den weiteren Verlauf einer depressiven Erkrankung, bzw. als Risikofaktor angesehen wird [90, 54].

Nicht-Rückfallpatienten mit hohen Werten auf ihrer PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation zu T1, gaben während des Katamnesezeitraumes öfters an, Psychotherapie erhalten zu haben, so daß man hier vermuten kann, daß Nicht-Rückfallpatienten mit hohen Werten auf der Subskala Gemeinsamkeiten und Kommunikation dazu tendieren, therapeutische Gespräche und Hilfe in Anspruch zu nehmen, bzw. daß Nicht-Rückfallpatienten mit niedrigen Werten in der Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation eher nicht mit Therapeuten über ihre eventuell noch existierenden psychischen Probleme sprechen möchten, bzw. nicht das Bedürfnis haben, sich einem Therapeuten mitteilen zu wollen. Dieses Ergebnis widerspricht eigentlich dem anderer Studien, nachdem die Ehen von späteren Psychotherapiepatienten allgemein als tendenziell unglücklicher eingeschätzt wurden, als die von Nicht-Psychotherapiepatienten [33], was durch die Art dieses Zusammenhanges nicht bestätigt werden kann, da hohe Werte auf dieser PFB-Subskala eher ein besseres Verhältnis zum Angehörigen vermuten lassen. Weiterhin paßt das hier gefundene Ergebnis zur Auffassung anderer Autoren, welche davon ausgehen, daß in der nichtremittierten Patientengruppe signifikant weniger Gespräche während einer Kommunikation festgestellt werden, als in der remittierten Patientengruppe [42].

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 eher niedrige Werte auf der MMPI-Variablen Psychasthenie aufwiesen, hatten zum Ende des Katamnesezeitraumes eher hohe Werte auf der Subskala Esoterische Neigungen. Dies heißt, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche zu T1 eher nur geringe Grade an konstitutionell bedingten Neurosen mit Ängsten, Unvollkommenheitsgefühl, Willensschwäche, Phobien oder verminderter emotionaler Belastbarkeit haben, entwickelten 10 Jahre später eher esoterische Neigungen. Dieses Ergebnis ergänzt das aus anderen Studien, nach denen als erwiesen scheint, daß Psychasthenie bei Depressiven erhöht ist [78], insofern, da je höher die Depressivität, desto eingengter das Interessensspektrum, wobei hier im Falle der Nicht-Rückfallpatienten der Depressivitätswert eher niedriger liegen dürfte, weshalb demzufolge auch der Psychastheniewert niedrig liegen sollte und das Interessensspektrum hoch, da Psychasthenie meines Erachtens nur wenig kompatibel mit esoterischen Neigungen zu sein scheint.

Nicht-Rückfallpatienten, die über geringe psychische Angst zu T1 im HAMD-Item 10 berichteten, zeigen im Katamnesezeitraum eine Abnahme, bzw. solche, die eher hohe Werte in diesem HAMD-Item zu T1 hatten eher eine Zunahme im Katamnesezeitraum im HAMD-Gesamtwert. Dies könnte meines Erachtens darauf hinweisen, daß Nicht-Rückfallpatienten mit nur geringen Ängsten eine bessere Prognose nach dem HAMD-Gesamtwert für den weiteren Verlauf aufzeigen, während hingegen Nicht-Rückfallpatienten mit eher hohen psychischen Ängsten eine schlechtere Prognose und ein schlechteres Outcome haben. Dies bestätigt die allgemeine Auffassung, daß eine der wichtigsten Risikofaktoren für eine Major Depression eine vorangegangene Angststörung zu sein scheint [90, 104] und läßt somit meines Erachtens vermuten, daß Angst wesentlich die Richtung des weiteren Verlaufes mitbestimmt. Auch stellt Angst eines der Symptome dar, mit denen eine Major Depression auftreten kann, weshalb es nicht verwunderlich ist, daß bei den Nicht-Rückfallpatienten, welche keine weitere Episode innerhalb der letzten 8 Jahre entwickelt hatten, ein solcher Zusammenhang gefunden werden konnte [60, 91], bzw. zu T1 nur geringe Grade an psychischer Angst vorhanden waren.

Weiterhin scheinen nach dem MMPI hypochondrischere Nicht-Rückfallpatienten einen höheren „Schweregrad der Erkrankung“ in der CGI-Variablen nach Ablauf der 10 Jahre zu haben. Dies deutet darauf hin, daß Hypochondrie als Risikofaktor aufzufassen ist, was auch durch vorangegangene Studien bestätigt wird [47], wobei für die Nicht-Rückfallpatienten in

vorliegender Studie jedoch die Werte aus beiden korrelierenden Variablen jeweils im niedrigeren Bereich liegen, so daß es zu keinen Rückfällen in den letzten 8 Jahren gekommen war. Ebenfalls inhaltlich ist dieser Zusammenhang plausibel, da hoch hypochondrische Patienten um ihre Gesundheit sehr besorgt sind und viele Beschwerden äußern [28, 44], was sich in der Variablen „Schweregrad der Erkrankung“ entsprechend niederschlägt.

Nicht-Rückfallpatienten mit eher höheren Werte an sozialer Introversion im MMPI zu T1 weisen häufiger Verschlechterungen des depressionsbezogenen psychischen Zustandes im CGI zu T10 auf. Dies könnte eventuell darauf hindeuten, daß soziale Introversion ebenfalls als Risikofaktor angesehen werden könnte, da dies mit einer Verschlechterung des psychischen Zustandes in der CGI-Variablen Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung einhergeht, welcher sich aber bei den Nicht-Rückfallpatienten nicht als so bedeutsam negativ ausgewirkt hat, daß daraus ein Rückfall resultierte. Man könnte allerdings auch andersherum argumentieren, daß soziale Introversion mit dazu beigetragen hat, daß die Verschlechterung des psychischen Zustandes nicht so gravierend ausgefallen ist, daß daraus ein Rückfall hätte resultieren können, angenommen, daß dies den Nicht-Rückfallpatienten vor vulnerablen Reizen oder Life Events bewahrte. Dieses Ergebnis paßt insofern zur Definition von sozialer Introversion, als sozial introvertiertere Personen sich vom sozialen Geschehen stärker zurückziehen [44], was mit einer vollständigen Remission durchaus inkompatibel sein kann, wenn Depressive ohnehin nur eingeschränkte soziale Kontakte haben, was hier aber offensichtlich hinsichtlich eines Rückfalles keine negativen Auswirkungen zeigte.

Nicht-Rückfallpatienten mit eher starken Tagesschwankungen im HAMD-Item 18a, welche sie vor allem am Abend haben, weisen im Katamnesezeitraum eine Zunahme im Gesamtwert für partnerschaftliches Verhalten von ihren Angehörigen auf. Hieraus könnte man entnehmen, daß stärkere Tagesschwankungen sowohl dem Patienten, als auch den Angehörigen signalisieren, daß die Depression noch nicht völlig überwunden ist und somit die Angehörigen bemüht sind, sich partnerschaftlicher zu verhalten, um die Symptomatik nicht zu verschlimmern. Dieses Ergebnis geht konform mit Resultaten anderer Autoren, welche geringe emotionale Stabilität als voraussetzende Bedingung, bzw. als Kofaktor für eine Depression bezeichnen [87, 78, 60], wenn die Angehörigen der Nicht-Rückfallpatienten bestrebt sind, den ehemaligen Patienten vor weiteren Rückfällen zu bewahren, was sie

wiederum nur durch eine Verbesserung ihres allgemeinen partnerschaftlichen Verhaltens tun können.

Nicht-Rückfallpatienten, die im HAMD-Item 14 eher stärkere Genitalsymptome zu T1 hatten, haben häufiger Angehörige, die zu T10 ein ausgeprägteres Zärtlichkeitsverhalten vom Patienten angegeben haben. Meines Erachtens könnte man hieraus entnehmen, daß stärkere Genitalsymptome mit einem größeren Zärtlichkeitsbedürfnis in Zusammenhang stehen, bzw. daß diese durch Letzteres verstärkt wurden, geht man davon aus, daß das Zärtlichkeitsbedürfnis auch schon zu T1 bestand.

Nicht-Rückfallpatienten, die im BDI-Item 17 angaben, daß sie eher stärker ermüden als in vorangegangenen Zeiten, wurden relativ früh aus der Indexepisode entlassen und haben weiterhin Angehörige, welche im darauffolgenden 2-Jahresabschnitt Angaben machten, daß sich das Streitverhalten des Nicht-Rückfallpatienten eher reduziert hatte. Hieraus könnte man meiner Auffassung nach vermuten, daß stärkere Ermüdbarkeit deshalb zu einer relativ früheren Entlassung aus der Indexepisode führte, weil die ermüdeten Nicht-Rückfallpatienten vielleicht kooperativer waren und weniger Widerstand geleistet haben, das dann als positives Therapieergebnis gewertet wurde, da sie keinen weiteren Rückfall entwickelt hatten. Weiterhin könnte man annehmen, daß eine stärkere Ermüdbarkeit dazu führt, daß die Nicht-Rückfallpatienten ihr eigenes Streitverhalten reduziert haben. Dieses Ergebnis paßt auch zu dem aus anderen Studien, z. B. der von Richter (1995), nachdem es signifikante Zusammenhänge zwischen der Depressionstiefe, welche bei den Nicht-Rückfallpatienten als gering angenommen werden kann, und den Faktoren der Neigung, zu streiten und der ehelichen Anpassung gibt, welche bei Personen, die schneller ermüden, reduziert sein dürften [78].

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T1 entsprechend des BDI-Items 10 eher nicht öfter als davor weinten, weisen sowohl im 1. 2-Jahreszeitraum, als auch im 10-Jahreszeitraum eine Zunahme an selbstberichteter oder vom Angehörigen berichteter Zärtlichkeit auf. Dies läßt sich meiner Ansicht nach so interpretieren, daß Nicht-Rückfallpatienten, die wenig, bzw. nicht häufiger weinen, von den Angehörigen als angenehmere Partner hinsichtlich des Zärtlichkeitsverhaltens empfunden werden, bzw. das häufiger weinende Nicht-Rückfallpatienten selber zu weniger Zärtlichkeit imstande sind. Weiterhin bedeutet dies, daß

Nicht-Rückfallpatienten, welche eher wenig weinen, eine Zunahme während des 10-Jahreszeitraumes in Angaben über Gemeinsamkeiten und Kommunikation von den Angehörigen aufweisen. Dies bekräftigt im Prinzip die zuvor genannte Vermutung, daß weniger häufig weinende Nicht-Rückfallpatienten eher zu Gemeinsamkeiten, Kommunikation und Zärtlichkeit mit ihren Angehörigen in der Lage sind, als Weinende.

Nicht-Rückfallpatienten die einen Gewichtsverlust zu T1 im HAMD-Item 16a in ihrer Anamnese aufwiesen, zeigten eine Abnahme während des folgenden 10-Jahreszeitraumes in ihren Angaben über das Streitverhalten der Angehörigen auf. Dies könnte meiner Vermutung nach auch damit zusammenhängen, daß wenn die Nicht-Rückfallpatienten zu T1 an Körpergewicht abgenommen hatten, sich die Angehörigen eher um sie sorgten oder vielleicht sogar attraktiver fanden, so daß sie daraufhin ihr Streitverhalten reduzierten [40], da sie die Ehequalität mit einem attraktiveren Ehepartner (dem Nicht-Rückfallpatienten) als angenehmer empfunden haben mögen oder einfach nur auf das Signal der Gewichtsreduktion reagierten.

Weiterhin weisen Nicht-Rückfallpatienten mit relativ häufigen oder als schwer bewerteten Life Events in den Kategorien Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße eine Abnahme bezüglich partnerschaftlicher Gemeinsamkeiten und Kommunikation der Angehörigen im Katamnesezeitraum auf. Dies bedeutet, daß Nicht-Rückfallpatienten, welche häufige oder schwerere Life Events dieser Kategorien erleben mußten, eventuell aufgrund dessen, daß es für die Angehörigen recht aversiv sein kann, von solchen Life Events indirekt mit betroffen zu sein, Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit solchen Nicht-Rückfallpatienten reduzierten- vielleicht, weil diese dadurch für sie weniger attraktiv oder sogar in irgendeiner Hinsicht bedrohlich wurden.

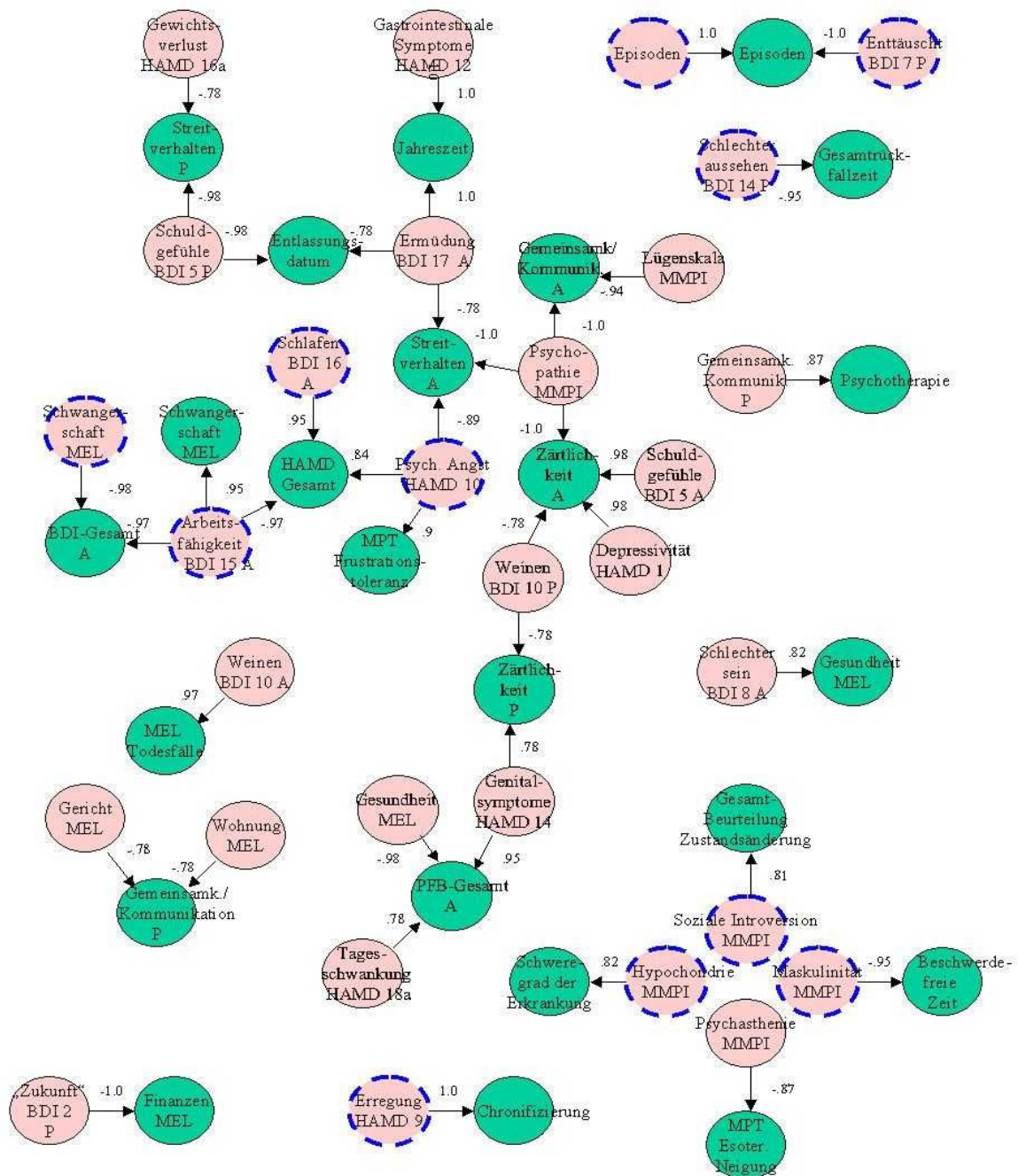
Dieses Ergebnis bestätigt lerntheoretische Annahmen, nach denen Umgebungsfaktoren an der Ausbildung einer Depression beteiligt sein können, vor allem wenn eine positive Verstärkerfunktion wegfällt oder eine negative hinzukommt [1], wie es hier bei den Life Events der Kategorien Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße der Fall ist, welche aversiv auf die Angehörigen wirkt, so daß sie die Gemeinsamkeiten und die Kommunikation mit dem Nicht-Rückfallpatienten reduzierten, was sich jedoch nicht als so schwerwiegend ausgewirkt hat, daß daraus ein Rückfall provoziert wurde. Das Life Events oftmals mit Beziehungsabbrüche verbunden sind, häufiger bei Frauen als bei Männern, wird auch in

anderen Studien beschrieben [98], auch, daß diese häufiger vor dem Ausbilden einer depressiven Episode auftreten [76], sowie, daß länger andauernder Streß, z. B. durch andauernde oder häufige kritische Life-Events, zu einem Rückzugssyndrom führen kann [60], was hier anscheinend auch für die Angehörigen zuzutreffen scheint.

Strukturmodelle zur Remissionentstehung, bzw. Rezidiventstehung

Die Graphiken 18-21 zeigen die signifikanten Variablenzusammenhänge, wie sie sich aus der Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus T1 und T9 in den Subgruppen der Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten ergeben hat. Zur besseren Darstellbarkeit wurden dabei die Variablen und ihre Veränderungsvariablen (falls vorhanden), die HAMD-Items 18a und 18b und die errechneten Episodenvariablen aus dem Keller-Rating zusammengefaßt und in ihrer strukturellen Bezogenheit zueinander dargestellt. Dabei stammen die grünen Variablen alle aus T10 und die rosafarbigem aus T1 oder T9. Die Winkel zwischen den Variablen sind ohne Belang. Die Beziehungen mit den Prädiktoren sind durch pflaumenfarbige Pfeile gekennzeichnet und die Prädiktoren selber indigoblau gestrichelt umrandet.

Strukturmodell 1 zur Remissionsentstehung bei Major Depression – Prädiktoranalyse (T1 * T10)



Graphik 18: Strukturmodell zur Remissionentstehung 1

Graphik 18 zeigt die signifikanten Variablenzusammenhänge, wie sie sich aus der Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus T1 in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten ergeben hat.

Die Prädiktoranalyse zwischen **Prädiktoren aus T9** und **Indikatorvariablen** aus dem Katamnesezeitraum T10 ergab eine Vielzahl an hoch signifikanten und signifikanten Korrelationen.

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 hohe Grade an Erregung im HAMD-Item 9 aufwiesen, zeigten im davorliegenden 2-Jahreszeitraum eine Abnahme an Belastungen durch Life Events in der Kategorie Finanzen. Hierbei könnte man vermuten, daß die Erregung der Nicht-Rückfallpatienten zu T9 aus den Anstrengungen des davorliegenden 2-Jahreszeitraumes resultierte, in dem die Nicht-Rückfallpatienten vielleicht erfolgreich genug versuchten, ihre finanzielle Situation zu verbessern, welche einen potentiell bedeutsamen Risikofaktor für das Ausbilden einer weiteren Episode dargestellt, wie auch aus anderen Studien, z. B. der von Kendler et al. (1997) zu entnehmen [56].

Nicht-Rückfallpatienten mit Angehörigen, die zu T9 angegeben haben, daß sie eine gute Kommunikation und viele Gemeinsamkeiten mit dem Patienten hatten, schätzten das Eheglück zu T10 positiver ein. Dies ist meines Erachtens durchaus ein plausibles Ergebnis, da Kommunikation und Gemeinsamkeiten für einen positiven Fortbestand einer Partnerschaft essentiell sind.

Nicht-Rückfallpatienten, die im HAMD-Item 14 angeben, stärkere Genitalsymptome wie z. B. Libidoverlust oder Menstruationsstörungen zu haben, bzw. welche nach dem HAMD-Item 18a eher Tagesschwankungen am Morgen, bzw. vor allem am Abend angeben, haben einen höheren Wert auf der CGI-Variablen, welche die Gesamtbeurteilung des Zustandsbildes feststellt. Dieses Ergebnis erscheint deshalb plausibel, da Genitalsymptome und stimmungsbezogene Tagesschwankungen einem positiven Zustandsbild sicherlich eher abträglich sind. Dieses Ergebnis paßt etwas zu Resultaten anderer Studien, nachdem es zu Symptompersistenz kommen kann, wenn körperliche Beeinträchtigungen vorliegen, vor allem bei älteren Menschen [14], bei denen Libidoverlust in stärkerem Maße angenommen werden kann.

Nicht-Rückfallpatienten, deren Angehörige über nur geringes Streitverhalten vom Patienten zu T9 berichteten, haben eher mehr Episoden mit subsyndromalen depressiven Zuständen. Dies könnte meines Erachtens darauf hinweisen, daß das von den Angehörigen angegebene geringe Ausmaß an Streitverhalten mit unterdrückter verbaler Aggressivität einhergeht,

welche sich dann in der Depression gegen den Patienten wendet. Diese Annahme wird in anderen Studien bestätigt, nach denen es bei Depressiven zur Aggressionshemmung und Autoaggression kommen kann [78], wobei man hier ein geringes Streitverhalten bei potentiell vorhandenem Bedürfnis zur verbalen Auseinandersetzung als Hemmung bezeichnen könnte und die noch vorhandenen häufigeren subsyndromalen Episoden als Anzeichen für autoaggressives intrapsychisches Geschehen.

Nicht-Rückfallpatienten, die eher keine Erregungszustände zu T9 im HAMD-Item 9 angegeben haben, hatten mindestens eine weitere Episode im darauffolgenden Katamnesezeitraum bei weitem Rückfallkriterium. Dies könnte meiner Auffassung nach so interpretierbar sein, daß ein gewisses Niveau an Erregung protektiv wirkt, bzw. notwendig ist, um den Herausforderungen des Lebens zu begegnen und standhalten zu können und keine weitere Depression mehr zu entwickeln. Ohne ein gewisses Ausmaß an Erregung kann nicht genug Energie freigesetzt werden, um in den Anforderungen des Alltages zu bestehen. Zu denken ist hier bei sehr geringen Erregungszuständen auch an Vitalstörungen mit allgemeiner Energielosigkeit, welche als Symptom einer weiteren depressiven Episode aufgefaßt werden können, die hier in diesem Zusammenhang ja auch subsyndromal auftreten.

Nicht-Rückfallpatienten, die viele Life Events in der Kategorie Schwangerschaft/Kinder zu T9 angaben oder diese schwerer bewerteten, haben Angehörige, die nur ein geringes Ausmaß an Depressivität aufweisen. Dies könnte darauf hinweisen, daß Kinder für viele Menschen, so auch für die Angehörigen ein Grund zur Freude sind und als Bereicherung des Lebens angesehen werden, so daß diese deshalb weniger Grund dafür haben, eine Depression zu entwickeln oder in depressive Stimmung zu verfallen. Geht man bei dieser Stichprobe davon aus, daß Life Events der Kategorie Schwangerschaft und Kinder hauptsächlich bei verheirateten Paaren vorkommen und das die Angehörigen zum Großteil aus Männern bestehen, da die meisten Patienten Frauen sind, so paßt dieses Ergebnis zu Resultaten anderer Studien, in denen gefunden wurde, daß verheiratet zu sein, für Männer, also hier der Großteil der Angehörigen, einen Schutzfaktor vor dem Ausbilden einer depressiven Episode darstellt [27], in diesem Zusammenhang auch, weil angenommen werden kann, daß Life Events der Kategorie Schwangerschaft/Kinder hauptsächlich in Ehen geschehen

Nicht-Rückfallpatienten hingegen, die eher viele Life Events in der Kategorie Gesundheit/Krankheit zu T9 angaben oder diese schwerer bewerteten, haben dagegen Angehörige, die nur ein geringes Maß an partnerschaftlichen Verhalten vom Nicht-Rückfallpatienten angeben. Hierbei könnte man meines Erachtens vermuten, daß Krankheit des Nicht-Rückfallpatienten vom Angehörigen als Belastung erlebt wird, was wiederum subjektiv von den Angehörigen als wenig partnerschaftlich empfunden wird. Dies könnte auch damit zusammenhängen, daß Personen, die häufiger krank sind, einen geringeren Selbstwert haben [78], sich entsprechend physisch und psychisch zurückziehen, was von den Angehörigen als unpartnerschaftlich interpretiert wird.

Nicht-Rückfallpatienten, die über eine gute Kommunikation und vielen Gemeinsamkeiten mit ihren Angehörigen zu T9 berichteten, weisen in den davorliegenden 2 Jahren eher einen Anstieg in den Angaben von zuvor geringeren Graden an Kommunikation und Gemeinsamkeiten auf. Dies läßt sich durchaus im Sinne des Bayes'schen Theorems unter der Annahme bedingter Wahrscheinlichkeiten, d.h. der Annahme, daß die Wahrscheinlichkeit des Zustandes zu T10 irgendwie mit dem Zustand zu T9 zusammenhängt, erklären, oder der für den nächsten nachfolgenden Zustand als größte Realisierungswahrscheinlichkeit den Wert des derzeit jeweils realisierten Zustandes vorhersagt. Außerdem erscheint es plausibel, daß sich die Kommunikation und die Gemeinsamkeiten der Nicht-Rückfallpatienten mit den Angehörigen durch die Therapie eher verbessert als verschlechtert hat, da dies mit ein Unterziel in der Therapie mit Depressiven ist.

Nicht-Rückfallpatienten, die sich zu T9 im BDI-Item 11 eher als nicht stärker reizbar einschätzten, weisen im darauffolgenden Katamnesezeitraum eher häufigere subsyndromale Episoden auf. Dies weist meiner Auffassung nach darauf hin, daß geringe Reizbarkeit die Anzahl subsyndromaler Episoden deshalb erhöht, weil für eine vollständige Remission eventuell ein gewisses Ausmaß an Reizbarkeit und Ansprechbarkeit notwendig ist, um besser, flexibler und adäquater auf die Umwelt reagieren zu können. Dieses Resultat entspricht dem o.g. Zusammenhang zwischen dem HAMD-Item 9 und der Episodenvariable und entsprechend wäre hier die Erklärung ähnlich.

Nicht-Rückfallpatienten, die eher hohe Werte zu T9 auf der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation hatten, weisen im davorliegenden 2-Jahreszeitraum eine Zunahme in Angaben über Zärtlichkeitsverhalten von Seiten der Angehörigen auf. Dies deutet meiner

Auffassung nach darauf hin, daß Zärtlichkeitsverhalten von Seiten der Nicht-Rückfallpatienten eine Voraussetzung für Gemeinsamkeit und Kommunikation der Angehörigen mit dem Patienten darstellen. Dies bestätigt die allgemeine Auffassung, nachdem Kommunikations- und Interaktionsmerkmale mit dem Intimitätsgrad variieren [60].

Nicht-Rückfallpatienten, die von einem guten allgemeinen partnerschaftlichen Verhalten, bzw. über eher hohe Grade an Zärtlichkeitsverhalten ihrer Angehörigen zu T9 berichteten, hatten höhere Werte auf der MPT-Subskala Esoterische Neigungen zu T10. Dies könnte darauf hindeuten, daß die Angehörigen entweder ebenfalls esoterische Neigungen haben oder solche unterstützen, zumindest aber tolerieren und deshalb von den Nicht-Rückfallpatienten als partnerschaftlicher bewertet werden oder aber das zärtlichere Angehörige toleranter solchen Neigungen gegenüber sind, bzw. das Esoterik den Austausch von Zärtlichkeiten sehr oft impliziert.

Weiterhin haben Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 auf der MMPI-Lügenskala eher ihre Schwächen und Fehler negierten, zu T10 dann Angehörige, die von geringeren Graden an Kommunikation und Gemeinsamkeit mit dem Nicht-Rückfallpatienten berichten. Meiner Auffassung nach kann dies als Hinweis dafür gelten, daß das Nicht-Zugeben-Wollen oder -Können von eigenen Schwächen und Fehlern deshalb den Grad an Gemeinsamkeit und Kommunikation reduziert, da darüber mit dem Nicht-Rückfallpatienten nicht zu diskutieren ist und dies sich eventuell allgemein auf alle Arten der Kommunikation und Gemeinsamkeiten zwischen Nicht-Rückfallpatient und Angehörigen auswirkt. Dies reflektiert Auffassungen anderer Studien, nach denen Depressive oftmals den Argwohn hegen, daß ihn Angehörige nicht akzeptieren und lieben [41], wodurch die auf der Lügenskala gemessenen Tendenz erklärbar wird, aber auch die bereits oben genannte Ansicht, daß Kommunikations- und Interaktionsmerkmale mit dem Intimitätsgrad variieren [60]. Ebenfalls bestätigt dies ein Resultat von Hale et al. (1997), nachdem die Gespräche zwischen Depressiven und Angehörigen durch ein geringeres Maß an Involviertheit, was Offenheit impliziert, die bei den Personen mit hohen Scores auf der Lügenskala weniger gegeben ist, aber durch mehr wahrgenommene Irritierbarkeit und Aufdringlichkeit gekennzeichnet waren [42], was erklären könnte, daß die Kommunikation und Gemeinsamkeiten zwischen den Partnern abgenommen hat.

Nicht-Rückfallpatienten, die im BDI-Item 4 zu T9 die Dinge eher wie früher genießen konnten, weisen einen Anstieg in den Bewertungen im davorliegenden 2 Jahreszeitraum darin auf, wie deren Angehörige Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit dem Patienten einschätzten. Es erscheint meines Erachtens insofern plausibel, daß wenn Personen genußfähig sind, dies für die Angehörigen eher angenehmer ist, so daß diese deshalb gerne die Gemeinsamkeiten mit dem Nicht-Rückfallpatienten erhöhen, bzw. somit auch die Kommunikation. Dieses Ergebnis paßt ebenfalls zu dem bereits oben erwähnten Resultat aus einer Studie von Laux (2000), nachdem Kommunikations- und Interaktionsmerkmale in Abhängigkeit vom Intimitätsgrad in der Beziehung zum Partner und der Situation variieren [78], wobei hier der reziproke Zusammenhang zutreffen würde.

Nicht-Rückfallpatienten, die im BDI-Item 17 zu T9 angaben, mehr als früher zu ermüden, weisen im davorliegenden 2-Jahreszeitraum einen Anstieg in der Häufigkeit oder der Belastung durch Life Events der MEL-Kategorie Liebesleben und Sexualität auf. Dies könnte meiner Meinung nach darauf hindeuten, daß die Belastung durch Life Events im intimen zwischenmenschlichen Bereich als sehr anstrengend und energieraubend empfunden wurden, wodurch es zu dieser stärkeren Ermüdbarkeit gekommen ist, z. B. wenn die Zuwendung vom Nicht-Rückfallpatienten dem Angehörigen gegenüber nicht zurückgegeben wurde oder gar anstatt einen Belohnungseffekt einen Bestrafungseffekt nach sich zog, was den Nicht-Rückfallpatienten in seinem Gefühl der Unadäquatheit und Ineffizienz nur bestätigen muß. Dieses Ergebnis läßt sich durchaus auch lerntheoretisch begründen, wenn man davon ausgeht, daß Liebesleben und Sexualität einen sehr hohen Verstärkungswert besitzen und Life Events im intimen zwischenmenschlichen Bereich durchaus zu depressiven Verstimmungen führen können [1], für die stärkere Ermüdbarkeit und Energielosigkeit Symptome sind, was jedoch im Falle der Nicht-Rückfallpatienten sich als nicht so negativ ausgewirkt hatte, daß daraus ein weiterer Rückfall im Katamnesezeitraum resultierte. Ebenso paßt dies zur Auffassung Seligman's, der behauptet, daß eine Depression entsteht, indem der erlernte Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärkung plötzlich wegfällt, wie z. B. bei einem plötzlichen Beziehungsabbruch. Dies geschieht, wenn das gleiche Verhalten (Operant) plötzlich nicht mehr die vertraute Verstärkung bewirkt [1], wobei hier als Operant die Zuwendung zum Partner anzusehen wäre, wenn diese Zuwendung nicht in gleichem Maße zurück gegeben wird.

Belastende Life Events der Kategorien Liebesleben und Sexualität, d.h., mangelnde und/oder fehlende verhaltenskontingente positive Verstärkerbedingungen werden als depressionsauslösend und/oder -aufrechterhaltend postuliert [78], wobei stärkere Ermüdbarkeit als Symptom der Depression gilt.

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 im HAMD-Item 18b über stärkere Tagesschwankungen in ihrem Befinden berichteten, weisen eher eine Zunahme in ihrer Depressivität im gesamten 10-Jahreszeitraum im BDI-Gesamtwert auf. Da Tagesschwankungen zu haben impliziert, daß auch Stimmungstiefs vorkommen, ist es deshalb durchaus denkbar, daß diese zu einer allgemeinen Depressivität führen, welche für den gesamten 10-Jahreszeitraum sogar noch zugenommen hat. Dieses Ergebnis reflektiert Auffassungen aus anderen Studien, welche geringe emotionale Stabilität als voraussetzende Bedingung, bzw. Kofaktor für eine Depression bezeichnen [87, 78, 60].

Nicht-Rückfallpatienten mit eher allgemein depressiven Angehörigen zu T9 haben keine Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten. Dies könnte bedeuten, daß wenn Angehörige selber zu depressiven Verstimmungen neigen, die Inanspruchnahme von weiterer Psychotherapie für den Nicht-Rückfallpatienten aus irgendeinem Grund nicht stattfand. Denkbar wäre, daß dies eventuell durch Schuldgefühle bei den Nicht-Rückfallpatienten begründet liegt, was aber als entsprechender Interaktionseffekt im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht weiter evaluiert wurde. Dieses Ergebnis widerspricht ebenfalls dem anderer Studien, nachdem die Ehen von späteren Psychotherapiepatienten allgemein als tendenziell unglücklicher eingeschätzt wurden, als die von Nicht-Psychotherapiepatienten [33], was durch die Art dieses Zusammenhanges nicht bestätigt werden kann, wenn man davon ausgeht, daß ein höherer BDI-Gesamtwert für die Angehörigen als allgemeiner Indikator für eine unglückliche Ehe betrachtet wird. Geht man jedoch davon aus, daß es in Ehen zu einer Anpassung der Partner kommt, muß diese Schlußfolgerung, daß dies ein Anzeichen für eine unglückliche Ehe ist, nicht unbedingt zutreffen. Jedoch spricht dafür, daß nach Richter (1995) signifikante Zusammenhänge zwischen selbsteingeschätzter Depressionstiefe und ehelicher Anpassung sowie wahrgenommener emotionaler Familienatmosphäre bestehen [78], d.h. die o.g. Annahme, daß Ehen von späteren Psychotherapiepatienten als unglücklicher einzuschätzen sind, hier nicht unbedingt als bestätigt angesehen werden kann.

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 allgemein eher depressiv waren, weisen zu T10 nur geringe esoterische Neigungen auf. Dies erscheint meines Erachtens insofern plausibel, als Depressivität das Interessenspektrum eher verringert, bzw. einschränkt. Ebenfalls paßt dieses Ergebnis zur Definition der Major Depression im DSM-IV, als auch des ICD-10, wonach der eine Einengung des Interessenspektrums als symptomatisch gilt [91, 28].

Nicht-Rückfallpatienten, die nach dem 1. 2 Jahreszeitraum zu T9 eher keine Veränderung in ihrem sexuellen Interesse im BDI-Item 21 wahrgenommen haben, weisen einen nur geringen Schweregrad ihrer depressiven Erkrankung am Ende des 10- Jahreszeitraumes auf. Dies erscheint meines Erachtens ebenfalls plausibel, als anzunehmen ist, daß sexuelles Interesse bei einer psychisch eher gesunden Person dazugehört und also deshalb der Schweregrad der depressiven Erkrankung geringer sein dürfte. Dieses Ergebnis paßt ebenfalls zur Definition der Major Depression in DSM-IV und ICD-10, nach der eine Einengung des Interessenspektrums als symptomatisch gilt [91, 28], wobei sich hier der Interessensverlust auf den Verlust an Interesse und Vergnügen, sowie Interessen- und Freudlosigkeit bezieht.

Nicht-Rückfallpatienten, die im BDI-Item 1 nur geringe Grade an Traurigkeit zu T9 angaben, haben eher hohe Werte an Rigidität in der MPT-Subskala zu T10. Hierbei könnte man meiner Auffassung nach daran denken, daß Rigidität, angenommen, dies sei ein zeitlich überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal, welches schon zu T9 in ähnlich hoher Ausprägung vorhanden war, verhinderte, daß der Patient höhere Grade an Traurigkeit entwickelte, vielleicht deswegen, weil Rigidität dem Patienten geholfen haben könnte, seinen Alltag wie bisher weiterhin zu bewältigen und insofern seine Aktivitäten weniger eingeschränkt wurden. Dieses Ergebnis scheint Befunde von Heerlein et al. (1998) zu widerlegen, nachdem Rigidität ein Kernfaktor für die Aufrechterhaltung einer depressiven Symptomatik darstellt und Ergebnisse von Mundt et al. (1994) zu bestätigen, nach der Rigidität vor einem schlechteren Erkrankungsverlauf schützt [73], betrachtet man hier Traurigkeit als Indikator für eine depressive Verstimmung oder Depression.

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 im BDI-Item 2 eher wenig mutlos sind, haben relativ hohe Werte auf den MPT-Subskalen Rigidität und Neurotizismus, d.h. sind eher rigide und neurotisch. Hierbei könnte man, wie bei dem zuvor genannten Ergebnis, ebenfalls daran

denken, daß Rigidität vor depressiven Verstimmungen schützen kann, weil der Patient so eher in seinen alltäglichen Aktivitäten verbleibt. Dies könnte eventuell auch für das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus bis zu einem gewissen Ausmaß gelten, wenn Neurotizismus als intrapsychische Problemlösung verstanden werden kann, durch den der Patient auf seinem bisherigen Funktionsniveau gehalten ist, d.h., wenn Neurotizismus funktional ist. Funktionalität könnte hierbei eventuell auch für den Persönlichkeitsfaktor Rigidität zutreffen, da die Patienten mit diesen Merkmalen keine weiteren Episoden während des Katamnesezeitraumes entwickelt haben. Hier könnte man wieder wie zuvor vermuten, daß Rigidität vor einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes schützt [73] und das Neurotizismus als prognostisch ungünstige Variable im Hinblick auf die Entwicklung eines chronischen Verlaufes beschrieben wird [29, 99, 47], bzw. bestätigt allgemein, daß Neurotizismus-Scores bei depressiven Patienten höher liegen [14, 24].

Nicht-Rückfallpatienten mit einem auf dem BDI-Item 8 zu T9 eher guten Selbstwertgefühl, bzw. dem Gefühl nicht schlechter als andere zu sein, haben nur geringe Werte auf der MPT-Subskala Isolationstendenz zu T10. Meines Erachtens könnte man hieraus entnehmen, daß ein gutes Selbstwertgefühl es den Nicht-Rückfallpatienten erleichtert, Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen bzw. aufrechtzuerhalten und insofern einer Isolationstendenz entgegenwirkt. Weiterhin ist anzunehmen, daß sich das Selbstwertgefühl aus den Interaktionen und Rückmeldungen mit dem sozialen Umfeld konstituiert [97], so daß man vermuten kann, daß bei Nicht-Rückfallpatienten mit eher gutem Selbstwertgefühl dies auf vielfältigen sozialen Kontakten basiert, was mit geringeren Werten an Isolationstendenz einhergehen muß.

Nicht-Rückfallpatienten, die nach dem BDI-Item 1 zu T9 eher wenig traurig sind, zeigen im Katamnesezeitraum eine Abnahme im berichteten Streitverhalten von ihren Angehörigen. Dieses Ergebnis könnte einen Hinweis darauf geben, daß geringere Grade an Traurigkeit bei dem Nicht-Rückfallpatienten die Angehörigen zufriedener stimmt, was sich im geringeren Ausmaß an Streitbarkeit mit dem Nicht-Rückfallpatienten darstellt. Dieses Ergebnis paßt zu denen aus anderen Studien, nach denen es bei depressiven Patienten zu interaktiven reziproken Prozessen derart kommt, daß die aus der Depression heraus entstehenden Konflikte mit den Angehörigen von diesen so versucht werden, gelöst zu werden, daß daraus Kritik, Beschimpfungen und andere aversive Reaktionen resultieren, die man grob unter

Streitigkeiten subsumieren könnte, bzw. die wegfallen, wenn der Patient nur geringe Maße an depressiven Symptomen zeigt, wie z. B. ein nur geringes Ausmaß an Traurigkeit.

Weiterhin weisen Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 nach dem BDI-Item 2 eher wenig mutlos sind, eine Abnahme im berichteten Streitverhalten von ihren Angehörigen auf. Dies könnte meiner Auffassung nach einen Hinweis darauf geben, daß optimistische und hoffnungsvolle (im Gegensatz zu mutlos) Nicht-Rückfallpatienten den Angehörigen wenig Anlaß für Streitigkeiten geben, was ein höheres Maß an Zufriedenheit impliziert. Hierbei könnte die Erklärung eine ähnliche sein, wie in dem zuvor ausgeführten Zusammenhang.

Nicht-Rückfallpatienten, die im BDI-Item 13 zu T9 eher wie früher entscheidungsfreudig sind, haben eine geringere Gesamtrückfallzeit im darauffolgenden Katamnesezeitraum. Dies bestätigt meines Erachtens, daß Entschlußunfähigkeit eines der Symptome der Depression darstellt, bzw. hier mit Zeiten subsyndromaler depressiver Zustände und auch, daß Entscheidungsunfähigkeit mit Dysfunktionalität einhergeht, was eine Depression verstärkt, bzw. hier bei den Nicht-Rückfallpatienten sich als Residual äußert. Dies bestätigt Resultate aus früheren Untersuchungen, nach denen u.a. dysfunktionale Entscheidungsfähigkeit als Risikofaktoren für das Auftreten von Rückfällen von Depressionen, sowie Residualzuständen bei älteren Menschen darstellen [100].

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 im BDI-Item 16 keine oder nur geringe Schlafstörungen haben, wiesen im darauffolgenden Katamnesezeitraum eher eine Abnahme im allgemeinen Wert für partnerschaftliches Verhalten bezüglich ihrer Angehörigen auf. Dies könnte im Umkehrschluß darauf hinweisen, daß Schlafstörungen zu haben partnerschaftliches Verhalten von den Angehörigen fördern würde, d.h., daß Schlafstörungen Rücksichtnahme, Anteilnahme und Einfühlungsvermögen von den Angehörigen verlangen, auch damit die Angehörigen selber besser schlafen können, was hier anscheinend im Falle nicht vorhandener Schlafstörungen entsprechend wegfiel. Dadurch, daß es keinen Grund für partnerschaftliches Verhalten gab, kam es zu keiner Zunahme, sondern sogar zu einer Abnahme im partnerschaftlichen Verhalten. Jedoch sollten meiner Auffassung nach für die Erklärung dieses Ergebnis noch andere intervenierende Faktoren herangezogen werden, welche im Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch nicht weiter evaluiert wurden.

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 im HAMD-Item 1 angaben, eher nicht depressiv zu sein, hatten im darauffolgenden Katamnesezeitraum eher eine Abnahme im Wert für partnerschaftliches Verhalten von ihren Angehörigen. Hier könnte man meines Erachtens genauso wie beim vorangegangenen Ergebnis argumentieren, daß nämlich die (zurückgegangene) Depressivität der Nicht-Rückfallpatienten zu T9 es für die Angehörigen als nicht mehr notwendig erscheinen ließ, sich weiterhin besonders partnerschaftlich um den Nicht-Rückfallpatienten zu bemühen.

Nicht-Rückfallpatienten, die im HAMD-Item 4 eher keine Einschlafstörungen zu T9 haben, zeigen im Keller-Rating im darauffolgenden Katamnesezeitraum höhere mittlere und Summenwerte und haben weiterhin Angehörige, die angaben, daß der Nicht-Rückfallpatient mit ihnen eher häufiger in Streitigkeiten verwickelt ist.

Hier könnte man meines Erachtens im Umkehrschluß vermuten, daß Einschlafstörungen in T9 gehabt zu haben sowohl dem Patienten, als auch dem Angehörigen signalisierte, daß der Patient weiterhin unter seiner depressiven Erkrankung leidet und ihn eventuell weiterhin dazu bewegt, z. B. psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wobei jedoch nur ein Zusammenhang der psychotherapeutischen Inanspruchnahme mit dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung festzustellen war. Aus diesem Grunde auch könnte man vermuten, daß durch die Einschlafstörungen den Angehörigen weiterhin signalisiert werden sollte, sich mehr um ihn zu kümmern, da sie durch diese die Angehörigen ebenfalls mit belastet werden, wodurch sich dieses Ergebnis erklären ließe, daß dann die mittleren Keller-Rating-Werte, bzw. der Summenwert aus allen Keller-Rating-Werten niedriger liegt, als bei Nicht-Rückfallpatienten, welche keine Einschlafstörungen haben und bei denen diese Signalwirkung wegfällt. Das hieße allerdings auch, daß wenn die Einschlafstörungen beim Angehörigen eine Wirkung hervorrufen, dies sich günstig auf den weiteren Verlauf der depressiven Erkrankung, erkennbar an diesen Keller-Rating-Werten, auswirkt. Weiterhin scheint es, daß keine Einschlafstörungen zu haben, beim Nicht-Rückfallpatienten bewirkt, daß dieser streitbarer und gereizter wird, da aus den Angehörigenbefragungen eher eine subjektive Zunahme des Streitverhaltens von Seiten des Nicht-Rückfallpatienten festzustellen ist. Dies könnte man versuchen so zu erklären, daß das relativ bessere Wohlbefinden des Nicht-Rückfallpatienten ihn innerhalb der Beziehung fordernder und kritischer werden läßt, was von den Angehörigen als Streithaftigkeit aufgefaßt wird.

Nicht-Rückfallpatienten die im HAMD-Item 5 zu T9 eher keine Durchschlafstörungen haben, zeigen im Keller-Rating höhere Summenwerte. Die Begründung hierfür könnte die gleiche sein, wie in der vorangegangenen Erklärung beim HAMD-Item 4 bezüglich der Einschlafstörungen. Allgemein kann man festhalten, daß Schlafstörungen zu den 2. häufigsten Symptomen einer Depression gehören [78], weshalb es verwundert, wieso der hier gefundene Zusammenhang gerade reziprok ist. Eventuell ergibt sich dieses Ergebnis auch daraus, daß ein Teil der Patienten ein saisonales Muster in ihrem depressiven Verlauf aufweisen, d.h. in den Wintermonaten länger schlafen, so daß statistisch gesehen dieses Ergebnis, daß keine Schlafstörungen zu haben mit höheren Keller-Rating-Werten einhergeht, wieder erklärbar wird, wenn man auf die in dieser Diplomarbeit gefundenen Ergebnisse zurückgreift (s.o.), daß Patienten mit einem saisonalen Muster häufigere Rückfälle im Katamnesezeitraum aufweisen und damit höhere Werte im Keller-Rating.

Nicht-Rückfallpatienten die Angehörige haben, die zu T9 eher höhere Grade an Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit dem Patienten angeben, zeigen eher eine Verbesserung in ihrem depressiven Zustandsbild in der entsprechenden CGI-Variable oder sind nicht beurteilbar. Dies erscheint meines Erachtens ebenfalls wieder plausibel, da eine verbesserte Kommunikation und mehr Gemeinsamkeiten mit dem Partner durchaus als Anzeichen für eine Verbesserung des depressiven Zustandsbildes angesehen werden können, da definitionsgemäß bei einer Depression diese beiden Faktoren oftmals reduziert sind. Nach DSM-IV kommt es definitionsgemäß zu einem Verlust an Interesse und Vergnügen [91], worunter ein eingeschränktes Ausmaß an Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit dem Partner subsumierbar wäre, so daß dieser gefundene Zusammenhang bei den Nicht-Rückfallpatienten gut erklärlich wird.

Nicht-Rückfallpatienten, die zu T9 bezüglich des vorangegangenen 3-Monatszeitraum es eher wenig Life Events in den Kategorien Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße angaben oder diese als weniger schwerwiegender bewerteten, zeigten eine Verbesserung der Gemeinsamkeiten und Kommunikation ihrer Angehörigen mit ihnen während des darauffolgenden Katamnesezeitraumes. Dies erscheint wiederum recht plausibel, da stabile und wenig belastende Zustände, Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße betreffend, Angehörige den Nicht-Rückfallpatienten als angenehmeren Kommunikationspartner ansehen läßt, mit dem sie es angenehmer finden dürften Gemeinsamkeiten zu unternehmen, als wenn

viele belastende solcher Life Events aufgetreten wären, was für die Angehörigen vermutlich eher ein Grund wäre, auf Distanz. Dies könnte eventuell durch das Vulnerabilitätsmodell ergänzt werden, welches für Life Events zusammen mit dem dadurch verbundenen Streß einen negativen Einfluß auf den weiteren Verlauf postuliert [78], was durch den mit den Life Events der Kategorien Wohnung und Gericht/Gesetzesverstöße verbundenen Streß durchaus eine Verschlechterung der Gemeinsamkeiten und Kommunikation mit den Angehörigen implizieren kann

Nicht-Rückfallpatienten mit Angehörigen, die zu T9 eher im Allgemeinen nach dem BDI-Gesamtwert depressiv sind, werden selber gegen Ende des Katamnesezeitraumes in der Gesamtbeurteilung des Krankheitsbildes im CGI als depressiver eingeschätzt. Dieses Ergebnis läßt sich meines Erachtens durchaus auch so erklären, daß depressive Angehörige es dem Patienten durchaus nicht leichter machen, aus seiner eigenen depressiven Erkrankung herauszukommen und das Leben allgemein leichter und positiver zu sehen und entsprechend auf den Beurteiler (des CGI) zu wirken. Ebenfalls läßt sich dies mit der gegenseitigen Anpassung von Partnern in engen Beziehungen erklären [78].

Graphik 19 zeigt die signifikanten Variablenzusammenhänge, wie sie sich aus der Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus T9 in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten ergeben hat.

haben, immer noch als Verstärker dafür fungiert haben könnten, daß lerntheoretisch gesehen depressive Episoden mit Zärtlichkeit verbunden wurden, was das Risiko, depressive Episoden zu entwickeln, eher erhöhen dürfte, als das es dieses verringert. Vielleicht markiert diese Korrelation auch nur einen Eckpunkt einer destruktiven Interaktion, in der der Depressive argwöhnt, daß ihn der Partner nicht wirklich liebt und sendet weiterhin Signale aus, die ihn als depressiv erscheinen lassen [41], welche dann eine Eigendynamik annehmen können, durch die der Depressive eine erneute depressive Episode entwickelt.

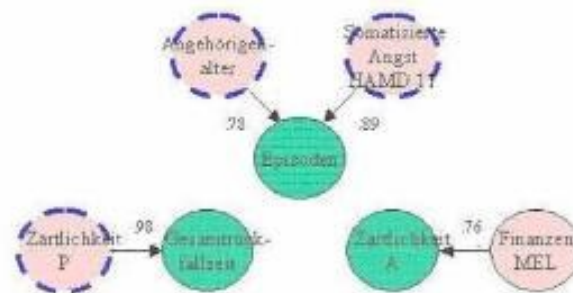
Rückfallpatienten, die nach dem HAMD-Item 11 sehr dazu geneigt haben, körperliche Begleiterscheinungen aufgrund von somatisierter Angst in ihrer Depression zu T1 zu entwickeln, zeigten eher längere beschwerdefreie Abstände zwischen der 1. und 2. Episode bei weitem Rückfallkriterium im Katamnesezeitraum, d.h. zwischen Episoden maximal subsyndromalen depressiven Zuständen. Hierbei könnte man meines Erachtens interpretieren, daß somatisierte Angst mit als Risikofaktor für das Ausbilden oder Aufrechterhalten einer Depression angesehen werden kann, weshalb es bei diesen Patienten auch zu mindestens einem weiteren Rückfall gekommen ist, gleichzeitig aber die körperlichen Begleiterscheinungen eine negative Verstärkung aufgrund ihrer Aversivität darstellen, so daß sich der Abstand zwischen der 1. und 2. Episode vergrößerte.

Rückfallpatienten mit Angehörigen in eher fortgeschrittenerem Lebensalter haben eher längere 3.-letzte Episoden im Keller-Rating bei engem Rückfallkriterium. Dies weist meines Erachtens darauf hin, daß das Angehörigenalter durchaus als Risikofaktor bei stärker vulnerablen Patienten verstanden werden kann, wenn aufgrund der Korrelation mit der Länge der 3. letzten Episode anzunehmen ist, daß es zu längeren, als auch häufigeren Episoden kommen kann, da eine 3. Episode im Keller-Rating zu haben, durchaus schon als „häufig“ angesehen werden kann. Zwar gibt es eine Vielzahl an Ergebnissen aus anderen Studien, welche das Patientenalter als Vulnerabilitätsfaktor ansehen, da jedoch in vorliegender Stichprobe kein korrelativer statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe des Patienten- mit dem Angehörigenalter gefunden wurde, lassen sich diese Resultate nicht auf dieses Ergebnis übertragen.

Rückfallpatienten, die zu T1 eher viele Life Events im Bereich Finanzen angaben, bzw. diese als besonders schwer bewerteten, weisen im gesamten 10-Jahreszeitraum, bzw. im

nachfolgenden Katamnesezeitraum eher eine Zunahme des von den Angehörigen berichteten Zärtlichkeitsverhaltens auf. Dies ließe sich meiner Auffassung nach durchaus so interpretieren, als daß Rückfallpatienten sich dann verstärkt um die Zuneigung ihrer Angehörigen bemühen, wenn sie mit häufigen, vor allem aber belastenden Life Events der Kategorie Finanzen zu T9 zu tun hatten. Es könnte aber auch sein, daß die Belastung und Wiederanpassungsleistungen, welche mit der Bewältigung dieser Life Events einhergingen von den Angehörigen als Leistung anerkannt wurden, welche mit einer Zunahme an Zärtlichkeitsverhalten darauf reagierten. Das es dennoch zu mindestens einem Rückfall gekommen ist, zeigt, daß die Rückfallpatienten in der Bewältigung der Life Events entweder nicht erfolgreich genug waren , vermutlich aber, daß noch andere bedeutsame Faktoren bei der Auslösung eines Rückfalls eine Rolle gespielt haben.

Strukturmodell 1 der Rezidivbildung der Major Depression - Prädiktoranalyse (T1 * T10)



Graphik 20: Strukturmodell zur Rezidiventstehung 1

Graphik 20 zeigt die signifikanten Variablenzusammenhänge, wie sie sich aus der Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus T1 in der Gruppe der Rückfallpatienten ergeben hat.

Die Prädiktoranalyse zwischen **Prädiktoren aus T9** und **Indikatorvariablen** aus dem Katamnesezeitraum T10 ergab ebenfalls einige hoch signifikante und signifikante Zusammenhänge.

Rückfallpatienten mit Einschlafstörungen nach dem HAMD-Item 4 zu T9 weisen im davorliegenden 2-Jahreszeitraum mehr oder belastendere Life Events der Kategorie Gericht und Gesetzesverstöße auf. Dies erscheint meines Erachtens durchaus vorstellbar, daß Life Events dieser Kategorie im vorangegangenen 2-Jahreszeitraum zu Einschlafstörungen geführt haben könnten und auch, daß sowohl diese Life Events als auch die Einschlafstörungen den

Rückfall mit gefördert haben. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, daß Schlafstörungen als das 2. bedeutsamste Symptom der Major Depression gilt [60] - inwiefern diese jedoch zum Rezidiv geführt haben, wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit quantitativ nicht bestimmt. Weiterhin gilt, daß Life Events allgemein als Vulnerabilitätsfaktoren angesehen werden [60], wobei solche der hier im Zusammenhang stehenden Kategorie sicherlich zu den Belastendsten gehören, so daß verständlich wird, weshalb es in diesem Zusammenhang zu einem Rückfall im Katamnesezeitraum kommen konnte.

Rückfallpatienten, welche zu T9 nach dem BDI-Item 2 nicht mutlos in die Zukunft sehen, haben häufiger Life Events in der MEL-Kategorie Ausbildung während der davorliegenden 2 Jahre erlebt oder bewerteten diese als schlimmer. Dieses Ergebnis läßt sich meiner Meinung nach möglicherweise so verstehen, daß Life Events der Kategorie Ausbildung durchaus auch positive Implikationen mit Zukunftsaussichten, vor allem hinsichtlich besserer Umstände bezüglich einer Berufstätigkeit, bedeuten können, so daß dadurch erklärbar wäre, weshalb Rückfallpatienten zu T9 hierbei nicht mutlos erschienen. Das sie dennoch im darauffolgenden Katamnesezeitraum einen Rückfall erlitten haben, kann, muß aber nicht mit diesen Life Events zusammenhängen. Denkbar ist jedoch, daß die in die Ausbildung gesetzten Hoffnungen sich nicht so erfüllten und somit einen Rückfall gefördert haben könnten. Denkbar ist auch eine Passung mit einem Resultat aus einer anderen Studie, in der gefunden wurde, daß verheiratete Frauen, ein Großteil der Patientengruppe dieser Diplomarbeit sind verheiratet und Frauen, ein doppelt so hohes Risiko als Männer aufweisen, eine Major Depression zu entwickeln und sich das Risiko sogar noch auf Faktor 4,8 erhöht, wenn sie keiner regelmäßigen Berufstätigkeit nachgeht [89], z. B. weil die in die Ausbildung gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt wurden.

Rückfallpatienten, die zu T9 im BDI-Item 16 eher keine Schlafstörungen haben, weisen im Katamnesezeitraum einen Anstieg im BDI-Summenwert auf. Dies könnte man meines Erachtens versuchen so zu interpretieren, daß keine Schlafstörungen zu T9 zu haben, dem Rückfallpatienten weniger Anlaß dazu gibt, etwas gegen seine Depression zu unternehmen und er somit gegenüber seiner Erkrankung eher resigniert, als wenn er Schlafstörungen hätte, welche ein eindringlicheres und deutlicheres Signal sind, als bei einer allgemeinen Dysthymie, depressiven Verstimmung oder subsyndromalen Depression, daß etwas im Leben des Patienten geändert werden sollte.

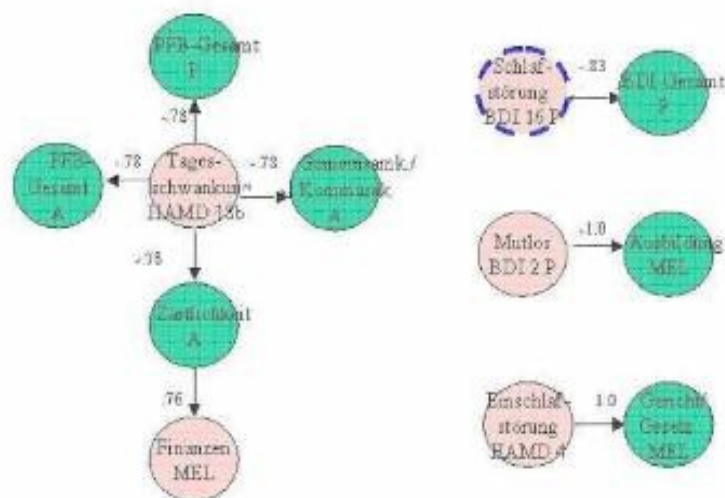
Rückfallpatienten, die zu T9 nach dem HAMD-Item 18b unter eher geringen Tagesschwankungen litten, haben Angehörige, die über die Patienten so berichteten, daß man daraus schließen kann, daß die Partner während des gesamten 10-Jahreszeitraumes eine Zunahme an Kommunikation und Gemeinsamkeiten erfuhren. Hier könnte man vermuten, daß die geringen Tagesschwankungen in der Stimmung des Rückfallpatienten es durchaus ermöglichten die Kommunikation und die Gemeinsamkeiten der Partner aufrechtzuerhalten und sogar noch zu verbessern, was jedoch leider nicht verhindern konnte, daß der Patient einen Rückfall im Katamnesezeitraum erfuhr.

Weiterhin zeigen Rückfallpatienten, die nach dem HAMD-Item 18b unter nur geringen Tagesschwankungen zu T9 litten, während des darauffolgenden Katamnesezeitraumes oder des gesamten 10-Jahreszeitraumes eher eine Zunahme in den Angaben ihrer Angehörigen über partnerschaftliches Verhalten, bzw. Zärtlichkeitsverhalten von Seiten der Patienten. Hier läßt sich wieder wie auch in ähnlichen vorangegangenen Ergebnissen interpretieren, daß eine relativ stabile Stimmung beim Patienten eine positive partnerschaftliche Beziehung durchaus erleichtert, was sich hier im allgemeinen partnerschaftlichen Verhalten, als auch im Zärtlichkeitsverhalten ausdrückt. Allerdings kann auch ein positives partnerschaftliches Verhalten einen Rückfall offensichtlich nicht verhindern. Ein kleiner Hinweis könnte der sein, daß die Patienten nur allgemein die Partnerbeziehung als zunehmend gut bewerteten, jedoch von den Angehörigen aus vor allem nur das Zärtlichkeitsverhalten des Patienten, woraus gemutmaßt werden könnte, daß ein diesbezügliches Defizit beim Patienten bestand, welches, wenn es nicht ebenfalls mit gleich hohem Zärtlichkeitsverhalten der Angehörigen beantwortet wird, einen Rückfall mit begünstigen konnte. Ebenfalls könnte man vermuten, da dieses Item lediglich mit partnerschaftsbezogenen Variablen korreliert, dass die Art der Interaktionen mit dem Partner eine Auswirkung auf die Stärke der Tagesschwankungen hat, geht man davon aus, dass sich die Art und Weise der Interaktionen nicht wesentlich geändert hat. Zu denken ist hier z. B. an double-bind-Situationen.

Rückfallpatienten, die zu T9 eher viele Life Events im Bereich Finanzen angaben, bzw. diese als besonders schwer bewerteten haben im nachfolgenden Katamnesezeitraum eine Zunahme in den Angaben des von den Angehörigen berichteten Zärtlichkeitsverhaltens. Dieses Ergebnis paßt zu dem Gleichen aus T1, wobei hier die Interpretation hier dann ebenfalls die gleiche wäre, nämlich, daß bei Life Events im Bereich Finanzielles die Patienten ihr Zärtlichkeitsverhalten gegenüber dem Angehörigen eher zu verstärken scheinen. Weiterhin

könnte aber auch hier sein, daß die Belastung und Wiederanpassungsleistungen, welche mit der Bewältigung dieser Life Events einhergehen von den Angehörigen als Leistung anerkannt wurden, welche mit einer Zunahme an Zärtlichkeitsverhalten darauf reagierten. Das es dennoch zu mindestens einem Rückfall gekommen ist, zeigt, daß die Rückfallpatienten in der Bewältigung der Life Events entweder nicht erfolgreich genug waren, vermutlich aber, daß noch andere bedeutsame Faktoren bei der Auslösung eines Rückfalls eine Rolle gespielt haben.

Strukturmodell 2 zur Rezidiventstehung bei Major Depression – Prädiktoranalyse (T9 + T10)



Graphik 21: Strukturmodell zur Rezidiventstehung 2

Graphik 21 zeigt die signifikanten Variablenzusammenhänge, wie sie sich aus der Prädiktoranalyse mit Prädiktorvariablen aus T9 in der Gruppe der Rückfallpatienten ergeben hat.

Zusammenfassung:

Vergleich der Ergebnisse der Prädiktoranalysen der Rückfallpatienten mit denen der Nicht-Rückfallpatienten:

Im **Vergleich** der Ergebnisse der Prädiktoranalysen der Rückfallpatienten mit denen der Nicht-Rückfallpatienten, kann man als auffälligsten Unterschied den herausstellen, daß für Rückfallpatienten deutlich weniger Prädiktoren und Indikatoren festgestellt werden konnten, als bei Nicht-Rückfallpatienten, was meines Erachtens darauf schließen läßt, daß für eine

Remission deutlich mehr und dafür aber unspezifische Faktoren eine Rolle spielen, während für eine eventuelle Vorhersage der Rückfälle weniger Faktoren in Frage zu kommen scheinen. Weiterhin wurden bei den Rückfallpatienten zu T1 weniger Prädiktoren und bedeutsame Variablen gefunden, als zu T9. Dies deutet darauf hin, daß vor allem bei den späteren Rückfallpatienten zu Beginn ihrer Erkrankung, bzw. bei Aufnahme in die Indexepisode der weitere Verlauf äußerst unbestimmt ist.

Als **Prädiktorvariablen zu T1** für eine Remission konnten die MMPI-Variablen Hypochondrie, soziale Introversion und Maskulinität, BDI- und HAMD-Variablen, welche die Arbeitsfähigkeit, den Selbstwert, die Selbstakzeptanz, die Erregung, psychische Angst und auch damit eventuell zusammenhängende Schlafstörungen erfragen, als sehr bedeutsam identifiziert werden.

Als **Prädiktorvariablen zu T9** für eine Remission konnten die PFB-Variablen, HAMD- und BDI-Items, welche körperliche und psychische Symptome wie Genitalsymptome, Einschlafstörungen, Tagesschwankungen morgens vs. abends, Stärke der Tagesschwankungen, Gewichtsverlust, Durchschlafstörungen, Interesse an Sexualität, sowie den BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung identifiziert werden.

Als **Prädiktorvariablen zu T1** für einen Rückfall konnten die PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung, das Angehörigenalter, sowie somatisierte Angst identifiziert werden.

Als **Prädiktorvariablen zu T9** für einen Rückfall konnten nur das Angehörigenalter und der Schlaf des Patienten identifiziert werden.

Im **Vergleich der Prädiktorvariablen** der Rückfallpatienten aus **T1** und **T9** kann man feststellen, daß zum Zeitpunkt T1 das Angehörigenalter mit einer der Episodenvariablen in hohem direkten Zusammenhang steht. Während jedoch zu T1 die PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung und somatisierte Angst einen hohen Einfluß auf Episodenvariablen zu haben scheinen, gibt es zu T9 keine Prädiktorvariable mehr, die irgendeine Aussage über die Entwicklung weiterer Episoden machen könnte.

Im **Vergleich der Prädiktorvariablen** der Nicht-Rückfallpatienten aus **T1** und **T9**, d.h. derjenigen Variablen, welche mit den Variablen signifikant korrelieren, welche eine direkte

Aussage über den Krankheitszustand des (ehemaligen) Patienten machen, kann man feststellen, daß zu T1 keinerlei Subskalen oder Gesamtwerte aus dem PFB prädiktiv waren, dies jedoch in der Prädiktoranalyse zu T9 der Fall war. Dies könnte meines Erachtens bedeuten, daß für Vorhersagen über längere Zeiträume die Variablen bezüglich der Partnerbeziehung weniger bedeutsam sind, als dies bei kurzfristigeren Vorhersagen offensichtlich der Fall ist. Weiterhin kann man im Vergleich der prädiktiv bedeutsamen BDI- und HAMD-Items feststellen, daß zu T1 eher allgemeinere psychologische Konstrukte wie die Arbeitsfähigkeit der Angehörigen, Selbstwert und Selbstakzeptanz, allgemeines Erregungsniveau und Angst als Prädiktoren eine Rolle spielten, diese aber zu T9 durch eher spezifischere Faktoren, wie körperlichen und psychischen Faktoren abgelöst wurden, sowie durch einen allgemeinen Depressionswert bei den Angehörigen, welcher im weiteren Sinne auch als psychischer Faktor deklarierbar wäre.

Im Vergleich der Responsevariablen der Nicht-Rückfallpatienten aus **T1** und **T9** kann man weiterhin feststellen, daß von den bedeutsameren klinischen Variablen zum Zeitpunkt T9 das Keller-Rating, die CGI-Variablen und die Episodenvariablen, welche also Aussagen über die Länge der Episoden und intervallfreien Zeiten machen, vor allem bei eher kürzeren Zeiträumen, bzw. hier dem Katamnesezeitraum als sensitiv auf Veränderungen des depressiven Verlaufes anzusehen sind, während mit Variablenwerten zum Zeitpunkt T1 der HAMD-Gesamtwert als einzigste klinische Variable sensitiv erscheint, jedoch nur als Veränderungsvariable bezüglich des Katamnese- und gesamten 10-Jahreszeitraum. D.h., daß zum Zeitpunkt T1 aufgrund vorliegender Daten lediglich eine Prognose über die Art und eventuell auch Stärke der Veränderung im HAMD-Summenwert gewagt werden kann, während zum Zeitpunkt T9 eine Vielzahl an Vorhersagen bezüglich der o.g. Variablen, wie z. B. die Anzahl der weiteren Episoden, Eintreten einer Chronifizierung angestellt werden können.

Im Vergleich der Responsevariablen der Rückfallpatienten aus **T1** und **T9** kann man erkennen, daß von den bedeutsamen klinischen Variablen zum Zeitpunkt T1 bei den Rückfallpatienten lediglich Aussagen über die weiteren Episoden und der Gesamtrückfallzeit, zum Zeitpunkt T9 hingegen nur über hinsichtlich des BDI-Gesamtwertes möglich sind. D.h., daß bereits zum Zeitpunkt T1 festgelegt zu sein scheint, wieviele weitere Episoden ein

Rückfallpatient in Zukunft noch erleiden wird, während zum Zeitpunkt T9 dies nicht mehr möglich erscheint, hingegen nur noch hinsichtlich seines eher allgemeinen Depressionsgrades.

Im **Vergleich der Strukturmodelle** aus den Prädiktoranalysen der Rückfallpatienten und Nicht-Rückfallpatienten zu den jeweiligen Zeitpunkten T1 und T9 kann man entnehmen, daß zu T1 in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten eine große Menge an Variablen vermutlich multikollinear zusammenhängen. Dies könnte bedeuten, daß es viele Interventionsmöglichkeiten zu T1 gibt, was zu T9 etwas weniger häufig der Fall zu sein scheint. Bei den Rückfallpatienten zeigt sich ein deutlich anderes Bild. Hier erkennt man sofort, daß es deutlich weniger Interventionsmöglichkeiten sowohl zum Zeitpunkt T1 als auch T9 gibt.

Im weiteren werden hier als zentrale Faktoren Items, Subskalen oder Gesamtwerte definiert, die mit mindestens 3 anderen Items, Subskalen oder Gesamtwerte in einem signifikanten korrelativen Zusammenhang stehen. Diese zentralen Faktoren dürften meines Erachtens hinsichtlich einer Intervention am bedeutendsten und vermutlich am einflußreichsten sein. Zu den zentralen Faktoren wurden jedoch nicht nur Variablen aus T1 oder T9 gezählt, sondern auch solche aus T10, da bei einigen davon ausgegangen werden kann, daß der Patient auch zu T1 oder T9 eine ähnliche Ausprägung auf dieser Variablen gehabt hätte, hätte man sie zu diesen Zeitpunkten auch erhoben, wie z. B. bei den MPT-Variablen.

Im **Strukturmodell 1 der Remissionsentstehung** fällt auf, daß als die zentralen 4 Faktoren die BDI-Items 17 „Ermüdung“ und 15 „Arbeitsfähigkeit“ aus der Angehörigenbefragung, das HAMD-Item 10 „Psychische Angst“ und die MMPI-Variable „Psychopathie“ identifiziert werden konnten. D.h., daß dies die relevanten Faktoren sein dürften, welche bei den zur Remission prädisponierten Patienten dieser Stichprobe eine Intervention wahrscheinlich erfolgreich werden läßt.

Im **Strukturmodell 2 zur Remissionsentstehung** konnten 3 zentrale Faktoren gefunden werden, wie das HAMD-Item 4 „Einschlafstörung“, das BDI-Item 2 „mutlos“, die PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation jeweils aus der Patientenbefragung.

Variablen aus T10 lassen sich nur dann als bedeutsame Faktoren interpretieren, wenn davon ausgegangen werden kann, daß deren Ausprägung auch schon zu T1 oder T9 bestanden haben, wie z. B. im Strukturmodell 1 die PFB-Subskalen Zärtlichkeit und Streitverhalten

sowie der PFB-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung und beim Strukturmodell 2 die MPT-Variable „Esoterische Neigung“.

Auffällig ist, daß zum Zeitpunkt T1 die zentralen Faktoren sich sowohl aus Variablen der Patienten als auch Angehörigenbefragung konstituieren, zum Zeitpunkt T9 jedoch ausschließlich aus Variablen der Patientenbefragung.

Im **Strukturmodell 1 der Rezidiventstehung** fand sich kein solch zentraler Faktor. Im Strukturmodell 2 der Rezidiventstehung hingegen als einziger zentraler Faktor das HAMD-Item 18a „Tagesschwankungen morgens vs. abends“.

Als **Ausblick** für die Gruppe der Rückfallpatienten bliebe nun, die wenigen Interventionsmöglichkeiten möglichst genau für gezieltere und intensivere Interventionen zu nutzen, bzw. sich gegebenenfalls versuchsweise an den zentralen Faktoren der Strukturmodelle der Rückfallpatienten zu orientieren, um daraus eine spezifischere Interventionstherapie zu entwickeln, welche eben diese zentralen Interventionsfaktoren besser nutzen kann, worin offensichtlich bislang in der Gruppe der Rückfallpatienten noch Entwicklungsbedarf besteht.

Eventuell aber können in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten unspezifischere und breitere Interventionen in der Therapie zum Erfolg führen, da mehr Einwirkmöglichkeiten vorhanden sind, wie an der höheren Faktorenanzahl erkennbar. Das heißt, daß es für zum Rückfall prädisponierte Patienten umso wichtiger ist, gezielt zu intervenieren.

Anzumerken hierbei bleibt, daß zu den Zeitpunkten T1 und T9 logischerweise noch nicht entschieden ist, ob ein Patient ein Rückfall- oder Nicht-Rückfallpatient wird. Bezüglich einer möglichst frühzeitigen Unterscheidung zwischen beiden Patientengruppen sei auf die entsprechenden Auswertungen mit den T-Tests und der Panelanalyse, bzw. der nachfolgenden Diskussion verwiesen.

6.4 Mittelwertsvergleiche

6.4.1 Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten zu T10

Betrachtet und vergleicht man die Mittelwerte von Rückfallpatienten im T-Test, d.h. solche, die im Katamnesezeitraum unter dem engen Rückfallkriterium mindestens 1 Episode hatten,

jeweils mit den Nicht-Rückfallpatienten, d.h., den Patienten, die im Keller-Rating nur Werte kleiner als 5 hatten, ausgenommen die Patienten, die mit dem Keller-Rating nicht befragt wurden (Verweigerer und Drop-Outs), kann man hinsichtlich signifikanter Mittelwertsunterschiede die folgenden Variablen identifizieren:

Hoch signifikant ist der F-Wert der Variablen „Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium bei signifikanten T-Wert sowie die T-Werte der Variablen „mehr als keine weitere Episode“ bzw. „mehr als 1 Episode“ im Katamnesezeitraum.

Es zeigen sich **signifikante** Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten hinsichtlich

Der Episodenvariablen sowie mehr als 1 Episode in der gesamten bisherigen Lebensspanne (jeweils weites Rückfallkriterium), so daß hier bei ersterer Variable der Mittelwert für die Rückfallpatienten bei genau 1 lag, da ein weites Rückfallkriterium immer auch das Enge mit einschließt. Weiterhin fanden sich signifikante Mittelwertsunterschiede in den MPT-Subskalen **Schizoidie** und **Isolationstendenz**, sowie das HAMD-Item 18a, welches nach dem Vorhandensein von Tagesschwankungen (morgens vs. abends) fragt und das BDI-Item 5, welches danach fragt, ob der Angehörige des Patienten Schuldgefühle hat. Weiterhin kam die Variable Saisonalität zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten signifikant hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz bei den Rückfallpatienten um das 4-fache häufiger vor. Weiterhin fanden sich eine Vielzahl **schwach signifikanter** Mittelwertsunterschiede. Dies ist der Fall bei den MEL-Variablen Gesamtbelastung durch Life Events und Belastung durch das Life Event Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, der MPT-Subskala Neurotizismus sowie dem BDI-Item 10, welches danach fragt, ob der Angehörige des Patienten nun häufiger als früher weint. Ebenfalls schwach signifikant waren die Variablen Patientenalter und Entlassungsdatum aus der Indexepisode, sowie die Geschlechtszugehörigkeit, Partnerschaftsstatus und die Variable „Gesamtepisodendauer des Katamnesezeitraumes“ bei weitem Rückfallkriterium, d.h., die Zeit in Monaten, die sich der Patient während des Katamnesezeitraumes im teil- bis gar nicht remittierten depressivem Zustand befand. Schwach signifikant unterschieden sich weiterhin die Rückfallpatienten von den Nicht-Rückfallpatienten in der MPT-Subskala Schizoidie durch einen deutlich höheren Wert. Hierbei könnte der Grund dafür, daß die Nichtrückfallpatienten bei fast doppelt so hohem Schizoidie-Wert keinen Rückfall im Katamnesezeitraum haben, der sein, daß sie zum einen sehr viel mehr Zeiten in minor depressiven oder dysthymen Zuständen verbringen oder

aber, daß ihre Zurückgezogenheit (die Subskala Schizoidie setzt sich additiv aus den Subskalen Esoterische Neigung und Isolationstendenz zusammen und kann daher maximal 24 Punkte umfassen) sie davor schützt, in eine erneute depressive Episode zu geraten, obgleich die Werte für beide Gruppen eher sehr niedrig bei 3, bzw. 5 liegen.

Die signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten hinsichtlich der MPT-Subskalen **Neurotizismus, Schizoidie und Isolationstendenz** deuten darauf hin, daß Rückfallpatienten in diesen Variablen niedrigere Mittelwerte haben, d.h. psychisch weniger auffällig sind. Diese Ergebnisse bestätigen eigentlich nicht die Resultate anderer Studien, nach denen bei depressiven Patienten bzw. bei Depressiven allgemein höhere Werte in Persönlichkeitsfaktoren bzw. Neurotizismus-Scores [56, 77, 71] bzw. soziale Isolation [77] festzustellen waren, bzw. bestätigt eher, daß Patienten mit Dysthymie, d.h. subsyndromale Depression höhere Werte auf Persönlichkeitsfaktoren aufweisen [71], geht man davon aus, daß Nicht-Rückfallpatienten häufiger auf subsyndromalen Niveau depressiv sind als Rückfallpatienten, was auch durch die Ergebnisse zu den Keller-Rating-Scores aus dieser Studie gestützt wird.

Bei der MEL-Variablen **Gesamtanzahl an Life Events und Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist**, fanden sich bei den Nicht-Rückfallpatienten eine etwas höhere Gesamtanzahl als bei den Rückfallpatienten. Dies könnte meines Erachtens daraufhin deuten, daß Life Events in dieser Stichprobe eher positiven Einfluß haben und eher protektiv als belastend wirken.

Im **HAMD-Item 18a**, welches nach dem Vorhandensein von **Tagesschwankungen** (morgens vs. abends) fragt, unterscheiden sich die Patientengruppe ebenfalls insofern signifikant voneinander, als Rückfallpatienten hierbei einen deutlich niedrigeren Wert als Nicht-Rückfallpatienten haben. Dies könnte darauf hindeuten, daß Patienten, die einen Rückfall in eine tiefe depressive Episode erleben mußten, Einbußen in ihrer emotionalen Variabilität und Flexibilität aufweisen, was zum einen Folge des depressiven Zustandes sein kann, denn wenn jemand sehr depressiv ist, dann hat er auch keine großen emotionalen Schwankungen mehr, als auch Ursache, denn wenn eine Person nur noch geringen emotionalen Schwankungen ausgeliefert ist, d.h., es ihm fast den ganzen Tag lang schlecht geht, er leichter in eine depressive Episode geraten kann.

Das **BDI-Item 5**, welches danach fragt, wie häufig der Angehörige des Patienten **Schuldgefühle** hat, weist signifikant niedrigere Werte bei Rückfallpatienten auf, als bei Nicht-Rückfallpatienten. Dies könnte bedeuten, daß Angehörige, welche sich selber Vorwürfe machen, vielleicht in Bezug auf den Zustand des Patienten, sich vielleicht positiver um den Patienten kümmern und ihn so vor einem weiteren Rückfall bewahren oder auch, daß Angehörige, die in Bezug auf den emotionalen Zustand des Patienten überhaupt keine Schuldgefühle haben, dem Patienten implizit für seinen depressiven Zustand selbst die Schuld geben, was diesen dann noch mehr bedrückt.

Dies bestätigt implizit, wenn auch nicht ausdrücklich und direkt den EE-Ansatz, wonach die Kritikfähigkeit des Partners als Rückfallprädiktor gilt [78]. Bei Partnern, die sich selbst die Schuld am Zustand des Patienten geben, dürfte deren geäußerte Kritik geringer sein, als bei Angehörigen, die keinerlei Schuldgefühle angeben, sich selber somit positiver darstellen und ihrem Partner gegenüber kritischer eingestellt sind [41] und auch, daß die Anzahl der kritischen Kommentare während einer Remission der depressiven Symptomatik im Mittel geringer ist und sich sehr viele der Angehörigen überhaupt nicht mehr kritisch äußern [58]. Auch geht dieses Ergebnis konform mit denen von Richter et al.(1995), nach denen bei Depressiven Schuldgefühle in stärkerem Maße als bei einer Kontrollgruppe vorhanden sind [78], geht man davon aus, daß sich die Stärke der Schuldgefühle bei Patient und Angehörigen reziprok zueinander verhalten.

Beim **BDI-Item 10** wird danach gefragt, ob der Angehörige des Patienten nun häufiger als früher **weint**. Hierbei wird von den Angehörigen der Rückfallpatienten niemals angegeben, daß sie weinen, jedoch von einigen Nicht-Rückfallpatienten. Eventuell, so könnte man meines Erachtens vermuten, sind die Nicht-Rückfallpatienten durch eine normale und ausgewogene Emotionalität der Angehörigen vor weiteren Rückfällen geschützt, was vermutlich impliziert, daß Angehörigen ab und zu des Weinens fähig sind, während nie zu weinen auf einen psychopathologischen Defekt bei den Angehörigen schließen lassen könnte, was implizieren würde, daß dieser vermutete psychopathologische Defekt mit high-EE als Ausdrucksweise einhergeht, so daß hieraus wiederum der EE-Ansatz indirekt bestätigt wird, nachdem eine erhöhte Rückfallgefährdung bei high-EE besteht [70].

In der Variable **Patientenalter** unterscheiden sich die Rückfallpatienten von den Nicht-Rückfallpatienten ebenfalls schwach signifikant, wobei die Mittelwerte bei den Rückfallpatienten um ca. knapp 7 Jahre niedriger lagen, als bei den Nicht-Rückfallpatienten. Dies widerspricht nicht unbedingt älteren Befunden, nach denen es einen positiven Zusammenhang zwischen höherer Rezidivwahrscheinlichkeit bzw. kürzeren Episodenabständen mit einem späteren Erkrankungsalter gibt [10].

Schwach signifikant unterscheiden sich die Rückfallpatienten von den Nicht-Rückfallpatienten im **Partnerschaftsstatus**. Hierbei haben Rückfallpatienten im Partnerschaftsstatus niedrigere Werte, d.h., daß Nicht-Rückfallpatienten sich etwas häufiger von ihrem ehemaligen Partner, mit dem sie bei Studienbeginn zusammenlebten, getrennt haben und zum Teil eine neue Partnerschaft eingegangen sind.

Dies bestätigt eventuell die Double Bind - Theorie, nach der Partner und Patient in einem Interaktionsprozeß die depressive Störung gegenseitig aufrecht erhalten [101, 45] und daß es Zusammenhänge gibt zwischen selbsteingeschätzter Depressionstiefe und ehelicher Anpassung gibt [78].

Ebenfalls schwach signifikant unterscheiden sich im **Geschlecht** die Patientengruppen voneinander, insofern, als daß sich unter den Rückfallpatienten häufiger Frauen als Männer fanden, was wiederum eine Bestätigung von Ergebnissen anderer Studien darstellt, nach denen Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer erkranken [78, 77]. In vorliegender Studie waren von den genau 38% der 13 Nicht-Rückfallpatienten Frauen, jedoch 76% der 25 Rückfallpatienten. Das Risiko dafür, als Frau einen Rückfall zu bekommen, ist hier somit 1.74-fach so hoch, als für Männer und entspricht in etwa dem Ergebnis anderer Studien, bei denen ein solcher Faktor bei 2.5 lag [59].

Ein Faktor für einen **saisonalen Effekt** kam bei den Rückfallpatienten 4-mal so häufig vor wie bei den Nicht-Rückfallpatienten. Dies könnte meines Erachtens Implikationen für die Therapie insofern bedeuten, als Lichttherapie auf diese saisonale Form der Depression einen positiven Einfluß hat, als auch auf die Diagnosestellung, welche dahingehend überdacht werden sollte, als bei diesen Patienten eine mögliche Abänderung hin zur sogenannten „saisonale affective disorder“ in Frage kommt.

Da der saisonale Effekt nur aus dem Keller-Rating entdeckt werden kann, würde ich hiermit vorschlagen, dieses bereits bei der Aufnahmeuntersuchung und nicht wie in dieser Studie zum Studienabschluß anzuwenden, um eben Patienten mit einer solchen „saisonale affective disorder“ bereits möglichst im Frühstadium zu erkennen und dann eventuell anders zu therapieren, da angenommen werden kann, daß diese erhöhte Vulnerabilität in Wintermonaten auch schon bei Erkrankungsbeginn vorgelegen hat.

Hinsichtlich der **Gesamtdauer der Episoden** bei weitem Rückfallkriterium wurden bei den Rückfallpatienten weniger als die Hälfte der Episodendauer bei Nicht-Rückfallpatienten nachgewiesen, so daß man hier davon ausgehen kann, daß bei Rückfallpatienten die Gesamterkrankungsdauer, subsyndromale depressive Zustände eingeschlossen, zwar kürzer ist, die Erkrankung jedoch schwerer ist.

Rückfallpatienten haben signifikant weniger **Episoden im Katamnesezeitraum** (bei weitem Rückfallkriterium) als Nicht-Rückfallpatienten, sowie signifikant häufiger mindestens eine Episode im Katamnesezeitraum, bzw. signifikant häufiger mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum, sowie signifikant häufiger mehr als 1 Episode in der gesamten bisherigen Lebensspanne (nur letzteres unter engem Rückfallkriterium). D.h., daß Nichtrückfall-Patienten nur das halbe Risiko wie Rückfallpatienten auf eine 1. Episode bei weitem Rückfallkriterium haben, aber das, wenn sie eine subsyndromale Episode aufweisen, das Risiko auf eine 2. Episode auf das 4-fache ansteigt. Das Risiko in der Variablen, ob in der gesamten Lebensspanne mehr als 1 Episode vorkam, bei den Rückfallpatienten ca. 3-mal so hoch ist, ist insofern logisch, als das Risiko bei Nicht-Rückfallpatienten nur in der Zeit vor dem Katamnesezeitraum ansteigen konnte.

6.4.2 Vergleich Kontrollgruppe – Patientenstichprobe/Angehörigenstichprobe

Mittelwertsvergleich zwischen der Kontrollgruppe und der Patientengruppe:

Hoch signifikant unterschiedlich waren die Mittelwertsvergleiche hinsichtlich der CGI-Variablen „**Schweregrad der Krankheit**“, da in der Kontrollgruppe alle Personen den geringsten Wert in dieser Variablen aufweisen.

Hoch signifikante F-Werte und signifikante T-Werte fanden sich bei den **BDI- und HAMD-Summenwerten**, so daß, methodologisch gesehen, diese beiden Gruppen verschiedenen Populationen zuzuordnen wären. Hierbei hat die Patientenstichprobe einen 2.35-fach so hohen BDI-Gesamtwert und einen 4.42-fach so hohen HAMD-Wert als die Kontrollgruppe. Ebenfalls signifikant bis hoch signifikant unterscheiden sich die Mittelwerte in vielen HAMD- und BDI-Items, so daß man diese **zusammengefaßt** feststellen kann, daß die Personen aus der Kontrollgruppe schwach sehr deutlich weniger durch **psychische Symptome**, wie depressive Stimmung, Schuldgefühle, Ängste, Tagesschwankungen morgens / abends, Stärke der Tagesschwankung, Erregung, Zwangssymptome, geringeres Interesse an anderen Menschen, das Leben weniger genießen können, schnellere Ermüdbarkeit, Mut- und Hoffnungslosigkeit, enttäuscht sein, als auch **körperliche Symptome** wie Appetit, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, allgemeine körperliche Symptome, oder **im sozialen Funktionsniveau**, wie Beeinträchtigung bei der Arbeit und sonstiger Tätigkeit belastet sind, als Personen aus der Patientengruppe.

Dies bestätigt in etwa die Ergebnisse von Richter et al. (1995), wonach sich bei Depressiven u.a. **Schuld-** und Minderwertigkeitsgefühle, Neurotizismus, Erregung und Zwangssymptome sowie Ermüdbarkeit, Mut- und Hoffnungslosigkeit, Mangel an Initiative und gestörtes Erfolgsbewußtsein, sowie erhöhte Werte für Psychasthenie festgestellt wurden [78].

Vergleich zwischen der Kontrollgruppe und der Angehörigengruppe:

Hoch signifikant fanden sich Mittelwertsunterschiede zwischen der Kontroll- und Angehörigengruppe im BDI-Summenwert, welcher bei den Angehörigen um ca. das 3-fache höher lag als in der Kontrollgruppe. Dies bestätigt prinzipiell Ergebnisse aus anderen Studien, wonach Ehen von späteren Psychotherapiepatienten als tendenziell unglücklicher eingeschätzt wurden [33], bzw. auf die vorliegende Studie übertragen, daß Angehörige sich selber als unglücklicher einschätzen, als Kontrollpersonen, was z. B. auch durch eheliche Anpassung an den psychischen Zustand des Patienten erklärt werden kann [78].

Die signifikanten Ergebnisse auf Itemebene kann man so zusammenfassen, daß Angehörige schwach bis hoch signifikant belasteter waren, als Kontrollpersonen, sowohl hinsichtlich **psychischer Symptome** wie depressiver Stimmung, sich bestraft fühlen, Mut- und Hoffnungslosigkeit, Genießen können, enttäuscht sein, verärgert sein oder **körperlicher Symptome** wie Appetitverlust und schnelles Ermüden oder Gewichtsabnahme. Dieses Ergebnis stützt die Annahme von Gerlmsa et al. (1997), welcher meint, daß die Partner von

depressiven Patienten einen größeren Mangel an Unterstützung durch die Patienten hinsichtlich ihrer eigenen Belange wahrnehmen, als Kontrollpaare [36], sowie ein höheres Maß an Irritierbarkeit.

6.4.3 Vergleiche Patientenstichprobe - Angehörigenstichprobe

Betrachtet und vergleicht man die Mittelwerte von allen Patienten und ihren Angehörigen, so kann man an signifikanten Mittelwertsunterschieden die folgenden Variablen identifizieren:

Dabei zeigte sich nur ein einziger **schwach signifikanter** Unterschied zwischen den beiden Stichproben, nämlich hinsichtlich des **BDI-Items 2**, welches danach fragt, ob jemand **mut- und hoffnungslos** in die Zukunft schaut, wobei der Mittelwert für die Angehörigenstichprobe höher lag als für die Patientengruppe.

Das bestätigt die allgemeine Ansicht, daß Depressive sich typischerweise hilf- und hoffnungslos fühlen und unter Angstzuständen leiden.

Dies könnte meines Erachtens auch so interpretiert werden, daß die Angehörigen, welche keine therapeutische Betreuung erfahren, vielleicht auch weniger Unterstützung als die Patienten durch ihr Umfeld erleben und sich selber belasteter vorkommen, als die Patienten selber, vielleicht, weil sie mehr Rücksicht auf den Patienten nehmen, als ihr Umfeld oder der Patient Rücksicht auf sie nimmt. Ebenfalls könnte man vermuten, daß depressive Menschen emotionale Unterstützung bei ihren Angehörigen suchen. Die depressiven Äußerungen sind für den Interaktionspartner aversiv, lösen gleichzeitig aber auch Schuldgefühle aus, so daß Ärger und Feindseligkeitsreaktionen auf Seiten des Partners unterdrückt werden. Stattdessen versucht der Partner, den Depressiven zu trösten und zu unterstützen und wird damit meines Erachtens aber gleichzeitig selbst belastet [41] und auf lange Sicht hoffnungslos, aus diesem *circulus vitiosus* nicht mehr heraus zu kommen.

Auch paßt dies zu dem Ergebnis einer anderen Studie, nachdem Ehen von späteren Psychotherapiepatienten als tendenziell unglücklicher eingeschätzt wurden als die von Nicht-Psychotherapiepatienten [33].

In allen anderen Items oder Gesamtwerten der auch von den Angehörigen ausgefüllten Fragebögen, wie dem BDI und dem PFB wurden keine signifikanten Mittelwertsunterschiede festgestellt, ebenso nicht im Alter. Weitere soziodemographische Variablen lagen nicht vor.

Dies könnte meiner Auffassung nach darauf hinweisen, daß depressive Patienten sich Partner suchen oder bekommen, die ihnen ähnlich sind und ähnliche Probleme haben oder das ein Prozeß im Sinne der ehelichen Anpassung stattfand [78].

6.4.4 Mittelwertsunterschiede zwischen T9 und T10 bei Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten

Es zeigt sich bei den **Rückfallpatienten**, daß zwischen der Abschlußuntersuchung und der Untersuchung zum Ende des 2-Jahres –Untersuchungszeitraumes kein signifikanter Unterschied im T-Test bezüglich der klinischen Variablen, wie dem **BDI-Summenwertes** aus der Patientenbefragung und dem HAMD-Wert festzustellen war. Somit hat keine weitere signifikante Verbesserung im statistischen, wenn auch in Einzelfällen bei den Patienten im Katamnesezeitraum stattgefunden.

Die Mittelwerte des BDI-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung der **Nicht-Rückfallpatienten** waren gegen Ende des Katamnesezeitraumes wieder angestiegen, wobei jedoch auf die klinische Relevanz nur ein schwach signifikanter F-Wert hinweist. Die entsprechenden Mittelwerte geben zu erkennen, daß die Angehörigen während des Katamnesezeitraumes depressiver wurden, als dies nach dem 1. 2-Jahreszeitraumes der Fall war.

Bei allen Gruppen waren die Mittelwerte der PFB-Subskalen im T-Test signifikant zwischen den beiden Zeitpunkten unterschiedlich und zwar im Sinne einer Verringerung der PFB-Werte.

Dies weist darauf hin, daß die positive Paardynamik sich eher verringert hat, d.h., die Paare weniger Gemeinsamkeiten, Kommunikationen, aber auch ein geringeres Streitverhalten am Ende des Katamnesezeitraumes aufweisen.

Dies gilt sowohl für die gesamte Patientengruppe, als auch für die Subgruppen der Rückfallpatienten, Nicht-Rückfallpatienten sowie der Verweigerer und Drop-Outs.

6.4.5 Unterschiede zwischen T1 und T10 zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten

Wie auch schon im Vergleich zwischen T9 und T10 waren bei allen Gruppen die Mittelwerte der PFB-Subskalen im T-Test signifikant zwischen den beiden Zeitpunkten unterschiedlich und zwar im Sinne einer Verringerung der PFB-Werte.

Dies weist auch hier darauf hin, daß in der gesamten Patientengruppe, als auch der Subgruppe der Rückfallpatienten sich die positive Paardynamik im Laufe der 10 Jahre verschlechtert hat, d.h., die Paare weniger Gemeinsamkeiten, Kommunikationen, aber auch Streitverhalten am Ende des 10-Jahres-Zeitraumes aufweisen.

Betrachtet man nur die Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten, so kann man feststellen, daß hier das Streitverhalten stärker zurückgegangen ist, als die Gemeinsamkeiten/Kommunikationen, bei gleichgebliebenem Zärtlichkeitsverhalten, so daß zusammengefaßt, die Paardynamik sich eher verbessert hat.

6.5 Prävalenzen

Vergleicht man die Punktprävalenzen, d.h., die Anzahl der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Störung leidet, der Patientenstichprobe aus dem heidelberger Depressionsprojekt mit denen anderer Studien, so kann man feststellen, daß diese bezüglich der Kontrollgruppe mit 0-2.7% deutlich im unteren Bereich im Vergleich mit anderen ähnlichen Studien liegt, in denen von Prävalenzen zwischen 1.7%-17% berichtet wurde [85, 16, 60].

Ähnlich wie in anderen Studien [90, 59], sind bei den Patienten des heidelberger Depressionsprojektes die Frauen ein 2-3 mal so häufig betroffen, was jedoch noch andere Gründe haben kann, da hier bei der Zusammenstellung der Patientengruppe verschiedene Selektionsmechanismen mit eingeflossen sind.

6.6 Zeitreihenanalysen

6.6.1 Panelanalysen:

Das es bei den Panelanalysen der **gesamten Patientenstichprobe** keinen einzigen signifikanten Zusammenhang in den zeitabhängigen Regressionsanalysen in irgendeiner

Kombination aus den MEL-Subskalen mit den BDI- HAMD und PFB-Gesamtwerten gab, läßt vermuten, daß Life Events in keinem ursächlichen Zusammenhang mit den Ausprägungen dieser Gesamtwerten, d.h. der Entwicklung des depressiven Zustandsbildes und der Entwicklung des Partnerschaftsverhaltens steht. Ebenfalls gilt der Umkehrschluß, daß das Ausmaß an Depressivität und partnerschaftlichem Verhalten, bzw. der Entwicklungsaspekt in diesen Komponenten keine Auswirkungen auf das Empfinden einer Belastung durch Live Events hat.

Der höchste Determinationskoeffizient liegt bei $r^2=0.55$ zwischen den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation bei Angehörigen. Hieraus könnte man vermuten, daß ein Zusammenhang im Benennen von kommunikativen und zärtlichkeitsbezogenen Verhaltensweisen von Angehörigen besteht.

Der nächsthöchste Determinationskoeffizient mit $r^2=0.54$ weist auf eine Kongruenz im Angeben von streitbezogenen Verhaltensweisen zwischen Patienten und ihren Angehörigen hin. Der dritthöchste Determinationskoeffizient $r^2=0.53$ läßt vermuten, daß ein Zusammenhang über das Benennen der kommunikativen Verhaltensweisen der Patienten durch den Angehörigen mit dem Angeben von zärtlichkeitsbezogenen Verhaltensweisen von den Angehörigen durch den Patienten besteht. Das hieße hier eventuell, daß wenn Angehörige angeben, daß ihre Partner, hier die Patienten, mit ihnen viel gemeinsam unternehmen und viel kommunizieren, dies von den Patienten als Zärtlichkeit dargestellt wird, die sie von ihren Angehörigen erhalten. Der vierthöchste Determinationskoeffizient $r^2=0.52$ weist daraufhin, daß allgemein die Ehequalität von den Patienten und deren Angehörige als ähnlich empfunden wird.

Der höchste Determinationskoeffizient klinischer Variablen $r^2=0.35$ deutet auf einen leichten Zusammenhang diesbezüglich hin, daß die Schwere der Depression, einmal gemessen mit dem BDI und HAMD, bei den Patienten ähnlich ist, bzw. gibt das Ausmaß an, wie sehr diese Fremd- und Selbstratinginstrumente dasselbe messen. Der niedrige Determinationskoeffizient $r^2=0.27$ läßt vermuten, daß ein Zusammenhang darin besteht, wenn Patienten im PFB-Summenwert eine gute Ehequalität angeben, die Angehörigen nach dem BDI-Gesamtwert weniger depressiv sind.

Der höchste Zeiteffekt kommt im Zusammenhang zwischen dem HAMD und dem BDI-Summenwert vor, was darauf hinweist, daß die Veränderung der Ausprägung auf diesen Summenwerten über die Zeit in gewissen Ausmaß auch ohne den Einfluß anderer Variablen

aufgrund vorhandener Eigendynamik zustande kommt. Dies scheint bei den anderen Variablenkombinationen nicht zuzutreffen.

Betrachtet man die **Unterschiede** zwischen den Subgruppen der Rückfallpatienten bzw. Nicht-Rückfallpatienten der Patienten mit den Ergebnissen der Panelanalyse der gesamten Patientenstichprobe, so kann man folgendes festhalten:

Zusätzlich zu einem ähnlichen Zusammenhang zwischen dem HAMD- und BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung wie bei der Panelanalyse der gesamten Stichprobe finden sich in der Subgruppe der Rückfallpatienten noch Zusammenhänge zwischen den BDI-Gesamtwerten aus der Angehörigenbefragung und dem PFB-Gesamtwert, sowie den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation, jeweils aus der Patientenbefragung. Dies könnte meines Erachtens plausiblerweise bedeuten, worauf auch der negative T-Wert hinweist, daß ein negativer Zusammenhang besteht zwischen dem Ausmaß der Depressivität bei den Angehörigen und der Qualität der Partnerbeziehung. Weiterhin finden sich bei den Rückfallpatienten positive Zusammenhänge zwischen den Belastungen durch die Life Events Ausbildung und soziale Kontakte. Dies läßt vermuten, daß Ausbildung und soziale Kontakte in einem hohen Zusammenhang stehen, so daß die Belastung durch Life Events der einen Kategorie auch Auswirkungen auf die andere hat und umgekehrt. Weiterhin findet sich ein positiver schwacher Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl an Life Events und der Belastung durch die Life Event-Kategorie Liebesleben und Sexualität, was darauf hindeuten könnte, daß viele Life Events in allen Kategorien, ohne Berücksichtigung ihrer Belastung viele Interaktionsmöglichkeiten eröffnen, um in Live Events der Kategorie Liebesleben und Sexualität involviert zu werden.

Hinsichtlich der Unterschiede in den Ergebnissen aus der Panelanalyse der gesamten Stichprobe mit denen der Nicht-Rückfallpatienten ist festzustellen, daß hier vor allem die negativen Zusammenhänge zwischen dem HAMD-Summenwert mit dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung und der Life Event-Kategorie Schwangerschaft auffallen. Hieraus könnte man entnehmen, daß die Fremdeinschätzung bezüglich des psychischen Zustandes des Nicht-Rückfallpatienten in einem schwachen Zusammenhang mit seiner Einschätzung der Partnerbeziehung des Patienten steht und mit der Anzahl der Schwangerschaften oder deren Bewertung. Dies heißt hier meines Erachtens, daß bei guter Partnerschaft Life Events der Kategorie Schwangerschaft als weniger belastend empfunden werden oder seltener

vorkommen bzw. auch daß bei geringerer Belastung durch Schwangerschaften die Partnerschaft eine bessere Entwicklung nimmt.

Weiterhin fand sich ein eher schwacher Zusammenhang zwischen den Life Event-Kategorien Gesundheit und Berufliches, wenn der (Nicht-Rückfall-)Patient nicht der Hauptverdiener ist. Dies weist auf einen direkten Zusammenhang hin, daß das materielle Abhängigkeitsverhältnis des Nichtrückfallpatienten einen Einfluß auf das physische und psychische Wohlbefinden bzw. die allgemeine Gesundheit hat und auch umgekehrt die Gesundheit einen Einfluß auf das Empfinden von Belastung durch materielle Abhängigkeit bewirkt.

6.6.2 Survivalanalysen

In den Survivalanalysen mit der SAS-Prozedur Proc Lifetest wurde als einziges hoch signifikantes Ergebnis gefunden, daß der BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung durch die stratifizierende Variable Geschlecht bzw. ihrer durch die Ausprägungen gebildeten Survivalkurven unterschieden werden konnten. Dies deutet meines Erachtens darauf hin, daß die Entwicklung des depressiven Zustandsbildes bei den Angehörigen von Patienten unterschiedlichen Geschlechtes sich deutlichst unterscheiden, insofern, als männliche Patienten einen stärkeren Rückgang im Studienverlauf bezüglich des BDI-Gesamtwertes aufweisen als Frauen.

Dies bestätigt Ergebnisse anderer Studien, nach denen Frauen eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, bzw. eine 2-3x so hohe Lebenszeitprävalenz haben, eine Depression zu bekommen, als Männer [41, 90, 59]. Auch unterschied die stratifizierende Variable Geschlecht den BDI-Summenwert aus der Angehörigenbefragung. Dieses Ergebnis, zusammen mit dem zuvor genannten, spricht für einen Mechanismus der ehelichen Anpassung [70].

Die stratifizierende Variable Kritik stark (overt) differenziert den BDI-Summenwert aus der Patientenbefragung als auch die MEL-Kategorien Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, Eltern/Familie, sowie die Gesamtanzahl an Life Events. Hieraus kann man schlußfolgern, daß die 4 Ausprägungen dieser stratifizierenden Variable die Survivalkurven der abhängigen Variablen deshalb signifikant unterscheidet, da das Ausmaß der offen geäußerten Kritik gegenüber dem Patienten durchaus als ein Indikator für seine psychische Verfassung und somit sein Ausmaß der depressiven Verstimmung gelten kann. Dabei scheint es so zu sein, daß bei Patienten, deren Angehörige sich kritischer über den Patienten äußern,

der BDI-Gesamtwert etwas stärker abfällt, als bei den Patienten, deren Angehörige ihre Kritik nicht offen äußern. Dies würde der Auffassung widersprechen, nach der Patienten mit kritischeren Angehörigen einen höheren HAMD-Gesamtwert aufweisen [78]. Jedoch widerspricht dieses Ergebnis dem von Richter et al. (1995) nicht, nimmt man an, daß die nicht geäußerte Kritik auf eine harmonische Paarbeziehung zurückgeht.

Bezüglich der MEL-Kategorien Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, Eltern/Familie, sowie die Gesamtanzahl an Life Events kann man feststellen, daß sich die Survivalkurven entsprechend der 4 Ausprägungen in der Variable Kritik offen nur minimal und schwach signifikant voneinander unterscheiden und es in allen Strata zu einer ähnlichen Abnahme in der Häufigkeit und/oder Belastung durch Life Events der erwähnten Kategorien kam. Diese Abnahme deutet meines Erachtens auf eine leichte Stabilisierung der Lebensstile der Patienten im allgemeinen hin. Dies dürfte aber auch auf das fortgeschrittenere Alter der Patienten zurückzuführen sein, durch das sie weniger aktiv sind und weniger Bekannte haben dürften.

Die stratifizierende Variable „Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten“ differenziert mit ihren beiden Ausprägungen die entsprechenden Subgruppen in der Variablen des BDI-Summenwertes aus der Patientenbefragung derart, daß es bei Patienten mit Psychotherapie zu einem stärkeren Abfall in BDI-Gesamtwert kommt, woraus man vermuten kann, daß Psychotherapie einen offensichtlich positiven Effekt auf den weiteren Verlauf der Erkrankung zu haben scheint.

Die dichotomisierte stratifizierende Variable Perceived Criticism aus der Patientenbefragung unterteilt die entsprechenden Subgruppen in der Variablen des HAMD-Gesamtwertes und die Variable Perceived Criticism aus der Angehörigenbefragung aus der Variablen des BDI-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung. Hierbei kann man davon ausgehen, daß Patienten, mit stärker wahrgenommener „Perceived Criticism“ aus der Patientenbefragung einen stärkeren Abfall im HAMD-Gesamtwert aufweisen, als Patienten mit eher geringer oder keiner wahrgenommenen Kritik von Seiten ihres Partners. Das gleiche gilt in den Zusammenhang mit der Variablen Perceived Criticism aus der Angehörigenbefragung und dem BDI-Summenwert aus der Angehörigenbefragung. Zusammengefaßt heißt dies, daß Patienten und ihre Angehörigen einen umso stärkeren Abfall im HAMD-, bzw. BDI-Gesamtwert aufweisen, je stärker sie sich zum Zeitpunkt T10 kritisiert fühlten.

Dies bestätigt eigentlich nicht Ergebnisse aus anderen Studien, nach denen eine volle Remission durch anhaltende Kritik von Partner verhindert wird und auch, daß sich die Kritikfähigkeit des Partners als Rückfallprädiktor erwies [78].

Die Variable „Rückfall im Katamnesezeitraum unter engem Rückfallkriterium“ differenzierte die MEL-Subskala „Liebesleben/Sexualität“ nur schwach signifikant, so daß man hier feststellen kann, daß Rückfallpatienten einen etwas stärkeren Abfall in Häufigkeit und/oder Belastung durch Life Events dieser Kategorie erlebten, als Nicht-Rückfallpatienten. Hieraus kann man meines Erachtens eventuell mutmaßen, daß offensichtlich Liebesleben und Sexualität einen protektiveren Einfluß auf die psychische Konstitution von Nicht-Rückfallpatienten ausübten, als auf Rückfallpatienten und das Nicht-Rückfallpatienten diese eventuell weniger vermeiden.

Die Survivalanalysen mit der SAS-Prozedur Proc Phreg bestätigen die Ergebnisse bezüglich der Life Event-Kategorie Liebesleben/Sexualität und den BDI-Gesamtwerten hinsichtlich der stratifizierenden Variablen Psychotherapie im Katamnesezeitraum erhalten und Geschlecht.

6.7 Konfirmatorischer Teil

6.7.1 Hypothese 1:

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der Rückfallhäufigkeit.

Die Nullhypothese „es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rückfallhäufigkeit“ konnte durch die durchgeführten Analysen bestätigt, d.h., die oben formulierte Alternativhypothese muß aufgrund nicht signifikanter Korrelationen zwischen den entsprechenden Variablen abgelehnt werden.

Dies widerlegt Resultate einiger Analysen, in denen ein solcher Zusammenhang durchaus gefunden wurde, wie z. B. in der Studie von Murphy et al. (1983, 2000) [74, 75], welcher von einer höheren Prävalenz für das fortgeschrittene Lebensalter ausgeht, bzw. einer höheren Rezidivwahrscheinlichkeit bei höherem Erkrankungsalter [10]. Jedoch wurden auch Resultate gefunden, die ein ähnliches Ergebnis wie das dieser Hypothesentestung aufweisen, wie das von Wittchen et al. (1996), bei dem mit höherem Lebensalter kein Anstieg der Prävalenz

gefunden werden konnte [89], sowie das von Gallo et al. (1994), welcher für höhere Lebensalter weniger dysphorische Stimmungen nachwies [102].

Berücksichtigt sollte meines Erachtens hierbei die größere Wahrscheinlichkeit zur Chronifizierung im höheren Alter [53], welche sich auf die Rückfallhäufigkeit negativ auswirkt, da bei chronifizierten depressiven Zuständen in dieser Zeit kein weiterer Rückfall mehr eintreten kann. Da jedoch in vorliegender Stichprobe es bei nur 2 Patienten zur Chronifizierung kam, kann man davon ausgehen, daß dieser die Rückfallhäufigkeit reduzierende Effekt sich hierbei nicht nennenswert ausgewirkt hat. Ebenso sollte man bedenken, daß durchaus in ebenfalls geringem Maße auch in höherem Alter noch Spontanremissionen stattgefunden haben könnten [45], was diesen Zusammenhang wiederum schmälert

Für nachfolgende Auswertungen zu überlegen wäre zB, inwiefern dieses Ergebnis mit dem soziökonomischen Status konfundiert ist, da in einigen anderen Studien ein Zusammenhang gefunden wurde, der dies vermuten läßt, wie z. B. bei Hayhurst et al. (1999) der einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Rückfallhäufigkeit fand, da dieser bei älteren Menschen oftmals niedriger ist. Weiterhin könnte in nachfolgenden Analysen hierzu noch überprüft werden, inwieweit dieses Ergebnis mit streßbezogenen Life Events konfundiert ist, da Ergebnisse anderer Studien auf einen Zusammenhang zwischen solchen und dem verstärkten Auslösen von depressiven Zuständen bei älteren Patienten gefunden wurden, da die Vulnerabilität in höherem Alter für streßreiche Life Events erhöht erscheint [101].

6.7.2 Hypothese 2:

H1: es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der EE-Scores und der Häufigkeit bzw. der Dauer der Rückfälle.

Die als Hypothese 2 benannte Alternativhypothese konnte schwach signifikant lediglich hinsichtlich der EE-Variablen „Tonfall Kritik“ und der Gesamtrückfallzeit bei engem Rückfallkriterium mit einem Spearman-Korrelationskoeffizienten von $r_s=0.44$ ($p<0.05$) bestätigt werden.

Dieses Ergebnis bestätigt schwach das von Richter et al (1995), nachdem signifikante Zusammenhänge zwischen selbsteingeschätzter Depressionstiefe und wahrgenommener emotionaler Familienatmosphäre gefunden wurden [78], geht man davon aus, daß die Variable „Kritik Tonfall“ die emotionale Familienatmosphäre misst und diese vom Patienten ebenso wahrgenommen wird, sowie daß sich eine solche selbsteingeschätzte Depressionstiefe in der Gesamtrückfallzeit ausdrückt, welche aus den Keller-Rating-Werten errechnet wurde. Das hier gefundene Ergebnis wird gestützt, durch das anderer Studien, nach denen es zu einer erhöhten Rückfallgefährdung für vulnerable Patienten kommen kann, wenn Familienmitglieder zur intrafamiliären Konfliktlösung Strategien wie Kritik, Drohungen, Beschimpfungen o.ä. (aversiven Maßnahmen) einsetzen [41]. Weiterhin könnte hier davon ausgegangen werden, daß diese Strategien mit der Variablen „Tonfall Kritik“ erfaßt wurden und daß die Kritikfähigkeit des Partners als Prädiktor für eine Depression aufgefaßt werden kann [78], bzw., daß andauernde Kritik der Angehörigen zu einem Ausbleiben einer vollen Heilung in Beziehung steht [46, 70] und daß „Expressed Emotions“ bei affektiven Störungen einen Hinweis auf das Rückfallrisiko geben [45].

Die Ergebnisse zu den differenziellen Hypothesentestungen sind ebenfalls recht interessant. Der gefundene hoch signifikante Zusammenhang zwischen der EE-Variablen Kritik schwach und der Gesamtrückfalldauer im Katamnesezeitraum für die Subgruppe der Patienten mit Angehörigen, welche im Terman-Item angaben, daß sie eher glücklich bis sehr glücklich sind, wird ebenfalls durch das oben erwähnte Ergebnis bestätigt, nachdem es zu einer erhöhten Rückfallgefährdung für vulnerable Patienten kommen kann, wenn Familienmitglieder zur intrafamiliären Konfliktlösung Strategien wie Kritik, Drohungen, Beschimpfungen o.ä. (aversiven Maßnahmen) einsetzen [41], geht man hier unter Berücksichtigung der Subgruppe der Patienten, die sich als eher glücklich einstufen vom Umkehrschluß aus, daß diese eher wenig vulnerablen Patienten eine geringe Gesamtrückfalldauer im Zusammenhang mit nur geringen Werten auf der Variablen Kritik schwach aufweisen. Das heißt meines Erachtens konkret, daß Patienten, die zu T10 sich eher als glücklich einstufen und zu einem hohen Prozentsatz (70%) noch mit dem gleichen Partner wie zu T1 zusammenlebten (s.o.), eine geringere Gesamtrückfallzeit haben. Geht man hier davon aus, daß die Partnerschaft auch schon zu T1 ebenfalls eher glücklich bzw. gut war, könnte man hier vermuten, daß glückliche Partnerschaften durch geringe Kritik gekennzeichnet sind und weiterhin vor einer hohen Gesamtrückfalldauer schützen.

Diese Zusammenhänge werden durch die folgenden Ergebnissen bestätigt, in denen schwach signifikante Zusammenhänge gefunden wurden in der Subgruppe der Patienten, deren Angehörige eher hohe Werte im Item „Perceived Criticism“ angaben und bei denen Kritik (covert) mit der Gesamtrückfalldauer korrelierte, sowie der Subgruppe der Patienten, die das Item „Perceived Criticism“ in der unteren Hälfte der Werteskala angekreuzt hatten und bei denen die Variable „Expressed Emotions“ neuer Modus mit der Gesamtrückfalldauer korrelierte.

Dies gilt vor allem ebenso für die Subgruppen der Patienten, die als Familienstand verheiratet angegeben haben bzw. die angaben, noch mit dem gleichen Partner aus T1 weiterhin zusammenzuleben und bei denen die Variable „Kritik Tonfall“ mit der Gesamtrückfalldauer korrelierte.

Das diese oben genannten Zusammenhänge auch bei weiblichen Patienten und bezüglich der stratifizierenden Variablen „Expressed Emotions“ alter Modus und „Tonfall Kritik“ (ohne Berücksichtigung des Familienstandes) gelten, bestätigt die Annahme anderer Studien, nach denen weibliche Patienten für weitere Episoden vulnerabler sind, bzw. ein deutlich höheres Rückfallrisiko aufweisen [68, 83, 27, 59], sowohl bezüglich der Gesamtrückfallzeit als auch hinsichtlich der Gesamtanzahl an Episoden bei engem Rückfallkriterium.

Vor allem scheinen die Ergebnisse dieser Hypothesentestung tendenziell in die gleiche Richtung wie der von Kronmüller et al. (1999) dargelegten Auffassung zu gehen, nach der sich signifikante Rückfallhäufigkeiten entsprechend des EE-Status in ca. 50% aller Studien aufweisen lassen [58].

6.7.3 Hypothese 3:

H1: Es gibt einen nachweisbaren chronobiologischen Faktor in den Keller-Rating-Werten des Katamnesezeitraumes.

Hypothese (H1) 3 konnte signifikant bestätigt werden, d.h. es wurde ein chronobiologischer Faktor gefunden hinsichtlich der Mittelwerte der Keller-Rating-Scores und ihrer assoziierten Jahreszeit.

Dies Ergebnis stützt somit die Definition des DSM-IV [91], nach denen der Langzeitverlauf ein saisonales Muster aufweisen kann Annahmen von Huber (1999), nach denen ein Teil der

Depressionen eine saisonale Rhythmik aufweist und verstärkt im Frühjahr oder Herbst auftritt, bzw. in der Sonderform der sog. saisonale Depression nur im Herbst und Winter auftritt [49]. Das heißt, man hätte hier noch die Saisonalität bezüglich höherer Werte im Frühjahr oder Herbst errechnen können, worauf aber auf nachfolgende Analysen verwiesen wird. Stattdessen kann man meines Erachtens hiermit annehmen, daß die Sonderform der saisonalen Depression für die vorliegende Stichprobe als gesichert gelten kann.

6.7.4 Hypothese 4:

H1: Einfach- und Mehrfacherkrankte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Mittelwerte in den Expressed Emotions- und anderer klinischer sowie Persönlichkeitsvariablen.

Hypothese 4 (H1) muß sowohl für das enge, als auch das weite Rückfallkriterium aufgrund nicht signifikanter Mittelwertsunterschiede im T-Test abgelehnt werden, d.h., daß die assoziierte Nullhypothese, nach der es keinen Unterschied zwischen Erst- und Mehrfacherkrankten gibt, angenommen werden kann.

Das heißt, daß es keinen Unterschied im Mittelwert zwischen diesen beiden Subgruppen gibt in den soziodemographischen Variablen, den Episodenvariablen, den MPT-Subskalen, den CGI-Variablen, Gesamtwerte aus HAMD und BDI, den PFB-Subskalen und Gesamtwerte sowie den Terman-Items und Perceived Criticism-Variablen gibt. Dies gilt sowohl für das enge als auch für das weite Rückfallkriterium.

Betrachtet man hingegen Erst- und Mehrfacherkrankte hinsichtlich der weiteren Untergruppen Geschlecht und ob die Patienten noch mit dem Partner zu Studienbeginn zusammen sind oder nicht, so zeigt sich ein differenzielleres Ergebnisbild.

Betrachtet man die Ergebnisse zum **engen Rückfallkriterium**, so kann man feststellen, daß in der Subgruppe der männlichen Patienten Einmalerkrankte schwach signifikant im Durchschnitt ein höheres Patientenalter haben, als Mehrfacherkrankte. Dies widerspricht der Ansicht, wie sie zu anderen Studien geäußert wurde, daß mit zunehmendem Alter das Risiko für ein Rezidiv ansteigen kann [101, 10] und bestätigt somit gegenteilige Auffassungen [88, 24].

Die Subgruppe der Patientinnen weist einen schwach signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen einmal und mehrfach erkrankten Patientinnen in der soziodemographischen Variable Berufssituation auf, so daß man hier annehmen kann, daß nur einfach erkrankte Patientinnen öfters berufstätig oder Hausfrau waren, während hingegen mehrfach erkrankte Patientinnen häufiger entweder arbeitslos, in Rente oder anderweitig ohne berufliche Beschäftigung sind. Dies widerlegt dann das Ergebnis der Studie von Hayhurst (1999), der herausfand, daß psychosoziale Faktoren nur für weniger ernsthafte Krankheitsverläufe bestimmend sind [46], geht man davon aus, daß Mehrfacherkrankungen bei engem Rückfallkriterium als durchaus ernsthaft anzusehen ist und bestätigt die Ergebnisse von Laux (2000), der meinte, daß Armut ein wichtiger Risikofaktor in der Auslösung von Depression darstellt [60] und auch das von Risse et al. (2001), welche herausfanden, daß Patienten, die her unzufrieden mit der eigenen beruflichen Situation sind, eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit in der Folgezeit aufweisen [77]. Zu denken ist hierbei ebenfalls an eine psychoreaktive Auslösung der weiteren depressiven Episoden [12], bzw. das Konzept der unspezifischen Verursachung [60].

Dieses Ergebnis wurde ebenfalls in der Auswertung mit dem weiten Rückfallkriterium gefunden.

Betrachtet man die Subgruppe der Patienten, die noch mit dem gleichen Partner zusammen sind, mit dem sie zu Studienbeginn, bzw. Aufnahme zur stationären Therapie zusammen waren, so findet sich, daß solche mehrfach erkrankte Patienten schwach signifikant bis signifikant häufiger weiblichen Geschlechts sind, sowie einfach Erkrankte eine höhere Motivation und größere Isolationstendenz aufweisen. Meines Erachtens kann man hier vermuten, daß die etwas höhere Isolationstendenz bei den einfach Erkrankten noch in der alten Partnerschaft lebenden Patienten derart mit der etwas höheren Isolationstendenz in Beziehung steht, da bei Paaren oftmals eine Abgrenzung nach außen hin zu beobachten ist. Das die mehrfach Erkrankten den niedrigst möglichen Motivationswert aufweisen, läßt vermuten, daß Motivation für eine Vollremission bedeutsam ist. Vor allem scheint bestätigt, daß die Ehe für Männer ein stärkerer Schutzfaktor als für Frauen darstellt, welche die Ehe oftmals nur als Streß erleben [27], da hier verheiratete Frauen offensichtlich häufiger zu den Mehrfacherkrankten gehören. In der Auswertung bei weitem Rückfallkriterium fand sich in dieser Auswertung zu den Subgruppen „noch mit dem Partner von damals verheiratet“ schwach signifikant als einziger Mittelwertsunterschied, daß die Einfacherkrankten eine höhere Motivation aufweisen, als die Mehrfacherkrankten.

In der Betrachtung der Ergebnisse zum **weiten Rückfallkriterium** fällt auf, daß in der Subgruppe der männlichen Patienten Einmalerkrankte ausschließlich immer noch mit dem Partner von damals zusammen sind, während dies bei Mehrfacherkrankten nicht immer der Fall ist. Weiterhin waren Einmalerkrankte signifikant häufiger einem Familienklima stärkerer Kritik ausgesetzt. Diese Ergebnisse bestätigen zum einen wieder, daß die Ehe für Männer ein Schutzfaktor hinsichtlich der Ausbildung depressiver oder subsyndromal depressiver Episoden darstellt [27]. Jedoch scheint es die Auffassung zu widerlegen, nach denen Patienten in konstant kritischem Familienklima einen höheren Hamilton-Score aufweisen [78], bzw. hier eher zu den Mehrfacherkrankten zählen, was nicht der Fall ist.

6.8 Abschließende Betrachtung

6.8.1 Eine abschließende Betrachtung der verwendeten Variablen

In der folgenden Zusammenfassung werden nochmal diejenigen Variablen vorgestellt, für die in einer der Prädiktoranalysen bzw. der Mittelwertsvergleiche der klinischen Skalen zwischen T1 bzw. T9 und T10 und mehr als einem weiteren der im Rahmen dieser Diplomarbeit durchgeführten statistischen Tests ein signifikantes Ergebnis gefunden werden konnte und von denen man daher annehmen könnte, daß diese von klinischer Bedeutsamkeit sind.

Als Prädiktor zum Zeitpunkt T1 für eine Remission konnte u.a. die **MMPI-Variablen Hypochondrie** identifiziert werden, welche mit der CGI-Variablen „Schweregrad der Krankheit“ in signifikantem positiven Zusammenhang steht. Weiterhin fand sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten, bei dem Nicht-Rückfallpatienten in dieser Variablen jedoch einen deutlich niedrigeren Mittelwert haben, sowie ein weiterer signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Patienten mit und ohne SAD (saisonale affektive disorder), wobei die SAD's in dieser MMPI-Variable einen um 1/5-ten höheren Wert aufweisen, im BDI-Item 20 jedoch einen, der um das 3-fache höher lag.

Dieses Ergebnis bestätigt, daß Patienten mit hohen Werten auf der Hypochondrie-Skala eine schlechtere Prognose aufweisen und stellt diese Variable als bedeutsamen Prädiktor dar. Bei diesen zur Hypochondrie-Skala gefundenen Ergebnissen jedoch wird eher der umgekehrte

Zusammenhang bestätigt, nachdem ein niedriger Hypochondriewert mit einem geringen Schweregrad der Erkrankung und Remission einhergeht, sowie dem Nicht-Vorhandensein einer saisonalen affektiven depressiven Störung. Dies könnte weiterhin bedeuten, daß diese Variable nur deshalb nicht als Prädiktor (nicht in der Prädiktoranalyse, jedoch im T-Test) für Rückfälle bei vorliegender Stichprobe in Erscheinung trat, da auf allen MMPI-Subskalen sowohl der Range als auch der Mittelwert nicht die Maximalwerte erreichte, bzw. mit 36.%% des möglichen Maximalwertes unter dem theoretisch möglichen Mittelwert lag und deshalb der positive Zusammenhang mit dieser CGI-Variablen nicht in den Bereich von Schweregraden depressiver Erkrankung hineinreichen konnte, die einen Rückfall bedeutet hätten. Denkbar ist jedoch, daß dies in anderen oder anders selektierten Stichproben durchaus auch in der Prädiktoranalyse der Fall sein könnte.

Episodenvariablen konnten sowohl als Prädiktorvariable zum Zeitpunkt T1 bei Nicht-Rückfallpatienten hinsichtlich der Variablen „mehr als 1 Episode bis T1“, als auch als Responsevariablen zum Zeitpunkt T1 mit den Variablen „mehr als 1 Episode in Lebenszeit“, „Anzahl der Episoden in der bislang gesamten Lebenszeit“ bei engem Rückfallkriterium, den dichotomen Variablen „mehr als 1 Episode in der bisher gesamten Lebenszeit,, bzw. „mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum“ (beide weites Rückfallkriterium), sowie auch als Responsevariablen zum Zeitpunkt T9 in den Variablen Gesamtanzahl an Rückfällen über die gesamte bisherige Lebenszeit bei weitem Rückfallkriterium, der selbstberichteten Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum, „Mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium und der Anzahl der subsyndromalen Episoden aus dem Katamnesezeitraum, sowie als Responsevariablen zum Zeitpunkt T9 bei Rückfallpatienten in den Variablen der Länge der beschwerdefreien Zeit zwischen der 1. und 2. letzten Episode bei weitem Rückfallkriterium und der Länge der 3. letzten Episode bei engem Rückfallkriterium als signifikant bedeutsam auf. Weiterhin fanden sich in Episodenvariablen signifikante Mittelwertsvergleiche, so in der Variablen Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum bei engem Rückfallkriterium, bei der SADs fast doppelt so viele Episoden als die Non-SADs aufweisen. In Mittelwertsvergleichen zwischen Rück- und Nichtrückfallpatienten erwiesen sich die Variablen „Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium, die Variable „eine/keine weitere Episode“ bzw. „mehr als 1 Episode“ im Katamnesezeitraum, sowie „mehr als 1 Episode in der gesamten bisherigen Lebensspanne“ (jeweils weites Rückfallkriterium) und die Variable

„Gesamtepisodendauer des Katamnesezeitraumes“ bei weitem Rückfallkriterium, als signifikant unterschiedlich zwischen den jeweiligen Subgruppen.

Die im Rahmen dieser Diplomarbeit erzielten Ergebnisse zu Episodenvariablen bestätigen, daß diese als äußerst bedeutsame Prädiktoren zu werten sind. Hierbei hat ebenfalls die Anzahl der vorangegangenen Episoden einen sehr hohen Einfluß auf nachfolgende Zeiten bezüglich des Auftretens weiterer Episoden. Jedoch scheint die Ausprägung in dieser Variable hochgradig beeinflussbar zu sein, was sich daran erkennen läßt, daß diese auch häufig als Responsevariablen in den Prädiktoranalysen signifikant auffallen. Das Episodenvariablen als Responsevariablen von vielen Faktoren abhängen können, wie hier z. B. bei den Nicht-Rückfallpatienten durch die Prädiktorvariablen BDI-Item 7 „bin nicht von mir enttäuscht vs. ich hasse mich“ aus der Patientenbefragung aus T1 und dem BDI-Item 13 „bin so entschlußfreudig wie immer vs. kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen“ aus der Patientenbefragung, das HAMD-Item 9 „Erregung“ und die PFB-Subskala Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung aus T9, sowie bei den Rückfallpatienten aus T1 durch das HAMD-Item 11 „Angst-somatisch“, dem Angehörigenalter und der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung, jedoch keine aus T9. Weiterhin ist auch durch den signifikanten Mittelwertsvergleich erkennbar, der bei Personen mit chronobiologischem Faktor fast doppelt so viele Rückfälle vorkommen.

Die Variable **HAMD-Item 9 „Erregung“** konnte als Prädiktor für Remissionen zum Zeitpunkt T1 hinsichtlich der Variablen „Chronifizierung“ bei weitem Rückfallkriterium und zum Zeitpunkt T9 hinsichtlich der Variablen „Mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium und der Variablen Veränderung in Häufigkeit und/oder Belastung in der MEL-Kategorie Finanzen im 1. 2-Jahreszeitraum nach Entlassung aus der Indexepisode, sowie der Variablen „Mehr als 1 Episode im Katamnesezeitraum“ bei weitem Rückfallkriterium identifiziert werden. Weiterhin konnte in einem Mittelwertsvergleich zwischen der Kontroll- und der Patientengruppe diese Variable schwach signifikant unterschieden werden.

Dieses Ergebnis läßt vermuten, daß hier nur geringe Grade an Erregung günstig sind und vor weiteren Rückfällen bzw. Chronifizierungen auf subsyndromalem Niveau protektiv wirken sowie die Angehörigen ein hohes Maß an partnerschaftlichem Verhalten beim Patienten zu T10 angeben, wenn dieser nur geringe Grade an Erregung zu T9 zeigte. Das in dieser Variable ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen einer Kontrollgruppe und der

Patientengruppe festgestellt wurde, betont die psychopathologische Bedeutung dieser Variable. Das hieße eventuell auch, daß dieses Item ein Prädiktor sein könnte für schlechtere Krankheitsverläufe. Da jedoch in vorliegender Stichprobe zumindest zu T10 ohnehin kein Patient die höchste Ausprägung auf diesem Item hatte und der Mittelwert für die gesamte Stichprobe sehr niedrig lag, diese Annahme, daß dieses Item als Prädiktor für einen Rückfall oder eine Chronifizierung anzusehen ist, eventuell nur nicht geprüft werden konnte. D.h., daß in nachfolgenden Analysen die deskriptiven Maße zu diesem Item aus T1 und T9 mit berücksichtigt werden sollten, worauf aber im Rahmen dieser Diplomarbeit verzichtet wurde.

Die Variable **BDI-Item 16 „schlafe so gut wie sonst vs. ich wache viel früher auf und kann nicht wieder einschlafen“** aus der Patientenbefragung konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T9 für Remissionen hinsichtlich der Variablen Veränderung im PFB-Summenwert der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum sowie als Prädiktor für Rezidive für Variablen aus T9 in der Variablen Veränderung des BDI-Summenwertes aus der Patientenbefragung aus dem darauffolgenden Katamnesezeitraum identifiziert werden.

Dies könnte meines Erachtens bedeuten, daß Nicht-Rückfallpatienten, die keine Schlafstörungen haben eine Abnahme im PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung im Katamnesezeitraum aufweisen, sowie eine Zunahme im BDI-Gesamtwert im Katamnesezeitraum bei den Rückfallpatienten aufweisen. D.h., daß hier dieses BDI-Item als etwas bedeutsam für Rückfälle bezüglich einer zukünftigen Veränderung im BDI-Gesamtwert und einer Abnahme im Wert für partnerschaftliches Verhalten betrachtet werden könnte. Jedoch scheint fraglich, ob dieser Prädiktor ein zuverlässiger Prädiktor ist, da die aus den empirischen Ergebnissen theoretisch anzustellenden Schlußfolgerungen bzw. Vorhersagen derart wären, daß wenn ein Patient keine Schlafstörungen zu T9 angibt sowie eher geringe Grade im BDI-Gesamtwert aufweist (denn nur bei eher nicht hohen BDI-Gesamtwerten ist eine weitere Zunahme möglich), daß dann seine Chance, ein Rückfallpatient zu werden, steigen. D.h., diese Conclusio erscheint nur dann logisch, wenn man davon ausgeht, daß die BDI-Gesamtwerte nicht sehr niedrig sind, denn dann wären die Patienten nicht zum Rückfall prädisponiert gewesen, sondern her im mittleren Bereich liegen und noch ansteigen können, d.h., dies eher für Patienten mit BDI-Gesamtwerten im mittleren Bereich gilt, welche also eine leichte bis mittlere Depression aufweisen, welche sich im Score her durchaus noch verschlechtern kann. Das Patienten mit sehr geringen BDI-Gesamtwerten eine höhere Wahrscheinlichkeit haben sollen, zum Rückfallpatienten zu werden, erscheint eher unlogisch.

Weiterhin müßte man aus den Ergebnissen zu diesem Item mutmaßen, daß wer eine relativ gute Partnerschaft zu T9 hat, so daß sich diese verschlechtern kann ohne sehr schlecht zu werden, daß dann diese Patienten eher keine weitere Episode mehr erleben werden.

Die Variable **Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung** konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T9 für Remissionen in den Variablen Terman-Item aus der Patientenbefragung und im negativen Zusammenhang mit der CGI-Variablen Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung identifiziert werden, sowie als Responsevariable für Variablen aus T1, wie die MMPI-Lügenskala, die MMPI-Variable Psychopathie und das BDI-Item 10 „weint nicht öfters als früher vs. kann nicht mehr weinen“ aus der Patientenbefragung (als Veränderungsvariable im 10-Jahreszeitraum) und aus dem Zeitpunkt T9, das BDI-Item 4 „kann Dinge wie früher genießen vs. bin mit allem unzufrieden“ aus der Patientenbefragung (als Veränderungsvariable im davorliegenden 1. 2-Jahreszeitraum). Bei den Rückfallpatienten findet sich in der Prädiktoranalyse diese Responsevariable für die Variable HAMD-Item 18a „Stärke der Tagesschwankungen“ aus T9. Weiterhin konnten in dieser Variablen signifikante Mittelwertsunterschiede in der gesamten Patientenstichprobe zwischen T1 sowie T9 und T10 gefunden werden, mit jeweils einem niedrigeren Mittelwert in T10. In der Panelanalyse der gesamten Stichprobe konnten bei dieser Variablen mittelhohe Zusammenhänge mit den Subskalen Zärtlichkeit bei Patienten und Angehörigen gefunden werden, sowie in der Panelanalyse der Rückfallpatienten im Zusammenhang mit der Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung und in der Panelanalyse der Nicht-Rückfallpatienten mit der Subskala Zärtlichkeit, ebenfalls aus der Angehörigenbefragung.

Bei den Ergebnissen zu dieser Variablen könnte man mutmaßen, daß wenn Angehörige eher hohe Grade an Gemeinsamkeit und Kommunikation beim Patienten angeben und das Eheglück eher hoch eingeschätzt wird, vorausgesetzt, daß dieses ein relativ stabiles Merkmal ist, daß dann die Patienten dazu neigen, keinen weiteren Rückfall mehr zu bekommen.

Aufgrund der Zusammenhänge der Panelanalysen zu diesem Item könnte man weiterhin vermuten, daß dieses Item kein aussagekräftiger spezifischer Prädiktor ist, da ähnliche Zusammenhänge sowohl in der Gruppe der Rückfallpatienten, als auch der Nicht-Rückfallpatienten festgestellt wurden. Aufgrund der zu T10 durchgehend niedrigeren Mittelwerte in der gesamten Patientenstichprobe, jedoch nicht in einer der Subgruppen kann man im T-Test ebenfalls keinen spezifischen Effekt dieser Variable auf die weitere

Entwicklung feststellen. Da ein signifikanter Mittelwertsunterschied nur in der gesamten Stichprobe festgestellt werden konnte, jedoch nicht in einer der Subgruppen, läßt darauf schließen, daß sich die nur geringen und nichtsignifikanten Mittelwertsunterschiede in den Subgruppen addiert haben, so daß in der gesamten Stichprobe ein signifikanter Effekt resultiert. Jedoch ist dies nur möglich, da in der Subgruppe der Verweigerer bezüglich des Keller-Ratings, aus dem sich das Rückfallkriterium für den Katamneseverlauf konstituierte, ebenfalls in diesem Mittelwertsvergleich einen signifikanten Unterschied aufweisen. Dieser wurde jedoch aufgrund der niedrigen Anzahl von unter 5 in einer der Zeitpunkte nicht gesondert ausgeführt. D.h., obwohl diese Variable offensichtlich multiple interagiert, scheint von dieser kein spezifischer Effekt mit prädiktiver Bedeutsamkeit auszugehen. Dies könnte darin begründet sein, daß diese Variable höchst beeinflußbar von Ausprägungen in anderen Variablen ist, wie aus den vielen Signifikanzen mit anderen Prädiktoren als Responsevariable zu T10 erkennbar. Die Ausprägung dieser Variable hängt vermutlich jedoch nicht nur zu T10 sondern zu allen Zeitpunkten von Ausprägungen in Variablen wie den oben aufgeführten ab. So hängen Gemeinsamkeit und Kommunikation vor allem ab von Persönlichkeitsmerkmalen, wie der Psychopathie und Verfälschungstendenzen, Zufriedenheit und Genußfähigkeit und der emotionalen Stabilität. Geht man davon aus, daß dies zu jedem Zeitpunkt der Fall ist, könnte man diese Variable als zu instabil werten, um wirklich prädiktiven Charakter zu haben. Denkbar wäre für nachfolgende Analyse, diese Variablen noch in die Auswertung miteinzubeziehen, d.h. den korrelativen Zusammenhang zwischen den Variablen aus T1 und T10 zu ermitteln. Darauf wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch aufgrund des sowieso schon großen Umfanges darauf verzichtet.

Die Variable **HAMD-Item 14 „Genitalsymptome“** konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T1 für Remissionen hinsichtlich der Variablen Veränderung im Katamnesezeitraum im PFB-Gesamtwert aus der Patientenbefragung und der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung identifiziert werden, sowie als Prädiktor aus T9 für die CGI-Variable Gesamtbeurteilung des Zustandsbildes und der mittleren Episodenlänge subsyndromaler depressiver Zustände.

Daraus könnte man vermuten, dass Genitalsymptome zu haben zweierlei Auswirkungen haben kann. Bei guter Partnerschaft und wenn die Genitalsymptome im Zusammenhang mit einem erhöhten Zärtlichkeitsbedürfnis einhergehen, die Partnerschaft dieses also befriedigen kann, eine Remission also eher wahrscheinlicher als unwahrscheinlicher wird. Andererseits

besteht jedoch offenbar die Möglichkeit, dass diese Symptome weiterhin nicht nur positiv im guten partnerschaftlichen Kontext verarbeitet werden und ihre verkürzende Auswirkung auf die Länge der subsyndromalen depressiven Episoden haben, sondern auch eine negative auf die Gesamtbeurteilung des Erkrankungszustandes.

Die Variable **HAMD-Item 18a „Tagesschwankungen morgens vs. abends“** konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T1 für Remissionen hinsichtlich der Variablen Veränderung im Katamnesezeitraum auf dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung und zum Zeitpunkt T9 hinsichtlich der CGI-Variablen Gesamtbeurteilung des Zustandsbildes identifiziert werden.

Weiterhin konnte ein signifikanter Mittelwertsunterschied zu dieser Variablen zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten derart gefunden werden, daß Nicht-Rückfallpatienten einen fast 7x so hohen Wert aufweisen.

Dies heißt meines Erachtens, daß dieses Item als Prädiktor von mittlerer Bedeutsamkeit insofern anzusehen ist, als aus den vorliegenden Ergebnissen zu entnehmen ist, daß überhaupt keine Tagesschwankungen zu haben, nicht unbedingt positive, sondern eher sogar negative Auswirkungen auf die allgemeine partnerschaftliche Beziehung hat. Zu überlegen wäre deshalb, ob nicht Tagesschwankungen ein normales Phänomen sind und ein Zuviel als auch ein Zuwenig, die selbe pathologische Bedeutung haben. Bei Depressiven mit nicht-psychotischen Symptomen scheinen deshalb Tagesschwankungen auf die Partnerschaft einen eher positiven Einfluß zu haben, als wenn ein Patient immer in gleicher Stimmung, z. B. einer sehr gedrückten der eine immer sehr guten oder überhöhten Stimmung ist. Weiterhin muß man jedoch dann annehmen, daß Tagesschwankungen einen Einfluß ausüben, die das Gesamtbild der depressiven Erkrankung eher negativ erscheinen läßt, wenn die Partnerschaft eher wenig gut ist und die Tagesschwankungen des Patienten nicht positiv auffangen oder kompensieren kann. Eventuell wäre also diese Variable also als Interaktionseffekt zwischen dieser CGI-Variablen und dem PFB-Summenwert in weiteren Analysen zu prüfen und hier vorläufig als solcher zu interpretieren.

Die Variable **HAMD-Item 18b „Stärke der Tagesschwankungen“** konnte als Prädiktor Remissionen zum Zeitpunkt T9 für hinsichtlich der Variablen Veränderung im BDI-Summenwert aus der Patientenbefragung im gesamten 10 Jahreszeitraum identifiziert werden

und zum Zeitpunkt T9 für Rückfälle hinsichtlich der Variablen Veränderung des PFB-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung im darauffolgenden Katamnesezeitraum, sowie als Prädiktor zum Zeitpunkt T9 für Rückfälle in der Variablen PFB-Summenwert aus der Angehörigenbefragung im gesamten 10-Jahreszeitraum, dem Katamnesezeitraum, sowie dem 1. 2-Jahreszeitraum, der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung im gesamten 10-Jahreszeitraum und der PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung zum Zeitpunkt der Abschlußuntersuchung sowie der PFB-Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation ebenfalls aus der Angehörigenbefragung.

Hierbei könnte man vermuten, daß dieses Item ebenfalls als bedeutsamer Prädiktor insofern anzusehen ist, daß starke Tagesschwankungen auf lange Sicht, z. B. über einen Zeitraum von 10 Jahren eher einen negativen Einfluß auf die Entwicklung der depressiven Erkrankung haben, bzw. von den Patienten als sehr belastend und anstrengend empfunden werden, so daß ihr Score im BDI-Gesamtwert insgesamt zunimmt.

Weiterhin bestätigt das Ergebnis das aus der erwähnten Korrelation zum HAMD-Item 18a, daß eine Abnahme über einen weniger langen Zeitraum wie dem Katamnesezeitraum im Partnerverhältnis aus Sicht der Angehörigen zusammen mit einer Verschlechterung der depressiven Erkrankung (hier im BDI-Wert) zum Rückfall führt, da anscheinend die Partnerschaft starke Tagesschwankungen, erkennbar an der Abnahme der PFB-Subscores, immer weniger auffangen und positiv umsetzen kann, so daß daraus letztendlich ein Rückfall resultieren kann. Das hieße hierbei ebenfalls, daß in nachfolgenden Studien Interaktionseffekte mit beziehungsrelevanten Items zu berücksichtigen wären.

Die Variable **BDI-Gesamtsumme aus der Angehörigenbefragung** konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T9 für eine Remission in den Variablen Schweregrad der Krankheit (CGI) und „Psychotherapie im Katamnesezeitraum“ sowie als Responsevariable zum Zeitpunkt T1 für die MEL-Kategorien Schwangerschaft / Kinder und Gesundheit / Krankheit (hier als Veränderungsvariable im 1. 2-Jahreszeitraum). Weiterhin fanden sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen der Kontroll- und der Patienten- bzw. Angehörigengruppe, jedoch keiner zwischen der Patienten- und Angehörigengruppe. In der Panelanalyse konnte für die gesamte Stichprobe ein Zusammenhang mit dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung gefunden werden, sowie in der Gruppe der Rückfallpatienten ein negativer Zusammenhang mit den Subskalen Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit / Kommunikation, jeweils aus der Patientenbefragung. In der Survivalanalyse mit Proc Lifetest

wurde diese Variable hinsichtlich der stratifizierenden Variablen Geschlecht, Angehörigenalter und Perceived Criticism (dichotomisiert) unterschieden. Hierbei könnte man annehmen, daß diese Variable ein ziemlich aussagekräftiger Prädiktor ist. Aufgrund vorliegender Ergebnisse könnte man vermuten, geringe BDI-Gesamtwerte bei den Angehörigen mit einem geringen Schweregrad der Erkrankung und mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie im Katamnesezeitraum einhergeht und diese Faktoren zusammen vor einem Rückfall eher schützen, als einen provozieren. Umgekehrt kann man hier davon ausgehen, daß ein Rückfall eher wahrscheinlich wird, wenn der BDI-Gesamtwert bei den Angehörigen eher hoch ist, der Schweregrad der Erkrankung ebenfalls, sowie wenn keine Psychotherapie stattfindet. Zwar unterscheiden sich die Gruppen der Patienten und Angehörigen von den Kontrollpersonen signifikant in ihrem BDI-Gesamtwert, jedoch nicht die Angehörigen von den Patienten in signifikanter Weise.

Es liegen sogar die Angehörigen im BDI-Gesamtwert geringfügig über dem der Patienten. Man kann also daher davon ausgehen, daß dieser Variablen eine doch recht hohe Bedeutsamkeit zukommt, die durchaus den weiteren Verlauf des Patienten stark mit beeinflußt. Dies wird noch durch die zu dieser Variable in der Panelanalyse gefundenen Ergebnisse bestätigt, welche derart interpretiert werden könnten, daß der BDI-Gesamtwert der Angehörigen Aspekte des partnerschaftlichen Verhaltens im weiteren Verlauf negativ mitbestimmt, dies, wie den Ergebnissen der Survivalanalysen zu entnehmen, altersabhängig und für die beiden Geschlechter unterschiedlich. Ebenfalls scheint der Verlauf im BDI-Gesamtwert von der wahrgenommenen Kritik beeinflußt und zwar derart, daß Personen, die mehr Kritik wahrnehmen einen stärkeren Abfall in dieser Variablen aufweisen. Berücksichtigt man dazu die oben erwähnten Ergebnisse, daß Korrelationen zu wahrgenommener Psychotherapie bestehen, könnte man vermuten, daß bei solchen Patienten eine Zunahme an Sensibilität zu dieser stärkeren Abnahme im BDI-Gesamtwert geführt haben könnte, der offensichtlich auch noch altersabhängig ist. Da der BDI-Gesamtwert jedoch durchaus als von anderen Faktoren abhängig betrachtet werden muß, läßt sich an seiner Funktion als Responsevariable auf die verschiedenen in die Prädiktoranalyse eingegangenen Variablen erkennen. Da dieser jedoch bei vorliegender Stichprobe nur auf Life Events der Kategorien Schwangerschaft / Kinder und Gesundheit / Krankheit sensitiv erscheint, ließe sich seine Instabilität durch die Berechnung von entsprechenden Interaktionseffekten in nachfolgenden Analysen vermutlich kalkulierbar halten.

Die Variable **HAMD-Item 4 „Einschlafstörung“** konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T9 für Remissionen hinsichtlich der Variablen mittlerer Keller-Rating-Wert und Summe der Keller-Rating-Werte sowie der PFB-Subskala Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung identifiziert werden. Ebenfalls fiel diese Variable als Prädiktor für Rückfälle zum Zeitpunkt T9 in der Variablen Veränderung der Häufigkeit und Belastung im davorliegenden 2-Jahreszeitraum in der MEL-Kategorie Gericht und Gesetzesverstöße auf. Weiterhin konnte ein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen der Kontroll- und Patientengruppe in dieser Variablen festgestellt werden.

Dieser Prädiktor erscheint nach den vorliegenden Ergebnissen als ein auf den ersten Blick nur wenig plausibler Prädiktor, da nach den vorliegenden Ergebnissen viele Einschlafstörungen zu haben, mit einem geringen Wert in der Summe und im Mittelwert der Keller-Rating-Werte einhergeht und solche Patienten eher dazu tendieren, keine Rückfälle zu entwickeln sowie ihren Angehörigen gegenüber eher Streitbar zu sein. Wenige Einschlafstörungen treten nach vorliegenden Ergebnissen weiterhin mit einer Zunahme an Belastung durch Life Events oben genannter Kategorie auf, sowie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Rückfälle. Daraus könnte man vorsichtig mutmaßen, daß höhere Keller-Rating-Werte dann zu einem Rückfall führen würden, wenn die Patienten extrem Streitbar sind, was wiederum zu der Zunahme an Belastung durch Life Events der Kategorie Gesetzesverstöße bei den Rückfallpatienten passen würde, geht man davon aus, daß Personen mit vielen solcher Life Events einen höheren Score auf einer Psychopathie-Skala haben dürften, wofür jedoch zumindest in der Gruppe der Nicht-Rückfallpatienten eine Zunahme im Streitverhalten mit den Angehörigen für den gesamten 10-Jahreszeitraum festgestellt werden konnte. Man könnte also annehmen, daß Einschlafstörungen nur dann nicht mit einem Rückfall einhergehen, wenn Psychopathie nur mit einer Abnahme an partnerschaftlichem Verhalten einhergeht (s.o.) und nicht mit einer Zunahme an Belastungen durch Life Events der Kategorie Gesetzesverstöße. Durch diese zusätzliche Belastung, sowie entweder den Einschlafstörungen oder den höheren Keller-Rating-Scores, welche alle vulnerabel wirken, kann der Patient dann wieder in einen weiteren Rückfall dekomensieren.

Die **Variable Gesamtbelastung durch Life Events** konnte als Prädiktor zum Zeitpunkt T9 für Remissionen hinsichtlich der CGI-Variablen Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung, sowie als Responsevariable als Veränderungsvariable im davorliegenden 2-Jahreszeitraum

hinsichtlich des BDI-Items 17 „ich ermüde nicht stärker als sonst vs. ich bin zu müde, um etwas zu tun“ aus der Patientenbefragung identifiziert werden.

Weiterhin fanden sich signifikante Mittelwertsunterschiede im Vergleich zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten, sowie zwischen SAD's und Non-SAD's, mit einem um ca. ¼-tel höheren Mittelwert bei den Non-SAD's. In der Panelanalyse der Rückfallpatienten fand sich ein schwach signifikanter Zusammenhang mit der MEL-Kategorie Liebesleben / Sexualität. In der Survivalanalyse konnte diese Variable durch die stratifizierende Variable Kritik stark (overt) differenziert werden.

Dieses Ergebnis weist darauf hin, daß Life Events an sich durchaus als eher positiv zu werten sind und zur Normalität dazu zugehören scheint. Diese Annahme wird durch das Ergebnis des Mittelwertvergleiches zwischen Patienten mit chronobiologischem Faktor und solchen ohne gestützt, da in der Gruppe der SAD's weniger Belastung durch Life Events festgestellt wurde und für diese Subgruppe im Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch einen höheren Anteil an Rückfallpatienten nachgewiesen werden konnte (s.o.). In der Panelanalyse der Rückfallpatienten geht allgemein die Belastung über den gesamten 10-Jahreszeitraum konform mit der Belastung durch die Kategorie Liebesleben / Sexualität, d.h., daß gerade für Rückfallpatienten Belastungen in dieser Kategorie am bedeutendsten sind, da alle anderen Korrelationen zwischen den Life Event-Variablen deutlich geringer ausfielen. Dies hieße weiterhin, daß gerade Rückfallpatienten Probleme im Bereich Liebesleben / Sexualität im engeren aber vermutlich hauptsächlich auch im weiteren Sinne haben, was im Umkehrschluß heißen kann, daß solche Probleme bei entsprechend disponierten und vulnerablen Patienten leichter zu Rückfällen führen kann. Ergänzt wird die Annahme, daß Life Events offensichtlich zur Normalität hinzu gehören durch das Ergebnis der Survivalanalyse, in der sich die Gruppen der 4 unterschiedlichen Ausprägungen in der Variable Kritik stark (overt) nur sehr schwach voneinander unterschieden, d.h., daß das unterschiedliche Ausmaß an Kritik nicht deutlich auf unterschiedliche Häufigkeiten und Belastungen bei Life Events aller Kategorien bezogen ist.

Die PFB-Subskala Streitverhalten aus der Angehörigenbefragung

konnte zum Zeitpunkt T9 als Prädiktor für Remissionen hinsichtlich der Variablen Anzahl der Rückfälle aus dem Keller-Rating bei weitem Rückfallkriterium, Gesamtanzahl an Rückfällen über die gesamte bisherige Lebenszeit bei weitem Rückfallkriterium und der selbstberichteten Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum in Erscheinung treten. Weiterhin konnte diese Variable als Responsevariable für Variablen aus T1 identifiziert werden, wie dem BDI-Item

17 „ermüde nicht stärker als sonst vs. bin zu müde, um etwas zu tun“ aus der Angehörigenbefragung, dem HAMD-Item 10 „Angst-psychisch“ als Veränderungsvariable im 1. 2-Jahreszeitraum, dem BDI-Item 5 „habe keine Schuldgefühle vs. habe immer Schuldgefühle“ aus der Angehörigenbefragung sowie der MMPI-Variablen Psychopathie und aus T9 mit dem HAMD-Item 4 „Einschlafstörung“. Weiterhin konnten in dieser Variablen signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen T9 bzw. T9 und T10 in der gesamten Stichprobe und bei den Rückfallpatienten gefunden werden, wobei der Wert zu T1 bzw. T9 jeweils etwa doppelt so hoch war wie zu T10. In der Panelanalyse der gesamten Stichprobe konnte sich in dieser Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang mit der Variablen Streitverhalten aus der Patientenbefragung, bzw. bei den Rückfallpatienten in den Variablen PFB-Summenwert und Streitverhalten jeweils aus der Patientenbefragung ermittelt werden. Weiterhin fanden sich in der Panelanalyse der Nicht-Rückfallpatienten Zusammenhänge mit Streitverhalten sowie Gemeinsamkeiten / Kommunikation jeweils aus der Patientenbefragung und Gemeinsamkeiten / Kommunikation aus der Angehörigenbefragung.

Bei diesen Ergebnissen könnte man meines Erachtens vermuten, da die Werte auf dieser Subskala zu T10 bei den Angehörigen alle im unteren Drittel lagen, daß solche Patienten zu Nicht-Rückfallpatienten wurden, welche unter anderen auch ein geringes Ausmaß an Streitbarkeit mit ihren Partnern aufwiesen. Daß das Ausmaß an Streitbarkeit durchaus von vielen Faktoren abhängen kann, ist durch die Anzahl und Art der oben aufgeführten Responsevariablen aus T1 und T9 erkennbar, welche die Höhe an Streitbarkeit beeinflussen und bei einigen Items, wie Schuldgefühlen und Müdigkeit bei den Angehörigen welche die Interpretation von Kommunikation beeinflussen dürften, oder den Einschlafstörungen und dem Ausmaß an Psychopathie bei den Patienten durchaus sehr plausibel. Die Ergebnisse der Panelanalyse zeigen einen signifikanten Zusammenhang im Verlauf der Aspekte partnerschaftlichen Verhaltens. D.h., daß alle Aspekte bei allen Patienten und Patienten-Subgruppen aufeinander bezogen und voneinander abhängig sind. Wie jedoch aus dem Mittelwertsvergleich zu entnehmen, sind diese im Verlauf des Katamnesezeitraumes alle sehr stark reduziert (s. Graphik 11). Da, wie aus den Graphik 11 zu entnehmen, das Streitverhalten der Patienten, angegeben von den angehörigen zu T9 deutlich höher lag als zu T10, kann man hier somit im Zusammenhang mit der Gesamtanzahl an Rückfällen und der selbstberichteten Anzahl der Rückfälle im Katamnesezeitraum durchaus rückwirkend vorausgegangene Episoden statistisch erklären.

Die Variable der **PFB-Subskala Zärtlichkeit aus der Patientenbefragung** konnte als Prädiktor für Rückfälle zum Zeitpunkt T1 hinsichtlich der Variablen der selbstberichteten Gesamtrückfallzeit im Katamnesezeitraum und zum Zeitpunkt T9 für Remissionen hinsichtlich der Variable Esoterisches Verhalten identifiziert werden. Weiterhin zeigte sich diese Variable als bedeutsame Responsevariable hinsichtlich der Prädiktoranalysen der Nicht-Rückfallpatienten zum Zeitpunkt T1 im BDI-Item 10 „weint nicht öfters als früher vs. kann nicht mehr weinen“ aus der Patientenbefragung als Veränderungsvariable im Katamnese- und 10-Jahreszeitraum, sowie zum Zeitpunkt T9 in der MPT-Subskala Esoterisches Verhalten und der PFB-Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation aus der Patientenbefragung als Veränderungsvariable im 1. 2-Jahreszeitraum. Außerdem konnte diese Variable als signifikant im Mittelwertsvergleich zwischen Werten aus T1 und T10 für die gesamte Stichprobe und die Rückfallpatienten, jedoch nicht zwischen Werten aus T9 und T10 dargestellt werden. In der Panelanalyse der gesamten Stichprobe konnten Zusammenhänge mit den PFB-Skalen Kommunikation und Gemeinsamkeiten aus der Patientenbefragung, Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung und dem PFB-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung gefunden werden. In der Panelanalyse der Rückfallpatienten mit dem BDI-Gesamtwert und der Subskala Zärtlichkeit aus der Angehörigenbefragung und der Subskala Gemeinsamkeit / Kommunikation aus der Patientenbefragung. In der Panelanalyse der Nicht-Rückfallpatienten fanden sich Zusammenhänge mit dem PFB-Gesamtwert, der Subskala Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit / Kommunikation aus der Angehörigenbefragung sowie der Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung.

Aus den vorliegenden Ergebnissen könnte man versuchen, zu mutmaßen, daß ein eher hohes Zärtlichkeitsverhalten der Angehörigen gegenüber dem Patienten dann nicht mit einem Rückfall in Zusammenhang stehen, wenn dieses im spirituellen Kontext integriert ist, wie dies häufig in der Esoterik der Fall ist. Wie nicht anders zu erwarten und aus den Ergebnissen der Panelanalysen zu ersehen, stehen auch die verschiedenen Aspekte des partnerschaftlichen Verhaltens in allen Patientengruppen in einem hohen gegenseitigen wechselseitigen Bezug. Vor allem aber zeigt sich hierbei, daß bei den Rückfallpatienten das von den Angehörigen wahrgenommene Zärtlichkeitsverhalten im 10-Jahresverlauf in direktem Verhältnis zu deren BDI-Gesamtwert steht, während dies bei den Angehörigen der Nicht-Rückfallpatienten nicht der Fall ist, obwohl sich die Werte in dieser Variablen zwischen Nicht-Rückfallpatienten und Rückfallpatienten nicht signifikant unterscheiden. Dies spricht dafür, daß bei den Nicht-Rückfallpatienten Faktoren vorhanden sind, die einen Rückfall verhindern und der bei den

Rückfallpatienten fehlt, was die Vermutung unterstützt, da Interesseverlust typisch für stärker Depressive ist, daß es sich dabei um Variablen wie z. B. esoterisches Interesse handeln könnte.

Allerdings setzt die zuletzt geäußerte Vermutung voraus, daß zwischen Angehörigen und Patient ein ähnliches Ausmaß an Depressivität vorhanden ist, was ja auch durch den nicht-signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen beiden Gruppen bestätigt ist.

Die Variable **Angehörigenalter** konnte als Prädiktor für Rückfälle zum Zeitpunkt T9 hinsichtlich der Variablen

Länge der 3. letzten Episode aus dem Keller-Rating bei engem Rückfallkriterium identifiziert werden. Weiterhin erwies sich in der Survivalanalyse diese Variable als schwach signifikant differenzierend hinsichtlich des BDI-Summenwertes aus der Angehörigenbefragung. Bei der Hypothesentestung der Hypothese 1 wurde zwar kein Zusammenhang zwischen dem Angehörigenalter und der Rückfallwahrscheinlichkeit gefunden, jedoch in der Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum in der Subgruppe der Patienten, die im „Terman Item“ der Angehörigenangaben eher unglücklich als glücklich zu sein.

Dieser Prädiktor läßt sich meiner Auffassung nach nur als höchstens schwacher Prädiktor einstufen, da er zwar mit der Länge der 3. letzten Episode in Zusammenhang steht, jedoch nur bei 6 Patienten eine solche auftrat. Ergänzt wird diese Einschätzung dadurch, daß diese Variable nur den BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung und nicht einen der klinischen Variablen aus der Patientenbefragung in verschiedene Verläufe differenziert. Ebenso wird diese Auffassung durch die Hypothesentestung bestätigt und läßt weiterhin vermuten, daß noch andere Faktoren eine Rolle spielen müssen, damit ein hohes Angehörigenalter als Vulnerabilitätsfaktor in Erscheinung treten kann, wie z. B. eine besonders unglückliche Paarbeziehung zu haben.

Die Variable **HAMD-Gesamtwert** konnte bei den Prädiktoranalysen als Responsevariable in Erscheinung treten und zwar bei den Nicht-Rückfallpatienten hinsichtlich der Prädiktoren aus T1 BDI-Item 15 „Arbeitsfähigkeit“ und 16 „schlafe gut / schlecht“ aus der Angehörigenbefragung, als Veränderungsvariable im gesamten 10-Jahreszeitraum. Die Mittelwertsvergleiche zwischen Werten aus T9 und T10 sind signifikant, jedoch nicht zwischen T1 und T10, wobei zu T10 ein ca. 3x so hoher Wert festgestellt wurde, als zu T9. Weiterhin trat diese Variable bei den Panelanalysen der Nicht-Rückfallpatienten im negativen

Zusammenhang mit der MEL-Kategorie Schwangerschaft und dem PFB-Summenwert aus der Patientenbefragung in Erscheinung. In der Survivalanalyse konnte diese Variable durch die stratifizierende Variable Perceived Criticism aus der Patientenbefragung in die entsprechenden Subgruppen differenziert werden. Im Mittelwertvergleich zwischen Einfach- und Mehrfacherkrankten Patienten fiel diese Variable nur hinsichtlich eines hoch signifikanten F-Wertes auf, d.h., daß lediglich die Verteilungseigenschaften der Werte im HAMD-Gesamtwert in diesen beiden Subgruppen sehr unterschiedlich war. Dies war der Fall im T-Test der gesamten Stichprobe unter dem weiten Rückfallkriterium, als auch der Subgruppe der männlichen Patienten bei engem und weitem Rückfallkriterium, der Subgruppe der weiblichen Patienten bei weitem Rückfallkriterium und der Subgruppe, die noch mit dem gleichen Partner zusammen sind, bei weitem Rückfallkriterium.

Die Ergebnisse zu dieser Variablen konnten diese zwar nicht als expliziten Prädiktor aus einer der Prädiktoranalysen identifizieren, jedoch fiel diese bei den Nicht-Rückfallpatienten als Responsevariable zu T1 auf und läßt also auf eine Abhängigkeit im 10-Jahresverlauf im allgemeinen Depressionswert im Fremdrating von externen Faktoren, wie der Arbeitsfähigkeit und sonstiger Sorgen des Angehörigen schließen, was offensichtlich bei den Rückfallpatienten und im Selbstrating nicht der Fall zu sein scheint. Die aus dem Ergebnis zur Prädiktoranalyse geäußerten Vermutung der Abhängigkeit von äußeren Faktoren wird durch die Panelanalyse, ebenfalls bei den Nicht-Rückfallpatienten, bestätigt, welche aufzeigt, daß eine wechselseitige negative Abhängigkeit im 10-Jahresverlauf von äußeren Faktoren wie den unter der Panelanalyse aufgeführten vorhanden ist. Dazu kommt als weiterer Faktor der aus der hierzu oben aufgeführten Survivalanalyse. Das diese Variable als Prädiktor nur eingeschränkt wertvoll ist, ist auch aus den Ergebnissen zu den Mittelwertvergleich zwischen dem Patienten mit nur einer oder mehreren Episoden erkennbar, da hier kein signifikanter Mittelwertvergleich gefunden werden konnte, jedoch die signifikanten F-Werte darauf hindeuten, daß beide Subgruppen deutlich unterschiedliche Verteilungseigenschaften haben, was nur der Fall sein kann, wenn diese jeweils von unterschiedlichen anderen Faktoren beeinflußt werden.

Im folgenden sollen folgende Diskussionspunkte noch einmal kurz in Hinblick auf eine Prädiktion von Rückfällen und im Ausblick auf therapeutische Implikationen aufgegriffen und ausgeführt werden sowie kurz mögliche Verbesserungsvorschläge und Kritikpunkte erwähnt werden.

6.8.2 Bewertung und therapeutische Implikationen

6.8.2.1 Instrumente und Variablen

Soziodemographische Variablen: Versucht man, die prädiktive Bedeutung der soziodemographischen Variablen zu bewerten, so muß man zunächst hinsichtlich des **Patientenalters** feststellen, daß mit der Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum beim Patientenalter in den hypothesentestenden Korrelationsanalysen in der Subgruppe derjenigen Patienten, die im Terman-Item angegeben haben, besonders unglücklich zu sein. Weiterhin differenziert diese Variable schwach signifikant im Mittelwertsvergleich zwischen Rück- und Nicht-Rückfallpatienten, welcher bei den Rückfallpatienten um knapp 7 Jahre niedriger lag. Beim **Angehörigenalter** konnte gefunden werden, daß bei den hypothesentestenden Korrelationsanalysen in der Subgruppe der Frührentner ein Zusammenhang mit der Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum besteht, sowie in der Prädiktoranalyse der Rückfallpatienten in der Gruppe der Rückfallpatienten mit der Länge der 3.-letzten Episode. Das Angehörigenalter differenzierte in der Survivalanalyse den BDI-Gesamtwert der Angehörigen, so daß man hier davon ausgehen kann, daß Angehörige mit höherem Alter eher einen stärkeren Abfall im 10-Jahresverlauf aufweisen und bestätigt somit nicht unbedingt das Ergebnis aus der oben genannten Prädiktoranalyse, wo ein positiver Zusammenhang gefunden wurde, der sich allerdings nur auf 6 Patienten bezieht.

D.h., daß das Alter bei Patienten und Angehörigen nur als schwacher Prädiktor und in Interaktionen mit anderen Variablen anzusehen ist und somit eher geringe Aussagekraft hat. Bei den **anderen soziodemographischen Variablen** scheint nach vorliegenden Ergebnissen keine höhere Bedeutsamkeit vorzuliegen.

Lediglich die Berufssituation und der Familienstand scheinen noch eine schwach signifikante Bedeutsamkeit in der Unterscheidung zwischen einfach- und mehrfach erkrankten Patienten aufzuweisen. Ein weiterer unspezifischer Prädiktor könnte die Geschlechtszugehörigkeit sein, da lediglich weibliche Patientinnen einen signifikanten Zusammenhang zwischen EE-Variablen und der Gesamtrückfalldauer im Katamnesezeitraum aufweisen und die Geschlechtsvariable signifikant im BDI-Gesamtwert der Angehörigen in der Survivalanalyse differenziert, wobei letzteres jedoch nur unter der Annahme bedeutsam ist, daß sich die affektiven Zustände von Patient und Angehöriger gegenseitig beeinflussen.

CGI: CGI-Variablen standen im Rahmen dieser Diplomarbeit lediglich aus dem Zeitpunkt der Abschlußuntersuchung zur Verfügung, zeigten hier aber interessante signifikante Zusammenhänge mit verschiedenen Persönlichkeitsfaktoren bei den Nicht-Rückfallpatienten mit den MMPI-Variablen Hypochondrie und soziale Introversion, aus T9 mit dem BDI-Gesamtwert aus der Angehörigenbefragung, sowie die HAMD-Items 14 „Genitalsymptome“ und 18a „Tagesschwankungen – abends/morgens“, dem BDI-Item 21 „Sexualität“ bei den Patienten, der MEL-Variablen Gesamtbelastung durch Life Events und der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung gefunden werden konnten, jedoch keine bei den Rückfallpatienten. Somit scheint es, daß CGI-Variablen hauptsächlich besser im niedrigeren Wertebereich differenzieren. Hierbei wäre es interessant gewesen, Daten zu dieser Variablen schon zu einem früheren Erhebungszeitpunkt gehabt zu haben.

Terman-Item und Perceived Criticism: Diese beiden Variablen standen im Rahmen dieser Diplomarbeit ebenfalls nur zu T10 zur Verfügung. Dabei konnte festgestellt werden, daß lediglich das Terman-Item der Patienten als Responsevariable in Prädiktoranalysen nur 1x bei den Nicht-Rückfallpatienten zu T9 mit der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Angehörigenbefragung in einem signifikanten Zusammenhang steht. Weiterhin konnten das Terman-Item der Patienten jedoch im hypothesentestenden Teil in Hypothese 1 hinsichtlich der Subgruppe der eher unglücklichen Patienten eine signifikante Korrelation zwischen dem Patientenalter und der Anzahl der Episoden im Katamnesezeitraum aufweisen, in Hypothese 2 in der Subgruppe der eher glücklichen Patienten und der Patienten mit hohen Werten in der Variable Perceived Criticism Zusammenhänge zwischen der EE-Variable Kritik schwach und der Gesamtrückfallzeit im Katamnesezeitraum, sowie bei letzterer Subgruppe aus der Angehörigenbefragung. Lediglich schwach signifikant konnte die dichotomisierte Variable Perceived Criticism von Patienten und Angehörigen den HAMD- bzw. BDI-Gesamtwert in den Survivalanalysen differenzieren. Somit ist bei diesen beiden Items bei vorliegender Stichprobe nur eine schwache Nützlichkeit für die Prädiktion weiterer Verläufe bzw. der Differenzierung hinsichtlich verschiedener klinischer Untergruppen festzustellen.

Episodenvariablen und Chronifizierung: Episodenvariablen erscheinen als sehr hohe und hoch signifikante Prädiktoren in den Prädiktoranalysen der Nicht-Rückfallpatienten, d.h., daß

eine geringe Anzahl vorangegangener Episoden prognostisch günstiger ist und diese eher keinen Hinweis darauf geben können, ob ein vulnerabler Patient weitere Rückfälle bekommen wird oder nicht. Vor allem scheint es, hängt dies von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab, wie an der Vielzahl der zu den Responsevariablen aus den Prädiktoranalysen gehörigen Prädiktoren zu erkennen, aber auch durch die vielen Klassifizierungsvariablen in den für diese Diplomarbeit angefertigten T-Tests. Lediglich in einer einzigen Analyse, in der Prädiktoranalyse der Nicht-Rückfallpatienten aus T1 kam es zu einem signifikanten Ergebnis mit einer „Chronifizierungs-Variable“, wobei es zu einem hoch signifikanten Zusammenhang bei weitem Rückfallkriterium mit dem HAMD-Item 9 „Erregung“ kam.

Psychotherapeutische Behandlung: Psychotherapeutische Behandlung nach der Entlassung aus der stationären Therapie bzw. im Katamnesezeitraum scheint einen positiven Effekt auf den weiteren Verlauf einer depressiven Erkrankung zu haben, wie aus der Survivalanalyse zu entnehmen, bei der diese Variable signifikant im BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung zwischen Patienten mit und ohne Psychotherapie im Katamnesezeitraum differenzieren konnte, wobei Patienten mit Psychotherapie einen stärkeren Abfall im BDI-Gesamtwert zeigen. Dieses Ergebnis wird ergänzt durch einen negativen Zusammenhang mit dem Prädiktor BDI-Gesamtwert der Angehörigen aus T9, wobei hiermit vorsichtig gemutmaßt wird, daß sich erstens die affektiven Zustände von Patient und Angehöriger gegenseitig beeinflussen und weiterhin, daß stärker depressive Angehörige die Patienten eher davon abhalten, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, eventuell, was hier nur als Vermutung formuliert wird, um damit ihre eigene Depression als weniger schlimm zu empfinden, wenn es dem Partner ähnlich schlecht geht, wie einem selber. Diese Annahmen werden weiterhin ergänzt durch die positive Korrelation mit dem Prädiktor der PFB-Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation aus der Patientenbefragung zu T1 und bei den Nicht-Rückfallpatienten, was mutmaßen läßt, daß es von der Qualität und der Art der Interaktionen mit dem Partner abhängt, ob ein Patient eine Psychotherapie in Anspruch nimmt und wie der Angehörige darauf affektiv reagiert.

Keller-Rating: Das Keller-Rating konnte sich im Rahmen dieser Diplomarbeit als ein äußerst nützliches Instrument zur Verlaufsbeschreibung herausstellen, ohne den eine retrospektive Diagnose der „saisonale affective disorder“ bei 18 Patienten nicht möglich gewesen wäre, bei denen signifikante Zusammenhänge zwischen der Jahreszeit und der Höhe

der Keller-Rating-Scores ermittelt werden konnten. Weiterhin konnten dadurch leicht die Länge der einzelnen Episoden und der beschwerdefreien Intervalle ermittelt werden, wenn auch hierbei das Problem auftritt, daß in der Retrospektive mit zunehmendem zeitlichen Abstand diese weniger reliabel erfaßt werden können, als durch aktuelle Befragungen zur affektiven Befindlichkeit.

FMSS bzw. Expressed Emotions-Variablen: Die EE-Variable „Expressed emotions alter Modus konnte als bedeutsam in der Unterscheidung zwischen Patienten mit und ohne Komorbidität von „saisonale affective disorder“ dargestellt werden, da er bei Personen mit einem chronobiologischem Faktor durchgehend die niedrigste, d.h. die Ausprägung „low“ aufwies. Ebenso konnte in den Survivalanalysen die EE-Variable „Kritik stark (overt)“ den BDI-Gesamtwert aus der Patientenbefragung, sowie die Belastungswertskalen aus dem MEL Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, Eltern/Familie und Gesamtbelastung in allen Life Events differenzieren.

Für eine Prädiktion bezüglich eines Rückfalles erschienen diese bei vorliegender 10-Jahres-Verlaufsstudie und Verlaufsbeschreibung nach dem Keller-Rating jedoch als durchgehend nicht signifikant. Lediglich schwach signifikant konnte die EE-Variable Tonfall in den Hypothesentestungen hinsichtlich der Gesamtrückfalldauer im Katamnesezeitraum dargestellt werden, was jedoch in der Prädiktoranalyse auf dem $p < 0.001$ -Signifikanzniveau nicht bestätigt werden konnte. Ebenso nicht konnten die Expressed Emotions Variablen zwischen einmal- und mehrfach erkrankten Patienten differenzieren. Nach vorliegenden Ergebnissen wurden Zusammenhänge mit den MEL-Kategorien, Geschlecht, Terman-Item, Perceived Criticism und die soziodemographischen Variablen gefunden und auch, daß bei weiblichen und glücklichen Patienten, sowie bei Patienten mit wenig kritisierenden Partnern bei vorliegender Stichprobe signifikante Zusammenhänge zwischen EE-Variablen und der Gesamtrückfalldauer im Katamnesezeitraum gefunden wurden. Weiterhin scheint es, daß nur Einmalerkrankte mehr Kritik ertragen können, als Mehrfacherkrankte, interpretiert man die Ergebnisse, daß bei den Mehrfacherkrankten nur die Ausprägung „low“ gefunden wurde in dieser Weise. D.h., Expressed-Emotions-Variablen haben durchaus sehr interessante Aspekte und Implikationen, sind meines Erachtens als Verlaufs- oder Rückfallprädiktoren aber nur unter Berücksichtigung anderer Variablen.

HAMD und BDI: Die einzige Prädiktorvariable, welche mit der Variablen Chronifizierung bei weitem Rückfallkriterium signifikant korrelierte, war das HAMD-Item 9 „Erregung“.

Allgemein traten **HAMD**-Summenwerte kein einziges mal als Prädiktorvariable, jedoch gelegentlich als Responsevariable bei den Nicht-Rückfallpatienten als Veränderungsmaß auf. Jedoch erweisen sich viele HAMD-Einzelitems bei beiden Patientengruppen als Prädiktoren was darauf schließen läßt, daß dieses Instrument mit seinen Items sowohl sehr sensitiv auf Veränderungen reagiert, d.h. gut zur Verlaufsbeschreibung geeignet ist und vor allem auch unter Berücksichtigung seiner Einzelitems zur Prädiktion zukünftiger Entwicklungen zu verwenden ist. Als Prädiktorvariablen erwiesen sich aus der Prädiktoranalyse der Nicht-Rückfallpatienten zu T1 nur das HAMD-Einzelitem 9 „Erregung“ und zu T9 die Items 14 „Genitalsymptome“, 18a „Tagesschwankungen morgens/abends“, 18b „Tagesschwankungen-Stärke“, 4 „Einschlafstörungen“, 5 „Durchschlafstörungen“ und 9 „Erregung“. Bei den Rückfallpatienten fanden sich als Prädiktoren die Items 11 „Angst-somatisch“ zu T1 und 18b „Tagesschwankungen Stärke“ sowie 4 „Einschlafstörungen“ zu T9. Weiterhin konnte in einem Mittelwertsvergleich die HAMD-Item 18a „Tagesschwankungen morgens/abends“ signifikant zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten differenzieren, wobei hier die Rückfallpatienten einen ca. 7x so hohen Mittelwert aufweisen.

Somit kann man erkennen, daß hauptsächlich die Stärke der Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Ängste und Genitalsymptome prädiktiv für den weiteren Verlauf einer depressiven Erkrankung sind. Hingegen trat der seltener als Responsevariable auftretende HAMD-Summenwert nur als Veränderungsmaß entweder des Katamnesezeitraumes oder des gesamten 10-Jahreszeitraumes auf, so daß man aufgrund dieser Ergebnisse vermuten könnte, daß die hier zusätzlich durchgeführten Berechnungen mit dieser Art der Operationalisierung als Veränderungsvariable bzw. Differenzwert für eine Verlaufsbeschreibung fast geeigneter erscheint.

Allgemein trat der **BDI**-Gesamtwert sowohl als Prädiktor-, je einmal bei den Nicht-Rückfallpatienten in der Patienten- und Angehörigenbefragung, als auch als Responsevariablen in den Prädiktoranalysen in Erscheinung.

Einzelitems hingegen erweisen sich deutlich häufiger als Prädiktoren, so z. B. in der Patientenbefragung zu T1 die Items 14 „Aussehen“, 7 „enttäuscht“. Zum Zeitpunkt T9 fanden sich hierbei keine BDI-Items mehr.

In der Angehörigenbefragung der Nicht-Rückfallpatienten zu T1 fanden sich die Items 15 „Arbeitsfähigkeit“, 16 „Schläft gut / schlecht“, zu T9 die Items 21 „Sexualität“, 13 „Entscheidungen“, 11 „reizbar“. Weiterhin konnte gefunden werden, daß das BDI-Item 20 im Mittelwertsvergleich zwischen Patienten mit und ohne „saisonale affective disorder“ signifikant differenzierte, da Patienten mit SAD hierbei einen ca. 3x so hohen Mittelwert aufweisen. Zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten wurde im Mittelwertsvergleich außerdem signifikante Unterschiede in den BDI-Items aus der Angehörigenbefragung 5 „Schuldgefühle“ und 10 „Weinen“ gefunden. Bei den Rückfallpatienten fand sich nur 1 Prädiktor bei den BDI-Items in der Patientenbefragung zu T9 im Item 16 „Patient schläft gut/schlecht“.

In den Panelanalysen erwiesen sich die HAMD- und BDI-Summenwerte bis auf die Analysen zur Subgruppe der Nicht-Rückfallpatienten, als hochgradig interdependent. D.h. daß bei den Nicht-Rückfallpatienten es zu einer Diskrepanz zwischen dem Selbst- und dem Fremdrating bezüglich ihres depressiven Zustandes kommt und nicht, wie ansonsten zu erwartenden zu einer höheren Interkorrelation in diesen beiden Instrumente, welche ja die gleiche Störung erfassen sollen. Dies ließe sich einerseits als Experimenter-Effekt insofern interpretieren, als ja die das Fremdrating durchführenden Therapeuten an einem möglichst guten Resultat ihrer Bemühungen interessiert sind, jedoch auch andererseits durch eine Aggravation bei den Nicht-Rückfallpatienten, welche sich eventuell unterbewußt dadurch etwas mehr Zuwendung für sich versprechen oder welches Signalfunktion haben könnte, daß sie sich weiterhin als gefährdet fühlen, was ja aus der stärkeren Zunahme in den HAMD- und BDI-Scores im Katamnesezeitraum plausibel erscheint.

Bei den Nicht-Rückfallpatienten scheint der Verlauf der depressiven Erkrankung eher von externen Faktoren, wie der Qualität der partnerschaftlichen Beziehung und einer Life Event-Kategorie abzuhängen und bei den Rückfallpatienten hingegen von partnerschaftsbezogenen Aspekten, bzw. der Qualität der Paarbeziehung.

PFB: PFB-Skalen wurden in den Prädiktoranalysen als Prädiktor- und Responsevariablen operationalisiert und erwiesen sich als höchst und häufig interkorrelierend, sowohl mit Persönlichkeitsfaktoren, Life Events, als auch mit klinischen Skalen und Items.

Als Prädiktorvariablen jedoch traten lediglich in der Angehörigenbefragung der Nicht-Rückfallpatienten zu T9 die Subskala Gemeinsamkeit und Kommunikation auf, sowie bei den Rückfallpatienten aus der Patientenbefragung nur die Subskala Zärtlichkeit aus T1.

Als Responsevariablen bei den Nicht-Rückfallpatienten traten eigentlich alle Subskalen sowie Summenwerte aus der Patienten- und Angehörigenbefragung, auch als Veränderungsvariablen, auf, was bedeutet, daß diese Beziehungsvariablen äußerst sensitiv sind auf Veränderungen bzw. der Stärke der depressiven Erkrankung, aber nicht nur von dem Ausmaß der Depression selber abhängen, sondern auch von der Belastung durch Life Events und Persönlichkeitsfaktoren.

PFB-Skalen differenzierten nicht zwischen Patienten mit und ohne „saisonal affective disorder“ und auch nicht zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten, d.h., diese Patientengruppen unterscheiden sich nicht in partnerschaftsbezogenen Aspekten und der Qualität ihrer Beziehung, jedoch in allen Subgruppen als auch der gesamten Stichprobe zwischen T1 oder T9 und T10.

In den Panelanalysen zeigen sich diese Subskalen in allen Subgruppen als auch der gesamten Stichprobe im 10-Jahresverlauf als höchst voneinander dependent und lediglich in der Subgruppe Rückfallpatienten und der Stichprobe noch mit dem BDI-Gesamtwert der Angehörigen, sowie in der Subgruppe der Nicht-Rückfallpatienten mit dem HAMD-Gesamtwert. Hieraus könnte man entnehmen, daß Rückfallpatienten sich entweder in stärkerem Maße von vermutlich negativeren partnerschaftlichen Beziehungen negativ beeindruckt lassen oder daß sich ihre Beziehung negativer auswirkt, wenn sie auch nicht negativer eingeschätzt wird, wie aus dem nicht signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten erkennbar. man könnte weiterhin vermuten, daß bei Nicht-Rückfallpatienten sich eine schlechte Beziehung eher negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirkt, was eher ein Anzeichen für Normalität wäre, als bei Rückfallpatienten, während bei Rückfallpatienten lediglich die Angehörigen psychisch unter einer schlechteren Beziehung leiden, was dafür spricht, daß in der Dynamik der partnerschaftsbezogenen Interaktion etwas nicht stimmt, da dies auf ein Paradox in der Beziehungsdynamik hinweist.

Aufgrund der Ergebnisse zu dieser Diplomarbeit können die PFB-Subskalen und Gesamtwerten als äußerst geeignet dafür betrachtet werden, die Dynamik der hinter einer depressiven Erkrankung stehenden beziehungsrelevanten Aspekte abzubilden.

MEL und Belastung durch Life Events: Variablen, durch welche die Belastung durch Life Events der verschiedenen Kategorien operationalisiert wurde, traten sowohl als Prädiktor- als auch als Responsevariablen auf.

Als Prädiktorvariable trat bei den Nicht-Rückfallpatienten zu T1 die MEL-Kategorie Schwangerschaft, sowie aus T9 zusätzlich noch die MEL-Variable Gesamtbelastung durch Life Events signifikant auf. Bei Rückfallpatienten hatten in Prädiktoranalysen die Belastung durch Life Events keine Bedeutung.

In den Panelanalysen erweisen sich Life Events bei den Rückfallpatienten als im zeitlichen Verlauf interdependent mit einer anderen Kategorie Live Events bzw. der Gesamtbelastung durch Live Events und bei den Nicht-Rückfallpatienten als interdependent mit ebenfalls einer anderen Kategorie als auch mit dem HAMD-Gesamtwert, wobei letzteres bereits oben diskutiert wurde. In der gesamten Stichprobe konnte keine Interdependenz in diesen Variablen festgestellt werden.

Weiterhin konnte gefunden werden, daß sich im Mittelwertsvergleich die Variablen Gesamtbelastung durch Life Events und die Life Event-Kategorie Berufliches, wenn der Patient nicht der Hauptverdiener ist, bei Rückfall- und Nichtrückfallpatienten, sowie in den Variablen Gesamtbelastung durch Life Events und die Life Event-Kategorie Beruf und Haushalt unterscheiden, was inhaltlich in etwa die Ergebnisse der Panelanalysen ergänzt. Jedoch konnte kein Mittelwertsunterschied zwischen T1 oder T9 und T10 festgestellt werden, d.h. daß die Belastung durch Life Events sich nicht bedeutsam im 10-Jahresverlauf geändert hat.

Allgemein läßt sich zu den Life Event-Variablen feststellen, daß nur wenig konkrete Anhaltspunkte für eine direkte ursächliche Auswirkung von Belastung durch Life Events vorhanden sind, diese eher im Sinne der Vulnerabilitäts-Streß-Hypothese als unspezifische Vulnerabilitätsfaktoren zu interpretieren wären, jedoch die Ergebnisse aus den Panelanalysen einen stärkeren bzw. spezifischeren Effekt bei Dauerstreß durch Life Events erkennen läßt.

MPT, MMPI und MPI:

MPT: Allgemein traten MPT-Subskalen sowohl bei den Tests auf Mittelwertsunterschiede als auch bei den Prädiktoranalysen als Responsevariablen auf, da sie nur zu T10 erhoben wurden. Bei letzteren erwiesen sich die Subskalen Frustrationstoleranz, Esoterische Neigung, bei den Nicht-Rückfallpatienten mit Prädiktorvariablen aus T1 als interkorrelierend, sowie aus T9 die

Subskalen Esoterische Neigung, Isolationstendenz, Rigidität und Neurotizismus, was bei den Rückfallpatienten nicht festgestellt werden konnte.

In Mittelwertsvergleichen konnten die MPT-Variablen Schizoidie, Neurotizismus und Isolationstendenz zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten unterscheiden, wobei der Wert bei den Nicht-Rückfallpatienten jedesmal signifikant höher lag. Weiterhin differenzierten die MPT-Subskalen Isolationstendenz und Motivation signifikant in der Subgruppe der Patienten, die noch mit dem Partner bei Studienbeginn zusammen waren bei engem Rückfallkriterium zwischen einfach und mehrfach erkrankten Patienten, wobei die einfach erkrankten Patienten signifikant höhere Werte aufweisen bzw. der Motivationswert bei den mehrfach erkrankten Patienten gleich Null ist.

MMPI: Da MMPI-Variablen nur zu T1 erhoben wurden, konnten sie auch nur in Prädiktoranalysen mit Variablen aus T1 eingesetzt werden, wobei sich nur bei den Nicht-Rückfallpatienten die Skalen Hypochondrie, soziale Introversion und Maskulinität/Femininität als prädiktiv darstellten.

MMPI-Variablen konnten weiterhin in den Subskalen Depression, Schizoidie, Psychasthenie und Hypochondrie bei Patienten mit und ohne „saisonale affective disorder“ differenzieren, wobei die SAD's jedesmal den signifikant höheren Mittelwert auf der entsprechenden Skala hatten. Zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfallpatienten hingegen konnten MMPI-Skalen nicht signifikant unterscheiden.

MPI: Zu MPI-Variablen konnten in keiner der durchgeführten Auswertungen irgend ein wenigstens schwach signifikantes Ergebnis festgestellt werden.

Hiermit kann man zusammenfassen, daß hinsichtlich des MPT's für vorliegende Stichprobe die Skalen Schizoidie, Neurotizismus, Rigidität, Esoterische Neigung und Isolationstendenz von differenziellem und diagnostischem Interesse sind, während dies beim MMPI in den Skalen Depression, Schizoidie, Psychasthenie, Hypochondrie, soziale Introversion und Maskulinität/Femininität der Fall war.

D.h., dies sind die Persönlichkeitsfaktoren in denen sich die Patienten voneinander unterscheiden und die auch für nachfolgende Studien von Interesse sein dürften und deshalb im Auge behalten werden sollten.

6.8.2.2 Therapeutische Implikationen

Betrachtet man die Fülle der Ergebnisse, so fällt meines Erachtens vor allem die Nützlichkeit des Keller-Ratings in der Differentialdiagnose auf, welche als Behandlungskonsequenz aus den Ergebnissen bezüglich des im Rahmen dieser Diplomarbeit nachgewiesenen chronobiologischen Faktors die Applikation von Lichttherapie bei Patienten mit SAD implizieren könnte. Dies würde allerdings voraussetzen, daß das Keller-Rating nicht nur zum Studienende, sondern bereits bei Behandlungsbeginn angewendet wird, um möglichst frühzeitig entsprechende Patienten zu differenzieren. Ebenso scheint das Keller-Rating als höchst nützlich, Patienten mit dieser Untergruppe der Depression zu identifizieren.

Wie weiterhin aus den Prädiktoranalysen, bzw. den Strukturmodellen erkennbar, scheint es so zu sein, daß für zum Rückfall prädisponiertere Patienten eine spezifischere Therapie nötig wäre, welche gezielt auf die zum Rückfall führenden Faktoren fokussiert.

Der Hauptunterschied in den Strukturmodellen zwischen Rückfall- und Nichtrückfallpatienten ist ganz offensichtlich der, daß bei den Nicht-Rückfallpatienten eine Vielzahl an Komponenten auf das Wohlbefinden des Patienten einwirkt, während das Interventionsspektrum bei Rückfallpatienten sehr eingeschränkt zu sein scheint. Eventuell sollte man versuchen, gefährdeten Patienten den Aufbau einer breiteren Basis an Interaktions- und Interventionsmöglichkeiten zu ermöglichen, so daß deren Wohlbefinden nicht nur von wenigen Faktoren abhängt, wie dies hier offensichtlich der Fall zu sein scheint.

Eine weitere therapeutische Implikation aus den Prädiktoranalysen der Nicht-Rückfallpatienten und Graphik 2, 3 und 5 scheint die zu sein, daß es sinnvoll sein könnte, zur Remissionsstabilisierung und Rezidivprophylaxe eine begleitende Psychotherapie allen Patienten zu verordnen, da die BDI- und HAMD-Scores im Katamnesezeitraum wieder zunehmen und der niedrigste Werte hierbei während des 1. 2-Jahreszeitraumes auftrat, was also für die Wirksamkeit der Psychotherapie spricht. Vor allem für die Nicht-Rückfallpatienten scheint danach die Wahrscheinlichkeit für einen weiteren Rückfall zuzunehmen. Die Nützlichkeit von Psychotherapie für alle in der Nachsorgezeit wird auch durch ein Ergebnis aus der Survivalanalyse gestützt.

Die Ergebnisse zu dem chronobiologischen Faktor und denen des HAMD-Items Tagesschwankung aus der Prädiktoranalyse lassen vermuten, daß bei depressiven Patienten

eventuell eine besondere Sensibilität oder Vulnerabilität für Schwankungen und Veränderungen vorliegt, da beide Faktoren rhythmische Faktoren sind. So entsprechen Tagesschwankungen einer zirkadianen Rhythmik und chronobiologische Faktoren einer saisonalen Rhythmik. Weiterhin sprechen Schwankungen der zirkadianen und saisonalen Rhythmik dafür, daß die Tages- und Jahresstrukturierung bei depressiven Patienten nicht funktioniert und somit eine Lebensplanung entweder nicht vorhanden ist, ineffizient ist oder keine Perspektiven eröffnet. Solche Schlußfolgerungen könnten einen weiteren Beitrag für neue Therapieperspektiven für die Zukunft eröffnen, wenn Patienten eine für ihr weiteres Leben aussichtsreichere Strukturierung ihres Tagesablaufes und Lebensperspektiven entstehen würden, was meines Erachtens z. B. berufliche, spezielle auf depressive Patienten abgestimmte Weiterbildungsmaßnahmen mit einschließen sollte, so daß sich begründete Hoffnung auf reale Zukunftsperspektiven aus der Therapie ergeben.

Dieses sollte meines Erachtens nicht nur weiter exploriert und repliziert werden, sondern dürfte eventuell auch das grundlegende Verständnis für die Entstehung dieser Störung vertiefen. Da beide Faktoren Zeitfaktoren darstellen, liegt die Vermutung daher nahe, daß die Entstehung von Depression bei einigen Patienten etwas damit zu tun haben könnte, daß eine Entkoppelung ihres Lebenslaufes von ihrem Lebensfluß stattgefunden haben könnte, so daß diese daher für die Zeitfaktoren besonders vulnerabel wurden. Dieser Idee konnte jedoch leider im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht weiter nachgegangen werden.

6.8.2.3 Mögliche Ursachen für Fehlerquellen

Als kritisch anzumerken ist hierbei, daß die Festsetzung des Erstauftretens einer Depression schwierig zu bestimmen und nur schlecht zu schätzen, da eine erste depressive Phase oftmals nicht als solche erkannt wird, z. B. weil diese nicht abrupt sondern langsam und schleichend einsetzt, ihr (deswegen) kein Krankheitswert zugeschrieben wird, nicht behandelt wurden oder einfach vergessen wurde. Schätzungsweise ein Drittel aller Patienten haben Schwierigkeiten beim Erinnern der genauen Anzahl und Länge ihrer depressiven Phasen [103]. Dies dürfte vor allem beim Keller-Rating zutreffen, welches diese über sehr lange Zeiträume rückwirkend erfragt.

Häufigkeitsangaben für Major Depression differieren auch in Abhängigkeit von der verwendeten Diagnostik. So zeigen Henderson et al. (1993) auf, daß die Prävalenz depressiver

Erkrankungen im höheren Lebensalter unter Anwendung der ICD-10-Kriterien bei 2,9% im Vergleich zu 0,4% bei Anwendung der DSM-III-R-Kriterien liegen [85].

Dazu kommt, daß die Interpretation der gefundenen Ergebnisse nicht unbedingt eindeutig ist. So braucht eine Zunahme der Depressionsrate dann keinen oder nur einen geringen Einfluß auf die Prävalenzrate zu haben, wenn diese nur von zeitlich geringer Dauer war.

Angst et al. (1997) schätzen, daß ungefähr die Hälfte aller Menschen mit Major Depression in der Gesellschaft psychiatrische Hilfe wegen ihrer Depression in Anspruch nimmt. Somit ist keine der nicht-naturalistisch angelegten Studien so, daß sie repräsentative Schlußfolgerungen über den wahren Verlauf der Erkrankung in der Bevölkerung zuläßt. Das Problem, daß es sich immer um selektive Stichproben handelt, wird noch dadurch verschärft, daß nur diejenigen Patienten in psychiatrische Behandlung kommen, für die dieses Setting aus Institution, Psychiater, Miterkrankten und den diversen Vorteilen hinsichtlich der Versorgungsaspekte einen positiven Wert darstellen. Denkbar ist, daß dieser Wert sehr unterschiedlich hoch für unterschiedliche Menschen in der Gesellschaft ist.

Zur Abschluß- und Eingangsuntersuchung hätte man bei den Persönlichkeitsfaktoren mit dem selben Instrument, entweder dem MMPI und MPI oder dem MPT durchführen können, so daß eine bessere Vergleichbarkeit und somit auch eine Verlaufsbeschreibung in diesen Variablen möglich gewesen wäre.

In dieser Diplomarbeit „sollten“ alle Tests mit Rohwerten gerechnet werden. Jedoch sollte aus statistischen Gründen überlegt werden, ob eine Z-Transformierung nicht sinnvoll wäre. Dies erscheint vor allem hinsichtlich der T-Tests sinnvoll und auch eine T-Transformierung der MMPI-Rohdaten, um so die Patientendaten mit denen aus der Population, bzw.

Referenzstichprobe vergleichen zu können und nicht nur zwischen den Subgruppen der Rückfallpatienten bzw. Nichtrückfallpatienten oder innerhalb der Patientenstichprobe, was auch mit Rohdaten sehr gut geht. Weiterhin ist zu überlegen, ob nicht die hochsignifikante Korrelation in der Prädiktoranalyse mit der MMPI-Lügenskala die Validität aller Meßwerte als unsicherer zu bewerten lassen muß, geht man von einer Übertragbarkeit des Patientenverhaltens auf alle anderen hier verwendeten Tests aus.

Nicht untersucht wurden Supressoreffekte in den Prädiktoranalysen, da dies den Rahmen dieser Diplomarbeit überschritten hätte, welche vermutlich jedoch noch weitere interessante neue Zusammenhänge eröffnet hätten.

7. Zusammenfassung

Bislang gibt es nur wenige Langzeitstudien der Depression über Zeiträume von mehreren Jahren. Mit der vorliegenden Arbeit wurde der Verlauf über einen Zeitraum von zehn Jahren nach einer stationären Behandlung der Depression beobachtet und mögliche Prädiktoren des Verlaufs der depressiven Erkrankung an einer Stichprobe von N=50 Patienten untersucht. Dabei wurde festgestellt, daß die Hälfte der Patienten innerhalb dieser zehn Jahre nach der Entlassung aus der Indexepisode mindestens einen Rückfall erlitten hatten. Als prädiktiv für Rückfälle im Zehn-Jahres-Zeitraum erwiesen sich in den Panelanalysen der gesamten Stichprobe die partnerbezogene Variable des PFB-Summenwertes (aus der Sicht des Patienten) über den BDI-Gesamtwert (der Angehörigen). In der Prädiktoranalyse für eine Prädiktion der Rezidive erwiesen sich das Angehörigenalter, die PFB-Subskala Zärtlichkeit (aus Sicht der Patienten) sowie Schlafstörungen (gemäß BDI) und somatisierte Angst (gemäß HAMD) als bedeutsam für den Langzeitverlauf der Depression. Für die Prädiktion von Remissionen scheinen dabei mehrere Variablen, diese jedoch weniger spezifisch, wirksam zu sein, wie einige Einzelsymptome gemäß BDI und HAMD, desweiteren die Zahl der früheren depressiven Episoden, geringer ausgeprägte Merkmale der Hypochondrie, der sozialen Introversion und der Maskulinität, sowie geringere Belastungen durch Life Events, außerdem die Depressivität des Angehörigen (gemäß BDI) und das von den Patienten wahrgenommene Streitverhalten ihrer Partner. In den Mittelwertsunterschieden scheinen sich die Rückfallpatienten von den Nichtrückfallpatienten vor allem in den Variablen „saisonale affectige disorder“, dem Partnerschaftsstatus, den Persönlichkeitsvariablen Hypochondrie und Psychasthenie, sowie in der Häufigkeit und Schwere der Bewertung einiger Life Events zu unterscheiden. Entsprechend der formulierten 1. Hypothese fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rückfallhäufigkeit, bzw. der Anzahl an Episoden und der Gesamtepisodenlänge nur für die Subgruppen der Patienten, nämlich für Frührentner und besonders unglückliche Patienten. Bezüglich der 2. Hypothese wurde ein schwacher Zusammenhang von „Tonfall Kritik“ mit der Gesamtückfalldauer im Katamnesezeitraum festgestellt, zudem mit anderen Expressed-Emotions-Variablen bei weiblichen Patienten, bei eher glücklichen Patienten (gemäß dem Terman-Item) und solchen Patienten, die noch mit dem Partner aus der Zeit der Indexepisode zusammen lebten. In bezug auf die 3. Hypothese konnte das Vorhandensein eines chronobiologischen Faktors in den Variablen des Keller-Ratings dargestellt werden. Hinsichtlich der Hypothese 4 fanden sich einige Unterschiede zwischen mehrfach und erstmals depressiv erkrankten Patienten, so z. B. in der Kritik, im

"Tonfall Kritik", im Familienstand, in der Rigidität (gemäß MPT) und der Depressivität (gemäß HAMD). Insbesondere die Unterschiede in den Strukturmodellen zwischen Rückfall- und Nicht-Rückfall-Patienten, sowie der nachgewiesene chronobiologische Faktor lassen Implikationen für die weitere Forschung und die therapeutische Praxis denkbar erscheinen.

8. Anhang

Tabelle 4: Deskriptive Kennwerte klinischer Variablen der Katamnese- und Anamnese-Interviews

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Schweregrad d. Erkrankung des Patienten (CGI)	50	2.5	.88	2-5
Keine Angabe	18			
Überhaupt nicht (2)	22			
Grenzfall psych. Erkrank. (3)	6			
Nur leicht (4)	2			
mäßig krank (5)	2			
Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI)	50	2.76	1.37	2-7
Keine Angabe	16			
Zustand sehr viel besser (2)	23			
Zustand viel besser (3)	4			
Zustand nur wenig besser (4)	3			
Zustand ist unverändert (5)	1			
Zustand etwas schlechter (6)	3			
Zustand ist viel schlechter (7)	1			
Kritikstärke des Partners des Patienten	50	4.5	2.59	1-10
Keine Angabe	18			
1	4			
2	5			
3	4			
4	3			
5	6			
6	3			
7	3			
9	3			
10	1			
Einschätzung des Patienten bzgl. Glück in Ehe / Partnerschaft	50	3.16	1.67	0-5
Keine Angabe	18			
0	5			
1	1			
2	2			
3	6			
4	12			
5	6			
SKIDI1-Diagnose zum Interviewzeitpunkt	50			
Keine Angabe	42			
Major Depression	2			
MDD leicht	1			
MDD mittel	1			
Narzistische PS	2			
Rezidivierend depressive PS	1			
Zwanghafte PS	1			

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Psychotherapeutische Behandlung	50	0.5	0.51	0-1
Keine Angabe	20			
ja	15			
nein	15			
Jahreszeit des Entlassungsdatums	50	0.35	0.5	0-1
Keine Angabe	12			
1+4 (Winter)	23			
2+3 (Sommer)	15			

Tabelle 5: vom Patienten selbstbenannte Rückfälle

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Gesamt-Rückfalldauer	50	545.64	664.1	29-2404
a) Nicht-Rückfallpatienten:	6	166.5 Tage	197.91	29-425
Keine Angabe	3			
Tage: <100	2			
101<200	1			
<200	1			
b) Rückfallpatienten:	10	762.29 Tage	753.84	152-2404
Keine Angabe	3			
Tage: <100	0			
101<200	1			
<200	6			
1. Rückfall Dauer/Tage	11	171.1	162.22	29-487
2. Rückfall Dauer/Tage	8	133.25	162.68	31-516
3. Rückfall Dauer/Tage	6	126.5	72.76	31-243
4. Rückfall Dauer/Tage	5	165	218.26	31-549
5. Rückfall Dauer/Tage	2	45.5	20.51	31-60
6. Rückfall Dauer/Tage	2	213.5	258.8	31-396
7. Rückfall Dauer/Tage	2	260	323.85	31-489
8. Rückfall Dauer/Tage	1	31		
9. Rückfall Dauer/Tage	1	401		
Rückfallzeit über 1 Jahr	50	0.13	0.34	
Keine Angabe	7			
Unter /gleich 1 Jahr (365 T.)	38			
Über 1 Jahr	5			
Gesamtanzahl der Rückfälle	50	3.31	2.52	1-9
Keine Angabe	34			
1	6			
2	1			
3	2			
4	4			
7	2			
9	1			
Gesamtrückfallzeit/Tage	50	545.6	664.1	29-2404
Keine Angabe	39			
Tage: <100	2			
101<200	3			
201<300	0			
301<400	1			

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
401<500	2			
501<600	0			
<601	4			

Tabelle 7: Episoden und Chronifizierungen

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Anzahl der Episoden bis T1	50	1.98	2.74	0-10
Keine Angabe	9			
0	15			
1	12			
2	3			
3	3			
4	3			
6	1			
8	1			
9	2			
10	1			
Anzahl der Episoden aus Katamnesezeitraum eRK	50	0.98	1.65	1-8
Keine Angabe	12			
0	13			
1	17			
2	2			
3	3			
4	1			
7	1			
8	1			
Anzahl der Episoden aus Katamnesezeitraum wRK	50	1.36	2.2	1-11
Keine Angabe	12			
0	6			
1	21			
2	5			
3	2			
5	2			
10	1			
11	1			
Mehr als 1 Episode aus T0	50	0.34	0.48	0-1
Keine Angabe	9			
1 Episode	27			
Mehr als 1 Episode	14			
Anzahl Chronifizierungen Retrospektiv eRK	50	0.08	0.28	0-1
Keine Angabe	12			
Keine Chronifizierung, da weniger als 24 Monate	23			
Alle Werte unter 5 Chronifizierung	13			
	2			
Anzahl Chronifizierungen Retrospektiv wRK	50	0.22	0.42	0-1
Keine Angabe	12			
	25			

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Keine Chronifizierung, da weniger als 24 Monate Alle Werte unter 3 Chronifizierung	6 7			
Mehr als 1 Episode aus Katamnese eRK Keine Angabe 0 1	50 12 31 6	0.12	0.48	0-1
Mehr als 1 Episode aus Katamnese wRK Keine Angabe 0 1	50 12 27 11	0.22	0.37	0-1
Mehr als 1 Episode gesamt eRK 0 1	50 27 23	0.46	0.5	0-1
Mehr als 1 Episode gesamt wRK 0 1	50 21 29	0.58	0.5	0-1
Gesamtepisodendauer Mon. Katamnesezeitraum eRK	50	9	10.79	1-42 Monate
Gesamtepisodendauer Mon. Katamnesezeitraum wRK	32	41.31	44.02	2-134 Monate
Gesamtepisodenanzahl eRK	50	2.6	3.42	0-14 Monate
Gesamtepisodenanzahl wRK	50	2.98	3.09	0-12 Monate

6 eRK: enges Rückfallkriterium
7 wRK: weites Rückfallkriterium

Tabelle 8: Episodenlänge und –abstände bei engem Rückfallkriterium

Episoden (in Monaten) enges Rückfallkriterium – cut off: Keller-Rating Score=5				
Variable	Häufigkeit	Mittelwert / Monate	SD / Monate	Range / Monate
Episodenlänge letzte Episode	15	6.73	11.3	1-42
Episodenlänge 2. letzte Epis.	8	3.25	1.83	1-6
Episodenlänge 3. letzte Epis.	6	5.67	5.05	2-15
Episodenlänge 4. letzte Epis.	3	3.33	0.58	3-4
Episodenlänge 5. letzte Epis.	2	4	0	
Episodenlänge 6. letzte Epis.	2	2.5	0.71	2-3
Episodenlänge 7. letzte Epis.	2	1	0	
Episodenlänge 8. letzte Epis.	1	3		
Abstand zw. 1. – 2. letzt. Epis.	8	17.25	14.66	5-44
Abstand zw. 2. – 3. letzt. Epis.	6	18.67	17.66	2-50
Abstand zw. 3. – 4. letzt. Epis.	3	15.33	8.14	6-21
Abstand zw. 4. – 5. letzt. Epis.	2	15.5	13.44	6-25
Abstand zw. 5. – 6. letzt. Epis.	2	4.5	0.71	4-5
Abstand zw. 6. – 7. letzt. Epis.	2	6.5	4.95	3-10
Abstand zw. 7. – 8. letzt. Epis.	1	3		
Mittlere Episodenlänge	25	4.98	8.17	1-42
Mittlerer Abstand zwischen 2	8	15.7	13.26	5-47

Episoden				
----------	--	--	--	--

Tabelle 9: Episodenlänge und -abstände bei weitem Rückfallkriterium

Episoden (in Monaten) weites Rückfallkriterium – cut off: Keller-Rating Score=3				
Variable	Häufigkeit	Mittelwert / Monate	SD / Monate	Range / Monate
Episodenlänge letzte Episode	19	24.63	37.76	1-119
Episodenlänge 2. letzte Epis.	11	4.18	4.31	1-12
Episodenlänge 3. letzte Epis.	6	1.83	2.04	1-6
Episodenlänge 4. letzte Epis.	4	4.75	4.79	1-11
Episodenlänge 5. letzte Epis.	4	9.75	12.74	1-28
Episodenlänge 6. letzte Epis.	2	1		
Episodenlänge 7. letzte Epis.	2	1		
Episodenlänge 8. letzte Epis.	2	1		
Episodenlänge 9. letzte Epis.	2	1		
Episodenlänge 10. letzte Epis.	2	11	14.14	1-21
Episodenlänge 11. letzte Epis.	1	2		
Abstand zw. 1. – 2. letzt. Epis.	12	30.33	39.33	1-113
Abstand zw. 2. – 3. letzt. Epis.	6	7.5	7.71	1-21
Abstand zw. 3. – 4. letzt. Epis.	4	4.5	4.51	1-11
Abstand zw. 4. – 5. letzt. Epis.	4	12	8.41	1-21
Abstand zw. 5. – 6. letzt. Epis.	2	6.5	7.78	1-12
Abstand zw. 6. – 7. letzt. Epis.	2	6	7.07	1-11
Abstand zw. 7. – 8. letzt. Epis.	2	6	7.07	1-11
Abstand zw. 8. – 9. letzt. Epis.	2	6	7.07	1-11
Abstand zw. 9.–10. letzt. Epis.	2	6	7.07	1-11
Abstand zw. 10–11. letzt. Epis	1	10		
Mittlere Episodenlänge	31	18.55	30.54	1-119
Mittlerer Abstand zwischen 2 Episoden	12	24.77	32.33	1-113

Tabelle 11: HamD

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Depressive Stimmung	39	0.72	1.19	0-4
Schuldgefühle	39	0.31	0.69	0-2
Suizidgedanken	39	0.33	0.96	0-4
Keine Angabe	11			
0	33			
1	3			
2	1			
4	2			
Einschlafstörung	39	0.41	0.75	0-2
Durchschlafstörung	39	0.31	0.66	0-2
Schlafstörung am Morgen	39	0.26	0.59	0-2
Arbeit und sonst. Tätigkeiten	39	0.54	1.0	0-4
Verlangsam. des Denkens	39	0.21	0.52	0-2
Erregung	38	0.21	0.62	0-3

Variable	Häufigkeit	Mittelwert	SD	Range
Angst – psychisch	39	0.31	0.61	0-2
Angst – somatisch	39	0.31	0.73	0-3
Gastrointestinale Symptome	39	0.05	0.22	0-1
Allg. körperliche Symptome	39	0.49	0.72	0-2
Genitalsymptome	39	0.24	0.54	0-2
Hypochondrie	39	0.21	0.57	0-2
Gewichtsverlust – Anamnese	39	0.08	0.35	0-2
Gewichtsverlust-in Klinik	0	0		
Krankheitseinsicht	36	0.03	0.17	0-1
Tagesschwankung schlimm Morgen/Abend	39	0.26	0.59	0-2
Tagesschwankung Stärke	24	0.42	0.72	0-2
Depersonalisation/ Derealisation	38	0.08	0.27	0-1
paranoide Symptome	39	0.03	0.16	0-1
Zwangssymptome	39	0.15	0.43	0-2
HAMD Gesamtwert	39	5.26	8.37	0-38

Literatur:

- [1] Albersnagel, F., Emmelkamp, M.G., Hoofdacker, R., 1993, Depression, Verlag für angewandte Psychologie
- [95] Alexopoulos GS, Chester JG., 1992, Outcomes of geriatric depression., Clin Geriatr Med., 8:363-376.
- [100] George S. Alexopoulos, Barnett S. Meyers, Robert C. Young, Balu Kalayam, Tatsuyuki Kakuma, Michelle Gabrielle, Jo Anne Sirey, James Hull, 2000, Executive Dysfunction and Long-term Outcomes of Geriatric Depression, Arch Gen Psychiatry 57:285-290
- [2] Allison, Paul, 1998, Survivalanalyses using the SAS-system, SAS-Institute
- [3] Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A., Yerevanian, B.I., 1983, The relationship of personality to affective disorders. A critical Review, Archives of General Psychiatry, 40: 801-810
- [4] Akiskal, H.S., King, D., Rosenthal, T.L., Robinson, D., Scott-Strauss, A., 1981, Chronic depressions. Part1. Clinical and familial characteristics in 137 Proband. Journal of affective disorders 3: 297-315
- [5] G. Andrews, M. Neilson, C. Hunt, G. Stewart, L.G. Kiloh, Diagnosis, Personality and the Long-Term Outcome of Depression, 1990, British Journal of Psychiatry, 157, 13-18.
- [6] Angst, J., 1988, Risikofaktoren für den Verlauf affektiver Störungen, in: D.v.Zerssen und H.J. Möller, Affektive Störungen, 1988, Springer Verlag S. 99-108**
- [7] Angst, J., 1989, Der Verlauf schizoaffektiver Psychosen in: Marneros, A., Schizoaffektive Psychosen, 1989, Springer Verlag. S. 47-53.
- [8] Angst, J, 1994, Recurrent brief depression, in: Hippus, H. und Stefanis, C. Research in mood disorders: an update. Hogrefe&Huber Publishers 1994 S. 17-30
- [9] Angst, J. & Frey, R., 1977, Die Prognose endogener Depressionen jenseits des 40. Lebensjahres, Nervenarzt 48: 571-574.

- [10] Angst, J., 1987, Verlauf der affektiven Psychosen. In: K.P.Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hg.): Affektive Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 5.3., Springer Verlag. 115-133.
- [11] Angst, J. Kupfer, D.J. Rosenbaum, J.F., 1996, Recovery from depression: risk or reality, *Acta Psychiatrica Scandinavia* 93: 413-419.
- [12] Angst, J. & Dobler Mikola, A., 1985, The Zürich Study: a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes, IV. Recurrent and nonrecurrent brief depression. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234, 408-416.
- [13] Angst, J. 1986, The course of affective disorders, *Psychopathology* 19: suppl. 2, 47-52
- [14] Angst, J., 1990 Natural history and epidemiology of depression. Result of community studies. In: Cobb, J., Goeting N.L.M. (eds) current approaches. Prediction and treatment of recurrent depression. *Duphar Mecial Relations*, Southhampton 1-11.
- [15] Angst, J., 1988, Clinical course of Affective disorders. In: Helgason, T. Daly, R.J. (eds) *Depressive illness: Prediction of course and outcome*. Springer Verlag 1-44.
- [16] J. Angst, K. Merikangas, 1997, The depressive spectrum: diagnostic classification and course, *Journal of affective disorders* 45 31-40.
- [17] Reiner Bastine, Brunna Tuschen, 1996, in: *Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie II, Kapitel: Klinisch-Psychologische Diagnostik*
- [18] Bastine, R., 1990, *Klinische Psychologie, Band I (2. Aufl.) Kohlhammer Verlag*.
- [101] U. Bayen, G. Haag, K. Wiech, 1999, in: *Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie III, Kapitel: Alter*
- [98] Bebbington PE, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha, T, Farrell M, Meltzer H., 1998, The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity, *Psychol Med.*, 28:9-19.
- [19] Beck Depressionsinventar BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), 1995, dt. Fassung von Hautzinger, Martin, 2. überarbeitete Auflage, HuberVerlag
- [20] Bleuler, E., 1916, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer Verlag
- [21] Bronisch, T., Wittchen, H.-U., Krieg, C., Rupp, H.U. & von Zerssen, D., 1985, Depressive neurosis: A long-term prospective and retrospective follow-up-study of former inpatients, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 71: (3) 237-248.
- [22] Bronisch, Th., 1985, Verlauf und Outcome ehemals stationär behandelter neurotischer Patienten unter besonderer Berücksichtigung von Indexaufnahme, während Indexbehandlung

und im Katamneseintervall. In: Wolfersdorf, M., Wohlt, R., Hole, G. (Hrsg.)
Depressionsstationen. Erfahrungen, Probleme und Untersuchungsergebnisse bei der
Behandlung stationärer depressiver Kranker. Roderer Verlag, 105-122.

[23] CIPS, Fremdbeurteilungs-Skala "Clinical Global Impressions" CGI (1986).
Internationale Skalen der Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum.
Weinheim: Beltz Verlag.

[24] Coryell, W., Endicott, J. Winokur, M.D., 1992, Anxiety syndromes as epiphenomena of
primary major depression: Outcome of a familial psychopathology. American Journal of
Psychiatry 149: 100-107

[25] Coryell, W. & Winokur, G., 1992 Course and outcome. In: E. S. Paykel (ed.): Handbook
of affective disorders. 2. edition. Edingborough: Churchill Livingstone. 89-108.

[26] Coryell, W., Tsuang, M.T., 1985, Major Depression with Mood congruent or Mood
Incongruent Psychotic Features: Outcome after 40 years, American Journal of Psychiatry
142:4, S. 479-482

[27] Jill M. Cyranowski, Ellen Frank, Elizabeth Young, M.Katherine Shear, 2000,
Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression, Arch Gen
Psychiatry 57:21-27

[28] Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., 1991, ICD-10, Verlag Hans Huber,

[29] Dogan, C., Lee, A., Murray, R., 1991, do different subtypes of hospitalized depressives
have different long-term outcomes? Archives of Gen. Psychiatry 48: 308-312.

[30] Esquirol, J.E.D, 1968, Von den Geisteskrankheiten, Huber Verlag

[31] Eysenck, Jürgen, Das Maudsley Personality Inventory (1959), Verlag für Psychologie –
Hogrefe

[32] Faravelli, C., Ambonetti, A., Pallanti, S., Pazzagli, A., 1986, Depressive relapses and
incomplete recovery from index episode. American Journal of Psychiatry, 143: (7) 888-891.

[33] Fiedler, Backenstraß, Kronmüller, Mundt, 1998, Eheliche Interaktion und das
Rückfallrisiko depressiver Patienten - Eine Strukturanalyse ehelicher Beziehungsmuster
mittels SASB, Verhaltenstherapie 1998; 8:4-1.3

- [34] Fiedler, Leeb, Ernst, Kohlhoff&Mundt, 1994, "Verdeckte Kritik" als "Expressed Emotion" (EE) in der Partnerschaft depressiver Patienten: Eine Konstruktvalidierung mittels SASB, Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 52-60.
- [35] Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997, SKID-II, Hogrefe-Verlag, Göttingen
- [102] Gallo J.J., Anthony J.C., Muthen B.O., 1994, Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analyses. Journal of Gerontology 49: 251-264
- [36] C, Gerlsma, W.W. Hale, 1997, Predictive power and construct validity of the level of expressed emotion scale, British Journal of Psychiatry, 170, 520-525.
- [37] Goodwin, F., & Jamison, K., 1990, Manic-depressive illness, Oxford University Press
- [38] Greene, William H., 1977, Econometric Analyses, Prentice-Hall Inc.
- [39] Guze, S.B., & Robins, E., 1970, Suicide and primary affective disorders, British Journal of Psychiatry 117: 437-438.
- [40] Hahlweg, 1996, Partnerschafts-Fragebogen, Hogrefe, Göttingen.
- [41] Kurt Hahlweg 1996 in: Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie I, Kapitel: Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen
- [42] W. W. Hale, J.H.C. Jansen, A.L. Bouhuys, J.A. Jenner, R.H. van den Hoofdakker, 1997, Non-verbal behavioural interactions of depressed patients with partners and strangers: the role of behavioural social support and involvement in depression persistence, Journal of affective disorders 44 111-122.
- [43] HAMD (Hamilton, 1986).
- [44] MMPI Saarbrücken, S.R. Hathaway, I.C. McKinley und Dt. Bearbeitung von R. Engel
- [45] Martin Hautzinger, 1997 in: Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie II, Kapitel: Affektive Störungen
- [46] H. Hayhurst, Z. Cooper, E.S. Paykel, S. Vearnals, R. Ramana, 1999, Expressed emotion and depression, British Journal of Psychiatry, 439ff.
- [47] A. Heerlein, P. Richter, M. Gonzales, J. Santander, 1998, Psychopathology, 31: 15-22.
- [48] Hooley, J.M. & Teasdale, J. D., 1989: Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism, Journal of Abnormal Psychology, 98, 229-235.
- [49] Huber, Gerd, 1999, Psychiatrie - Lehrbuch, 6. Auflage, Schattauer Verlag

- [50] L.L. Judd, H. S. Akiskal, J.D.Maser, P.J.Zeller, J. Endicott, W. Coryell, M.P. Paulus, J.L. Kunovac, A.C. Leon, T.I. Mueller, J.A. Rice, M.B. Keller, 1998, A prospective 12-Year-Study of subsyndromal and syndromal depressive Symptoms in unipolar major depressive disorders, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 55: 694-700.
- [51] L.L. Judd, H. S. Akiskal, M. P. Paulus, the role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder, *Journal of affective disorders* 45 5-18.
- [52] Keller, F., Wolfersdorf, M. Hautzinger, M. & von Nostiz, E., 1992, Rückfall bei Depressiven im Jahr nach Entlassung: Erfassungsprobleme, Methoden und Ergebnisse. In: Steiner, B., Keller, F.&Wolfersdorf, M. (Hg.): *Katamnese-Studie in der Psychiatrie*. Göttingen: Hogrefe. 1-20.
- [53] Keller, M.B., Lavori, P.W., Coryell, W., Rice, J., & Hirschfeld, R.M.A., 1986, The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 143, 24-28.
- [54] M.B. Keller, J. B. Robert, Implications of Failing to Achieve Successful Long-Term Maintenance Treatment of Recurrent Unipolar Major Depression, 1998, *Biological Psychiatry*, 44: 348-360.
- [55] M.B. Keller, R.M.A. Hirschfeld, D. Hanks, 1997, Double depression: a distinctive subtype of unipolar depression, *Journal of affective disorders* 45 65-73.
- [105] Keller, M.B., Hanks, D.L. 1994, The natural history and heterogeneity of depressive disorders: implications for rational antidepressant therapy, *Journal of Clinical Psychiatry* 55:9 (supplA): 25-31
- [106] Martin B. Keller, MD and Eileen Nielson, M.A., May 1989, Longitudinal Interval Follow Up Evaluation (LIFE)
- [56] K. S. Kendler, E.E. Walters, R.C. Kessler, The prediction of length of major depressive episodes: results from an epidemiological sample of female twins, 1997, *Psychological Medicine*, 27, 107-117.
- [99] Kiloh, L.G., Andrews, G., Nelson, M., 1988, The long-term outcome of depressive illness, *British Journal of Psychiatry* 153: 752-757.
- [57] Klerman, G.L., Weissman, M., 1992, The course, morbidity and costs of depression, *Arch Gen Psychiatry*, Vol 49, S. 831-834

- [58] Kronmüller, Backenstraß, Fiedler, Mundt, 1999, Zum Stand der Expressed-Emotion-Forschung bei affektiven Störungen, in: W. Hacker (Hrsg.): Bericht über den 41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Dresden 1998, Hogrefe, Göttingen.
- [59] C. Kühner, 1999, Gender differences in the short-term course of unipolar depression in a follow-up sample of depressed inpatients, *Journal of Affective Disorders* 56 127-139
- [60] G. Laux, 2000 in: H.J. Möller, G. , H.-P. Kapfhammer, *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2000, Springer Verlag S. 1099ff.
- [61] Leeb, Mundt, Fiedler, Ernst, Lober&Münzel, 1993, "Verdeckte Kritik" - ein neues Kriterium zur Bestimmung des Expressed Emotion Index nach dem Five-Minute Speech Sample bei Partnern depressiver Patienten, *Nervenarzt*, 64, 727-729.
- [62] Lehmann, H.E., Fenton, F.R., Deutsch, M., 1988, A 11-year follow-up of 110 depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 78: 57-65.
- [63] Lingjaerde, O, Foreland, A, Engvik, H., 2001, Personality structure in patients with winter depression, assessed in a depression-free state according to the five-factor model of personality, *Journal of affective disorders* 62 (2001) 165-174.
- [64] Five Minute Speech Sample (FMSS); MAGANA, GOLDSTEIN, KARNO & MIKLOWITZ, 1986; LEEB, HAHLWEG, GOLDSTEIN, FEINSTEIN, MÜLLER, DOSE & MAGANA, 1991; STARK & BUCHKREMER, 1992)
- [65] Magana, Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins&Falloon, 1986, A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients, *Psychiatry Research*, 17, 203-212.
- [66] Maj, M. 1994, Predictors of course of depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 7, 22-25.
- [67] MEL (Maier-Diewald et al. 1983)
- [68] Merikangas, K.R., Wicki, W., Angst, J., 1994, Heterogeneity of depression. Classification of depressive subtypes by longitudinal course. *British Journal of Psychiatry* 164: 342-348.
- [69] Michalak, E., Wilkinson, C., Hood, K., Dowrick, C., 2002, Seasonal and nonseasonal depression: how do they differ? Symptom profile, clinical and family history in a general population sample, *Journal of affective disorders* 69 (2002) 185-192.
- [70] H.J. Möller, A.Deister, 2000 in: H.J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer, *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2000, Springer Verlag S. 1008.

- [71] Mulder, R., 2002, personality pathology and treatment outcome in major depression: a review, *The American Journal of Psychiatry* 159: 359-371
- [72] Mundt, Chr., 1996, Möglichkeiten und Grenzen der Expressed Emotion-Erhebung, in: H. Sass (Hrsg.): *Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung*. Jena: Fischer.
- [73] C. Mundt, P. Fiedler, S. Ernst, A. Kohlhoff, 1994, Premorbid personality and observed marital interaction of endogenous depressive patients: first results, *Neurological Psychiatry Brain Research* 2: 81-86.
- [74] Murphy, E., 1983, The prognosis of depression in old age, *British Journal of Psychiatry* 142, 111-1119
- [75] Jane M. Murphy, Nan M. Laird, Richard R. Monson, Arthur M. Sobol, Alexander H. Leighton, 2000, A 40-Year Perspective on the Prevalence of Depression - The Stirling County Study, *Arch Gen Psychiatry* 57:209-215
- [94] Ramana, R. Paykel, E.S., Cooper, Z., Hayhurst, H., Saxty, M & Surtees, P.G., 1995: Remission and relapse in Major Depression: A two-year prospective follow-up-study. *Psychological Medicine*, 25, 1161-1170.
- [76] Reck, Backenstraß, Kronmüller, Sommer, Fiedler und Mundt, 1999, Kritische Lebensereignisse im 2-Jahresverlauf der "Major Depression", *Der Nervenarzt* 7-99
- [77] Riise, T & Lund, A., 2001, Prognostic factors in major depression: a long-term follow-up study of 323 patients, *Journal of affective disorders*, 65 (2001) 297-306
- [78] G. und J. Richter, 1995, *Komplexität von Depressivität*, Waxmann Publishing
- [96] Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., 1991, Comorbidity of unipolar depression: II. comorbidity with other mental disorders in adolescence and adults, *Journal of Abnormal Psychology*, 100 214-222.
- [79] Rounsaville, B.J., Sholomskas, D., Prusoff, B.A., 1980, Chronic mood disorders in depressed outpatients: diagnosis and response to pharmacotherapy, *Journal of Affective Disorder* 2: 73-88 (1980)
- [80] E. Roth, 1993, *Sozialwissenschaftliche Methoden*, 3. überarbeitete Auflage, Oldenbourg Verlag
- [81] Ruppe Andrea, 1996, *Langzeitverlauf bei Depressionen: psychopathologische Faktoren als Risikofaktoren und Prädiktoren*, Roderer Verlag

[104] C. D. Sherbourne, K. B. Wells, Course of Depression in patients with comorbid anxiety disorders, 1996, Journal of affective disorders 43(1997) 245-250.

[82] D.A. Solomon, M.B. Keller, C.L. Andrew, T.I. Mueller, M.T. Shea, M. Warshaw, J. D. Maser, W. Coryell, J. Endicott, Recovery from Major Depression - a 10-year prospective follow-up across multiple episodes, 1997, Arch Gen Psychiatry Vol. 54:1001-1006.

[84] Tyler Smith, and Besa Smith (2000), Department of Defense Center for Deployment Health Research, Naval Health Research Center, San Diego, CA, Survival Analysis And The Application Of Cox's Proportional Hazards, Modeling Using SAS, Paper 244-26 SUGI 2000

[83] Steiner, B., Wolfersdorf, M., Keller, F., 1992, Krankheitsverlauf bei wahnhaft depressiv Erkrankten. Der Einfluß von sozialen und klinischen Faktoren auf den poststationären Verlauf. fund Psych 6: 31-36.

[85] Volk, A. S., Travers H.-W., Neubig, H., 1998, Depressive Störungen, Kohlhammer Verlag

[86] Winokur, G., Morrison, J., 1973, The Iowa 500: follow-up of 225 depressives. British Journal of Psychiatry 123: 543-548

[87] G. Winokur, 1997, All roads leads to depression: clinically homogenous, etiologically heterogenous, Journal of affective disorders 45 97-108.

[88] Wittchen, H.-U. & Zerssen, D. von, 1987, Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Berlin: Springer.

[89] Wittchen, H.-U. Knäuper, B. Kessler R.C., 1994, Lifetime risk of depression. British Journal of Psychiatry 165 (suppl.26): 16-22.

[90] Wittchen, H.-U., Perkonigg, A., 1997 in: Enzyklopädie der Psychologie, Klinische Psychologie I, Kapitel: Epidemiologie psychischer Störungen

[91] Hans-Ulrich Wittchen, Henning Saß u. Michael Zaudig, 1997, DSM-IV deutsche Version, Hogrefe Verlag, Göttingen

[103] Wittchen, H.-U., Burke, J.D., Semler, G. Pfister, G., von Chranach, M. & Zaudig, M., 1989, Recall and dating of psychiatric symptoms. Archives of General Psychiatry, 46, 437-443.

[92] Wolfersdorf, M., 1992, Suizid als Ausgang psychischer Erkrankung. Zum Suizid psychisch Kranker während und nach stationärer Behandlung. In: Steiner, B., Keller, F.

**& Wolfersdorf, M. (Hrsg), Katamnese-Studie in der Psychiatrie. Hogrefe Verlag S.
133-157**

[93] von Zerssen, Münchner Persönlichkeitstest MPT, Hogrefe Verlag, Göttingen