

Psychoedukation bei Depressiven

Evaluation eines Psychoedukativen Zusatzmoduls bei stationär
behandelten Patienten
mit schwerer unipolarer Depression
unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsbewältigung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie im Fachbereich 3
- Erziehungswissenschaften -
der
Bergischen Universität-Gesamthochschule Wuppertal

vorgelegt von
Angela Mahnkopf
aus Remscheid

Wuppertal 2001

Danksagungen

Allen Patientinnen und Patienten
möchte ich für ihr Vertrauen und ihre Teilnahme an der Untersuchung danken.

Herrn Professor Dr. Hartmut Häcker
gilt mein besonderer Dank für seine Betreuung, Anregung und Beratung.

Herrn Professor Dr. Hans K. Rose und Herrn Dr. Ewald Rahn
bin ich dankbar für weiterführende und anregende Diskussionen.

Herrn Professor Dr. Klaus Windgassen danke ich dafür, daß er mir
großzügig Sonderurlaub gewährt hat.

Meinen ärztlichen Kollegen und dem therapeutischen Team
bin ich dankbar für die tatkräftige Unterstützung bei der Datenerhebung.

Ganz herzlichen Dank auch an
meine Tochter Rosa und an Clemens,
die mich während der Anfertigung dieser Arbeit
unterstützt, ermutigt und motiviert haben.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
I Theoretische Grundlagen und bisherige Ergebnisse	3
1 Psychoedukative Methoden in der Psychiatrie	3
1.1 Einführung	3
1.1.1 Definition	3
1.1.2 Zielsetzung psychoedukativer Programme	4
1.1.3 Klassifikation der psychoedukativen Programme	4
1.1.4 Anwendung psychoedukativer Ansätze in der Behandlung seelischer Störungen	5
1.1.5 Ergebnisse zu psychoedukativen Programmen bei schizophrenen Erkrankungen	6
1.2 Psychoedukative Elemente als Bestandteil psychotherapeutischer Depressionsbehandlung	6
1.2.1 Verhaltenstherapie	7
1.2.2 Kognitive Therapie	8
1.2.3 Interpersonelle Therapie	8
1.3 Rolle psychoedukativer Methoden im Gesamt der therapeutisch wirksamen Faktoren	9
1.3.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapieforschung	9
1.3.2 Veränderungserwartung	11
1.3.3 Therapiemotivation	12
1.3.4 Subjektive Krankheitstheorien und Complianceforschung	12
1.3.5 Einstellungsänderung durch die Gabe von Information	13
1.3.6 Ethische Überlegungen	14
1.4 Behandlungsstudien zu psychoedukativen Ansätzen bei affektiven Erkrankungen	15
2 Krankheitsbewältigung bei depressiven Erkrankungen	21
2.1 Einführung	21
2.1.1 Der Begriff der Bewältigung	22
2.1.2 Klassifikation von Bewältigungsprozessen	22
2.1.3 Messung von Krankheitsbewältigung	24
2.1.4 Krankheit als Belastung und damit verbundene Besonderheiten bei der Bewältigung	28
2.2 Studien zur Spezifität des Bewältigungsverhaltens depressiver Patienten	29
2.2.1 Begrenzungen der vorliegenden Untersuchung	33
2.3 Studien zur Veränderung des Bewältigungsverhaltens im Verlauf der depressiven Erkrankung	36
2.3.1 Studien, die sich mit Veränderungen über längere Zeiträume befassen	36

II

Inhaltsverzeichnis

2.3.2	Studien, die sich mit Veränderungen über kürzere Zeiträume befassen	38
2.4	Studien zum prädiktiven Wert des Bewältigungsverhaltens für den Verlauf depressiver Erkrankungen	39
3	Der Zusammenhang von Psychoedukation und Krankheitsbewältigung	47
3.1	Theoretische Ableitung des eigenen Untersuchungsansatzes	47
3.1.1	Zur Wirkung der Psychoedukation	47
3.1.2	Studien zur Psychoedukation und der Einfluß von Krankheitsbewältigung	50
3.1.3	Studien zur Krankheitsbewältigung und der Einfluß von Psychoedukation	52
3.2	Abgrenzung zu anderen möglichen Fragestellungen	53
3.3	Zusammenfassung der Fragestellung	54
II	Methodik und Patienten	56
1	Untersuchungsansatz	56
1.1	Ausgangssituation und Rahmenbedingungen	56
1.1.1	Der Kontext der Untersuchung: Die Fachstation für depressive Erkrankungen in der Stiftung Tannenhof	56
1.1.1.1	Vorgeschichte	56
1.1.1.2	Strukturelle Merkmale der Depressionsstation	57
1.1.1.3	Diagnostik und Dokumentation	58
1.1.2	Das Standardbehandlungsprogramm	58
1.1.2.1	Inhaltliches Konzept	58
1.1.2.2	Behandlungsphasen	58
1.1.2.3	Behandlungshaltung und Behandlungselemente der Standardbehandlung	59
1.1.3	Das psychoedukative Zusatzmodul	60
1.1.3.1	Behandlungshaltung im Rahmen des Psychoedukationsmoduls	60
1.1.3.2	Zeitlicher Ablauf	61
1.1.3.3	Erste Sitzung	61
1.1.3.4	Zweite Sitzung	63
1.2	Probleme und Vorzüge wissenschaftlicher Untersuchungen unter natürlichen Behandlungsbedingungen	65
1.3	Charakteristika des eigenen Ansatzes	67
2	Methodisches Design der Untersuchung	68
2.1	Die Kontrollgruppe: Das Standardbehandlungsprogramm als Kontrollbedingung	68
2.2	Die Experimentalgruppe: Das psychoedukative Zusatzmodul als unabhängige Variable	68
2.3	Therapeuten und Testleiter	69
2.4	Die Zielgrößen (abhängige Variablen)	69
2.5	Die Meßinstrumente	71

Inhaltsverzeichnis

2.5.1	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	71
2.5.2	„Wissenstest über Depression“ für Patienten	72
2.5.3	Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung	73
2.5.4	Liste antidepressiver Verhaltensweisen (ADV-L)	75
2.5.5	Hamilton-Depressions-Skala (HAMD)	76
2.5.6	Inventar depressiver Symptome (IDS-C)	77
2.6	Die Meßzeitpunkte	78
2.7	Hypothesen	79
2.7.1	Auswirkungen des Psychoedukativen Zusatzmoduls: Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe	79
2.7.1.1	Krankheitsbewältigungswerte nach der Behandlung (t2)	79
2.7.1.2	Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte	79
2.7.1.3	Krankheitswissen	80
2.7.1.4	Depressionswerte nach der Behandlung (t2)	81
2.7.1.5	Veränderungen der Depressionswerte	81
2.7.1.6	Subjektive Urteile zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	81
2.7.2	Untergruppen der Gesamtstichprobe: Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte	82
2.7.2.1	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit endogener und neurotischer Depression	82
2.7.2.2	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte (t1) zwischen Patienten mit sehr hohen Depressionswerten und Patienten mit weniger hohen Depressionswerten	82
2.7.3	Unterschiedliche Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung	83
2.7.3.1	Ausprägung der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Beginn der Behandlung und Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2	83
2.7.3.2	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte (t1) zwischen Respondern und Non-Respondern (nach HAMD- Werten)	83
2.7.3.3	Ausprägung der Variablen Rumination zu Behandlungsende (t2) und Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)	83
2.7.4	Prädiktorvariablen für Depressionswerte nach der Behandlung	84
2.7.4.1	Soziodemographische und klinische Variablen	84
2.7.4.2	Krankheitsbewältigungswerte zum Behandlungsbeginn	84
3	Patientenauswahl	84
3.1	Rekrutierungsphasen	84
3.2	Einschlußkriterien	84
3.3	Ausschlußkriterien	85
3.4	Information und Einverständniserklärung der Untersuchungsteilnehmer	85

Inhaltsverzeichnis

4	Abweichungen vom Untersuchungsplan	86
5	Stichprobenbeschreibung von Experimental- und Kontrollgruppe	87
5.1	Patientenaufnahme und Ausfallverhalten	87
5.2	Soziodemographische und klinische Charakteristika der Stichproben	87
6	Auswertung der Daten	89
6.1	Statistische Analyseverfahren	89
6.2	Interpretation signifikanter Unterschiede	90
6.3	Voraussetzungen der Analyseverfahren	90
III	Ergebnisse	92
1	Überprüfung der Voraussetzungen der Analyseverfahren	92
1.1	Überprüfung der Normalverteilung der untersuchten Variablen	92
2	Vergleich der Ausgangswerte der Experimental- und der Kontrollgruppe	94
2.1	Soziodemographische Charakteristika	94
2.2	Klinische Charakteristika	95
3	Ergebnisse der Veränderungsanalysen	98
3.1	Auswirkungen des psychoedukativen Zusatzmoduls: Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe	98
3.1.1	Krankheitsbewältigungswerte nach der Behandlung	98
3.1.2	Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte innerhalb der Experimental- und Kontrollgruppe	99
3.1.2.1	Darstellung der Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte für die Experimentalgruppe	99
3.1.2.2	Darstellung der Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte für die Kontrollgruppe	100
3.1.2.3	Vergleich der Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe	102
3.1.3	Krankheitswissen	103
3.1.4	Depressionswerte nach der Behandlung	105
3.1.5	Veränderungen der Depressionswerte innerhalb der Experimental- und Kontrollgruppe	106
3.1.5.1	Darstellung der Veränderungen der Depressionswerte für die Experimentalgruppe	106
3.1.5.2	Darstellung der Veränderungen der Depressionswerte für die Kontrollgruppe	107
3.1.5.3	Vergleich der Veränderungen der Depressionswerte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe	107
3.1.5.4	Subjektive Urteile zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	110
3.2	Untergruppen der Gesamtstichprobe: Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte	112

Inhaltsverzeichnis

3.2.1	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit endogener und neurotischer Depression	112
3.2.2	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Patienten mit sehr hohen Depressionswerten und Patienten mit weniger hohen Depressionswerten	113
3.3	Unterschiedliche Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung	115
3.3.1	Ausprägung der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Beginn der Behandlung und Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2	115
3.3.2	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Respondern und Non-Respondern (nach HAMD)	116
3.3.3	Ausprägung der Variablen „Rumination“ zu Behandlungsende (t2) und Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)	117
3.4	Prädiktorvariablen für Depressionswerte nach der Behandlung	118
3.4.1	Soziodemographische und klinische Variablen	118
3.4.2	Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn	121
IV	Diskussion	124
1	Charakteristika der Ausgangswerte der untersuchten Patientenstichprobe im Vergleich zu anderen Studien	124
1.1	Vergleich soziodemographischer Merkmale	124
1.2	Vergleich klinischer Merkmale	125
1.3	Vergleich der Depressionswerte bei Behandlungsbeginn	127
1.4	Vergleich der Krankheitsbewältigungswerte bei Behandlungsbeginn	127
2	Auswirkungen des Psychoedukativen Zusatzmoduls: Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe	130
2.1	Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigungswerte (ADV-L; Trierer Skalen)	130
2.2	Auswirkungen auf das Krankheitswissen (Wissenstest)	139
2.3	Auswirkungen auf die Depressionswerte (BDI-, HAMD-, IDS-C-Werte)	142
3	Untergruppen der Gesamtstichprobe: Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungsmaße	148
3.1	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit endogener und neurotischer Depression	148
3.2	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Patienten mit sehr hohen Depressionswerten und Patienten mit weniger hohen Depressionswerten	149
4	Unterschiedliche Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung	151

Inhaltsverzeichnis

4.1	Ausprägung der Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Beginn der Behandlung und Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2	151
4.1.1	Exkurs: Hautzingers Symptomhypothese (1990)	152
4.2	Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Respondern und Non-Respondern (nach HAMD)	153
4.3	Ausprägung der Variablen „Rumination“ zu Behandlungsende (t2) und Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)	155
5	Prädiktorvariablen für Depressionswerte nach der Behandlung (t2)	156
5.1	Soziodemographische und klinische Variablen	156
5.2	Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn	158
V	Zusammenfassung	161
	Literatur	166
	Anhang A Abkürzungsverzeichnis	
	Anhang B Einverständniserklärung Anschreiben für die Nachbefragung Beck-Depressions-Inventar Fragebogen zur Erkrankung Depression (Wissenstest) Trierer Skalen Liste antidepressiver Verhaltensweisen Hamilton-Depressions-Skala Inventar depressiver Symptome	
	Anhang C Tabelle 1: Reliabilität Wissenstest über Depression Tabelle 2a: Korrelationen der Krankheitsbewältigungswerte Experimentalgruppe Tabelle 2b: Korrelationen der Krankheitsbewältigungswerte Kontrollgruppe Tabelle 3a: Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerte und Prä-Post-Depressionswerte endogene Depressionen Tabelle 3b: Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerte und Prä-Post-Depressionswerte reaktiv-neurotische Depressionen	

Einleitung

Die große Resonanz auf unser Angebot psychoedukativer Angehörigengruppen in der Fachstation für depressive Erkrankungen, zahlreiche Studien, die die Wirksamkeit psychoedukativer Programme bei schizophrenen Patienten belegten, sowie erste Erfahrungsberichte über psychoedukative Programme für depressive Patienten führten Mitte der neunziger Jahre zu dem Vorhaben, ein psychoedukatives Zusatzmodul für depressive Patienten zu entwickeln und praxisbegleitend wissenschaftlich zu evaluieren.

Ziel des psychoedukativen Programms sollte sein, depressive Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen, ihre Compliance bei der medikamentösen Langzeitbehandlung zu verbessern, ihr Wissen über ihre Erkrankung zu vergrößern und mehr Verständnis und Akzeptanz für die erforderlichen Behandlungsschritte zu erreichen. Als längerfristiges Ziel wurde angestrebt, durch die bewußte und überzeugte Mitwirkung der Patienten an ihrer Therapie bessere Langzeitbehandlungserfolge zu erreichen.

Unabhängig vom Forschungsfeld Psychoedukation hatten sich zunächst in den USA, seit den neunziger Jahren auch in Deutschland verschiedene Studien mit dem Zusammenhang von Stress, Coping und Depression beschäftigt. Sie untersuchten die Fragestellung, welche depressionsspezifischen Krankheitsbewältigungsmuster identifiziert werden können und welchen mittel- und längerfristigen Einfluß diese auf den Verlauf depressiver Erkrankungen ausüben.

Da ein Ziel psychoedukativer Programme die Verbesserung der Copingfähigkeiten der Patienten ist, lag es nahe, die beiden Themenbereiche Psychoedukation und Krankheitsbewältigung in ihrer Wechselwirkung zu betrachten und den Effekt psychoedukativer Programme auch auf die Krankheitsbewältigungsmuster bei depressiven Patienten zu untersuchen.

Die vorliegende Untersuchung möchte zur Klärung dieser Fragestellung beitragen. Die Studie wurde unter natürlichen Behandlungsbedingungen in einer Versorgungsklinik mit den damit verbundenen methodischen Einschränkungen und dem gleichzeitigen Vorteil hoher Praxisnähe an stationär behandelten unipolar depressiven Patienten durchgeführt.

Das von uns eingesetzte psychoedukative Programm wurde als ein eigenständiges Modul im Rahmen eines integrierten Gesamtbehandlungskonzepts entwickelt. Hauptziel der Untersuchung ist, die Wirkung dieses Programms auf die Krankheitsbewältigung, auf das Krankheitswissen, auf die Compliance und auf den kurz- und mittelfristigen Verlauf der Depression zu bestimmen. Nur mittelfristig werden die Effekte des Psychoedukativen Programms auf die subjektiven Urteile zum Krankheitsverlauf und zur Behandlung untersucht.

Da bei Studienbeginn nur wenige Untersuchungen im deutschen Sprachraum zur Krankheitsbewältigung depressiver Patienten vorlagen, sollte im weiteren untersucht werden, welche Unterschiede einzelne Subgruppen der Gesamtstichprobe hinsichtlich der Krankheitsbewältigungswerte aufweisen, welche Auswirkungen unterschiedliche Krankheitsbewältigungswerte bei Behandlungsbeginn auf den Krankheitsverlauf haben und welche Prädiktoren des Behandlungsverlaufs bestimmt werden können.

Im ersten Abschnitt des theoretischen Kapitels der Arbeit werden psychoedukative Verfahren bei depressiven Patienten dargestellt, im zweiten Abschnitt wird der Stand der Krankheitsbewältigungsforschung bei dieser Patientengruppe referiert. Im Anschluß daran wird ein integrativer Ansatz beider Forschungsschwerpunkte theoretisch hergeleitet und die Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung im Detail entwickelt.

Im methodischen Teil wird das psychoedukative Programm mit seinen Besonderheiten dargestellt und das Studiendesign mit Meßinstrumenten, Hypothesen und Patientenauswahl beschrieben. Es folgen die Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion.

I Theoretische Grundlagen und bisherige Ergebnisse

1 Psychoedukative Methoden in der Psychiatrie

1.1 Einführung

Psychoedukative Behandlungsverfahren wurden ursprünglich in der Verhaltensmedizin entwickelt und fanden rasch in der Psychosomatik und in der Psychiatrie Verbreitung. Bei schizophren erkrankten Patienten wurde diese Behandlungsform zunächst eingesetzt, um die Compliance für die medikamentöse Behandlung zu erhöhen. Durch Information und Aufklärung über ihre Erkrankung sollten die Patienten mehr Verständnis und Akzeptanz für die Medikation, aber auch für ergänzende Behandlungsmaßnahmen entwickeln. Ergänzende Maßnahmen sollten die Bewältigungsfähigkeiten der Patienten fördern und ihre Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten verbessern. „Psychoedukative Behandlungsverfahren stellen ein zentrales Bindeglied dar, um die von professioneller Seite initiierten Behandlungsverfahren optimal mit dem Selbsthilfepotential von Patienten und Angehörigen zu kombinieren“ (Bäumel et al., 2000). Durch ihren Einsatz ist mit besseren Therapieerfolgen zu rechnen (Kampman und Lethinen, 1999).

1.1.1 Definition

Jeder psychiatrisch-psychotherapeutische Umgang mit Patienten umfasst auch psychoedukative Elemente (siehe Kapitel 1.2). Bei der Positionsbestimmung bezüglich psychotherapeutischer Verfahren wird Psychoedukation einerseits als spezifisches, indikationsabhängiges psychotherapeutisches Vorgehen (Elmer, 1996) gesehen oder andererseits umfassenden professionellen therapeutischen Maßnahmen (Stern, 1993) als Teilaspekt untergeordnet.

Die „Arbeitsgruppe psychoedukative Intervention bei schizophrenen Psychosen“ gibt folgende Definition (Bäumel et al., 2000):

„Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um die Patienten und ihre Angehörigen über die Hinter-

gründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“ Als typisch werden die interaktive Informationsvermittlung beschrieben mit gleichzeitiger emotionaler Entlastung, wobei bei der Vermittlung psychiatrischer Diagnosen oder Begriffe („irrationale Gedanken“, die Gefahr der Rezidive, besondere Verletzlichkeit, die früher so genannte endogene Depression) dies besonders behutsam gehandhabt werden muß, weil die zu vermittelnde Information als Verletzung und Kränkung empfunden werden kann.

1.1.2 Zielsetzung psychoedukativer Programme

Psychoedukative Programme verfolgen folgende allgemeine Zielsetzungen (Stern, 1993):

- die umfassende Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten
- die Vermittlung eines hilfreichen Krankheitskonzepts
- die Förderung von Compliance für medikamentöse, aber auch weitere therapeutische Maßnahmen
- die Reduzierung von Angst
- die Änderung der Lebensweise
- die Förderung der individuellen Bewältigungskompetenz im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen
- und die Vermittlung von Hoffnung.

Die letztgenannten Ziele machen deutlich, daß psychoedukative Programme über reine Wissensvermittlung hinausgehen und individuelle Bewältigungsfähigkeiten und Selbsthilfekompetenzen fördern wollen.

1.1.3 Klassifikation der psychoedukativen Programme

Es werden störungsgruppenübergreifende von störungsgruppenspezifischen Ansätzen unterschieden (Angenendt und Stieglitz, 1998). Vor allem Angehörigengruppen wurden früher von vielen psychiatrischen Institutionen störungsgruppenübergreifend angeboten.

In den letzten Jahren sind entsprechend dem allgemeinen Trend zur Entwicklung störungsspezifischer Therapieverfahren auch auf spezifische Störungsgruppen bezogene psychoedukative Ansätze entwickelt worden. Diese lassen sich nach Angenendt und Stieglitz (1998) nach folgenden Merkmalen formal unterscheiden:

- Standardisiert versus nichtstandardisiert
- Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Patientenmanualen) versus keine Verwendung von Hilfsmitteln
- „reine“ psychoedukative Ansätze versus „gemischte“ (multimodale) Ansätze (Psychoedukation als ein Therapiebaustein)
- unterschiedliche Zielgruppen (Angehörige / Familie)
- unterschiedliche Settings (Einzel-, Gruppentherapie)

Der Begriff „Psychoedukation“ wird sowohl für einmalige Informationsveranstaltungen benutzt als auch für Interventionen, die sich über mehrere Sitzungen erstrecken.

1.1.4 Anwendung psychoedukativer Ansätze in der Behandlung seelischer Störungen

Die umfangreichsten und empirisch am besten abgesicherten Ansätze, psychoedukative Verfahren als Baustein in die Therapie einzubeziehen, liegen für schizophrene Erkrankungen vor (Büttner, 1996; Hornung und Feldmann, 2000). Auch für bipolare Störungen (Cochran, 1984; v. Gent und Zwart, 1991), Angststörungen (Margraf und Schneider, 1990), für Angehörige von Patienten mit dementiellen Erkrankungen (Oswald et al., 1999), für somatoforme Erkrankungen (Rief, 1996) und Schlafstörungen (Riemann und Backhaus, 1996) wurden in den letzten Jahren standardisierte Therapieprogramme entwickelt.

1.1.5 Ergebnisse zu psychoedukativen Programmen bei schizophrenen Erkrankungen

Studien zur Wirksamkeit psychoedukativer Programme bei schizophrenen Erkrankungen faßte Wienberg (1995) wie folgt zusammen: die Medikamenten-Compliance wurde signifikant positiv beeinflusst; ein Wissenszuwachs und positive Auswirkungen auf das Krankheitskonzept der Patienten wurde erreicht und die Gruppen wurden von den Teilnehmern überwiegend als positiv und hilfreich bewertet. Atkinson et al. (1996) konnten im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen, daß Patienten nach Psychoedukation bezüglich ihrer täglichen Lebensbewältigung und ihrer subjektiven Lebensqualität überlegen waren.

Bei Einbezug der Familien zeigte sich ein günstiger Einfluß psychoedukativer Programme auf den Krankheitsverlauf: es zeigte sich eine Reduktion der Rückfallrate um 20 bis 30 Prozent (Kissling, 1994) und darüber hinaus ein Rückgang der Behandlungskosten um 25 Prozent (Pitschel-Walz und Engel, 1997).

1.2 Psychoedukative Elemente als Bestandteil psychotherapeutischer Depressionsbehandlung

Standardisierte Psychotherapieprogramme für die Behandlung depressiver Störungen beinhalten explizit psychoedukative Elemente als Baustein im Gesamtbehandlungsplan - etwa die Verhaltenstherapie, die kognitive Therapie und die interpersonelle Therapie. Diese Programme grenzen sich auch dadurch von früheren Behandlungsverfahren der Depression (etwa Psychoanalytische Behandlung (Jacobson, 1977) oder traditionelle nervenärztliche Behandlung) ab.

Darüber hinaus sind sie spezifisch auf die Veränderung bestimmter Aspekte der depressiven Symptomatik zugeschnitten und können in sehr kurzen Zeiträumen erhebliche Verbesserungen bei Depressiven herbeiführen (Grawe et al., 1994). Ihnen ist gemeinsam, daß aktiv spezifische Maßnahmen zur Veränderung ganz bestimmter depressions-spezifischer Symptome der Patienten durchgeführt werden. Gemeinsam ist ihnen ebenfalls, daß sie Erklärungen für die Symptomatik bieten, indem sie Krankheitskonzepte

einführen, ausführlich Information vermitteln und die Problembewältigungsperspektive betonen.

Die drei heute wichtigsten Behandlungsformen der Depression sollen in Bezug auf ihre psychoedukativen Elemente und ihre Wirksamkeit kurz charakterisiert werden.

1.2.1 Verhaltenstherapie

Lewinsohn et al. (1984) entwickelten auf der Basis der Verstärkerverlusttheorie ein standardisiertes Gruppenprogramm für depressive Patienten, welches auf sozialem Lernen beruht. Die Patienten bekamen ein plausibles Störungsmodell vermittelt und lernten den Zusammenhang zwischen angenehmen Aktivitäten und Stimmung. Grawe et al. (1994) berichteten, daß in 17 kontrollierten Studien bei leichten bis mittelschweren Depressionen die Wirksamkeit dieses Verfahrens nachgewiesen worden ist, Cuijpers (1998) kam in einer Meta-Analyse, die 20 Studien umfasste, zu vergleichbaren Ergebnissen.

Herrle und Kühner (1994) übertrugen dieses Gruppenprogramm auf deutsche ambulante depressive Patienten bzw. Kursteilnehmer. Sie vermittelten ein integratives Depressionsmodell, das kognitive, affektive und verhaltensmäßige Komponenten berücksichtigte. Ziele waren die aktuelle Behandlung depressiver Störungen, aber auch Depressionsprophylaxe bei Personen mit erhöhtem Rückfallrisiko. Das Programm sah den Einsatz eines Übungsbuches für die Teilnehmer vor.

Die Verhaltenstherapie ist die therapeutische Richtung, die sich besonders um Aufklärung und Informationsvermittlung bemüht. Eines ihrer Grundprinzipien ist die Transparenz (Margraf, 1996, S.3): „Verhaltenstherapie setzt auf den aufgeklärten, aktiven Patienten. Das Geben eines plausiblen Erklärungsmodells für die vorliegende Störung und das verständliche Erklären aller Aspekte des therapeutischen Vorgehens sind Bestandteile der Verhaltenstherapie, die das legitime Bedürfnis der Patienten nach dem Verstehen ihrer Lage erfüllen und zu einer erhöhten Akzeptanz der Therapiemaßnahmen sowie zur Prophylaxe von Rückfällen beitragen. Transparenz erhöht ‚Compliance‘, das Verständnis der Patienten für den therapeutischen Prozeß und indirekt ihre Problemlösefähigkeit. Auf diese Weise können die erworbenen Fertigkeiten bei zukünftigen Schwierigkeiten besser bzw. auch ohne erneute therapeutische Hilfe eingesetzt werden.“

Die Patienten sollen in ihrem „Nicht-Verstehen“ und „Nicht-Können“ aktive Hilfestellungen erfahren, um ihre Problemlösefähigkeit zu verbessern und um eine höhere Akzeptanz der vorgeschlagenen Maßnahmen und eine bessere Compliance zu bewirken.

1.2.2 Kognitive Therapie

Beck et al. (1992) entwickelten ein strukturiertes Therapieprogramm mit dem Ziel, die dysfunktionalen Gedankenprozesse Depressiver im Rahmen der „negativen kognitiven Triade“ zu korrigieren. Das psychoedukative Element bestand darin, daß den Patienten die kognitive Triade und der Zusammenhang zwischen Kognitionen, Gefühlen und Verhalten erklärt wurde. Hautzinger et al. (1992) entwickelten eine manualisierte und an deutsche Verhältnisse adaptierte Form. Bei leichten bis mittelschweren Depressionen zeigte sich eine hohe Wirksamkeit (Jarrett und Rush, 1994). Auch bei schweren Depressionen vom melancholischen Typ war die kognitive Therapie in Kombination mit Medikamenten erfolgreich (Grawe et al., 1994), Hautzinger und de Jong-Meyer (1996) wiesen die Wirksamkeit eines kombinierten therapeutischen Ansatzes mit Elementen aus der Verhaltenstherapie und kognitiven Therapie auch an stationär behandelten Patienten mit schweren Depressionen nach.

Auch die kognitive Therapie betont die Rolle der Information und Aufklärung bei der Entwicklung von Problemlösestrategien: „Der Therapeut bemüht sich, die Behandlung so verständlich und glaubwürdig wie möglich darzustellen, damit der Patient bei der Identifizierung seiner Probleme aktiv mitwirken und bei der Entwicklung von Strategien zur Bewältigung dieser Probleme helfen kann. Auf diese Weise erlernt er die Hauptprinzipien der Identifizierung und Lösung von Problemen“ (Beck et al., 1992, S. 111).

1.2.3 Interpersonelle Therapie

Klerman und Weissman (1984, 1993) gehen in der interpersonellen Therapie von einem multidimensionalen Ursachenmodell der Depression aus und betonen als Behandlungsfokus den psychosozialen und interpersonellen Kontext. In der Anfangsphase der Behandlung wird dem Patienten erklärt, wie sich die Depression im Rahmen eines medizi-

nischen Krankheitsmodells darstellt, wie sie klinisch verläuft, wie ihre Prognose ist und welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Schramm, 1996). Die Wirksamkeit der interpersonellen Therapie war auch bei schweren Depressionen den bisher beschriebenen Therapieverfahren gleichwertig (Elkin, 1994). An die Patienten und ihre Angehörigen wird auch schriftliches Informationsmaterial verteilt (Schramm, 1996), wobei der Schwerpunkt der Informationsvermittlung in der Anfangsphase der Therapie liegt.

Die Interpersonelle Psychotherapie betont wie die Verhaltenstherapie die Aufklärung des Patienten über die Depression und ihre Behandlung, teilt dem Patienten in der Anfangsphase der Behandlung aber auch die Krankenrolle zu, um ihn von Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten gezielt zu entlasten und ihn für begrenzte Zeit als hilfsbedürftig zu definieren. Damit beschränkt sich die Information nicht auf die Erkrankung allein, sondern es wird auch über die soziale Rolle des Erkrankten, die mit bestimmten Einstellungen und sozialen Normen für angemessenes Verhalten einhergeht, informiert. Dadurch wird der Patient vorübergehend „von bestimmten sozialen Verpflichtungen ebenso entlastet, wie von der Verantwortung für den depressiven Zustand befreit“ (Schramm 1996, S. 136).

Die Wirksamkeit depressionsspezifischer psychotherapeutischer Verfahren, die psychoedukative Elemente beinhalten, ist erwiesen (Grawe et al., 1994). Im folgenden soll eine Reihe psychologischer Konzeptbildungen zur Erklärung dieser positiven Effekte vorgestellt und diskutiert werden.

1.3 Rolle psychoedukativer Methoden im Gesamt der therapeutisch wirksamen Faktoren

1.3.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapieforschung

Im folgenden soll diskutiert werden, in welcher Weise die Verwendung psychoedukativer Interventionen zur Wirksamkeit psychologischer Behandlungsverfahren beitragen könnte.

Grawe et al. (1994) sehen die Gemeinsamkeit vieler besonders wirksamer Therapieverfahren darin, daß sie dem Patienten ganz direkt bei der Bewältigung eines ihn belasten-

den Problems zu helfen versuchen, mit Mitteln, die speziell auf dieses Problem zugeschnitten sind, und sie postulieren den Wirkfaktor „aktive Hilfe zur Problembewältigung“ als mächtigsten Wirkfaktor erfolgreicher Psychotherapie. Die Autoren empfehlen den Psychotherapeuten, die Problem- und Lebenssituation ihrer Patienten unter der Problembewältigungsperspektive (Grawe et al., 1994) zu betrachten und zu prüfen, wie sie den Patienten aktiv bei der Bewältigung bestimmter Schwierigkeiten im Sinne der Kompetenzvermittlung helfen könnten.

Psychoedukative Programme realisieren die Dimension „aktive Hilfe zur Problembewältigung“ in hohem Maße. Stellt man sich einen erstmalig erkrankten schwer depressiven Patienten vor, der die Erkrankung selbst und den Beginn der stationären Behandlung mit Unsicherheit und Angst erlebt, stellen die umfassende Information über das Krankheitsbild und die geplanten und schon erfolgten Behandlungsschritte sowie die Vermittlung von Hoffnung einen ersten Ansatz dar, der bei Bewältigung der neuen Situation und bei der Akzeptanz der Krankenrolle hilfreich sein kann.

Als zweites wichtiges Wirkprinzip beschreiben die Autoren die Klärungsperspektive. Hierbei versucht der Therapeut, dem Patienten zu helfen, „sich selbst, sein eigenes Erleben und Verhalten“ (Grawe et al., 1994, S.752) besser zu verstehen. Thematisch geht es vor allem um Bewertungen, die der Patient implizit vornimmt, und um Motive, Werte und Ziele, die sein Handeln bestimmen (motivationale Klärung). Die Klärungs- und die Problembewältigungsperspektive ergänzen sich notwendig: „Man kann jedes Verhalten unter dem motivationalen und unter dem Aspekt des Könnens betrachten ... Jedes Verhalten ist motiviert, und jedes Motiv braucht umgebungsbezogene Fähigkeiten zu seiner Umsetzung“ (Grawe et al., 1994, S.754). Auch die Dimension der Klärungsperspektive wird durch psychoedukative Interventionen realisiert. Das in der Regel vorherrschende subjektive Krankheitsmodell soll schrittweise ersetzt werden durch das Konstrukt eines wissenschaftlichen Modells. Durch das veränderte Krankheitskonzept und die Zuteilung der Krankenrolle kann Entlastung erfolgen und negative Attribuierungen können relativiert werden.

Als dritten Wirkfaktor beschreiben die Autoren die Beziehungsperspektive. „Der Therapeut sollte in der Lage sein, einen auf den jeweiligen Patienten spezifisch zugeschnittenen zwischenmenschlichen Rahmen für die Therapie herzustellen und mit seinem eigenen Beziehungsverhalten kontinuierlich zu gestalten“ (Grawe et al., 1994, S. 784).

Diese Dimension wird besonders in den Aspekten verwirklicht, die emotional-interaktionell vermittelt werden müssen, etwa die Vermittlung von Hoffnung und die Reduktion von mit der Krankheit verbundenen Ängsten.

1.3.2 Veränderungserwartung

De Jong-Meyer et al. (1996) fanden bei endogen depressiven Patienten mit hohen Veränderungserwartungen zu Beginn der Behandlung (Selbst- und Fremdeinschätzung) günstigere Outcome-Werte zu Therapieende als bei den Patienten, die niedrige Veränderungserwartungen zu Beginn zeigten. Dieser Befund stützt ähnliche Ergebnisse von Steinmetz et al. (1983) und Sotsky et al. (1991). De Jong-Meyer et al. (1996, S. 125) äußern für die Gruppe der endogen Depressiven die Hypothese, daß „Hoffnung / Veränderungserwartung relativ früh, therapieunabhängig, eine Art `Gate Control`-Funktion hat, die den weiteren Verlauf von Therapien beeinflusst“... Sie folgern: „Wenn Therapeuten dies so vermittelten, daß die subjektiven Einschätzungen der Patienten zu ihrer Situation und ihre Erwartungen relativiert würden, dann wäre nach den Hinweisen dieser Studie ein erster wichtiger Schritt zu schneller subjektiver Verbesserung getan“. Darauf zielen neben anderem psychoedukative Programme ab.

In der Paralleluntersuchung von Hautzinger et al. (1996) zeigte sich für die Gruppe der neurotisch depressiven Patienten dieser Zusammenhang dagegen nicht. Auch in der Untersuchung von Sennekamp und Hautzinger (1994) stellten Therapieerfolgserwartungen depressiver Patienten vor Behandlungsbeginn keinen prognostisch bedeutsamen Faktor für Therapieerfolg dar. Hautzinger et al. (1996) führen als Begründung für die unterschiedlichen Ergebnisse eine möglicherweise unzureichende Operationalisierung des Konstruktes durch das eingesetzte Meßinstrument an und eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit depressiver Patienten.

1.3.3 Therapiemotivation

Im Zusammenhang mit der Veränderungserwartung wird der Begriff der Therapiemotivation diskutiert. Kanfer et al. (1991) haben spezielle Interventionen zur Motivations- und Erwartungsförderung bezüglich der Mitarbeit der Patienten auf dem Weg zur Erreichung bestimmter Ziele beschrieben, etwa die Reduktion von Demoralisierung und Resignation als eine Form der Motivierung. Vor allem dieser Aspekt scheint in der Anfangsphase der Behandlung depressiver Patienten bedeutsam: „Persönliche Gefühle der Resignation, Wertlosigkeit, Niedergeschlagenheit oder Furcht vor der Zukunft machen häufig – gekoppelt mit selbsterniedrigenden Tendenzen – eine pessimistische Grundhaltung aus, der zu Behandlungsbeginn von seiten des Therapeuten möglichst frühzeitig eine vorsichtig-optimistische Perspektive gegenübergestellt werden sollte“ (Kanfer et al., 1991, S.214). Die Autoren diskutieren verschiedene Befunde mit dem Ergebnis, das in der Therapie häufig anzutreffende pessimistische Grundmuster aus geringer Lebenszufriedenheit, negativen Gefühlen und negativem Selbstbild durch therapeutische Maßnahmen zu verändern, die geeignet sind, Optimismus zu verbreiten. Hilfreich seien auch kurzfristig angelegte Maßnahmen, die die Stimmung verbessern, die Aufmerksamkeit auf reale Lösungsmöglichkeiten lenken und etwas Hoffnung vermitteln. Bei den speziellen Motivationsstrategien beschreiben sie als ersten Schritt die Wissens- und Informationsvermittlung, die vor allem dann einsetzen sollte, wenn Patienten bestimmte therapeutisch sinnvolle Schritte unterlassen.

Bei depressiven Patienten sind die beschriebenen Muster häufig anzutreffen und der Einsatz motivierender Strategien hilfreich; es ist auch denkbar, daß Psychoedukation eine motivierende Strategie darstellt.

1.3.4 Subjektive Krankheitstheorien und Complianceforschung

Subjektive Krankheitstheorien beinhalten Wissen bzw. Vorstellungen zur Verursachung und Entstehung bestimmter Krankheiten, zu ihrem Verlauf, zu möglichen Behandlungsformen bzw. -angeboten und zu deren Nützlichkeit bzw. Effizienz.

Verres et al. (1985) beschrieben folgende Unterschiede zwischen wissenschaftlichen und subjektiven Theorien über Krankheit: subjektive Krankheitstheorien sind inkonsis-

tent, auch logisch unvereinbare Vorstellungen können unverbunden nebeneinander stehen; sie sind instabil, d.h. sie können sich je nach dem aktuellen Erfahrungskontext ändern; Affekte und Affektdynamik spielen eine wichtige Rolle, d.h. die Krankheitsvorstellungen sind von Symbolik und Wahrnehmungsabwehr durchsetzt; sie haben prozessualen Charakter, d.h. in den kognitiven Vorstellungen spiegeln sich oft schon Umbewertungen oder Rationalisierungen zur Angstbewältigung wider.

Theoretisch wird die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien darin gesehen, daß sie der Bewältigung und Abwehr von Emotionen, die durch die Krankheit hervorgerufen werden, dienen (Bischoff und Zenz, 1989). Andererseits wird gefordert, ihre Bedeutung im therapeutischen Prozeß stärker zu beachten; insbesondere bei unterschiedlichen Krankheitskonzepten von Therapeut und Patient wird eine Verbesserung der Compliance über einen offen geführten Diskussionsprozess postuliert (Linden, 1985; Märtens, 1991), und es wird das Ziel formuliert, die subjektiven Krankheitstheorien im Dialog den wissenschaftlichen anzunähern (Wiegand und Matussek, 1991; Becker, 1986). Wiegand und Matussek (1991, S. 199) fanden bei der Inhaltsanalyse der ätiologischen Vorstellungen neurotisch und endogen Depressiver, daß eine positive Beeinflussungserwartung hinsichtlich der eigenen Erkrankung „häufiger mit einem sowohl dispositionale als auch reaktive Momente einbeziehenden Ursachenmodell“ einherging. Diese Sichtweise entspricht dem wissenschaftlichen Krankheitskonzept, das durch psychoedukative Methoden vermittelt wird.

1.3.5 Einstellungsänderung durch die Gabe von Information

Hoffmann (1993) hält den Versuch, Einstellungen von Patienten zu verändern, für einen wichtigen Bestandteil jeder psychologischen Therapie. Er greift die Unterteilung von Fishbein und Ajzen (1975) auf, die zwischen Meinungen (kognitiver Informationsrahmen, in dem das Meinungsobjekt mit bestimmten Attributen verknüpft wird), Einstellungen (subjektiv gefühlsmäßige Bewertung des Objektes) und Intentionen (subjektive Wahrscheinlichkeit, mit der die Person annimmt, daß sie ein bestimmtes Verhalten ausführen wird) unterscheiden. Danach erfolgen Einstellungsänderungen dadurch, daß durch neue Informationen, d.h. durch die Veränderung des Meinungssystems, über das Zwischenglied der Intentionsbildung die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhal-

tens erhöht wird. Dabei hat es sich gezeigt, daß die Autorität, die der „Sender“ beim „Empfänger“ genießt, eine wichtige Rolle spielt und daß die Größe der Diskrepanz zwischen Patienteneinstellung und erwünschter Einstellung bedeutsam ist.

Der Autor empfiehlt für den Versuch der Meinungsänderung:

- keine Konfrontation mit stark diskrepanten Auffassungen
- die schrittweise Darbietung von Information
- oder eine gezielte Fragetechnik, die den Patienten bestimmte Ansichten äußern läßt, die von seinen bisherigen Annahmen abweichen und ihn dazu bringen, die „Kongruenz und Rationalität seiner aktuellen Meinungssysteme zu überprüfen und eventuell zu korrigieren“ (S.120).

Farina et al. (1978) und Fisher und Farina (1979) untersuchten den Einfluß der Lehre über die Entstehung seelischer Störungen auf die Krankheitskonzepte gesunder Studenten. Die Studenten, die seelische Krankheit durch soziales Lernen erklärt bekamen, zeigten Einstellungen, die zu aktiven Problembewältigungsversuchen führten. Die andere Gruppe von Studenten, denen biosoziale Krankheitskonzepte mit einer Betonung des genetischen Faktors gelehrt wurden, waren der Meinung, eher wenig Kontrolle über Probleme seelischer Krankheit zu haben. Die Autoren folgern, daß die Studie bestätigt, daß je nach Inhalt der dargebotenen Information durch die Fachleute die Studenten entweder eigene Anstrengungen ergreifen, um ein Problem zu lösen (interne Kontrolle), oder aber aus einer Haltung der Hilflosigkeit heraus nach medizinischen Hilfen suchen (externe Kontrolle). Fraglich ist, ob sich diese Forschungsergebnisse zur Veränderung der Einstellung, damit verbundene Krankheitskonzepte und Bewältigungsstrategien bei Gesunden auf depressive Patienten, die in ihrer Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit durch die Erkrankung eingeschränkt sind, übertragen lassen.

1.3.6 Ethische Überlegungen

In der Deklaration von Madrid des Weltverbandes für Psychiatrie (World Psychiatric Association, 1996) wurde als ethischer Standard formuliert (Punkt 3): „Die Therapeut-Patient-Beziehung muß auf gegenseitigem Vertrauen und Achtung gegründet sein und dadurch dem Patienten ermöglichen, freie Entscheidungen auf der Grundlage von ausreichender Information zu treffen. Es ist die Pflicht des Psychiaters, dem Patienten aus-

reichende Information zur Verfügung zu stellen, um ihn zu stärken, rationale Entscheidungen gemäß seiner persönlichen Werte und Vorlieben zu treffen“ (Übersetzung der Verfasserin).

Luderer (1994) untersuchte mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews die Diagnosekenntnis von Patienten: Bei der Gruppe der Patienten mit affektiven Psychosen konnte 1985 ein Drittel ihre genaue Diagnose angeben (n=30), zwei Jahre später waren es 43% (n= 53). Patienten mit Suchterkrankungen hatten eine besonders gute (80%), Patienten mit einer Schizophrenie eine besonders schlechte (23%) Kenntnis ihrer Diagnose. Patienten mit affektiven Psychosen lagen in der Mitte (43%). Patienten mit affektiven Psychosen und Schizophrenien akzeptierten ihre Diagnose seltener als Patienten mit Suchtkrankheiten. Aber auch Umschreibungen der Diagnose wurden nicht stärker von den Patienten akzeptiert. Trotz der Entwicklung zu mehr Offenheit bezüglich der Diagnosemitteilung fordert der Autor noch stärkere Klarheit im Gespräch mit psychisch Kranken, ausgerichtet an den individuellen Bedürfnissen der Patienten.

In einer älteren Untersuchung von Zöllner und Döpp (1979) wurden schizophren und depressiv Kranke über ihre Einstellung zu ihrer Diagnose befragt. 40% der Patienten erlebten die Diagnosekenntnis als hilfreich und erleichternd, ohne Unterschied zwischen den Diagnosegruppen.

1.4 Behandlungstudien zu psychoedukativen Ansätzen bei affektiven Erkrankungen

Einen Überblick über Studien zu psychoedukativen Interventionen bei affektiven Erkrankungen geben Pitschel-Walz et al. (1998). Die Autoren unterscheiden die Studien nach den Kriterien Zielgruppe, Diagnose, Setting, Interventionstyp, Dauer der Intervention, Form der Evaluation und Zielkriterien der Intervention. Cuijpers (1998) stellt in der schon erwähnten Meta-Analyse verschiedene Studien vor, die sich auf Lewinsohn's psycho-edukativen Kurs 'Depression bewältigen' beziehen (siehe Abschnitt I. 1.2.1).

Für die vorliegende Fragestellung interessant sind diejenigen Studien, in denen über Interventionen berichtet wird, die sich an unipolar depressive Patienten richten. Aus der Übersicht von Cuijpers werden beispielhaft einige Untersuchungen (Brown und Lewin-

sohn, 1984; Scogin et al., 1989; Teri und Lewinsohn, 1986) aufgeführt, weil sie ein randomisiertes Design vorweisen. Untersuchungen, die als Zielgruppe einzelne oder mehrere Familien mit einem depressiven Patienten psychoedukativ im Rahmen von Familientherapien einbeziehen (Beardslee et al., 1997; Glick et al., 1994; Sherill et al., 1997) werden nicht referiert.

Ausgewählte Charakteristika der 16 Studien werden in Tabelle 1 dargestellt. Sie unterscheiden sich in ihrer Qualität und Aussagekraft; manche stellen lediglich Erfahrungsberichte dar mit wenigen Teilnehmern, andere haben ein Kontrollgruppendesign und große Fallzahlen.

Bei Studien mit einmaligen Interventionen, in denen es um Informationsvermittlung über medikamentöse Behandlung (auch mit Broschüren, schriftlichen Notizen, Videofilmen) geht, zeigte sich eine bessere Compliance (Altamura und Mauri, 1985; Myers und Calvet, 1984) verglichen mit den nichtinformierten Gruppen. Patienten mit Major- und Minordepression nutzten die psychoedukativen Materialien, wobei sie Broschüren einem Video vorzogen, und fanden sie hilfreich (Robinson et al., 1997). Schotte et al. (1993) evaluierten ein Video, das als Einführung zur kognitiven Therapie gezeigt wurde. Sie beschrieben, daß Patienten es als nützliche Einführung zur Behandlung ansahen. Bei während der stationären Behandlung informierten Patienten fanden Seltzer et al. (1980) auch noch bei der Nachuntersuchung eine höhere Compliance, allerdings bei sehr kleiner Patientenzahl.

Patienten einer Lithiumklinik (mit affektiver Erkrankung) erzielten nach einem psychoedukativen Programm verglichen mit der Kontrollgruppe einen signifikanten Wissenszuwachs und eine höhere Compliance (Peet und Harvey, 1991).

Tabelle 1: Behandlungsstudien zu psychoedukativen Ansätzen bei affektiven Erkrankungen

Autoren, Jahr	Teilnehmer	n	Setting	Interventionstyp	Dauer	Evaluation	Zielkriterium
Altamura und Mauri, 1985	unipolar depressive Patienten	14	ambulant	Informationsvermittlung	einmalig	nicht-randomisierte Kontrollgruppe	Compliance
Antonuccio et al., 1984	unipolar depressive Patienten	10	ambulant	Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	Pilotstudie Prä-Post-Messung	Symptomatik Global Outcome
Brown und Lewinsohn, 1984	unipolar depressive Patienten	63	ambulant	Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	nicht-randomisierte Kontrollgruppe	Symptomatik Global Outcome
Greil und Erazo, 1997	unipolar depressive Patienten	o.A.	stationär	Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	Erfahrungsbericht	-
Hayes und Gantt, 1992	Patienten mit affektiver Erkrankung	43	tages- klinisch	Psychoedukative Gruppe	länger als 3 Monate	Erfahrungsbericht	-
Jamison und Scogin, 1995	leicht Depressive einer Gemeindestichprobe	80	ambulant	Informationsvermittlung durch Lektüre/ Warteliste	mittlere Dauer	randomisierte Studie	Outcome
v. Korff et al., 1998	unipolar depressive Patienten	217/153	stationär/ ambulant	Informationsvermittlung mit Anleitung/ Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	randomisierte Studie	Behandlungskosten
Maynard, 1993	unipolar depressive Patienten	o.A.	stationär ambulant	Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	Erfahrungsbericht	-
Myers und Calvert, 1984	unipolar depressive Patienten	102	ambulant	Informationsvermittlung	einmalig	randomisierte Studie	Compliance Nebenwirkungen

o.A.: Ohne Angabe

Tabelle 1: Behandlungsstudien zu psychoedukativen Ansätzen bei affektiven Erkrankungen (Fortsetzung)

Autoren, Jahr	Teilnehmer	n	Setting	Interventionstyp	Dauer	Evaluation	Zielkriterium
Neimeyer et al., 1995	unipolar depressive Patienten	352	stationär	Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	Naturalistische Studie	Symptomatik Global Outcome
Peet und Harvey, 1991	Patienten mit affektiver Erkrankung	60	stationär/ ambulant	Informationsvermittlung	mittlere Dauer	randomisierte Studie	Compliance Wissen
Robinson et al., 1997	unipolar depressive Patienten	108	ambulant	Informationsvermittlung	einmalig	Feedback der Teilnehmer	Akzeptanz Compliance Global Outcome
Schotte et al., 1997	unipolar depressive Patienten	17	stationär	Informationsvermittlung	einmalig	Feedback der Teilnehmer	Akzeptanz
Scogin et al., 1989	ältere, leicht Depressive einer Gemeindestichprobe	67	ambulant	Informationsvermittlung durch Lektüre (kognitiv- bzw. verhaltenstheoretisch)/ Warteliste	mittlere Dauer	randomisierte Studie	Outcome
Seltzer et al., 1980	unipolar depressive Patienten und Patienten anderer Diagnosen	7	stationär	Psychoedukative Gruppe	mittlere Dauer	nicht-randomisierte Kontrollgruppe	Compliance
Teri und Lewinsohn, 1986	Major und Minor-depression	66	ambulant	Psychoedukative Gruppe/ individuelle Psychoedukation	mittlere Dauer	randomisierte Studie	Outcome

Bei Studien mit Interventionen mittlerer Dauer (mindestens zwei Sitzungen, nicht länger als 3 Monate) wurde neben der Informationsvermittlung ein Fertigkeitentraining, teilweise auch ein kognitives Training eingesetzt. Antonuccio et al. (1985) setzten diese Intervention erfolgreich bei depressiven Patienten ein, die Antidepressiva nicht vertrugen (ohne Kontrollgruppe und mit kleiner Stichprobe nur bedingt aussagefähig). Brown und Lewinsohn (1984) überprüften im nicht-randomisierten Kontrollgruppendesign die Wirkung des Kurses 'Depression bewältigen' (12 Sitzungen in 8 Wochen) unter verschiedenen Lernbedingungen (in der Gruppe, individuell, Beratung und Kurzkontakt am Telefon, Warteliste). Die Teilnehmer der aktiven Behandlungsbedingungen verbesserten sich in Symptomatik und Global Outcome deutlich verglichen mit der Wartelistenkontrollgruppe, und die Besserung blieb über 6 Monate bestehen. Die Studien von Teri und Lewinsohn (1986), Scogin et al. (1989) und Jamison und Scogin (1995) erbrachten vergleichbare positive Ergebnisse.

Auch für stationär behandelte Patienten setzten Greil und Erazo (1997) einen Depressionskurs mit fast identischen Inhalten ein, der über das medizinische Krankheitsmodell informiert und dann Konzepte der Verhaltensänderung und der kognitiven Umstrukturierung einsetzt. Die Autoren berichteten über sehr positive Erfahrungen, allerdings ohne Kontrollgruppe.

Neimeyer et al. (1995) beschrieben ein psychoedukatives Programm im Rahmen eines integrativen Behandlungskonzeptes für stationäre Patienten; allerdings konnten sie in ihrer naturalistischen Studie keine Aussagen über die spezifische Wirkung des Programms machen.

Der Erfahrungsbericht mit tagesklinischen Patienten betonte den Aspekt des Empowerments psychoedukativer Methoden (Hayes und Gantt, 1992), das speziell für depressive Frauen konzipierte Programm (Maynard, 1993) fokussierte darüber hinaus auf die Rolle der Frauen in unserer Gesellschaft.

Die Studie von v. Korff et al. (1998) verglich die Behandlungskosten für zwei Behandlungsbedingungen in einer randomisierten Studie. In der ersten Bedingung wurden depressive Patienten in Allgemeinpraxen mit Video, Broschüren und jeweils 2 Gesprächen mit dem Allgemeinarzt und einem beratenden Psychiater, deren Inhalt Information über die depressive Erkrankung, ihre Bewältigung und die antidepressive Medikation war, behandelt. In der zweiten Bedingung wurden depressive Patienten in Allgemeinpraxen

mit einem kurzen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm mit psychoedukativen Methoden von einem Psychologen und beratenden Psychiater behandelt. Beide Bedingungen wurden mit der davor üblichen Behandlungsbedingung verglichen. Beide psychoedukativen Behandlungsbedingungen erhöhten die Behandlungskosten verglichen mit der üblichen Behandlungspraxis. Gleichzeitig wurde die Kosteneffektivität für die Behandlung von Patienten mit Majordepression verbessert: die Erfolgsrate für diese Patientengruppe wurde höher.

Nach den Ergebnissen der dargestellten Studien ist auch von kurzfristigen psychoedukativen Interventionen ein höherer Wissenszuwachs und eine höhere Compliance der Patienten (verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne Psychoedukation) zu erwarten. Ein positiver Effekt der Psychoedukation auf die Besserung der depressiven Symptomatik wird entsprechend der Studien von Brown und Lewinsohn (1984), Teri und Lewinsohn (1986), Scogin et al. (1989) und Jamison und Scogin (1995) erwartet, allerdings in geringerem Ausmaß als dort beschrieben, weil in unserer Untersuchung die zusätzliche psychoedukative Intervention nur zwei Sitzungen umfasst.

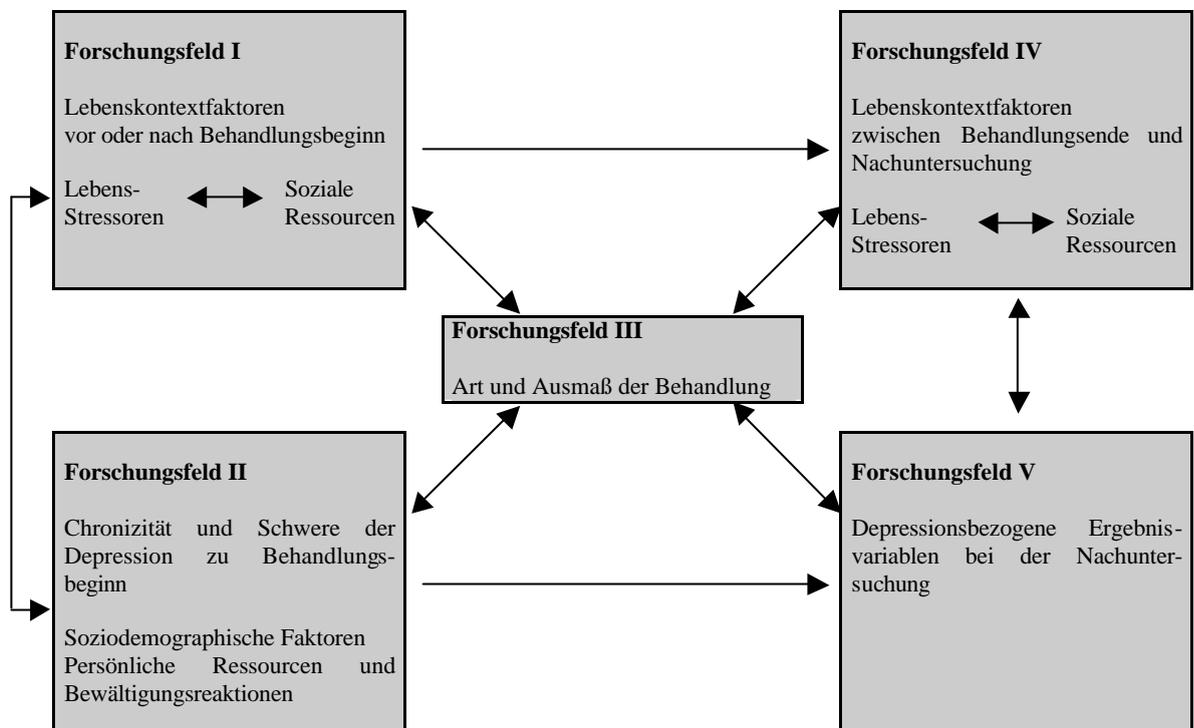
2 Krankheitsbewältigung bei depressiven Erkrankungen

2.1 Einführung

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde die Rolle psychosozialer Faktoren für den Verlauf depressiver Erkrankungen eingehender erforscht. Zahlreiche Studien zeigten, daß einerseits soziale Faktoren wie kritische Lebensereignisse und soziale Ressourcen und andererseits persönliche Faktoren wie soziodemographische Variablen und Bewältigungsstrategien den Verlauf depressiver Erkrankungen über ein komplexes Wirkungsgefüge beeinflussen (Cronkite und Moos, 1995).

Alle genannten Variablen sind in unterschiedlichen Studiendesigns erforscht worden. Einen Überblick über theoretische Konzepte und Evaluationskriterien (Abbildung 1) geben Cronkite und Moos (1995).

Abbildung 1: Einflußfaktoren und Evaluationskriterien für den Verlauf depressiver Erkrankungen



Die vorliegende Studie unter natürlichen Behandlungsbedingungen ist angelehnt an Studien, die den Zusammenhang zwischen der Schwere und Chronizität der Depression zu Behandlungsbeginn einerseits und soziodemographischen und krankheitsbezogenen Faktoren und Bewältigungsstrategien andererseits untersuchten (Forschungsfeld II und V). Diese Variablen wurden mit bestimmten Behandlungsbedingungen und Behandlungsergebnissen in Beziehung gesetzt (Forschungsfeld III).

2.1.1 Der Begriff der Bewältigung

Lazarus und seine Arbeitsgruppe verwendeten den Begriff „Bewältigung“ für ein durch Belastung aktiviertes Verhaltenssystem, in dem regulative und gegensteuernde Reaktionen oder Strategien organisiert sind (Lazarus und Folkman, 1984). Bewältigungsverhalten (coping) wurde definiert als „sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen, mit externen und / oder internen Anforderungen fertig zu werden, die (subjektiv) die eigenen Ressourcen beanspruchen oder überschreiten“ (S.141, zitiert nach Klauer und Filipp, 1993).

In deutschen (Klauer und Filipp, 1993) und amerikanischen (Moos und Schaefer, 1993; Cronkite und Moos, 1995) Übersichtsarbeiten werden gleichartige theoretische Konzepte des Konstrukts Bewältigung beschrieben. Persönliche Bewältigungsformen oder -stile sind als Dispositionsstrukturen von zeitlich und situativ mitdeterminierten Bewältigungsreaktionen unterschieden worden. Klauer und Filipp sprechen von einem hierarchischen Aufbau des Verhaltenssystems „Bewältigung“.

2.1.2 Klassifikation von Bewältigungsprozessen

Eine grundlegende Dimension der Klassifikation von Bewältigungsreaktionen betont die Annäherung oder Vermeidung einer Person in ihrer Reaktion auf eine stressreiche Situation. Eine Person kann sich dem Problem nähern und aktive Anstrengungen unternehmen, es zu lösen, oder sie kann versuchen, das Problem zu meiden und sich darauf

konzentrieren, die damit verbundenen Emotionen zu handhaben (Roth und Cohen, 1986). Eine Vielzahl von Konzeptualisierungen nehmen auf diese Dimension Bezug, wobei bis heute davon ausgegangen wird, daß es relativ stabile Präferenzen in der Richtung der Aufmerksamkeitszuwendung gibt (Klauer und Filipp, 1993).

Auch Autoren, die Bewältigungsreaktionen nach ihrer Funktion unterscheiden, nämlich ob sie auf die Belastungsquelle selbst gerichtet sind oder auf die Kontrolle der affektiven Belastungsreaktion abzielen, folgen dieser Dimension. Sie grenzen problemzentrierte (instrumentelle) von emotionszentrierten (palliativen) Bewältigungsreaktionen ab (Lazarus und Launier, 1978; Moos und Billings, 1982, zitiert nach Klauer und Filipp, 1993).

Eine weitere grundsätzliche Klassifikation betont die Methode des Coping – das bedeutet, ob eine Reaktion hauptsächlich kognitive oder aktional-motorische Anstrengungen zur Folge hat.

Eine Integration dieser beiden Klassifikationen besteht darin, die Methode der Bewältigung mit dem jeweiligen Fokus zu verbinden, so dass vier Grundtypen des Copingprozesses resultieren: kognitive Annäherung, aktionalmotorische Annäherung, kognitive Vermeidung und aktionalmotorische Vermeidung (Moos und Schaefer, 1993).

Kognitive Annäherung beinhaltet logische Analyse und positive Neubewertung, wie die Aufmerksamkeit auf einen Aspekt der Situation richten, sich stützen auf vergangene Erfahrungen, geistiges Üben alternativer Handlungen und ihrer möglichen Konsequenzen, die Realität einer Situation akzeptieren und sie aber umstrukturieren, um etwas Gutes an ihr zu finden. Aktional-motorische Annäherung schließt die Suche nach Führung und Unterstützung ein sowie die konkrete Handlung, direkt mit einer Situation umzugehen.

Kognitive Vermeidung besteht aus Reaktionen, die die Ernsthaftigkeit einer Krise oder ihrer Folgen verleugnen oder minimieren, bzw. solchen Reaktionen, die die Situation akzeptieren wie sie ist, mit der Entscheidung, daß die grundlegenden Umstände nicht verändert werden können.

Aktionalmotorische Vermeidung beinhaltet die Suche nach alternativen Belohnungen – das bedeutet, die Verluste, mit denen bestimmte Krisen verbunden sind, zu ersetzen

durch das Engagement in neuen Aktivitäten und das Schaffen alternativer Quellen der Befriedigung; dazu gehört auch, Gefühle von Ärger und Verzweiflung abzureagieren und ein Verhalten anzunehmen, das kurzfristig Spannung reduziert (wie impulsiv zu handeln, Alkohol zu trinken, zu essen oder Tranquilizer und andere Medikamente einzunehmen).

2.1.3 Messung von Krankheitsbewältigung

Untersuchungen zum Zusammenhang von Stress, Coping und Depression zielen darauf ab, die Vielzahl von Reaktionen auf Stressoren zu erfassen, zu beschreiben und zu einer begrenzten Anzahl von Kategorien oder Dimensionen zusammenzufassen. In den meisten Untersuchungen wird so vorgegangen, daß die Personen sich an ein kürzlich vorgefallenes stressvolles Ereignis erinnern (Swindle et al., 1989; Billings et al., 1983, 1984, 1985) oder sich hypothetisch eine beschriebene Stresssituation vorstellen sollen (Folkman und Lazarus, 1986; Veiel et al., 1992). In beiden Fällen wird nach den damit verbundenen Bewältigungsreaktion gefragt, diese werden in Anlehnung an die oben beschriebenen Dimensionen klassifiziert (s. Tabelle 2).

Auf instrumentelle Bewältigungsressourcen der Dimension aktionalmotorische Annäherung zielen die Fragen nach antidepressivem Verhalten ab (Hautzinger, 1988 und 1990). Sie erfassen das Ausmaß vorgegebener Aktivitäten in der aktuellen depressiven Episode, basieren theoretisch aber auf den von Rippere (1977) und von Parker und Brown (1982 und 1986) berichteten Bewältigungskategorien, die Rohde et al. (1990) weiterentwickelt haben.

Tabelle 2: Dimensionen von Krankheitsbewältigung

Autor, Jahr	Konzeption von Coping	Meßinstrument	Erhaltene Dimensionen
Billings et al. , 1983, 1984	kategorisiert nach Fokus des Coping	32 Items zu Copingreaktionen auf erinnerte stressvolle Situation	3 Dimensionen: - bewertungsbezogenes Coping - problembezogenes Coping: Informationssuche und Problemlösung auf Handlungsebene - emotionsbezogenes Coping: Anstrengung, stressbezogene Emotion zu kontrollieren und Emotionssausdruck
Billings und Moos, 1985	dito	dito	nur problembezogenes und emotionsbezogenes Coping
Folkman und Lazarus, 1986	kategorisiert nach Fokus und Methode des Coping	66 Items zu Copingreaktionen auf vorgestellte Stressoren	Bei Faktorenanalyse 8 Faktoren - konfrontatives Coping - Selbstkontrolle - Verantwortlichkeit akzeptieren - geplantes Problemlösen - distanzieren - soziale Unterstützung suchen - Flucht/Vermeidung - positive Umbewertung
Veiel et al., 1992	kategorisiert nach Fokus und Methode des Coping	Copingreaktion auf 4 hypothetische Problemsituationen	Bei Faktorenanalyse 4 Faktoren: - Unterstützung suchen - negative Bewertung - Problemvermeidung - Ablenkung (palliative Aktivitäten)
Coyne et al., 1981	kategorisiert nach Fokus und Methode des Coping	68 Items zu Copingreaktionen auf vorgestellte Stressoren	Bei Faktorenanalyse 7 Faktoren: - Problemlösung - Hilfesuchen/Vermeidung - Bedrohungsminderung - Selbstkritik - wunschgeleitetes Denken - persönliches Wachstum - emotionale Unterstützung

Tabelle 2: Dimensionen von Krankheitsbewältigung (Fortsetzung)

Autor, Jahr	Konzeption von Coping	Meßinstrument	Erhaltene Dimensionen
Rohde et al., 1990	kategorisiert nach Fokus und Methode des Coping	Selbstkontrollskala Liste antidepressiver Verhaltensweisen passives Verhalten (insgesamt 65 Items)	Bei Faktorenanalyse 3 Faktoren: - kognitive Selbstkontrolle - unwirksame Flucht - Suche nach Trost
Parker und Brown, 1986	Verhaltensweisen, die zur Bewältigung der Depression eingesetzt werden	24 Items Liste antidepressiver Verhaltensweisen	Bei Faktorenanalyse 6 Faktoren: - Ablenkung - Suche nach Unterstützung - Suche nach Trost - Rücksichtslosigkeit - Spannungsreduktion - hilfesuchendes Verhalten
Hautzinger, 1988, 1990	Verhaltensweisen, die zur Bewältigung der Depression eingesetzt werden	57 Items	ein Faktor (Homogenität der Skala)
Swindle et al., 1989	kategorisiert nach Fokus und Methode des Coping	24 Items zu stressvoller Situation im letzten Jahr	4 Dimensionen: - Problemlösung - affektive Regulation - Informationssuche - Emotionsausdruck
Cronkite et al., 1998	nur Vermeidung als Fokus	8 Items	Vermeidungscoping

Obwohl bei der Konzeption der Copingdimensionen (außer bei Parker und Brown, 1986 und bei Hautzinger, 1990) von ähnlichen theoretischen Überlegungen ausgegangen wurde, unterscheiden sich die gefundenen Faktorenlösungen trotz ähnlicher Datenbasis bei der Itemauswahl in Anzahl und inhaltlicher Ausprägung stark voneinander. Billings et al. (1983, 1984, 1985) unterscheiden lediglich problem- und emotionsbezogenes Coping. Bei einigen Studien entsprechen die gefundenen Faktorenlösungen in etwa den vier a priori beschriebenen Dimensionen (Veiel et al., 1992) oder die Dimensionen stellen einen Teil der Faktoren dar (Folkman und Lazarus, 1986; Coyne et al., 1981; Swindle et al., 1989). Andere haben darüber hinaus als Ergebnis weitere Faktoren, die a priori nicht vorgegeben waren, wie persönliches Wachstum und wunschgeleitetes Denken (Coyne et al., 1981) oder Verantwortlichkeit akzeptieren (Folkman und Lazarus, 1986). Diese Unterschiede müssen beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt werden.

Zur Untersuchung der Bewältigungsreaktionen im speziellen Belastungskontext „Krankheit“ gingen Klauer und Filipp (1993, S.12) bei Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen von drei Basisdimensionen aus:

- der Verhaltens- oder Kontrollebene, die eine Unterscheidung danach zuläßt, ob Bewältigungsverhalten auf intrapsychischer (kognitiver) oder auf aktionalmotorischer Ebene aktualisiert wird
- der Dimension der Soziabilität, die spezifiziert, in welchem Maße Bewältigungsreaktionen die behaviorale oder mentale Nutzung sozialer Ressourcen beinhalten
- der Dimension der Aufmerksamkeitsorientierung, die eine Differenzierung danach erlaubt, ob Bewältigungsreaktionen eine Zentrierung bzw. Abkehr der Aufmerksamkeit von der Krankheit abbilden.

Die Autoren erweiterten damit die oben beschriebenen Klassifikationsansätze explizit um die Dimension der Soziabilität. Die Dimension der Soziabilität unterscheidet Bewältigungsreaktionen danach, in welchem Maß das soziale Umfeld in die Bewältigung mit einbezogen wird; Pole sind „sozialer Rückzug/ Abkapselung“ und „Mobilisierung anderer“ (Klauer und Filipp, 1993).

Der Itempool zu diesen Dimensionen erbrachte mit körperlich kranken Patienten durch Faktorenanalyse folgende Faktoren:

- Rumination: zurückgezogenes, grüblerisches, gedanklich in die Vergangenheit gerichtetes Bewältigungsverhalten (instrumentelle Versuche, die kognitive Kontrolle über die eigene Lebenssituation zu erhöhen)

- Suche nach sozialer Einbindung: palliative Aktivitäten, Versuch der Ablenkung durch soziale Aktivitäten, Mobilisierung sozialer Unterstützung, insbesondere emotionaler Unterstützung.
- Bedrohungsabwehr: intrapsychisches Bewältigungsverhalten, bei dem Bewältigungsformen wie positives Denken, Rationalisierung, Bagatellisierung und eine kämpferische Haltung der Krankheit gegenüber deutlich werden.
- Suche nach Information und Erfahrungsaustausch: Starke Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die Erkrankung, Austausch mit anderen über die Erkrankung, auch nicht soziale Aktivitäten der Informationssuche.
- Suche nach Halt in der Religion: religiös orientierte Suche nach Sinn in der Erkrankung.

Auch diese Fünf-Faktoren-Lösung bestätigte wie bei den oben beschriebenen Lösungen die a priori gebildeten Dimensionen nicht. Die Autoren versuchten durch ihre Skalenkonstruktion möglichst reliable und voneinander unabhängige Skalen zu erhalten, die sich teilweise mit den oben beschriebenen Faktorenlösungen überschneiden; so sind Items der Dimension Rumination identisch mit Emotionsausdruck (Swindle et al., 1989; Billings et al., 1983, 1984, 1985), Bedrohungsabwehr deckt sich mit dem Faktor Bedrohung minimieren (Coyne et al., 1981), Suche nach sozialer Einbindung mit der Suche nach Unterstützung (Coyne et al., 1981; Folkman und Lazarus, 1986), Suche nach Information und Erfahrungsaustausch mit dem Faktor Informationssuche (Swindle et al., 1989) oder bei Billings et al. (1983, 1984, 1985) als Teil des problembezogenen Coping. Suche nach Halt in der Religion findet sich bei keiner der zitierten Untersuchungen als eigener Faktor.

2.1.4 Krankheit als Belastung und damit verbundene Besonderheiten bei der Bewältigung

Die Erkrankung an einer schweren Depression, die eine stationäre Behandlung erforderlich macht, zeigt Belastungscharakteristika, die auch zur Beschreibung von Stressoren dienen können, etwa Kontrollierbarkeit, Dauer bzw. Chronizität und Antizipierbarkeit. Der Fokus der vorliegenden Untersuchung wurde deshalb nicht auf belastende Lebensereignisse vor und nach Behandlungsbeginn und nach Behandlungsende gelegt (Forschungsfeld I und IV in Abbildung 1), sondern auf die Erkrankung selbst als Belastungsfaktor. Untersucht werden soll,

wie sich die betroffene Person mit den krankheitsbedingten Veränderungen und Anforderungen auseinandersetzt und wie sie diese bewältigt.

Die Fokussierung auf die Bewältigung der Erkrankung selbst folgt einerseits der Konzeptualisierung, wie sie bei der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen vorgeschlagen wird (Klauer und Philipp, 1993). Andererseits folgt sie Überlegungen, die im Untersuchungsansatz von Hammen (1990) und der symptombezogenen Copingstiltheorie von Nolen-Hoeksema et al. (1991, 1993, 1994) dargestellt sind. Hammen (1990) konnte zeigen, daß die depressive Erkrankung selbst stressreiche Lebensumstände erzeugen kann, die wiederum neue depressive Verstimmungen auslösen können. Nolen-Hoeksema (1991) ging davon aus, daß die Art und Weise, wie Menschen auf die eigenen depressiven Symptome reagieren, die Dauer der Symptomatik beeinflusst; Individuen, die sich auf depressive Symptome, deren Ursachen und Konsequenzen konzentrieren (Rumination), werden länger depressive Symptomatik zeigen als Menschen, die Handlungen und Gedanken zeigen, um sich von den Symptomen aktiv abzulenken (Ablenkung). Die Autorin betont, daß Rumination als Copingstil die depressive Symptomatik per se verschlechtert und verlängert, unabhängig von stressreichen Ereignissen im Vorfeld der Erkrankung. Empirische Überprüfungen bestätigten die theoretischen Vorhersagen (Nolen-Hoeksema et al., 1993, 1994; Just und Alloy, 1997) bezüglich des Zusammenhangs von Rumination und der Schwere und Dauer der depressiven Symptomatik. Die Ergebnisse bezüglich der Ablenkung als Copingvariable waren widersprüchlich. In naturalistischen Studien zeigte Ablenkung keinen prädiktiven Wert für depressive Stimmung (Nolen-Hoeksema et al., 1993; Just und Alloy, 1997). Einschränkend muß gesagt werden, daß alle Studien an nicht-klinischen Stichproben durchgeführt wurden, die Aussagekraft für depressive Erkrankungen ist somit fraglich. Die Studie von Kühner und Weber (1999) mit unipolar depressiven stationär behandelten Patienten bestätigt allerdings die beschriebenen Ergebnisse. Sie fanden bei stationär behandelten depressiven Patienten für Rumination und Ablenkung zeitliche Stabilität über einen Zeitraum von 50 Tagen. Hohe Ruminationswerte nach der Behandlung hatten einen allgemein verschlechternden Einfluss auf Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, unabhängig vom Schweregrad der Depression.

2.2 Studien zur Spezifität des Bewältigungsverhaltens depressiver Patienten

Verschiedene Studien haben depressive und nichtdepressive Individuen bezüglich der Häufigkeit und der Art ihres Bewältigungsverhaltens verglichen (Tabelle 3). Verglichen mit nichtdepressiven Individuen zeigen depressive Menschen mit höherer Wahrscheinlichkeit als

Bewältigungsstrategie Emotionsausdruck, wunschgeleitetes Denken, Vermeidung, Suche nach emotionaler Unterstützung, und mit niedriger Wahrscheinlichkeit problemlösendes Bewältigungsverhalten (Billings et al., 1983; Coyne et al., 1981). Rohde et al. (1990) berichten, daß ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit mit gegenwärtiger und zukünftiger Depression verbunden war; Flucht aus der Wirklichkeit stärkte auch die Wirkung von Stressoren auf die Depression.

Bei 1- und 4-Jahres-Katamnesen von behandelten depressiven Patienten zeigten sich bessere Ergebnisvariablen bei höheren Werten auf dem Faktor Problemlöse Coping zu Beginn (Billings und Moos, 1985). Nichtremittierte Patienten zeigten anfangs mehr Emotionsausdruck; dies war auch mit mehr körperlichen Symptomen verbunden (Swindle et al., 1989). Diese Ergebnisse sind konsistent mit früheren Befunden, die problembezogenes Coping mit weniger schwerer Depression und Rumination, Unentschiedenheit und Emotionsausdruck mit schwerer Depression kombiniert fanden (Billings und Moos, 1984; Billings et al., 1983). Insgesamt scheint Vermeidungscoping (Cronkite et al., 1998) ein Risikofaktor für Depression und für ein schlechteres Behandlungsergebnis zu sein, während annähernde Copingprozesse zu einem besserem Behandlungsergebnis zu führen scheinen.

Die Studien von Parker und Brown (1982) und Hautzinger (1988) haben die instrumentellen Ressourcen und deren Veränderungen zum Thema. In der akuten Phase der Depression zeigten sich einige Unterschiede zwischen depressiven Patienten und der gesunden Kontrollgruppe auf verschiedenen Bewältigungsdimensionen; nach dem Abklingen der Depression zeigte sich in der Selbsteinschätzung der einzige Unterschied darin, daß die vormaligen Depressiven mehr passives Verhalten als Gesunde bei sich wahrnahmen (Parker und Brown, 1982). Bei Behandlungsbeginn zeigten Depressive mit niedrigeren Depressionswerten häufiger antidepressive Verhaltensweisen, Depressive mit hohen Werten zeigten weniger häufig antidepressive Verhaltensweisen (Hautzinger, 1988). Wenn ungebesserte und gebesserte Patienten (zum Zeitpunkt der Klinikentlassung) miteinander verglichen wurden, zeigten die weniger gebesserten Patienten auch weniger häufig antidepressive Verhaltensweisen.

Hautzinger berichtete zu seiner Untersuchung, deren Aussagekraft mit der Begrenzung auf die instrumentelle Ressourcen eingeschränkter ist als die vorher beschriebenen Studien, über inhaltlich überraschend ähnliche Ergebnisse an verschiedenen Stichproben (Hautzinger, 1988).

Tabelle 3: Spezifität des Bewältigungsverhaltens depressiver Patienten

Autor, Jahr	n	Untersuchungs- zeitraum	Design	Methode	Untersuchte Korrelate	Ergebnis bezüglich Coping
Billings et al., 1983	818	Querschnitt	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Gruppenvergleich bezüglich der einzelnen Variablen	- Umweltstressoren - Coping - Soziale Ressourcen - Soziodemographische Daten - Funktionsskalen	Depressive benutzten mehr Informationssuche als Problemlöse Coping; mehr Emotionsausdruck
Billings und Moos, 1984	424	Querschnitt	depressive psychiatrisch behandelte Patienten	Korrelationsanalysen	- Stressoren - Soziale Ressourcen - Coping	Coping mit stärkerer Problemorientierung und affektiver Regulation war verbunden mit weniger schwerer Dysfunktion; Emotionsausdruck war verbunden mit stärkerer Dysfunktion
Billings und Moos, 1985	848	1 Jahr	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Gruppenvergleich zwischen Depressiven und Gesunden und innerhalb der depressiven Gruppe	- Soziodemographische Variablen - Funktionsskalen - Medikation - Persönliche Ressourcen und Coping - Stressoren - Soziale Ressourcen	Nichtremittierte Patienten zeigten weniger Selbstwert-schätzung, weniger problemlösendes Coping und Emotionsausdruck; Remittierte zeigten ein ähnliches Copingmuster wie die Gesunden, aber etwas mehr Emotionsausdruck
Coyne et al., 1981	87	1 Jahr	Depressive und Gesunde	Gruppenvergleich bezüglich der einzelnen Copingskalen	- Stressvolle Episoden - Coping	Depressive brauchten mehr Information zur Bewertung der stressauslösenden Situation, suchten mehr Rat und Unterstützung von anderen; mehr wunschgeleitetes Denken; keine Unterschiede in problemorientiertem Coping
Rohde et al., 1990	742	2 Jahre	Gemeindestichprobe, davon 96 depressiv, 139 im Verlauf depressiv	Zusammenhang zwischen Coping und akuter Depression	- Soziodemographische Variablen - Copingverhalten - Stress	Ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit (vermeidend, hilflos, passiv, unruhig) war als einziger Copingfaktor korreliert mit depressiver akuter Symptomatik
Swindle et al., 1989	352	1 und 4 Jahre	depressive psychiatrisch behandelte Patienten	Depressionsverlaufsmäße Prädiktorwert verschiedener Variablen Multiple Regression; keine Kontrollgruppe	- Depression - Körpersymptome - Selbstachtung - Soziale Aktivitäten - Beschäftigung - Stressoren - Soziale Ressourcen - Coping	Anstieg von affektiver Regulation und Problemlöseverhalten im Lauf der 4 Jahre (nicht nach einem Jahr) Mehr Problemlöseverhalten zu Beginn war mit besserem Ergebnis verbunden; Emotionsausdruck war verbunden mit stärkerer Depression und körperlichen Symptomen

Tabelle 3: Spezifität des Bewältigungsverhaltens depressiver Patienten (Fortsetzung)

Autor, Jahr	n	Untersuchungs- zeitraum	Design	Methode	Untersuchte Korrelate	Ergebnis bezüglich Coping
Cronkite et al., 1998	597	10 Jahre	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Gruppenvergleich zwischen Depressiven und Gesunden und innerhalb der depressiven Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Stressoren - Soziale Ressourcen - Persönliche Ressourcen - Coping 	Nichtremittierte Patienten zeigten mehr Vermeidungscoping; Remittierte zeigten nach 4 und 10 Jahren ein Ausmaß von Vermeidungscoping wie Gesunde
Parker und Brown, 1982	115	Querschnitt	Depressive und Gesunde	Vergleich der depressiven (während und nach der Depression) und der gesunden Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepressives Verhalten - Verlaufsdaten 	Depressive zeigten weniger Kontaktverhalten und weniger Ablenkung (verglichen mit Gesunden) und häufiger passives Verhalten. Nach der Depression schätzten sich die davor Depressiven nur noch auf der Skala passives Verhalten höher als die Gesunden ein
Hautzinger, 1988	171	Querschnitt	Stationär und ambulant behandelte depressive Patienten, psychosomatische Patienten, Krebspatienten und Gesunde	Vergleich verschiedener depressiver Patienten mit körperlich kranken Patienten und Gesunden	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepressives Verhalten - Verlaufsdaten 	Mit zunehmender Depressionstiefe wurde die Anwendung der antidepressiven Aktivitäten weniger; die Beurteilung der Wirksamkeit und Hilfe litt darunter nicht
Schüssler et al., 1992	40	8 Wochen	depressive stationär behandelte Patienten	Vergleich zwischen endogenen und neurotisch Depressiven	<ul style="list-style-type: none"> - Bewältigungsmaße (Fremd- und Selbstbeurteilung) - Antidepressivawirkung 	Zwischen den Diagnosegruppen gab es bezüglich Häufigkeit und Wirksamkeit von Bewältigungsstrategien Unterschiede; Patienten mit Antidepressiva-Behandlung zeigten höhere Häufigkeit und Wirksamkeit von Bewältigungsstrategien als Patienten ohne Antidepressiva

2.2.1 Begrenzungen der vorliegenden Untersuchung

Der Studienüberblick (Tabelle 3) vor dem Hintergrund des Modells zum Forschungsstand (Abbildung 1) zeigt, in welcher Weise komplexe Wirkungsgefüge Fragestellungen zum Verlauf und zur Behandlung von Depressionen eingebettet sind. Will man eine spezifische Fragestellung untersuchen, muß man sich auf eine begrenzte Anzahl von Faktoren konzentrieren.

Zunächst stellt das Modell selbst eine Begrenzung dar, da es allgemeinere Faktoren wie z. B. Entwicklungsfaktoren (etwa früher Elternverlust), Persönlichkeitsfaktoren, Attribuierungsstil, biologische Marker und genetische Faktoren nicht berücksichtigt (Cronkite und Moos, 1995).

Die in Tabelle 3 aufgeführten Korrelate wie Stressoren, persönliche Ressourcen, soziale Ressourcen, instrumentelle Ressourcen und soziodemographische Faktoren werden im folgenden in ihrer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung diskutiert.

Stressoren

Die Mehrzahl der Untersuchungen erfasst, beschreibt und ordnet die Bewältigungsreaktion im Hinblick auf Stressoren im Vorfeld der Depression. In der vorliegenden Untersuchung wird die Erkrankung selbst als Stressor (vgl. I. 2.1.4) konzipiert und in ihren Auswirkungen untersucht. Bei dieser Fragestellung werden vor der Erkrankung aufgetretene stressvolle Ereignisse nicht berücksichtigt.

Persönliche Ressourcen oder dispositionelle Faktoren wie ein leichtnehmendes Temperament (Cronkite et al., 1998) wurden von einigen Autoren als Faktor untersucht. Diese Disposition ist beispielsweise verbunden mit niedrigerem Depressionswert nach 1- und 4-Jahreskatamnesen. Allerdings liegen systematische Untersuchungen zur Stärke dieses Einflusses noch nicht vor (Cronkite et al., 1998). Selbstwertschätzung als persönliche Ressource war bei remittierten Patienten so hoch wie bei Gesunden (Billings und Moos, 1985). Veiel et al. (1992) untersuchten explizit Persönlichkeitsfaktoren und fanden kaum Unterschiede zwischen gebesserten und nichtgebesserten Patienten bezüglich stabiler Persönlichkeitsdispositionen. In der Untersuchung von Billings und Moos (1985) wurden persönliche Ressourcen als Teil des Bewältigungsverhaltens konzipiert. Swindle et al. (1989) fanden gute Beziehungsqualität verbunden mit höherer Selbstwertschätzung (S.473). In der vorliegenden Untersuchung wird von einem komplexen Verhaltenssystem „Bewältigung“ ausgegangen, das auch persönliche Ressourcen beinhaltet (Klauer und Filipp, 1993).

Soziale Ressourcen wurden von Billings und Moos (1983, 1984, 1985) quantitativ und qualitativ gemessen. Unterschiede zwischen depressiven Patienten und der gesunden Kontrollgruppe zeigten sich in der Anzahl der Freunde, der Anzahl naher Beziehungen und der Netzwerkkontakte sowie in der erlebten Qualität der Beziehungen (1983). Die Qualität der sozialen Ressourcen war stärker als deren Quantität mit Funktionskriterien korreliert (1984); wenig soziale Beziehungen waren allerdings ein Risikofaktor für Nichtremission (1985, S. 322). Swindle et al. (1989) fanden die Anzahl sowie die Qualität naher Beziehungen mit weniger Depression und weniger körperlichen Symptomen korreliert. Bei Cronkite et al. (1998) zeigten die nichtremittierten Patienten die niedrigste Anzahl von nahen Beziehungen und die niedrigste Beziehungsqualität. Veiel et al. (1992) fanden zwischen remittierten und nichtremittierten Patienten Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung. Dieser Unterschied war jedoch in großem Maße durch die Chronizitäts- und Alterskovarianz zu erklären. Nachdem konsistente empirische Ergebnisse für einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Depression vorliegen, wurde in der vorliegenden Untersuchung auf die Erhebung der Variable „soziale Unterstützung“ verzichtet. Da Schwerpunkt der Untersuchung die Dimensionen der Bewältigungsprozesse sein sollten, wurden vor allem Daten hierzu erhoben (vgl. Rohde et al., 1990); der Klientel schwer Depressiver war nicht zuzumuten, noch mehr Fragebogen auszufüllen.

Soziodemographischen Faktoren wurden in den dargestellten Studien parallelisiert, um die Vergleichbarkeit der Stichproben zu gewährleisten. Als charakteristische Variablen wurden Geschlecht, Ausbildung, Alter, Familienstand, ethnische Gruppe, Beschäftigungsstatus (Billings und Moos, 1983) parallelisiert.

Veiel et al. (1992, Tabelle 5) parallelisierten außerdem **klinische Merkmale** wie Symptomatik bei der Aufnahme, Länge der Episode vor der Aufnahme, Länge der Indexbehandlung (stationär), pharmakologische Behandlung während des stationären Aufenthaltes, Alter bei der ersten depressiven Episode, vorausgehende Chronizität.

Schüssler et al. (1992) untersuchten die Auswirkung von Diagnosegruppen (endogene versus reaktiv-neurotische Depression) sowie der Behandlung mit oder ohne Antidepressiva auf die Häufigkeit und Wirksamkeit von antidepressivem Verhalten in Selbst- und Fremdbeurteilung. Die Autoren fanden tendenzielle, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen bezüglich der Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens (Patienten mit endogener Depression hatten etwas höhere Summenwerte). Patienten mit Antidepressiva (beide Diagnosegruppen) zeigten höhere Häufigkeits- und Wirksamkeitswerte antide-

pressiven Verhaltens als Patienten ohne Medikamente (Untersuchungszeitraum 2 Monate). Die Studien von Hautzinger (1988) an verschiedenen klinischen Stichproben hatten ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Einschätzung der Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens gezeigt. Swindle et al. (1989) konnten dagegen weder für diagnostische Gruppen (Major/ Minor Depression) noch für antidepressive Medikation einen konsistenten Zusammenhang zu Ergebnisvariablen bei der 4-Jahreskatamnese finden. Dieses widersprüchliche Ergebnis bezüglich der diagnostischen Gruppen könnte durch den unterschiedlich langen Untersuchungszeitraum, unterschiedliche Copingkonzeptualisierungen (verhaltensnah versus Disposition) und unterschiedliche diagnostische Kriterien für die Gruppenbildung bedingt sein.

Hautzinger (1988, 1990) untersuchte Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiver Aktivitäten im Verlauf der Erkrankung. Patientinnen, die ihre instrumentellen Ressourcen (ADV-L) am Anfang der Behandlung als hilfreich einschätzten, hatten am Ende der Behandlung niedrigere Depressionswerte als Patientinnen ohne diese Einschätzung. Sie hatten im Verlauf überproportional die Anzahl ihrer antidepressiven Aktivitäten gesteigert (Hautzinger 1990, S. 49).

Rohde et al. (1990) bestimmten den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen und Bewältigungsfaktoren. Geschlecht war mit allen drei von den Autoren gefundenen Bewältigungsfaktoren verbunden. Frauen zeigten höhere Werte auf den Dimensionen „kognitive Selbstkontrolle“ und „Trostsuche“, Männer auf der Dimension „unwirksame Flucht“. Nicht verheiratete Individuen beschrieben höhere Werte auf der Dimension „kognitive Selbstkontrolle“. Alter und Beschäftigungsstatus hatten in dieser Studie keinen Zusammenhang zu Bewältigungsfaktoren. Swindle et al. (1989) und Billings und Moos (1985) fanden unter den soziodemographischen Variablen als einzigen Prädiktor für bessere Ergebnisse eine bessere Ausbildung (S.472), keine Alters- oder Geschlechtseffekte.

Cronkite et al. (1998) identifizierten unter den soziodemographischen und klinischen Ausgangsvariablen lediglich die Schwere der Depression als Zusammenhangsmaß für Nichtremission.

In der vorliegenden Untersuchung wurden alle genannten soziodemographischen Variablen außer Beschäftigungsverhältnis erhoben. Als krankheitsbezogene Merkmale wurden Länge der Episode vor der Aufnahme, diagnostische Subgruppen, Schweregrad der Depression zu Behandlungsbeginn (nach Werten des Beck-Depressions-Inventar und der Hamilton-Depressions-Skala) und die Anzahl der bisherigen stationären Behandlungen erhoben.

2.3 Studien zur Veränderung des Bewältigungsverhaltens im Verlauf der depressiven Erkrankung

2.3.1 Studien, die sich mit Veränderungen über längere Zeiträume befassen

Studien, die sich mit der Veränderung des Bewältigungsverhaltens über längere Zeiträume im Verlauf der depressiven Erkrankung beschäftigen, sind in Tabelle 4 aufgeführt.

- In der Studie von Billings und Moos (1985) zeigten remittierte Patienten signifikant mehr Selbstwertschätzung und Problemlöse coping und weniger Emotionsausdruck nach einem Jahr, verglichen mit dem Behandlungsbeginn; sie näherten sich damit den Mustern der gesunden Kontrollgruppe an.
- In der Längsschnittuntersuchung ohne Kontrollgruppe von Swindle et al. (1989) nahmen Problemlöse coping allmählich (nach 4 Jahren) und affektive Regulation schneller (nach 1 Jahr) zu, Emotionsausdruck nahm (nach 1 Jahr) ab. Bei dem Faktor Informationssuche gab es keine Veränderung.
- In der Studie von Fondacaro und Moos (1989), die den Zusammenhang zwischen Stress und Coping im zeitlichen Verlauf zum Schwerpunkt hatte, zeigten bei einer Zunahme negativer Ereignisse sowohl Patienten als auch Gesunde mehr Emotionsausdruck; im Unterschied zu Gesunden zeigten die depressiven Patienten aber nicht mehr Suche nach Information und Unterstützung. Bei einer Zunahme chronischen Stresses zeigten Patienten mehr Emotionsausdruck, bei Verringerung des Stresses weniger Emotionsausdruck. Gesunde zeigten bei einer Zunahme chronischen Stresses weniger Problemlöse coping.
- Die Studie von Cronkite et al. (1998) zeigte die Veränderungen der Variablen Vermeidungscoping im Verlauf der depressiven Erkrankung: die Werte der remittierten Gruppe nahmen zu jedem Meßzeitpunkt weiter ab; nach 4 Jahren erreichten sie die gleiche Höhe wie die nichtdepressive Kontrollgruppe. Die nichtremittierte Gruppe zeigte, verglichen mit den anderen Gruppen, die höchsten Werte beim Vermeidungscoping zu jedem Meßzeitpunkt.

Die untersuchten Bewältigungsvariablen - Emotionsausdruck, Vermeidungscoping, Problemlöse coping - veränderten sich über längere, mehrere Monate umfassende Zeiträume. Informationssuche schien ein relativ stabiler Faktor zu sein (Swindle et al., 1989; Fondacaro und Moos, 1989).

Tabelle 4: Veränderungen des Bewältigungsverhaltens über längere Zeiträume

Autoren, Jahr	n	Zeitraum	Probanden	Zielkriterium	Design	Variablen, bei denen Veränderungen des Bewältigungsverhaltens nachgewiesen werden konnte
Billings und Moos, 1985	848	1 Jahr	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	remittierte, teilremittierte und nichtremittierte depressive Patienten	Veränderung der Copingmaße zwischen z1 und z2 Kontrollgruppe	- Selbstwertschätzung - Problemlöse coping - Emotionsausdruck
Swindle et al., 1989	352	1 und 4 Jahre	depressive psychiatrisch behandelte Patienten	Depressionsverlaufsmaße	Veränderung der Copingmaße zwischen z1, z2 und z3 keine Kontrollgruppe	- Problemlöse coping - affektive Regulation - Emotionsausdruck - Problemlöse coping
Fondacaro und Moos, 1989	657	1 Jahr	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Depressionsverlaufsmaße	Veränderung der Copingmaße zwischen z1 und z2 Kontrollgruppe	- Emotionsausdruck - Problemlöse coping
Cronkite et al., 1998	597	10 Jahre	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Gruppenvergleich zwischen Depressiven und Gesunden und innerhalb der depressiven Gruppe	Veränderung der Copingmaße zwischen z1, z2, z3 und z4 Kontrollgruppe	- Vermeidungscoping

z1: Behandlungsbeginn; z2: nach einem Jahr; z3: nach 4 Jahren; z4 nach 10 Jahren

2.3.2 Studien, die sich mit Veränderungen über kürzere Zeiträume befassen

Bezüglich der instrumentellen Ressourcen, die Hautzinger (1990) und Schüssler (1992) untersucht haben, wurden folgende Veränderungen beschrieben:

- Wenn ungebesserte und gebesserte Patienten (zum Zeitpunkt der Klinikentlassung) miteinander verglichen wurden, zeigten die weniger gebesserten Patienten zu diesem Zeitpunkt auch weniger häufig antidepressive Verhaltensweisen (Hautzinger, 1990). Dieser Unterschied zeigte sich in ihrer Einschätzung der Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens nicht.
- Schüssler et al. (1992) beschrieben bei beiden Diagnosegruppen (endogene versus reaktiv-neurotische Depression) eine Tendenz, daß die Gabe von Antidepressiva die Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiver Verhaltensweisen steigere. Die gruppenstatistischen Vergleiche der Unterschiede zwischen beiden Diagnosegruppen bei Vor- und Nachuntersuchung bezüglich Häufigkeits- und Wirksamkeitsangaben waren jedoch nicht signifikant.

Hinsichtlich symptombezogener Bewältigungsstile beschrieben Kühner und Weber (1999) bei 52 unipolar depressiven Patienten:

- Rumination und Ablenkung zeigten über etwa 50 Tage (vom Zeitpunkt nach der Behandlung bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung) eine mäßige Stabilität, sowohl bei Patienten mit stabilen als auch bei solchen mit sich verändernden Depressionswerten.

Für die vorliegende Untersuchung wird für die änderungssensitive Dimension „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ eine signifikante Verbesserung erwartet, bezüglich der Dimension „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ wird entsprechend Hautzingers Ergebnissen (1990) keine Veränderung erwartet.

Für die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung werden auf den Skalen Rumination, Suche nach sozialer Einbindung, Bedrohungsabwehr, Suche nach Information und Erfahrungsaustausch (jeweils Prä-Post-Werte) signifikante Veränderungen erwartet, da sie von den Autoren als änderungsspezifisch beschrieben worden sind, auch wenn die bisher bei depressiven Patienten beschriebenen Veränderungen der Krankheitsbewältigungsdimensionen nur über längere Zeiträume bestätigt worden sind. Bei der Skala Suche nach Halt in der Religion, die stärker personspezifisch ausgerichtet ist, werden keine Veränderungen erwartet.

2.4 Studien zum prädiktiven Wert des Bewältigungsverhaltens für den Verlauf depressiver Erkrankungen

Viele Studien versuchten Prädiktoren für die Behandlungsergebnisse in dem beschriebenen komplexen Variablengefüge für unipolare Depressionen im kürzeren und längeren Verlauf, besonders in Bezug auf Remission oder Nichtremission, zu bestimmen. In Tabelle 5 werden Studien aufgeführt, in denen Bewältigungsverhalten neben anderen Prädiktoren für den Verlauf der Depression untersucht wurde.

Die meisten der in Tabelle 5 aufgeführten Studien untersuchten die im Vorkapitel beschriebenen Korrelate und die verschiedenen Dimensionen des Bewältigungsverhaltens bezüglich ihrer Prädiktorenfunktion. Betrachtet man zunächst den Einfluß der soziodemographischen und klinischen Wirkfaktoren, wurden als Risikofaktoren für **Nichtremission** - jeweils erhoben zu Beginn der Studien - nach 1, 2 und 4 Jahren gefunden:

- Schwere Depression (Billings und Moos, 1985, Krantz und Moos, 1990, Rohde et al., 1990, Swindle et al., 1989, Hautzinger, 1990)
- Majordepression (Billings und Moos, 1985)
- Höheres Alter (Billings und Moos, 1985, Krantz und Moos, 1990); Alter ohne Einfluß (Cronkite et al., 1998 im 10-Jahres-Verlauf)
- Niedrige Ausbildung (Billings und Moos, 1985); Ausbildung ohne Relevanz (Cronkite et al., 1998); höhere Ausbildung korreliert mit Remission (Swindle et al., 1989)
- Schlechterer körperlicher Gesundheitszustand (Swindle et al., 1989, Krantz und Moos, 1990, Sherbourne et al., 1995)
- Weibliches Geschlecht (Rohde et al., 1990); männliches Geschlecht (Krantz und Moos, 1990); Geschlecht ohne Relevanz (Cronkite et al., 1998, im 10-Jahres-Verlauf)
- Wenig akute Stressoren (Billings und Moos, 1985); mehr Stressoren (Rohde et al., 1990, Cronkite et al., 1998 im 10-Jahres-Verlauf); Remittierte haben weniger schwere lang andauernde Stressoren (Veiel et al., 1992); stressreiche Lebensereignisse zu Behandlungsbeginn sind kein Prädiktor für Outcome nach 4 Jahren (Swindle et al., 1989)
- Wenig nahe soziale Beziehungen (Billings und Moos, 1985), weniger soziale Unterstützung von Freunden (Veiel et al., 1992), weniger soziale Ressourcen (Cronkite et al., 1998); Remittierte: hohe soziale Unterstützung (Sherbourne et al., 1995) und bessere Qualität der Beziehungen (Krantz und Moos, 1990)
- Familienkonflikt (Swindle et al., 1989).

Tabelle 5: Prädiktoren für Behandlungserfolg und den Verlauf bei unipolaren Depressionen

Autoren, Jahr	n	Untersuchungs- zeitraum	Probanden	Zielkriterium	Untersuchte Prädiktoren	Ergebnis für Bewältigung
Billings und Moos, 1985	848	1 Jahr	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Anzahl remittierter, teil- mittierter und nichtremit- tierter depressiver Patien- ten	Für Nichtremission: <ul style="list-style-type: none"> - Schwere Depression - Major Depression - Höheres Alter - Niedrigere Ausbildung - Fehlen von Problemlöse coping - Wenige akute Stressoren - Wenig nahe soziale Beziehungen zu Behandlungsbeginn 	Remittierte Patienten berichteten mehr Informationssuche und Emoti- onsausdruck und weniger Problemlö- secoping und Selbstwertschätzung zu Behandlungsbeginn als die gesun- de Kontrollgruppe
Parker und Brown, 1986	128	6 und 20 Wochen	depressive psychiatrisch behandelte Patienten und Gesunde	Schlechtes Ergebnis / gutes Ergebnis	schwache Korrelation zwischen besse- rem Ergebnis und höheren Werten von Affektreduktion	Höhere Werte auf der Dimension Konsumverhalten zu Beginn waren der einzige signifikante Prädiktor für ein schlechtes Ergebnis
Swindle et al., 1989	352	1 und 4 Jahre	depressive psychiatrisch behandelte Patienten	Symptombezogene Krite- rien (Depression, Körper- symptome, Selbstwert- schätzung) Rollenbezogene Kriterien (Familienaktivitäten, Beschäftigung)	<ul style="list-style-type: none"> - Anfängliche Symptomstärke - Höhere Ausbildung - Körperlicher Gesundheitszustand - Familienkonflikt - Ausbildung - Coping - Stressreiche Lebensereignisse zu Beginn kein Prädiktor für Outcome nach 4 Jahren 	Positiver Einfluß auf Zielkriterien durch Veränderung bei Problemlösen (signifikanter Anstieg), bei affektiver Regulation (signifikanter Anstieg) und Emotionsausdruck (signifikante Abnahme). Emotionsausdruck war korreliert mit stärkerer aktueller Depression und körperlichen Sym- ptomen, Problemlösen mit weniger starker Depression Keine konsistenten Ergebnisse für Informationssuche

Tabelle 5: Prädiktoren für Behandlungserfolg und den Verlauf bei unipolaren Depressionen (Fortsetzung)

Autoren, Jahr	n	Untersuchungs- zeitraum	Probanden	Zielkriterium	Untersuchte Prädiktoren	Ergebnis für Bewältigung
Hautzinger, 1990	36	8 Wochen	depressive psychiatrisch behandelte Patienten	Depressionswert nach Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Schwere der Depression zu Be- handlungsbeginn - Frühere Episoden - Häufigkeit antidepressiven Verhaltens 	Häufigkeit antidepressiven Verhaltens zu Behandlungsbeginn als Prädiktor für Depressionswerte nach der Be- handlung
Krantz und Moos, 1990	395	1 Jahr	behandelte depressive Pati- enten	Anzahl remittierter, teil- remittierter und nicht- remittierter depressiver Patienten; unterschieden nach ambulanten und stationären Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Stärke der Depression zu Behandlungsbeginn als gewichtiger Faktor - Alter - Geschlecht - Vorherige Therapie - Körperlicher Gesundheitszustand - Vermeidungscoping - Qualität der Beziehungen 	Beste Vorhersage mit den anderen Risikofaktoren zusammen
Veiel et al., 1992	190	6 und 18 Monate	depressive Patienten, statio- näre Behandlung	Remittiert/ nicht remittiert	<ul style="list-style-type: none"> - Remittierte Patienten haben weniger schwere langandauernde Stressoren - unterschiedlicher Copingstil - Nichtremittierte Patienten haben weniger Unterstützung von Freunden, besonders psycholo- gisch-emotionale Unterstützung 	Nichtremittierte Patienten zeigten mehr negative Bewertungen stress- reicher Situationen, mehr Problem- vermeidung, weniger palliative Akti- vitäten, weniger Neigung, soziale Unterstützung zu erbitten
Kühner und Weber, 1999	52	1 und 4 Monate nach Entlassung	depressive Patienten, statio- näre Behandlung	Depressionsstärke	<ul style="list-style-type: none"> - Depressionswert (nach der Behandlung) - Ruminationswert (nach der Behandlung) 	Rumination nach der Behandlung als Prädiktor für den Depressionswert in Folgeuntersuchungen; keine konsi- stenten Ergebnisse zu Ablenkung

Tabelle 5: Prädiktoren für Behandlungserfolg und den Verlauf bei unipolaren Depressionen (Fortsetzung)

Autoren, Jahr	n	Untersuchungs- zeitraum	Probanden	Zielkriterium	Untersuchte Prädiktoren	Ergebnis für Bewältigung
Rohde et al., 1990	742	2 Jahre	Gemeindestichprobe, davon 96 depressiv, 139 im Verlauf depressiv	Depressive Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> - Stress - Eingangsdepressionswert - Geschlecht - Ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit - Konsumverhalten war ein Puffer für Stress 	Ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit (vermeidend, hilflos, passiv, unruhig) als Copingfaktor mit stärkstem Prädiktorwert für Anstieg der depressiven Symptomatik
Sherbourne et al., 1995	604	1 oder 2 Jahre danach	depressive Patienten und unterschwellig depressive Patienten	Verschiedene Depressions- maße	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigtenstatus - Mehr aktives, weniger vermei- dendes Coping - Hohe soziale Unterstützung - Körperlich aktiv - Weniger komorbide chronische Krankheiten 	Aktives Coping führte zu besseren Depressionsverlaufswerten
Cronkite et al., 1998	597	10 Jahre	depressive psychiatrische Patienten und Gesunde	Anzahl remittierter, teil- remittierter und nicht- remittierter depressiver Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Schwere der Depression (nicht Alter, Geschlecht, Ausbildung, vorherige Behandlung) Nichtremittierte: - mehr Stressoren - Weniger soziale Ressourcen - Weniger optimistisch - Mehr Vermeidungscoping 	Vermeidungscopingstrategien zu Beginn der Behandlung war Prädiktor für Teilremission und Nichtremission nach 10 Jahren

Widersprüchliche Ergebnisse wurden für die **soziodemographischen Variablen** Alter, Ausbildung und Geschlecht berichtet. Die Ergebnisse für den Einfluß ausreichend sozialer Beziehungen von guter Qualität und für den Einfluß von Stressoren im Vorfeld der Erkrankung sind dagegen einheitlich. Für die vorliegende Untersuchung würden wir gemäß der Multicenter-Studie (Hautzinger et al., 1996, de Jong-Meyer et al., 1996) bei gleichen Untersuchungszeiträumen für die Prä-Post-Messung erwarten, daß soziodemographische Variablen keinen signifikanten prädiktiven Einfluß auf das Behandlungsergebnis haben werden.

Den Einfluß von **klinischen Variablen** und von **Bewältigungsverhalten** auf das Behandlungsergebnis über kurzfristige Zeiträume (8 Wochen) haben Hautzinger (1990) sowie Hautzinger und de Jong-Meyer et al. (1996) untersucht. Die Stärke des Einflusses wird in Tabelle 6 dargestellt.

Die Vermutung von de Jong-Meyer et al. (1996), die bei den diagnostischen und Variablen des Krankheitsverlaufes von stärkeren Einflüssen als bei den sozioökonomischen Variablen ausgegangen waren, wird durch die in Tabelle 6 dargestellten Untersuchungen unterstützt: Hautzinger (1990) hatte die Variable Vorhandensein früherer Episoden, de Jong-Meyer et al. (1996) die Länge der Phase (vor Behandlungsbeginn), Hautzinger et al. (1996) die Episodendauer und Episodenanzahl als einflußreich gefunden.

Hautzinger hatte in seiner Studie (1990) den Prä-BDI-Wert als stärksten Einflußfaktor ermittelt. Bei den korrelativen Analysen der Multicenter-Studie (1996) (die Auswertungen mit multipler Regression lagen noch nicht vor) fand sich dieser Einfluß nicht, entgegen den Ausgangshypothesen der Autoren. Sie hatten das von ihren Hypothesen abweichende Ergebnis damit zu erklären versucht, daß sie es auf die gemäß der Einschlusskriterien schon hohe Ausgangsdepressivität zurückführten und hatten weitere Studien angeführt, in denen das Akutergebnis pharmakologischer Therapien eher nicht mit der Schwere der Ausgangsdepressivität korrelierte (de Jong-Meyer et al., 1996).

Tabelle 6: Studien zu Prädiktoren des Therapieerfolges für kurzfristige Zeiträume

Autor, Jahr	n	Prä-Depressions-Werte	Kriteriumsvariablen und Methodik	Nicht-signifikante Prädiktoren	Signifikante Prädiktoren	Höhe der Signifikanz
Hautzinger, 1990	36	HAMD: 22,1 BDI: 25,4	Post-BDI-Wert Multiple Regression	- Geschlecht - Alter - Dauer der jetzigen Erkrankung - Therapeutenerfahrung	- Prä-BDI-Wert - Selbstkontrollskala - Frühere Episoden - ADV-L Häufigkeit - ADV-L Wirksamkeit	*** *** ** * (*)
De Jong-Meyer et al., 1996	126	HAMD: 28,6 BDI: 30,7 Endogene Depression	Post-BDI-Wert Korrelation	- Geschlecht - Alter - Familienstand - Berufliche Stellung - Prä-BDI-Wert - Anzahl der bisherigen Episoden - Ersterkrankungsalter - Weitere Persönlichkeits- bzw. Funktionsvariablen	- Hoffnung - Allgemeines Wohlbefinden - Angst - Körperliche Beschwerden - Häusliche Situation - Zuordbarkeit der Diagnose - Länge der Phase - Leistungsbezogene Aktivität - Emotionale Gereiztheit - Allgemeine Desaktivität	*** *** *** *** *** ** ** ** ** ** **
De Jong-Meyer et al., 1996	126	HAMD: 28,6 BDI: 30,7 Endogene Depression	Post-HAMD-Wert Korrelation	- Geschlecht - Alter - Familienstand - Berufliche Stellung - Prä-BDI-Wert - Anzahl der bisherigen Episoden - Ersterkrankungsalter - Weitere Persönlichkeits- bzw. Funktionsvariablen	- Häusliche Situation - Hoffnung - Körperliche Beschwerden - Angst - Länge der Phase - Allgemeines Wohlbefinden - Emotionale Gereiztheit - Leistungsbezogene Aktivität - Allgemeine Desaktivität	*** *** *** *** *** *** ** ** **
Hautzinger et al., 1996	151	HAMD: 24,4 BDI: 29,9 Neurotische Depression	Post-BDI-Wert Korrelation	- Alter - Ersterkrankungsalter - Anzahl früherer Episoden - Länge der depressiven Index-episode - Schwere der depressiven Erkrankung - Endogenitätsindex - Weitere Persönlichkeits- bzw. Funktionsvariablen	- Episodenlänge - Episodenanzahl	* *
Hautzinger et al., 1996	151	HAMD: 24,4 BDI: 29,9 Neurotische Depression	Post-HAMD-Wert Korrelation	Dito	- Episodenlänge - Episodenanzahl	* *

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen (*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$ (2-seitiges Signifikanzniveau)

Verschiedene Therapiestudien betonen dagegen gerade die Bedeutung der Höhe der Ausgangsdepressivität für den Erfolg der Therapie (Elkin et al., 1989; Jarrett et al., 1991; Thase et al., 1991), so daß auch für die Gruppe schwer depressiver Patienten mit medikamentöser Behandlung unter stationären Behandlungsbedingungen erwartet werden kann, daß klinische Variablen und insbesondere die Schwere der Ausgangsdepressivität prädiktiven Einfluß auf das Behandlungsergebnis haben werden.

Studien, die den Einfluß von Bewältigungsverhalten auf das Behandlungsergebnis über längerfristige Zeiträume untersucht haben, haben folgende **Copingdimensionen** als **Prädiktoren** gefunden:

- Aktiver Copingstil (Sherbourne et al., 1995) als **Prädiktor für Remission**. Aktive Copingstrategien (z.B. mit einem Fachmann sprechen, sich über ein Problem informieren, darüber nachdenken, was man zur Problemlösung tun könnte, mit einem Freund oder Angehörigen sprechen, sich vergegenwärtigen, daß die Dinge noch schlechter sein könnten, einen Handlungsplan entwerfen) spielten eine wichtige Rolle für das aktuelle klinische Outcome und für die seelische Gesundheit im längeren Verlauf. Vermeidender Copingstil (z. B. auf ein Wunder hoffen, sich selbst ein besseres Gefühl machen durch Essen, Rauchen, Trinken, seinen Ärger an anderen auslassen, sich entscheiden, mehr Zeit allein zu verbringen, mehr schlafen als üblich) war verbunden mit dem Auftreten einer depressiven Episode bei Personen, bei denen zu Beginn der Untersuchung keine Depression diagnostiziert worden war bzw. mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik (Sherbourne et al., 1995).
- Fehlen von Problemlöse coping (Billings und Moos, 1985) als **Prädiktor für Nichtremission**. Bei nichtremittierten Patienten stellten das Fehlen von Problemlöse coping und wenig nahe soziale Beziehungen zu Beginn Risikofaktoren neben anderen für die Nichtremission dar. Im Unterschied dazu beschrieben remittierte Patienten zu Behandlungsbeginn mehr Informationssuche und Emotionsausdruck und weniger Problemlöse coping und Selbstwertschätzung als die gesunde Kontrollgruppe, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung hatten sich ihre Copingmuster jedoch denen der gesunden Kontrollgruppe angenähert.
- Ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit („oft kann ich unangenehme Gedanken, die mich quälen, nicht überwinden“; „ich bleibe im Bett“; „ich kann nicht vermeiden, an die Fehler zu denken, die ich in der Vergangenheit gemacht habe“; „oft finde ich es

schwierig, meine Gefühle von Nervosität und Spannung ohne Hilfe zu überwinden“; „wenn ich Pillen dabei hätte, würde ich einen Tranquilizer nehmen, immer wenn ich gespannt und nervös bin“) und Konsumverhalten trugen signifikant dazu bei, die zukünftige Diagnose einer Depression vorherzusagen (Rohde et al., 1990). Ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit führte zu erhöhter Vulnerabilität, besonders wenn erhöhter Stress dazukam, und korrelierte mit aktueller und zukünftiger Dysphorie und der Diagnose einer Depression. Andererseits schien Konsumverhalten ein Puffer für Stress zu sein.

- Vermeidungscoping zu Beginn war Prädiktor für eine lediglich teilweise Remission und für Nichtremission (Cronkite et al., 1998) im längeren Verlauf.
- Nicht-remittierte Patienten zeigten mehr negative Bewertungen stressreicher Situationen, mehr Problemvermeidung, weniger palliative Aktivitäten und weniger Neigung, soziale Unterstützung zu erbitten (Veiel et al., 1992).
- Ein signifikanter und konsistenter Prädiktor eines schlechten Behandlungsergebnisses war ein höherer Eingangswert auf der Dimension Konsumverhalten (Geld für sich selbst ausgeben, essen, Alkohol trinken) zu Behandlungsbeginn (Parker et al., 1986).
- Höhere Ruminationswerte (Aufmerksamkeit auf die depressiven Symptome richten, immer wieder über Ursachen und Konsequenzen nachdenken) nach der stationären Behandlung waren ein Prädiktor für höhere Depressionswerte bei der Nachuntersuchung, auch nach Kontrolle der Depressivität zu Beginn. Ablenkung (die Aufmerksamkeit von Symptomen ablenken, hin zu angenehmen oder neutralen Gedanken und Aktionen) war kein Prädiktor für Depressionswerte in der Nachuntersuchung (Kühner und Weber, 1999).

Zahlreiche Studien haben den prädiktiven Einfluß einiger Krankheitsbewältigungsdimensionen auf das Behandlungsergebnis über längerfristige Zeiträume bestätigt. Hautzinger (1990), Parker und Brown (1986) und Veiel et al. (1992) konnten diesen Einfluß auch für kurze Untersuchungszeiträume nachweisen. Für die vorliegende Untersuchung wird ein prädiktiver Einfluß der verhaltensnahen Copingdimensionen (ADV-L) sowie der Dimensionen der Trierer Skalen erwartet.

3 Der Zusammenhang von Psychoedukation und Krankheitsbewältigung

Die in diesem Kapitel in Abschnitt 1 und 2 dargestellten Untersuchungsergebnisse beschreiben wirksame psychoedukative Methoden bei depressiven Patienten und den Einfluß bestimmter Charakteristika der Krankheitsbewältigung auf den Verlauf depressiver Erkrankungen.

Beide Forschungsansätze waren von Forschungsgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten durchgeführt worden. Bei Studien mit dem Schwerpunkt Psychoedukation stand das Interesse an besseren Behandlungsergebnissen im Vordergrund, bei Studien mit dem Schwerpunkt Bewältigungsforschung die Fragestellung, welche Bewältigungsstrategien zu guten Ergebnissen führen können oder welche bewältigungsspezifischen Charakteristika Therapie-Responder aufweisen.

Da ein erklärtes Ziel psychoedukativer Methoden die Unterstützung der Patienten bei der Krankheitsbewältigung ist, liegt es nahe, den Zusammenhang dieser beiden Variablen zu untersuchen. Für schizophrene Erkrankungen haben verschiedene bewältigungsorientierte Therapieansätze Ergebnisse der Copingforschung angewandt (Schaub et al., 1996). Sie ähneln darin dem Programm „Depression bewältigen“ (Cuijpers, 1998) und streben unter anderem

- Aufklärung über Krankheit und Behandlung
- Bewältigung von Belastung in verschiedenen Lebensbereichen als Ziele an.

In der vorliegenden Untersuchung sollte herausgefunden werden, ob allein die Aufklärung über Krankheit und Behandlung zu meßbaren Veränderungen des Wissens und zu besseren Ergebnissen führt. Der Einsatz des psychoedukativen Zusatzmoduls sollte aus ökonomischen Gründen und wegen leichter Realisierung unter den damaligen klinischen Bedingungen auf zwei Sitzungen beschränkt sein.

3.1 Theoretische Ableitung des eigenen Untersuchungsansatzes

3.1.1 Zur Wirkung der Psychoedukation

Drei Studien, die das Ziel der Informationsvermittlung für depressive Patienten in **einmaligen** Sitzungen anstrebten (Kap.I. 1.4), zeigten in randomisierten Designs (Myers

und Calvert, 1984; Peet und Harvey, 1991) bzw. mit nichtrandomisierter Kontrollgruppe (Altamura und Mauri, 1985) eine bessere Compliance mit der medikamentösen Behandlung und einen Wissenszuwachs nach Psychoedukation. Diese Effekte traten schon nach kurzer psychoedukativer Intervention ein. Bemerkenswert ist, daß der Effekt der Compliance mit antidepressiver medikamentöser Behandlung (gemessen als Variabilität des Quotienten von Plasmaspiegel und Dosis bei Altamura und Mauri, 1985) nach nur einer Informationssitzung auch kontinuierlich über 6 Monate erhalten blieb.

Myers und Calvert (1984) versuchten durch ihre Studie herauszufinden, durch welche Art der Information sich die Compliance verbesserte. Die Gruppe, die Information über die Wirkung der Medikamente erhielt, und die Gruppe, die über die Nebenwirkungen informiert wurde, zeigten nach drei Wochen eine bessere Compliance als die Gruppe, der lediglich gesagt worden war, sie bekäme ein Medikament, das die Depression behandelt. Da die Behandlungsgruppe, die über die Wirkung der Antidepressiva informiert worden war, weniger über Nebenwirkungen berichtete als die Gruppe, die über Nebenwirkungen informiert worden war und die, die gar keine Information erhalten hatte, interpretierten die Autoren, daß nicht kognitive Veränderungen, sondern Placebo-Effekte diese Ergebnisse erklären könnten. Betrachtet man die Studie von Peet und Harvey (1991), scheint diese Interpretation fraglich; sie konnten zeigen, daß ein relativ einfaches psychoedukatives Programm zur Lithiumbehandlung, das aus einem 12-minütigen Videoband, einem kurzen schriftlichen Informationsblatt und einem Hausbesuch bestand, bei dem Fragen zum vorgelegten Material besprochen werden konnten, zu einem deutlichen und anhaltenden Wissenszuwachs führte, der auch die Einstellung der Patienten zum Lithium verbesserte. Diesen Effekt hatten die Autoren nicht erwartet. Sie hatten vermutet, daß ein psychoedukatives Programm, das auch über die Nebenwirkungen und die toxischen Effekte des Lithium aufklärt, eine kritische Einstellung hervorrufen würde. Die Daten zeigten, daß das Gegenteil der Fall war. Wahrscheinlicher als die oben erwähnte Erklärung eines Placebo-Effektes als Wirkvariable (Myers und Calvert, 1984) scheint die Erklärung zu sein, daß Patienten ein bestimmtes Maß an sachlicher und kritischer Information brauchen, um sich kompetent genug zu fühlen, eine abgewogene Entscheidung bezüglich der antidepressiven Behandlung zu fällen (wovon übrigen auch die US-amerikanische wie die deutsche Rechtssprechung ausgehen, die „informed consent“, also Einverständniserklärung nach ausreichender Information als Vorausset-

zung für einen rechtswirksamen Behandlungsvertrag ansehen). Die ausgewogene Information über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente könnte zu einem sachlichen Urteil führen, das auf die Wirkung der Medikamente baut und die Nebenwirkungen mit einschließt und in einer Haltung resultiert, die kooperativ ist.

Die über **mehrere Sitzungen** angebotenen Depressionskurse, die sowohl einen informativen Teil zum Thema Depression umfassen als auch soziale und kognitive Fertigkeiten über verhaltenstherapeutische Techniken vermitteln, erbrachten in ebenfalls kontrollierten Studiendesigns gute Erfolge bezüglich der Symptomatik und des Global Outcome der depressiven Erkrankung (z. B. Brown und Lewinsohn, 1984; v. Korff et al., 1998). In den referierten Studien (Kap. I. 1.4) wurden die einzelnen psychoedukativen Elemente dieser Programme, die teilweise fließende Übergänge zu psychotherapeutischen Techniken zeigten, nicht gesondert evaluiert, so daß zwar Hypothesen zur Wirksamkeit (vgl. Kap. I. 1.2) des gesamten Programms gebildet, aber keine spezifischen Aussagen zur Wirkung der psychoedukativen Elemente der Programme gemacht werden können. Um dieser Schwierigkeit zu entgehen, soll zunächst versucht werden, die Ergebnisse der Studien, die sich mit der Informationsvermittlung zur medikamentösen Behandlung befassten, zu übertragen auf die Informationsvermittlung eines integrativen Krankheitskonzeptes und die Informationsvermittlung von darauf zugeschnittenen psycho- und soziotherapeutischen Techniken und Strategien der Krankheitsbewältigung.

Hilfreich müßte sein, wenn man den Patienten Wirkung und Nebenwirkung der Behandlungstechniken erklären und Bewältigungsstrategien mit ihren Vor- und Nachteilen beschreiben sowie die Patienten befähigen würde, eine Haltung zu entwickeln, die ihnen die Entscheidung zur aktiven Mitarbeit erleichtert. Man sollte erwarten, daß die Compliance auch für psycho- und soziotherapeutische Techniken und Bewältigungsstrategien höher sein wird, wenn den Patienten die sachlichen Gründe für das vorgeschlagene Vorgehen transparent gemacht worden sind und sie sich aktiv unter Abwägung von Vor- und Nachteilen dafür entscheiden können (vgl. Kap.I. 1.3.6). Erschwerend könnte bei der Informationsvermittlung sein, daß schwer depressive Patienten wegen kognitiver Beeinträchtigungen die erforderlichen Entscheidungsprozesse nur mit Einschränkungen durchlaufen können.

Im Rahmen gesundheitsökonomischer Erwägungen (v. Korff et al., 1998) müßte betrachtet werden, wie viel Psychoedukation erforderlich ist, um einen erkennbaren Effekt zu erreichen. Von den von v. Korff et al. (1998) beschriebenen - das übliche Behandlungsprogramm ergänzenden - zusätzlichen psychoedukativen Behandlungsbedingungen profitierten unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt gerade die Patienten mit Majordepression verglichen mit denen, die weniger schwer erkrankt waren. Da schon einmalige Informationsveranstaltungen zur medikamentösen Behandlung langfristige Effekte zeigen können, kann erwartet werden, daß zwei Informationseinheiten über die beschriebenen Themen zu Veränderungen einzelner Krankheitsbewältigungswerte, des Wissens und über die Nutzung der Bewältigungsressourcen zu kurzfristigen Verbesserungen der Depressionswerte führen können. Längerfristige Unterschiede werden bei der Kürze der psychoedukativen Intervention nur bezüglich der Compliance mit der medikamentösen Behandlung und mit der fachärztlichen Weiterbehandlung erwartet, für die anderen Variablen, die im Nachbefragungsbogen erhoben werden (Wiederaufnahmerate, Einschätzung der körperlichen und seelischen Gesundheit) werden dagegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen erwartet.

3.1.2 Studien zur Psychoedukation und der Einfluß von Krankheitsbewältigung

Bei schizophrenen Erkrankungen wurde im Rahmen der Entwicklung bewältigungsorientierter Therapien eine Integration der Forschungsansätze Psychoedukation und Krankheitsbewältigung vorgeschlagen. Das Konzept der bewältigungsorientierten Gruppentherapie (Schaub et al., 1996; Schaub und Brenner, 1996) wurde mit Bewältigungsskalen evaluiert, wobei sich zeigte, daß nach der Teilnahme an dem Programm passive Bewältigungsstrategien wie „sozialer Rückzug“ und „Selbstmitleid“ signifikant abnahmen.

Obwohl Manuale für bewältigungsorientierte Therapieprogramme auch für depressive Patienten vorliegen, wurde die spezifische Wirkung der Programme auf die Krankheitsbewältigungsstrategien der Patienten nicht explizit untersucht.

Brown und Lewinsohn (1984) schätzten den Erfolg ihres Programms „Depression bewältigen“ als gleichwertig mit dem der kognitiven und der interpersonellen Therapie

ein. Unterschiede zwischen guten und schlechten Respondern erklärten die Autoren durch spezifische Charakteristika der Teilnehmer, wobei sie an Unterschiede im Krankheitsverlauf und an unterschiedlich starke Stressoren im Vorfeld dachten. Unterschiede in Krankheitsbewältigungsstrategien führten sie nicht an, obwohl Krankheitsbewältigungsstrategien einen Schwerpunkt des Programms darstellen, wenn auch nicht explizit. Es wurde beispielsweise angestrebt, die Anzahl angenehmer Aktivitäten zu erhöhen (Dimension Ablenkung), Aspekte des Denkens zu verändern (Dimension Rumination) und soziale Fertigkeiten zu verbessern (Dimension Suche nach sozialer Einbindung).

Die von Jamison und Scogin (1995) beschriebene kognitive Bibliothherapie erbrachte nicht nur Verbesserungen bei den Depressionswerten (aktuell und nach drei Monaten), sondern auch bezüglich automatischer Gedanken und dysfunktionaler Haltungen, die wesentliches Thema der Lektüre und der Übungen gewesen waren. Welche weiteren Variablen durch das Vorgehen möglicherweise tangiert werden, wurde von den Autoren nicht reflektiert. Man kann (wie oben beschrieben) aber vermuten, daß auch die kognitive Bibliothherapie Auswirkungen auf die Dimension Rumination hat und daß durch die Lerninhalte aktives Problemlösen als alternative Strategie dazu eingeübt wird.

Teri und Lewinsohn (1986) untersuchten die Rolle von Prädiktorvariablen für das Behandlungsergebnis in ihrer vergleichenden Studie des Programms „Depression bewältigen“ im Einzel- und Gruppensetting. Nur der Anfangswert des BDI (Beck-Depressions-Inventar) und die Anzahl streßreicher Lebensereignisse stellten Prädiktoren dar. Andere untersuchte Variablen erreichten in ihrem Beitrag für das Behandlungsergebnis nicht das Signifikanzniveau, die Autoren beschrieben aber trotzdem die tendenzielle Richtung ihres Einflusses: jüngeres Alter, keine zusätzliche Behandlung der Depression, höhere Veränderungserwartung, höhere Lebenszufriedenheit, größeres Selbstvertrauen, körperlich aktiver u.a. Diese Aufzählung könnte durch verschiedene Variablen der Krankheitsbewältigung ergänzt werden, die aber von den Autoren nicht untersucht wurden.

Es wurde gezeigt, daß einige Programme direkt oder indirekt die Veränderung von Krankheitsbewältigungsdimensionen anstreben. In der vorliegenden Untersuchung soll das Ausmaß der Veränderung der Krankheitsbewältigung explizit bestimmt werden.

3.1.3 Studien zur Krankheitsbewältigung und der Einfluß von Psychoedukation

Zusammenhänge zwischen Ausprägungen der einzelnen Copingdimensionen zu Beginn der Behandlung und der späteren Remission oder Nichtremission sind in zahlreichen Studien erforscht worden (vgl. Kap.I. 2.3). Interessant bleibt die Frage, ob Copingmuster durch psychoedukative Programme günstig beeinflusst werden können. Die von Sherbourne et al. (1995) beschriebenen aktiven Copingstrategien, die die Autoren als Prädiktoren für Remission identifizieren konnten, könnten durch die Themen der psychoedukativen Einheiten gefördert werden. Die von den Autoren aufgeführten Operationalisierungen (mit einem Fachmann sprechen, sich über ein Problem informieren, darüber nachdenken, was man zur Problemlösung tun könnte, u.a.) sind Strategien, die bei der Psychoedukation thematisiert und mit den Patienten als Vorschläge zur Bewältigung der Erkrankung diskutiert werden. Es wird darüber hinaus erklärt, daß vermeidender Copingstil (z. B. auf ein Wunder hoffen, sich selbst ein besseres Gefühl machen durch Essen, Rauchen, Trinken, seinen Ärger an anderen auslassen, sich entscheiden, mehr Zeit allein zu verbringen, mehr schlafen als üblich) im allgemeinen die Stimmung nicht verbessert, sondern eher als Symptomatik der Erkrankung anzusehen ist.

Auch die Ergebnisse der Studie von Billings und Moos (1985), die besagen, daß später remittierte Patienten zu Behandlungsbeginn aktive Informationssuche und Emotionsausdruck zeigen, sprechen dafür, in einem psychoedukativen Angebot diese Bewältigungsmuster in der Gruppe zu fördern und zu verstärken.

Ineffektive Flucht aus der Wirklichkeit als Bewältigungsstrategie (z. B.: „oft kann ich unangenehme Gedanken, die mich quälen, nicht überwinden“; „ich bleibe im Bett“; „ich kann nicht vermeiden, an die Fehler zu denken, die ich in der Vergangenheit gemacht habe“) kann in der psychoedukativen Gruppe als nicht hilfreiches Bewältigungsmuster (Rohde et al., 1990) thematisiert werden, alternative Verhaltensweisen - etwa palliative Aktivitäten oder die Suche nach sozialer Unterstützung (Veiel et al., 1992) - können mit den Teilnehmern als hilfreiche Verhaltensmuster erarbeitet werden.

Hautzinger (1990) und Schüssler et al. (1992) konnten bei depressiven Patienten im Zusammenhang mit Besserung bzw. Nichtbesserung der Depression zeigen, daß sich auch die Anzahl antidepressiver Verhaltensweisen in kurzen Zeiträumen (8 Wochen) verbessert hatte. Das Ergebnis der Studie von Kühner und Weber (1999) dagegen, wo-

nach das Maß für „Ablenkung“ (die Aufmerksamkeit von Symptomen ablenken, zu angenehmen oder neutralen Gedanken und Aktionen) nach der Behandlung kein Prädiktor für Depressionswerte in der Nachuntersuchung war, scheint zunächst in Widerspruch zu den Ergebnissen von Hautzinger (1990) zu stehen. Die Autorinnen selbst erklären die Diskrepanz dadurch, daß die verwendete Skala möglicherweise etwas anders mißt als die verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Listen antidepressiven Verhaltens und daß selbst angewandte Ablenkungsstrategien im natürlichen Setting nicht so effektive und konsistente Ergebnisse erbringen könnten wie systematisch während der Psychotherapie eingesetzte und gelernte Ablenkungsstrategien.

Da bewältigungsorientierte Therapieansätze für schizophrene Patienten im Zusammenhang mit besseren Ergebniswerten auch eine positive Veränderung von Bewältigungsverhalten nachweisen konnten (Schaub et al., 1996; Schaub und Brenner, 1996), sollte auch bei depressiven Patienten erwartet werden, daß ein bewältigungsorientiertes Standardbehandlungsprogramm zu Veränderungen der änderungssensitiven Krankheitsbewältigungsdimensionen zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende führt.

Von den Teilnehmern des psychoedukativen Zusatzmoduls ist nach diesen Überlegungen zu erwarten, daß sie, angeregt durch die Informationsvermittlung und Diskussion in der Gruppe, unterschiedliches Krankheitsbewältigungsverhalten auf der Dimension „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ und eine höhere Anzahl antidepressiver Aktivitäten zeigen. Außerdem wird erwartet, daß sie mehr Wissen über die Erkrankung und nach der Behandlung bessere Depressionswerte zeigen als diejenigen Patienten, die nicht am psychoedukativen Programm teilgenommen haben.

3.2 Abgrenzung zu anderen möglichen Fragestellungen

Auf der Grundlage der damals schon vorliegenden Studien und der seinerzeitigen Situation der Depressionsstation, deren Behandlungsprogramm um das Zusatzmodul „bewältigungsorientierte psychoedukative Methoden“ für Patienten erweitert werden sollte, wurde entschieden, den Effekt dieses Moduls auf die Krankheitsbewältigung als Schwerpunkt der Untersuchung zu wählen.

Die weiteren (im Gesamt der therapeutisch wirksamen) Faktoren neben der Psychoedukation (vgl. Kap. I. 1.3) wurden aus folgenden Gründen als Untersuchungsschwerpunkte verworfen:

Die möglicherweise eingeschränkte Urteilsfähigkeit depressiver Patienten zu Behandlungsbeginn und die Schwierigkeiten bei der Operationalisierung führten dazu, daß das Konstrukt **Veränderungserwartung** nicht als Variable in die Untersuchung aufgenommen wurde. Das Konstrukt **Therapiemotivation** wurde nicht explizit untersucht, weil stark depressive Patienten durch ihre Erkrankung per se Einschränkungen der Motivation und des Antriebs erleben und erwartet werden kann, daß die Variablen Schwere der Erkrankung und Therapiemotivation korrelieren.

Untersuchungswert wäre die Frage, wie sich psychoedukative Methoden auf die **subjektiven Krankheitstheorien** der Patienten, sowie deren Zusammenhang mit Compliance und dem Krankheitsverlauf auswirken. Wegen des methodischen Aufwandes bei der Erforschung und Quantifizierung subjektiver Theorien wurde bei der vorliegenden Studie darauf verzichtet.

3.3 Zusammenfassung der Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung sollte die Wirksamkeit des psychoedukativen Zusatzmoduls für Patienten im Rahmen einer integrativen Behandlung schwer depressiver Patienten auf der Remscheider Fachstation für depressive Erkrankungen untersucht werden. Als Behandlungsmethode wurde ein um das Zusatzmodul erweitertes Standardbehandlungsprogramm im Vergleich zum Standardbehandlungsprogramm eingesetzt. Ziel war die Wirkung des psychoedukativen Zusatzmoduls auf die Krankheitsbewältigung, das Wissen über die Erkrankung und die Depressionswerte zu überprüfen. Es wurde erwartet, daß sich die Teilnehmer des psychoedukativen Programms von den Patienten ohne diese Intervention auf den genannten Variablen unterscheiden.

Neben der Fragestellung, welche spezifische Auswirkungen das psychoedukative Zusatzmodul über kurze Zeiträume bei depressiven Patienten hat, sollte darüber hinaus untersucht werden, welche Unterschiede Untergruppen der Gesamtstichprobe bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte aufweisen und welche Auswirkungen unterschiedli-

che Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn auf den Krankheitsverlauf haben.

Längerfristig sollten die Effekte des psychoedukativen Programms auf die Depressionswerte sowie subjektive Urteile zum Krankheitsverlauf bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bestimmt werden.

Darüber hinaus sollten Prädiktoren des Behandlungsverlaufs bestimmt werden.

II Methodik und Patienten

1 Untersuchungsansatz

1.1 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

Nachdem die seit 1992 angebotenen psychoedukativen Angehörigengruppen mit großer Resonanz aufgenommen und erste positive Berichte über Patientengruppen (Jacob et al., 1987; Glick et al., 1994) veröffentlicht worden waren, wurde für das Jahr 1996 angestrebt, auf der Fachstation für depressive Erkrankungen ein psychoedukatives Zusatzmodul für die Patienten einzuführen.

Frühzeitig wurde geplant, die Auswirkungen dieses neuen Konzepts praxisbegleitend wissenschaftlich zu evaluieren. Die Möglichkeit einer randomisierten Zuteilung der Patienten zur Experimental- / bzw. Kontrollgruppe kam aus ethischen, psychologischen und praktisch-organisatorischen Gründen nicht ernsthaft in Betracht, zumal es sich nicht um eine Forschungs-, sondern um eine Versorgungsklinik handelt. Aus diesem Grund wurde die Zeit bis zur Einführung des psychoedukativen Zusatzmoduls (die benötigt wurde, um das Konzept auszuarbeiten und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Veränderungen im alltäglichen Ablauf, die mit der geplanten Studie verbunden waren, vorzubereiten) dafür genutzt, die Erhebungen für die Kontrollgruppe durchzuführen, die mit dem bis dato üblichen Standardbehandlungsprogramm der Station behandelt wurde.

Auf diese Weise konnte die praxisbegleitende Evaluation ohne Interferenz mit den Rahmenbedingungen der klinischen Alltagsroutine in den laufenden Stationsbetrieb integriert werden.

1.1.1 Der Kontext der Untersuchung: Die Fachstation für depressive Erkrankungen in der Stiftung Tannenhof

1.1.1.1 Vorgeschichte

Nach positiven Erfahrungen mit spezialisierten Angeboten für die ambulante und stationäre Behandlung schwieriger und schwerst depressiver Patienten in den USA und in der Schweiz wurde 1976 am damaligen Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weissenau

in Ravensburg die erste Fachstation für depressive Erkrankungen (kurz „Depressionsstation“) in Deutschland gegründet. Die Veränderung der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit dem Ziel größerer Gemeindenähe einerseits, etwa über ihre Sektorisierung und das Bemühen um bessere Kooperation mit ambulanten und teilstationären Diensten, und der inneren Differenzierung mit spezialisierten Angeboten andererseits, unterstützte nachfolgende Gründungen weiterer Depressionsstationen an anderen Psychiatrischen Krankenhäusern (Wolfersdorf, 1997).

Depressionsstationen streben eine Verbesserung des Behandlungsangebotes für die spezifische Patientengruppe der depressiv Kranken an. Die Kombinationsbehandlung von biologisch orientierten Therapieverfahren mit effektiven psychotherapeutischen Methoden, pflegerische Beziehungsangebote und ein besonderes schützendes und gleichzeitig aktivierendes Stationsmilieu gehören zu ihren grundlegenden Behandlungsstandards.

Die Fachstation für depressive Erkrankungen in der Psychiatrischen Klinik I der Stiftung Tannenhof in Remscheid wurde 1991 unter dem damaligen Ärztlichen Direktor Professor Dr. Hans K. Rose als neunte Depressionsstation in Deutschland gegründet. Das Behandlungskonzept wurde von dem damaligen Oberarzt Dr. Rahn und der Autorin erarbeitet (Rahn und Mahnkopf, 1993). Ein an der Thematik sehr interessiertes Pflegeteam entwickelte Konzepte für den Stationsrahmen, für die Bezugspflege und für soziotherapeutische Gruppen.

1.1.1.2 Strukturelle Merkmale der Depressionsstation

Die Station umfasste zum Zeitpunkt der Untersuchung 32 Betten, wurde gemischtgeschlechtlich belegt und wurde offen geführt. Sie war nicht in den Pflichtversorgungsauftrag der Klinik eingebunden, die Patienten wurden regional und überregional aufgenommen, außerdem wurden auch schwer behandelbare depressive Patienten von anderen Stationen übernommen. Indikation für die Aufnahme war ein mittelschweres bis schweres depressives Syndrom. Ausschlußkriterien für eine Aufnahme waren Depressionen bei nicht suchtmittelfreien Suchtkranken, Komorbidität mit schweren Persönlichkeitsstörungen (etwa dissoziales Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen), Patienten mit Eßstörungen, Patienten mit schizophrenen Psychosen,

dementiellen Erkrankungen oder geistiger Behinderung. Suizidalität war kein Ausschlußkriterium.

1.1.1.3 Diagnostik und Dokumentation

Die Patienten wurden nach den Kriterien der ICD-9 (Degkwitz et al., 1980) klassifiziert. Während der Durchführung der Untersuchung wurde für die Klinik die Klassifikation nach ICD-10 eingeführt. Da die Kontrollgruppe nach ICD-9 eingeordnet worden war, wurde dies auch für die Experimentalgruppe beibehalten.

Die Erhebung der Vorgeschichte und des psychopathologischen Befundes folgten den Empfehlungen des AMDP-Systems (Fähndrich und Stieglitz, 1998), Aufnahme- und Entlassungsdaten wurden mit der hauseigenen Basisdokumentation (Rahn, 1996) in Anlehnung an die Basisdokumentation der DGPPN (Cording et al., 1995) dokumentiert.

1.1.2 Das Standardbehandlungsprogramm

1.1.2.1 Inhaltliches Konzept

Die Remscheider Depressionsstation arbeitet nach einem schriftlich fixierten Behandlungskonzept (Rahn und Mahnkopf, 1993), das psychotherapeutische, soziotherapeutische und somatische Verfahren kombiniert. Für die somatischen Behandlungsverfahren galten die vom damaligen Oberarzt vorgegeben Richtlinien (Rahn und Mahnkopf, 1999). Als psychotherapeutische Verfahren wurden auf der Basis einer klientenzentriert-empathischen Grundhaltung Methoden der Aktivitätssteigerung und der kognitiven Umstrukturierung (Hautzinger et al., 1992) sowie die Interpersonelle Therapie bei depressiven Erkrankungen (Schramm, 1996) eingesetzt. Paar- und Familiengespräche (Mahnkopf und Rahn, 1997) wurden bei entsprechender Indikation gemeinsam mit dem Oberarzt geführt.

1.1.2.2 Behandlungsphasen

Die Behandlung gliederte sich in drei Phasen:

- In der **Eingewöhnungsphase** (circa 1 Woche) wurden die Patienten entlastet und nach einem umfassenden diagnostischen Prozess gemäß operationalisierten Kriterien, der Erarbeitung eines Genogramms (McGoldrick und Gerson, 1990) und lebensgeschichtlichen Bezügen über die Krankheit informiert. Sie lernten die Mitarbeiter, die anderen Patienten, die Station und deren Abläufe kennen. Sie wurden unterstützt, die akuten Krankheitssymptome zu bewältigen. Ein individuelles Bedingungsmodell und ein Fokus für die Therapie wurden im Einzelgespräch zwischen Patient und Therapeuten gemeinsam erarbeitet. Die sogenannten Basisaktivitäten (Morgengymnastik und Beschäftigungstherapie) wurden angeboten, die Teilnahme an der interaktionellen psychotherapeutischen Gruppe, die zweimal wöchentlich stattfand, begann.
- In der **Behandlungsphase** (circa 8 bis 10 Wochen) wurden die Basisaktivitäten je nach Möglichkeit und Interesse des jeweiligen Patienten allmählich erweitert. In den Einzelgesprächen wurde auf der Grundlage des erarbeiteten Behandlungsschwerpunktes gearbeitet. Die einzelnen Schritte des therapeutischen Vorgehens sollten für den Patienten transparent werden. Inhaltlich war das Vorgehen an den Themenbereichen der Interpersonellen Therapie (Schramm, 1996) angelehnt.
- In der **Abschlußphase** (circa 2 Wochen), die nach Erreichen eines stabilen, symptomreduzierten Zustandsbildes begann, wurde die Entlassung emotional und kognitiv vorbereitet, die Frage der Nachbehandlung geklärt, bei Berufstätigkeit die Wiedereingliederung in den Beruf vorbereitet.

1.1.2.3 Behandlungshaltung und Behandlungselemente der Standardbehandlung

Depressive Syndrome wurden in einem mehrfaktoriellen Bedingungsgefüge im Hinblick auf ihre Verursachung und auf ihre Auswirkungen gesehen. Dieses Krankheitskonzept folgte einem Anlage-Umwelt-Modell der Erkrankung, die in ihren Bezügen zu Gefühlen, Gedanken, dem Körper, dem sozialen Erleben und den interpersonellen Beziehungen des betroffenen Patienten betrachtet wurde (Rahn und Mahnkopf, 2000).

Empathische Zuwendung und die Ermunterung zur eigenen Aktivität mit Erweiterung des Handlungs- und Erlebensraumes prägten auf der Station die Haltung depressiven Patienten gegenüber.

Zur Standardbehandlung gehörten zwei halbstündige Einzelgespräche pro Woche mit dem jeweiligen Therapeuten sowie eine einstündige interaktionelle Gruppe zweimal wöchentlich, die von jedem Therapeuten für die von ihm betreuten Patienten angeboten wurde.

Musiktherapeutische Gruppen fanden für die jüngeren und die älteren Patienten (etwa über und unter 60 Jahre) getrennt statt. Auch die ergotherapeutischen Gruppenangebote richteten sich nach dem Alter der Patienten, Einzelbetreuung war in Einzelfällen für eine befristete Zeit möglich. Bei entsprechender Indikation konnten Patienten im „Wiedereingliederungsprogramm Arbeit“ individuell auf die Rückkehr zum Arbeitsplatz vorbereitet werden.

Die Bewegungstherapie umfasste tägliche Einzel- und Gruppenangebote unterschiedlichster Art. Soziotherapeutische Gruppen wurden von Mitarbeitern des Pflegeteams durchgeführt; sie bestanden aus einem breiten Angebot verschiedener Freizeitaktivitäten wie Fotogruppe, Volleyballgruppe, Freizeitgruppe, Kochgruppe, Kegeln, Fahrradfahren und der jahreszeitlichen Gestaltung der Station.

Zweimal in der Woche fanden Visiten statt. Die geplanten Belastungserprobungen nach Hause wurden zwischen Patient und Therapeut in den Einzelgesprächen festgelegt.

1.1.3 Das psychoedukative Zusatzmodul

1.1.3.1 Behandlungshaltung im Rahmen des Psychoedukationsmoduls

Die Gruppenleiterin sollte sich an der allgemeinen Behandlungshaltung (vgl. Kap. II. 1.1.2.3) orientieren. Darüber hinaus sollte sie bei der Durchführung des psychoedukativen Programms nicht die Rolle eines Instructors (Cuijpers, 1998) einnehmen, sondern die einer empathischen Therapeutin, die als Expertin komplexe Sachverhalte einfach und verständlich auszudrücken vermag. Neben der Informationsvermittlung sollten der Vermittlung von Hoffnung, der Reduzierung von Angst und Aspekten der Krankheitsbewältigung ausreichend Raum gegeben werden. Die Patienten sollten mit ihren Erfahrungen, Fragen und Bedenken interaktiv partnerschaftlich einbezogen werden. Die durch die Informationsvermittlung vorgegebene klare Struktur sollte damit aufgelockert, aber nicht aufgehoben werden.

1.1.3.2 Zeitlicher Ablauf

Das psychoedukative Zusatzmodul umfasste zwei einstündige Gruppensitzungen in einwöchigem Abstand. Eine einmalige Teilnahme in den ersten 5 Wochen der stationären Behandlung war verpflichtend, weitere freiwillige Teilnahmen waren möglich.

1.1.3.3 Erste Sitzung

Die Inhalte der 1. Sitzung des psychoedukativen Zusatzmoduls waren:

- Krankheitsbild: Symptomatik, Abgrenzung zu nicht krankhaften depressiven Verstimmungen, Abgrenzung zu bipolaren und dysthymen Störungen, individuelles Symptommuster
- Verlaufseigenheiten der Depression: phasenhafter Verlauf, übliche Erkrankungsdauer, Schwankungen beim Abklingen, Rückkehr zum üblichen Funktionsniveau
- Zuteilung der Krankenrolle: eigene Akzeptanz der Erkrankung, Reaktionen der Umwelt, „Auszeit“ von üblichen Verpflichtungen, aktive Mitarbeit in der Therapie

Die Lernziele waren:

- Depression als häufige psychische Störung erkennen
- Eigene Symptome als zur Depression gehörig einordnen
- Annehmen der Krankenrolle
- Mit dem eigenen Erleben nicht alleine sein. Verständnis finden
- Relativ günstige Prognose der Depression erkennen
- Stimmungsschwankungen als „normal“ einordnen können

Die didaktische Umsetzung der Verknüpfung von Lerninhalten und -zielen wird beispielhaft an den Themen Krankheitsbild, Verlaufseigenheiten und Krankenrolle beschrieben.

Krankheitsbild

Die Teilnehmer werden gebeten, Symptome ihrer Erkrankung zu nennen. Diese werden in ein vorbereitetes Klassifikationsschema nach körperlichen, seelischen, psychomotori-

schen sowie interpersonellen Symptomen (Rahn und Mahnkopf, 2000) geordnet. Anhand der individuellen Beispiele wird herausgearbeitet, daß jeder Patient ein individuelles Symptommuster zeigt und unter welchen Voraussetzungen (Dauer, Intensität, Anzahl der Symptome) Depression als Krankheit diagnostiziert wird.

Verlaufseigenheiten

Den Teilnehmern wird der phasenhafte Verlauf, die durchschnittliche Phasenlänge, das Abklingen der Symptomatik in Schwankungen und die Rückkehr zum üblichen Funktionsniveau als Spezifika der depressiven Erkrankung beschrieben. Einige Patienten werden gebeten, sich auf einem visuellen Verlaufsschema beispielhaft einzuordnen. Es wird verdeutlicht, daß die Patienten aufgrund der beschriebenen Gesetzmäßigkeiten keine vollständige Kontrolle über den Verlauf der Depression haben können, sie aber gleichzeitig durch ihre aktive Mitarbeit im Genesungsprozess zur Bewältigung der Depression beitragen können. Dieses Prinzip wird an den Beispielen Teilnahme am Wassertreten und Sport verdeutlicht.

Krankenrolle

Die Patienten werden ermuntert, ihren aktuellen Zustand als Erkrankung zu akzeptieren und nicht als Willensschwäche, Faulheit, Versagen oder Charakterdefizit anzusehen. Als Konsequenz einer seelischen Erkrankung wird postuliert, sich wie bei körperlicher Erkrankung eine „Auszeit“ von den üblichen Verpflichtungen zu gestatten. Die Patienten werden gebeten, Beispiele aus ihrem Alltag zu berichten, die sich darauf beziehen, wie sie Verpflichtungen abgeben können oder in welcher Weise ihnen dieser Prozeß schwer fällt; in der Diskussion werden schon gefundene Lösungen auf weitere Beispiele übertragen. Die Reaktionen von Freunden, Nachbarn und Kollegen auf die Erkrankung wird erfragt. An einigen dieser Beispiele wird verdeutlicht, daß in der Bevölkerung meist wenig Wissen über seelische Krankheit vorhanden ist und daß die Patienten aus diesem Grunde oft mit Vorurteilen oder sogar Schuldzuweisungen konfrontiert werden können. Individuelle Möglichkeiten des Umganges damit werden in der Diskussion erarbeitet.

1.1.3.4 Zweite Sitzung

Die Inhalte der 2. Sitzung des psychoedukativen Zusatzmoduls waren:

- Verursachende und auslösende Faktoren für depressive Episoden:
 - biologische Ebene mit genetischen und biochemischen Faktoren, Streß, depressionsauslösende Medikamente, körperliche Krankheit
 - aktuelle psychosoziale Belastungen im Vorfeld wie Verluste, Übergänge im Lebenszyklus (z.B. Berentung), belastende Lebensbedingungen wie chronischer Stress, längerdauernde Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen, Vereinsamung
 - längerdauernde Belastungsfaktoren wie Verluste in der frühen Kindheit, Persönlichkeitsfaktoren, gelernte Hilflosigkeit, negative kognitive Schemata

- Behandlungsmethoden:
 - Medikamentöse Therapie: trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, SSRI und Begleitmedikation; Nebenwirkungen und Wirkungen der Medikamente
 - Psychotherapeutische Methoden: Entwicklung individueller Therapieziele, Beschreibung der kognitiven Therapie, Verhaltenstherapie, Interpersonellen Therapie
 - Soziotherapeutische Ansätze: Prinzip der Aktivitätssteigerung, Förderung des Kontaktes

- Behandlungsschwerpunkte in den Behandlungsphasen und Bewältigungsstrategien
 - Vom Symptommanagement zu wachsender Aktivität
 - Das Prinzip der „kleinen Schritte“
 - Das Prinzip „Aktivität bessert die Stimmung“
 - Geduld lernen
 - Kontakte suchen
 - Statt grübeln etwas machen

Die Lernziele für die zweite Sitzung waren:

- Von Schuldzuschreibungen zum Ursache-Wirkungs-Denken
- Multikausalität der Depression erkennen

- Individuellen Sinn der Depression in der aktuellen Lebenssituation erkennen
- Wissen über die medikamentöse Behandlung erwerben
- Realistische Vorstellungen über den Therapieprozess entwickeln (Geduld und Hoffnung)
- Prinzip der kleinen Schritte versus hohes Anspruchsniveau erkennen
- Kurzfristige und langfristige Ziele unterscheiden lernen

Die didaktische Umsetzung der Verknüpfung von Lerninhalten und -zielen wird beispielhaft an den Themen mehrfaktorielles Bedingungsmodell, medikamentöse Behandlung, psychotherapeutische Verfahren und Bewältigungsstrategien beschrieben.

Mehrfaktorielles Bedingungsmodell

Das mehrfaktorielle Bedingungsmodell wird durch visuelle Unterstützung veranschaulicht. Integrative Ansätze der Depressionsbehandlung werden als Konsequenz daraus abgeleitet. Die Patienten werden gebeten, das Modell auf die Entstehungsgeschichte ihrer Erkrankung anzuwenden und zu überprüfen, welche Passungen sie feststellen können. Fragen und Kommentare dazu werden besprochen.

Medikamentöse Behandlung

Wirkungen und Nebenwirkungen von Antidepressiva werden mit visueller Unterstützung dargestellt sowie Auswahl, Dosierung, ausreichend lange Gabe und mögliche Begleitmedikation der Antidepressiva erklärt. Die Patienten werden gebeten, ihre bisherigen Erfahrungen mit den verordneten Medikamenten zu beschreiben und ihre möglichen Bedenken zu äußern. Sachliche Argumente gegen die Bedenken werden genannt und Vorteile medikamentöser Mitbehandlung erläutert.

Psychotherapeutische Verfahren

Am Beispiel depressiver Erkrankung nach dem Verlust einer wichtigen Bezugsperson werden die Teilnehmer gefragt, was sie meinen, was dazu beitragen könnte, die depressive Symptomatik zu überwinden. Die Vorschläge werden aufgegriffen und zusammen mit dem Vorgehen der interpersonellen Therapie diskutiert. An Beispielen negativer Überzeugungen aus dem Teilnehmerkreis werden beispielhaft Strategien der kognitiven

Verhaltenstherapie dargestellt und der sokratische Dialog im Gespräch mit einem Patienten verdeutlicht.

Bewältigungsstrategien

Das Prinzip der kleinen Schritte wird den Patienten vorgestellt und an Beispielen aus ihrem Alltag erläutert; die Patienten werden aufgefordert, Vor- und Nachteile kleinschrittiger Zielsetzungen und weitgesteckter hoher Ziele anhand dieser Beispiele zu sammeln und versuchsweise das Prinzip der kleinen Schritte in den kommenden Wochen zu erproben.

Die weiteren Bewältigungsstrategien werden auf ähnliche Weise vor dem Erfahrungshintergrund der Patienten erläutert.

Am Ende der zweiten Sitzung bekamen die Patienten als Zusammenfassung und Vertiefung eine Kurzinformation zum Krankheitsbild Depression ausgehändigt (Depression – verstehen, bewältigen und vorbeugen; Schramm, 1996). Weiterführende Literatur wurde empfohlen (Wittchen et al., 1995; Wolfersdorf, 1994) und konnte zur Ansicht ausgehändigt werden.

1.2 Probleme und Vorzüge wissenschaftlicher Untersuchungen unter natürlichen Behandlungsbedingungen

Die Methodik klinischer Wirksamkeitsprüfungen ist insbesondere im Bereich der Untersuchungen neuer Psychopharmaka durch die immer strenger werdenden staatlichen Zulassungsvoraussetzungen mehr und mehr verfeinert worden. Die Durchführung klinisch-pharmakologischer Wirksamkeitsprüfungen wird heute praktisch nur noch von darauf spezialisierten Biometrie-Instituten geplant und geleitet und ist mit immensen Kosten verbunden. Dieser Aufwand ist nur möglich, weil bei der erfolgreichen Markteinführung eines Psychopharmakons mit entsprechenden Gewinnen gerechnet werden kann. Für nicht pharmakologische Behandlungsverfahren stehen derartige Mittel nicht einmal ansatzweise zur Verfügung.

Die hochsophistizierten modernen Prüf-Designs, wie sie heute als Voraussetzung für die Zulassung von Arzneimitteln gefordert werden, haben aber auch jenseits des erhebli-

chen Aufwands keineswegs nur Vorteile. Zunehmend wird Kritik daran laut, daß diese Prüfungen aus methodologischen Gründen nur noch an einer derart hochselektiven Patientenauswahl erfolgen, daß diese für die im klinischen Alltag behandelten Patienten überhaupt nicht mehr repräsentativ sind (siehe z. B. Cording, 1997). Neben der hohen Selektivität der Untersuchungspopulationen werden auch die im Vergleich zu den Routine-Behandlungssettings unrealistischen Behandlungsbedingungen solcher Untersuchungen kritisiert, etwa das ungewöhnliche Maß an persönlicher Betreuung und Zuwendung einerseits und der Verzicht auf sonst übliche Zusatzmedikationen andererseits.

Seit diese Problematik zunehmend erkannt wurde, hat man nach der artifiziellen sogenannten Phase III-Prüfung zusätzliche Anwendungsbeobachtungen (Phase IV, neuerdings spricht man sogar von Phase V) eingeführt, durch die nach Zulassung und Markteinführung eines Medikaments dessen Wirksamkeit und Nebenwirkungen unter realistischen, natürlichen Behandlungsbedingungen weiter überprüft werden sollen (Kolman et al., 1998; Stapff, 1998). Untersuchungen unter natürlichen Behandlungsbedingungen haben daher nicht nur Nachteile, sondern bei Beachtung der wichtigsten methodischen Grundsätze auch Vorteile. Es kommt hinzu, daß bestimmte methodische Elemente bei psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren ohnehin gar nicht (etwa das Doppel-Blind-Design) oder nur mit Einschränkungen (z.B. Placebo-Kontrollen) durchgeführt werden können, und daß auch ethische Aspekte die Durchführbarkeit bestimmter methodologisch wünschenswerter Verfahren einschränken können (z.B. randomisierte Zuteilung der Behandlungsbedingungen). Um unter den realitätsnahen Bedingungen überhaupt derartige Untersuchungen durchführen zu können, müssen daher Kompromisse geschlossen, diese aber methodenkritisch reflektiert werden.

Pocock (1976) schlug als Ausweg aus diesem Dilemma ein Design mit „historischer Kontrollgruppe“ vor. Er sah den Vergleich zwischen historischer Kontrollgruppe und Experimentalgruppe als zulässig an, wenn die Gruppen in derselben Institution untersucht wurden und tatsächlich vergleichbare Behandlungsbedingungen vorlagen. Als weitere Voraussetzungen für die historische Kontrollgruppe formulierte er folgende Bedingungen:

- die Kontrollgruppe muß – bis auf die Intervention - genau die gleiche standardisierte Behandlung erfahren wie die Versuchsgruppe

- die Kontrollgruppe muß Teil einer klinischen Studie sein, für die die gleichen Patientenauswahlkriterien gelten wie für die Versuchsgruppe
- die Meßmethoden des Behandlungserfolgs müssen gleich sein
- die Verteilung wichtiger Patientencharakteristika in beiden Gruppen muß vergleichbar sein
- die Kontrollgruppe muß in der gleichen Institution von denselben klinischen Forschern durchgeführt und begleitet werden
- zwischen der Kontrollgruppe und der Versuchsgruppe dürfen keine anderen spezifischen Unterschiede vorliegen, die unterschiedliche Ergebnisse bewirken könnten.

Wegen des notwendigen Verzichtes auf die Randomisierung muß durch Homogenitätsprüfungen gezeigt werden, daß in den verglichenen Zeitspannen kein historischer Wandel relevanter Rahmenbedingungen stattgefunden hat und das Kriterium der Strukturgleichheit beider Patientengruppen erfüllt war (Möller und Benkert, 1980).

Bei kleinen Fallzahlen besteht (ebenso wie auch bei randomisierter Patientenzuteilung) dennoch eine gewisse Gefahr, daß die Ergebnisse nicht ausschließlich durch die Intervention beeinflußt werden, sondern daß weitere Variablen als konfundierende oder Störvariablen wirken. Bortz und Döring (1999) schlagen unter diesen Voraussetzungen vor, der Kontrolle personengebundener oder untersuchungsbedingter Störvariablen besondere Beachtung zu schenken. Wenn deren Einfluß nicht konstant zu halten ist, sollte man Art und Intensität möglicher Störvariablen möglichst genau protokollieren und nachträglich die Ergebnisse bezüglich ihres Einflusses statistisch korrigieren (Bortz und Döring, 1999).

1.3 Charakteristika des eigenen Ansatzes

Es handelt sich um eine prospektive, quasi-experimentelle Untersuchung unter natürlichen Behandlungsbedingungen an einer möglichst wenig selektierten Patientenkiel. Die Zuteilung der Patienten auf die Experimental- bzw. Kontrollgruppe erfolgte nicht streng zufällig durch Randomisierung, sondern durch zwei zeitlich aufeinander folgende Rekrutierungsphasen in einer sogenannten historischen Kontrollgruppe und einer später folgenden Experimentalgruppe (s. Kap. II. 2). Die Patienten der Kontroll- und der Expe-

rimentalgruppe wurden mündlich über die Untersuchung aufgeklärt und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten (s. Kap. II. 3.4).

2 Methodisches Design der Untersuchung

2.1 Die Kontrollgruppe: Das Standardbehandlungsprogramm als Kontrollbedingung

Das Standardbehandlungsprogramm wurde von Mai 1996 bis Anfang Mai 1997 durchgeführt (s. Kap. II. 1.1.2). Zusätzlich zur normalen klinischen Routine wurden die Messungen durchgeführt (s. Kap. II. 2.5. und 2.6).

2.2. Die Experimentalgruppe: Das psychoedukative Zusatzmodul als unabhängige Variable

Das psychoedukative Modul wurde zusätzlich zum Standardbehandlungsprogramm nach dem in Kapitel II. 1.1.3 beschriebenen Manual von Mitte Mai 1997 bis Juli 1998 durchgeführt. Die psychoedukativen Gruppen begannen am 21.5.1997 (erste Doppelsitzung) und endeten am 29.7.1998 (letzte Doppelsitzung), insgesamt wurden 13 Doppelsitzungen veranstaltet. Die Teilnahme gehörte für jeden Patienten der Experimentalgruppe zum verpflichtenden Therapieangebot in den ersten 5 Behandlungswochen. Die Messungen wurden wie in der Kontrollgruppe durchgeführt.

Die Untersuchung wurde durch folgende Vorgaben gegen Verfälschungseinflüsse und systematische Fehler gesichert:

- Die Strukturmerkmale des Standardbehandlungsprogramms wurden während des gesamten Untersuchungszeitraumes unverändert beibehalten.
- Die äußeren Rahmenbedingungen der Fachstation, der Gesamtklinik und der komplementären Dienste sowie der Einweisungsbedingungen blieben gleich.
- Die personelle Kontinuität war durch die verantwortlichen leitenden Ärzte, das Pflegepersonal und die Autorin gegeben. Die beiden auf der Station tätigen Assis-

tenzärzte wechselten im Rahmen der üblichen Rotation und wurden gemäß dem Standardbehandlungsprogramm angeleitet und supervidiert.

- Saisonale Einflüsse sollten durch die jeweils ein volles Kalenderjahr umfassende Untersuchungsperiode für die beiden Patientengruppen konstant gehalten werden.

Der Einfluss einiger personengebundener oder untersuchungsbedingter Störvariablen wurde durch die Einschlusskriterien (bezüglich Diagnose und Schwere der Depression) konstant gehalten. Andere Störvariablen, deren Einfluß nicht konstant zu halten war, wurden nach ihrer Art und Intensität möglichst genau protokolliert (siehe Kapitel II. 4), um ihren Einfluß auf die Ergebnisse bei der Diskussion berücksichtigen zu können (Bortz und Döring, 1993).

2.3 Therapeuten und Testleiter

Erfahrene Assistenzärzte und -ärztinnen in der Facharztweiterbildung, die auf der Depressionsstation arbeiteten, führten die Standardbehandlungsprogramme durch. Sie wurden über die Themen der Studie informiert, ohne die genauen Details, etwa die unterschiedlichen Versuchsbedingungen oder das Design, zu kennen.

Die psychoedukativen Gruppen für die Patienten wurden von der Autorin durchgeführt. Die Aufklärung der Patienten über die Studie, die Vorlage der Einverständniserklärung, die Vergabe und das Einsammeln der Fragebögen an und von Patienten, Ärzte(n) und Pflegepersonal lagen in der Verantwortung der Autorin.

2.4 Die Zielgrößen (abhängige Variablen)

Wichtigstes Anliegen der Untersuchung war, die Wirksamkeit des psychoedukativen Zusatzmoduls vergleichend mit dem Standardbehandlungsprogramm zu überprüfen. Die Aussagen zur Wirksamkeit sollten nicht nur kurzfristig zum Behandlungsende, sondern auch längerfristig (6 Monate später) getroffen werden.

Ein Ziel der Untersuchung bestand darin, die kurzfristige Wirksamkeit des psychoedukativen Zusatzmoduls bezüglich zweier **Krankheitsbewältigungsskalen** - der Liste antidepressiver Verhaltensweisen (ADV-L) und der Trierer Skalen - zu überprüfen. Die

Differenz der Prä- und Post-Werte der verschiedenen Meßinstrumente diene als eine Ergebnisvariable.

Ein weiteres Ziel war, den Effekt des psychoedukativen Zusatzmoduls auf das **Krankheitswissen** zu untersuchen.

Haupterfolgskriterien für den Effekt des psychoedukativen Moduls auf die **Depressionswerte** waren die Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) als Fremdbeurteilungsmaß (Hamilton, 1967) und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) als Selbstbeurteilungsmaß (Hautzinger et al., 1994). Dazu kamen als weiteres Fremdbeurteilungsmaß durch das Pflegepersonal das Inventar depressiver Symptome (IDS-C, Hautzinger und Bailer, 1995).

Um klinisch bedeutsame Verbesserungen abschätzen zu können, wurden die Daten in Bezug auf verschiedene Responderkriterien ausgewertet und auf ihre Unterschiedlichkeit überprüft.

Die Differenz der Prä- und Post-Werte der verschiedenen Meßinstrumente diene als eine Ergebnisvariable.

Daneben wurden für BDI und HAMD cut-off-Werte festgelegt, die die Therapieresponder definierten. Nach de Jong-Meyer et al. (1996) kann ein BDI-Wert von 9 oder geringer als äquivalent zu vollständiger Heilung betrachtet werden und entspricht dem klinischen Urteil „nicht mehr depressiv“. Bei der Festlegung des cut-off-Wertes für die HAMD-Skala folgten wir der Argumentation der genannten Autoren und legten wie sie den nicht so strengen Wert ≤ 9 fest, da die Einschlußkriterien für die vorliegende Untersuchung mit ≥ 20 ungewöhnlich hoch waren.

Längerfristig wurde der Effekt des psychoedukativen Zusatzmoduls auf das Beck-Depressions-Inventar (BDI) als Selbstbeurteilungsmaß (Hautzinger et al., 1994) sowie die Unterschiede der subjektiven Urteile der beiden Patientengruppen zum Krankheitsverlauf durch einen Nachbefragungsbogen (Anhang B) untersucht.

Darüber hinaus sollte untersucht werden, welche Unterschiede Untergruppen der Gesamtstichprobe bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte aufweisen, welche Auswirkungen unterschiedliche Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn auf den Krankheitsverlauf haben und welche Prädiktoren des Behandlungsverlaufs bestimmt werden können.

2.5 Die Meßinstrumente

Die Fragebogenbatterie für die Patienten bestand aus folgenden Fragebogen (im Anhang B beigelegt):

- Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1994)
- Wissenstest über Depression (Mahnkopf und Rahn, 1995)
- Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (Klauer und Filipp, 1993)
- Liste antidepressiver Verhaltensweisen (Hautzinger, 1990)

Als Fremdbeurteilungsskalen wurden zu den jeweiligen Meßzeitpunkten (s. Kap. II. 2.6) von den Assistenzärzten die

- Hamilton-Depressions-Skala (Hamilton, 1967, CIPS 1996) und von den zuständigen Bezugsschwestern oder -pflegern das
- Inventar depressiver Symptome (Rush et al., 1986; Hautzinger, 1988) ausgefüllt.

2.5.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger et al., 1994) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik. In den meisten Therapiestudien bei depressiven Erkrankungen wird dieses Inventar als eines der Haupterfolgsmaße berücksichtigt. Es existieren keine Parallelförmigkeiten. Der Fragebogen enthält 21 Aussagen zur depressiven Symptomatik. Als Beantwortungsmodus wird das Auswahlantwortverfahren verwendet. Die Durchführungszeit beträgt 10-15 Minuten. Der Fragebogen wird durch Addition der angekreuzten Aussagen ausgewertet. Die Höhe des BDI-Wertes kann zwischen 0 und 63 Punkten variieren. Werte unter 11 Punkten dürfen als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber.

Bezüglich der Testgütekriterien sind Durchführungs- und Auswertungsobjektivität formal gegeben, die innere Konsistenz erreicht Werte von 0.88 (Cronbach's Alpha) bis 0.84 (Spearman-Brown Koeffizient). Validierungsmaße liegen vor, die mittlere Korrelation zwischen BDI- und Hamilton-Skala liegt bei 0.73. Untersuchungen therapiebeding-

ter Veränderungen an mehreren Stichproben werden berichtet. Prozentrangnormen liegen für Aufnahme- und Entlassungszeitpunkte depressiver Patienten vor.

Das BDI wurde ausgewählt, weil es in klinischen Studien im deutschen Sprachraum am häufigsten eingesetzt wird und weil es sensibel gegenüber therapiebedingten Veränderungen ist.

2.5.2 „Wissenstest über Depression“ für Patienten

Da zum Zeitpunkt der Untersuchung kein standardisierter Fragebogen zur Erfassung des objektiven Wissens über Depressionen vorlag, wurde ein eigener „Wissenstest über Depression“ (Mahnkopf und Rahn, 1995) in Anlehnung an einen Wissenstest, der von denselben Autoren schon für Angehörige entwickelt worden war, konstruiert. Er erfasst das krankheitsbezogene Wissen, welches über Medien und persönliche Kontakte vermittelt wird und möglicherweise Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung und auf die Krankheitsbewältigung hat. Der Test ist rasch zu beantworten und enthält einfache, verständliche Aussagen mit Richtig-Falsch-Antworten zu verschiedenen krankheitsbezogenen Wissensbereichen. Darüber hinaus mißt er als Vorher-Nachher-Test den Wissenszuwachs bei Patienten, die an den psychoedukativen Gruppen teilnahmen.

Zur Konstruktion des Wissenstests für Angehörige war über einige Monate ein Pool von Fragen und Aussagen von Patienten und Angehörigen zur Erkrankung Depression zusammengetragen, in Aussageform formuliert und in vier Bereiche geordnet worden: Aussagen zur Symptomatik der Depression, Aussagen zu Erklärungsmodellen, Aussagen zur Behandlung oder zum Umgang mit einem depressiven Patienten (Form für Angehörige). Dieser letzte Bereich wurde durch Aussagen zur Bewältigung (Form für Patienten) ersetzt. Aus jedem Bereich wurden 5 nach Schwierigkeit gestufte Aussagen ausgewählt. Die Aussagen wurden so formuliert, daß bei einer Hälfte „richtig“ und bei der anderen Hälfte „falsch“ anzukreuzen war. Die Aussagen wurden in einer zufälligen Reihenfolge von 1-20 geordnet. Gewertet wurden die Fehler pro Blatt. 20 Fehler bedeutete, daß der Patient alle Aussagen falsch, 0 Fehler, daß er alle Aussagen richtig beantwortet hatte.

Voruntersuchungen mit 52 Angehörigen hatten vor und nach Teilnahme an psychoedukativen Gruppen eine sehr hoch signifikante Abnahme der Fehleranzahl (Differenz der Prä-Post-Werte, Wilcoxon-Test $p=0.000$) ergeben.

Bezüglich der Testgütekriterien sind Durchführungs- und Auswertungsobjektivität formal gegeben, eine ausreichender Reliabilität wird erreicht (Cronbach's Alpha 0.67, Anhang C). Validierungsmaße liegen nicht vor.

2.5.3 Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

Die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (Klauer und Filipp, 1993) sind ein klinischer Fragebogen, bestehend aus 37 Items. Auf faktorieller Grundlage wurden folgende 5 Skalen gebildet

- Rumination (RU)
- Suche nach sozialer Einbindung (SS)
- Bedrohungsabwehr (BA)
- Suche nach Information und Erfahrungsaustausch (SI)
- Suche nach Halt in der Religion (SR).

Die Skalen erfassen unterschiedliche Arten der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen auf der Basis von Patientenselbstaussagen. Sie wurden auf der Grundlage dimensionsanalytischer Strukturierungen eines Item-Pools entwickelt. Sie werden im Rahmen klinisch-psychologischer Diagnostik und für Forschungszwecke verwendet.

Die Patienten schätzen die selbstbeobachtete Häufigkeit einzelner Bewältigungsreaktionen auf einer sechsstufigen Skala ein. Als Durchführungsdauer sind 10-20 Minuten angegeben. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gesichert. Die Standards bezüglich der internen Konsistenz werden weitgehend erreicht ($r=0.76 - 0.82$). Es liegen verschiedene Validierungsstudien vor, die teilweise statistisch signifikante Belege, teilweise aber auch nur tendenzielle Gültigkeit erbrachten.

Für die Gesamtstichprobe sind für männliche und weibliche Patienten jeweils nach Skalenrohwerten entsprechende Normwerte angegeben.

Die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung wurden ursprünglich für Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen entwickelt. Sie sollen in dieser Untersuchung auf depressive Patienten angewandt werden aus folgenden Gründen:

- Die theoretischen Überlegungen, die der Konstruktion der Bewältigungsskalen zugrunde liegen, gelten in gleichem Maße für depressive Patienten (s. Kap. I. 2.1.3 und 2.1.4).
- Klinisch zeigt sich, daß gerade Prozesse der Attribution und Sinnsuche im Verlauf depressiver Erkrankungen subjektiv als bedeutsam erlebt werden, daß Patienten die Erfahrung der sozialen Einbindung in die homogene Patientengruppe sehr schätzen und als wertvoll erleben und daß viele Patienten betonen, daß die Information über die Erkrankung ihnen helfe, sie besser zu akzeptieren und besser damit umgehen zu können. Hypothetisch ist deshalb zu vermuten, daß die Bewältigungsprozesse depressiver Patienten sich thematisch zwar von denen körperlich kranker Patienten unterscheiden, daß die Skalen aber Dimensionen darstellen, in denen sich die Bewältigungsprozesse gut darstellen lassen (s. Kap. I. 2.1.4).
- Die Trierer Skalen scheinen primär personspezifische Variationen des Bewältigungsverhaltens abzubilden (Klauer und Filipp, 1993), sind aber dennoch auch sensitiv für Veränderungen im Bewältigungsverhalten. Da in der vorliegenden Untersuchung das Thema der Veränderung der Krankheitsbewältigung durch die Gabe von Information besonders interessiert, sind die Skalen gerade für die untersuchte Fragestellung günstig.
- Für die im amerikanischen Sprachraum angewandten Bewältigungsskalen für depressive Patienten (etwa Ways of Coping Questionnaire, Folkman und Lazarus, 1985) liegen noch keine Übersetzungen und deutschen Normwerte vor. Der von Nolen-Hoeksema und Morrow (1991) vorgestellte Response Styles Questionnaire wurde zwar mit dem Ziel entwickelt, zu erforschen, wie Probanden auf ihre eigenen Symptome negativer Emotion reagieren; er macht jedoch nur zu den beiden Skalen Rumination und Ablenkung Aussagen und wurde zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung nur für gesunde oder leicht depressive Individuen eingesetzt. Die im deutschen Sprachraum mit depressiven Patienten durchgeführte Untersuchung von Veiel et al. (1992) und viele amerikanischen Untersuchungen konzipieren Coping-Verhalten als Reaktion auf hypothetisch vorgestellte Stresssituationen, nicht als Reaktion auf die durch die Erkrankung real eingetretene und zu bewältigende Situation. Da gerade dieser Aspekt in der vorliegenden Studie untersucht werden soll, trifft die Operationalisierung des in den Trierer Skalen beschriebenen Bewältigungsver-

haltens am besten die Konzeptionalisierung des Krankheitsbewältigungsverhaltens der vorliegenden Untersuchung.

- Mit der unter in diesem Kapitel unter 2.5.4 beschriebenen Liste antidepressiver Verhaltensweisen kommt ein weiteres Meßinstrument über das Wissen instrumenteller Bewältigungsressourcen zum Einsatz, das eine Ergänzung zu den durch die Trierer Skalen erhobenen Bewältigungsdimensionen darstellt. Hierfür liegen auch deutsche Vergleichswerte depressiver Patienten vor.

2.5.4 Liste antidepressiver Verhaltensweisen (ADV-L)

Hautzinger entwickelte eine Skala Antidepressive Verhaltensweisen (ADV-L; Hautzinger, 1990), die das Wissen über das Repertoire instrumenteller Bewältigungsressourcen und deren Wirksamkeit mißt.

In einem ersten Durchgang stufen die Patienten 57 Aktivitäten danach ein, ob sie sie zur Überwindung einer depressiven Stimmung in den letzten 30 Tagen nie, manchmal oder oft eingesetzt haben. In einem zweiten Durchgang schätzen die Patienten bei jeder Aktivität ein, wie hilfreich (selten, mäßig, häufig) sie diese zur Überwindung der depressiven Stimmung erlebt haben.

Für die Auswertung werden die Antworten pro Spalte ausgezählt und für Häufigkeit und Wirksamkeit getrennt berechnet nach der Formel: 1. Spalte (nie, selten) multipliziert mit dem Faktor 1; 2. Spalte (manchmal, mäßig) multipliziert mit dem Faktor 2; 3. Spalte (oft, häufig) multipliziert mit dem Faktor 3. Die Werte für die Häufigkeit der antidepressiven Verhaltensweisen liegen zwischen 57 und 171, die für die Wirksamkeit ebenso.

Bezüglich der Testgütekriterien sind Durchführungs- und Auswertungsobjektivität formal gegeben, die innere Konsistenz erreicht Werte von 0.89 bis 0.93 (Cronbach's Alpha), die Wiederholungstestung über drei Wochen erbrachte Werte von 0.73 bis 0.79. Es liegen verschiedene Validierungsstudien vor, die teilweise statistisch signifikante Belege, teilweise aber auch nur tendenzielle Gültigkeit erbrachten.

Bei der Hauptkomponentenfaktorenanalyse ergab sich ein akzeptabler Faktor, so daß dadurch auch die Homogenität (relative „Eindimensionalität“) der Liste Antidepressiven Verhaltens bestätigt wurde.

Die Skalenwerte und Reliabilitätswerte der AVD-L zeigten, daß die Aktivitätensammlung zwar inhaltlich heterogene, aber leicht verfügbare Verhaltensaspekte enthält, die „mit befriedigender Konsistenz“ (Hautzinger, 1990, S.77) gemessen werden können. Für die Interpretation stehen keine Normwerte, aber Mittelwerte und Standardabweichungen unterschiedlicher klinischer Stichproben zur Verfügung.

Die ADV-L wurde trotz der methodischen Einschränkungen für die vorliegende Untersuchung ausgewählt, weil sie ein geeignetes Instrument zur Klärung der Frage, inwieweit antidepressives Verhalten als eine Größe instrumenteller Bewältigungsressourcen wirken kann, darstellen kann.

2.5.5 Hamilton-Depressions -Skala (HAMD)

Die Hamilton-Depressions-Skala (HAMD; Hamilton, 1960, 1986; CIPS, 1996) ist das international am weitesten verbreitete Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des Schweregrades einer diagnostizierten Depression. Aufgrund eines Interviews schätzt der Diagnostiker auf einer Gesamtskala von 21 Items (jeweils auf mehrstufigen Kategorienskalen entsprechend unterschiedlichen Intensitätsstufen) den Schweregrad der Depression ein. Die HAMD wird häufig eingesetzt, um den Verlauf depressiver Störungen unter Therapie zu beschreiben. Als zeitlicher Bezugsrahmen für die Beurteilung des Diagnostikers wurden in der vorliegenden Untersuchung die sieben Tage bis zum Zeitpunkt des Interviews festgelegt.

Der Rohwert kann zwischen 0 und 65 Punkten liegen. Werte unter 10 Punkten dürfen als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 10 und 15 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Ab einem Rohwert von 20 und darüber muß von einer schweren Depression ausgegangen werden.

Die Interraterreliabilität liegt im Bereich von $r=0.42$ und 0.95 , die Werte der inneren Konsistenz liegen zwischen 0.52 und 0.95 (Cronbach's Alpha). Bei der Untersuchung der Validität fanden sich gute Korrelationen mit validitätsverwandten Schätzverfahren

(CIPS, 1996). Mittelwerte und Standardabweichungen liegen für verschiedene klinische Gruppen depressiver Patienten vor, jedoch keine Normwerte.

Da die HAMD als Fremdbeurteilungsverfahren bei fast allen Studien, die für die vorliegende Untersuchung relevant sind, als Meßverfahren benutzt worden ist, wurde sie trotz der genannten Einschränkungen ausgewählt.

2.5.6 Inventar depressiver Symptome (IDS-C)

Das Inventar depressiver Symptome (IDS-C, Rush et al., 1986, Hautzinger, 1988) ist ein - verglichen mit dem HAMD - neueres, von der Konstruktion her verbessertes Fremdbeurteilungsverfahren. Das Inventar ist auf den Zeitraum der jeweils zurückliegenden Woche ausgerichtet und für Verlaufsmessungen geeignet. Aufgrund eines Gesprächs schätzen Bezugsschwester bzw. Bezugspfleger auf einer Gesamtskala von 28 Items (davon zwei alternativ zu Appetit und Gewicht) auf vierstufigen Kategorienskalen, die sich auf die Intensität der Symptomatik beziehen, den Schweregrad der jeweiligen Ausprägung ein.

Der Rohwert kann zwischen 0 und 78 Punkten liegen. Rush hatte als cut-off-Wert für Major-Depression einen Rohwert von 36,5 angegeben. Werte unter 18 Punkten dürfen als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 18 und 36,5 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin (Rush et al., 1977).

Die innere Konsistenz lag bei 0.88 (Cronbach's Alpha). Bei der Untersuchung der Validität fanden sich signifikante Korrelationen mit der Hamilton-Depressions-Skala ($r=0.67$) und mit dem BDI ($r=0.78$).

Das IDS-C wurde ausgewählt, um Aussagen über eine weitere Fremdbeurteilungsskala aus dem alltags- und verhaltensbezogenen Blickwinkel der Pflegemitarbeiter zu gewinnen und sie mit den auf anderen Instrumenten gemessenen Effekten in Beziehung setzen zu können.

2.6 Die Meßzeitpunkte

Der chronologische Ablauf der Untersuchung mit Erhebungsinstrumenten und Meßzeitpunkten ist in Tabelle 7 dargestellt. Die Datenerhebungen für die Untersuchung fanden nach kurzer Eingewöhnungszeit innerhalb der ersten Woche der stationären Behandlung (Meßzeitpunkt 1, t1) sowie nach der Standardbehandlung acht Wochen später (Meßzeitpunkt 2, t2) statt. Die Nachuntersuchung wurde 6 Monate nach dem Meßzeitpunkt 2 durchgeführt (Meßzeitpunkt 3, t3).

Tabelle 7: Chronologischer Ablauf der Untersuchung mit Erhebungsinstrumenten und Meßzeitpunkten

Gruppe	1. Woche Meßzeitpunkt 1	8 Wochen	9. Woche Meßzeitpunkt 2	Entlassung	33. Woche Meßzeitpunkt 3
Kontroll- gruppe	- BDI - Wissenstest - Trierer Skalen - ADV-L Fremdbeurteilung: - HAMD - IDS-C	Standard- behandlung	- BDI - Wissenstest - Trierer Skalen - ADV-L Fremdbeurteilung: - HAMD - IDS-C		- BDI - Nachbefra- gungsbogen
Experimental- gruppe	- BDI - Wissenstest - Trierer Skalen - ADV-L Fremdbeurteilung: - HAMD - IDS-C	Standard- behandlung plus Psycho- edukatives Zusatzmo dul	- BDI - Wissenstest - Trierer Skalen - ADV-L Fremdbeurteilung: - HAMD - IDS-C		- BDI - Nachbefra- gungsbogen

BDI: Beck Depressionsinventar; ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; HAMD: Hamilton Depressionskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome

Beim ersten Meßdurchgang wurde für jeden Patienten im Rahmen der Basisdokumentation (Cording et al., 1995) nach operationalen, reliablen diagnostischen Kriterien (ICD-9) die Diagnose gestellt sowie systematisch eine Auswahl soziodemographischer Daten erhoben (Anhang B). Die Meßdurchgänge zu den Meßzeitpunkten 1 und 2 waren identisch.

Bei Unklarheiten und Schwierigkeiten konnten sich die Patienten an die Autorin wenden, die anstehende Fragen möglichst einheitlich beantwortete. Wenn sich zu diesem Zeitpunkt herausstellte, daß ein Patient nicht in der Lage war, die Fragebogenbatterie selbständig ohne kontinuierliche Hilfe zu beantworten, wurde er nicht in die Studie aufgenommen.

Zur Nachuntersuchung bekamen die Patienten mit einem kurzen Anschreiben (das die Bitte enthielt, innerhalb einer Woche zu antworten) und einem Freiumschlag einen Nachbefragungsbogen (Anhang B) mit Fragen zum aktuellen Befinden und zur Beurteilung der stationären Behandlung sowie das Beck-Depressions-Inventar zugeschickt.

Die Datenerhebungen nahmen bei der Erst- und Abschlusserhebung jeweils 45-60 Minuten in Anspruch, bei der Nachbefragung 20-30 Minuten. Die Patienten wurden ermuntert, Pausen bei der Beantwortung der Fragebögen einzulegen.

2.7 Hypothesen

2.7.1 Auswirkungen des Psychoedukativen Zusatzmoduls: Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

2.7.1.1 Krankheitsbewältigungswerte nach der Behandlung (t2)

Bei der Skala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ (Trierer Skalen) werden für die Experimentalgruppe nach der Behandlung (t2) wegen der Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe signifikant unterschiedliche Mittelwerte von der Kontrollgruppe erwartet. Bei der Skala „Anzahl antidepressiver Aktivitäten“ (ADV-L Häufigkeit) wird ein signifikant höherer Wert der Experimentalgruppe (verglichen mit der Kontrollgruppe) nach der Behandlung (t2) erwartet. Für die übrigen Skalen werden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erwartet.

2.7.1.2 Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte

In der Experimentalgruppe wird eine signifikante Wirkung des Standardbehandlungsprogramms und des psychoedukativen Zusatzmoduls (Prä-Post-Werte einzelner Krankheitsbewältigungsskalen) am Ende der Behandlung (t2) erwartet.

Bei der änderungssensitiven ADV-L wird eine signifikant höhere Anzahl antidepressiver Aktivitäten (ADV-L Häufigkeit) erwartet als zum Beginn der Behandlung (t1). Bezüglich der Einschätzung der Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens (ADV-L Wirksamkeit) wird im Vergleich vor und nach der Behandlung kein signifikanter Mittelwertsunterschied innerhalb der Experimentalgruppe erwartet.

Bei der Experimentalgruppe werden bei den Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung auf den Skalen „Rumination“, „Suche nach sozialer Einbindung“, „Bedrohungsabwehr“, „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ (jeweils Prä-Post-Werte) signifikante Unterschiede der Mittelwerte erwartet. Bei der Skala „Suche nach Halt in der Religion“, die stärker personspezifisch ausgerichtet ist, werden keine signifikanten Unterschiede erwartet.

In der Kontrollgruppe wird eine signifikante Wirkung des Standardbehandlungsprogramms (Prä-Post-Werte einzelner Krankheitsbewältigungsskalen) am Ende der Behandlung (t2) wie für die Experimentalgruppe erwartet. Die erwarteten Veränderungen werden für die Kontrollgruppe signifikant niedriger als für die Experimentalgruppe ausfallen.

2.7.1.3 Krankheitswissen

Bei den Patienten der Experimental- und Kontrollgruppe wird zu Beginn der Behandlung (t1) kein signifikanter Unterschied beim Wissensstand bezüglich der Erkrankung Depression erwartet.

Patienten der Experimentalgruppe werden nach der Behandlung (t2) signifikant mehr Wissen über die Erkrankung Depression (niedrigere Rohwerte im Wissenstest) zeigen als die Kontrollgruppe (t2).

Patienten der Experimentalgruppe werden nach der Behandlung (t2) signifikant mehr Wissen über die Erkrankung Depression (niedrigere Rohwerte im Wissenstest) zeigen als zum Beginn der Behandlung (t1).

Patienten der Kontrollgruppe werden nach der Behandlung (t2) signifikant mehr Wissen (niedrigere Rohwerte im Wissenstest) zeigen als zum Beginn der Behandlung. Die erwarteten Veränderungen werden für die Kontrollgruppe signifikant niedriger als für die Experimentalgruppe ausfallen.

2.7.1.4 Depressionswerte nach der Behandlung (t2)

In der Experimentalgruppe werden am Ende der Behandlung (t2) signifikant niedrigere Depressionswerte (BDI, HAMD und IDS-C) im Vergleich zur Kontrollgruppe erwartet. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3) werden sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede (BDI) zwischen den Gruppen zeigen.

2.7.1.5 Veränderungen der Depressionswerte

In der Experimentalgruppe werden am Ende der Behandlung (t2) signifikant niedrigere Depressionswerte als zu Behandlungsbeginn (t1) als Wirkung des Standardbehandlungsprogramms und des psychoedukativen Zusatzmoduls (Prä-Post-Werte für BDI, HAMD und IDS-C) erwartet. Es wird erwartet, daß die Depressionswerte nach der Behandlung (t2) bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3) konstant bleiben.

In der Kontrollgruppe werden am Ende der Behandlung (t2) signifikant niedrigere Depressionswerte als zu Behandlungsbeginn (t1) als Wirkung des Standardbehandlungsprogramms (Prä-Post-Werte für BDI, HAMD und IDS-C) erwartet. Es wird erwartet, daß die Depressionswerte nach der Behandlung (t2) bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3) konstant bleiben.

Die erwarteten Veränderungen werden für die Kontrollgruppe signifikant niedriger als für die Experimentalgruppe ausfallen.

2.7.1.6 Subjektive Urteile zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Experimental- und Kontrollgruppe werden sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht signifikant unterscheiden bezüglich

- Der Einschätzung ihres gegenwärtigen gesundheitlichen Zustandes
- Der Einschätzung der gegenwärtigen körperlichen Gesundheit
- Der Einschätzung der gegenwärtigen seelischen Gesundheit
- Der Anzahl der akuten Wiedererkrankungen
- Der Anzahl der Wiederaufnahmen zur stationären psychiatrischen Behandlung

Experimental- und Kontrollgruppe werden sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant unterscheiden bezüglich

- Der Compliance mit der medikamentösen Behandlung bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung
- Der Bereitschaft, fachärztliche Weiterbehandlung bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung durchzuführen
- Der Antwort, ob auf die Frage, was geholfen hat, Information genannt wurde
- Der Antwort auf die Frage, wie sehr Information geholfen hat

2.7.2 Untergruppen der Gesamtstichprobe: Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte

2.7.2.1 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit endogener und neurotischer Depression

Die diagnostische Einschätzung wird keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Einschätzung der Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens (ADV-L), weder zu Beginn der Behandlung (t1) noch nach der Behandlung (t2) bewirken (s. Kap. I. 2.3.2).

2.7.2.2 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte (t1) zwischen Patienten mit sehr hohen Depressionswerten und Patienten mit weniger hohen Depressionswerten

Patienten mit weniger hohen Anfangsdepressionswerten ($BDI < 29$) zum Meßzeitpunkt t1 werden, verglichen mit Patienten mit sehr hohen Anfangsdepressionswerten ($BDI \geq 29$), signifikant häufiger antidepressive Verhaltensweisen (ADV-L Häufigkeit) zum Zeitpunkt t1 zeigen. Bezüglich der Einschätzung der Wirksamkeit zum Zeitpunkt t1 werden keine signifikanten Unterschiede erwartet.

Patienten mit weniger hohen Anfangsdepressionswerten ($BDI < 29$) zum Meßzeitpunkt t1 werden, verglichen mit Patienten mit sehr hohen Anfangsdepressionswerten ($BDI \geq 29$), signifikant niedrigere Werte auf der Skala „Rumination“ und signifikant höhere Werte auf den Skalen „Suche nach sozialer Einbindung“, „Bedrohungsabwehr“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ zeigen. Bei der Skala „Suche nach

Halt in der Religion“ werden keine signifikanten Mittelwertsunterschiede erwartet (zum Meßzeitpunkt t1).

2.7.3 Unterschiedliche Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung

2.7.3.1 Ausprägung der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Beginn der Behandlung und Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2

Patienten, die ihre instrumentellen Ressourcen zu Beginn der Behandlung als stärker hilfreich einschätzten (Median der Wirksamkeitswerte, obere Hälfte), werden am Ende der Behandlung signifikant niedrigere Depressionswerte als Patienten ohne diese Einschätzung (Median der Wirksamkeitswerte, untere Hälfte) aufweisen (s. Kap. I. 2.3.2).

2.7.3.2 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte (t1) zwischen Respondern und Non-Respondern (nach HAMD-Werten)

Die Responder (HAMD-Wert <10) werden, verglichen mit den Nonrespondern (HAMD-Wert ≥10), zum Meßzeitpunkt 1 signifikant unterschiedliche Mittelwerte auf den Skalen „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“, „Rumination“, „Suche nach sozialer Einbindung“ (s. Kap. I. 2.3) zeigen. Ebenso wird bei den Respondern zum Meßzeitpunkt 1 und 2 eine signifikant höhere Anzahl antidepressiver Verhaltensweisen erwartet. Für die Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ wird kein Unterschied zwischen den Gruppen erwartet.

2.7.3.3 Ausprägung der Variablen „Rumination“ zu Behandlungsende (t2) und Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)

Patienten mit hohen Ruminationswerten (Median der Ruminationswerte, obere Hälfte) zum Ende der Behandlung werden zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung t3 signifikant höhere Depressionswerte als Patienten mit niedrigen Ruminationswerten (Median der Ruminationswerte, untere Hälfte) aufweisen (s. Kap. I. 2.3).

2.7.4 Prädiktorvariablen für Depressionswerte nach der Behandlung

2.7.4.1 Soziodemographische und klinische Variablen

Es ist zu erwarten, daß für die Behandlungsergebnisse (BDI- und HAMD-Werte) der Gesamtstichprobe nicht soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Lebensform, Ausbildung und Alter prognostisch relevant sind, sondern klinische Variablen wie Diagnose, Länge der Episode vor der Aufnahme, Anzahl früherer stationärer Behandlungen, Depressionswert bei der Aufnahme und Verweildauer.

2.7.4.2 Krankheitsbewältigungswerte zum Behandlungsbeginn

Es ist zu erwarten, daß für die Behandlungsergebnisse (BDI- und HAMD-Werte) der Gesamtstichprobe die Krankheitsbewältigungswerte (ADV-L Häufigkeit und Wirksamkeit, Trierer Skalen) zu Beginn der Behandlung prognostisch relevant sind.

3 Patientenauswahl

3.1 Rekrutierungsphasen

Als Probanden wurden konsekutiv alle Patientinnen und Patienten rekrutiert, die von April 1996 bis April 1997 (Kontrollgruppe) und von Mai 1997 bis Juli 1998 (Experimentalgruppe) zur stationären Behandlung auf die Fachstation für depressive Erkrankungen in der Stiftung Tannenhof aufgenommen wurden und die Einschlusskriterien erfüllten, sofern keine Ausschlusskriterien vorlagen.

3.2 Einschlusskriterien

Folgende Kriterien mußten für die Aufnahme in die Untersuchung erfüllt sein

- Diagnose neurotische Depression (ICD-9: 300.4, 309.0/1) oder unipolare endogene Depression (ICD-9: 296.1, 296.3)
- Alter 21-69
- Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift
- schriftliche Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme (siehe 3.4)

- BDI- und HAMD-Werte ≥ 20 zum Meßzeitpunkt 1
- mindestens Teilnahme an Meßzeitpunkt 1 und 2
- Teilnahme an beiden Sitzungen der psychoedukativen Gruppe (nur Experimentalgruppe)

3.3 Ausschlußkriterien

Folgende Kriterien führten zur Nichtaufnahme in die Untersuchung bzw. zum Ausschluß aus der Untersuchung

- aktuelle psychotische, schizophrene oder bipolare Erkrankungen
- Abhängigkeit von Suchtmitteln
- Angst- oder somatoforme Störung
- akute Suizidalität
- hirnorganische Erkrankungen (auch Verdacht)
- Komorbidität mit schweren körperlichen Erkrankungen

Selbstunsichere oder abhängige Persönlichkeitsstörungen, einfache Phobien und soziale Ängste als Komorbidität zu einem depressiven Syndrom waren kein Ausschlußkriterium.

3.4 Information und Einverständniserklärung der Untersuchungsteilnehmer

Die Patienten, die die Einslußkriterien erfüllten, wurden über die wissenschaftliche Studie und darüber informiert, welche Konsequenzen für sie mit der Teilnahme verbunden waren, nämlich

- während der stationären Behandlung zwei längere und 6 Monate später eine kürzere Fragebogenerhebung
- anonyme Auswertung der erhobenen Daten
- aktive Mithilfe bei der Erarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Informationsblatt im Anhang B)
- verpflichtende Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe (nur Experimentalgruppe).

Waren die Patienten nach dieser Aufklärung einverstanden, wurden sie um schriftliche Bestätigung gebeten (Formblatt Anhang B); dies galt für die Experimental- und die Kontrollgruppe.

4 Abweichungen vom Untersuchungsplan

Der ursprünglich vorgesehene Zeitplan, je ein Jahr zur Rekrutierung der jeweiligen Patientengruppe zu verwenden, konnte nicht eingehalten werden, da im zweiten Erhebungsjahr weniger Patienten als vermutet die Einschlusskriterien erfüllten. Um das Ziel gleich großer Stichproben zu erreichen, wurde die Datenerhebung daher um zwei Monate verlängert. Diese Besonderheit muß bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Patienten, die große Schwierigkeiten hatten, die Fragebögen auszufüllen oder einzelne Fragebögen unzureichend beantwortet hatten, wurden, wenn mehr als ein Viertel der Angaben fehlte, aus der Stichprobe herausgenommen, so daß die ursprünglichen Stichproben (je $n=40$) sich dadurch etwas verkleinerten (je $n=35$).

Die Bearbeitung des Inventars depressiver Symptome durch die Pflegemitarbeiter konnte nicht für alle Patienten wie geplant durchgeführt werden. Durch den Schichtdienst, der längere freie Zeiten der Pflegebezugspersonen mit sich brachte, war eine zu den Meßzeitpunkten zeitnahe Bearbeitung des Inventars nicht immer gewährleistet. Dadurch konnten einzelne Bögen verschiedener Patienten nicht ausgefüllt werden, so daß für einige wenige Patienten die Meßpaare auf dieser Fremdbeurteilungsskala nicht vorlagen.

Der Rücklauf der schriftlichen Nachuntersuchung war in den beiden Gruppen unterschiedlich: 31 der 35 Patienten der Kontrollgruppe und 27 der 35 Patienten der Experimentalgruppe schickten die Fragebögen ausgefüllt zurück. Mit einer Response-Rate von insgesamt 83% war der Rücklauf der Bögen höher als es bei schriftlichen Umfragen üblicherweise zu erwarten ist, aber leider nicht vollständig.

5 Stichprobenbeschreibung von Experimental- und Kontrollgruppe

5.1 Patientenaufnahme und Ausfallverhalten

Im Untersuchungszeitraum wurden 128 Patienten (Erhebungszeitraum vom Aufnahmedatum 9.4.1996 bis 25.4.1997 für die Kontrollgruppe) und 164 Patienten (Erhebungszeitraum vom Aufnahmedatum 28.4.1997 bis 23.8.1998 für die Experimentalgruppe), insgesamt 292 Patienten auf der Fachstation behandelt. Von diesen erfüllten 88 Patienten die Einschlusskriterien (etwa 30 % aller behandelten Patienten). Hauptgründe für eine Nichtaufnahme in die Untersuchung waren ein BDI- oder HAMD-Wert niedriger als 20, andere Diagnosen, zu kurzer stationärer Aufenthalt, zu hohes Alter, mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache, Ablehnung der Untersuchung (in der Reihenfolge der gezählten Häufigkeiten); weitere 5 schieden während der Behandlung vorzeitig aus (wichtigste Gründe: Verschlechterung der Symptomatik, Fragebogen zum Meßzeitpunkt 2 nicht komplett); 2 hatten an der zweiten Sitzung des psychoedukativen Programms nicht teilgenommen. 3 Patienten wurden vor dem Meßzeitpunkt 2 entlassen. 8 Patienten wurden ausgeschlossen, weil sich nach dem ersten Meßzeitpunkt eine bipolare oder schizoaffektive Störung oder Komorbidität mit einer ausgeschlossenen Persönlichkeitsstörung herausstellten. Unter Berücksichtigung dieses Gesamts von 18 Patienten liegt die Abbruchrate bei 20,5 %. Die im folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die verbleibenden 70 unipolar depressiven Patienten, die etwa 2/3 von der ursprünglich angestrebten Gesamtstichprobe ausmachen.

5.2 Soziodemographische und klinische Charakteristika der Stichproben

Tabelle 8 führt die soziodemographischen und klinischen Charakteristika der Experimental- und Kontrollgruppe auf. Verglichen mit der Experimentalgruppe sind die Patienten der Kontrollgruppe jünger. Das Bildungsniveau ist geringer, die Gruppe umfasst mehr Männer. In der Kontrollgruppe sind mehr Patienten mit der Diagnose „endogene Depression“, chronifizierte Depressionen sind häufiger vertreten, es gibt weniger stationäre Vorbehandlungen; die absoluten Werte der Depressionsskalen zu Behandlungsbeginn sind höher; der Unterschied erreicht jedoch keine Signifikanz.

Tabelle 8: Soziodemographische und klinische Charakteristika der Experimental- und Kontrollgruppe

Variablen	Experimentalgruppe				Kontrollgruppe			
Soziodemographische Charakteristika	n	\bar{x}	s	Prozent	n	\bar{x}	s	Prozent
Geschlecht (Frauen)	35			74,3	35			65,7
Lebensform: mit Partner	35			68,6	35			62,9
Ausbildung	35				35			
Hauptschule				48,6				57,1
Realschule				37,1				20
Abitur				14,3				22,9
Alter bei der Aufnahme (arithmetisches Mittel)	35	50,5	11,2		35	48,3	13,1	
Klinische Charakteristika								
Diagnose	35				35			
296.1				57,2				48,6
300.4				31,4				37,1
309.1				11,4				14,3
Länge der Episode vor Aufnahme:	35				35			
Bis 4 Wochen				8,6				5,7
1-3 Monate				37,1				14,3
3-6 Monate				28,6				22,9
6 – 12 Monate				8,6				22,9
Mehr als 1 Jahr				17,1				34,3
Anzahl früherer stationärer psychiatrischer Behandlungen:	35				35			
Erstaufnahme				68,6				57,1
Zweitaufnahme				17,1				25,7
Drei- und mehr Aufnahmen				14,3				17,2
Ausgangsdepressivität (arithmetisches Mittel)								
BDI t1	35	29,9	9,3		35	32,3	9,8	
HAMD t1	35	24,9	5,7		35	27,4	6,1	
IDS-C t1	30	19,9	10,2		32	23,1	10,3	
Verweildauer in Tagen (arithmetisches Mittel)	35	117,2	61,9		35	122,9	57,2	

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome; t1: Meßzeitpunkt 1

6 Auswertung der Daten

Die Daten wurden auf dem Großrechner der BUGH Wuppertal mit Hilfe des Statistical Package for Social Sciences (SPSS) in der Version SPSS 9.0d von Schöttke (1999) ausgewertet. Sämtliche Rechnungen wurden von der Autorin durchgeführt.

6.1 Statistische Analyseverfahren

Die Analyse der Daten wird in vier Abschnitte unterteilt:

1. Analyse der Effekte der psychoedukativen Methoden über den Untersuchungszeitraum bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte, des Krankheitswissens und der Depressionswerte
2. Analyse von Untergruppen der Gesamtstichprobe und Krankheitsbewältigungswerte
3. Analyse unterschiedlicher Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung
4. Analyse von Prädiktoren des Behandlungsverlaufs

Neben den BDI,- HAMD- und IDS-Werten dienten die Krankheitsbewältigungswerte als abhängige Variablen. Zusätzlich wurden die Antworten auf einige Items des Nachbefragungsbogens vergleichend analysiert.

Um die Vergleichbarkeit der Experimental- und Kontrollgruppe vor Behandlungsbeginn zu überprüfen, wurden die Daten des 1. Meßzeitpunktes einem t-Test für unabhängige Stichproben unterzogen. Soziodemographische und klinische Häufigkeitsangaben wurden mit dem Chi-Quadrat-Test analysiert.

Die Behandlungseffekte über den Untersuchungszeitraum im Vergleich der beiden Gruppen (Krankheitsbewältigungs- und Depressionswerte sowie Krankheitswissen) wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben bestimmt.

Die Behandlungseffekte über den Untersuchungszeitraum (Krankheitsbewältigungs- und Depressionswerte sowie Krankheitswissen) in jeder der beiden Gruppen wurde über t-Tests für abhängige Stichproben ermittelt.

Effekte von Untergruppen der Gesamtstichprobe auf die Krankheitsbewältigungswerte und die Effekte unterschiedlicher Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte auf

die Depressionswerte nach der Behandlung wurden über t-Tests für unabhängige Stichproben bestimmt.

Zur Analyse von Prädiktoren des Behandlungsverlaufs wurden Ausgangsdaten (soziodemographische und klinische Variablen sowie Krankheitsbewältigungsmaße zu Beginn der Behandlung) bezüglich der Depressionswerte nach der Behandlung einer multiplen Regression unterzogen.

Die Ergebnisse der Auswertung werden als sehr hoch signifikant bewertet, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit $p < .001$ beträgt. Ein hoch signifikantes Ergebnis liegt vor, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit $p < .01$ beträgt. Ein Ergebnis gilt als signifikant, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit $p < .05$ ist, und als tendenziell signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .10$. Alle Ergebnisse sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet.

6.2 Interpretation signifikanter Effekte

t-Tests dienen dem Vergleich von Stichprobenmittelwerten eines intervallskalierten Merkmals bei unabhängigen oder abhängigen Stichproben. Im ersten Fall weist ein signifikantes Ergebnis auf einen überzufälligen Unterschied zwischen zwei Gruppen hin. Im zweiten Fall beschreibt ein signifikantes Ergebnis einen überzufälligen Unterschied in der Ausprägung eines Merkmals, das wiederholt bei einer Gruppe erhoben wurde.

Die multiple Regression ist ein Verfahren, um eine Kriteriumsvariable mittels eines linearen Gleichungsmodells aufgrund mehrerer Prädiktorvariablen vorherzusagen. Die Prädiktorvariablen können dichotome Nominalskalen oder Intervallskalen sein, die Kriteriumsvariable ist in der Regel eine Intervallskala. Ein signifikantes Ergebnis weist auf einen überzufällig erklärenden Varianzanteil der identifizierten Variablen hin.

6.3 Voraussetzungen der Analyseverfahren

In der Literatur werden für die Anwendung statistischer Verfahren bestimmte Voraussetzungen, die durch die Daten erfüllt sein müssen, genannt.

Die Voraussetzungen für die Anwendung des t-Tests beziehen sich auf das Intervallskalenniveau, die Varianzhomogenität und die Normalverteilung der Daten.

Die Voraussetzungen für die Anwendung der multiplen Regression ist die Normalverteilung aller beteiligten Variablen, es sei denn, der Stichprobenumfang ist im Verhältnis zur Anzahl der Variablen genügend groß ($n > 40$ bei $k < 10$). Binäre (zweiwertige) Variablen lassen sich generell wie metrische Variablen behandeln (Backhaus et al., 2000).

Die Intervallskalierbarkeit der Daten wird aufgrund der Skalenkonstruktion der eingesetzten Fragebogen als gegeben betrachtet. Die übrigen Bedingungen werden anhand statistischer Verfahren überprüft.

III Ergebnisse

1 Überprüfung der Voraussetzungen der Analyseverfahren

1.1 Überprüfung der Normalverteilung der untersuchten Variablen

Die Normalverteilung wurde mit dem Kolmogoroff-Smirnov-Test überprüft. Dazu wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen jeder Variablen sowie der Kolmogoroff-Smirnov-Z-Wert berechnet und die asymptotische Signifikanz (2-seitig) bestimmt. Werte unter 0.05 weisen auf eine Verletzung der Normalverteilung hin. Die Überprüfung der Normalverteilung der Variablen Alter sowie die Summenwerte der Fragebogen zu allen Meßzeitpunkten wurde unter Berücksichtigung der beiden Gruppen (Experimental- und Kontrollgruppe) durchgeführt. In Tabelle 9 und 10 sind die Ergebnisse der Überprüfung der Normalverteilung dargestellt.

Tabelle 9: Ergebnisse der Überprüfung der Normalverteilung für die Experimentalgruppe

	n	Parameter der Normalverteilung \bar{x}	Parameter der Normalverteilung s	Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
BDI t1	35	29,9	9,3	,857	,454
BDI t2	35	12,1	9,2	,871	,435
BDI t3	27	14,0	13,3	,979	,293
HAMD t1	35	24,9	5,7	1,351	,052
HAMD t2	35	6,8	6,5	1,036	,233
IDS-C t1	30	19,9	10,2	,833	,491
IDS-C t2	33	11,6	9,0	1,120	,162
ADV-L Häufigkeit t1	35	98,9	10,2	,901	,392
ADV-L Wirksamkeit t1	35	102,4	17,8	,479	,976
ADV-L Häufigkeit t2	35	101,3	7,4	,393	,998
ADV-L Wirksamkeit t2	35	103,9	12,4	,882	,418
RU t1	35	35,7	7,3	,484	,973
RU t2	35	34,9	7,1	,707	,699
SS t1	35	31,1	7,4	,662	,773
SS t2	35	29,2	6,3	,763	,606
BA t1	35	35,3	5,7	,406	,997
BA t2	35	32,9	6,0	,748	,630
SI t1	35	31,8	6,9	,478	,976
SI t2	35	30,7	7,1	,686	,735
SR t1	35	8,7	4,1	,789	,562
SR t2	35	8,5	4,0	,832	,493
Wissenstest t1	35	4,6	2,3	,865	,443
Wissenstest t2	35	3,9	1,8	1,041	,229
Alter	35	50,5	11,2	,702	,708

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome; ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; RU: Rumination; SS: Suche nach sozialer Einbindung; BA: Bedrohungsabwehr; SI: Suche nach Information und Erfahrungsaustausch; SR: Suche nach Halt in der Religion; t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung

Tabelle 10: Ergebnisse der Überprüfung der Normalverteilung für die Kontrollgruppe

	n	Parameter der Normalverteilung \bar{x}	Parameter der Normalverteilung s	Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
BDI t1	35	32,3	9,8	1,061	,210
BDI t2	35	20,6	13,9	,863	,446
BDI t3	31	18,6	14,6	1,139	,150
HAMD t1	35	27,4	6,1	,836	,487
HAMD t2	35	11,7	8,3	,819	,513
IDS-C t1	32	23,1	10,3	,553	,920
IDS-C t2	32	15,5	12,0	1,006	,264
ADV-L Häufigkeit t1	35	101,1	11,11	,817	,517
ADV-L Wirksamkeit t1	35	97,3	17,2	,468	,981
ADV-L Häufigkeit t2	35	104,2	11,6	,655	,784
ADV-L Wirksamkeit t2	35	101,1	18,8	,691	,726
RU t1	35	36,8	6,4	,859	,452
RU t2	35	34,7	6,5	,559	,914
SS t1	35	28,9	8,0	,432	,992
SS t2	35	33,7	8,8	,479	,976
BA t1	35	32,1	6,3	,667	,765
BA t2	35	34,1	6,2	,811	,526
SI t1	35	27,7	8,1	1,204	,110
SI t2	35	29,9	8,1	,578	,892
SR t1	35	7,7	4,0	,821	,511
SR t2	35	7,5	3,9	1,005	,265
Wissenstest t1	35	5,5	3,2	,841	,479
Wissenstest t2	35	4,4	2,7	1,6	,009 **
Alter	35	48,3	13,1	,847	,470

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome; ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; RU: Rumination; SS: Suche nach sozialer Einbindung; BA: Bedrohungsabwehr; SI: Suche nach Information und Erfahrungsaustausch; SR: Suche nach Halt in der Religion; t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung ** $p \leq 0.01$

Eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung liegt für die Variable Wissenstest zum Meßzeitpunkt 2 vor. Als Konsequenz daraus wird die Auswertung dieser Variablen mittels nonparametrischer Analyseverfahren durchgeführt.

Als Prüfgröße der Varianzhomogenität wurde der Levene-Test innerhalb des Programms SPSS herangezogen. Die Überprüfung erfolgte für die Experimental- und die Kontrollgruppe getrennt. Bei gegebener Verletzung der Varianzhomogenität (bei 2-seitiger Fragestellung ≤ 0.02) bleibt ein t-Test für unabhängige Gruppen dennoch interpretierbar (Clauss und Ebner, 1985). Das Statistikprogramm weist für diesen Fall zusätzlich, sowohl für die Prüfgröße als auch das Signifikanzniveau, entsprechend korrigierte Werte aus. Bei inhomogenen Varianzen werden die Ergebnisse dieses Tests berichtigt. Die Ergebnisse des Levene-Tests werden in den einzelnen Unterkapiteln bei den jeweils dargestellten Variablen aufgeführt.

2 Vergleich der Ausgangswerte der Experimental- und der Kontrollgruppe

2.1 Soziodemographische Variablen

Die Verteilung der soziodemographischen Variablen in den beiden Gruppen (in jeder Gruppe n=35) und das Ergebnis der Signifikanztests zur Prüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Soziodemographische Variablen in der Experimental- und Kontrollgruppe

Variable	Kategorie	Experimen- talgruppe	Kontroll- gruppe	Signifikanztest		
		n	n	Chi-Quadrat nach Pearson Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Geschlecht	m	26	23	,612	1	,434
	w	9	12			
Lebensform	allein	11	13	,254	1	,615
	mit Partner	24	22			
Ausbildung	Hauptschule	17	20	,516	1	,473
	Realschule/Abitur	18	15			

Für die Variable Geschlecht gibt es keinen Unterschied in der Häufigkeit zwischen den Gruppen. Bei der Variablen Lebensform war die Kategorie „mit Kind/ mit Eltern lebend“ für die Berechnung des Chi-Quadrat-Tests zu gering besetzt, so daß sie mit der Kategorie „mit Partner“ zusammengefasst werden mußte. Bei den Variablen Ausbildung war die Kategorie „Abitur“ zu gering besetzt, so daß sie mit der Kategorie „Realschule“ zusammen gefaßt werden mußte. Bezüglich beider Variablen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant.

Für die Variable „Alter bei der Aufnahme“ wurden die Mittelwertsunterschiede der beiden Gruppen vor Behandlungsbeginn anhand eines t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Tabelle 12 stellt die Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen zum Meßzeitpunkt 1 dar. Varianzhomogenität liegt vor.

Tabelle 12: Mittelwertsunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zum Meßzeitpunkt 1 für die Variable Alter

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe			Levene-Test		t-Test		
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Alter	35	50,5	11,2	35	48,3	13,1	1,789	,185	,756	68	,452

Für die Variable Alter ergibt sich zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe kein signifikanter Mittelwertsunterschied.

2.2 Klinische Charakteristika

Die Verteilung der klinischen Variablen zum Meßzeitpunkt 1 in jeder der beiden Gruppen (jeweils n=35) und das Ergebnis der Signifikanztests zur Prüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Verteilung der klinischen Variablen zum Meßzeitpunkt 1

Variable	Kategorie	Experimentalgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanztest		
				Chi-Quadrat nach Pearson		
				Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Diagnose	296.1 300.4 und 309.1	20 15	17 18	,516	1	,473
Länge der Episode vor der Aufnahme	weniger als 3 Monate 3-6 Monate mehr als 6 Monate	16 10 9	7 8 20	7,916	2	,019 *
Anzahl früherer stationärer Behandlungen	Erstaufnahme 2. Aufnahme 3.Aufnahme und mehr	24 6 5	20 9 6	1,055	2	,590

* $p \leq 0.05$

Bei der Variablen Diagnose war die Kategorie „längerdauernde depressive Reaktion“ zu gering besetzt, so daß sie mit der Kategorie „neurotische Depression“ zusammen gefaßt werden mußte. Der Häufigkeit bei der Variablen Diagnose ist zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Bei der Variablen Krankheitsbeginn wurden

aus dem gleichen Grund die Kategorie „unter einem Monat“ und „1-3 Monate“ zusammen gefaßt sowie die Kategorien „6-12 Monate“ und „mehr als 12 Monate“. Für die Länge der depressiven Episode vor der Aufnahme ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen; die Patienten der Kontrollgruppe sind verglichen mit denen der Experimentalgruppe signifikant längere Zeit vorerkrankt.

Bei der Variablen Anzahl früherer stationärer Behandlungen wurden unter der Kategorie „3. Aufnahme und mehr“ die dritte und alle weiteren Aufnahmen zusammen gefaßt, da sonst die Zellen zu gering besetzt gewesen wären. Die Häufigkeit zwischen den beiden Gruppen ist für diese Variable nicht signifikant unterschiedlich.

Die Mittelwertsunterschiede der Depressionswerte der beiden Gruppen vor Behandlungsbeginn wurde anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Daneben wurde die Variable Verweildauer (Intervallskalenniveau) in die Analyse aufgenommen. Tabelle 14 stellt die Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen zum Meßzeitpunkt 1 dar. Varianzhomogenität liegt für alle Variablen vor.

Tabelle 14: Mittelwertsunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zum Meßzeitpunkt 1 für die Variablen Depressionswerte zu Behandlungsbeginn und Verweildauer

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe			Levene-Test		t-Test		
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
BDI	35	29,9	9,3	35	32,3	9,8	,428	,515	-1,034	68	,305
HAMD	35	24,9	5,7	35	27,4	6,1	,553	,460	-1,832	68	,071 (*)
IDS-C	30	19,9	10,2	32	23,1	10,3	,417	,521	-1,203	60	,234
Verweildauer	35	117,2	61,9	35	122,9	57,2	,001	,970	-,403	68	,688

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome

(*) $p \leq 0.10$

Für die Variable Verweildauer ergibt sich zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe kein signifikanter Mittelwertsunterschied.

Die drei Depressionsmaße zum Behandlungsbeginn (Meßzeitpunkt 1) sind im Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe für die BDI- und IDS-Werte nicht signifikant unterschiedlich. Beim HAMD liegt ein tendenziell signifikant unterschiedlicher Ausgangswert zwischen den beiden Gruppen vor, der Gruppenmittelwert der Kontrollgruppe ist höher (Abbildung 2).

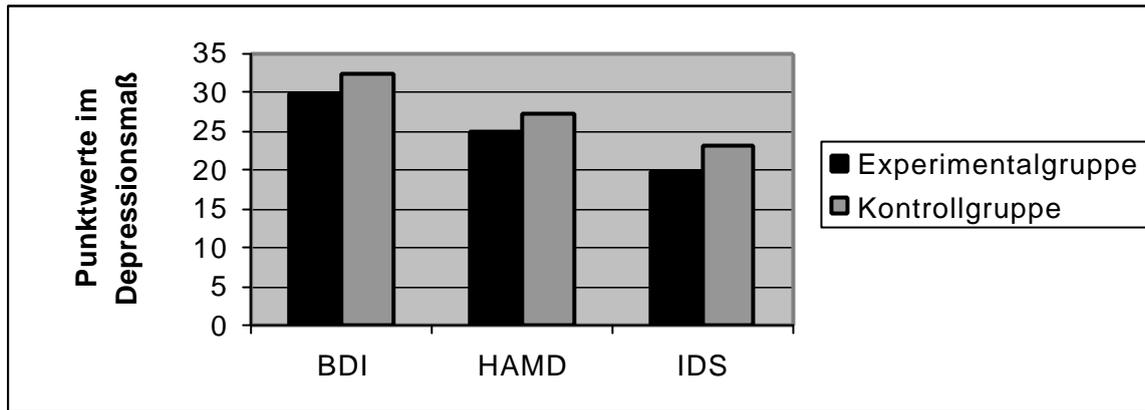


Abbildung 2: Vergleich der Mittelwerte BDI, HAMD und IDS von Experimental- und Kontrollgruppe zum Meßzeitpunkt 1

Bei den Krankheitsbewältigungsausgangswerten liegt Varianzhomogenität für alle Variablen vor. Die Krankheitsbewältigungsausgangswerte für die Experimental- und die Kontrollgruppe zum Meßzeitpunkt 1 zeigen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede außer für die Variablen Bedrohungsabwehr und Suche nach Information und Erfahrungsaustausch. Hier erreichen die t-Tests für die Mittelwertsunterschiede signifikante Werte (Tabelle 15).

Tabelle 15: Mittelwertsunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zum Meßzeitpunkt 1 für die Krankheitsbewältigungswerte

Variable	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe			Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit		
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
ADV-L Häufigkeit	35	98,91	10,22	35	101,09	11,11	1,27	,263	-,851	68	,398
ADV-L Wirksamkeit	35	102,37	17,79	35	97,26	17,19	,145	,705	1,223	68	,226
Rumination	35	35,71	7,29	35	36,77	6,41	,566	,454	-,644	68	,522
Suche nach sozialer Einbindung	35	31,14	7,41	35	28,89	7,97	,024	,877	1,227	68	,224
Bedrohungsabwehr	35	35,31	5,66	35	32,09	6,28	,659	,420	2,261	68	,027 *
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	35	31,77	6,87	35	27,66	8,07	1,74	,192	2,296	68	,025 *
Suche nach Halt in der Religion	35	8,74	4,10	35	7,74	4,01	,019	,890	1,031	68	,306

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen * $p \leq 0.05$

3 Ergebnisse der Veränderungsanalysen

3.1 Auswirkungen des psychoedukativen Zusatzmoduls: Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

3.1.1 Krankheitsbewältigungswerte nach der Behandlung (t2)

Tabelle 16 zeigt die Voraussetzungen und Ergebnisse der t-Tests der Krankheitsbewältigungsmaße zum Meßzeitpunkt 2 im Vergleich der beiden Gruppen.

Der Levene-Test erbrachte homogene Varianzen für alle verglichenen Variablen.

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum Meßzeitpunkt 2 besteht für die Variable „Suche nach sozialer Einbindung“, und zwar erreicht die Kontrollgruppe hier einen signifikant höheren Wert als die Experimentalgruppe.

Die Hypothese, daß die Experimentalgruppe signifikant höhere Werte bei der Häufigkeit antidepressiver Aktivitäten (ADV-L) als die Kontrollgruppe erreicht, wurde nicht bestätigt. Auch auf der Skala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ zeigen die beiden Gruppen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.

Tabelle 16: Mittelwerte, Standardabweichungen, Levene-Test der Varianzgleichheit, t-Test für unabhängige Stichproben der Krankheitsbewältigungsmaße der beiden Gruppen zum Meßzeitpunkt 2

Variable	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe			Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit			
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)	Signifikanz (2-seitig)
ADV-L Häufigkeit	35	101,29	7,48	35	104,20	11,63	3,509	,065	-1,247	68	,109	
ADV-L Wirksamkeit	35	103,86	12,42	35	101,11	18,80	4,030	,049	,720	68		,474
Rumination	35	34,86	7,09	35	34,71	6,46	,205	,652	,088	68		,930
Suche nach sozialer Einbindung	35	29,20	6,30	35	33,71	8,83	3,97	,050	-2,462	68		,016 *
Bedrohungsabwehr	35	32,86	6,00	35	34,11	6,23	,001	,981	-,860	68		,393
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	35	30,69	7,10	35	29,91	8,11	,273	,603	,424	68		,673
Suche nach Halt in der Religion	35	8,54	4,04	35	7,54	3,85	,000	1,00	1,060	68		,293

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen * $p \leq 0,05$

3.1.2 Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte innerhalb der Experimental- und Kontrollgruppe

3.1.2.1 Darstellung der Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte für die Experimentalgruppe

Für die Experimentalgruppe werden die Unterschiede der einzelnen Krankheitsbewältigungswerte zwischen den beiden Meßzeitpunkten bestimmt. Tabelle 17 gibt die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie den t-Test für gepaarte Stichproben für die Experimentalgruppe an.

Bei den Differenzen zwischen Meßzeitpunkt 1 und 2 ergibt sich bei den einzelnen Bewältigungsmaßen für die Experimentalgruppe bei der Skala Bedrohungsabwehr ein signifikanter Unterschied; bei allen übrigen Skalen unterscheiden sich die Werte nicht sig-

nifikant. Die Richtung der Veränderung geht dahin, daß die Patienten zum Meßzeitpunkt 2 weniger positives Denken und eine weniger kämpferisch-optimistische Grundhaltung zeigen.

Die Hypothesen zur Veränderung der Krankheitsbewältigungswerte bei der Experimentalgruppe müssen zurückgewiesen werden.

Tabelle 17: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Test für gepaarte Stichproben für die Experimentalgruppe

	n	\bar{x}	s	T (gepaarte Differenz)	df	Signifi- kanz (1-seitig)	Signifi- kanz (2-seitig)
ADV-L Häufigkeit t1	35	98,91	10,22				
ADV-L Häufigkeit t2	35	101,29	7,48	-1,234	34	,113	
ADV-L Wirksamkeit t1	35	102,37	17,79				
ADV-L Wirksamkeit t2	35	103,86	12,42	-,539	34		,593
Rumination t1	35	35,71	7,29				
Rumination t2	35	34,86	7,09	-,656	34		,516
Suche nach sozialer Einbindung t1	35	31,14	7,41				
Suche nach sozialer Einbindung t2	35	29,20	6,30	1,555	34		,129
Bedrohungsabwehr t1	35	35,31	5,66				
Bedrohungsabwehr t2	35	32,86	6,00	2,283	34		,029 *
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch t1	35	31,77	6,87	,930	34		,359
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch t2	35	30,69	7,10				
Suche nach Halt in der Religion t1	35	8,74	4,10				
Suche nach Halt in der Religion t2	35	8,54	4,04	,457	34		,650

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

* $p \leq 0.05$ (2-seitiges Signifikanzniveau)

3.1.2.2 Darstellung der Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte für die Kontrollgruppe

Für die Kontrollgruppe werden die Unterschiede der einzelnen Krankheitsbewältigungswerte zwischen den beiden Meßzeitpunkten bestimmt. Tabelle 18 gibt die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie den t-Test für gepaarte Stichproben für die Kontrollgruppe an.

Bei den Differenzen zwischen Meßzeitpunkt 1 und 2 ergibt sich bei den einzelnen Bewältigungsmaßen für die Kontrollgruppe für die Skala „Suche nach sozialer Einbindung“ ein sehr hoch signifikanter Unterschied. Zum Meßzeitpunkt 2 schätzen sich die

Patienten dieser Gruppe so ein, daß sie versuchen sich deutlich mehr abzulenken und mehr soziale Unterstützung zu mobilisieren als zu Beginn der Behandlung. Signifikante Unterschiede zwischen Anfangswert und dem Wert zu Meßzeitpunkt 2 treten bei folgenden Skalen auf: antidepressive Aktivitäten steigern sich in der Häufigkeit, auf der Skala „Rumination“ werden die Werte niedriger und auf der Skala „Bedrohungsabwehr“ höher. Ein tendenziell signifikanter Unterschied findet sich bei der Skala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ (zum Zeitpunkt t2 höhere Mittelwerte). Die vorhergesagten Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte für die Kontrollgruppe sind eingetreten, sie sind aber im Gegensatz zur Hypothese höher als bei der Experimentalgruppe.

Tabelle 18: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Test für gepaarte Stichproben für die Kontrollgruppe

	n	\bar{x}	s	T (gepaarte Differenz)	df	Signifi- kanz (1-seitig)	Signifi- kanz (2-seitig)
ADV-L Häufigkeit t1	35	101,09	11,11				
ADV-L Häufigkeit t2	35	104,20	11,63	-2,033	34	,025 *	
ADV-L Wirksamkeit t1	35	97,26	17,19				
ADV-L Wirksamkeit t2	35	101,11	18,80	-1,219	34		,231
Rumination t1	35	36,77	6,41				
Rumination t2	35	34,71	6,46	2,356	34		,024 *
Suche nach sozialer Einbindung t1	35	28,89	7,97				
Suche nach sozialer Einbindung t2	35	33,71	8,83	-4,428	34		,000 ***
Bedrohungsabwehr t1	35	32,09	6,23				
Bedrohungsabwehr t2	35	34,11	8,07	-2,410	34		,021 *
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch t1	35	27,66	8,07				
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch t2	35	29,91	8,11	-2,009	34		,053 (*)
Suche nach Halt in der Religion t1	35	7,74	4,01				
Suche nach Halt in der Religion t2	35	7,54	3,85	,417	34		,679

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

3.1.2.3 Vergleich der Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

Die Differenzen der Krankheitsbewältigungswerte zwischen den Meßzeitpunkten in jeder Gruppe werden darauf überprüft, ob sie signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Gruppen sind. In Tabelle 19 finden sich die Mittelwerte der Differenzen mit Standardabweichungen, Prüfungen der Varianzhomogenität zwischen den jeweiligen Gruppen sowie t-Tests für die Mittelwertsgleichheit der Differenzen

Tabelle 19: Mittelwerte, Standardabweichungen und Prüfungen der Varianzhomogenität zwischen den beiden Gruppen sowie t-Tests für die Mittelwertsgleichheit der Differenzen

Gruppe	n	\bar{x} (Differenzen)	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertsgleichheit		
				F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)
Differenz ADV-L Häufigkeit t2-t1								
Experimentalgruppe	35	2,371	11,366					
Kontrollgruppe	35	3,114	9,061	,337	,564	-,302	68	,382
Differenz ADV-L Wirksamkeit t2-t1								
Experimentalgruppe	35	1,486	16,294					
Kontrollgruppe	35	3,857	18,715	,143	,707	-,565	68	,287
Differenz Rumination t2-t1								
Experimentalgruppe	35	-,857	7,728					
Kontrollgruppe	35	-2,057	5,162	3,287	,074	,764	68	,224
Differenz Suche nach sozialer Einbindung t2-t1								
Experimentalgruppe	35	-1,943	7,392					
Kontrollgruppe	35	4,829	6,451	,484	,489	-4,083	68	,000 ***
Differenz Bedrohungsabwehr t2-t1								
Experimentalgruppe	35	-2,457	6,368					
Kontrollgruppe	35	2,029	4,979	1,114	,295	-3,283	68	,001 ***
Differenz Suche nach Information und Erfahrungsaustausch t2-t1								
Experimentalgruppe	35	-1,086	6,904					
Kontrollgruppe	35	2,257	6,648	,009	,925	-2,063	68	,022 *
Differenz Suche nach Halt in der Religion t2-t1								
Experimentalgruppe	35	-,200	2,587					
Kontrollgruppe	35	-,200	2,837	,010	,919	,000	68	,500

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Der Levene-Test erbrachte homogene Varianzen für alle verglichenen Variablen.

Ein sehr hoch signifikanter Unterschied des Fortschritts zwischen den beiden Gruppen ergibt sich bei der Differenz der Variablen „Suche nach sozialer Einbindung“ und der Variablen „Bedrohungsabwehr“ zwischen den Meßzeitpunkten 1 und 2, und ein signifikanter Unterschied bei der Variablen „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“. Entgegen der aufgestellten Hypothese sind die Veränderungen auf diesen Skalen für die Kontrollgruppe höher als für die Experimentalgruppe.

3.1.3 Krankheitswissen

Beim Wissenstest zum Meßzeitpunkt 1 ist die Varianzgleichheit nicht erfüllt ($p=,015$), die korrigierten Werte für die Signifikanzprüfung mit dem t-Test sind in Tabelle 20 aufgeführt.

Die Experimental- und die Kontrollgruppe unterscheiden sich zu Beginn der Behandlung nicht signifikant bezüglich ihres Wissensstandes über Depression (Fehlerrohwert) voneinander (Tabelle 20). Die Ausprägung der Variablen zum Meßzeitpunkt 2 werden wegen nicht normalverteilter Werte bei der Kontrollgruppe mit dem Mann-Whitney-U-Test auf Unterschiedlichkeit geprüft (Tabelle 21), es ergeben sich keine signifikant unterschiedlichen Werte. Die Hypothese, daß die Experimentalgruppe nach der Behandlung signifikant mehr Wissen als die Kontrollgruppe zeigt, muß zurückgewiesen werden.

Tabelle 20: Mittelwerte, Standardabweichungen, Test auf Varianzgleichheit und t-Test (unabhängige Stichproben) für den Wissenstest zum Meßzeitpunkt t1

	Gruppe	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit		
					F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Wissenstest	Experimentalgruppe	35	4,60	2,29	6,28	,015	-1,417	68	,161
	Kontrollgruppe	35	5,54	3,20					

Tabelle 21: Mann-Whitney-U-Test für den Wissenstest zum Meßzeitpunkt t2

	Gruppe	n	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mann-Whitney-U	Asymptotische Signifikanz (1-seitig)
Wissenstest	Experimentalgruppe	35	35,77	1252,00	603,00	,455
	Kontrollgruppe	35	35,23	1233,00		
	Gesamt	70				

Abbildung 3 zeigt die Prä-Post-Werte des Wissenstests für die Experimental- und die Kontrollgruppe.

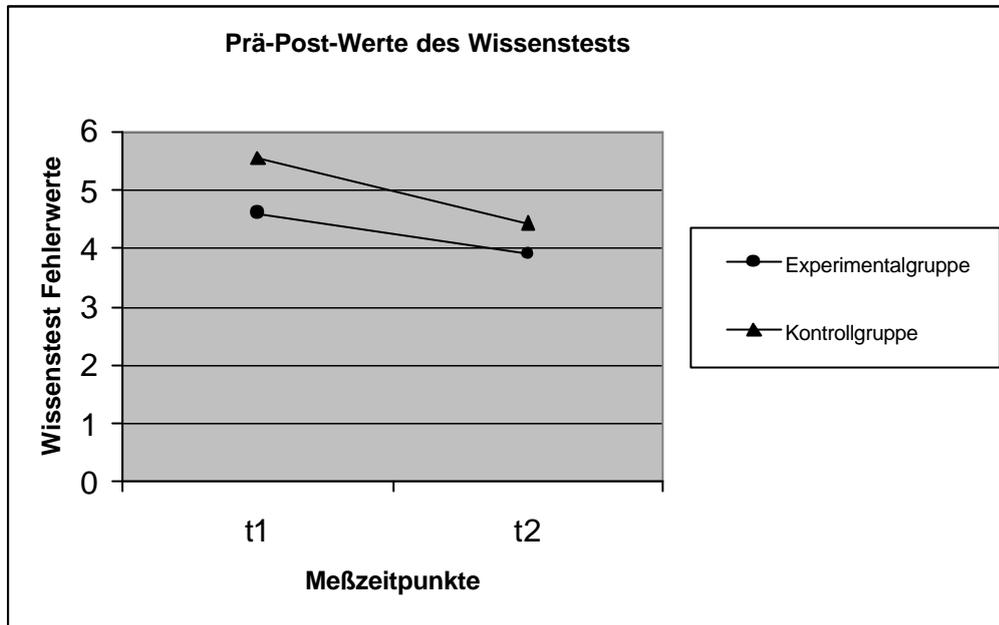


Abbildung 3: Prä-Post-Werte des Wissenstests für die Experimental- und die Kontrollgruppe

Die berechneten Differenzen der Rohwerte im Wissenstest ($t_2 - t_1$) sind bei beiden Gruppen normalverteilt, so daß der t-Test für die Mittelwertgleichheit gerechnet werden kann. Die Prä-Post-Mittelwertsunterschiede für jede Gruppe sind in Tabelle 22 und in Abbildung 3 dargestellt. Die Experimentalgruppe zeigt nach der Behandlung signifikant mehr Wissen als zum Beginn der Behandlung, die Kontrollgruppe zeigt hoch signifikant mehr Wissen.

Tabelle 22: Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Test (abhängige Stichproben) für die Differenzen der Wissenstests für jede der beiden Gruppen

	n	\bar{x}	s	T (gepaarte Differenz)	df	Signifikanz (1-seitig)
Wissenstest t1 Wissenstest t2 Experimentalgruppe	35 35	4,60 3,91	2,29 1,82	1,861	34	,036 *
Wissenstest t1 Wissenstest t2 Kontrollgruppe	35 35	5,543 4,429	3,20 2,72	2,443	34	,010 **

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2 * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Die Differenzen der Fehlerwerte zwischen den beiden Meßzeitpunkten in jeder Gruppe werden daraufhin überprüft, ob sie für die Kontrollgruppe signifikant niedriger als für die Experimentalgruppe ausfallen (Tabelle 23). Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede der Verbesserungen, die Hypothese muß zurückgewiesen werden.

Tabelle 23: Mittelwerte, Standardabweichungen, Test auf Varianzgleichheit und t-Test (unabhängige Stichproben) für den Wissenstest

	Gruppe	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit		
					F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)
Wissen Differenz	Experimentalgruppe	35	,686	2,18	,065	,799	-,731	68	,234
	Kontrollgruppe	35	1,114	2,70					

3.1.4 Depressionswerte nach der Behandlung

Tabelle 24 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen, den Levene-Test der Varianzgleichheit sowie den t-Test für unabhängige Stichproben dar. Für die Variable BDI zum Meßzeitpunkt 2 ist die Varianzgleichheit nicht erfüllt ($p=,005$), die korrigierten Werte für die Signifikanzprüfung mit dem t-Test sind in Tabelle 24 aufgeführt.

Tabelle 24: Mittelwerte, Standardabweichungen, Levene-Test der Varianzgleichheit, t-Test für unabhängige Stichproben der beiden Gruppen zu t 2 und t 3

	Experimentalgruppe			Kontrollgruppe			Levene-Test		t-Test		
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)
BDI t2	35	12,1	9,2	35	20,6	13,9	8,529	,005	-3,029	59,1	,002 **
HAMD t2	35	6,8	6,5	35	11,7	8,3	3,402	,069	-2,760	68	,004 **
IDS-C t2	33	11,6	9,0	32	15,5	12,0	4,367	,041	-1,477	63	,073 (*)
BDI t3	27	14,0	13,3	31	18,6	14,6	,533	,469	-1,261	56	,107

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Zum Meßzeitpunkt 2 zeigen sich bei der Experimentalgruppe beim BDI und beim HAMD hoch signifikant niedrigere Depressionswerte als bei der Kontrollgruppe, beim

IDS-C zeigen sich tendenziell niedrigere Depressionswerte. Beim BDI ergibt sich in der Nachuntersuchung kein signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen den Gruppen.

Die Hypothesen für die Depressionswerte nach der Behandlung wurden bestätigt.

3.1.5 Veränderungen der Depressionswerte innerhalb der Experimental- und Kontrollgruppe

3.1.5.1 Darstellung der Veränderungen der Depressionswerte für die Experimentalgruppe

Für die Experimentalgruppe werden die Unterschiede der einzelnen Depressionswerte zwischen den 3 bzw. 2 Meßzeitpunkten bestimmt. Tabelle 25 gibt die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie den t-Test für gepaarte Stichproben für die Experimentalgruppe an.

Die Experimentalgruppe zeigt am Ende der Behandlung in BDI, HAMD und IDS sehr hoch signifikant niedrigere Depressionswerte als zu Behandlungsbeginn. Der Mittelwertsunterschied zwischen dem Meßzeitpunkt 2 und der Nachuntersuchung ist für den BDI nicht signifikant.

Tabelle 25: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Test für gepaarte Stichproben für die Experimentalgruppe

	n	\bar{x}	s	T (gepaarte Differenz)	df	Signifikanz (1-seitig)
BDI Meßzeitpunkt 1	35	29,9	9,3			
BDI Meßzeitpunkt 2	35	12,1	9,2	9,4	34	,000 ***
BDI Meßzeitpunkt 2	27	12,8	10,0			
BDI Meßzeitpunkt 3	27	14,0	13,3	-,48	26	,318
HAMD Meßzeitpunkt 1	35	24,9	5,7			
HAMD Meßzeitpunkt 2	35	6,8	6,5	19,0	34	,000 ***
IDS-C Meßzeitpunkt 1	28	20,3	10,1			
IDS-C Meßzeitpunkt 2	28	11,1	9,0	3,7	27	,001 ***

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Die Hypothesen zur Veränderung der Depressionswerte wurden für die Experimentalgruppe bestätigt.

3.1.5.2 Veränderungen der Depressionswerte für die Kontrollgruppe

Für die Kontrollgruppe werden die Unterschiede der einzelnen Depressionswerte zwischen den 3 bzw. 2 Meßzeitpunkten bestimmt. Tabelle 26 gibt die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie den t-Test für gepaarte Stichproben für die Kontrollgruppe an.

Die Kontrollgruppe zeigt am Ende der Behandlung in BDI und HAMD sehr hoch signifikant niedrigere Depressionswerte als zu Behandlungsbeginn. Beim IDS zeigen sich hoch signifikant niedrigere Depressionswerte als zu Behandlungsbeginn.

Der Mittelwertsunterschied zwischen dem Meßzeitpunkt 2 und der Nachuntersuchung ist für den BDI nicht signifikant.

Die Hypothesen zur Veränderung der Depressionswerte wurden für die Kontrollgruppe bestätigt.

Tabelle 26: Mittelwerte, Standardabweichungen, t-Test für gepaarte Stichproben für die Kontrollgruppe

	n	\bar{x}	s	T(gepaarte Differenz)	df	Signifikanz (1-seitig)
BDI Meßzeitpunkt 1	35	32,3	9,8			
BDI Meßzeitpunkt 2	35	20,6	13,9	6,2	34	,000 ***
BDI Meßzeitpunkt 2	31	20,1	13,8			
BDI Meßzeitpunkt 3	31	18,6	14,6	,74	30	,234
HAMD Meßzeitpunkt 1	35	27,4	6,1			
HAMD Meßzeitpunkt 2	35	11,7	8,3	10,8	34	,000 ***
IDS-C Meßzeitpunkt 1	29	22,3	10,1			
IDS-C Meßzeitpunkt 2	29	15,5	11,6	3,3	28	,002 **

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

3.1.5.3 Vergleich der Veränderungen der Depressionswerte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

Die Differenzen der Depressionswerte zwischen den Meßzeitpunkten in jeder Gruppe werden darauf überprüft, ob sie signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Gruppen sind. In Tabelle 27 finden sich die Mittelwerte, Standardabweichungen, Prüfungen

der Varianzhomogenität, t-Tests bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit der Differenzen

Da der Levene-Test keine homogene Varianz der Differenzen der Hamilton-Werte ergeben hatte, wurde der korrigierte t-Test berechnet.

Signifikant niedrigere Veränderungen für die Kontrollgruppe ergeben sich für die BDI-Werte zwischen den Meßzeitpunkten 1 und 2. Für die Fremdeinschätzungsskalen HAMD und IDS ergeben sich bezüglich Ausmaß und Häufigkeit der Besserung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Auch für die Veränderungen der BDI-Werte zwischen Meßzeitpunkt 2 und 3 ergeben sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Die Hypothesen bezüglich der erwarteten Veränderungen wurden nur für die BDI-Werte bestätigt.

Tabelle 27: Mittelwerte, Standardabweichungen, Prüfungen der Varianzhomogenität, t-Tests bei unabhängigen Stichproben für die Mittelwertgleichheit der Differenzen

Gruppe	n	\bar{x} (Differenzen)	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für Mittelwertgleichheit		
				F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)
Differenz BDI t1 und t2								
Experimentalgruppe	35	17,8	11,2					
Kontrollgruppe	35	11,7	11,9	,173	,678	2,306	68	,012 *
Differenz BDI t2 und t3								
Experimentalgruppe	27	-1,2	12,8					
Kontrollgruppe	31	1,4	11,2	,123	,727	-,846	56	,401
Differenz HAMD t1 und t2								
Experimentalgruppe	35	18,0	5,6					
Kontrollgruppe	35	15,7	8,6	6,920	,011	1,353	58,71	,181
Differenz IDS-C t1 und t2								
Experimentalgruppe	28	9,2	13,1					
Kontrollgruppe	28	6,8	11,0	,093	,761	,736	55	,465

BDI: Beck Depressionsinventar; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Abbildung 4 zeigt den Verlauf der BDI-Werte der Experimental- und der Kontrollgruppe zu den verschiedenen Meßzeitpunkten.

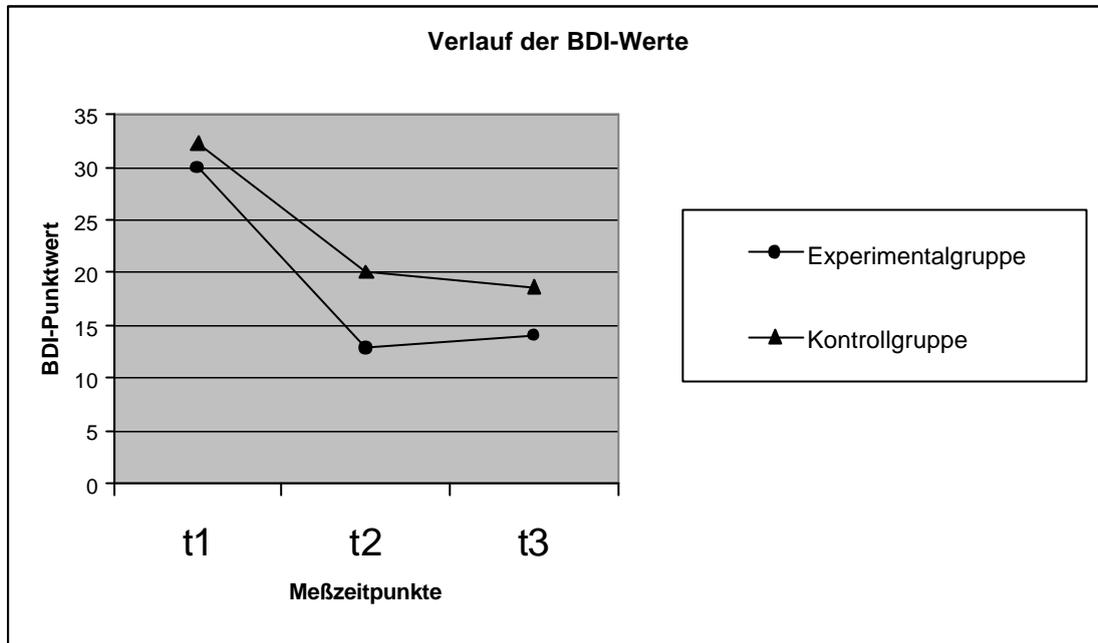


Abbildung 5 zeigt den Verlauf der HAMD-Werte bei der Experimental- und der Kontrollgruppe zu den beiden Meßzeitpunkten.

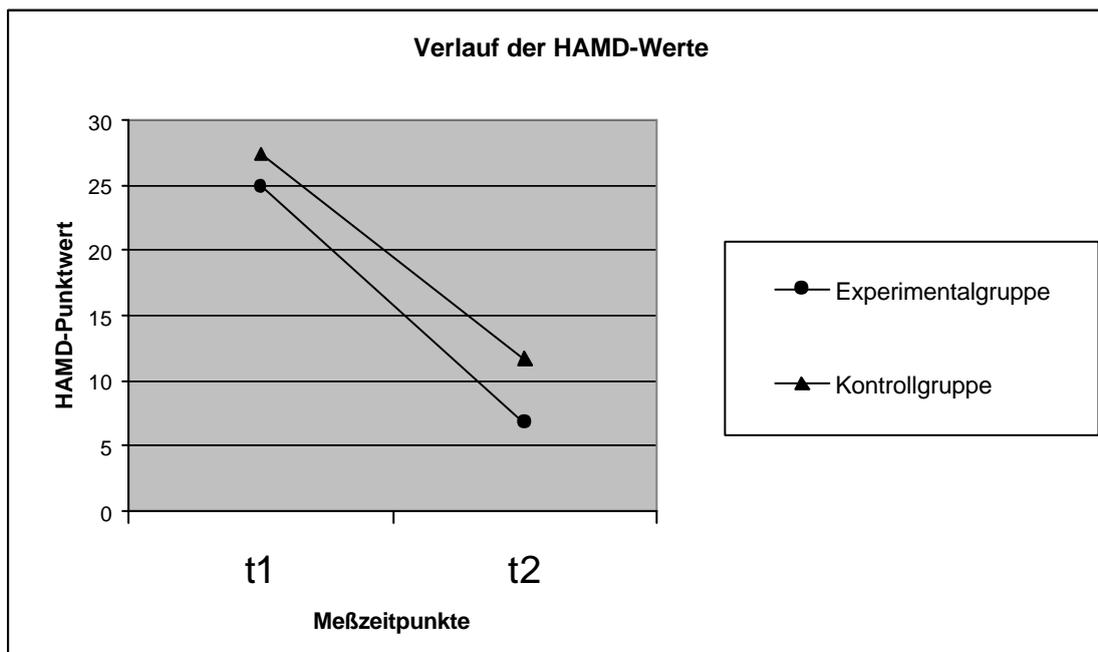
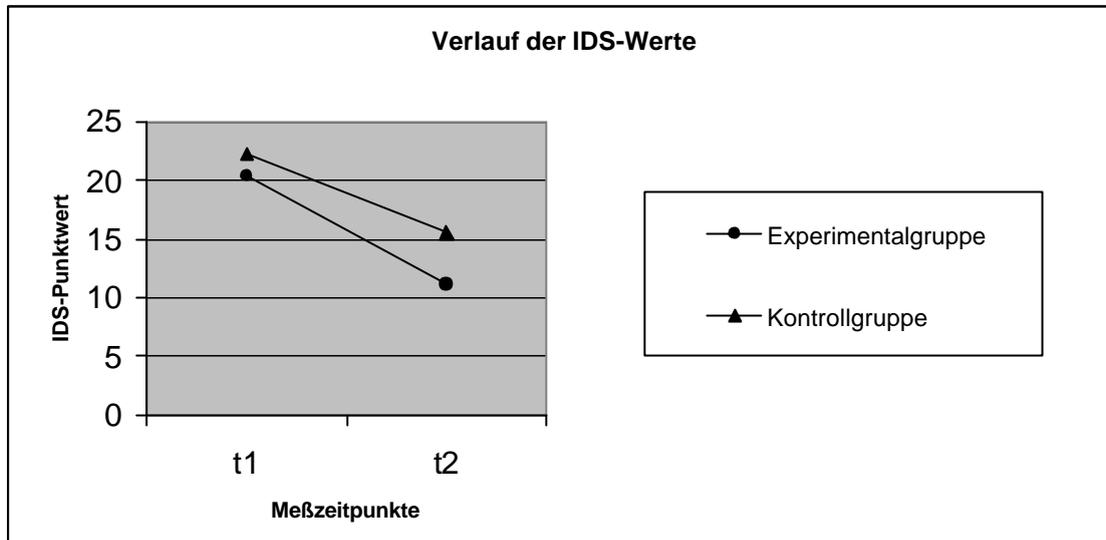


Abbildung 6 zeigt den Verlauf der IDS-Werte der Experimental- und der Kontrollgruppe zu den beiden Meßzeitpunkten.



3.1.5.4 Subjektive Urteile zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Beide Gruppen wurden bezüglich der für die vorliegende Studie interessierenden Fragen des Nachbefragungsbogens verglichen. Da die Daten auf Ordinalskalenniveau vorlagen, wurde der Mann-Whitney-U-Test als non-parametrisches Verfahren durchgeführt. Tabelle 28 gibt die Ergebnisse wieder.

Für die Frage: „Sind Sie zwischenzeitlich nochmals akut erkrankt?“ ergab sich ein hoch signifikanter Mittelwertsunterschied, die Werte der Kontrollgruppe sind hoch signifikant höher als die der Experimentalgruppe. Für die übrigen dargestellten Fragen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, so daß die Hypothese, daß die Gruppen sich bezüglich ihres subjektiven Urteils bezüglich der Bewertung der Information unterscheiden, nicht bestätigt worden ist.

Tabelle 28: Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe bei der Nachuntersuchung mit dem Mann-Whitney-U-Test

Frage	Gruppe	n	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mann-Whitney-U	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand gegenwärtig insgesamt ein ?	Experimentalgruppe	27	27,57	744,50	366,50	,297
	Kontrollgruppe	32	32,05			
	Gesamt	59				
Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit zur Zeit ein ?	Experimentalgruppe	27	27,65	746,50	368,50	,412
	Kontrollgruppe	31	31,11	964,50		
	Gesamt	58				
Wie schätzen Sie Ihre seelische Gesundheit zur Zeit ein ?	Experimentalgruppe	27	28,39	766,50	388,50	,631
	Kontrollgruppe	31	30,47	944,50		
	Gesamt	58				
Sind Sie zwischenzeitlich nochmals akut erkrankt ?	Experimentalgruppe	27	24,72	667,50	289,50	,009 **
	Kontrollgruppe	31	33,66	1043,50		
	Gesamt	58				
Sind Sie zwischenzeitlich nochmals in einer stationären psychiatrischen Behandlung gewesen ?	Experimentalgruppe	29	31,10	902,00	432,00	,589
	Kontrollgruppe	31	29,94	928,00		
	Gesamt	60				
Wie sehr hat Ihnen aus der Rückschau der stationäre Aufenthalt geholfen ?	Experimentalgruppe	27	31,87	860,50	354,50	,281
	Kontrollgruppe	31	27,44	850,50		
	Gesamt	58				
Was hat Ihnen während des stationären Aufenthaltes am meisten geholfen ? Anzahl der Nennungen der Kategorie „Information“	Experimentalgruppe	27	28,26	763,00	385,00	,521
	Kontrollgruppe	31	30,58	948,00		
	Gesamt	58				
Wie sehr hat Ihnen die Information geholfen ?	Experimentalgruppe	17	22,53	383,00	144,00	,206
	Kontrollgruppe	22	18,05	397,00		
	Gesamt	39				
Glauben Sie, daß Sie die Krankheit überwunden haben ?	Experimentalgruppe	27	25,83	697,50	319,50	,112
	Kontrollgruppe	31	32,69	1013,50		
	Gesamt	58				

Zur Beurteilung der Compliance wurde ausgezählt, ob zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ausreichend oder nicht ausreichend dosierte oder keine Behandlung mit Antidepressiva vorlag. Als weiterer Indikator für die Compliance war erhoben worden, ob eine Weiterbehandlung beim Facharzt durchgeführt worden war. Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse der Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich dieser beiden Fragen.

Experimental- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich ihres Einnahmeverhaltens von Antidepressiva zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung und unterscheiden sich nicht in ihrer Bereitschaft, bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung fachärztliche Weiterbehandlung in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 29: Vergleich der Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich der Compliance

Variable	Kategorie	Experimental- gruppe	Kontroll- gruppe	Signifikanztest Chi-Quadrat nach Pearson		
		n	n	Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Antidepressiva- behandlung	keine	7	5	,784	2	,676
	ausreichende	16	17			
	nicht ausreichende	8	5			

Variable	Kategorie	Experimental- gruppe	Kontroll- gruppe	Chi-Quadrat nach Fisher*		
		n	n	Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Fachärztliche Weiter- behandlung	ja	24	26	,309	1	,578
	nein	3	5			

* Exakter Test nach Fisher wurde benutzt, da bei zwei Zellen erwartete Häufigkeiten kleiner als 5

3.2 Untergruppen der Gesamtstichprobe: Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte

Im folgenden werden die Ergebnisse zu Untergruppen der Gesamtstichprobe in ihrer Auswirkung auf die Bewältigungswerte dargestellt. Da die Haupthypothese, daß die durch die psychoedukativen Methoden erweiterte Behandlungsbedingung auch zu kurzfristig besseren Krankheitsbewältigungsstrategien führt, nicht bestätigt worden ist, werden Experimental- und Kontrollgruppe nun als Gesamtstichprobe zusammengefasst.

3.2.1 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit endogener und neurotischer Depression

Unterteilt man die Gesamtstichprobe nach Diagnosen (endogene Depression versus neurotische Depression bzw. länger dauernde depressive Reaktion), unterscheiden sich die beiden Gruppenmittelwerte nicht bezüglich der Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens. Die Ergebnisse der Voruntersuchungen werden damit bestätigt (Hautzinger, 1990; Schüssler et al., 1992), daß unabhängig von der diagnostischen Zuordnung die Selbsteinschätzung über die Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens vorgenommen wird. Tabelle 30 zeigt Mittelwerte, Standardabweichungen, den Test auf Varianzhomogenität und den t-Test für Mittelwertgleichheit für beide Diagnosegruppen bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte.

Tabelle 30: Mittelwerte, Standardabweichungen, Test auf Varianzhomogenität und t-Test für Mittelwertgleichheit für die beiden Diagnosegruppen bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte

	Diagnose	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit		
					F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Antidepressives Verhalten Häufigkeit t1	Endogen Reaktiv- neurotisch	37 33	99,14 100,97	10,38 11,03	,140	,709	-,717	68	,476
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit t1	Endogen Reaktiv- neurotisch	37 33	98,38 101,42	16,70 18,59	,077	,782	-,722	68	,473
Antidepressives Verhalten Häufigkeit t2	Endogen Reaktiv- neurotisch	37 33	103,65 101,72	11,53 7,51	4,221	,044	,815	68	,418
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit t2	Endogen Reaktiv- neurotisch	37 33	104,73 99,97	16,69 14,77	,980	,326	1,257	68	,213

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

3.2.2 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Patienten mit sehr hohen Depressionswerten und Patienten mit weniger hohen Depressionswerten

Der Vergleich der Mittelwerte der Krankheitsbewältigungswerte der Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten (BDI-Wert zu t1 < 29) mit den Mittelwerten der Patienten mit hohen Depressionsausgangswerten (BDI-Wert zu t1 \geq 29) ist in Tabelle 31 dargestellt. Die Aufteilung der Gruppen erfolgte am Median.

Der Levene-Test der Varianzgleichheit ergibt für die Variable „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ einen signifikanten Wert. Die korrigierten Werte für den t-Test sind in der Tabelle aufgeführt.

Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten (BDI < 29 zu t1) zeigen zum Meßzeitpunkt t1 hoch signifikant häufiger Antidepressives Verhalten und schätzen die Wirksamkeit Antidepressiven Verhaltens signifikant höher ein als Patienten mit sehr hohen Depressionsausgangswerten. Bei den Trierer Skalen (t1) ergeben sich bei der Gruppe der Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten bei der Variablen

Tabelle 31: Vergleich der Mittelwerte der Krankheitsbewältigungswerte der Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten (BDI-Wert zu t1 < 29) mit den Mittelwerten der Patienten mit sehr hohen Depressionsausgangswerten (BDI-Wert zu t1 ≥ 29)

	BDI-Wert t1	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianz- gleichheit		t-Test für die Mittelwert- gleichheit			
					F	Signi- fikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)	
Meßzeitpunkt 1										
Antidepressives Verhalten Häufigkeit	BDI < 29	34	103,65	10,49	,141	,709	2,933	68	,003	**
	BDI ≥ 29	36	96,56	9,75						
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit	BDI < 29	34	103,85	16,06	,493	,485	1,906	68	,032	*
	BDI ≥ 29	36	96,00	18,27						
Rumination	BDI < 29	34	36,56	6,59	,984	,325	,373	68	,355	
	BDI ≥ 29	36	35,94	7,14						
Suche nach sozialer Ein- bindung	BDI < 29	34	33,68	6,57	,362	,549	4,322	68	,000	***
	BDI ≥ 29	36	26,56	7,18						
Bedrohungsabwehr	BDI < 29	34	35,41	5,69	,211	,647	2,335	68	,011	*
	BDI ≥ 29	36	32,08	6,20						
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	BDI < 29	34	31,85	5,19	13,15	,001	2,357	56,03	,011	*
	BDI ≥ 29	36	27,69	9,14						
Suche nach Halt in der Region	BDI < 29	34	8,41	4,08	,096	,758	,336	68	,369	
	BDI ≥ 29	36	8,08	4,09						
Meßzeitpunkt 2										
Antidepressives Verhalten Häufigkeit	BDI < 29	34	105,59	8,54	,161	,690	2,439	68	,009	**
	BDI ≥ 29	36	100,06	10,30						
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit	BDI < 29	34	103,00	10,80	3,84	,054	,262	68	,397	
	BDI ≥ 29	36	102,00	19,66						

BDI: Beck Depressionsinventar; t1: Meßzeitpunkt 1 ; (*)p ≤ 0.10; * p ≤ 0.05 ; ** p ≤ 0.01; *** p ≤ 0.001

„Suche nach sozialer Einbindung“ ein sehr hoch signifikanter höherer Mittelwert, bei den Skalen „Bedrohungsabwehr“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ jeweils signifikant höhere Mittelwerte. Für die Skala „Rumination“ ergibt sich entgegen der erwarteten Hypothese kein Unterschied zwischen den Gruppen. Ebenso entspricht das signifikant bessere Ergebnis bei der Variablen „Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens“ der Gruppe der Patienten mit weniger hohen Depressionswerten nicht der Vorhersage.

Zum Meßzeitpunkt t2 zeigt sich bei den Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten eine hoch signifikant höhere Ausprägung bei der Variablen Antidepressives Verhalten Häufigkeit.

3.3 Unterschiedliche Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung

3.3.1 Ausprägung der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Beginn der Behandlung und Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2

Die Gesamtstichprobe wurde am Median der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ (ADV-L Wirksamkeit) in zwei Hälften mit niedrigeren und höheren Werten (<98 und ≥ 98 Punkte) aufgeteilt und bezüglich des Behandlungsergebnisses verglichen. Tabelle 32 zeigt Mittelwerte, Standardabweichungen, den Test auf Varianzhomogenität und den t-Test für Mittelwertgleichheit für beide Gruppen der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Behandlungsbeginn bezüglich der Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2. Varianzhomogenität liegt vor.

Tabelle 32: Mittelwerte, Standardabweichungen, Test auf Varianzhomogenität und t-Test für Mittelwertgleichheit für beide Gruppen der Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Behandlungsbeginn bezüglich der Depressionswerte(t2)

	ADV-L Wirksamkeit t1	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwert- gleichheit		
					F	Signifi- kanz	T	df	Signifi- kanz (1-seitig)
BDI t2	niedriger Wirksamkeitswert	35	19,20	12,72	,392	,533	1,961	68	,027 *
	höherer Wirksamkeitswert	35	13,49	11,63					
HAMD t2	niedriger Wirksamkeitswert	35	10,51	8,51	1,364	,247	1,325	68	,095 (*)
	höherer Wirksamkeitswert	35	8,06	6,91					
IDS-C t2	niedriger Wirksamkeitswert	32	16,12	11,09	1,998	,162	2,035	63	,023 *
	höherer Wirksamkeitswert	32	10,88	9,61					

BDI: Beck Depressionsinventar ; HAMD: Hamilton Depressionsskala; IDS-C: Inventar depressiver Symptome; ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Patienten, die ihre instrumentellen Ressourcen zu Beginn der Behandlung als stärker hilfreich einschätzten, hatten am Ende der Behandlung signifikant niedrigere Depressionswerte im BDI und IDS, im HAMD war der Unterschied tendenziell signifikant. Die Hypothese wurde für zwei der drei Depressionsmaße bestätigt.

3.3.2 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Respondern und Non-Respondern (nach HAMD)

Die Patientenstichprobe wurde anhand der HAMD-Werte zum Meßzeitpunkt t2 in Responder (HAMD-Wert zu t2 < 10) und Non-Responder (HAMD-Wert zu t2 ≥ 10) aufgeteilt und bezüglich der Mittelwerte der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 miteinander verglichen. Tabelle 33 zeigt den Vergleich der Mittelwerte der Krankheitsbewältigungswerte (t1) der Responder mit den Mittelwerten der Non-Responder.

Tabelle 33: Vergleich der Mittelwerte der Krankheitsbewältigungswerte der Responder (HAMD-Wert zu t2 < 10) mit den Mittelwerten der Non-Responder (HAMD-Wert zu t2 ≥ 10)

	HAMD-Wert t2	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit		
					F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (1-seitig)
Meßzeitpunkt 1									
Antidepressives Verhalten Häufigkeit	Responder	39	102,49	9,75	1,09	,301	2,255	68	,014 *
	Non-Responder	31	96,87	11,07					
									Signifikanz (2-seitig)
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit	Responder	39	103,36	17,16	,128	,722	1,932	68	,058 (*)
	Non-Responder	31	95,36	17,29					
Rumination	Responder	39	36,62	7,11	,005	,943	,509	68	,613
	Non-Responder	31	35,77	6,56					
Suche nach sozialer Einbindung	Responder	39	31,62	7,56	,000	,988	1,987	68	,051 (*)
	Non-Responder	31	28,00	7,57					
Bedrohungsabwehr	Responder	39	34,72	6,26	,049	,826	1,570	68	,121
	Non-Responder	31	32,42	5,85					
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	Responder	39	31,03	5,86	13,52	,000	1,531	47,7	,132
	Non-Responder	31	28,06	9,42					
Suche nach Halt in der Religion	Responder	39	7,95	3,59	5,82	,019	-,658	55,6	,513
	Non-Responder	31	8,61	4,62					
Meßzeitpunkt 2									
									Signifikanz (1-seitig)
Antidepressives Verhalten Häufigkeit	Responder	39	105,21	8,93	,045	,833	2,436	68	,009 **
	Non-Responder	31	99,65	10,14					
									Signifikanz (2-seitig)
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit	Responder	39	105,18	12,97	1,640	,205	1,610	68	,112
	Non-Responder	31	99,10	18,59					

HAMD: Hamilton Depressionsskala; t2: Meßzeitpunkt 2 (*)p ≤ 0.10; * p ≤ 0.05 ; ** p ≤ 0.01; *** p ≤ 0.001

Für die Variablen „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ und „Suche nach Halt in der Religion“ erreicht der Levene-Test der Varianzgleichheit signifikante Werte, so daß die entsprechend korrigierten Werte in der Tabelle aufgeführt sind.

Wählt man als Responderkriterium die Fremdeinschätzungswerte zum Meßzeitpunkt 2 (HAMD), ergibt sich bei den Krankheitsbewältigungsmaßen zum Zeitpunkt t1 bei den Trierer Skalen nur für die Variable „Suche nach sozialer Einbindung“ ein tendenziell signifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Respondern und Nonrespondern. Die vorhergesagten signifikanten Mittelwertsunterschiede bei den Variablen „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ und „Rumination“ wurden nicht bestätigt. Für die Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ ergab sich entgegen der Vorhersage ein tendenziell signifikanter Mittelwertsunterschied zum Meßzeitpunkt t1.

Bestätigt wurde die Hypothese, die für die Responder zum Meßzeitpunkt 1 (signifikant) und 2 (hoch signifikant) höhere Mittelwerte für die Variable „Häufigkeit antidepressiven Verhaltens“ vorhersagte.

3.3.3 Ausprägung der Variablen „Rumination“ zu Behandlungsende (t2) und Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)

Die Gesamtstichprobe wurde am Median der Variable „Rumination“ zu Behandlungsende in zwei Hälften mit niedrigeren und höheren Werten (< 35 und ≥ 35 Punkte) aufgeteilt und bezüglich des Depressionswerts zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verglichen. Varianzhomogenität ist gegeben.

Die Mittelwerte des Beck-Depressions-Inventars unterscheiden sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant, aber entgegen der vorhergesagten Richtung: Patienten mit niedrigen Ruminationswerten zum Behandlungsende zeigen in der Nachuntersuchung signifikant höhere Depressionswerte. Tabelle 34 zeigt Mittelwerte, Standardabweichungen, den Test auf Varianzhomogenität und den t-Test für Mittelwertgleichheit für beide Gruppen der Variablen „Rumination“ zu Behandlungsende bezüglich der Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3).

Tabelle 34: Mittelwerte, Standardabweichungen, Test auf Varianzhomogenität und t-Test für Mittelwertgleichheit für beide Gruppen der Variablen „Rumination“ zu Behandlungsende bezüglich der Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)

	Rumination t2	n	\bar{x}	s	Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit		
					F	Signifikanz	T	df	Signifikanz (2-seitig)
BDI t3	niedriger Ruminationswert höherer Ruminationswert	27 31	20,63 12,81	15,18 12,14	2,809	,099	2,179	56	,034 *

BDI: Beck Depressionsinventar; t2: Meßzeitpunkt 2; t3: Nachuntersuchung * $p \leq 0.05$

3.4 Prädiktorvariablen für Depressionswerte nach der Behandlung

3.4.1 Soziodemographische und klinische Variablen

Die soziodemographischen Variablen und die klinischen Variablen wurden für die Gesamtgruppe bezüglich der Kriteriumsvariablen Depressionswerte (t2) einer gemeinsamen multiplen Regression unterzogen. In die Regressionsanalyse gingen im einzelnen die Variablen Geschlecht, Lebensform, Ausbildung, Alter sowie Diagnose, Länge der Episode vor der Aufnahme, Anzahl früherer stationärer Behandlungen, Depressionswerte bei der Aufnahme und Verweildauer ein. Da die Voraussetzung gegeben ist, daß der Stichprobenumfang im Verhältnis zur Anzahl der Variablen genügend groß ist ($n > 40$ bei $k < 10$) (Bortz, 1999, S. 435), kann bei den auf Intervallskalenniveau vorliegenden Variablen auf die Überprüfung der Normalverteilung verzichtet werden. Die kategorialen Variablen wurden, um die Voraussetzung für die multiple Regression zu erfüllen, in binäre Kategorien umgewandelt. Dies traf für die Variablen Lebensform, Ausbildung, Diagnose, Länge der Episode vor der Aufnahme und Anzahl früherer stationärer Aufnahmen zu (siehe Kapitel III. 2).

Wählt man als abhängige Variable den BDI-Wert zum Meßzeitpunkt 2 als Maß des Behandlungserfolgs, ergeben sich für die Gesamtgruppe die in Tabelle 35 und 36 dargestellten Werte:

Tabelle 35: Modellzusammenfassung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F	Signifikanz
,732	,536	,462	8,677	7,199	,000

Tabelle 36: Standardisierte und nicht standardisierte Regressionskoeffizienten, t-Tests und Signifikanztests der Regressionskoeffizienten für die abhängige Variable BDI (t 2)

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	-11,153	6,917		-1,612	,112
Geschlecht	6,282	2,440	,242	2,574	,013 *
Lebensform	1,521	2,456	,061	,619	,538
Ausbildung	-2,380	2,283	-,101	-1,042	,302
Alter	-4,138E-02	,093	-,043	-,445	,658
Diagnose	4,991	2,350	,213	2,124	,038 *
Länge der Episode vor der Aufnahme	-,445	2,312	-,019	-,193	,848
Anzahl früherer stationärer Behandlungen	3,627	2,407	,146	1,507	,137
Ausgangsdepressivität BDI t1	,414	,121	,333	3,406	,001 **
Verweildauer	8,794E-02	,019	,449	4,669	,000 ***

BDI: Beck Depressionsinventar; t1: Meßzeitpunkt 1

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Für die Kriteriumsvariable BDI zum Meßzeitpunkt 2 ergeben sich als signifikant wirksam folgende Prädiktorvariablen: Geschlecht (signifikanter Einfluß), Diagnose (signifikanter Einfluß), BDI-Wert zum Meßzeitpunkt 1 (hoch signifikanter Einfluß) und Verweildauer (sehr hoch signifikanter Einfluß). Die übrigen soziodemographischen Variablen (Alter, Ausbildung, Familienstand) sowie die bisherige Dauer der Erkrankung und die Anzahl vorheriger stationärer Behandlungen zeigen keinen signifikanten Einfluß.

Bei abhängiger Variable HAMD zum Meßzeitpunkt 2 ergeben sich folgende Werte (Tabellen 37 und 38).

Tabelle 37: Modellzusammenfassung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F	Signifikanz
,699	,489	,406	5,768	5,943	,000

Tabelle 38: Standardisierte und nicht standardisierte Regressionskoeffizienten, t-Tests und Signifikanztests der Regressionskoeffizienten für die abhängige Variable HAMD (t2)

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	-14,200	4,861		-2,921	,005
Geschlecht	,672	,620	,041	,415	,680
Lebensform	-,710	1,614	-,045	-,440	,662
Ausbildung	-1,033	1,521	-,070	-,679	,500
Alter	6,002E-02	,062	,098	,961	,341
Diagnose	-,577	1,566	-,039	-,369	,714
Länge der Episode vor der Aufnahme	,349	1,564	,023	,223	,824
Anzahl früherer stationärer Behandlungen	,957	1,592	,061	,601	,550
Ausgangsdepressivität HAMD t1	,506	,134	,386	3,788	,000 ***
Verweildauer	6,317E-02	,012	,510	5,106	,000 ***

HAMD: Hamilton Depressionsskala; t1: Meßzeitpunkt 1

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Für die Kriteriumsvariable HAMD zum Meßzeitpunkt 2 ergeben sich als signifikant wirksame Prädiktorvariablen der HAMD-Wert zum Meßzeitpunkt 1 (sehr hoch signifikanter Einfluß) und die Verweildauer (sehr hoch signifikanter Einfluß).

Die Hypothese zum prognostischen Zusammenhang von demographischen und klinischen Charakteristika und dem Behandlungsergebnis wurde für einen Teil der Variablen bestätigt.

3.4.2 Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn

Die Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 wurden daraufhin untersucht, inwieweit sie Prädiktorvariablen für die Kriteriumsvariable BDI zum Behandlungsende (t2) darstellen können. Die genannten Variablen wurden für die Gesamtstichprobe einer multiplen Regression unterzogen. In die Regressionsanalyse gingen die Variablen Antidepressives Verhalten Häufigkeit, Antidepressives Verhalten Wirksamkeit, Rumination, Suche nach sozialer Einbindung, Bedrohungsabwehr, Suche nach Information und Erfahrungsaustausch und Suche nach Halt in der Religion ein (alle zum Zeitpunkt t1). Da die Voraussetzung gegeben ist, daß der Stichprobenumfang im Verhältnis zur Anzahl der Variablen genügend groß ist ($n > 40$ bei $k < 10$) (Bortz, 1999, S. 435), kann bei den auf Intervallskalenniveau vorliegenden Variablen auf die Überprüfung der Normalverteilung verzichtet werden. Wählt man als abhängige Variable den BDI-Wert zum Meßzeitpunkt 2 als Maß des Behandlungserfolges, ergeben sich für die Gesamtgruppe die in Tabelle 39 und 40 dargestellten Werte.

Für die Kriteriumsvariable BDI zum Meßzeitpunkt 2 haben folgende Prädiktorvariablen signifikanten Einfluß: „Rumination“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ (signifikanter Einfluß) sowie „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ (tendenziell signifikanter Einfluß). Die übrigen Variablen zeigen keinen signifikanten Einfluß.

Tabelle 39: Modellzusammenfassung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F	Signifikanz
,550	,303	,224	10,956	3,843	,002

Tabelle 40: Standardisierte und nicht standardisierte Regressionskoeffizienten, tTests und Signifikanztests der Regressionskoeffizienten für die abhängige Variable BDI (t2)

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
(Konstante)	40,638	13,659		2,975	,004
Antidepressives Verhalten Häufigkeit	9,451E-02	,147	,081	,644	,522
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit	-,156	,084	-,220	-1,846	,070 (*)
Rumination	,454	,226	,250	2,013	,049 *
Suche nach sozialer Einbindung	-,214	,219	-,133	-,979	,331
Bedrohungsabwehr	-,409	,247	-,201	-1,658	,102
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	-,631	,240	-,392	-2,626	,011 *
Suche nach Halt in der Religion	,508	,393	,166	1,293	,201

(*) $p \leq 0.10$; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Bei abhängiger Variable HAMD Meßzeitpunkt 2 ergeben sich folgende Werte (Tabelle 41 und 42).

Für die Kriteriumsvariable HAMD zum Meßzeitpunkt 2 ergeben sich als Prädiktorvariablen mit tendenziell wirksamem Einfluß die Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ und die Variable „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“. Die übrigen Variablen zeigen keinen signifikanten Einfluß

Tabelle 41: Modellzusammenfassung

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	F	Signifikanz
,427	,182	,090	7,440	1,974	,073

Tabelle 42: Standardisierte und nicht standardisierte Regressionskoeffizienten, t-Tests und Signifikanztests der Regressionskoeffizienten für die abhängige Variable HAMD (t2)

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standard- fehler	Beta		
(Konstante)	25,32	9,27		2,73	,008
Antidepressives Verhalten Häufigkeit	3,035E-02	,100	,041	,304	,762
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit	-9,803E-02	,057	-,221	-1,712	,092 (*)
Rumination	7,740E-02	,153	,068	,505	,615
Suche nach sozialer Einbindung	-,120	,149	-,119	-,811	,420
Bedrohungsabwehr	-,115	,167	-,090	-,690	,493
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	-,276	,163	-,273	-1,692	,096 (*)
Suche nach Halt in der Religion	,436	,267	,227	1,635	,107

IV Diskussion

1 Charakteristika der Ausgangswerte der untersuchten Patientenstichprobe im Vergleich zu anderen Studien

Im folgenden wird die Gesamtstichprobe der untersuchten Patienten hinsichtlich der soziodemographischen und klinischen Merkmale mit Stichproben anderer Studien zu psychoedukativen Programmen (Tabelle 1 in Kapitel I. 1.4), mit Krankheitsbewältigungsstudien stationär behandelter Patienten (Tabelle 3 in Kapitel I. 2.2) sowie den beiden umfangreichsten Studien zum Therapieerfolg psychotherapeutischer Depressionsbehandlung mit psychoedukativen Elementen (Multicenter-Studien von Hautzinger et al. und de Jong-Meyer et al., 1996; NIMH-Studie von Elkin et al., 1989) verglichen.

1.1 Vergleich soziodemographischer Merkmale

Das Durchschnittsalter der in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten liegt, zusammen mit der Stichprobe von Peet und Harvey (1991), im oberen Drittel der Altersspannbreite der Vergleichsstudien. Die dort untersuchten Patienten waren schon seit vielen Jahren affektiv erkrankt (durchschnittlich 8 Episoden bisherige Erkrankungsdauer). Ein deutlich jüngerer Altersdurchschnitt findet sich in Studien, die ambulante Patienten als Zielgruppe haben (Brown und Lewinsohn, 1984; Teri und Lewinsohn, 1986; Elkin et al., 1989), bei der Untergruppe der nicht-endogen Depressiven (Hautzinger et al., 1996) sowie bei Studien mit Altersbegrenzung (z.B. Hautzinger et al., 1996). Bei Studien an stationären Patienten (Hautzinger, 1990; Schüssler et al., 1992; Veiel et al., 1992; Kühner und Weber, 1999) oder bei Patienten mit der Diagnose endogene Depression (De Jong-Meyer et al., 1996) liegen die Altersmittelwerte näher an den Werten der vorliegenden Untersuchung.

In der Mehrzahl der Vergleichsstudien findet sich wie in der vorliegenden Studie ein deutlich höherer Frauenanteil von etwa 70 zu 30. Dies entspricht dem zwei bis dreimal erhöhten Erkrankungsrisiko von Frauen für unipolare Depressionen (Schramm, 1996).

Bezüglich der Wohnsituation ist die vorliegende Stichprobe der von Veiel et al. (1992) am ähnlichsten, erklärbar durch ähnliche Auswahl- und Behandlungsbedingungen. In

anderen Studien finden sich mehr geschiedene oder verwitwete Patienten, was durch interkulturelle Unterschiede (höhere Scheidungsraten in USA als in BRD), das niedrigere Durchschnittsalter einzelner Stichproben und Stadt-/ Landunterschiede erklärt werden kann.

Bezüglich der Ausbildung ist die Vergleichbarkeit mit Studien aus dem amerikanischen Sprachraum wegen unterschiedlicher Bildungssysteme schwierig. Die Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung zeigt ein höheres Bildungsniveau als die Stichproben von Veiel et al. (1992) und Kühner und Weber (1999), aber ein weniger hohes als die Stichprobe von Hautzinger et al. (1996), so daß im Vergleich mit den anderen Studien von einem mittleren Bildungsniveau auszugehen ist.

1.2 Vergleich klinischer Merkmale

Vergleicht man die Gesamtstichprobe der vorliegenden Studie mit den Vergleichsuntersuchungen bezüglich der Diagnosen, fällt auf, daß der Anteil endogener Depressionen deutlich höher liegt als in allen anderen Untersuchungen. Schüsslers Studie (Schüssler et al., 1992) kommt der vorliegenden Verteilung am nächsten. Andere Studien weisen den gleichen Anteil von depressiven Anpassungsstörungen auf, differenzieren aber gemäß ICD-10 nicht mehr zwischen endogen und neurotisch (Kühner und Weber, 1999) oder zeigen einen deutlich höheren Anteil depressiver Anpassungsstörungen (Veiel et al., 1992) bei deutlich weniger Patienten mit endogener und etwas weniger Patienten mit neurotischer Depression. Diese Tatsache kann dadurch erklärt werden, daß die Auswahlkriterien der vorliegenden Studie den Anteil neurotisch depressiver Patienten, die häufiger Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen zeigen, gering gehalten haben. Auch die vorgegebene Länge der Behandlung als Einschlußkriterium könnte eher dazu geführt haben, daß endogen Depressive überrepräsentiert sind.

Bezüglich der Erkrankungsdauer vor der Aufnahme liegt der Median der Gesamtstichprobe zwischen 3 und 6 Monaten. Eine längere Erkrankungsdauer findet sich nur in der Studie von Schüssler et al. (1992), in der die depressive Symptomatik im Mittel schon 9,4 Monate bestanden hatte. Dieser hohe Wert ist aber darauf zurück zu führen, daß die Patienten sich zum Zeitpunkt seiner Erhebung schon mehrere Wochen länger in stationärer Behandlung befunden hatten. Die Studie von Veiel et al. (1992) zeigt bezüglich

der durchschnittlichen Erkrankungsdauer die größte Ähnlichkeit mit der vorliegenden Gesamtstichprobe.

Bezüglich der prozentualen Verteilung auf Kategorien unterschiedlicher Länge haben in der vorliegenden Studie etwa 60% der Patienten Erkrankungsdauern unter 6 Monaten; bei Elkin et al. (1989), Hautzinger et al. (1996) und de Jong-Meyer et al. (1996) sind es knapp die Hälfte. Zusammenfassend ist zu sagen, daß die vorliegende Studie Patienten umfasst, die bezüglich der Erkrankungsdauer den Patienten der Vergleichsstudien mit eher geringen Abweichungen entsprechen.

Die Patienten der vorliegenden Untersuchung bleiben verglichen mit anderen Studien sehr lange in stationärer Behandlung. Allerdings liegen nur wenige Vergleichswerte bezüglich der Verweildauern vor, die meisten Studien referieren die Verweildauern nicht.

Die Verweildauer der vorliegenden Stichprobe ist wegen des Einschlußkriteriums „Mindestdauer der Behandlung 8 Wochen“ selektiv erhöht. Durch das spezifische Behandlungsangebot der Depressionsstation werden darüber hinaus vor allem Patienten rekrutiert, deren Behandlungsverlauf kompliziert ist.

Zur Anzahl früherer stationär behandelter depressiver Episoden machen nicht alle Studien eine Aussage. Die Studie von Peet und Harvey (1991) liegt mit durchschnittlich 8 früheren Episoden an der Spitze, ist aber nur bedingt vergleichbar, weil die Lithiumambulanz als Zielgruppe vor allem (bipolare) Patienten mit höherer Phasenfrequenz hat. Auch die Studien von Schüssler et al. (1992) und Veiel et al. (1992) liefern für das Kriterium Aufnahmehäufigkeit keine eindeutigen Daten, weil sie nach den Kategorien „Episoden“ und „chronischer Verlauf“ unterscheiden. Die Studien von Kühner und Weber (1999) und die von Elkin et al. (1989) beinhalten deutlich weniger Erst-, deutlich mehr Zweit- und Mehrfachvorbehandlungen bzw. -aufnahmen; das bedeutet, daß mehr Patienten als bei der vorliegenden Stichprobe durch die Vorerfahrung früherer Episoden schon Erfahrungen mit der Erkrankung und mit Behandlungsmethoden sammeln konnten. In der Studie von de Jong-Meyer et al. (1996) findet sich ein noch höherer Anteil von Erstaufnahmen als in der vorliegenden Studie; dies kann durch die Auswahl ausschließlich endogen depressiver Patienten erklärt werden.

1.3 Vergleich der Depressionswerte bei Behandlungsbeginn

Die aufgeführten Studien, in denen ambulante Patienten untersucht werden, weisen deutlich niedrigere Depressionsausgangswerte auf als die vorliegende Studie. Bei Brown und Lewinsohn (1984) und Teri und Lewinsohn (1986) liegen die BDI-Mittelwerte bei 22 Punkten. Bei den Patienten der NIMH-Studie (Elkin et al., 1989) liegt der Grad der Ausgangsdepressivität mit 26 Punkten (BDI-Wert) bzw. 19 Punkten (HAMD-Wert) etwas höher, erreicht aber nicht die Depressionsausprägung der vorliegenden Studie.

Aber auch von den stationär behandelten Patienten in der Untersuchung von Schüssler et al. (1992) sind nur etwa ein Drittel schwer depressiv (ohne Angabe der BDI-Werte), und in der Studie von Neimeyer et al. (1995) zeigen auch die Patienten mit der anschließend längsten Behandlungsdauer noch niedrigere Ausgangswerte (BDI: 25,5) als in der vorliegenden Untersuchung. Sie ist am besten mit der Multicenter-Studie (Hautzinger et al., 1996) zu vergleichen. Sowohl die Selbst- als auch die Fremdeinschätzungswerte liegen hier in vergleichbarer Höhe, was mit ähnlichen Ein- und Ausschlußkriterien dieser Studie, ihrer Durchführung in Deutschland zur etwa gleichen Zeit und mit ihrer Zielgruppe (stationär behandelte depressive Patienten) zusammenhängen dürfte.

Insgesamt gilt für die hier vorliegende Studie, daß es sich - verglichen mit anderen Studien zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung - um eine Stichprobe besonders schwer depressiver Patienten handelt.

1.4 Vergleich der Krankheitsbewältigungswerte bei Behandlungsbeginn

Tabelle 43 zeigt die Krankheitsbewältigungswerte der untersuchten Stichprobe im Vergleich zu Patientenstichproben anderer Krankheitsbewältigungsstudien

Die Krankheitsbewältigungs-Ausgangswerte gemäß ADV-L sind in der Untersuchung von Hautzinger (1988) bezüglich Häufigkeit und Wirksamkeit deutlich niedriger als in der vorliegenden Studie. Dies kann mit Veränderungen des therapeutischen Angebotes in den 8 Jahren, die zwischen den Studien liegen, erklärt werden. Das schon in den ersten Tagen aktivierende Behandlungsangebot der Depressionsstation bzw. Vorerfah-

rungen bei früheren Behandlungsepisoden dürften Aktivität und Selbsteinschätzung der Patienten positiv beeinflusst haben. Die von Schüssler et al. (1992) nach Diagnosegruppen dargestellten Werte sind in der Mitte der stationären Behandlungszeit erhoben und sind für die Gruppe der endogenen Depressiven erwartungsgemäß höher als bei der Gesamtgruppe der vorliegenden Studie, bei der Gruppe der neurotisch Depressiven bezüglich der Wirksamkeit deutlich niedriger trotz der schon erfahrenen Behandlung. Insgesamt sind die Rohwerte auf den Skalen „Antidepressive Verhaltensweisen Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“ bei den Patienten der vorliegenden Studie zu Beginn der Behandlung höher als bei den Vergleichsuntersuchungen, sogar höher als die Werte zum Behandlungsende bei Hautzinger (1990).

Tabelle 43: Krankheitsbewältigungswerte der Gesamtstichprobe im Vergleich zu Patientenkollektiven anderer Krankheitsbewältigungsstudien

Autoren (Jahr)	Land	n	Besonderheiten	Krankheitsbewältigungswerte			
				ADV-L Häufigkeit		ADV-L Wirksamkeit	
				\bar{x}	s	\bar{x}	s
Hautzinger, 1988	BRD	18	Werte zu Behandlungsbeginn	88,6	12,6	94,1	13,5
Hautzinger, 1990	BRD	25	Werte am Ende der Behandlung	97,9	12,9	96,8	19,0
Schüssler et al. (1992)	BRD	40	Werte nach mehreren Wochen stationärer Behandlung				
		18	ICD 296.1	105,0	15,5	103,3	18,7
		22	ICD 300.4/ 309.1	99,3	13,2	95,4	17,6
Mahnkopf	BRD	70		100,0	17,6	99,8	17,6

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen

Für die Krankheitsbewältigungswerte gemäß den Trierer Skalen liegen keine Vergleichswerte depressiver Patienten vor. Mittelwerte und Standardabweichungen der Krankheitsbewältigungswerte der Gesamtstichprobe zu Behandlungsbeginn sowie von körperlich kranken Patientenstichproben (Klauer und Filipp, 1993) sind in Tabelle 44 aufgeführt. Alle Studien wurden in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt.

Vergleicht man die Werte mit den jeweils höchsten und niedrigsten Mittelwerten, die einzelne Krankheitsgruppen körperlich kranker Patienten erreichen (Klauer und Filipp, 1993), fällt ein deutlich höherer Ruminationswert der vorliegenden Gesamtstichprobe auf. Die Autoren vergleichen die Bewältigungsform „Rumination“ mit dem bei Kuhl

Tabelle 44: Mittelwerte und Standardabweichungen der Krankheitsbewältigungswerte der Gesamtstichprobe zu Behandlungsbeginn sowie von körperlich kranken Patientenstichproben

	n	Rumination		Suche nach sozialer Einbindung		Bedrohungsabwehr		Suche nach Information und Erfahrungsaustausch		Suche nach Halt in der Religion	
		\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Gesamtstichprobe Mahnkopf	70	36,2	6,8	30,0	7,7	33,7	6,1	29,7	7,7	8,2	4,1
SpA-Patienten	111	29,0	9,3	38,8	6,7	36,6	5,5	29,7	7,9	7,9	4,2
Koronar-Patienten	161	32,7	7,4	35,7	6,1	38,3	5,5	29,3	6,7	8,4	3,9
HIV-Pos-Patienten	93	33,3	7,2	38,3	5,8	34,0	5,9	36,0	6,1	9,0	4,4
Krebs-Patienten	327	31,1	8,2	38,2	6,7	40,6	5,1	29,4	7,8	10,5	4,5
CNI-Patienten	45	29,8	7,7	36,1	7,2	37,0	4,9	25,8	6,5	8,7	4,3
MS-Patienten	103	32,9	9,8	36,2	7,8	36,7	5,8	31,9	8,5	9,7	4,6

SpA-Patienten: Patienten mit Spondylitis ankylosans; HIV-Pos-Patienten: Patienten mit HIV-positiver Erkrankung; Koronar-Patienten: Patienten mit koronaren Herzerkrankungen; Krebs-Patienten: Patienten mit Krebserkrankung; CNI-Patienten: Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz; MS-Patienten: Patienten mit Multipler Sklerose
 x: Mittelwert; s: Standardabweichung

(1981) diskutierten Zustand der Lageorientierung und betonen den positiven Zusammenhang mit Depressionssymptomen. Die extrem hohe Ausprägung des Ruminationswertes der vorliegenden Gesamtstichprobe ist vor diesem Hintergrund plausibel. Der verglichen mit körperlich kranken Patientengruppen extrem niedrige Mittelwert auf der Skala „Suche nach sozialer Einbindung“ verweist auf die bekannte Schwierigkeit schwer depressiver Menschen zu Beginn der stationären Behandlung, Unterstützung zu mobilisieren und sich von den Problemen abzulenken (Hautzinger et al., 1992).

Bei körperlich kranken Patienten wurden die deutlichsten Mittelwertsunterschiede zwischen verschiedenen Krankheitsbildern bei der Skala „Bedrohungsabwehr“ ermittelt. Die vorliegende Stichprobe depressiver Patienten nimmt einen noch niedrigeren Wert ein, was auf wenig „effektive Versuche der Befindlichkeitsregulation“ (Klauer und Philipp, 1993, S. 39) hinweist – palliative kognitive Bewältigungsreaktionen wie Abwärtsvergleiche und Umbewertungen sind zu Behandlungsbeginn sehr wenig ausgeprägt. Bei der Skala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ liegt die Stichprobe depressiver Patienten zu Behandlungsbeginn im mittleren Bereich der Mittelwerte der körperlich kranken Patienten. Dies erscheint plausibel, weil hohe Werte dieser Skala mit höherer Kontakthäufigkeit und besonderer Aktivität in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung einhergehen, was zu Beginn der Behandlung aufgrund der depressiven

Symptomatik nicht zu erwarten ist. Bezüglich der Nutzung religiöser Ressourcen liegt die Gesamtgruppe der depressiven Patienten im unteren Bereich. Da es Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala besser gelingt, positive Folgen aus ihrer Krankheit abzuleiten, überrascht der niedrige Wert zu Beginn der stationären Behandlung nicht.

Verglichen mit den Patientenstichproben mit körperlichen Erkrankungen zeigt die Stichprobe depressiver Patienten in jeder Skala außer der „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ Extremwerte, bei den Skalen „Rumination“ und „Suche nach sozialer Einbindung“ sind die Unterschiede sehr hoch ausgeprägt.

Betrachtet man zusammenfassend die soziodemographischen und klinischen Charakteristika der vorliegenden Gesamtstichprobe, so fallen das höhere Alter der Patienten, ein höherer Anteil endogener Depressionen, höhere Depressionswerte in der Selbst- und Fremdeinschätzung, sehr hohe Verweildauern und prozentual mehr Ersterkrankte im Vergleich zu anderen Studien auf.

Die Depressionswerte zu Behandlungsbeginn weisen darauf hin, daß es sich bei der Gesamtstichprobe um sehr schwer erkrankte depressive Patienten handelt, die mit anderen deutschen Studien vergleichbar sind, jedoch nicht mit anderen Studien zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung.

Die Krankheitsbewältigungswerte sind bei der Gesamtstichprobe bezüglich der Variablen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“ (ADV-L) zu Behandlungsbeginn besser als die Werte vergleichbarer Patientengruppen anderer Studien. Bei den Trierer Skalen zeigt die Gesamtstichprobe verglichen mit körperlich kranken Patienten bei allen Skalen schlechtere Ausgangswerte.

2 Auswirkungen des Psychoedukativen Zusatzmoduls: Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe

2.1 Auswirkungen auf die Krankheitsbewältigungswerte (ADV-L; Trierer Skalen)

Eine positive Auswirkung des Psychoedukativen Zusatzmoduls auf die beiden Krankheitsbewältigungsskalen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Suche nach In-

formation und Erfahrungsaustausch“ konnte im Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe nicht nachgewiesen werden. Ebenso wenig zeigte sich eine Auswirkung des Moduls auf die Prä-Post-Veränderungen der Krankheitsbewältigungswerte in der Experimentalgruppe oder auf die erwarteten stärkeren Fortschritte der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Insgesamt konnte also keine positive Wirkung des psychoedukativen Programms auf die Krankheitsbewältigungsmaße nachgewiesen werden.

Verschiedene Gründe können zu diesen Ergebnissen alternativ oder in Kombination beigetragen haben:

- Das psychoedukative Zusatzmodul hat keinen oder keinen die Standardbehandlung meßbar übersteigenden positiven Effekt auf die kurzfristig gemessene Krankheitsbewältigung, aber auf andere Variablen, beispielsweise die längerfristige Compliance
- Ein eventuell doch vorhandener positiver Effekt des psychoedukativen Zusatzmoduls auf die Krankheitsbewältigungswerte wurde mit den verwendeten Krankheitsbewältigungsskalen nicht erfaßt (mangelnde Validität, Sensibilität oder Reliabilität der Skalen; Deckeneffekte)
- Das angewandte psychoedukative Zusatzmodul zeigt zwar normalerweise einen Effekt auf die Krankheitsbewältigung; Depressive, speziell die untersuchte (Experimental-) Patientengruppe könnten möglicherweise auf das Programm nicht angesprochen haben - etwa weil die Experimental- und die Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Ansprechbarkeit für Psychoedukation nicht vergleichbar waren (mangelnde Vergleichbarkeit wegen eines historischen Kontrollgruppendesigns anstelle von Randomisierung)

Die Auswirkung psychoedukativer Programme auf Krankheitsbewältigungsstrategien depressiver Patienten wurde noch nicht systematisch untersucht (siehe Kapitel I. 3.1.2). Die dort angestellten theoretischen Überlegungen zur Begründung des vorliegenden Untersuchungsansatzes und der für schizophrene Patienten erbrachte Nachweis, daß bewältigungsorientierte Therapieansätze mit psychoedukativen Methoden auch eine positive Veränderung des Bewältigungsverhaltens bewirkten (Schaub et al., 1996; Schaub und Böker, 1996), lassen als Erklärung für die nicht nachgewiesene positive

Wirkung des psychoedukativen Zusatzmoduls auf die Krankheitsbewältigungsmaße die Annahme, daß psychoedukative Programme tatsächlich keinen Effekt auf die Krankheitsbewältigung bei depressiven Patienten haben, als eher unwahrscheinlich erscheinen.

Zu erwägen wäre in diesem Zusammenhang, ob sich eine Wirkung des psychoedukativen Zusatzmoduls möglicherweise nicht kurzfristig bezüglich der Variable Krankheitsbewältigung zeigt, sondern bezüglich anderer Variablen, die längerfristig als Moderatorvariablen für bessere Krankheitsbewältigung fungieren. In vielen Studien zur Wirkung psychoedukativer Programme bei depressiven Patienten wurden als kurzfristige Erfolgsvariablen eine Erhöhung des krankheitsbezogenen Wissens (Peet und Harvey, 1991), eine Verbesserung der Compliance (Altamura und Mauri, 1985; Myers und Calvet, 1984; Seltzer et al., 1980), die Besserung der Symptomatik und eine höhere Akzeptanz der Behandlung (Robinson et al., 1997) nachgewiesen (siehe I. 1.4). Für schizophrene Patienten wurde durch psychoedukative Programme neben Besserungen in den genannten Variablen in längerfristigen Studien eine Reduktion der Rückfallrate gezeigt (Kissling, 1994), was als Indikator für bessere Krankheitsbewältigung durch bessere Compliance interpretiert werden kann. Ein ähnlicher Zusammenhang ist auch für depressive Patienten wahrscheinlich, zumal auch hier die längerfristige Prognose wesentlich von einer guten Compliance mit der rezidivprophylaktischen Behandlung abhängt (Rahn und Mahnkopf, 2000).

Betrachtet man insgesamt kurz- und mittelfristige Effekte des psychoedukativen Zusatzmoduls, zeigt sich kein einheitliches Bild der Ergebnisse. Die Erhöhung krankheitsbezogenen Wissens ist in der vorliegenden Stichprobe nicht als Effekt des psychoedukativen Programms zu interpretieren (siehe unten). Die höhere Besserung der Symptomatik der Experimentalgruppe könnte mit dem psychoedukativen Programm zusammenhängen, wahrscheinlicher sind allerdings andere Gründe (siehe unten). Die Compliance mit der antidepressiven medikamentösen Behandlung ist zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung für die Patienten der Experimentalgruppe nicht signifikant höher als für die Patienten der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis ist im Widerspruch zu den Ergebnissen der Studien von Altamura und Mauri (1985), die nach nur einer Informationssitzung eine Verbesserung der Compliance (gemessen über Antidepressivaspiegel) über 6 Mo-

nate gezeigt hatten, und von Myers und Calvet (1984) über einen Zeitraum von 6 Wochen. Die unter I. 3.1.1 angestellten Überlegungen, daß eine ausgewogene Information über Wirkung und Nebenwirkung von Antidepressiva mit der Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und der Gruppendiskussion zu einer fundierten Entscheidung des Patienten bezüglich der längerfristigen Medikamenteneinnahme führen kann, die der Compliance der Kontrollgruppe überlegen ist, wurden für die Experimentalgruppe nicht verifiziert. Ebenso ergibt sich bezüglich der Compliance mit der Empfehlung, sich in fachärztliche Weiterbehandlung zu begeben, zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied.

Für die subjektive Bewertung der Behandlung (Frage: wie sehr hat Ihnen aus der Rückschau die stationäre Behandlung geholfen ?), bezüglich der Einschätzung der Wichtigkeit (Frage: Was hat Ihnen am meisten geholfen... Antwort: Kategorie Information genannt) und der Wirksamkeit des Informationsangebotes (Frage: Wie sehr hat Ihnen die Information geholfen) ergeben sich für beide Gruppen keine signifikanten Unterschiede in der Nachuntersuchung.

Diese subjektiven Bewertungen werden im Gesamt der Befunde, verglichen mit den objektiven Daten zur Medikamenteneinnahme, als nicht sehr bedeutsam eingeschätzt, da sie wahrscheinlich durch andere Störvariablen (wie mangelnde Reliabilität und Validität einzelner Items des Nachbefragungsbogens und Gedächtniseffekte) beeinträchtigt sind.

Als ein weiterer längerfristiger Effekt zeigte sich eine höhere Vulnerabilität der Kontrollgruppe nach der stationären Behandlung. Es zeigte sich, daß die Kontrollgruppe auf die Frage im Nachbefragungsbogen: „Sind Sie zwischenzeitlich nochmals akut erkrankt?“ hoch signifikant höhere Werte angab als die Experimentalgruppe. Dieses Ergebnis scheint eher auf spezifische Charakteristika der Kontrollgruppe als auf die Wirkung des psychoedukativen Zusatzmoduls zurückzuführen zu sein (siehe unten). Die Anzahl der Wiederaufnahmen bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung war für beide Gruppen nicht unterschiedlich (je 2 Patienten pro Gruppe).

Weitere Studien zur Auswirkung von Psychoedukation auf die Krankheitsbewältigung sollten neben der Messung der Krankheitsbewältigungsdimensionen vor und nach der

Behandlung auch längerfristige Effekte auf die Krankheitsbewältigungswerte erheben. Gleichzeitig sollten Fragen nach der Bewertung der Behandlung und des psychoedukativen Zusatzmoduls kurzfristig gestellt werden, wenn die aktuelle Wirkung den Patienten noch gegenwärtig ist.

Zur Diskussion der Annahme, daß psychoedukative Programme einen Effekt auf die Krankheitsbewältigungsmaße haben könnten, der von den Meßinstrumenten aber nicht adäquat gemessen wurde, muß die Sensibilität und Validität der Meßinstrumente betrachtet werden. Dabei zeigt sich, daß beide Meßinstrumente bezüglich ihrer Sensibilität und Validität Einschränkungen aufweisen:

Die Liste antidepressiver Verhaltensweisen (Hautzinger, 1990) wurde entwickelt, um das Wissen über das Repertoire instrumenteller Bewältigungsressourcen und deren Wirksamkeit zu messen. Hautzinger (1990) wies nach, daß sein Meßinstrument sensibel genug war, zu zeigen, daß bei zunehmender Depressionstiefe bzw. bei Patientenstatus die Häufigkeitsangaben antidepressiver Aktivitäten weniger wurden, und daß die Beurteilung der Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens von der Depressionstiefe nicht beeinflußt wurde. An einer kleinen Stichprobe konnte er auch vor und nach der Therapie Veränderungen der Häufigkeit, nicht jedoch der Wirksamkeit antidepressiver Verhaltensweisen nachweisen, die er auf die abklingende Depression zurückgeführt hatte. Es ist jedoch fraglich, ob die Liste antidepressiver Verhaltensweisen geeignet war, den spezifischen Effekt der psychoedukativen Intervention abzubilden. Die Patienten wurden dabei zwar aufgefordert, vermehrt antidepressive Verhaltensweisen (Teilnahme an Bewegungsaktivitäten, Ablenkung durch Spiele und Beschäftigungstherapie) zu zeigen. Es ist aber denkbar, daß die Patienten zwar gelernt hatten, daß Aktivität ihre Stimmung verbessern kann, daß sie dieses Wissen aber noch nicht auf der Verhaltensebene umsetzen konnten und daß das Meßinstrument nicht valide genug war, diesen Unterschied zwischen Wissen und Verhalten abzubilden.

Bei den Trierer Skalen war für die Skala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ erwartet worden, daß die Experimentalgruppe einen signifikant unterschiedlichen Wert gegenüber der Kontrollgruppe erreicht. Die Skala enthält Items wie „Ich tauschte mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung aus“ oder „Ich suchte Kontakt zu Personen, die ähnliches erlebt haben“, oder „Ich redete mit an-

deren über meine Befürchtungen“ oder „Ich informierte mich im Gespräch mit anderen über meine Erkrankung und mögliche Behandlungen“. Es war erwartet worden, daß genau diese Verhaltensweisen durch das psychoedukative Zusatzmodul angestrebt und gefördert werden sollten.

Die Tatsache, daß sich Experimental- und Kontrollgruppe in dieser Skala nicht unterscheiden, kann mit einer mangelnden Sensibilität der Skala im höheren Wertebereich erklärt werden. Die Experimentalgruppe zeigt schon zu Behandlungsbeginn signifikant höhere Ausgangswerte als die Kontrollgruppe, signifikante Veränderungen sind bei höheren Ausgangswerten schwieriger zu erreichen (Deckeneffekt). Darüber hinaus ist fraglich, ob das Meßinstrument valide für die Fragestellung ist, genau die Veränderungen, die gegebenenfalls durch das psychoedukative Zusatzmodul angeregt werden konnten, abzubilden oder ob nicht eher verhaltensstabilere Strategien gemessen werden.

Bewältigungsforschungsstudien ergaben inkonsistente Befunde zum Konstrukt Informationssuche. Billings und Moos (1985) fanden bei Therapierespondern nach einem Jahr signifikante Verbesserungen bei der Variablen Problemlöse coping, die Überschneidungen mit den Skalen „Suche nach sozialer Einbindung“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ zeigt, und gaben damit einen Hinweis auf die Veränderungen dieser Bewältigungsdimensionen einhergehend mit Verbesserungen der Depressionswerte. Swindle et al. (1989) fanden bei gebesserten Depressionswerten für den Faktor „Informationssuche“ jedoch keine signifikanten Veränderungen nach einem und vier Jahren.

In zukünftigen Studien wäre detaillierter mit Meßinstrumenten von nachgewiesener Sensibilität und Validität zu untersuchen, wie Patienten psychoedukative Programme bezüglich ihrer Krankheitsbewältigungsstrategien subjektiv bewerten und welche objektiv meßbaren Verhaltensänderungen sie daraus ableiten.

Ein bedeutsamer, aber nicht erwarteter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum Meßzeitpunkt 2 besteht bezüglich der Skala „Suche nach sozialer Einbindung,“ und zwar erreicht die Kontrollgruppe hier signifikant höhere Werte als die Experimentalgruppe. Möglicherweise wird das Bedürfnis der Patienten nach sozialer Einbindung in der Experimentalgruppe durch die Teilnahme am psychoedukativen Zusatzmodul zumindest zum Teil abgedeckt. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, daß die mittlere

Prä-Post-Differenz der Experimentalgruppe zwischen den beiden Meßzeitpunkten nicht unterschiedlich ist, während sich der mittlere Post-Wert im Vergleich zum Prä-Wert der Kontrollgruppe signifikant erhöht. Bei den vorher diskutierten Ergebnissen scheint es aber nicht wahrscheinlich, daß der ermittelte Unterschied zuverlässig ist. Auch für diese Skala müßte im weiteren überlegt werden, inwieweit sie geeignet ist, tatsächliche Einflüsse des psychoedukativen Zusatzmoduls auf Krankheitsbewältigungsstrategien abzubilden.

Die Experimentalgruppe zeigte für die Trierer Skalen bessere Ausgangswerte, die bei den Skalen „Bedrohungsabwehr“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ signifikant unterschiedliche Werte zur Kontrollgruppe erreicht. Die Spanne für mögliche Verbesserungen bzw. für signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ist dadurch, zumindest bei diesen beiden Skalen, geringer (Deckeneffekt). Diese Annahme wird durch den Vergleich der Fortschritte der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe bestätigt (siehe Kapitel III. 3.1.2.3). Die Kontrollgruppe zeigt bei drei Skalenwerten signifikant höhere Fortschritte als die Experimentalgruppe: bei der Variable „Suche nach sozialer Einbindung“ findet sich ein sehr hoch signifikanter Unterschied, bei der Variable „Bedrohungsabwehr“ ein hoch signifikanter und ein signifikanter Unterschied bei der Variable „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“. Bei allen übrigen Skalen zeigt sich dieselbe Richtung der Unterschiede in den Veränderungen, ohne jedoch das Signifikanzniveau zu erreichen.

Für die Patienten der Kontrollgruppe gilt umgekehrt, daß sie aufgrund schlechterer Ausgangswerte leichter signifikante Verbesserungen der Krankheitsbewältigungswerte erreichen können. Wenn die Experimentalgruppe vergleichbare Veränderungen wie die Kontrollgruppe erreicht hätte, hätte man von einer entsprechenden Wirksamkeit des Standardbehandlungsprogramms in beiden Gruppen ausgehen können mit der Folge, daß das zusätzliche psychoedukative Modul keine weitergehende Auswirkung auf die Krankheitsbewältigung gehabt hätte. Bei den schlechteren Ergebnissen im Prä-Post-Vergleich der Krankheitsbewältigungswerte der Experimentalgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe muß erwogen werden, ob Experimental- und Kontrollgruppe möglicherweise nicht wirklich vergleichbar sind und ob die Unterschiede in den Ergebnissen auf nicht erfasste Variablen zurückgeführt werden können.

Die bisherige Diskussion der Ergebnisse ließ immer wieder an nicht erfasste Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe denken. Beim Vergleich der Ausgangswerte hatte sich ein signifikanter Unterschied bei der Länge der depressiven Episode vor der Aufnahme gezeigt, die Patienten der Kontrollgruppe waren verglichen mit denen der Experimentalgruppe signifikant längere Zeit vorerkrankt. Dies könnte ein Hinweis auf eine stärkere Neigung zur Chronizität der Patienten der Kontrollgruppe sein (siehe III. 2.2), was bei der Diskussion der Depressionswerte zu diskutieren sein wird. Man könnte vermuten, daß Patienten mit längerer Vorerkrankungsdauer die un-systematischen psychoedukativen Anregungen des Standardbehandlungsprogramms stärker aufgreifen und infolgedessen Verbesserungen der Krankheitsbewältigungswerte zeigen. Diese Annahme würde der von Roth und Cohen (1986) postulierten Konzeption folgen, die von unterschiedlichen Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit unterschiedlich langer Vorerkrankungsdauer ausgeht. Ein solcher Zusammenhang wurde für depressive Patienten bisher nicht empirisch untersucht und müßte in einem spezifischen Design überprüft werden.

Ein weiterer Grund für nicht erfasste Unterschiede zwischen den Gruppen könnte darin liegen, daß die Stichproben bezüglich der Homogenität ihrer Veränderungen nicht wirklich vergleichbar sind. Betrachtet man etwa die beiden Stichproben bezüglich der Korrelationen zwischen den Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerten, zeigen sich Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Korrelationen der einzelnen Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerte sind bei der Kontrollgruppe für sämtliche Skalen hoch signifikant, bei der Experimentalgruppe lediglich bei „ADV-L-Wirksamkeit“, bei der Skala „Suche nach Information“ und „Suche nach Halt in der Religion“. Das bedeutet, daß die Veränderungen bei der Kontrollgruppe bei einer höheren Anzahl von Patienten in die erwartete Richtung der Verbesserung erfolgen, während die Veränderungen bei der Experimentalgruppe auf den Skalen „ADV-L Häufigkeit“, „Rumination“, „Suche nach sozialer Einbindung“ und „Bedrohungsabwehr“ uneinheitlicher sind (Anhang C Tabelle 2a und b). Da sich ein vergleichbarer Effekt für die Veränderung der Depressionswerte zeigt, kann davon ausgegangen werden, daß sich einige Patienten der Experimentalgruppe nicht wie die meisten Patienten der Kontrollgruppe kontinuierlich verbes-

ern, sondern sich verschlechtern. Neben dem schon genannten Unterschied der kürzeren Vorerkrankung bis zur stationären Aufnahme bei der Experimentalgruppe kommt auch dieser erst nach der Untersuchung erkannte Unterschied der Homogenität der Patientenstruktur als eine weitere Erklärung für die Ergebnisse in Betracht.

Rückblickend muß kritisch bewertet werden, daß während der Untersuchungsphase der Experimentalgruppe ein in der Depressionsbehandlung noch wenig erfahrener Arzt eingearbeitet wurde, der sich zwar rasch die depressionsspezifischen Behandlungsstrategien aneignen konnte, möglicherweise aber die psychoedukativen Elemente des Standardbehandlungsprogramms nicht gleich von Anfang an so realisieren konnte wie die erfahrenen Kollegen vor ihm. Außerdem wurden im Untersuchungszeitraum der Experimentalgruppe verstärkt Patienten aufgenommen, die neben der Depression auch an einer Persönlichkeitsstörung litten; dies führte u.a. dazu, daß die Zeit bis zur Erreichung der Stichprobengröße länger dauerte. Die Patienten mit Doppeldiagnose wurden aufgrund der klar definierten Einschlusskriterien nicht in die Untersuchung aufgenommen, beeinflussten aber die Stationsatmosphäre und die Themen in den Gesprächsgruppen, so daß hier psychoedukative Themen weniger kontinuierlich behandelt und vertieft werden konnten.

Obwohl das Behandlungsdesign gemäß den von Pocock (1976) formulierten Bedingungen für historische Kontrollgruppen geplant und durchgeführt worden war, ist rückblickend ein Einfluß der genannten Störvariablen auf die Untersuchungsergebnisse durchaus wahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, daß zumindest für einige Patienten der Experimentalgruppe im Rahmen des Standardbehandlungsprogramms weniger intensiv psychoedukative Themen bearbeitet worden sind. Für zukünftige Studien sollte, auch unter natürlichen Behandlungsbedingungen und trotz der diskutierten Schwierigkeiten (siehe II.1.2), einem Design mit randomisierter Kontrollgruppe der Vorzug gegeben werden.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß das Design mit historischer Kontrollgruppe selbst bei sorgfältiger Kontrolle besonders bei langen Untersuchungszeiträumen störanfällig ist. Das bewirkt, daß die Untersuchungsergebnisse nur mit Einschränkungen interpretierbar sind. Kurze psychoedukative Interventionen scheinen sich bei stationär

behandelten, relativ schwer depressiven Patienten kurzfristig nicht positiv auf die gemessenen Krankheitsbewältigungs-Dimensionen auszuwirken, eine längerfristig günstige Beeinflussung ist jedoch nicht auszuschließen. Mittelfristig (nach 6 Monaten) ist keine Verbesserung der Compliance mit antidepressiver medikamentöser Behandlung durch das psychoedukative Zusatzmodul festzustellen. Das psychoedukative Zusatzmodul wird auch in der subjektiven Bewertung nach 6 Monaten nicht besser beurteilt als die unsystematische Information in der Standardbehandlungsbedingung. Es scheint wahrscheinlich, daß die verwendeten Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung für die Abbildung der durch das psychoedukative Programm erwarteten Veränderungen nicht sensibel und valide genug sind.

2.2 Auswirkungen auf das Krankheitswissen (Wissenstest)

Bei nicht unterschiedlichen Rohwerten im Wissenstest vor der Behandlung ergibt sich für die Experimentalgruppe kein signifikant größeres Wissen nach der Behandlung. Damit ließ sich die Hypothese, daß das psychoedukative Zusatzmodul den Wissenszuwachs erhöht, nicht bestätigen (zumindest, soweit mit der verwendeten Skala gemessen). Auch die erwarteten Verbesserungen zwischen den beiden Meßzeitpunkten fallen für die Experimentalgruppe nicht höher aus als für die Kontrollgruppe.

Die Prä-Post-Unterschiede sind für jede der beiden Gruppen signifikant, allerdings ist der Effekt für die Kontrollgruppe stärker (hoch signifikanter Unterschied).

Verschiedene Gründe können zu diesen Ergebnissen beigetragen haben:

- Das psychoedukative Zusatzmodul hat keinen positiven Effekt auf das Krankheitswissen
- Ein positiver Effekt des psychoedukativen Zusatzmoduls auf das Krankheitswissen wurde durch den verwendeten Wissenstest nicht adäquat gemessen
- das psychoedukative Zusatzmodul zeigt zwar im allgemeinen bei Depressiven einen Effekt auf das Krankheitswissen, der aber speziell bei der Experimentalgruppe nicht auftrat (Selektion „resistenter“ Patienten) bzw. die Experimental- und Kontrollgruppe waren hinsichtlich ihrer Ansprechbarkeit für das Psychoedukative Programm

nicht homogen genug (mangelnde Vergleichbarkeit z.B. wegen Verwendung eines historischen Kontrollgruppen-Designs anstelle von Randomisierung)

Für schizophrene Erkrankungen (Kissling, 1994) und für affektive Störungen (Peet und Harvey, 1991) sowie für die Partner von bipolar-affektiv Erkrankten (v. Gent und Zwart, 1991) wurde die positive Auswirkung psychoedukativer Programme auf das Krankheitswissen in randomisierten Studien belegt. Die Annahme, daß durch die Psychoedukation für die Experimentalgruppe tatsächlich keine Wissensverbesserung im Vergleich zur Kontrollgruppe stattgefunden hat, erscheint vor dem Hintergrund der schon vorliegenden Studien und aufgrund der aktuellen Rückmeldungen der Patienten nach den psychoedukativen Gruppen, in denen sie ihren Lernzuwachs (Kommentare: „so verständlich haben wir das nie erklärt bekommen“; „das hätte ich hören müssen, als ich das erstmal depressiv geworden bin“; „jetzt kann ich besser verstehen, was mit mir los ist“) thematisiert hatten, wenig plausibel. Wahrscheinlicher ist, daß die Experimentalgruppe einen gegenüber der Kontrollgruppe größeren Wissenszuwachs hatte, der aber durch den Wissenstest nicht adäquat abgebildet wurde.

Bei der für einen Fragebogen ausreichenden Reliabilität (Cronbach's Alpha 0.67; Anhang C Tabelle 1) muß davon ausgegangen werden, daß der Test bezüglich seiner Validität einige Einschränkungen aufweist. Die guten Werte beider Stichproben zu Behandlungsbeginn weisen darauf hin, daß der Wissenstest für die Gesamtgruppe zu einfach war und dadurch die Lernfortschritte im oberen Wissensbereich nicht adäquat abgebildet hat, so daß ein eventuell doch vorhandener Unterschied zwischen den Gruppen nicht erfasst werden konnte.

In der Lithiumstudie von Peet und Harvey (1991) wurde der Wissensstand der Patienten evaluiert. Patienten einer Lithiumambulanz waren über ein Videoband, über schriftliches Material und eine Beratung bei einem Hausbesuch über die Wirkung und Nützlichkeit der Lithiumbehandlung informiert worden, offene Fragen konnten beim Hausbesuch angesprochen werden. Die Patienten der Informationsgruppe zeigten statistisch signifikant mehr Wissen (6 Wochen nach der Ansicht des Videos) als die Patienten der Kontrollgruppe sowie eine höhere Compliance bei der Medikamenteneinnahme.

Die Patienten waren zuvor langjährige ambulante Patienten der Ambulanz gewesen (durchschnittlich 7 Jahre) und hatten beim Eingangstest Werte auf ähnlichem Niveau wie Sozialarbeiter vor einer psychiatrischen Zusatzausbildung.

In dieser Studie waren der zeitliche Rahmen der gegebenen Information (Präsentation über Video und schriftliches Material, Beantwortung von Fragen bzw. visuelle und mündliche Darstellung der Sachverhalte, schriftliches Material, Beantwortung der Fragen) und die Zeit zwischen Vor- und Nachtest (6 Wochen) den Rahmenbedingungen der vorliegenden Untersuchung ähnlich. Der Umfang dessen, was vermittelt werden sollte, war in der vorliegenden Studie deutlich größer (vgl. II. 1.1.3) als in der Lithiumstudie, in der hauptsächlich Wissen über Lithium, seine Wirkung und Nebenwirkungen Thema waren.

Beim Vergleich des Ausgangswissens zu Behandlungsbeginn wird deutlich, daß der Wissenstest der Lithiumstudie, der sich auf spezifisches Wissen zur Lithiumbehandlung bezieht, schwieriger war (durchschnittlich 73% Fehler vor der Intervention); der vorliegende Wissenstest, der allgemeineres Wissen zur Depression thematisiert, war deutlich einfacher (durchschnittlich 25% Fehler vor der Intervention).

Darüber hinaus fällt auf, daß die Patienten der Gesamtstichprobe, verglichen mit früher untersuchten Teilnehmern der Angehörigengruppen (50% Fehler vor der Intervention), in der Voruntersuchung deutlich niedrigere Fehlerzahlen als diese aufweisen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß der Wissenstest offensichtlich zu wenige spezifische Fragen enthielt, die über das bereits primär vorhandene Basiswissen hinaus speziell das vermittelte Fachwissen betrafen. Der Wissenstest war damit für diese Patientengruppe offenbar zu einfach und zu wenig spezifisch auf die durch die Psychoedukation zu vermittelnden Lerninhalte zugeschnitten.

Der höhere Wissenszuwachs der Kontrollgruppe könnte einerseits durch die absolut höhere Baseline-Fehlerzahl dieser Gruppe (wenngleich dieser Unterschied statistisch keine Signifikanz erbrachte) erklärt werden, wodurch sich für die Experimentalgruppe ein Deckeneffekt ergibt. Zugleich gelten die unter IV. 2.1 diskutierten Einschränkungen durch die Störvariablen beim Vergleich der beiden Gruppen; bezüglich der Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen im Rahmen der Standardbehandlung ist davon auszugehen, daß die Experimentalgruppe schlechteren Rahmenbedingungen ausgesetzt war.

Für zukünftige Untersuchungen sollten validere Instrumente zur Bestimmung des Wissenszuwachses, die sich spezifisch auf die Inhalte des psychoedukativen Programms beziehen und zeitnah vor und nach der Intervention eingesetzt werden, entwickelt werden.

Ein Gedanke zur Frage des optimalen Zeitpunkts für das psychoedukative Programm bei schwer depressiven Patienten soll noch erwähnt werden. Eventuell war es unklug, die Intervention bei relativ schwer depressiven Patienten schon am Beginn der Behandlung, d.h. auf der Höhe der Depression, zu placieren. Unsere Begründung dafür war gewesen, daß wir positive Effekte auf den Krankheitsverlauf über die Erhöhung der Compliance und die Verbesserung der Krankheitsbewältigung erwartet hatten. Eine experimentelle Studie zur Feststellung des optimalen Zeitpunkts könnte zur Klärung dieser wichtigen Frage beitragen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß der Nachweis, daß das psychoedukative Zusatzmodul das Wissen über Depression erhöht, in der vorliegenden Untersuchung nicht gelungen ist. Vieles spricht dafür, daß dieses Ergebnis aufgrund des für die Fragestellung ungenügend validen und sensiblen Wissenstests und durch die diskutierten Schwächen des Designs sowie durch die kurze psychoedukative Intervention (vgl. I. 3.1.1) bedingt ist.

2.3 Auswirkungen auf die Depressionswerte (BDI-, HAMD-, IDS-C-Werte)

Bei der Experimentalgruppe zeigen sich in Selbst- (BDI) und Fremdeinschätzung (HAMD) nach der Behandlung hoch signifikant niedrigere Depressionswerte als bei der Kontrollgruppe, beim IDS tendenziell signifikant niedrigere Werte. Dieses den Hypothesen entsprechende Ergebnis soll daraufhin überprüft werden, wie wahrscheinlich es tatsächlich auf die Wirkung des Psychoedukativen Zusatzmoduls zurückzuführen ist oder ob andere Einflüsse maßgeblich daran beteiligt sind.

Die für alle Meßinstrumente sehr hoch signifikanten Prä-Post-Veränderungen innerhalb beider Gruppen sowie die bis zur Nachuntersuchung stabil bleibenden BDI-Werte in beiden Gruppen bedürfen keiner weiteren Diskussion, da sie völlig den Erwartungen

entsprechen. Verschiedene Gründe können zu dem erstgenannten Ergebnis geführt haben:

- tatsächliche Wirksamkeitsunterschiede der unterschiedlichen Behandlungsbedingungen, die die ausgeprägtere Besserung der Depressivität in der Experimentalgruppe bewirkt haben
 - durch spezifische Effekte der zusätzlichen Intervention (psychoedukatives Zusatzmodul) und dadurch bedingtes besseres Bewältigungsverhalten (auch wenn sich dieses auf den verwendeten Skalen nicht abgebildet hat)
 - durch unspezifische Effekte der Psychoedukation (z.B. mehr Beschäftigung mit den Patienten)
 - nicht durch die zusätzliche Intervention, sondern durch andere Unterschiede in der Therapie bedingt (Ungleichheit der Standard-Therapiebedingungen wegen historischer Kontrollgruppe statt Randomisierung)
- Artefakte durch dokumentierte oder verborgene Unterschiede der Patientenstruktur zwischen den beiden Gruppen, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen (z.B. ungleiche Verteilung relativ oder absolut therapieresistenter Patienten)

Einige Ergebnisse von Studien zur Wirkung psychoedukativer Programme bei depressiven Patienten ließen sich bezüglich eines der mittelfristigen Erfolgsmaße replizieren; es zeigten sich zwar keine Verbesserung der Compliance mit antidepressiver Behandlung, aber signifikant weniger Krankheitsrückfälle (Sind Sie zwischenzeitlich nochmals akut erkrankt?) bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Ein weiteres Erfolgsmaß, die Erhöhung des krankheitsbezogenen Wissens, ließ sich aus den diskutierten Gründen für unsere Studie nicht nachweisen. Der erwartete Effekt des psychoedukativen Zusatzmoduls auf die Krankheitsbewältigungswerte, von denen wiederum ein positiver Effekt auf die Depressionswerte abgeleitet worden war, hatte sich ebenso wenig zeigen lassen. Als weiteres Maß wirksamer psychoedukativer Programme wird die Akzeptanz der Teilnehmer beschrieben. In der vorliegenden Untersuchung kann von einer kurzfristig höheren (sich im weiteren Verlauf wieder relativierenden) Akzeptanz der Behandlung aufgrund des Engagements der Teilnehmer in und aufgrund der positiven Rückmeldungs-kommentare nach den psychoedukativen Gruppen ausgegangen werden.

In den psychoedukativen Gruppen wurde die Möglichkeit geboten, sich die eigenen subjektiven Krankheitskonzepte bewußt zu machen, sie mit den referierten wissenschaftlichen Krankheitskonzepten zu vergleichen, inkongruente oder irrationale Anteile zu überprüfen und sie eventuell zu korrigieren. Viele Patienten suchten die Auseinandersetzung über die genannten Themen aktiv durch eigene Beiträge und Fragen; ein hohes Engagement bei der Diskussion und positive Rückmeldung darüber, wie wichtig, einzigartig und unverzichtbar die Gruppen im gesamten Therapieangebot seien, waren die häufigsten Reaktionen der teilnehmenden Patienten. Spontane positive Kommentare von Patienten werden auch in anderen Studien beschrieben.

Robinson et al. (1997) ließen schriftliches Informationsmaterial (drei Viertel der befragten Patienten fanden das Informationsmaterial hilfreich, wobei die Schwere der Depression kein beeinflussender Faktor in der Beurteilung der Nützlichkeit der Informationsmaterialien war), Schotte et al. (1997) ein Videoinformationsprogramm bei stationären Patienten evaluieren (die Mehrzahl der Patienten reagierte positiv und beurteilte das Programm als nützlichen Behandlungseinstieg). Diese Studien untersuchten jedoch lediglich die Akzeptanz der Patienten und nicht die Frage der Auswirkung der Psychoedukation auf das Behandlungsergebnis bzw. die Compliance und den weiteren Verlauf.

Entsprechend der Rückmeldung der Patienten nach den psychoedukativen Gruppen war erwartet worden, daß die Patienten der Experimentalgruppe bei der Nachuntersuchung hinsichtlich ihrer Einschätzung, ob und wie sehr ihnen Information als Behandlungselement geholfen hat, höhere Werte angeben als die Patienten der Kontrollgruppe. Diese Hypothese wurde nicht bestätigt, beide Gruppen sind im Rückblick mit der Gabe von Information im Rahmen des Behandlungskonzeptes zufrieden, das zusätzlich angebotene psychoedukative Modul wird nicht besser bewertet als die allgemein gegebene Information in der relativ elaborierten Standardbehandlung. Die oben angeführten Studien untersuchten die Akzeptanz bezüglich der Materialien (Schotte et al., 1997; Robinson et al., 1997) direkt nach ihrer Präsentation; es ist denkbar, daß die positive subjektive Bewertung mit dem zeitlichen Abstand bis zur Nachuntersuchung verblasst bzw. vor dem Hintergrund des Gesamtbehandlungsprogramms in ihrer Bedeutung relativiert wird.

Die vorliegende Studie ist nicht mit Studien, die die Besserung der depressiven Symptomatik als Erfolgsmaß evaluierten, vergleichbar. Sie prüften meist unterschiedliche

Behandlungsbedingungen des Behandlungsprogramms „Depression bewältigen“ (Brown und Lewinsohn, 1984) auf ihre unterschiedliche Wirksamkeit (siehe I. 1.4). Sie waren angelegt wie Depressionsbehandlungsstudien und benutzten den Begriff „psychoedukative Programme“ in einem umfassenderen Sinn, der neben Psychoedukation im engeren Sinne auch Rollenspiele, Entspannungsübungen und verhaltenstherapeutische Hausaufgaben einschließt. Die Wirksamkeit aktiver Behandlungsbedingungen (Individual-, Gruppen- und Telefonkontaktbedingung), verglichen mit einer Wartegruppe, wird in vielen Untersuchungen deutlich nachgewiesen (Brown und Lewinsohn, 1984). Da in keiner der unter I. 1.4 beschriebenen Studien die Wirksamkeit Psychoedukativer Programme im engeren Sinne untersucht worden war, blieb die Stärke des Effekts dieses Behandlungselements auf die Depressionswerte als Erfolgsmaß nach der Behandlung bisher ungeklärt.

Die Studie von v. Korff et al. (1998) bezieht zu der Frage, wie wirksam psychoedukative Programme in der Depressionsbehandlung sind, indirekt Stellung. Sie hatte eine gesundheitsökonomische Fragestellung und wurde erst nach Durchführung der vorliegenden Studie veröffentlicht. Zielgruppe waren depressive Patienten, die in Allgemeinpraxen mit zusätzlicher Unterstützung eines beratenden Psychiaters behandelt worden waren. Die erste Behandlungsbedingung, die ein Video über Depression, 2 Broschüren über Medikation und kognitiv-verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien und 2 Beratungsgespräche mit dem Allgemeinarzt sowie 2 Beratungsgespräche mit dem Konsiliar-Psychiater umfasste, ähnelt vom Umfang des dargebotenen Materials der psychoedukativen Intervention der vorliegenden Studie. Unterschiede bestehen darin, daß die Intervention bei v. Korff et al. (1998) inhaltlich etwas stärker auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden ausgerichtet war, ohne jedoch konkrete Anleitungen für Fertigkeiten zu vermitteln, und daß die Psychoedukation in mehreren Einzelgesprächen unterschiedlicher Länge, nicht in der Gruppe, erfolgte. Die zweite Behandlungsbedingung bei Korff et al. (1998) umfasste unter den gleichen Rahmenbedingungen eine klassische verhaltenstherapeutische Intervention, allerdings ergänzt durch ein psychoedukatives Programm zur Verbesserung der medikamentösen Compliance. Diese Behandlungsbedingung war zeitlich, nicht jedoch von der Kontakthäufigkeit her, etwas umfangreicher als die erste. Beide Behandlungsbedingungen wurden mit der früher

praktizierten Behandlungsmethode in Allgemeinpraxen (ohne Psychoedukation) verglichen. Der Anteil erfolgreich behandelter Patienten (definiert als mehr als 50% Reduktion im SCL-90 Depressionssymptomwert nach 4 Monaten) war bei der Gruppe der Major Depressiven unter den beiden Behandlungsbedingungen 74 bzw. 70 Prozent, bei der vorher praktizierten Behandlungsmethode ohne Psychoedukation 44 bzw. 42 Prozent.

Für die Auswertung der Daten waren die Patienten in zwei Gruppen (Major und Minor Depression) unterteilt worden, für die Gruppe der Major Depressiven waren beide experimentellen Behandlungsbedingungen unter Kostenaspekten effektiver als die traditionelle Behandlungsbedingung.

Der Vergleich der beiden Zusatzbehandlungsbedingungen - hier der Schwerpunkt der Psychoedukation mit Informationsvermittlung, dort der spezifische Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden mit zusätzlicher systematischer Information - ergab eine gleiche Wirksamkeit für beide Verfahren bei ambulanten depressiven Patienten. Es zeigte sich keine Überlegenheit des intensiven psychoedukativen Behandlungsschwerpunkts gegenüber der klassischen verhaltenstherapeutischen Zugangsweise mit zusätzlicher Psychoedukation zur medikamentösen Behandlung.

Dieses Ergebnis macht fraglich, ob das zusätzliche Angebot eines kurzen (2 Sitzungen umfassenden) psychoedukativen Programms neben einem umfassenden Standardbehandlungsprogramm stark genug ins Gewicht fällt, um die besseren Depressionswerte nach der Behandlung erklären zu können. Dies umso mehr, als bei unserer Patientstichprobe noch die schwere Ausprägung der Depressivität hinzukommt (bei v. Korff et al., 1998, die zur Höhe der Depressionswerte keine Angaben gemacht haben, ist von niedrigeren Werten auszugehen), wodurch die kognitiven Fähigkeiten vermutlich stärker eingeschränkt waren als bei ambulanten Patienten.

Da nur wenige der in anderen Studien nachgewiesenen Ergebnisse psychoedukativer Programme in unserer Untersuchung repliziert werden konnten, ist es auch vor dem Hintergrund der Studie von v. Korff et al. (1998) wahrscheinlich, daß nicht die Wirkung des psychoedukativen Zusatzmoduls, sondern andere Einflüsse zu den besseren Depressionswerten der Experimentalgruppe nach der Behandlung geführt haben. Als Einflußgrößen sollen zunächst Artefakte durch Unterschiede in der Patientenstruktur zwischen den beiden Gruppen diskutiert werden.

Beim Vergleich der Ausgangswerte hatte sich ein signifikanter Unterschied in der mittleren Dauer der depressiven Episode vor der Aufnahme gezeigt, die Patienten der Kontrollgruppe waren, verglichen mit denen der Experimentalgruppe, signifikant länger erkrankt. Das spricht für eine stärkere Chronizität der Patienten der Kontrollgruppe. Bei Veiel et al. (1992), in deren Studie eine vergleichbar lange Vorerkrankungszeit wie in der Kontrollgruppe der vorliegenden Studie bestand, sind 36% der Patienten als chronisch erkrankt kategorisiert. In der Studie von Neimeyer et al. (1995) wird ebenfalls die besondere Problematik einer Untergruppe von Patienten, die stärkere Residualsymptomatik und weniger Verbesserung als die anderen Patienten zeigt, diskutiert. Die weniger ausgeprägte Besserung der Kontrollgruppe bezüglich der Depressionswerte könnte nach diesen Überlegungen mit einem höheren Anteil von prognostisch ungünstigen bzw. therapieresistenten Patienten zusammenhängen. Diese Annahme findet Unterstützung in den hohen Mittelwerten in der Selbst- (BDI-Wert: 20,6) und Fremdeinschätzung (HAMD-Wert: 11,7) nach der Behandlung, die verglichen mit anderen Therapiestudien bei vergleichbar hohen Ausgangswerten ein höheres Niveau aufweisen und ebenso in der Anzahl der Nonresponder (Kontrollgruppe 21, Experimentalgruppe 10), bestimmt nach den Kriterien der Multicenter-Studie von Hautzinger et al. und de Jong-Meyer et al. (1996).

Die Experimentalgruppe ist bezüglich ihrer Verbesserungen (Vergleich der Differenzen der Prä-Post-Werte) nur bei der Selbsteinschätzungsskala (BDI) der Kontrollgruppe signifikant überlegen. Auch dieses Ergebnis spricht eher für den Einfluß anderer (als die durch die Psychoedukation bedingten) Unterschiede zwischen den Gruppen. Ein systematischer Einfluß des psychoedukativen Zusatzmoduls hätte konsistente Unterschiede für alle drei Depressionsskalen erwarten lassen.

Die durch das Design mit historischer Kontrollgruppe bedingten, bereits diskutierten Störvariablen scheinen auf die Besserung der Depressionswerte keinen gleichgerichteten Effekt gehabt zu haben.

Zusammenfassend scheint es wahrscheinlich, daß nicht die Wirkung des zusätzlichen psychoedukativen Zusatzmoduls, sondern andere Einflüsse zu den besseren Depressionswerten der Experimentalgruppe nach der Behandlung geführt haben. Als

Einflußgröße wird eine stärkere Neigung zur Chronizität und damit Therapieresistenz der Patienten der Kontrollgruppe diskutiert.

3 Untergruppen der Gesamtstichprobe: Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungsmaße

Wie unter Kapitel III. 3.2 begründet, sollen nun einzelne Untergruppen der Gesamtstichprobe bezüglich ihrer Unterschiede bei den Bewältigungsmaßen dargestellt werden. Zu den beiden Meßinstrumenten zur Krankheitsbewältigung war in der bisherigen Diskussion kritisch angemerkt worden, daß sie vermutlich nicht sensibel und valide genug seien, die Effekte des angewandten psychoedukativen Programms abzubilden. Weitere Fragestellungen werden im folgenden diskutiert.

3.1 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit endogener und neurotischer Depression

Schüssler et al. (1992, Tabelle 30) hatten den Einfluß von Diagnosegruppen (endogene versus reaktiv-neurotische Depression) sowie von der Behandlung mit oder ohne Antidepressiva auf die Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens in Selbst- und Fremdbeurteilung untersucht. Die Autoren fanden tendenzielle, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen bezüglich der Häufigkeit und Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens (Patienten mit endogener Depression hatten etwas bessere Krankheitsbewältigungswerte). Patienten mit Antidepressiva (beide Diagnosegruppen) zeigten bessere Häufigkeits- und Wirksamkeitswerte antidepressiven Verhaltens als Patienten ohne Medikamente (Untersuchungszeitraum 2 Monate). Die Studien von Hautzinger (1990) an verschiedenen klinischen Stichproben hatten keinen Zusammenhang zwischen der Diagnose und den Skalen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“ gezeigt. Die vorliegende Untersuchung bestätigt diese Ergebnisse gemäß der formulierten Hypothesen: weder bei Behandlungsbeginn noch bei Behandlungsende bewirkt die diagnostische Einschätzung Unterschiede bei der Variablen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“.

Das Design der vorliegenden Untersuchung ermöglicht eine Aussage darüber, ob sich die beiden diagnostischen Gruppen bezüglich der Prä-Post-Werte der Variablen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“ unterscheiden. Bei der Gruppe der endogen depressiven Patienten ist die Differenz der Prä-Post-Werte der Variablen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“ signifikant, in beiden Variablen bessern sich die Werte. Bei der Gruppe der reaktiv-neurotisch depressiven Patienten dagegen ist der Unterschied der Prä-Post-Werte nicht signifikant (siehe Anhang C Tabelle 3a und b).

Dieses Ergebnis bestätigt die von Schüssler et al. aufgestellte Hypothese, daß es bei endogen Depressiven „ zu einer (möglicherweise biologisch bedingten) Herabsetzung eines vorhandenen Bewältigungsrepertoires kommt, während bei neurotischen Patienten bereits prämorbid ein lebensgeschichtlich bedingt eingeschränktes Bewältigungsverhalten vorliegt“ (S. 420). In der vorliegenden Untersuchung kann man davon ausgehen, daß bei endogen und reaktiv-neurotisch depressiven Patienten das Ausgangsniveau des Bewältigungsverhaltens bezüglich Häufigkeit und Wirksamkeit allenfalls marginal unterschiedlich ist; die endogen depressiven Patienten erreichen jedoch während des Standardbehandlungsprogramms im Unterschied zu den reaktiv-neurotisch depressiven Patienten signifikante Verbesserungen. Man könnte bei den reaktiv-neurotisch depressiven Patienten also von einer schwierigeren Beeinflußbarkeit der Verbesserung ihres Bewältigungsverhaltens ausgehen und als therapeutische Konsequenz besondere Trainingsmaßnahmen auf Verhaltensebene für diese Untergruppe anbieten. Interessanterweise finden sich diese Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen nicht bei den Prä-Post-Verbesserungen der Depressionswerte, die alle sehr hoch signifikant sind (siehe Anhang C Tabelle 3a und b).

3.2 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Patienten mit sehr hohen Depressionswerten und Patienten mit weniger hohen Depressionswerten

Patienten mit weniger hohen Depressionswerten ($BDI < 29$ zu t1) zeigten, verglichen mit Patienten mit sehr hohen Depressionswerten, zum Meßzeitpunkt t1 hoch signifikant bessere Gruppenmittelwerte bei der Variable „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und tendenziell signifikant bessere Gruppenmittelwerte bei der Variable „Antidepressi-

ves Verhalten Wirksamkeit“. Auch zum Meßzeitpunkt t2 zeigt sich bei den Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten noch eine signifikant bessere Ausprägung bei der Variable „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“.

Dieser Zusammenhang, der die Symptomhypothese von Hautzinger (1990) bestätigt (vgl. IV. 4.1.1), zeigte sich interessanterweise auch für drei Variablen der Trierer Skalen zum Meßzeitpunkt t1: es ergeben sich signifikant bessere Krankheitsbewältigungswerte für die Gruppe der weniger hoch Depressiven bei den Variablen „Suche nach sozialer Einbindung“ (sehr hoch signifikanter Unterschied), „Bedrohungsabwehr“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ (jeweils signifikanter Unterschied). Die hoch signifikante Überlegenheit der weniger hoch Depressiven für die Variable „Suche nach sozialer Einbindung“ zeigt, daß Bewältigungsstrategien der Ablenkung und der Mobilisierung sozialer Unterstützung offensichtlich in hohem Ausmaß mit der Depressionsausprägung variieren. Diesen Zusammenhang hatten schon Parker und Brown (1982) festgestellt: sie hatten bei Depressiven zu Behandlungsbeginn im Unterschied zu einer gesunden Kontrollgruppe gefunden, daß sie signifikant weniger Kontaktverhalten und weniger Ablenkung zeigten; die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Ergebnisse der genannten Autoren (bei der Gruppe mit $BDI < 29$) und lassen eine Generalisierung des Zusammenhangs auf Patienten mit sehr hohen Depressionsausgangswerten (bei der Gruppe mit $BDI \geq 29$) zu. Die depressive Gruppe bei Parker und Brown (1982) zeigte darüber hinaus mehr passives Verhalten als Gesunde. Obwohl diese Dimension mit der Variablen „Rumination“ nicht vollständig übereinstimmt, gibt es doch einige inhaltliche Ähnlichkeiten. Die Tatsache, daß in der vorliegenden Untersuchung bei „Rumination“ kein signifikanter Unterschied für sehr hohe und weniger hohe Depressionswerte gefunden worden war, läßt vermuten, daß die Variable „Rumination“ der Trierer Skalen für depressive Patienten nur geringe Validität zeigt.

Die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen für „Bedrohungsabwehr“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ geben einen Hinweis darauf, daß die konkrete Ausprägung von Bewältigungsverhalten - sowohl gemessen mit den Trierer Skalen als auch mit der Liste antidepressiver Verhaltensweisen - von der Höhe der Depressionsausgangswerte nicht unabhängig ist.

Für die Skala „Suche nach Halt in der Religion“ ergab sich, wie erwartet, kein Unterschied zwischen den Gruppen verschieden schwer depressiver Patienten. Die von Klau-

er und Filipp (1993) beschriebenen korrelationsstatistischen Ergebnisse deuten darauf hin, daß diese Variable in der Befindlichkeitsregulation kaum eine bedeutsame Rolle spielte (S.39). Die Items der Skala scheinen am ehesten stabile Dispositionen zu messen, die von aktueller depressiver Symptomatik wenig beeinflußt werden.

Für weitere Untersuchungen zu Hautzingers Symptomhypothese wäre zu fordern, daß sie mit reliablen und validen Meßinstrumenten überprüfen, ob sich die in der vorliegenden Untersuchung gezeigten Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zwischen Patienten mit sehr hohen und weniger hohen Depressionsausgangswerten replizieren lassen. Wenn sehr schwer Depressive auch ausgeprägtere Einschränkungen auf verschiedenen Dimensionen der Krankheitsbewältigung zeigen, wie die Ergebnisse erwarten lassen, wäre zunächst zu fragen, ob dies Ursache oder Folge der Depressionstiefe ist. Je nach Ergebnis wäre danach ein therapeutisches Vorgehen zu entwickeln, das den Fokus nicht nur auf die Besserung depressiver Symptomatik, sondern auch auf die Besserung der Krankheitsbewältigungsmuster richtet. Möglicherweise müssten hier unterschiedliche Programme für sehr eingeschränktes und weniger eingeschränktes Krankheitsbewältigungsverhalten erarbeitet werden.

4 Unterschiedliche Ausprägungen der Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn und Depressionswerte nach der Behandlung

4.1 Ausprägung der Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Beginn der Behandlung und Depressionswerte zum Meßzeitpunkt t2

Patienten, die ihre instrumentellen Ressourcen zu Beginn der Behandlung als stärker hilfreich eingeschätzt hatten, hatten am Ende der Behandlung signifikant niedrigere Depressionswerte im BDI und IDS, im HAMD war der Unterschied tendenziell signifikant. Die Ausgangshypothese wurde somit für zwei der drei Depressionsmaße bestätigt. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem Befund Hautzingers (1990), den er an einer kleinen Stichprobe von 18 Patientinnen ermittelt hatte.

4.1.1 Exkurs: Hautzingers Symptomhypothese (1990)

Da Hautzinger (1990) für verschiedene depressive Stichproben und für die gesunde Teilstichprobe nicht signifikant unterschiedliche Werte der Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ gefunden hatte, zog er aus diesen Ergebnissen den Schluß, daß die subjektive Einschätzung der Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens unabhängig von der Stimmungslage erfolgt.

Für die Variable „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ dagegen wiesen weitere Ergebnisse (Hautzinger, 1990) darauf hin, daß die Häufigkeitsangaben mit dem aktuellen depressiven Befinden korreliert sind. Diese von Hautzinger formulierte „Symptomhypothese“ (S.43: „niedrige ADV-L-Häufigkeitsangaben sind eher ein Epiphänomen depressiver Symptomatik und Erkrankung“) wurde in der vorliegenden Studie bestätigt: unterteilt man die Gesamtstichprobe zu Behandlungsbeginn in Patienten mit sehr hohen (BDI \geq 29) und weniger hohen Depressionswerten (BDI $<$ 29), unterscheiden sich die beiden Gruppen auch hoch signifikant in der Häufigkeit antidepressiven Verhaltens. Dieser Unterschied ist auch am Ende der Behandlung noch als signifikanter Unterschied vorhanden (Kapitel III. 3.2.2).

Unterteilt man die Gesamtstichprobe anhand der HAMD-Werte in erfolgreich und nicht erfolgreich behandelte Patienten, so zeigen die erfolgreich behandelten bei Behandlungsbeginn signifikant höhere Einschätzungen der Variable „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und tendenziell höhere Einschätzungen der Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“. Auch diese Daten unterstützen die Symptomhypothese Hautzingers: zu Behandlungsende ist die Häufigkeit antidepressiven Verhaltens bei den erfolgreich behandelten Patienten signifikant höher als bei den nicht erfolgreich behandelten, die Variable „Wirksamkeit“ ergibt hingegen keine Mittelwertsunterschiede.

Die vorliegenden Ergebnisse würden entgegen Hautzingers Schlußfolgerung dafür sprechen, daß die „Symptomhypothese“ zu Behandlungsbeginn auch für die Einschätzung der Wirksamkeit gilt, allerdings in geringerer Ausprägung als die Einschätzung der Häufigkeit: unterschiedlich starke Depressionsausprägungen zu Behandlungsbeginn führen auch zu tendenziell signifikant unterschiedlichen Einschätzungen der Wirksam-

keit antidepressiven Verhaltens (Kapitel III. 3.2.2), und die Therapieresponder bzw. Nichtresponder haben auch zu Behandlungsbeginn tendenziell unterschiedliche Wirksamkeitseinschätzungen.

Diese Ergebnisse zeigen, daß die Angaben zur Häufigkeit antidepressiven Verhaltens ebenso wie die Angaben zur Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens mit dem Grad der Ausprägung der Depression variieren; Responder zeigen schon zu Behandlungsbeginn bei den Variablen „Antidepressives Verhalten Häufigkeit“ und „Wirksamkeit“ höhere Ausgangswerte als die später nicht erfolgreich behandelten Patienten. Die Unterschiede sind jeweils bei der Variable Häufigkeit ausgeprägter als bei der Variable Wirksamkeit. Es ist leicht vorstellbar, daß Patienten durch die depressive Stimmungs- und Antriebslage tatsächlich weniger Aktivitäten gezeigt und eingeschätzt haben, und daß ihre Einschätzung der Wirksamkeit zu Beginn der Behandlung ebenfalls durch ihre Depressivität beeinträchtigt ist, mit abklingender Depressivität am Behandlungsende aber nicht mehr. Die Auswirkung schwerer Depressivität auf die Einschätzung der Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ müßte aufgrund dieser Ergebnisse in weiteren Studien überprüft und bezüglich Hautzingers Symptomhypothese diskutiert werden.

Die Daten seiner Stichprobe hatte Hautzinger nur zu einem Meßzeitpunkt erhoben (Weissenauer Patienten), vermutlich lag der Meßzeitpunkt in der Behandlungsmitte (S. 41: in der dritten oder vierten Woche nach der Aufnahme). Aus diesem Grund konnte er die in unserer Untersuchung gefundenen Unterschiede nicht erfassen.

4.2 Unterschiede bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte zum Meßzeitpunkt t1 zwischen Respondern und Non-Respondern (nach HAMD)

Entsprechend den Studienergebnissen zur Spezifität des Bewältigungsverhaltens depressiver Patienten war für die Therapie-Responder (verglichen mit den Non-Respondern) unterschiedliches Krankheitsbewältigungsverhalten vorhergesagt worden. Diese Hypothese wurde in der Gesamtgruppe nur für die Variable „Häufigkeit antidepressiven Verhaltens“ signifikant bestätigt. Bei den Variablen „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ und „Suche nach sozialer Einbindung“ zeigten sich jeweils tendenziell signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Respondern und Nonrespondern.

Dieses Ergebnis kann so interpretiert werden, daß selbst bei dem kurzen Zeitraum von 8 Wochen die Variable „Häufigkeit antidepressiven Verhaltens“ zu Behandlungsbeginn, und mit fraglicher Aussagekraft auch die Variablen „Wirksamkeit antidepressiven Verhaltens“ und „Suche nach sozialer Einbindung“ zwischen späteren Respondern und Non-Respondern unterscheiden. Man könnte sich aufgrund dieser Ergebnisse vorstellen, daß bei höheren Ausgangswerten dieser Variablen die Aktivitäts- und Kontaktangebote der Standardbehandlung effektiver genutzt werden und zu besseren Therapieerfolgen führen können.

Interessant wäre zu überprüfen, ob nicht nur die subjektive Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich dieser Variablen den gefundenen Zusammenhang aufweist, sondern ob auch die Anleitung zum praktischen Einsatz antidepressiver Verhaltensweisen, die Ermutigung zur Mobilisierung sozialer Unterstützung und die Ablenkung durch gemeinsame Aktivitäten positive Effekte auf die Responserate hätte. Daraus würden sich Konsequenzen für die konkrete Gestaltung des therapeutischen Milieus ergeben.

Unterschiede zwischen erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Patienten bezüglich ihres Bewältigungsverhaltens sind über längere Zeiträume nachgewiesen worden. So zeigten Cronkite et al. (1998) in ihrer 10-jährigen Längsschnittstudie, daß die nicht-remittierte Gruppe, verglichen mit den anderen Stichproben, bei den Eingangswerten und zu jedem weiteren Meßzeitpunkt die höchsten Werte beim Vermeidungscoping aufwies. In der Studie von Billings und Moos (1985) zeigten die späteren Therapie-responder (gemessen nach einem Jahr) schon bei den Eingangswerten signifikant mehr Informationssuche und Emotionsausdruck und weniger Problemlösecoping als die gesunde Kontrollgruppe. Leider finden sich keine Vergleichswerte für die Non-Responder.

Da Hautzinger (1990) die Krankheitsbewältigungsmaße seiner Stichprobe (Berliner Patienten) erst kurz vor Behandlungsende erhoben hatte (S.44), läßt sich aufgrund des unterschiedlichen Designs lediglich eine Übereinstimmung zu dem Ergebnis unserer Untersuchung feststellen: der signifikante Unterschied zwischen Respondern und Non-Respondern bezüglich der Häufigkeit antidepressiven Verhaltens am Behandlungsende.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich Responder und Nonresponder, selbst wenn man nur kurze Behandlungszeiträume vergleicht, zu Behandlungsbeginn in verhaltens-

nahen Bewältigungsdimensionen unterscheiden. In weiteren Untersuchungen könnte geprüft werden, ob sich die Krankheitsbewältigungswerte zu Therapiebeginn als Prädiktoren für spezifische Interventionsmethoden eignen.

4.3 Ausprägung der Variable „Rumination“ zu Behandlungsende (t2) und Depressionswerte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (t3)

Hinsichtlich „symptombezogener Bewältigungsstile“ (Nolen-Hoeksema, siehe I. 2.3.2) hatten Kühner und Weber (1999) bei 52 unipolar depressiven Patienten gefunden, daß höhere Ruminationswerte (Aufmerksamkeit auf die depressiven Symptome richten, immer wieder über Ursachen und Konsequenzen nachdenken) kurz nach der stationären Behandlung ein Prädiktor für höhere Depressionswerte bei der Nachuntersuchung waren. Entsprechend war von Patienten mit hohen Ruminationswerten nach der Behandlung erwartet worden, daß sie bei der Nachuntersuchung schlechtere Ergebnisse zeigten. Diese Hypothese bestätigte sich nicht. Die Mittelwerte des BDI unterscheiden sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant, aber entgegen der vorhergesagten Richtung: Patienten mit niedrigen Ruminationswerten zum Behandlungsende zeigen in der Nachuntersuchung signifikant höhere Depressionswerte.

Rumination war in der Untersuchung von Kühner und Weber mit dem Fragebogen für symptombezogene Bewältigungsstile gemessen worden; der von den Autorinnen gefundene Zusammenhang hatte auch nach Kontrolle der Depressivität zum Zeitpunkt der Erhebung 9% der Varianz der Depressionswerte erklären können. Dies scheint ein Hinweis dafür zu sein, daß dieses Meßinstrument den Zusammenhang zwischen Rumination und Behandlungserfolg für Depressive besser erfasst als die von uns verwendete Skala „Rumination“ der Trierer Skalen. Im Kapitel IV. 3.2 war dargestellt worden, daß für die Skala „Rumination“ kein signifikanter Unterschied für sehr hohe und weniger hohe Depressionswerte gefunden worden war. Die Autoren der Trierer Skalen schreiben als Interpretationshinweise zu ihrer Skala, daß Patienten mit extrem hohem Werten dazu tendieren, „Lösungen für krankheitsbedingte Probleme in der Vergangenheit zu suchen und sich dabei Grübeleien zu überlassen“ (Klauer und Filipp, 1993, S.38). Umso mehr verwundert es, daß gerade diese Patienten in der Nachuntersuchung die signifikant besseren Depressionswerte aufweisen. Dieser Sachverhalt könnte darauf zurückgeführt

werden, daß die Verbesserung der Ruminationswerte erst zwischen dem Behandlungsende und der Nachuntersuchung stattfindet; wahrscheinlicher ist aber, daß die Skala, wie vorher schon diskutiert, für depressive Patienten keine validen Aussagen machen kann.

Für weitere Untersuchungen wäre ein Meßinstrument vorzuziehen, das mit depressiven Patienten schon erfolgreich erprobt worden ist.

5 Prädiktorvariablen für Depressionswerte nach der Behandlung (t2)

Der Frage, welche Prädiktorvariablen die Depressivität nach der Behandlung vorhersagen lassen, wird in der vorliegenden Studie nur am Rande nachgegangen. Der Auswertung liegen die Daten der Gesamtstichprobe zugrunde. Einige Aspekte bezüglich der Einordnung in die Depressions- und Krankheitsbewältigungsforschung werden kurz thematisiert.

5.1 Soziodemographische und klinische Variablen

Die Hypothese zum prognostischen Wert von demographischen und klinischen Charakteristika für das Behandlungsergebnis wurde für einen Teil der Variablen bestätigt.

Für die Kriteriumsvariable BDI zum Meßzeitpunkt 2 hatten sich als signifikant prädiktiv folgende Variablen erwiesen: Geschlecht, Diagnose, BDI-Wert zum Meßzeitpunkt 1 und Verweildauer. Die übrigen soziodemographischen Variablen (Alter, Ausbildung, Familienstand) sowie die bisherige Dauer der Erkrankung und die Anzahl vorheriger stationärer Behandlungen zeigten keinen signifikanten Einfluß.

Für die Kriteriumsvariable HAMD zum Meßzeitpunkt 2 hatten sich als signifikant prädiktive Variablen der HAMD-Wert zum Meßzeitpunkt 1 und die Verweildauer erwiesen.

Die Ergebnisse der meisten Therapiestudien, wonach sich Alter, Geschlecht und sozioökonomische Indikatoren überwiegend als prognostisch nicht relevant erwiesen haben, wurden von der vorliegenden Studie bestätigt; lediglich bei der Vorhersage des Behand-

lungserfolges nach BDI-Post-Wert wurde ein signifikanter Einfluß der Variable Geschlecht ermittelt; das stimmt mit den Ergebnissen von Rohde et al. (1990) überein, die Geschlecht, Eingangsdepressivität und Stress als bedeutsame Prädiktorvariablen für die Depressionsschwere (2 Jahre nach der Erstuntersuchung) bei einer Stichprobe älterer Gemeindemitglieder gefunden hatten.

In der Literatur wird von stärkerem Vorhersagewert der diagnostischen und Variablen des Krankheitsverlaufes im Vergleich zu den sozioökonomischen Variablen ausgegangen: Hautzinger (1990) hatte die Variable Vorhandensein früherer Episoden, de Jong-Meyer et al. (1996) die Dauer der Phase vor Behandlungsbeginn, Hautzinger et al. (1996) die Episodenlänge und Episodenanzahl als einflußreich gefunden. Diese Variablen zeigten in der vorliegenden Studie keinen signifikanten Einfluß, dagegen wurde für die Variable Verweildauer im Rahmen der aktuellen stationären Behandlung ein sehr hoch signifikanter Einfluß ermittelt. Die Patienten der vorliegenden Untersuchung blieben verglichen mit anderen Studien sehr lange in stationärer Behandlung, so führten etwa Veiel et al. (1992) die Behandlung in der Hälfte der Behandlungszeit durch (einschränkend muß gesagt werden, daß die meisten Studien die Verweildauern gar nicht erwähnen). Die Verweildauer der Gesamtstichprobe ist wegen des Einschlußkriteriums „Mindestdauer der Behandlung 8 Wochen“ selektiv erhöht. Die selektive Erhöhung der Behandlungsdauer gilt für diese Depressionsstation insgesamt (durchschnittliche Behandlungsdauer bei etwa 90 Tagen), weil die Behandlung traditionell auf schwierige und langwierige Behandlungsverläufe von Patienten, die anderorts nicht erfolgreich behandelt werden konnten, ausgerichtet war. Somit wurden für die vorliegende Studie vor allem Patienten rekrutiert, deren Behandlungsverlauf kompliziert und eher langwierig war.

Neimeyer et al. (1995) hatten in ihrer Studie die Patienten, die längere Behandlungsdauern als die anderen Patienten aufwiesen, als Untergruppe mit einer zugrundeliegenden Dysthymie oder mit Residualzuständen beschrieben. Das in der vorliegenden Untersuchung erhobene Maß der stationären Verweildauer könnte als ein Hinweis auf Chronizität, bestehende Residualsymptomatik oder Therapieresistenz angesehen werden. Es ist wahrscheinlich, daß in der vorliegenden Studie vornehmlich Patienten untersucht wurden, die auf frühere Behandlungsversuche unzureichend angesprochen haben. In weiteren Studien sollten Chronizität, frühere Behandlungsversuche, Therapieresistenz und

der bisherige Krankheitsverlauf an größeren Stichproben genauer erhoben und deren prädiktiver Wert für den weiteren Krankheitsverlauf geklärt werden.

Die Schwere der Ausgangsdepressivität zeigte einen hoch signifikanten (BDI) und sehr hoch signifikanten (HAMD) Vorhersagewert für die Erfolgsmaße. Dieses Ergebnis der vorliegenden Studie stimmt, auch in der Stärke des Einflusses, überein mit Hautzingers Studie (1990), der den Prä-BDI-Wert als Prädiktor mit dem stärksten Einfluß ermittelt hatte, nicht jedoch mit den korrelativen Analysen der Multicenter-Studie (1996) (die Auswertung mit multipler Regression lagen noch nicht vor). Die Autoren waren in ihren Ausgangshypothesen von einem prädiktiven Einfluß der Ausgangsdepressivität auf das Behandlungsergebnis ausgegangen. Ihr von der Hypothese abweichendes Ergebnis hatten sie mit der nach ihren Einschlußkriterien schon sehr hohen Ausgangsdepressivität und den Befunden weiterer Studien, in denen das Akutergebnis pharmakologischer Therapien eher nicht mit der Schwere der Ausgangsdepressivität korrelierte, erklärt (de Jong-Meyer et al., 1996). Das Ergebnis der vorliegenden Studie kann dagegen als eine Bestätigung früherer Studien gelten, die den prädiktiven Wert der Höhe der Ausgangsdepressivität für den Erfolg der Therapie betont hatten (Elkin et al., 1989; Jarrett et al., 1991; Thase et al., 1991), und als eine Generalisierung dieser Befunde auf die Gruppe schwer depressiver Patienten unter stationären Behandlungsbedingungen.

5.2 Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn

Für die Kriteriumsvariable BDI zum Meßzeitpunkt 2 hatten folgende Variablen einen signifikant prädiktiven Wert: „Rumination“ und „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ sowie „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“. Die übrigen Variablen zeigten keinen signifikanten Einfluß.

Für die Kriteriumsvariable HAMD zum Meßzeitpunkt 2 ergaben sich als Prädiktorvariablen mit tendenziell wirksamem Einfluß die Variable „Antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ und die Variable „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“. Die übrigen Variablen zeigten keinen signifikanten Einfluß.

Verglichen mit den im vorigen Abschnitt diskutierten Variablen mit prädiktivem Wert muß einschränkend gesagt werden, daß die Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn nur gering an der Prognose des Therapieerfolgs beteiligt sind.

Studien, die auch Krankheitsbewältigungsmaße bezüglich ihres Vorhersagewerts für den Verlauf depressiver Erkrankungen untersucht haben (vgl. I. 2.4), geben als Untersuchungszeitraum meistens 1-4 Jahre vor und sind deshalb nur bedingt mit dem kurzen Zeitraum von lediglich acht Wochen in der vorliegenden Untersuchung zu vergleichen. Trotzdem war analog den Ergebnissen der Studie von Hautzinger (1990), der die Variable „Häufigkeit antidepressiven Verhaltens“ als einen Prädiktor (unter anderen Variablen) für den Depressionswert nach 8 Wochen ermittelt hatte, und der Studie von Parker und Brown (1986), die hohe Werte auf der Dimension „Konsumverhalten“ (essen, Alkohol trinken, Geld für sich selbst ausgeben) zu Beginn der Behandlung als einzigen signifikanten Prädiktor für ein schlechtes Ergebnis nach 6 und 20 Wochen Behandlung gefunden hatten, die Hypothese aufgestellt worden, daß Krankheitsbewältigungsmaße auch in kurzfristigen Behandlungszeiträumen für das Behandlungsergebnis prädiktiv sein können.

In der vorliegenden Studie hatte im Unterschied zu Hautzingers Ergebnis (1990) die Variable „antidepressives Verhalten Häufigkeit“ keinen signifikanten Einfluß auf das Therapieergebnis. Eine Erklärung dafür könnten die hohen Eingangswerte auf den Dimensionen „Antidepressives Verhalten“(ADV-L) der Gesamtstichprobe sein, die (verglichen mit der Stichprobe bei Hautzinger) deutlich mehr antidepressive Aktivitäten schon zu Beginn der Behandlung beschrieben hatte; damit war der Spielraum für mögliche Verbesserungen geringer (zumindest soweit mit den verwendeten Skalen erfaßbar).

Obwohl dies auch für die Variable „antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ galt, ergibt sich für diese eine tendenzielle Signifikanz, die jedoch bezüglich ihrer Gültigkeit an einer größeren Stichprobe überprüft werden mußte. Übereinstimmung mit der Richtung dieses Ergebnisses wies die Studie von Hautzinger (1990) auf, der einen Zusammenhang zwischen hohen Werten der Variablen „antidepressives Verhalten Wirksamkeit“ zu Behandlungsbeginn und niedrigen Depressionswerten zu Behandlungsende gefunden hatte.

Das Ergebnis des signifikanten Einflusses der Skala „Rumination“ wird aufgrund der diskutierten eingeschränkten Aussagekraft für depressive Patienten (Kapitel IV. 3.2 und IV. 4.3) nicht interpretiert.

Der signifikante Einfluß der Variable „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ auf den selbsteingeschätzten Depressionswert und ihr tendenziell signifikanter Einfluß auf den fremdeingeschätzten Depressionswert können im Zusammenhang mit den Ergebnissen von Billings und Moos (1985) diskutiert werden. Deren nach einem Jahr remittierte Patienten hatten zu Behandlungsbeginn mehr Informationssuche gezeigt als die gesunde Kontrollgruppe; ihre Krankheitsbewältigungswerte hatten sich nach einem Jahr denen der Gesunden angeglichen. Es ist denkbar, daß die Variable „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ zu einem geringen Anteil auch kurzfristig an der Prognose des Therapieerfolgs beteiligt ist, wobei die Intensität des Einflusses von der Art der Stichprobe abhängen könnte. Swindle et al. (1989) hatten bei 4-jährigen Verlaufsanalysen keine konsistenten Befunde für die Variable Informationssuche gefunden, „trotz ihrer Bedeutsamkeit für depressive Patienten“ (S. 476). Zu überprüfen wäre in weiteren Studien, welche Informationsangebote für Patientengruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen der Variablen „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ zu Behandlungsbeginn (etwa bei Patienten mit unterschiedlich hohen Ausgangsdepressionswerten, vgl. III. 3.2.2) bereitgestellt werden müßten, um kurz- und längerfristig optimale Behandlungsergebnisse zu erzielen.

V Zusammenfassung

Zielsetzung

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Wirksamkeit eines kurzen Psychoedukativen Zusatzmoduls im Rahmen eines integrativen Behandlungsprogramms für Patienten mit schwerer unipolarer Depression auf der Remscheider Fachstation für depressive Erkrankungen evaluiert. Ziel war es, die Wirkung des Psychoedukationsmoduls auf die Krankheitsbewältigung, das Wissen über die Erkrankung und die Besserung der depressiven Symptomatik zu überprüfen. Darüber hinaus sollten seine längerfristigen Effekte auf die Depressivität, auf die subjektive Bewertung einzelner Behandlungselemente und des Krankheitsverlaufs sowie auf die Compliance zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bestimmt werden.

Daneben wurde untersucht, ob und gegebenenfalls welche Unterschiede sich bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte bei einzelnen Subgruppen finden lassen, welche Auswirkungen unterschiedliche Krankheitsbewältigungswerte zu Behandlungsbeginn auf den Krankheitsverlauf haben und welche Variablen für das Behandlungsergebnis prädiktiv sind.

Methodik

Der Behandlungszeitraum erstreckte sich über jeweils 8 Wochen. Die Experimental- und die Kontrollgruppe wurden mit einem einheitlichen Standardbehandlungsprogramm behandelt, für die Experimentalgruppe war darüber hinaus die Teilnahme an einem speziellen psycho-edukativen Zusatzmodul verpflichtend, das zwei einstündige Gruppensitzungen in einwöchigem Abstand umfasste. Dessen Lerninhalte und Lernziele waren im Rahmen der vorliegenden Studie entwickelt worden. Aus ethischen und Praktikabilitätsgründen wurden die Patienten den beiden Studienarmen nicht randomisiert zugeteilt, sondern es wurde mit einer historischen Kontrollgruppe unter natürlichen Behandlungsbedingungen gearbeitet.

Die Inhalte der ersten psychoedukativen Sitzung waren das Krankheitsbild (Symptomatik, Abgrenzung zu nicht krankhaften depressiven Verstimmungen, Abgrenzung zu bipolaren und dysthymen Störungen, individuelles Symptommuster), Verlaufseigenheiten der Depression (phasenhafter Verlauf, durchschnittliche Erkrankungsdauer,

Schwankungen beim Abklingen, Rückkehr zum üblichen Funktionsniveau) und die Zuteilung der Krankenrolle (eigene Akzeptanz der Erkrankung, Reaktionen der Umwelt, „Auszeit“ von üblichen Verpflichtungen, aktive Mitarbeit in der Therapie).

Themen der zweiten Sitzung waren verursachende und auslösende Faktoren für depressive Episoden (biologische Ebene mit genetischen und biochemischen Faktoren, aktuelle psychosoziale Belastungen und längerdauernde Belastungsfaktoren), Behandlungsmethoden (medikamentöse Therapie, psycho- und soziotherapeutische Methoden) Behandlungsschwerpunkte in einzelnen Behandlungsphasen sowie Bewältigungsstrategien.

Die angestrebten Auswirkungen wurden mit Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen vor und nach der Behandlung untersucht. Analysiert wurden die Effekte des psychoedukativen Zusatzmoduls auf die Krankheitsbewältigungswerte, das Krankheitswissen und die Depressionswerte. 6 Monate nach Ende des Standardbehandlungsprogramms wurden mit einer schriftlichen Nachbefragung die selbsteingeschätzten Depressionswerte sowie die subjektiven Urteile der Patienten zu einzelnen Aspekten der Behandlung erhoben. Zur Analyse der Prädiktoren des Behandlungsverlaufs wurde der Einfluß sozioökonomischer und klinischer Variablen sowie von Krankheitsbewältigungswerten auf das Behandlungsergebnis untersucht.

Für die Untersuchung wurden konsekutiv alle Patientinnen und Patienten rekrutiert, die von April 1996 bis April 1997 (Kontrollgruppe) und von Mai 1997 bis Juli 1998 (Experimentalgruppe) zur stationären Behandlung auf die Fachstation für depressive Erkrankungen in der Stiftung Tannenhof aufgenommen wurden, zwischen 21-69 Jahren alt waren und bei denen im Rahmen der Routinediagnostik die Diagnose reaktiv-neurotische Depression (300.4 und 309.0/1) oder unipolare endogene Depression (296.1 und 296.3) gestellt worden war, sofern deren Depressions-Werte im Beck-Depressions-Inventar (BDI) und in der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) jeweils mehr als 20 betragen und folgende Ausschlußkriterien nicht zutrafen: aktuelle psychotische, schizophrene oder bipolare Erkrankung, Abhängigkeit von Suchtmitteln, Angst- oder somatoforme Störung, akute Suizidalität, hirnorganische Erkrankung (auch Verdacht), Komorbidität mit schwerer körperlicher Erkrankung.

88 von 292 in den genannten Zeiträumen aufgenommenen Patienten erfüllten diese Kriterien. 18 Patienten schieden aus im einzelnen dargelegten Gründen aus, die im folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die verbleibenden 70 unipolar depressiven Patienten (jeweils 35 pro Gruppe).

Ergebnisse

Die Teilnahme an den beiden psychoedukativen Gruppensitzungen führte im Vergleich zur historischen Kontrollgruppe nicht zu besseren Krankheitsbewältigungswerten bei der Experimentalgruppe. Die Experimentalgruppe zeigte auch beim Prä-Post-Vergleich der Krankheitsbewältigungswerte keine erkennbaren Verbesserungen, während bei der Kontrollgruppe auf den Krankheitsbewältigungsskalen signifikante Prä-Post-Verbesserungen feststellbar waren.

Die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppensitzungen führte des weiteren nicht zu einem besseren Wissen über Depression in der Experimentalgruppe. Beide Gruppen zeigten nach der Behandlung diesbezüglich einen signifikanten Wissenszuwachs, der aber entgegen der Vorhersage bei der Kontrollgruppe höher war.

Beide Gruppen zeigten unter der jeweiligen Behandlung eine deutliche Besserung der Depressionswerte, was sich sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung nachweisen ließ; die Besserung war in der Experimentalgruppe stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe.

Die Besserung der Depressionswerte in der Selbstbeurteilung blieb für beide Gruppen bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung konstant. Nur bei der Frage: „Sind Sie zwischenzeitlich nochmals akut erkrankt?“ zeigte die Kontrollgruppe signifikant höhere (d.h. ungünstigere) Werte als die Experimentalgruppe. In der retrospektiven Bewertung der während der stationären Behandlung erhaltenen Informationen ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Auch bezüglich der Compliance (Einnahme von Antidepressiva und Bereitschaft, bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung fachärztliche Weiterbehandlung in Anspruch zu nehmen) zeigten sich zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede.

Analysiert man einzelne Subgruppen der Gesamtstichprobe bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte, so zeigt sich, daß sich Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen (endogen versus reaktiv-neurotisch Depressive) hinsichtlich ihrer Krankheitsbewältigungswerte nicht unterschieden. Patienten mit weniger hohen Depressionsausgangswerten ($BDI < 29$ bei t_1) zeigten dagegen schon bei Beginn der Behandlung auf mehreren Krankheitsbewältigungsskalen bessere Werte als schwerer depressive Patienten.

Bezüglich der Auswirkung unterschiedlicher Krankheitsbewältigungswerte bei Behandlungsbeginn auf den Krankheitsverlauf wurde festgestellt, daß Patienten, die ihre instrumentellen Ressourcen zu Beginn der Behandlung als stärker hilfreich eingeschätzt hatten, am Ende der Behandlung signifikant niedrigere Depressionswerte zeigten.

Spätere Therapie-Responder unterschieden sich bei Behandlungsbeginn von Non-Respondern nur in den verhaltensnahen Bewältigungsdimensionen, wenn man kurze Behandlungszeiträume vergleicht.

Diskussion

Die Ergebnisse haben die prospektiv formulierten Hypothesen somit überwiegend nicht bestätigt. Dies wird unter verschiedenen Aspekten diskutiert. Es erscheint wahrscheinlich, daß die verwendeten Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung und zum Krankheitswissen für die Abbildung der durch das psychoedukative Zusatzmodul erwarteten Veränderungen nicht sensibel und valide genug waren. Als weiterer Grund für die Überlegenheit der Kontrollgruppe bezüglich der Krankheitsbewältigungswerte und des Krankheitswissens werden die schlechteren Ausgangswerte der Kontrollgruppe diskutiert, die eher signifikante Verbesserungen erlaubten.

Die Ergebnisse lassen es fraglich erscheinen, daß das zusätzliche Angebot eines kurzen, nur 2 einstündige Sitzungen umfassenden psychoedukativen Zusatzmoduls neben einem umfassenden Standardbehandlungsprogramm die besseren Depressionswerte der Experimentalgruppe nach der Behandlung erklären kann. Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß andere Einflüsse zu den besseren Depressionswerten der Experimentalgruppe nach der Behandlung geführt haben. Als eine Einflußgröße wird eine stärkere Neigung zur Chronizität bzw. Therapieresistenz der Patienten der Kontrollgruppe diskutiert; da-

durch könnte die weniger ausgeprägte Besserung dieser Patientengruppe bezüglich der Depressionswerte, zugleich aber auch ihre ausgeprägtere Verbesserung der Krankheitsbewältigungswerte erklärt werden.

Im weiteren wurde bei der Analyse möglicher Störvariablen vermutet, daß zumindest für einige Patienten der Experimentalgruppe im Rahmen des Standardbehandlungsprogramms aus stationsinternen Gründen psychoedukative Themen weniger intensiv bearbeitet worden sind als bei der historischen Kontrollgruppe. Beide Fehlerquellen müssen auf die Störanfälligkeit des Designs mit historischer Kontrollgruppe zurückgeführt werden.

Die Analyse möglicher Prädiktoren der Behandlungsergebnisse erbrachte nur vereinzelt Hinweise auf eine Vorhersagekraft der untersuchten Merkmale. Als signifikant wirksame Prädiktorvariablen auf das Behandlungsergebnis erwiesen sich der Depressionsausgangswert (BDI und HAMD) sowie die stationäre Verweildauer (sehr hoch signifikanter Einfluß). Die soziodemographischen Variablen (Alter, Ausbildung, Familienstand), die bisherige Dauer der Erkrankung und die Anzahl vorheriger stationärer Behandlungen zeigten keinen signifikanten Einfluß; nur wenige Skalen der Krankheitsbewältigungsdimensionen zu Beginn der Behandlung erwiesen sich als prädiktiv für das Behandlungsergebnis.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß eine Wirksamkeit der zwei psychoedukativen Gruppensitzungen auf die Krankheitsbewältigung, das Krankheitswissen, die Compliance und auf die Depressionswerte in der vorliegenden Untersuchung nicht nachgewiesen werden konnte. Wieweit dieses negative Ergebnis durch Stichprobenfehler, ungenaue Meßmethoden und andere Störvariablen im Rahmen eines naturalistischen Designs mit historischer Kontrollgruppe bedingt sein könnte, wird selbstkritisch reflektiert.

Bei zukünftigen Studien sollte auch unter natürlichen Behandlungsbedingungen einem Design mit randomisierter Patientenzuteilung der Vorzug gegeben werden.

Literatur

- Altamura, A.C., Mauri, M.: Plasma concentrations, information and therapy adherence during long-term treatment with antidepressants. *Brit. Journal clin. Pharmacol.*, 1985, 20, 714-716
- Angenendt, J., Stieglitz, R.-D.: Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale in Berger, M.(Hrsg): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban und Schwarzenberg, München 1998, 239-255
- Antonuccio, D., Akins, W., Chatham, P., Monagin, J., Tearnan, B., Ziegler, B.: An exploratory study: the psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression. *Journ. Beha. Ther. Exp. Psychiatr.*, Vol. 13, 1984, 309-313
- Atkinson, J. M., Coia, D. A., Harper, W., Gouilmore, J. P.: The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Brit. J. Psychiat.* 168, 1996, 199-204
- Backhaus, K., Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R.: *Multivariate Analysemethoden*. Berlin Springer 2000 (8.Auflage)
- Bäuml, J., Kissling, W., Pitschel-Walz, G.: *Behandlungsleitlinien zur Psychoedukation* . Unveröffentlichtes Manuskript 2000
- Beardslee, W., Versage, E., Wright, E., Salt, P., Rothberg, P., Drezner, K., Gladstone, T.: Examination of preventive interventions for families with depression: evidence of change. *Development and Psychopathology*, 9, 1997, 109-130
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G.: *Kognitive Therapie der Depression*. Psychologie Verlags Union Weinheim 1992
- Becker, H.: Die Arzt-Patient-Beziehung und subjektive Krankheitstheorie in Becker, H.: *Psychoonkologie*. Springer-Verlag Berlin 1986, 162-172
- Billings, A.; Cronkite, R.; Moos, R.: Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, Vol. 92, 2, 119-133
- Billings; A.; Moos, R.: Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, Vol. 46, 4, 877-891

- Billings, A.; Moos, R.: Psychosocial processes of remission in unipolar depression: comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, Vol. 53, 3, 314-325
- Bischoff, C., Zenz, H. (Hrsg): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern Hans Huber Verlag 1989
- Bortz, J.; Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin Springer 1995
- Bortz, J.; Döring, N.: *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin Springer 1999
- Brown, R., Lewinsohn, P.: A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 5, 1984, 774-783
- Büttner, P.: Die Wirksamkeit psychoedukativer Verfahren in der Schizophreniebehandlung. In Stark, A. (Hrsg): *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophrenen Erkrankungen*. DGVT-Verlag Tübingen 1996, 193 -206
- CIPS: *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim Beltz 1996
- Clauss, G.; Ebner, J.: *Statistik*. Verlag Harri Deutsch Frankfurt 1985
- Cochran, S.D.: Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, 54 (5), 873-878
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R.D., Geiselhart, H., John, U., Netzold, D.W., Schönell, H., Spindler, P., Krischker, S.: Die neue psychiatrische Basisdokumentation. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 1995, 24, 3-41
- Cording, C.: Evaluation komplexer Therapieprogramme in V. Dittmar, H. Klein, D. Schön (Hrsg): *Die Behandlung schizophrener Menschen, integrative Therapie- modelle und ihre Wirksamkeit*. Roderer Verlag Regensburg 1997
- Coyne, J.; Aldwin, C.; Lazarus, R.: Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 1981, Vol. 90, 5, 439-447
- Cronkite, R.; Moos, R.: Life context, coping processes, and depression. In E. Beckham, B. Leber (Eds): *Handbook of Depression*. New York Guilford 1995, 569-587

- Cronkite, R.; Moos, R.; Twohey, J.; Cohen, C.; Swindle, R.: Life circumstances and personal resources as predictors of the ten-year course of depression. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 26, 2, 1998
- Cuijpers, P.: A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's „coping with depression“ course. *Behavior Therapy* 29 / 3, 1998, 521-533
- Daley, D.; Bowler, K.; Cahalane, H.: Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Education and Counseling*, 19, 1992, 163-174
- De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Rudolf, G., Strauß, W., Frick, U.: Prädiktions- und Verlaufsanalysen bei kombinierter psychologischer und medikamentöser Therapie endogen depressiver Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1996, 25(2) 110-129
- De Jong-Meyer, R.; Hautzinger, M.; Rudolf, G.; Strauß, W.; Frick, U.: Die Überprüfung der Wirksamkeit einer Kombination von Antidepressiva- und Verhaltenstherapie bei endogen depressiven Patienten: Varianzanalytische Ergebnisse zu den Haupt- und Nebenkriterien des Therapieerfolges. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (2), 1996, 93-109
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W.: *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten ICD-9* Springer Berlin 1980
- Elkin, I.; Shea, M.; Watkins, J.; Imber, S.; Sotsky, S.; Collins, J.; Glass, D.; Pilkonis, P.; Leber, W.; Docherty, J.; Fiester, S.; Parloff, M.: NIMH treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1989, 971-982
- Elkin, I.: The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In Bergin, A. E., Garfield, S. L.(eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. New York Wiley 1994, 114-139
- Elmer, O.: Psychoedukation versus Psychotherapie ? *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 64 Sonderheft 1, 1996, 7-8
- Fähndrich, E., Stieglitz, R.D.: *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes*. Hogrefe Göttingen 1998

- Farina, A.; Fisher, J.; Getter, H.; Fisher, E.: Some consequences of changing people's views regarding the nature of mental illness. *Journal of Abnorm. Psychol.* 87, 1978, 272-279
- Fishbein, M., Ajzen, I.: *Belief, attitude, intention and behavior.* Addison Wesley, Reading, Massachusetts 1975
- Fisher, J., Farina, A.: Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. *Journal of Abnorm. Psychol.* 1979, 88, 320-327
- Folkman, S.; Lazarus, R.S.: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 1980, 219-239
- Folkman, S.; Lazarus, R.; Dunkel-Schetter, C.; DeLongis, A.; Gruen, R.: The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1986, 992-1003
- Folkman, S.; Lazarus, R.S.: Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, Vol. 95, 2, 107-113
- Fondacaro, M.; Moos, R.H.: Life stressors and coping: A longitudinal analysis among depressed and nondepressed adults. *Journal of Community Psychology*, 17, 1989, 330-340
- Glick, I., Burti, L., Okonogi, K., Sacks, M.: Effectiveness in psychiatric care. Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164, 104-106
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: *Psychotherapie im Wandel.* Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle 1994
- Greil, W., Erazo, N.: Psychoedukation als Therapie: Durch Information zur Kooperation. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 139, 1997, 49, 729-732
- Hamilton, M.: A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23, 1960, 56-62
- Hamilton, M.: The Hamilton rating scale for depression. In; Sartorius, N.; T.A. Ban (eds): *Assessment of depression.* Springer Berlin 1986
- Hammen, C.: Generation of Stress in the Course of unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, Vol. 100, 555-561
- Hautzinger, M.: Internationale Depressionsdiagnostik. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 27, 1988, 174-175

- Hautzinger, M.: Antidepressive Bewältigungsstrategien in M. Wolfersdorf, W. Kopittke, G. Hole: Klinische Diagnostik und Therapie der Depression. Roderer Regensburg 1988
- Hautzinger, M.: Bewältigung von Belastungen. Beiträge zur Verhaltensmedizin Band 1, Roderer Regensburg 1990
- Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R.: Kognitive Verhaltenstherapie der Depression. Psychologie Verlags Union Weinheim 1992
- Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worall, H.; Keller, F.: Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch. Verlag Hans Huber Bern 1994
- Hautzinger, M.; Bailer, M.: Das Inventar depressiver Symptome (IDS). Mainz/Konstanz 1995 Unveröffentlichtes Manuskript
- Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G., Thien, U., Bailer, M.: Verlaufsanalysen und Prädiktoren des Therapieerfolgs bei psychologischer und pharmakologischer Therapie nicht-endogener Depressionen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25(2), 1996, 146-154
- Hayes, R., Gantt, A.: Patient psychoeducation: The therapeutic use of knowledge for the mentally ill. Social Work in Health Care, Vol 17 (1), 1992, 53-67
- Herrle, J., Kühner, C.: Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn. Beltz Weinheim 1994
- Hoffmann, N.: Einstellungsänderung in Linden, M., Hautzinger, M.: Verhaltenstherapie. Springer Berlin 1993
- Hornung, W. P., Feldmann, R.: Psychoedukative Verfahren und Angehörigenarbeit. In H.-J. Möller (Hrsg): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart Thieme Verlag 2000, 146-155
- Jacob, M.; Frank, E.; Kupfer, D.; Cornes, C.; Carpenter, L.: A psychoeducational workshop for depressed patients, family and friends: Description and evaluation. Hospital and Community Psychiatry, Sept. 1987, Vol. 38, 9, 968-972
- Jacobsen, E.: Depression. Frankfurt Suhrkamp 1977
- Jamison, C., Scogin, F.: The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, Vol. 63, 4, 644-650

- Jarrett, R.; Eaves, G.; Granneman, B, Rush, A.: Clinical, cognitive and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression. *Psychiatry Research*, 37, 1991, 245-260
- Jarrett, R. B., Rush, A. J.: Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. *Psychiatry* 57, 1994, 115-132
- Just, N.; Alloy, L.: The response style theory of depression. Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997, Vol. 106, 2, 221-229
- Kampmann, O., Lethinen, K.: Compliance in psychosis. *Acta Psychiatrica Scand.*, 100, 1999, 167-175
- Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D.: *Selbstmanagement-Therapie*. Springer Berlin 1991
- Kissling, W.: Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand.* (suppl. 382), 1994, 16-24
- Klauer, T.; Filipp, S.: *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung*. Hogrefe Göttingen 1993
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., Chevron, E. S.: *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York Basic Books 1984
- Klerman, G. L., Weissman, M. M.(eds): *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington American Psychiatric Press 1993, 353-378
- Kolman, J.; Meng, P.; Scott, G.(Hrsg): *Good clinical practice. Standard operating procedures for clinical researchers*. Wiley Chichester 1998
- Krantz, S.; Moos, R.: Risk factors at intake predict nonremission among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, Vol. 56, 3, 863-869
- Kuhl, J.: Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1981, 155-170
- Kühner, C.; Weber, I.: Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, Vol. 29 (6), 1999, 1323-1333

- Lazarus, R.S., Launier, R.: Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin, M.Lewis (Eds): Perspectives in interactional psychology. New York Plenum Press 1978, 287-327
- Lazarus, R.S.; Folkman, S.: Stress, appraisal and coping. New York Springer 1984
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D.O., Steinmetz, J.L., Teri, L.: The coping with depression course. A psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Company 1984
- Linden, M.: Krankheitskonzepte von Patienten. Psychiatrische Praxis 12, 1985, 8-12
- Luderer, H.J.: Informationsvermittlung in der Psychiatrie (I). Diagnosemitteilung aus der Sicht von Arzt und Patient. Krankenhauspsychiatrie 5, 1994, 121-126
- Mahnkopf, A.; Rahn, E.: Wissenstest Depression für Angehörige und Patienten. Remscheid 1995 Unveröffentlichtes Manuskript
- Mahnkopf, A., Rahn, E.: Angehörigenarbeit in der Depressionsbehandlung. In Wolfersdorf, M. (Hrsg): Depressionsstationen – Stationäre Depressionsbehandlung. Springer Berlin 1997 35-46
- Margraf, J., Schneider, S.: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer Berlin 1990
- Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band II. Springer Berlin 1996
- Märtens, M.: Meine Krankheit gehört mir garnicht- Subjektive Krankheitstheorien und ihre therapeutische Verflüssigung aus systemischer Sicht. In U. Flick: Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Asanger Heidelberg 1991
- Maynard, C.: Psychoeducational approach to depression in women. Journal of Psychosocial Nursing 1993, Vol. 31, 12, 9-14
- McGoldrick, M., Gerson, R.: Genogramme. Huber Bern 1990
- Möller, H.J.; Benkert, O.: Methoden und Probleme der Beurteilung der Effektivität psycho-pharmakologischer und psychologischer Therapieverfahren. In S. Biefang (Hrsg.): Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellung und Methoden. Enke Stuttgart 1980
- Moos, R.; Billings, A.: Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger, S. Brenitz (Eds): Handbook of Stress. New York Free Press 1982, 212-230

- Moos, R.; Schaefer, J.A.: Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger, S. Brenitz (Eds): Handbook of Stress: New York Free Press 1993, 234-257
- Myers, E., Calvert, E.: Information, compliance and side-effects: A study of patients on antidepressant medication. *British Journal of Clinical Pharmac.*, 1984, 17, 21-25
- Neimeyer, R., Baker, K., Haykal, R., Akiskal, H.: Patterns of systematic change in depressed patients in a private inpatient mood disorder program. *Bulletin of the Menninger Clinic* Vol. 59, 4, Fall 1995
- Nolen-Hoeksema, S. Morrow, J.: A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1991, 105-121
- Nolen-Hoeksema, S.: Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, Vol. 100, 4, 569-582
- Nolen-Hoeksema, S.; Morrow, J.; Fredrickson, B.: Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993, Vol. 102, 1, 20-28
- Nolen-Hoeksema, S.; Parker, L.; Larson, J.: Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, Vol. 67, 1, 92-104
- Oswald, S.K., Hepburn, K.W., Caron, W.; Burns, T.; Mantell, R.: Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*, 1999, 39 (3), 299-309
- Parker, G.; Brown, L.: Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Arch. Gen. Psychiatry* Vol.39, Dec. 1982, 1386-1391
- Parker, G.; Brown, L.: Coping behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 43, 1986, 561-565
- Peet, M., Harvey, N.: Lithium maintenance: A standard education programme for patients. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 197-200
- Pitschel-Walz, G., Engel, R.: Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. *Psycho* 23, Nr. 1, 1997, 22-34

- Pitschel-Walz, G., Kissling, W., Bäuml, J., Görnitz, A.: Psychoedukation bei depressiven Patienten und deren Angehörigen. Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München 1998
- Pocock, S.: The combination of randomized and historical controls in clinical trials. *J. chron. Disease*, 1976, Vol 29, 175-188
- Rahn, E.: Basisdokumentation in der Stiftung Tannenhof. Remscheid 1996
- Rahn, E., Mahnkopf, A.: Behandlungskonzept der Fachstation für depressive Erkrankungen in der Stiftung Tannenhof. Remscheid 1993
- Rahn, E., Mahnkopf, A.: Lehrbuch Psychiatrie. Psychiatrie Verlag Bonn 2000 (2.Auflage)
- Rief, W.: Die somatoformen Störungen- Großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 1996, 173-189
- Riemann, D., Backhaus, J.: Behandlung von Schlafstörungen. Ein psychologisches Gruppenprogramm. Psychologie Verlags Union Weinheim 1996
- Rippere, V.: What's the thing to do when you're feeling depressed ? *Behavior Research and Therapy* 15, 1977, 185-191
- Robinson, P., Katon, W., v. Korff, M., Bush, T., Simon, G., Lin, E., Walker, E.: The education of depressed primary care patients: What do patients think of interactive booklets and a video ? *The Journal of Family Practice*, Vol. 44, 6, 1997, 562-571
- Rohde, P.; Lewinsohn, P.; Tilson, M.; Seeley, J.: Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, Vol. 58, 3, 499-511
- Roth, S.; Cohen, L.: Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist* 1986, Vol 41, 7, 813-819
- Rush, A.; Beck, A.; Kovacs, M.; Hollon, S.: Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cogn. Ther. Res.* 1977, 1 (1), 17-37
- Rush, A.; Giles, D.; Schlessler, M.; Fulton, C.; Weissenburger, J.; Burns, C.: The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary Findings. *Psychiatry Research*, 18, 1986, 65-87

- Schaub, A.; Brenner, H. D.: Aktueller verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Behandlung schizophrener erkrankter Menschen. In: Stark, H. (Hrsg): Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. DGVT Verlag Tübingen 1996, 37-65
- Schaub, A., Andres, K.; Brenner, H. D., Donzel, G.: Entwicklung einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrene Patienten in Böker, W., H. D. Brenner (Hrsg): Integrative Therapie der Schizophrenie. Verlag Hans Huber Bern Göttingen Toronto Seattle 1996
- Schotte, C., Maes, M., Beuten, T., Vandenbosche, B., Cosyns, P., Coppinolle, F.: A videotape as introduction for cognitive behavioral therapy with depressed inpatients. *Psychological Reports*, 1993, 72, 440-442
- Schramm, E.: Interpersonelle Psychotherapie. Schattauer Stuttgart New York 1996
- Schüssler, G.; Grischke, M.; Rüger, U.: Krankheitsbewältigung bei depressiven Erkrankungen. *Nervenarzt* 1992, 63, 416-421
- Scogin, F., Jamison, C., Gochneaur, K.: Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989, Vol 57, 3, 403-407
- Seltzer, A., Roncari, I., Garfinkel, P.: Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol 25, 1980, 638-645
- Sennekamp, W., Hautzinger, M.: Haben optimistische Depressive eine bessere Heilungschance als pessimistische ? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Erfolgserwartung und Behandlungsergebnis bei unipolar depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie* 4, 1994, 238-242
- Sherbourne, C.; Hays, R.; Wells, K.: Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, Vol. 63, 3, 345-355
- Sherill, J., Frank, E., Geary, M., Stacks, J., Reynolds, C.: Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families. *Psychiatric Services*, Jan. 1997, Vol. 48, 1, 76-81
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S. D., Leber, W. R., Moyer, J., Oliveri, M.E.: Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the

- NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, 997-1008
- Stapff, M.: *Arzneimittelstudien. Ein Handbuch zur Durchführung von klinischen Prüfungen für Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal.* Zuckschwerdt Verlag München 1998
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D.O.: Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 1983, 331-337
- Stern, M.J.: Group therapy with medically ill patients. In Alonso, A., Swiller, H.L.(Hrsg): *Group therapy in clinical practice.* American Psychiatric Press Washington 1993
- Swindle, R.; Cronkite, R.; Moos, R.: Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1989, Vol. 98, 4, 468-477
- Teri, L.; Lewinsohn, P.: Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy*, 17, 1986, 215-228
- Thase, M.; Simons, A.; Cahalane, J.: Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, 784-789
- Van Gent, E.M., Zwart, F.M.: Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *Journal of Affective Disorder*, 1991, 21, 15-18
- Veiel, H.; Kühner, C.; Brill, G.; Ihle, W.: Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients. *Psychological Medicine*, Vol. 22, 1992, 415-427
- Verres, R., Faller, H., Michel, U., Schilling, S.: *Subjektive Krankheitstheorie: Einige Möglichkeiten und einige Schwierigkeiten bei der Analyse gesundheitsbezogener Kognitionen und Emotionen* in Fischer, P. (Hrsg): *Therapiebezogene Diagnostik.* Tübinger Reihe 3 DGVT 1985
- Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Lin, E., Simon, G., Saunders, K., Ludman, E., Walker, E., Unutzer, J.: Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of

- collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine* 60, 1998, 143-149
- Wiegand, M., Matussek, P.: Vorstellungen depressiver Patienten über die Ursache ihrer Erkrankung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 41, 1991, 199-205
- Wienberg, G.(Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen. *Psychiatrie Verlag Bonn* 1995
- Wittchen, H.U., Möller, H.-J., Vossen, A., Hautzinger, M., Kasper, S., Heuser, I.: Depression. Wege aus der Krankheit. *Karger Basel* 1995
- Wolfersdorf, M. (Hrsg): Depressionsstationen – Stationäre Depressionsbehandlung. *Springer Berlin* 1997
- Wolfersdorf, M.: Depression. Verstehen und bewältigen. *Springer Berlin* 1994
- World Psychiatric Association. Declaration of Madrid 1996
- Zöllner, H.M., Döpp, S.: Die Einstellung depressiver und schizophrener Kranker zu ihrer Diagnose. *Nervenarzt* 50, 1979, 28-32

Anhang A

Abkürzungsverzeichnis

ADV-L	Liste antidepressiver Verhaltensweisen
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
BA	Bedrohungsabwehr
BDI	Beck Depressionsinventar
CIPS	Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum
CNI-Patienten	Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
HAMD	Hamilton Depressionsskala
HIV-Pos-Patienten	Patienten mit HIV-positiver Erkrankung
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
IDS-C	Inventar depressiver Symptome
Koronar-Patienten	Patienten mit koronaren Herzerkrankungen
Krebs-Patienten	Patienten mit Krebserkrankung
m	männlich
n	n
NIMH	National Institut for Mental Health
o.A.	ohne Angabe
RU	Rumination
s	Standardabweichung
SI	Suche nach Information und Erfahrungsaustausch
SpA-Patienten	Patienten mit Spondylitis ankylosans
SR	Suche nach Halt in der Religion
SS	Suche nach sozialer Einbindung
t 1	Meßzeitpunkt 1 (vor der Behandlung)
t 2	Meßzeitpunkt 2 (nach der Behandlung)
t 3	Meßzeitpunkt 3 (Nachuntersuchung)
w	weiblich
x	Mittelwert
z 1	Behandlungsbeginn
z 2	nach einem Jahr
z 3	nach 4 Jahren
z 4	nach 10 Jahren

Anhang B

Einverständniserklärung

Anschreiben für die Nachbefragung

Beck-Depressions-Inventar

Fragebogen zur Erkrankung Depression (Wissenstest)

Trierer Skalen

Liste antidepressiver Verhaltensweisen

Hamilton-Depressions-Skala

Inventar depressiver Symptome

Einverständniserklärung:

Auf der Depressionsstation der Stiftung Tannenhof wird derzeit eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema Verlauf und Krankheitsbewältigung von Depressionen durchgeführt. Die stationär behandelten Patienten werden gebeten im Verlauf der Behandlung Fragebögen auszufüllen. Der wichtigste Teil der Untersuchung findet während der stationären Behandlung statt. Eine kurze Befragung wird ungefähr 6 Monate nach der Entlassung durchgeführt.

Wenn Sie sich entscheiden, an dieser Untersuchung mitzuwirken, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile oder Kosten und keine Verpflichtungen. Sie würden uns jedoch helfen, bei der Depressionsforschung ein kleines Stück weiterzukommen bei der Frage, wie man die Behandlung noch erfolgreicher gestalten kann. Dafür wäre uns Ihre Mitarbeit sehr wertvoll.

Ich erkläre mich bereit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anschreiben für die Nachbefragung

Sehr geehrte

Ihre Behandlung in der Stiftung Tannenhof liegt nun einige Monate zurück.

Sie waren im Verlauf der stationären Behandlung ja schon so freundlich gewesen, sich an unserem Untersuchungsprojekt zur Bewältigung von Depressionen zu beteiligen. Nun interessieren wir uns dafür, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist und wie Sie sich jetzt fühlen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die beiden beiliegenden Fragebögen auszufüllen und im ebenfalls beiliegenden Freiumschlag innerhalb einer Woche an uns zurückzusenden.

Ich möchte mich für Ihre Mitarbeit noch einmal ganz herzlich bedanken und wünsche Ihnen für die Zukunft alles Gute !

Mit freundlichen Grüßen

A. Mahnkopf

Dipl.-Psych.

BDI			
	A		G
0	Ich bin nicht traurig.	0	Ich bin nicht von mir enttäuscht.
1	Ich bin traurig.	1	Ich bin von mir enttäuscht.
2	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.	2	Ich finde mich fürchterlich.
3	Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.	3	Ich hasse mich.
	B		H
0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.	0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
1	Ich sehe mutlos in die Zukunft.	1	Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.	2	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
3	Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.	3	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schieflieft.
	C		I
0	Ich fühle mich nicht als Versager.	0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
1	Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.	1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
2	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.	2	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.	3	Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.
	D		J
0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.	0	Ich weine nicht öfter als früher.
1	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.	1	Ich weine jetzt mehr als früher.
2	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.	2	Ich weine jetzt die ganze Zeit.
3	Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.	3	Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
	E		K
0	Ich habe keine Schuldgefühle.	0	Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1	Ich habe häufig Schuldgefühle.	1	Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
2	Ich habe fast immer Schuldgefühle.	2	Ich fühle mich dauernd gereizt.
3	Ich habe immer Schuldgefühle.	3	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
	F		L
0	Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.	0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
1	Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.	1	Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
2	Ich erwarte, bestraft zu werden.	2	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
3	Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.	3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

	M		R
0	Ich bin so entschlußfreudig wie immer.	0	Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
1	Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.	1	Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
2	Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.	2	Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
3	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen .	3	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
	N		S
0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.	0	Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
1	Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.	1	Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
2	Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.	2	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
3	Ich finde mich häßlich.	3	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
		Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	O		T
0	Ich kann so gut arbeiten wie früher.	0	Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
1	Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.	1	Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
2	Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.	2	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
3	Ich bin unfähig zu arbeiten.	3	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.
	P		U
0	Ich schlafe so gut wie früher.	0	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
1	Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.	1	Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
2	Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.	2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex
3	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.	3	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.
	Q		
0	Ich ermüde nicht stärker als sonst.		
1	Ich ermüde schneller als früher.		
2	Fast alles ermüdet mich.		
3	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.		

Fragebogen zur Erkrankung Depression

Form P

Name: _____ Datum: _____

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen an, ob sie richtig oder falsch ist.

		richtig	falsch
1.	Man kann gut zwischen einer Depression (nicht können) und Faulheit (nicht wollen) unterscheiden.		
2.	Die Depression ist eine Erbkrankheit, sie wird auch an folgende Generationen mit aller Wahrscheinlichkeit weitergegeben.		
3.	Wenn man die Medikamente gegen die Depression, die sogenannten Antidepressiva, einnimmt, dann entwickelt sich in vielen Fällen eine Abhängigkeit.		
4.	Während der Behandlung der Depression soll man sich nicht über- und nicht unterfordern.		
5.	Es kann sein, daß sich die Depression hinter körperlichen Symptomen verbirgt.		
6.	Die Depression ist in der Regel durch Erfahrungen in der Kindheit verursacht, insbesondere durch eine zu lockere Erziehung.		
7.	Antidepressiva beruhigen den Kranken lediglich, verändern aber grundsätzlich nichts an der Depression.		
8.	Für das Wochenende zuhause soll man sich möglichst viel vornehmen, damit man wenigstens einen Teil davon schafft.		
9.	Depressive Menschen erkennen oft selbst nicht, daß sie depressiv sind, sondern glauben, daß sie schuldig geworden sind oder sich sogar versündigt haben.		
10.	Eine Depressionstheorie sagt, daß Aktivität sich positiv auf die Stimmung auswirkt.		
11.	Die Behandlung der Depression kann nur erfolgreich sein, wenn man die tiefen und lange zurückliegenden Ursachen der Depression erforscht.		
12.	Wenn etwas schief geht, muß man sich so lange unter Druck setzen, bis es klappt.		
13.	Selbsttötungsabsichten werden in der Regel von depressiven Menschen offen angesprochen.		
14.	Depressiv Kranke erfahren weniger soziale Anerkennung und Bestätigung als Gesunde.		
15.	Medikamente gegen Depressionen (sogenannte Antidepressiva) sollten wegen der starken Nebenwirkungen nur bei Bedarf genommen werden.		
16.	Es ist besser, den Angehörigen nichts von der Depression zu zeigen und sich zusammenzureißen.		
17.	Depressive Denkstörungen sind unter anderem durch eine Tendenz zur Verallgemeinerung gekennzeichnet.		
18.	Depressionen sind durch das fehlende Gleichgewicht der Botenstoffe (Neurotransmitter) bei der Reizleitung im Gehirn gekennzeichnet.		
19.	Der Verlauf der Depression ist sehr unterschiedlich, insgesamt hat die Depression aber eine gute Prognose.		
20.	Körperliche Bewegung wirkt sich oft positiv auf die Stimmung aus.		

Vielen Dank!

Mahnkopf/Rahn 1995

Trierer Skalen zur Erfassung der Krankheitsbewältigung
(TSK)

Eine schwere seelische Erkrankung kann ein Ereignis sein, das unsere Lebenssituation tiefgreifend verändert und mit dem wir erst umzugehen lernen müssen.

Bei dem Versuch, mit der eigenen Erkrankung fertig zu werden, kommen uns oft verschiedene Gedanken in den Sinn, und wir zeigen oft ganz bestimmte Verhaltensweisen. Welche Gedanken und Verhaltensweisen dies nun im einzelnen sind, ist aber von Mensch zu Mensch verschieden.

Die auf den folgenden Seiten aufgeführten Aussagen beschreiben solche Gedanken und Verhaltensweisen, die im Umgang mit einer Krankheit auftreten können. Bitte lesen Sie immer zunächst eine Aussage sorgfältig durch und kreuzen Sie dann auf der danebenstehenden Antwortskala an, wie häufig Sie in den letzten Wochen diesen Gedanken oder diese Verhaltensweise bei sich festgestellt haben.

Die Antwortskala lautet:

nie	sehr selten	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
1	2	3	4	5	6

Ein Beispiel: „ich nahm mir vor, meinen Lebensstil grundlegend zu verändern.“

Wenn Sie diesen Gedanken/diese Verhaltensweise bei sich in den letzten Wochen „manchmal“ beobachtet haben, so kreuzen Sie bitte an:

nie	sehr selten	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
1	2	3	✗	5	6

Bitte lassen Sie bei der Bearbeitung des Fragebogens keine Aussage aus. Danke für Ihre Mitarbeit !

Name:

Datum:

	nie	sehr selten	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
1. Ich tauschte mit anderen Patienten Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung aus.	1	2	3	4	5	6
2. Ich ließ es mir draußen in der Natur gut gehen.	1	2	3	4	5	6
3. Ich habe mich besonders mit Dingen beschäftigt, die mich ausfüllten.	1	2	3	4	5	6
4. Ich habe mir vor Augen geführt, daß das Zusammenleben mit anderen ist wie früher auch.	1	2	3	4	5	6
5. Ich habe anderen Menschen Mut gemacht und versucht, sie aufzuheitern.	1	2	3	4	5	6
6. Ich suchte Unterstützung bei meiner Familie oder bei Freunden.	1	2	3	4	5	6
7. Ich habe versucht, mich andern Menschen nützlich zu machen.	1	2	3	4	5	6
8. Ich suchte Kontakt zu Personen, die Ähnliches erlebt haben.	1	2	3	4	5	6
9. Ich habe darüber nachgedacht, wie wohl andere Patienten mit ihrer Krankheit umgehen.	1	2	3	4	5	6
10. Ich redete mit anderen über meine Befürchtungen.	1	2	3	4	5	6
11. Ich dachte mir, daß in meiner Situation ein höherer Sinn liegt.	1	2	3	4	5	6
12. Ich habe versucht, etwas zur Verbesserung meines Zustandes zu tun.	1	2	3	4	5	6
13. Ich habe über frühere schöne Zeiten nachgedacht.	1	2	3	4	5	6
14. Ich suchte in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung.	1	2	3	4	5	6
15. Ich habe versucht zu ergründen, ob ich etwas falsch gemacht habe.	1	2	3	4	5	6
16. Ich habe andere Personen besucht oder sie zu mir eingeladen.	1	2	3	4	5	6
17. Ich habe mir Sorgen gemacht, ob die Ärzte mir wirklich helfen können.	1	2	3	4	5	6
18. Ich habe darüber gegrübelt, ob andere mir gegenüber auch wirklich ehrlich und offen sind.	1	2	3	4	5	6

	nie	sehr selten	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
19. Ich informierte mich im Gespräch mit anderen über meine Erkrankung und mögliche Behandlungen	1	2	3	4	5	6
20. Ich informierte mich über alternative Heil- oder Behandlungsmethoden.	1	2	3	4	5	6
21. Ich betete und suchte Trost im Glauben.	1	2	3	4	5	6
22. Ich bin mit Freunden ausgegangen.	1	2	3	4	5	6
23. Ich war in Tagträume versunken.	1	2	3	4	5	6
24. Ich habe mit anderen Personen schöne Stunden verlebt.	1	2	3	4	5	6
25. Ich habe an frühere Freunde zurückgedacht.	1	2	3	4	5	6
26. Ich sagte mir, daß es viele Menschen gibt, denen es wesentlich schlechter geht als mir.	1	2	3	4	5	6
27. Ich versuchte, in Gedanken möglichst allen Problemen aus dem Weg zu gehen.	1	2	3	4	5	6
28. Ich betete um Kraft zur Lösung meiner Probleme	1	2	3	4	5	6
29. Ich dachte, daß es irgendwann auch wieder aufwärts gehen wird.	1	2	3	4	5	6
30. Ich führte mir vor Augen, daß die Ärzte ihr Bestes tun würden, um mir zu helfen.	1	2	3	4	5	6
31. Ich nahm mir vor, mich nicht unterkriegen zu lassen.	1	2	3	4	5	6
32. Ich sagte mir, daß ich einfach eine schlechte Zeit durchmache und in Zukunft wieder Glück haben werde.	1	2	3	4	5	6
33. Ich habe mich in eine Vielzahl von Aktivitäten gestürzt.	1	2	3	4	5	6
34. Ich versuchte, eine Ursache für meine Erkrankung zu finden.	1	2	3	4	5	6
35. Ich habe festgestellt, daß andere Personen in meiner Lage wohl nicht so gut mit allem zurechtkommen wie ich.	1	2	3	4	5	6
36. Ich habe so gewissenhaft wie möglich alle ärztlichen Ratschläge befolgt.	1	2	3	4	5	6
37. Ich habe an Menschen gedacht, die ein offensichtlich problemloses Leben führen.	1	2	3	4	5	6

Martin Hautzinger

Dies ist ein Fragebogen, der herausfinden möchte, was Menschen dann tun, wenn sie sich niedergeschlagen, deprimiert und depressiv fühlen.

Sie finden hier eine Liste von Dingen und Aktivitäten, die von Leuten genannt wurden und die diese Menschen zur Überwindung ihrer depressiven Stimmung unternahmen.

Zwei Aufgaben kommen auf Sie zu. Dabei gibt es keine falschen oder richtigen Antworten. Allein Ihre Erfahrung und Einschätzung gilt. Bitte achten Sie darauf, daß sie jedes Antwortbeispiel durchlesen und beantworten.

1. Aufgabe: Hinter den Antwortmöglichkeiten finden Sie die Spalte „Häufigkeit“. Die erste Frage möchte wissen, **wie häufig oder ob überhaupt** Sie die Antwortbeispiele zur Überwindung einer depressiven Stimmung **in den letzten Tagen** eingesetzt haben. Bitte geben Sie für jede Antwortmöglichkeit an, ob Sie diese

nie, sehr selten	oder	manchmal, ab und zu	oder	meistens, oft, immer, häufig

gegen Ihre depressive Stimmung in den letzten 30 Tagen unternommen haben. Bitte machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

Gehen Sie bitte den Fragebogen zuerst ganz durch. Erst danach beantworten Sie bitte die zweite Frage. Also bitte jetzt die erste Aufgabe durchführen !

2. Aufgabe: Diese Aufgabe möchte von Ihnen wissen, wie **hilfreich** Sie jede der Antwortmöglichkeiten bei der Überwindung einer depressiven Stimmung **in den letzten Tagen** eingeschätzt haben. Bitte geben Sie für jede Antwortmöglichkeit an, ob Sie diese

nie, sehr selten	oder	manchmal, ab und zu	oder	meistens, oft, immer, häufig

hilfreich gegen Ihre depressive Stimmung in den letzten 30 Tagen erlebt haben. Machen Sie bitte ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

Alle ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt. Herzlichen Dank für Ihre Hilfsbereitschaft.

Name: _____ Heutiges Datum: _____

	Häufigkeit			Hilfreich		
	nie, sehr selten	manchmal, ab und zu	meistens, oft, immer	nicht, selten, nie	mäßig, gelegentlich	meistens, sehr, immer

1. Arbeiten						
2. Telefonieren						
3. Schlafen						
4. Essen						
5. Nicht daran denken						
6. Sich mit den Kindern beschäftigen						
7. Lesen						
8. Alkohol trinken						
9. Sich zusammenreißen						
10. In den Garten gehen						
11. Tanzen						
12. Sich mit religiösen Dingen beschäftigen						
13. Sich an der Natur erfreuen						
14. Sportveranstaltungen besuchen						
15. Sich mit der Familie beschäftigen						
16. Hobbies nachgehen						
17. Über Ursachen nachdenken						
18. Mit Freunden etwas unternehmen						
19. Rätsel raten						
20. Musik hören						
21. Sauber machen, Hausarbeit						
22. Allein sein, sich zurückziehen						
23. Zum Arzt, Psychologen, zur Therapie gehen						
24. Trinken (kein Alkohol)						
25. Fernsehen						
26. Etwas einkaufen						
27. Weinen						
28. Besuch machen						
29. Mit (Ehe) partner reden						
30. Ins Kino gehen						

	Häufigkeit			Hilfreich		
	nie, sehr selten	manchmal, ab und zu	meistens, oft, immer	nicht, selten, nie	mäßig, gelegentlich	meistens, sehr, immer

31. Sport treiben						
32. Spazieren gehen						
33. Pläne schmieden						
34. Medikamente nehmen						
35. Abschalten						
36. Essen gehen						
37. Streiten, toben, schimpfen						
38. Musik machen						
39. Sich ablenken						
40. Sich dagegen wehren						
41. Über Lösungen nachdenken						
42. Freund/ Freundin anrufen						
43. Ausgehen						
44. Unter Menschen gehen						
45. Bummeln gehen, durch Kaufhaus						
46. Ursachen beseitigen						
47. Umgebung wechseln						
48. Mit Bekannten reden, aussprechen						
49. Schreiben (Tagebuch, Briefe)						
50. Freunde, Bekannte einladen						
51. Rauchen						
52. Kochen						
53. Auto fahren						
54. Ein Bad nehmen						
55. Radio hören						
56. Ins Café gehen						
57. Sich mit Tieren beschäftigen						

Haben Sie beide Aufgaben beantwortet ? Danke für Ihre Mitarbeit !

HAMD

Anleitung

Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!

1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)

- 0 Keine
- 1 Nur auf Befragen geäußert
- 2 Vom Patienten spontan geäußert
- 3 Aus dem Verhalten zu erkennen (z. B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen)
- 4 Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus

2. Schuldgefühle

- 0 Keine
- 1 Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben
- 2 Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“
- 3 Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn
- 4 Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen

3. Suizid

- 0 Keiner
- 1 Lebensüberdruß
- 2 Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod
- 3 Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten
- 4 Suizidversuche (jeder ernste Versuch \cong 4)

4. Einschlafstörung

- 0 Keine
- 1 Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde)
- 2 Regelmäßige Einschlafstörung

5. Durchschlafstörung

- 0 Keine
- 1 Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf
- 2 Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung)

6. Schlafstörungen am Morgen

- 0 Keine
- 1 Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen
- 2 Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen

7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten

- 0 Keine Beeinträchtigung
- 1 Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend
- 2 Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlußänderungen erkennen.
- 3 Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station.
- 4 Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann.

8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)

- 0 Sprache und Denken normal
- 1 Geringe Verlangsamung bei der Exploration
- 2 Deutliche Verlangsamung bei der Exploration
- 3 Exploration schwierig
- 4 Ausgeprägter Stupor

9. Erregung

- 0 Keine
- 1 Zappeligkeit
- 2 Spielen mit den Fingern, Haaren usw.
- 3 Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können
- 4 Händeringen, Nägelbeißen, Haarerufen, Lippenbeißen usw.

10. Angst - psychisch

- 0 Keine Schwierigkeit
- 1 Subjektive Spannung und Reizbarkeit
- 2 Sorgt sich um Nichtigkeiten
- 3 Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert
- 4 Ängste werden spontan vorgebracht

11. Angst - somatisch

Körperliche Begleiterscheinungen der Angst wie: Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) - Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) - Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) - Pollakisurie - Schwitzen

- 0 Keine
- 1 Geringe
- 2 Mäßige
- 3 Starke
- 4 Extreme (Patient ist handlungsunfähig)

12. Körperliche Symptome - gastrointestinale

- 0 keine
- 1 Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch. Schweregefühle im Abdomen
- 2 Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate

13. Körperliche Symptome - allgemeine

- 0 Keine
- 1 Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit
- 2 Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen

14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.

- 0 Keine
- 1 Geringe
- 2 Starke

15. Hypochondrie

- 0 Keine
- 1 Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)
- 2 Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit
- 3 Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.
- 4 Hypochondrische Wahnvorstellungen

16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)

a. Aus Anamnese

- 0 Kein Gewichtsverlust
- 1 Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit der jetzigen Krankheit
- 2 Sicherer Gewichtsverlust laut Patient

b. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust

- 0 weniger als 0,5 kg/Woche
- 1 mehr als 0,5 kg/Woche
- 2 mehr als 1 kg/Woche

17. Krankheitseinsicht

- 0 Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist
- 1 Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück
- 2 Leugnet Krankheit ab

18. Tageschwankungen

a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind.
Sofern KEINE Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (= keine Tagesschwankungen) anzukreuzen.

- 0 Keine Tagesschwankungen
- 1 Symptome schlimmer am Morgen
- 2 Symptome schlimmer am Abend

b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an.

Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (= keine) an.

- 0 Keine
- 1 Gering
- 2 Stark

19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen

- 0 Keine
- 1 Gering
- 2 Mäßig
- 3 Stark
- 4 Extrem (Patient ist handlungsunfähig)

20. Paranoide Symptome

- 0 Keine
- 1 Mißtrauisch
- 2 Beziehungsideen
- 3 Beziehungs- und Verfolgungswahn

21. Zwangssymptome

- 0 Keine
- 1 Gering
- 2 Stark

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!

IDS

Name:

Datum:

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden (Symptom-) Fragen jeweils nur eine Antwort an, die den Patienten für die zurückliegende Woche am besten beschreibt.

1. Einschlafschwierigkeiten

- 0 Patient brauchte nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen
- 1 Patient brauchte an weniger als der Hälfte der Woche mindestens 30 Minuten um einzuschlafen
- 2 Patient brauchte an mehr als der Hälfte der Woche mindestens 30 Minuten um einzuschlafen
- 3 Patient brauchte mehr als die Hälfte der Woche über eine Stunde um einzuschlafen

2. Nächtliches Erwachen

- 0 Patient erwachte während der Nacht nicht
- 1 Patient berichtete von ruhelosem, leichtem Schlaf mit einigen Malen Erwachen
- 2 Patient wurde zumindest einmal jede Nacht wach, doch er schlief leicht wieder ein
- 3 Patient wurde mehr als einmal pro Nacht, während mehr als der Hälfte der Woche wach und es dauerte mindestens 20 Minuten, um wieder einzuschlafen.

3. Früherwachen

- 0 Patient wurde weniger als die Hälfte der Woche eine halbe Stunde oder weniger früh wach als notwendig
- 1 Patient wurde während mehr als die Hälfte der Woche eine halbe Stunde oder mehr früher wach als notwendig
- 2 Patient wurde während mehr als der Hälfte der Woche eine Stunde zu früh wach
- 3 Patient wurde während mehr als der Hälfte der Woche zwei Stunden zu früh wach

4. Hypersomnia

- 0 Patient schlief nicht mehr als acht Stunden
- 1 Patient schlief nicht mehr als 10 Stunden während 24 Stunden
- 2 Patient schlief nicht mehr als 12 Stunden während 24 Stunden
- 3 Patient schlief mehr als 12 Stunden während 24 Stunden

5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)

- 0 Patient war nicht traurig, niedergeschlagen
- 1 Patient fühlte sich weniger als die Hälfte der Woche traurig, niedergeschlagen
- 2 Patient fühlte sich mehr als die Hälfte der Woche traurig, niedergeschlagen
- 3 Patient fühlte sich praktisch die gesamte Woche über sehr traurig, niedergeschlagen

6. Stimmung (Verunsicherung, Irritation)

- 0 Patient fühlte sich nicht ängstlich, irritiert
- 1 Patient fühlte sich verunsichert, irritiert, doch weniger als die Hälfte der Woche
- 2 Patient fühlte sich mehr als die Hälfte der Woche verunsichert und irritiert
- 3 Patient fühlte sich praktisch die ganze Woche sehr verunsichert, irritiert

7. Stimmung (Angst, Verspannung)

- 0 Patient war nicht verunsichert oder verspannt
- 1 Patient war weniger als die Hälfte der Woche ängstlich, verspannt
- 2 Patient war mehr als die Hälfte der Woche ängstlich, verspannt
- 3 Patient war praktisch die ganze Woche sehr ängstlich und verspannt

8. Reaktivität der Stimmung

- 0 Nach positivem Ereignis verbesserte sich die Stimmung des Patienten bis hin zu Normalbefinden und hielt mehrere Stunden an
- 1 Nach positivem Ereignis hellte sich die Stimmung des Patienten zwar auf, doch Normalbefinden wurde nicht erreicht
- 2 Patient zeigte nur geringe Stimmungsaufhellung nach Eintritt eines sehr erwünschten, seltenen Ereignisses
- 3 Patient zeigte keine Stimmungsaufhellung, selbst dann nicht, wenn sehr positive oder sehr erwünschte, herbeigesehnte Ereignisse eintraten

9. Stimmungsvariabilität

- 0 Bei Patient war kein offensichtlicher Zusammenhang zwischen Stimmungsveränderung und Tageszeit festzustellen
- 1 Stimmung des Patienten erschien oft abhängig von Dingen und Umständen, die sich zu bestimmten Tageszeiten ereigneten
- 2 Während der meisten Zeit der Woche schien die Stimmung des Patienten mehr von der Tageszeit als von Ereignissen abhängig
- 3 Stimmung des Patienten war eindeutig vorhersagbar, indem zu einer bestimmten Tageszeit die Stimmung besser bzw. schlechter war. Stimmung üblicherweise schlechter:

0 morgens 0 nachmittags 0 abends

10. Qualität der Stimmung

- 0 Stimmung und Gefühle des Patienten waren ungestört bzw. entsprachen echter Traurigkeit
- 1 Stimmung des Patienten war meist wie bei Trauer, obgleich nicht immer vermittelt- und erklärbar, mit mehr Angst verbunden oder sehr viel intensiver
- 2 Stimmung des Patienten war weniger als die Hälfte der Woche qualitativ deutlich verändert und von dem Gefühl der Trauer verschieden und daher anderen schwer zu erklären
- 3 Stimmung des Patienten war praktisch die ganze Woche qualitativ verändert (im Vergleich zur Traurigkeit)

Nur 11 oder 12 beantworten:

11. Appetit (Reduktion)

- 0 Patient zeigte keine Veränderung des gewöhnlichen Appetit- und Hungergefühls
- 1 Patient aß weniger als gewöhnlich (Frequenz und/oder Menge)
- 2 Patient aß deutlich weniger als gewöhnlich und nur unter großer Anstrengung (sich überwinden)
- 3 Patient aß selten während 24 Stunden und nur mit großer Anstrengung oder mit Aufforderung / Kontrolle durch andere

12. Appetit (Steigerung)

- 0 Patient zeigte keine Veränderung des gewöhnlichen Appetit- und Hungergefühls
- 1 Patient verspürte häufig während der Woche eine Steigerung des Appetitgefühls
- 2 Patient aß regelmäßig mehr als gewöhnlich (Frequenz und/oder Menge)
- 3 Patient verspürte deutliche Steigerung des Appetits, verbunden mit dem Drang zum Überessen und/oder zu Zwischenmahlzeiten

Nur 13 oder 14 beantworten:

13. Gewichtsabnahme

(während letzten 2 Wochen)

- 0 Patient zeigte keine Gewichtsveränderungen
- 1 Patient empfindet, als ob geringe Gewichtsreduktion auftrat
- 2 Patient verlor zwei oder mehr Pfund
- 3 Patient verlor fünf oder mehr Pfund

14. Gewichtszunahme

(während letzten 2 Wochen)

- 0 Patient zeigte keine Gewichtsveränderung
- 1 Patient empfindet, als ob geringe Gewichtszunahme auftrat
- 2 Patient nahm 2 oder mehr Pfund zu
- 3 Patient nahm 5 oder mehr Pfund zu

15. Konzentration, Entscheidungsvermögen

- 0 Patient zeigte keine Veränderung im Konzentrations- und Entscheidungsvermögen
- 1 Patient fühlte sich gelegentlich unentschlossen und unaufmerksam
- 2 Patient hatte die meiste Zeit Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden
- 3 Patient konnte sich, selbst auf Kleinigkeiten wie Lesen, nicht konzentrieren oder Entscheidungen selbst bei Kleinigkeiten nicht treffen, war entscheidungsunfähig

16. Selbstbewertung

- 0 Patient sah sich als ebenso wertvoll und verdienstwürdig wie andere Menschen
- 1 Patient war mehr selbstanklagend als üblich
- 2 Patient glaubte, daß er /sie für andere nur eine Last sei und Probleme verursache
- 3 Patient grübelte über viele größere und kleinere Fehler nach, die er/sie alle in seiner Person begründet sah

17. Sicht der Zukunft

- 0 Patient sah die Zukunft mit normalem Optimismus
- 1 Patient hatte gelegentlich pessimistische Phasen, die jedoch durch andere Personen oder Ereignisse überwunden werden konnten
- 2 Patient war meist sehr pessimistisch in Bezug auf seine nächste Zukunft
- 3 Patient sah zu keiner Zeit Hoffnung für sich und seine Lage in der Zukunft

18. Suizidvorstellungen

- 0 Patient hatte keinerlei Gedanken an Selbstmord oder Tod
- 1 Patient empfand das Leben leer oder nicht lebenswert
- 2 Patient dachte mehrfach während der Woche an Selbstmord oder den Tod
- 3 Patient dachte wiederholt und ernsthaft an Selbstmord oder Tod, machte spezifische Pläne oder versuchte Selbstmord zu begehen

19. Interesse/Beteiligung am Leben

- 0 Patient zeigte keine Veränderung des gewöhnlichen Interesses an anderen Menschen und Aktivitäten
- 1 Patient bemerkte eine Verminderung des frühen Interesses an Dingen und Aktivitäten
- 2 Bei dem Patient waren noch ein oder zwei frühere Interessen vorhanden
- 3 Patient zeigte kein Interesse mehr an geliebten Dingen und früheren Aktivitäten

20. Energielosigkeit

- 0 Patient war voll unveränderter, gewohnter Energie
- 1 Patient ermüdete leichter als gewöhnlich
- 2 Patient mußte sich sehr anstrengen, um alltägliche Dinge zu schaffen und durchzuhalten
- 3 Patient war aufgrund von Energielosigkeit nicht in der Lage alltägliche Dinge zu schaffen

21. Vergnügen, Lustempfinden (außer sexuelle Aktivitäten)

- 0 Patient beteiligte und vergnügte sich in gewohnter Weise an angenehmen Aktivitäten
- 1 Patient zog weniger Vergnügen aus angenehmen Aktivitäten oder Ereignissen
- 2 Patient zog ganz selten Vergnügen oder Lust aus irgendwelchen Aktivitäten oder Ereignissen
- 3 Patient war unfähig jegliche Art von Vergnügen/Lust aus irgendwelchen Aktivitäten oder Ereignissen zu ziehen

22. Sexuelles Interesse

- 0 Patient berichtete von unverändertem Interesse an oder Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten
- 1 Patient berichtete von leicht verändertem Interesse an oder Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten
- 2 Patient berichtete von deutlich verringertem Interesse oder reduziertem Vergnügen an sexuellen Aktivitäten
- 3 Patient berichtete vom Fehlen jeglichen Interesses an oder Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten

23. Psychomotorische Verlangsamung

- 0 Patient zeigte normale Geschwindigkeit im Denken, Sprechen und der Gestik/Mimik
- 1 Patient bemerkte verlangsamtes Denken und die Stimmmodulation ist eingeschränkt
- 2 Patient berichtete von verlangsamttem Denken und es dauerte einige Sekunden, bis der Patient auf Fragen reagierte
- 3 Patient reagierte auf Fragen ohne ausdrückliches Daraufbestehen meist nicht

24. Psychomotorische Agiertheit

- 0 Patient zeigte keine Steigerung der Geschwindigkeit oder Disorganisation im Denken oder der Gestik/Mimik
- 1 Patient war ruhig, rutschte oft hin und her, rieb seine Hände aneinander, war zappelig o.ä.
- 2 Patient beschrieb Impulse sich (ziellos) bewegen zu müssen oder zeigte motorische Ruhelosigkeit
- 3 Patient konnte nicht stillsitzen, mußte sich, trotz Aufforderung dazu es nicht zu tun, Hin- und Her bewegen

25. Somatische Klagen

- 0 Patient klagte nicht über Schmerzen oder Beschwerden
- 1 Patient klagte über Kopf-, Bauch-, Rücken- oder Gliederschmerzen, jedoch behinderten ihn/sie diese Beschwerden nicht
- 2 Die genannten Beschwerden waren mäßig stark und während mehr als der Hälfte der Woche vorhanden
- 3 Die genannten Beschwerden waren so stark, daß der Patient funktionell behindert war

26. Sympathotone Erregung

- 0 Patient zeigte keine Anzeichen von Herzrasen, Schwitzen, Tremor, verschwommenes Sehen, Hitze-/Kälteschauer, Ohrengeräusche/-sausen, Brustschmerzen Atemnot/Kurzatmigkeit
- 1 Die genannten Symptome waren bei dem Patienten nur leicht und zeitweilig vorhanden
- 2 Die genannten Symptome waren bei dem Patienten mäßig stark und während mehr als der Hälfte der Woche vorhanden
- 3 Die genannten Symptome waren so stark, daß der Patient funktionell behindert war

27. Panik/Phobische Symptome

- 0 Patient zeigte keine Anzeichen von Panik oder von phobischen Symptomen
- 1 Patient zeigte leichte Anzeichen von Panik oder von phobischer Symptomatik, das ihn jedoch nicht weiter behinderte oder beeinflusste
- 2 Patient zeigte deutliche Panik oder phobische Symptomatik, das Patientenverhalten beeinflusste ohne gleichzeitig zu behindern
- 3 Patient erlebte (mindestens einmal in der Woche) lähmende Panikanfälle oder phobische Symptome, die den Patienten Vermeiderverhalten zeigen ließen

28. Verdauungsbeschwerden

- 0 Patient hatte normale Verdauung, keine Veränderung oder Beschwerden
- 1 Patient hatte gelegentlich Verstopfung und/oder Durchfall von leichtem Ausmaß
- 2 Patient litt die meiste Zeit unter Verstopfung und/oder Durchfall, das jedoch die Funktionsfähigkeit des Patienten nicht beeinträchtigte
- 3 Patient litt wieder an Verstopfung und/oder Durchfall. Dies erforderte Behandlung oder bewirkte Funktionsbeeinträchtigung des Patienten

Anhang C

Tabelle 1: Reliabilität Wissenstest über Depression

Tabelle 2a: Korrelationen der Krankheitsbewältigungswerte Experimentalgruppe

Tabelle 2b: Korrelationen der Krankheitsbewältigungswerte Kontrollgruppe

Tabelle 3a: Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerte und Prä-Post-Depressionswerte
endogene Depressionen

Tabelle 3b: Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerte und Prä-Post-Depressionswerte
reaktiv-neurotische Depressionen

Tabelle 1: Reliabilitätsanalyse der Items des „Wissenstest über Depression“

Variable	Schwierigkeitsgrad	Trennschärfe
Variable 01	,7143	,1639
Variable 02	,7571	,1032
Variable 03	,6857	,440
Variable 04	,9857	,2744
Variable 05	,9143	,1182
Variable 06	,8429	,4827
Variable 07	,6571	,2824
Variable 08	,8857	,4829
Variable 09	,7857	-,0258
Variable 10	,9286	,2004
Variable 11	,1714	,3165
Variable 12	,8571	,2974
Variable 13	,4429	,2385
Variable 14	,9000	,1016
Variable 15	,5714	,4193
Variable 16	,9000	,2791
Variable 17	,7286	,0015
Variable 18	,8143	,3681
Variable 19	,8429	,4036
Variable 20	,9286	,2004

Alpha = ,6698

Tabelle 2a: Korrelationen der Krankheitsbewältigungswerte
Experimentalgruppe (n=35)

		ADV-L Häufigkeit t1	ADV-L Wirksamkeit t1	ADV-L Häufigkeit t2	ADV-L Wirksamkeit t2	RU t1	RU t2	SS t1	SS t2	BA t1	BA t2	SI t1	SI t2	SR t1
ADV-L Häufigkeit t1	Korrelation Signifikanz													
ADV-L Wirksamkeit t1	Korrelation Signifikanz	,342 * ,044												
ADV-L Häufigkeit t2	Korrelation Signifikanz	,204 ,239	,275 ,110											
ADV-L Wirksamkeit t2	Korrelation Signifikanz	-,025 ,886	,465** ,005	,508* ,002										
RU t1	Korrelation Signifikanz	,128 ,464	,302 ,077	-,060 ,732	-,140 ,423									
RU t2	Korrelation Signifikanz	-0,24 ,892	-,289 ,092	-,298 ,082	-,307 ,073	,423* ,011								
SS t1	Korrelation Signifikanz	,154 ,377	,202 ,245	,027 ,878	-,059 ,737	,057 ,743	,003 ,985							
SS t2	Korrelation Signifikanz	,157 ,368	,356* ,036	,274 ,112	,276 ,108	,235 ,174	-,069 ,693	,428* ,010						
BA t1	Korrelation Signifikanz	,231 ,182	,110 ,531	,018 ,918	-,144 ,408	,003 ,987	,009 ,958	,726** ,000	,327 ,055					
BA t2	Korrelation Signifikanz	,326 ,056	,258 ,135	,112 ,523	,031 ,860	,304 ,076	,118 ,501	,280 ,103	,687** ,000	,404* ,016				
SI t1	Korrelation Signifikanz	,052 ,768	,236 ,172	,063 ,719	-,086 ,624	,520** ,001	,274 ,111	,387* ,022	,091 ,604	,410* ,014	,176 ,312			
SI t2	Korrelation Signifikanz	,145 ,405	,269 ,118	,329 ,053	,166 ,340	,608** ,000	,307 ,073	-,028 ,872	,172 ,323	,003 ,985	,303 ,077	,512** ,002		
SR t1	Korrelation Signifikanz	-,031 ,858	,180 ,301	,226 ,192	,025 ,886	,515** ,002	,130 ,456	,203 ,241	,158 ,365	,115 ,510	,058 ,740	,536** ,001	,337* ,048	
SR t2	Korrelation Signifikanz	-,079 ,651	,165 ,344	,208 ,231	-,007 ,967	,583** ,000	,407* ,015	,165 ,343	,311 ,069	,117 ,503	,321 ,060	,575** ,000	,541** ,001	,798** ,000

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; RU: Rumination; SS: Suche nach sozialer Einbindung; BA: Bedrohungsabwehr; SI: Suche nach Information und Erfahrungsaustausch; SR: Suche nach Halt in der Religion;

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

Signifikanz (2-seitig): * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Tabelle 2b: Korrelationen der Krankheitsbewältigungswerte
Kontrollgruppe (n=35)

		ADV-L Häufigkeit t1	ADV-L Wirksamkeit t1	ADV-L Häufigkeit t2	ADV-L Wirksamkeit t2	RU t1	RU t2	SS t1	SS t2	BA t1	BA t2	SI t1	SI t2	SR t1
ADV-L Häufigkeit t1	Korrelation Signifikanz													
ADV-L Wirksamkeit t1	Korrelation Signifikanz	,388* ,021												
ADV-L Häufigkeit t2	Korrelation Signifikanz	,683** ,000	,376* ,026											
ADV-L Wirksamkeit t2	Korrelation Signifikanz	,264 ,126	,462** ,005	,652** ,000										
RU t1	Korrelation Signifikanz	,257 ,136	,315 ,065	,141 ,419	,250 ,148									
RU t2	Korrelation Signifikanz	,214 ,217	,157 ,366	,117 ,503	,206 ,235	,678** ,000								
SS t1	Korrelation Signifikanz	,708** ,000	,259 ,133	,611** ,000	,304 ,076	,199 ,251	,305 ,075							
SS t2	Korrelation Signifikanz	,437** ,009	,334* ,050	,608** ,000	,512** ,002	,177 ,308	,302 ,078	,710** ,000						
BA t1	Korrelation Signifikanz	,524** ,001	,283 ,099	,415* ,013	,406* ,016	,288 ,094	,423* ,011	,542** ,001	,282 ,101					
BA t2	Korrelation Signifikanz	,388* ,021	,351* ,039	,539** ,001	,539** ,001	,222 ,201	,421* ,012	,471** ,004	,576** ,000	,683** ,000				
SI t1	Korrelation Signifikanz	,412* ,014	,308 ,072	,518** ,001	,406* ,016	,393* ,020	,346* ,042	,528** ,001	,485** ,003	,344* ,043	,404* ,016			
SI t2	Korrelation Signifikanz	,442** ,008	,431** ,010	,597** ,000	,655** ,000	,472** ,004	,535** ,001	,522** ,001	,782** ,000	,467** ,005	,695** ,000	,662** ,000		
SR t1	Korrelation Signifikanz	,160 ,360	,143 ,414	,183 ,292	,097 ,580	,180 ,302	,111 ,527	,149 ,393	-,096 ,583	,230 ,184	,203 ,234	,523** ,001	,162 ,352	
SR t2	Korrelation Signifikanz	,147 ,401	,051 ,773	,126 ,470	,119 ,495	,237 ,170	,225 ,194	,103 ,557	,010 ,955	,393* ,019	,333 ,051	,527** ,001	,248 ,151	,740** ,000

ADV-L: Liste antidepressiver Verhaltensweisen; RU: Rumination; SS: Suche nach sozialer Einbindung; BA: Bedrohungsabwehr; SI: Suche nach Information und Erfahrungsaustausch; SR: Suche nach Halt in der Religion;

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

Signifikanz (2-seitig): * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Die Tabellen 3 a und 3 b zeigen für Patienten mit der Diagnose endogene und reaktiv-neurotische Depressionen die Prä-Post-Krankheitsbewältigungswerte und die Prä-Post-Depressionswerte.

Tabelle 3a: Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Test (abhängige Stichproben) für die Differenz der Krankheitsbewältigungswerte (Prä-Post) und die Differenz der Depressionswerte (Prä-Post) für Patienten mit der Diagnose endogene Depression

	n	\bar{x}	s	T (gepaarte Differenz)	df	Signifikanz (2-seitig)
Antidepressives Verhalten Häufigkeit t1	37	99,13	10,38	-2,734	36	,010 *
Antidepressives Verhalten Häufigkeit t2	37	103,65	11,53			
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit t1	37	98,38	16,70	-2,468	36	,018 *
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit t2	37	104,73	16,69			
Beck-Depressions-Inventar t1	37	30,51	9,75	8,680	36	,000 ***
Beck-Depressions-Inventar t2	37	13,19	10,57			
Hamilton-Depressions-Skala t1	37	25,95	5,87	12,937	36	,000 ***
Hamilton-Depressions-Skala t2	37	8,76	8,00			

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$

Tabelle 3b: Mittelwerte, Standardabweichungen und t-Test (abhängige Stichproben) für die Differenz der Krankheitsbewältigungswerte (Prä-Post) und die Differenz der Depressionswerte (Prä-Post) für Patienten mit der Diagnose reaktiv-neurotische Depression

	n	\bar{x}	s	T (gepaarte Differenz)	df	Signifikanz (2-seitig)
Antidepressives Verhalten Häufigkeit t1	33	100,97	11,03	-,427	32	,672
Antidepressives Verhalten Häufigkeit t2	33	101,73	7,51			
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit t1	33	101,42	18,59	,448	32	,657
Antidepressives Verhalten Wirksamkeit t2	33	99,97	14,77			
Beck-Depressions-Inventar t1	33	31,70	9,54	6,715	32	,000 **
Beck-Depressions-Inventar t2	33	19,88	13,55			
Hamilton-Depressions-Skala t1	33	26,36	6,17	14,822	32	,000 **
Hamilton-Depressions-Skala t2	33	9,88	7,65			

t1: Meßzeitpunkt 1; t2: Meßzeitpunkt 2

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$