

***CHRONISCHE
UND
THERAPIERESISTENTE
DEPRESSIONEN***

**INAUGURAL-DISSERTATION
IN DER FAKULTÄT
PÄDAGOGIK, PHILOSOPHIE, PSYCHOLOGIE
DER OTTO-FRIEDRICH-UNIVERSITÄT BAMBERG**

***VORGELEGT VON
ANDREA HEINDL
AUS
MARKTREDWITZ***

BAMBERG, DEN 01.07.2005

TAG DER MÜNDLICHEN PRÜFUNG: 29.11.2005

DEKAN : UNIVERSITÄTSPROFESSOR
DR. MAX PETER BAUMANN

ERSTGUTACHTER: UNIVERSITÄTSPROFESSOR
DR. HANS REINECKER

ZWEITGUTACHTER: UNIVERSITÄTSPROFESSOR
DR. MANFRED WOLFERSDORF

MEINEN ELTERN

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei allen, die mich in den letzten sechs Jahren dabei unterstützt haben, diese Dissertation zu schreiben.

Herzlichen Dank meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Hans Reinecker. Er gab den ersten Anstoß zu ihrer Anfertigung, ermutigte mich zur Bewerbung um ein Promotionsstipendium und half mir in allen Stadien der Arbeit jederzeit mit kompetentem Rat, freundlicher und tatkräftiger Unterstützung und Ermutigung, wenn Schwierigkeiten auftauchten.

Ebenso herzlichen Dank an Herrn Professor Dr. Manfred Wolfersdorf. Durch seine fachliche und persönliche Hilfe, die unzähligen wertvollen Anregungen und die „volle Rückendeckung“ im Kontakt mit den beteiligten Institutionen konnte die Arbeit ihre jetzige Form annehmen und ihre nun vorliegenden Inhalte umfassen.

Danke auch an Frau Professorin Dr. Astrid Schütz und Herrn Professor Dr. Max Peter Baumann für ihre Mitwirkung an der Disputation und die anregenden und spannenden Gespräche im Vorfeld derselben, sowie Herrn Professor Dr. Lothar Laux für seine Unterstützung bei der Bewerbung um ein Promotionsstipendium.

Herzlichen Dank meiner Kollegin und Freundin Frau Ulrike Rupprecht, die als konzeptuelle Leiterin der Depressionsstation viel Zeit und Mühe dabei investiert hat, mir bei den Problemen der Datensammlung zur Seite zu stehen und mit mir zusammen die Schwierigkeiten zu lösen, die in deren Verlauf auftraten. Vielen Dank auch für das Korrekturlesen eines Teiles der Rohfassung der Arbeit – ebenso danke ich dafür auch meinen Freunden Herrn Achim Schöffel (Dipl. Psych.), Frau Sabine Rötter (Dipl. Psych.), Frau Dr. Anne Kruttschnitt, Herrn Dr. Jörg Kruttschnitt und meiner Schwester, Frau Dr. Christina Heinrich (Dipl. Psych.). Ihnen allen auch herzlichen Dank für die über das Fachliche hinausgehende persönliche und freundschaftliche Hilfe.

Freundschaftlichen Dank auch Herrn Dr. Johannes Kornacher, der als Oberarzt des Bereiches Depression des BKH Bayreuth die Datensammlung mit durchgeführt und unterstützt hat. Danke auch an Herrn Franz Josef Groenewald, Herrn Dr. Peter Springl, Frau Martina Forster-Link und Herrn Matthias Klinkisch und die Teams der Stationen A1 und A5 des BKH Bayreuth für die Arbeit bei der Datenerhebung, ebenso an Frau Petra Sitta, Frau Imke Hoyer und Frau Dr. Silke Brand vom Qualitätssicherungsprojekt Depressionsbehandlung im Rahmen des Kompetenznetzes Depression für die gute Zusammenarbeit und Unterstützung.

Danke Herrn Levente Kriston, der mit mir die Schwierigkeiten der statistischen Auswertung „online“ diskutierte.

Danke auch den Kolleginnen und Kollegen vom AK Depressionsstationen, die viel zusätzliche Arbeit mit der Bearbeitung meiner Fragebögen auf sich genommen haben.

Meinem Freund Herrn Frank Orbach möchte ich für seine Unterstützung und Hilfe danken, mit der er mir in der Abgabephase der Arbeit und der Vorbereitung auf die Disputation zur Seite stand.

Ein besonderer Dank gilt den Patientinnen und Patienten, die durch ihre Bereitschaft, an der Erhebung teilzunehmen, die Grundlage für diese Arbeit geschaffen haben.

Hier möchte ich ganz besonders den fünf Patientinnen und Patienten danken, die sich bereit erklärt haben, sich an den Einzelfallanalysen zu beteiligen – ohne ihre Hilfe und ihr Engagement hätte ein sehr wichtiger Teil der Dissertation nicht Gestalt annehmen können.

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORBEMERKUNGEN: EINFÜHRUNG UND ZIELSETZUNG 7

1. THEORETISCHER TEIL: CHRONIFIZIERUNG BZW. THERAPIERESISTENZ BEI DEPRESSIONEN 9

1.1. Überblick 9

1.2. Beschreibung des Störungsbildes Depression und der chronischen, therapieresistenten Depression 10

1.2.1. Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf 10

1.2.1.1. Klassifikation 10

1.2.1.2. Epidemiologie und Verlauf 20

1.2.2. Ätiopathogenetische Modelle 28

1.2.2.1. Tiefenpsychologisches / psychoanalytisches Modell 28

1.2.2.2. Verhaltenstherapeutisch-lerntheoretische und kognitive Modelle 32

1.2.2.3. Andere Modelle zur Entstehung chronischer bzw. therapieresistenter Depressionen 45

1.3. Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen 48

1.3.1. Definitionen und Begriffsklärungen 48

1.3.1.1. Störungunspezifische Definitionen und Begriffsklärungen von Therapieresistenz bzw. Chronifizierung 48

1.3.1.2. Störungsspezifische Definitionen und Begriffsklärungen: Chronifizierung bzw. Therapieresistenz bei Depressionen 56

1.3.1.2.1. Chronifizierung von Depressionen 57

1.3.1.2.1.1. Arbeitsdefinition von chronifizierter bzw. chronischer Depression 59

1.3.1.2.2. Therapieresistente Depressionen 61

1.3.1.2.2.2. Andere somatische Therapieverfahren 71

1.3.1.2.2.3. Weitere Erläuterungen zum Begriff der pharmakologischen Therapieresistenz 76

1.3.1.2.2.4. Therapieresistenz auf Psychotherapie 80

1.3.1.2.2.5. Therapieresistenz – Zur Kombination verschiedener Therapiemaßnahmen 82

1.3.2. Risikofaktoren, prädisponierende und/oder mit Chronifizierung korrelierende Faktoren – Überblick über die Literatur und Hypothesen über die Art ihres Einflusses 85

1.3.3. Besonderheiten der Therapie chronisch depressiver Patienten in verschiedenen Phasen der Therapie 114

1.3.4. Exkurs zur Angehörigenarbeit bei chronisch depressiv Kranken 154

1.3.5. Exkurs: Selbsthilfegruppen	162
1.3.6. Soziotherapeutische Maßnahmen	165
2. EMPIRISCHER TEIL	168
2.1. Fragestellung	168
2.2. Untersuchungsaufbau	170
2.2.1. Aufbau der Erhebung auf Depressionsstationen zum Anteil therapieresistenter und chronisch Depressiver an den behandelten Patientenpopulationen	170 170
2.2.2. Aufbau der Untersuchung einer am Bezirkskrankenhaus Bayreuth erhobenen Patientenstichprobe	174
2.2.2.1. Aufbau der Untersuchung der Gesamtstichprobe: Vergleich verschiedener Subgruppen	174
2.2.2.2. Aufbau der Untersuchung der Subgruppe therapieresistenter und chronisch Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen	180
2.3 Ergebnisse und Diskussion	183
2.3.1. Ergebnisse und Diskussion der Erhebung auf Depressionsstationen zum Anteil therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver an den behandelten Patientenpopulationen	183
2.3.1.1. Streckenprävalenz: Ergebnisse und Diskussion	183
2.3.1.2. Punktprävalenz: Ergebnisse und Diskussion	195
2.3.1.3. Ergebnisse und Diskussion der Gesamtstichprobenuntersuchung	210
2.3.1.4. Ergebnisse und Diskussion der Subgruppenuntersuchung therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen	251
3. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	363
Literatur	371
ANHANG	395

0. Vorbemerkungen: Einführung und Zielsetzung

„Die Depression ist zu häufig und beeinträchtigt die Betroffenen und die Menschen ihrer Umgebung zu sehr, als dass sie unbehandelt bleiben darf. Moderne Therapien bedienen sich psychologischer und somatischer Methoden, die sich – einzeln oder kombiniert – als recht wirksam erwiesen haben.“ (Davison et al., 1988, S. 284)

„Die allgemeine Prognose der affektiven Episode, definiert als medizinische und soziale Remission, ist gut.“ (Felber, 2003, S.131)

Wie hier Davison und Neale in ihrem Lehrbuch der Klinischen Psychologie oder Felber im Lehrbuch „Psychiatrie und Psychotherapie“, leiten viele Autoren ihre Übersichten zu den Therapiemöglichkeiten bei depressiven Störungen ein: Die Behandlungsbedürftigkeit stehe außer Frage, die Erfolgsaussichten seien „recht gut“, die Therapiemöglichkeiten „recht wirksam“, den meisten Patienten und Patientinnen könne geholfen werden.

So erfreulich diese Einschätzungen auf den ersten Blick für alle Betroffenen erscheinen, enthalten sie doch bei näherer Betrachtung auch einen Aspekt, der weniger beruhigend ist: Was ist mit „recht wirksam“ und mit „den meisten Patienten“ gemeint?

Es ist nur zu verständlich, dass jeder, der von einer derart schwerwiegenden Störung wie einer Depression betroffen ist – sei es nun als Patient selbst, als Angehöriger im engeren oder weiteren Sinn oder auch als Therapeut – für „seinen“ Fall die denkbar günstigsten Bedingungen annimmt: Er wird davon ausgehen, dass er zu demjenigen Teil der Beschriebenen gehört, dem geholfen werden kann, der *nach* der Depression wieder ein normales Leben führen kann, zumal dieser Teil hier durch Formulierungen wie „recht gut“ bzw. „meist“ als der größere erscheint. Warum sollte man selbst – bzw. der eigene Partner, das eigene Kind, die eigene Patientin oder der eigene Klient – ausgerechnet die Ausnahme von der Regel darstellen?

Umso enttäuschender und schwieriger ist die Lage für die kleine Patientengruppe, der trotz grundsätzlich bester Aussichten und trotz einer Therapie „nach allen Regeln der Kunst“ nicht oder nicht in ausreichendem Maße zu einer Besserung ihres Zustandes verholfen werden kann, die länger krank bleibt als ursprünglich angenommen.

Hier deuten sich bereits einige für die Problematik wichtige Fragen an:

Wie klein oder groß ist nun genau diese Gruppe, d.h. was bedeutet das „recht wirksam“ aus dem obigen Zitat? Was soll unter „keiner Besserung des Zustandes“ oder „nicht ausreichender Besserung“ überhaupt verstanden werden? Welche Kriterien gibt es für eine Therapie „nach allen Regeln der Kunst“? Und schließlich: Kann man bereits vor Beginn oder im Verlauf der Behandlung anhand bestimmter Prädiktoren erkennen, welcher Patient gefährdet ist,

zu dieser Gruppe zu gehören – und wenn ja: Kann dieses Wissen bei der Therapieplanung eingesetzt werden?

Diese und einige darüber hinausgehende Fragen zur Problematik der Therapieresistenz bzw. der Chronifizierung bei depressiven Störungen stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit.

1. Theoretischer Teil: Chronifizierung bzw. Therapieresistenz bei Depressionen

1.1. Überblick

Im theoretischen Teil wird ein Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zur Chronifizierung bzw. zur Therapieresistenz bei Depressionen gegeben.

Bei einer kurzen Beschreibung des Störungsbildes der Depression, seiner Häufigkeit und Verbreitung und einer Darstellung möglicher Erklärungsmodelle zur Entstehung wird das Hauptaugenmerk jeweils auf diejenige Subgruppe der depressiven Patienten gerichtet, die unter einer sog. „therapieresistenten“ bzw. „chronischen“ Depression leiden (Teil 1.2.). Es wird also auf diejenigen Aspekte der Depression eingegangen, die für das Verständnis therapieresistenter und chronischer Verläufe wichtig erscheinen bzw. die für das Verständnis des empirischen Teils dieser Arbeit relevant sind. Andere Verläufe und Faktoren werden nur erwähnt und nicht weiter ausgeführt, da eine umfassende Darstellung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. In den Teilen 1.2.1. bis 1.2.2. werden dazu Klassifikation, Epidemiologie und ätiopathogenetische Modelle zur Depression allgemein wie auch v.a. zu den Subgruppen der chronischen und therapieresistenten Depressionen aufgezeigt. Dabei werden diese beiden Begriffe verwendet, ohne sie vorerst genauer definiert zu haben, da dies der Übersichtlichkeit wegen erst im darauf folgenden Teil (1.3.) ausführlich geschieht.

Da es bis heute keine eindeutige bzw. allgemein akzeptierte Definition gibt (Bauer et al. , 1997), ist hier zunächst die Frage zu klären, was unter Therapieresistenz bzw. Chronifizierung in den verschiedenen Betrachtungsweisen verstanden wird bzw. welche der möglichen Kriterien aus der Literatur der vorliegenden Arbeit zugrunde zu legen sind. Verwandte, jedoch nicht deckungsgleiche Begriffe werden davon abgegrenzt bzw. vergleichend oder ergänzend dargestellt, der Unterschied zwischen „therapieresistent“ und „chronisch depressiv“ und deren Überschneidungen werden herausgearbeitet.

Anschließend wird beschrieben, welche Faktoren als prädisponierend, als korrelierend und/oder als Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf bzw. für Therapieresistenz gelten.

1.2. Beschreibung des Störungsbildes Depression und der chronischen, therapieresistenten Depression

1.2.1. Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf

1.2.1.1. Klassifikation

Mit „affektiven Störungen“ werden, wie der Name schon sagt, Veränderungen der Stimmung, des Gefühlslebens bezeichnet. Stellt man sich das affektive Spektrum als Kontinuum vor, so umschreibt der Begriff „Depression“ den einen, der Begriff „Manie“ den anderen Pol, zwischen denen eine Vielzahl von Ausprägungen liegen. Allerdings wird der Begriff „Depression“ bzw. „depressiv“ auch für verschiedene Ebenen der Betrachtung verwendet:

Auf der symptomatischen Ebene beschreibt man damit Erscheinungen wie Verstimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit u.ä. - Symptome also, die bei verschiedenen psychiatrischen Störungen beobachtet werden können (vgl. Tabelle 1).

Leidet eine Person zu einem gegebenen Zeitpunkte unter mehreren dieser Symptome, spricht man von einem depressiven Syndrom. Nosologisch betrachtet sind zusätzlich noch Angaben zu Ätiologie, Verlauf und Therapie vonnöten, wobei der Forschungsstand hier noch zu unzureichend ist, um von „dem Störungsbild“ oder „der Krankheit“ Depression zu sprechen (vgl. Hautzinger et al., 1998).

Als Beispiel für eine derzeit gebräuchliche Klassifikation für Depressionen sei hier die der Weltgesundheitsorganisation WHO in ihrer 10. Auflage (1992) vorgestellt (ICD-10), auf andere wie z.B. die DSM-IV der American Psychiatric Association (1994, 1996) bzw. auf ältere Diagnosesysteme soll nur vergleichend verwiesen sein. Denn obwohl im psychologischen Kontext überwiegend mit den Einteilungen des DSM gearbeitet wird, werden im praktischen Teil dieser Arbeit hauptsächlich die Kriterien der ICD-10 verwendet; außerdem bestehen große Übereinstimmungen zwischen den beiden Klassifikationssystemen (eine übersichtliche Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden bieten z.B. Volk et al., 1998, S.9ff). Die ICD-10 (International Classification of Diseases, hier relevant: Kapitel V (F): vgl. Literaturverzeichnis) ist ein Klassifikationssystem, das klinische Leitlinien zur Diagnose von Krankheiten und Störungen vorgibt, anhand derer sich der klinisch Tätige bzw. die Gesundheitsdienste orientieren können. Daneben gibt es die „Forschungskriterien (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research, DCR), die

hauptsächlich für wissenschaftliche Zwecke konzipiert wurden und zusammen mit den klinisch-diagnostischen Leitlinien gebraucht werden sollen.

Tabelle 1: Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten (nach Hautzinger, 1998, S.4)

Verhalten/ Motorik/ Erscheinungsbild	emotional	physiologisch- vegetativ	imaginativ- kognitiv	motivational
<i>Körperhaltung:</i> Kraftlos, gebeugt, spannungslos; Verlangsamung der Bewegungen; Agitiertheit, nervöse, zappelige Unruhe, Händereiben o.ä. <i>Gesichtsausdruck:</i> traurig, weinerlich, besorgt; herabgezogene Mundwinkel, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrte, manchmal auch nervöse, wechselnd angespannte Mimik <i>Sprache:</i> leise, monoton, langsam allgemeine <i>Aktivitätsverminderung</i> bis zum Stupor, wenig Abwechslung, eingeschränkter Bewegungsradius, Probleme bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen	Gefühl von Niedergeschlagenheit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, innere Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst und Sorgen, Gefühl der Gefühllosigkeit und Distanz zur Umwelt	innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tageszeitliche und jahreszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterföhligkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (u.a. Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden); zu achten ist bei der Diagnose auf Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Kalziummangel, Eisenwerte, Serotonin/Adrenalin-Mangel bzw. -Überschuss	negative Einstellung gegenüber sich selbst (als Person, den eigenen Fähigkeiten und dem eigenen Erscheinungsbild) und der Zukunft (z.B. imaginierte Vorstellung von Sackgasse, schwarzem Loch); Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Einfallsarmut, mühsames Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafen oder Katastrophen, Wahnvorstellungen, z.B. Versündigungs-, Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen; rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen	Mißerfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit, Interessenverlust, Verstärkerverlust, Antriebslosigkeit, Entschlußfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen

Die ICD-10 (WHO, 1992, hier zitiert nach der deutschen Übersetzung (Dilling et al., 1993), bzw. in Anlehnung an die Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (ICDL, Hiller 1994)), enthält folgende Einteilung für Störungen mit depressiver Symptomatik:

- Bipolare affektive Störung (F30.x oder F31.x)
- Dysthymia (F34.1) oder Zylothymia (F34.0)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen: Anpassungsstörung: kurze (F43.20) bzw. längere (F43.21) depressive Reaktion (wird nicht unter „Affekti-

ve Störungen (F3)“ verschlüsselt, sondern unter „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4).

- Postpartum Depression (F53.0)
- Organische affektive Störungen (F06.3)
- Depressive Episode (F32.x, F33.x)¹

Als Leitsymptome für eine depressive *Episode* werden die folgenden aufgeführt:

- 1) Depressive Stimmung in einem für den Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände
- 2) Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind
- 3) Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit
- 4) Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- 5) Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte und unangemessene Schuldgefühle
- 6) Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
- 7) Klagen über oder Anzeichen für vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen wie Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit
- 8) Änderung der psychomotorischen Aktivitäten mit Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
- 9) Schlafstörungen jeder Art
- 10) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Von diesen Symptomen müssen

für eine leichte Episode:

mindestens 4 von 10, davon mindestens 2 aus 1) bis 3) gegeben sein,

für eine mittelschwere Episode:

mindestens 6 von 10, davon mindestens 2 aus 1) bis 3) und

für eine schwere Episode:

Mindestens 8 von 10, darunter die ersten 3.

(Dies wird an 4. Stelle des Diagnosenkürzels verschlüsselt (s.u.).)

¹ Anmerkung: Auf die ausführliche Darstellung der Kriterien für eine bipolare affektive Störung, für Zykllothymia, für die Postpartum Depression, für die organischen affektiven Störungen sowie die Anpassungsstörungen wird hier verzichtet, da im Mittelpunkt der Betrachtung dieser Arbeit nur unipolare und darunter die längerandauernden bzw. therapieresistenten depressiven Störungen stehen.

Diese Kriterien müssen mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen bestanden haben und eine organische Ätiologie muss ausgeschlossen sein.

Liegen derartige Symptome vor, so ist eine depressive Episode zu diagnostizieren (F3). An dritter Stelle der Verschlüsselung soll eingetragen werden, um welche Art der Störung es sich handelt:

- „Depressive Episode“: Nur bei einer einzigen (der ersten) depressiven Episode, d.h., hier handelt es sich um Ersterkrankte; Verschlüsselung F32.x
- „Rezidivierende depressive Episode“: Bei mindestens zwei depressiven Episoden, die durch eine Periode von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Symptome voneinander getrennt sein müssen; Verschlüsselung F33.x
- „Andere oder nicht näher bezeichnete depressive Störung“ (F3x.8/9).

Anschließend wird, wie oben erklärt, der Schweregrad verschlüsselt:

- Leicht (F3x.0)
- Mittelschwer (F3x.1)
- Schwer, ohne psychotische Symptome (F3x.2)
- Schwer, mit psychotischen Symptomen (F3x.3)
- Gegenwärtig remittiert (F33.4)
- Andere (F3x.8)
- Nicht näher bezeichnet (F3x.9)

An fünfter Stelle kann für die Ausprägungsformen leichte und mittelschwere Episode noch angegeben werden, ob ein somatisches Syndrom vorliegt (F3x.x1 mit somatischem Syndrom, F3x.x0 ohne somatisches Syndrom). Bei den schweren Episoden kann an dritter Stelle verschlüsselt werden, ob psychotische Symptome vorliegen und an vierter Stelle, ob diese gegebenenfalls stimmungskongruent oder –inkongruent sind (0 kongruent, 1 inkongruent).

Dass das somatische Syndrom nur bei leichten und mittelschweren Episoden verschlüsselt werden darf, verwundert zunächst; die Autoren begründen dies aber damit, dass „das somatische Syndrom bei schweren depressiven Episoden praktisch immer vorhanden“ (Dilling et al., 1993, S.143) sei. Umgekehrt können bei einer leichten oder mittelschweren depressive Episode keine psychotischen Symptome angegeben werden.

Für das somatische Syndrom sind ebenfalls acht Merkmale angegeben (Interessenverlust an als angenehm empfundenen Aktivitäten, mangelnde emotionale Reagibilität, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichts- und Libidoverlust), von denen vier für die Diagnose erfüllt sein müssen.

Für die Diagnose einer Dysthymia (F34.1) reichen weniger ausgeprägte Beeinträchtigungen aus: Die Kriterien sind hier depressive Stimmung, anhaltend oder häufig wiederkehrend, für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren, die von Intervallen normaler Stimmung „nur selten länger als ein paar Wochen“ (IDCL Dysthymia) unterbrochen werden dürfen; außerdem dürfen keine hypomanischen Episoden aufgetreten sein.

Symptomatisch müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

In „mindestens einigen depressiven Perioden“ müssen mindestens 3 der folgenden 11 Merkmale bestanden haben:

- (1) Verminderte Energie oder Aktivität
- (2) Schlafstörungen
- (3) Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl der Unzulänglichkeit
- (4) Konzentrationsschwierigkeiten
- (5) Häufiges Weinen
- (6) Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten
- (7) Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung
- (8) Erkennbares Unvermögen, mit Routine-Anforderungen des täglichen Lebens fertigzuwerden
- (9) Pessimismus bzgl. der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit
- (10) Sozialer Rückzug
- (11) Verminderte Gesprächigkeit

Die Dysthymia wird häufig mit dem in der ICD-9 gebräuchlichen Begriff der neurotischen Depression bzw. der depressiven Neurose in Verbindung gebracht. Obwohl diese Konzepte, so die ICD-10 (Dilling 1993), „sehr viel... gemeinsam“ haben, ist doch zu beachten, dass unter die Bezeichnung Dysthymia nur diejenigen Störungen fallen, die einen gewissen Schweregrad nicht überschreiten - im Unterschied zur früheren „neurotischen Depression“, die auch schwere Ausprägungen haben konnte und damit heute als depressive Episode verschlüsselt werden müsste.

Die Diagnosen Dysthymia und rezidivierende depressive Störung schließen sich nach der ICD-10 gegenseitig aus (zumindest weitgehend – s.u.): Die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung dürfen im betrachteten Zweijahreszeitraum nur sehr selten und nur bis

zur Ausprägung „leichter“ Schweregrad erfüllt sein. Bei häufigeren oder schwerer ausgeprägten Symptomen darf die Diagnose Dysthymia nicht mehr gestellt werden, sondern es ist ein Diagnosewechsel hin zur rezidivierenden Störung nötig. Die Information über die lange Dauer der bisherigen Störung ohne nennenswerte Phasen der Besserung bzw. der zeitweiligen *Symptomfreiheit* geht dabei verloren - eine Information, die durchaus von Belang ist:

Die Bedeutung von Klassifikationen liegt u.a. darin, dass sie therapeutische und/oder rehabilitative Interventionen nahe legen bzw. prognostische Aussagen ermöglichen sollen. Sowohl Interventionen als auch Prognose können verschieden ausfallen, wenn man sich beispielsweise einerseits eine Person vorstellt, die nach einer ersten depressiven Episode eine längere Zeit symptomfrei war und nun eine zweite erleidet, andererseits eine Patientin, der seit zwei Jahren die Symptome einer Dysthymia aufweist und einige Male während dieser Zeit auch die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt hat – also seit zwei Jahren kaum mehr Phasen kennt, in denen sie sich wohl und psychisch gesund fühlt – und die nun eine Verschlechterung erlebt, die die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt. Nach der ICD-10 würden beide Betroffene mit derselben Diagnose verschlüsselt werden.

Die DSM-IV geht hier einen anderen Weg, der diesen Nachteil nicht hat, dafür allerdings komplizierter ist (vgl. zum Folgenden Hinterhuber (2002)): Die Diagnose einer dysthymen Störung darf *nach* einer Major Depression (entspricht einer Depressiven Episode nach ICD-10) nur dann gestellt werden, wenn die Dysthymie schon *vor* der ersten depressiven Episode aufgetreten war oder wenn vor Beginn der Dysthymie mindestens zwei Monate liegen, in der die Person von der ursprünglichen Episode remittiert war. Tritt nach den zwei Jahren einer Dysthymie eine depressive Episode auf, so kann dies mit einem Begriff von Keller et al. (1982) als „double depression“² bezeichnet werden. Geht die Symptomatik aber anschließend wieder zurück und erfüllt dann nicht mehr die Kriterien einer Major Depression, muss wieder eine dysthyme Störung diagnostiziert werden – auch hier geht also wiederum Information verloren, diesmal diejenige, dass der betreffende Patient auch zu schwerer ausgeprägten Symptomen neigt. Praktikabler erschiene eine Definition von double depression, die immer dann gestellt werden könnte, wenn der Patient sowohl zu länger anhaltenden leichteren depressiven Verstimmungen neigt, aber auch schwerere Ausprägungen zu beobachten sind – unabhängig davon, ob die Ausprägung der depressiven Episode fortbesteht oder wieder zurückgeht.

² Angst (zit. nach Hinterhuber, 2002) bezeichnet den Begriff der double depression als ein „Artefakt der Definition“, da affektive Erkrankungen sich als milde oder schwere Syndrome am selben Patienten manifestieren können.

Double depression könnte dann also eine längere depressive Verstimmung von wechselndem Schweregrad ohne längere symptomfreie Phasen bedeuten.

In eine Übersicht gebracht, lassen sich affektive Störungen nach folgenden Kategorien unterscheiden und einordnen (es wurden weitgehend die Kategorien und Unterscheidungskriterien der ICD-10 verwendet):

Abbildung 1: Übersicht über affektive Störungen

Affektive Störung			
Auslenkungsrichtung:	zum depressiven Pol	zu beiden Polen: depressiv u. manisch	zum manischen Pol
Phasenwechsel:		Wechsel sehr schnell: ultra rapid cycler	
	Schnelles Aufeinanderfolgen von Episoden ³	Wechsel schnell: rapid cycler	
		Wechsel langsam	
Schweregrad	leicht		hypomanisch
	mittel		
	schwer		manisch
Dauer:			
Kriterium f. „Episode“:	2 Wochen	≥ 4 Tage (Hypomanie) ≥ 1 Woche (Manie)	
Kriterium f. „anhaltend“:	2 Jahre		
Auftreten:	erstmalig		
	wiederholt (rezidivierend)		
Psychomotorik:	agitiert	gehobene Stimmung	
	gehemmt	gereizt-dysphorisch	
Psychotische Symptome	nein		
	ja: stimmungskongruent		
	ja: stimmungsinkongruent		
Somatische Symptome:	ja		
	nein		

- 1 **Dysthymia:** leichte depressive Symptome über 2 Jahre, keine manischen oder hypomanischen Symptome
Zyklothymia: leichte depressive und hypomanische Symptome über 2 Jahre

Am Fallbeispiel des Herrn CD02 (vgl. praktischer Teil dieser Arbeit) ließe sich dessen Störung wie folgt beschreiben (grau unterlegte Felder treffen auf den Patienten zu):

³ Felber (2003) nennt unter rapid cyclers auch unipolar Depressive, die ca. 4 depressive Episoden pro Jahr aufweisen (vgl. auch unten)

Abbildung 2: Übersicht über affektive Störungen: Beispiel Herr CD02

Affektive Störung: Beispiel Herr CD02			
Auslenkungsrichtung:	zum depressiven Pol	zu beiden Polen: depressiv u. manisch	zum manischen Pol
Phasenwechsel:		Wechsel sehr schnell: ultra rapid cycler	
	Schnelles Aufeinanderfolgen von Episoden	Wechsel schnell: rapid cycler	
		Wechsel langsam	
Schweregrad:	leicht	hypomanisch	
	mittel		
	schwer	manisch	
Dauer:			
Kriterium f. „Episode“:	2 Wochen	≥ 4 Tage	≥ 1 Woche
Kriterium f. „anhaltend“:	2 Jahre		
Auftreten:	erstmalig		
	wiederholt (rezidivierend)		
Psychomotorik:	agitiert	gehobene Stimmung	
	gehemmt	gereizt-dysphorisch	
Psychotische Symptome	nein		
	ja: stimmungskongruent		
	ja: stimmungsinkongruent		
Somatische Symptome:	ja		
	nein		

1.2.1.2. Epidemiologie und Verlauf

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen nennt in seinem Gutachten 2000/2001 die Depression eine der häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung und in der hausärztlichen Versorgung.

„Gemessen an dem Indikator YLD (*years lived with disability*), der die Häufigkeit und Dauer einer Erkrankung sowie die damit verbundenen Beeinträchtigungen berücksichtigt, steht in den Industrieländern die unipolare Depression mit deutlichem Abstand an erster Stelle vor allen anderen Volkskrankheiten.“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, S.169).

Felber (2003) bezeichnet depressive Störungen als die „häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt“ (ebd., S.131). Volk et al. (1998) nennen sie als dritthäufigste psychische Erkrankung neben Substanzabhängigkeit und Angsterkrankungen.

Dass in der älteren Literatur häufig niedrigere Prävalenzzahlen als in der neueren zu finden sind, erklärt Köhler (1999) u.a. damit, dass ältere Autoren vorwiegend manisch-depressive oder affektive Psychosen beschrieben und die damals sog. neurotischen und reaktiven Formen weniger Beachtung fanden. Neuere Untersuchungen bezögen laut Köhler (ebd.) nicht nur klinische und damit eindeutig behandlungsbedürftige Verläufe mit ein, sondern auch weniger schwere Fälle (ebd., S.38).

Tabelle 2 (aus Felber, 2003, S.132) nennt einige epidemiologische Zahlen zu affektiven Störungen allgemein, Tabelle 3 (aus Volk et al., 1998, S.25) schlüsselt Werte nach den verschiedenen Krankheitsbildern auf.

Tabelle 2: Epidemiologische Angaben zu depressiven bzw. affektiven Störungen (nach Felber, 2003, S.132)

Merkmal	Epidemiologische Größe
Inzidenz	schwerere Fälle 1,5/1000 Einwohner/J + milde Formen 7,5/1000 Einwohner/J
Punktprävalenz	ältere Untersuchungen 0,3% Einwohner neuere Untersuchungen 1,5% Einwohner (depressive Symptome 13-20%)
6-Monats-Prävalenz	USA z.Zt. 3,5% männliche Einwohner USA z.Zt. 5,5% weibliche Einwohner
Lebenszeitprävalenz	USA affektive Störungen 8% Einwohner anteilig: Manien 1% Major Depression 4,5% Dysthymia 2,5%

Morbiditätsrisiko	ältere Untersuchungen 1,0% Einwohner neueste Untersuchungen	bis 10% Männer bis 20% Frauen
--------------------------	--	----------------------------------

Tabelle 3: Prävalenzen depressiver Störungen im Erwachsenenalter, nach Wittchen et al. (1994), zit. nach Volk et al. (1998)

Störung	Punkt-1-Jahres-	6-Monats-	Lebenszeitprävalenz
Major Depression	3.1% (1.5-4.9)	6.5% (2.6-9.8)	16.1% (4.4-18.0)
Dysthymie	2.1% (1.2-3.9)	3.3% (2.3-4.6)	3.6% (3.1-3.9)
Bipolare Störung	0.9% (0.1-2.3)	1.1% (1-1.7)	1.3% (0.6-3.3)
Recurrent brief depression	?	? (4.2-7.2)	11.1% (?-17)

Wie die Übersichten zeigen, bestehen Unterschiede in den Prävalenzzahlen zwischen verschiedenen Verlaufsformen affektiver Störungen: So sind bipolare Störungen seltener als unipolare. Auch der Verlauf dieser beiden Subgruppen ist unterschiedlich, was Ersterkrankungsalter, Episodendauer, Geschlechterverhältnis und andere Parameter angeht (vgl. Tabelle 4 aus Felber, 2003, S.129)

Tabelle 4: Verlaufparameter unipolarer und bipolarer Störungen (aus Felber 2003, S.129)

Merkmale	unipolar	bipolar
Erkrankungsalter	30. - 40. Lj.	20. - 30. Lj.
Diagnosestabilität	heterogen (1/3 noch nicht bipolar)	homogen
Einmalige Episode	20-30%	5%
Mittlere Episodenzahl bis 65. Lebensjahr	4-6	10
Rapid cyclers	4 depressive Episoden/J (selten)	4 manische oder 2 bipolare Episoden/J
48-Stunden-Periodik	nein	ja
Episodendauer	5,2-5,4 Monate	4,0-4,2 Monate
Mittlere Zyklusdauer	4,5-5 Jahre	2-3 Jahre
Geschlecht (M:F)	1:2,5	1:1

Da im Folgenden v.a. auf die unipolaren Störungen und darunter v.a. die chronischen, chronifizierten und therapieresistenten Verläufe eingegangen werden soll, werden ihre Charakteristika hier eingehender beschrieben.

Der Median des Ersterkrankungsalters liegt um 35 Jahre (s.o.). Dabei ist jedoch zu beachten, dass erste Episoden oft auch unerkannt bleiben, da sie häufig schwächer und kürzer verlaufen, oft auch als Reaktionen auf belastende Ereignisse auftreten (Felber 2003, S.130). Diskutiert wird auch eine zweigipflige Verteilung mit einer zweiten Erstmanifestationsspitze nach dem 60. Lebensjahr (Haug, 1996a, zit. nach Köhler, 1999).

Die mittlere Episodendauer liegt bei ca. fünf Monaten, die reine Dauer selbst scheint sich durch Behandlung mit Antidepressiva nicht verkürzen zu lassen⁴, allerdings kann dadurch die Symptomatik reduziert werden (Felber, 2003, S.130). Im Gegenteil sprechen Volk et al. (1998, S.32) sogar von einer Verlängerung der Phasendauer, die die „Kosten“ für die Entschärfung der depressiven Symptomatik darstellen könne.

Den Verlauf einer solchen Phase unter Therapie stellt die Abbildung 3 dar (nach Kupfer, 1991). Eine affektive *Episode* hat eine gute Prognose, remittiert also in der Regel in medizinischer wie sozialer Hinsicht (Felber, 2003, S.131). Allerdings gilt diese optimistisch stimmende Aussage nur eingeschränkt: In ca. 15-30% kommt es zu Chronifizierung über mindestens 2 Jahre (ebd.), andere Autoren nennen Zahlen zwischen 11 und 25% (Volk et al., 1998, S.28), wieder andere je nach Definition von „chronisch“⁵ auch niedrigere (Brodaty et al., 2001: 2%) und deutlich höhere (Spießl et al. 2001: 43%). Ruppe (1996) fand in ihrer 6-Jahres-Katamnese bei 26% (n=15 von 58 Untersuchten) einen chronischen Verlauf, definiert als Episodendauer über zwei Jahre ohne zwischenzeitliche Remission (vgl. Tabelle 5).

⁴ In den «Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg., 2000) wird dagegen angegeben, dass „vor der Ära der Psychopharmakotherapie (...) die typische Dauer depressiver Episoden 6-8 Monate“ betrug, moderne Therapieverfahren diese Dauer aber „wesentlich verkürzt“ hätten (S.6)

⁵ zur Problematik der Definition von „Chronizität“ wie auch von „Therapieresistenz“ vgl. Kapitel 1.3.1.

Tabelle 5 : Chronische Verläufe (n = 15) in der Weissenauer Katamnese-Studie (n ges. = 58)
(6-Jahres-Katamnese; nach Ruppe, 1996)

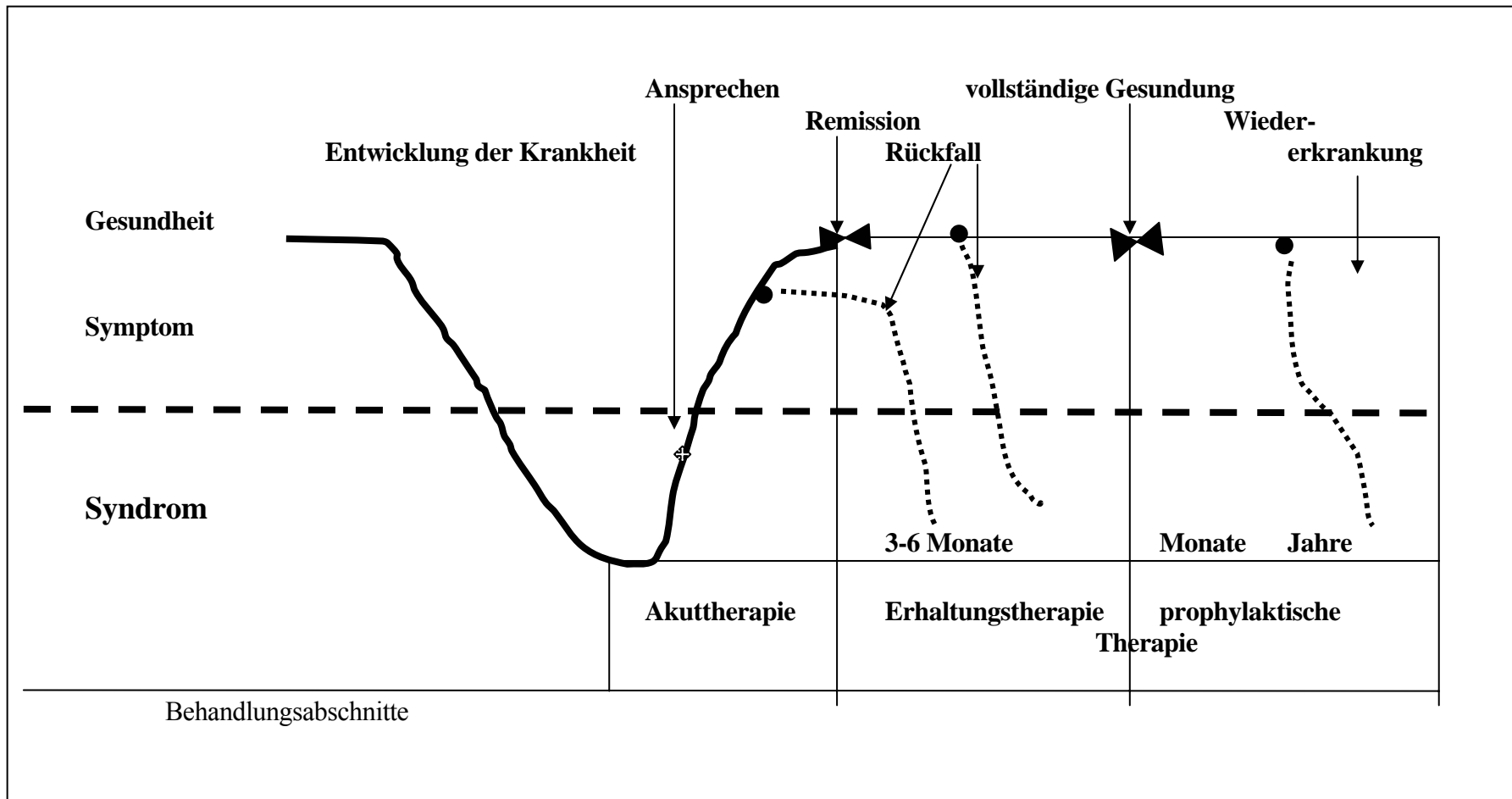
Unterschiedliche Verläufe

Chronischer Verlauf bei n = 15 Pat. (26 % von n gesamt =58)

d. h. Episodendauer jeweils > 2 Jahre ohne zwischenzeitliche Remission

- davon	● ausschließlich als Minor Depression	n = 2
	● ausschließlich als Major Depression	n = 4
	● wechselnd zwischen Minor und Major Depression	n = 9
- davon	● über 6 Jahre keine Remission	n = 6
	● Chronifizierung in der Index- episode	n = 7
	● Remission der Indexepisode, dann chronischer Verlauf nach Rückfall	n = 8
	● zum Ende der Katamnese nicht remittiert von allen „chronisch“ Depressiven	n = 12

Abbildung 3 Schematische Darstellung des Langzeitverlaufs einer depressiven Erkrankung
(nach Kupfer, 1991)



Zu diesen Ausnahmen von der in der Regel guter Episodenprognose müssen auch folgende Einschränkungen erwähnt werden, die besonders auf stationär behandelte Depressive zutreffen:

- Suizidrisiko bei 15% (Felber, 2003, ebenso Wolfersdorf et al., 2003 (für schwere Depressionen), ebenso DSM IV, S.402);
- es liegt eine erhöhte Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Unfall vor (Felber, 2003);
- hohe Rezidivneigung (ebd.), s.a. Tabelle 6 aus Volk et al. (1998);

Tabelle 6: Häufigkeit von Remission, Rezidiv und Chronifizierung; modifiziert nach Piccinelli und Wilkinson (1996), zit. nach Volk et al. (1998)

Katamnese	0,5 Jahre	1 Jahr	2-5 Jahre	> 10 Jahre
Remission	28-56% (MW: 53%)	28-75% (MW: 64%)	46-90%	18-30% (MW:24%)
Rezidiv		25-27% (MW:26%)	46-74%	63-95% (MW:76%)
Chronifizierung		8-17% (MW: 15%)	(10%)	8-15% (12%)

MW: mittlerer Wert, d.h. keine Wiedererkrankung während des Katamnesezeitraums

Tabelle 7 Langzeitverlauf uni- und bipolarer affektiver Störungen (nach Volk et al. 1998, ergänzt, zit. nach Wolfersdorf et al., 2003)

Autoren	Verlaufstypen	n	Zeitraum	Anteil % sehr gut	chronisch	Suizid
Lee and Murray (1988)	unipolar	89	18 Jahre	18%	25%	4%
Kiloh et al. (1988)	unipolar	145	15 Jahre	20%	11%	7%
Wolfersdorf et al. (1990), Steiner (1989)	unipolar	165	1 Jahr	45%	15% ¹	4%
Ruppe et al. (1994), Ruppe (1996)	unipolar	76	6 Jahre	36%	18% ²	8%
Angst und Preissig (1995)	unipolar bipolar	186 220	22-27 Jahre 22-27 Jahre	27% 4%	13% 16%	23% 8%
Brodaty et al. (2001)	unipolar	145	25 Jahre	12%	2%	2%

¹ chronisch = MD > ½ Jahr nach stat. Behandlung im Katamnesejahr (hier ohne Suizide)

² chronisch = MD ≥ 2 Jahre im Katamnesezeitraum

Da – einmal ganz abgesehen von den letalen Ausgängen – sowohl Chronifizierung als auch Rezidive schwere Beeinträchtigungen für den Betroffenen mit sich bringen, besteht, wie Volk et al. (1998) richtig zusammenfassen, die zentrale therapeutische Herausforderung in der Verhinderung dieser Ausgänge (vgl. dazu auch Kapitel 3. Zusammenfassung und Ausblick).

Risikofaktoren für depressive Störungen allgemein sind (nach Felber, 2003, S.131)

- Geschlecht
- einige soziale Faktoren (v.a. Stressoren/life events und chronische Stresssituationen (Felber, 2003), daneben auch Familienstand: Getrennt Lebende und Geschiedene erkranken häufiger depressiv (Weissman et al., 1991, zit. nach Köhler, 1999, S.41)
- eine positive Familienanamnese (Erkrankungsrisiko unter Verwandten erhöht, z.B. Morbiditätsrisiko für Erstgradverwandte mindestens doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Moldin et al, 1991, zit. nach Köhler, 1999) und
- bestimmte prämorbid Persönlichkeitsbedingungen.

Das Geschlechterverhältnis (männlich zu weiblich) beträgt für unipolare Depressionen nach Felber (2003) 1 : 2,5, andere Autoren nennen Zahlen zwischen 1 : 1,1 bis 3 (z.B. Nolen-Hoeksema (1990, S.38, zit. nach Köhler, 1999), bei bipolaren Störungen ist das Geschlechterverhältnis ungefähr ausgeglichen (ebd.). In den letzten Jahrzehnten scheint sich diese Differenz zu vermindern: Murphy (1986, zit. nach Volk et al., 1998) stellten diesen Trend in einer Metaanalyse amerikanischer, kanadischer und schwedischer Studien fest, Ernst et al. (1992, zit. nach Volk et al., 1998) fanden in ihrer Zürich-Studie sogar keine gesicherten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In anderen Ländern und Kulturkreisen wurden auch andere Geschlechterverhältnisse gefunden. In Guinea, Indien und Papua z.B. erkrankten nach einer Studie von Weissman et al. (1977, zit. nach Volk, 1998) mehr Männer als Frauen. Allerdings kann dies auch mit Selektionseffekten zusammenhängen, wie Köhler (1999) richtig anmerkt, da in einigen Studien oft nur Patienten in stationärer Behandlung oder in Privatpraxen in die Untersuchung eingingen.

Keine große Rolle für die Häufigkeit der Erkrankung scheinen (ebd., S.40f) Schichtverteilung⁶, Bildungsniveau, Wohnort (Land oder Stadt) und Kulturkreis⁷ zu spielen.

⁶ Ausnahme: Die saisonal abhängige Depression nimmt mit Entfernung des Landes vom Äquator zu (nach DSM-IV, S. 450, zit. nach Köhler, 1999).

⁷ eine gegenteilig argumentierende Studie wird allerdings angeführt: Kessler et al. (1994) fanden ein vermehrtes Vorkommen affektiver Störungen in der untersten Einkommensgruppe.

Wolfersdorf und Heindl (2003) fassen die referierten Daten zu Epidemiologie und Verlauf wie folgt zusammen:

„Man kann also

- von einem *chronischen Verlauf* bei 15-25% ausgehen,
- von einer *Rezidivrate*, die von Jahr zu Jahr und von Wiedererkrankung zu Wiedererkrankung steigend ist bis auf Dreiviertel bis Vierfünftel,
- von einer *mittleren Anzahl von depressiven Episoden* bei Ersterkrankung von 3 bis 4 und mehr im Laufe eines Erwachsenenlebens und
- von einer *völligen Wiederherstellung* nach 1 Jahr bei etwa 50% bis Zweidrittel der depressiven Patienten.“

(Wolfersdorf & Heindl, 2003, S.52, Hervorhebungen und Anordnung in Listenform von der Verfasserin).

1.2.2. Ätiopathogenetische Modelle

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über ätiopathogenetische Modelle zur Depression geboten, wobei das Hauptaugenmerk auf Entstehungsmodelle chronischer und therapieresistenter Depressionen gelegt wird. Soweit diese in den referierten Theorien nicht ausdrücklich ausgeführt werden, wird versucht, die Annahmen und Folgerungen der Theorien auf diese Subgruppe zu beziehen. Soweit dabei keine Verfasserangaben angegeben werden, handelt es sich um Extrapolationen der Autorin aus den in der Literatur zur Depression allgemein referierten Modellen ohne Anspruch darauf, die Meinung der Begründer der Theorie richtig auf die Entstehung dieser Subgruppen bezogen zu haben.

Zudem muss bei der Darstellung von möglichen Entstehungsbedingungen der therapieresistenten Depression auf Aspekte der Behandlung vorgegriffen bzw. die Wirkprinzipien verschiedener Therapien dargestellt werden, sodass diese bereits an dieser Stelle referiert werden und nicht in einem gesonderten Kapitel behandelt werden, da dies dem Zusammenhang des Textes abträglich wäre und das Verständnis unnötig erschweren würde.

1.2.2.1. Tiefenpsychologisches / psychoanalytisches Modell

Die erste Theorie zur Entstehung von Depressionen geht auf Sigmund Freud zurück. Er beschrieb 1917 in seiner Schrift „Trauer und Melancholie“ (1916-1917, zit. nach Köhler, 1999) die erste „bekanntere psychogenetische Theorie der Depression“ (Köhler, 1999, S.80, zu den folgenden Darstellungen der Theorien Freuds und Abrahams vgl. ebd., S.80ff), weshalb sie hier auch aus wissenschaftshistorischen Gründen kurz dargestellt werden soll: Nach dem Verlust eines Liebesobjektes entstehen Trauer oder Depression, die sich auch in der Symptomatik gleichen: Die Stimmung ist gedrückt, der Betroffene verliert sein Interesse an der Außenwelt. Bei der Trauer wird nach einiger Zeit der „Trauerarbeit“ die Beziehung zum verlorenen Objekt gelöst, das Objekt gegebenenfalls auch durch ein anderes ersetzt. Bei der Melancholie dagegen wird das Objekt introjiziert, der Kranke identifiziert sich damit. Selbstvorwürfe wären demnach also als Vorwürfe an die verlorene Person zu betrachten. Dieser Vorgang der Introjektion ist im Grunde ein frühkindlicher Mechanismus, es handelt sich also um eine Regression auf das Stadium der oralen Phase.

Spätere Analytiker (z.B. Abrahams, 1924, zit. nach Köhler, 1999) führen mögliche Gründe für diese Regression weiter aus:

- einerseits eine sog. „orale Fixierung“, d.h. die Annahme, dass die betroffene Person in ihrer kindlichen oralen Entwicklung frustriert wurde, also nicht genügend Befriedigung in ihrer oralen Phase der Entwicklung erhielt, wobei eine konstitutionell bedingte übergroße Oralerotik vorausgesetzt wurde (spätere Theoretiker hielten andererseits auch eine orale Überverwöhnung für eine mögliche ätiologische Bedingung, was, wie Köhler kritisch anmerkt, allerdings dazu führt, dass die Theorie damit nicht mehr falsifizierbar ist (zu weiteren kritischen Anmerkungen vgl. Köhler 1999, S.82f).
- andererseits eine Verletzung des kindlichen Narzissmus durch die Erfahrung eines unwiederbringlichen Verlustes eines frühen Liebesobjektes.

Depression wurde also verstanden als Aggression gegen ein introjiziertes Objekt.

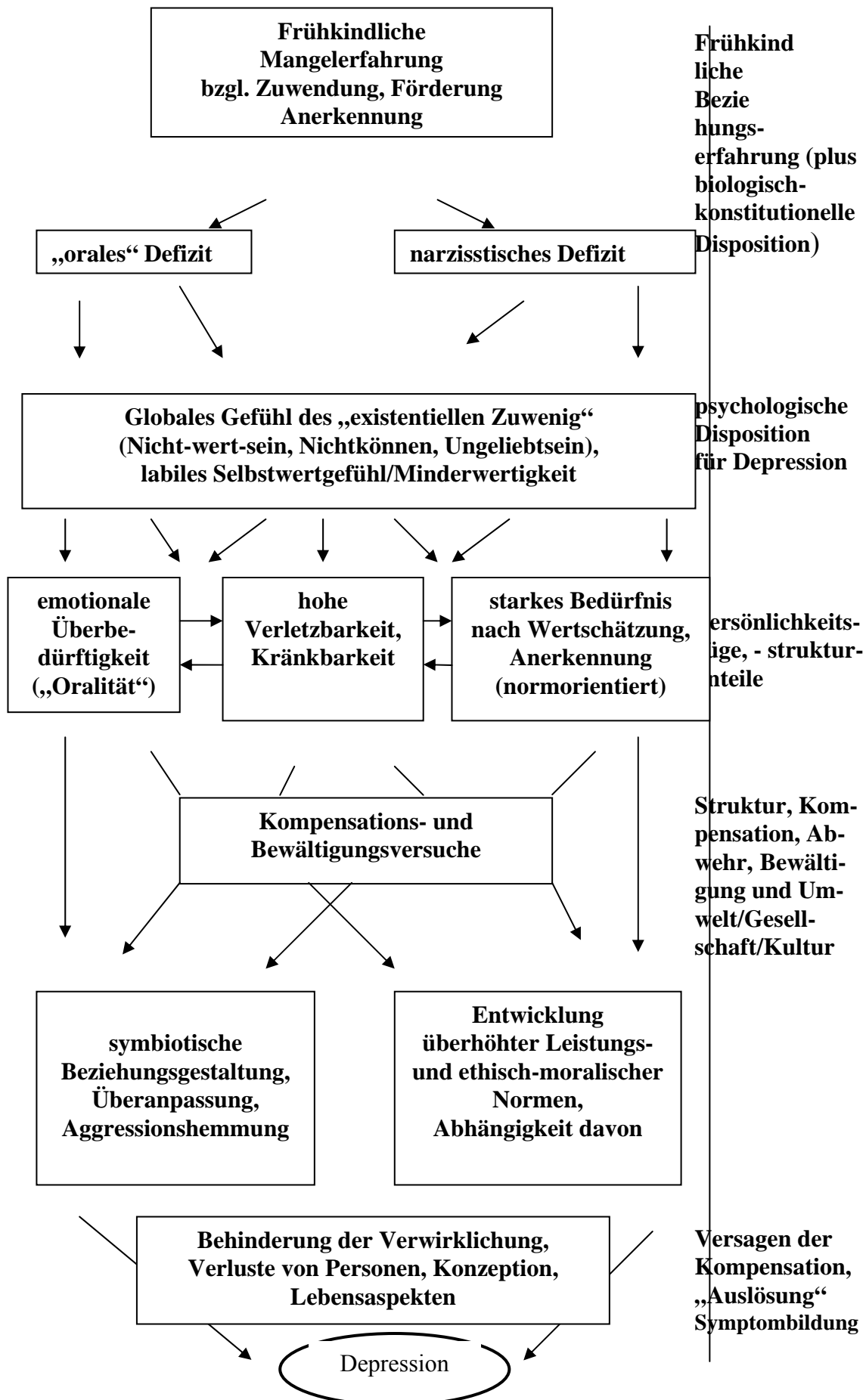
Die gegenwärtigen psychoanalytischen Modelle zur Depressionsentstehung basieren auf Arbeiten von Abraham (1924, vgl. oben), M. Klein (1940), E. Bibring (1953) und E. Jacobson (1971, alle zit. nach Schell, 2001). Sie sollen hier nicht weiter ausgeführt werden. Wolfersdorf & Heindl (2003) fassen das heutige psychodynamische Modell vereinfacht in Abbildung 4 zusammen:

Durch frühkindliche Beziehungserfahrung, die auf eine konstitutionelle Disposition trifft, entsteht ein „orales“ oder „narzisstisches“ Defizit, worauf ein globales Gefühl des „existentiellen Zuwenig“ entsteht. Diese Gefühle des Nicht-wert-seins, Nichtkönnens und Ungeliebtheits sowie ein labiles Selbstwertgefühl bilden die psychologische Disposition für Depressionen. Sie gehen einher mit emotionaler Überbedürftigkeit („Oralität“), hoher Verletzbarkeit und Kränkbarkeit, sowie dem starken Bedürfnis nach Wertschätzung und Anerkennung. Die Person versucht, dies durch eine besondere Form der Beziehungsgestaltung (Überanpassung, Aggressionshemmung, symbiotische Beziehungen) und durch die Entwicklung überhöhter Leistungs- und ethisch-moralischer Normen zu kompensieren. Diese Bemühungen können aber auf Dauer nicht wirksam die emotionale Bedürftigkeit befriedigen: Gelingt die Verwirklichung dieser Kompensationsversuche nicht, treten etwa z.B. erneut Verluste nahestehender Personen auf oder lassen sich Lebenspläne nicht verwirklichen, kommt es zur Symptombildung, zur Entstehung von Depressionen. Zur Frage der Chronizität führen Wolfersdorf & Heindl aus:

„Die Frage, wann eine solche Konstellation nun „chronisch“ wird, d. h. mit langfristig anhaltender Symptomatik einhergeht, ist kaum zu beantworten. Ätiologische Faktoren sind die hohe Bedürftigkeit nach Zuwendung (orale Fixierung), die erhöhte Verletzbarkeit des Selbstwertgefühles (narzisstische Störung), die Tendenz zur Selbstentwertung, die Trennungsunfähigkeit und die Einstellung von Hilflosigkeit und Ich-Insuffizienz. Kommt es dabei, ohne dass dies in der Therapie aufgelöst werden kann, zu regressiven Syndromen, zum Rückzug in die eigene Hilflosigkeit, evtl. gleichzeitig mit einem überprotektiven, ü-

berfürsorglichen Partner (Stichwort Rollentausch und Infantilisierung des Depressiven) und können Kränkungen nicht aufgelöst, nicht verziehen werden, sondern verbleiben als narzisstische Wut, dann führt dies zu einer langfristigen depressiv-dysphorischen Herabgestimmtheit, zu Vitalitätsverlust, zu Anhedonie und Antriebslosigkeit („die Welt soll büßen für das mir zugefügte Unrecht“, so ein Patient). (Wolfersdorf et al., 2003, S.65ff)

Abbildung 4 : Vereinfachtes psychodynamisches Modell möglicher Depressionsentwicklung
(nach Wolfersdorf & Heindl, 2003)



1.2.2.2. Verhaltenstherapeutisch-lerntheoretische und kognitive Modelle⁸

Verstärkungstheoretische Überlegungen und kognitionspsychologische Hypothesen bilden zusammen einen „einflußreichen und produktiven Hintergrund erweiterter, multifaktorieller psychologischer Modellvorstellungen der Depressionsgenese“ (Hautzinger, 2000, S.124). Sie sollen im Folgenden kurz einzeln dargestellt und am Ende des Kapitels in einem gemeinsamen Modell veranschaulicht werden.

Eine verhaltenstherapeutisch-lerntheoretische Modellvorstellung der Depressionsgenese und –aufrechterhaltung stellt Lewinsohns Verstärkerverlusttheorie dar (1974, vgl. dazu und zum Folgenden Hautzinger et al., 1998, Hautzinger, 1998, 2000).

Sie sieht Depressionen in einer zu geringen Rate positiver Verstärkung begründet.

Grund dafür kann dreierlei sein:

1. die Anzahl von Ereignissen, die potentiell Verstärkerwert haben – abhängig u.a. von soziodemographischen Variablen wie dem Geschlecht, dem Alter, den sozialen Rahmenbedingungen wie der finanziellen Situation, sozialen Isolation, etc.;
2. die Menge der Verstärker, die derzeit erreichbar sind;
3. von den sozialen Fertigkeiten der Person, d.h., ihrer Fähigkeit, sich so zu verhalten, dass sie dafür verstärkt wird;

Depressive erhalten also weniger Verstärkung als Gesunde. Das dadurch hervorgerufene depressive Verhalten wird kurzzeitig von den Interaktionspartnern verstärkt, da sich diese zuwenden, Interesse und Sorge zeigen (C^+) und dadurch die Einsamkeits- und Unverstandenseinsgefühle des Depressiven kurzfristig lindern (E^-). Fatalerweise schlägt dieses Verhalten oft ins Gegenteil um, nämlich dann, wenn die Angehörigen erleben, dass ihr Zuwenden, Sichkümmern und Helfenwollen nicht den beabsichtigten Effekt erbringt: Der Kranke lässt sich nicht „trösten“, es geht ihm nicht besser, er scheint die angebotenen Hilfsangebote zu verschmähen. Die Interaktionspartner reagieren daraufhin mit Vorwürfen und/oder Rückzug – also mit weiterem Entzug sozialer Verstärkung. Der Patient intensiviert daraufhin in Ermangelung anderer, hilfreicherer interaktioneller Muster sein depressiv-appellatives Verhalten, was in einen Teufelskreis mündet, da sich die Angehörigen davon noch mehr belastet fühlen und nicht mehr stützend reagieren können, sondern sich zurückziehen und abwenden bzw.

⁸ Anmerkung: Dieses Kapitel erschien in gekürzter Form im Buch Wolfersdorf & Heindl (2003), S.74-83.

sogar tatsächlich ablehnend und feindselig reagieren (vgl. dazu auch Kapitel 1.3.4. Exkurs zur Angehörigenarbeit bei (chronisch) depressiv Kranken). Ergänzend kann hier die „Selbstbestätigungshypothese“ (vgl. Schaller et al., 2001, S.27) angeführt werden: Depressive neigen einerseits dazu, sehr empfindsam auf Bewertungen anderer zu reagieren und dabei negative Bewertungen anderer über sich für plausibler zu halten; sie suchen sich zudem als Interaktionspartner eher solche Menschen, die ihre negativen Selbsteinschätzungen bestätigen oder die sie ablehnen.

Diese auf den ersten Blick überraschende Tendenz kann lerntheoretisch u.a. darin begründet gesehen werden, dass die Bestätigung des eigenen Selbstbildes (Aspekte der Organismus-(O)-Variable im SORK-Schema) – also auch seiner negativen Aspekte! - als Verstärkung empfunden wird (C⁺).

Obwohl die oben beschriebene Theorie zur *Depressionsentstehung* durch Verstärkerverlust nicht empirisch bestätigt werden konnte, wurden viele Belege für die Tatsache gefunden, dass Depressive weniger Verstärkung erhalten als andere und dass sich depressives Verhalten auf die Interaktion zwischen Krankem und seiner Umwelt auswirkt wie ausgeführt.

Zur Theorie der Aufrechterhaltung von Depressionen, also ihrer Chronifizierung trägt sie insofern bei, als sie die Bedeutung der *Folgen* depressiven Verhaltens auf die zwischenmenschliche Interaktion aufzeigt: Das Gefühl, ungeliebt, nichts wert und abgelehnt zu sein, ist ein wichtiger aufrechterhaltender Faktor für die Störung – und hier wird deutlich, was der Kranke in der Interaktion selbst dazu beiträgt, diesen Zustand herbeizuführen. Wege aus der Depression wären somit darin zu suchen,

- dass der Kranke erkennt, welchen Beitrag er selber leistet, um andere auf Distanz zu sich zu bringen – was die Gefahr in sich birgt, sich hierfür Vorwürfe zu machen („Jetzt bin ich auch noch selber schuld, dass alle mich ablehnen.“) - ,
- dass es ihm gelingt, andere Verhaltensweisen als depressiv-appellative zu erlernen und/oder zu zeigen und
- dass das Umfeld in der Lage und willens ist, darauf einzugehen und sich nicht schon resignativ abgewendet hat.

Im Umkehrschluss: Chronisch kann eine Depression dann werden,

- wenn der Kranke seinen eigenen Anteil nicht annehmen kann (hier spielt mangelnde Flexibilität bzw. Rigidität (vgl. unten) eine Rolle, sowie das Zulassenkönnen eigener Verantwortung an der Erkrankung, ohne übergroße Schuldgefühle zu entwickeln),
- wenn er nicht in der Lage ist, neue, hilfreichere Verhaltensweisen zu erlernen

und/oder zu zeigen, die ihm soziale Verstärkung einbringen und

- wenn das soziale Umfeld (noch/wieder) nicht in der Lage und willens ist, sich dem Kranken erneut zuzuwenden und mit ihm ein neues Miteinander aufzubauen.

Dem entgegenzuwirken sind Strategien aus der Verhaltenstherapie wie die Steigerung des Aktivitätsniveaus, Förderung angenehmer Aktivitäten, Aufbau sozialer Kompetenzen u.ä. besonders gut geeignet.

Ein zweites grundlegendes Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen ist die Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman (1975) und deren Reformulierungen nach Abramson, Seligman und Teasdale (1978). Gelernte Hilflosigkeit bedeutet folgendes: Eine Person lernt, dass ihre Reaktionen unabhängig von Verstärkungen sind - die Ursache von Depressionen liegt in der Überzeugung, dass Reagieren zwecklos ist (Seligman, 1995). Ist diese Überzeugung einmal etabliert, ist es dem Betroffenen nicht mehr möglich, eigene Kontroll- und Handlungsmöglichkeiten adäquat wahrzunehmen, d.h. ihm erscheinen auch Situationen nicht kontrollierbar und beeinflussbar, die es an sich wären. Abramson et al (1978, zit. nach Köhler 1999, S.86) präzisierten die Theorie in ihrer Reformulierung, indem sie die Rolle der Attributionen in diesem Prozess näher beschrieben: Nicht ausschließlich äußere Gegebenheiten der Situation entschieden über die Entstehung von Hilflosigkeit und Depression, sondern auch die Art der Kausalattribution, also die Art des Grundes, den die Person diesen Erfahrungen zuschreibt: Besonders anfällig für Depressionen sind demnach Menschen, die internale, stabile und globale Attributionen für die Hilflosigkeitserfahrung vornehmen. Internal bedeutet hierbei, dass die Person sich das Misslingen selbst zuschreibt, den Grund in ihrem Inneren vermutet, stabil, dass sie es nicht als einmaliges Ereignis, sondern als überdauerndes Muster ansieht, und global, dass sie die Erfahrung auf andere Situationen und Lebensbereiche generalisiert. Sie schreibt sich also selbst (internal) unveränderliche (stabile) Eigenschaften zu, die in Gegenwart und Zukunft weiterhin Misserfolge in verschiedensten Lebensbereichen (global) zeitigen werden, so ihre Erwartung. Dadurch wird die Person zunehmend passiv, zurückgezogen und resigniert und kann deshalb auch selten oder nie gegenteilige Erfahrungen machen.

Auch hier wird deutlich, wie Depressionen über längere Zeit aufrechterhalten werden können, auch hier ist die Frage, wie sie wieder abklingen: Die Person muss innerhalb oder außerhalb der Therapie die Erfahrung machen *und* diese Erfahrung auch adäquat wahrnehmen und verarbeiten, dass es einen Zusammenhang zwischen ihrem Tun und der Auftretenswahrscheinlichkeit von aversiven wie auch angenehmen Ereignissen besteht. Hat sie aus Passivität oder wegen wid-

riger Umweltumstände keine Gelegenheit, solche Erfahrungen zu machen, oder ist sie nicht in der Lage, geeignete Erfahrungen wahrzunehmen oder adäquat zu verarbeiten, wird sie nach dieser Theorie depressiv bleiben. Hier fällt bereits auf, welche wichtige Rolle kognitive Prozesse, angefangen bei der Wahrnehmung bis hin zu den schließlich abgeleiteten Grundannahmen über die Welt (hier: deren Kontrollierbarkeit bzw. Unbeeinflussbarkeit) spielen. Die Vermittlung anderer Einstellungen – hier: eines hilfreicheren Attributionsstiles - ist vonnöten: Der Wechsel von internalen, stabilen und globalen Attributionen für Misserfolg und Unkontrollierbarkeitserlebnissen hin zu auch externalen, variablen und spezifischen Ursachen. Wenn der Patient entweder keine Gelegenheit hat, entsprechende Erfahrungen zu machen oder sie selbstwertdienlicher zu attribuieren, wird er depressiv bleiben.

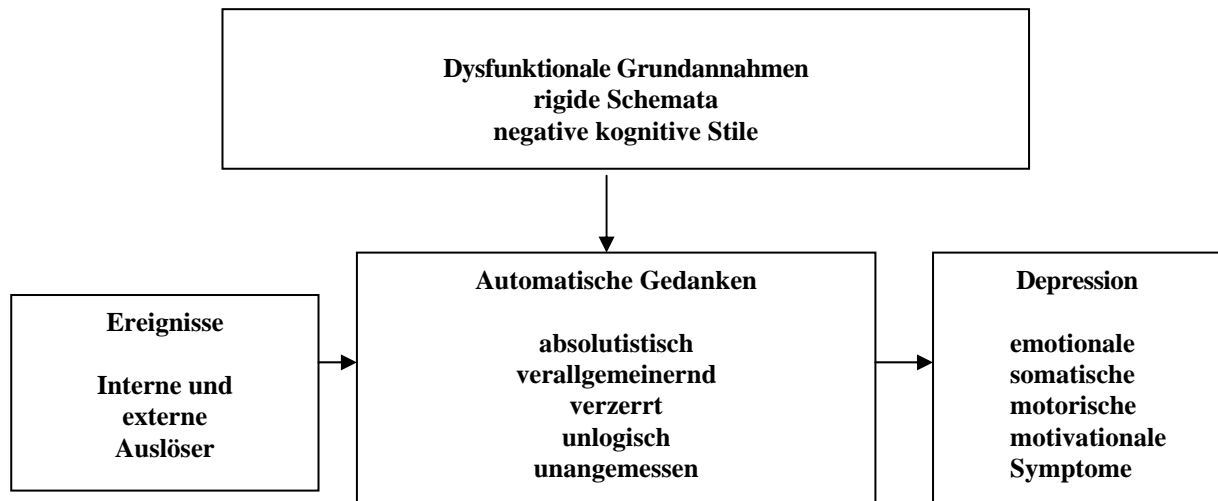
Hier setzen Methoden wie der bereits oben genannte Aktivitätsaufbau, die Förderung angenehmer Aktivitäten, besonders aber auch das kognitive Umstrukturieren an, um hilfreiche Erfahrungen zu ermöglichen.

Nach der kognitiven Theorie von Beck⁹ (1974, zit. nach Hautzinger et al., 1998) verfügen depressiv gestörte Menschen über kognitive Strukturen und Prozesse, die ihre Sicht der Welt verzerren: Sie sehen v.a. sich selbst, die Umwelt und die Zukunft negativ (sog. kognitive Triade). Diese verzerrenden kognitiven Strukturen sind durch belastende Erfahrungen in der Lerngeschichte, durch akute traumatische oder längerandauernde subtraumatische Erfahrungen entstanden. Sind diese negativen Schemata einmal etabliert, können sie selbstverstärkend wirken und so immer mehr verfestigt und lösungsresistenter werden. Neue, damit nicht übereinstimmende Informationen werden nicht verarbeitet oder so umstrukturiert, dass sie wiederum zu den bestehenden Schemata passen. Depressionen werden durch eine Rückkoppelung zwischen dem emotionalen Zustand und kognitiven Verzerrungen aufrechterhalten: Durch negative – oder subjektiv als negativ erlebte - Umweltsituationen wird die kognitive Triade aktiviert und bewirkt depressive Gemüthsstimmung, was wiederum als Beleg für die Richtigkeit der negativen Gedanken gewertet wird. Innere und äußere Stimuli – Gefühle und Umweltsituationen – werden also in gleicher Weise verzerrend verarbeitet und bewirken ein Anhalten der depressiven Symptome.

Becks Theorie, die hier verkürzt dargestellt wurde, enthält zwar keine expliziten Aussagen über Chronifizierung der Störung, doch bereits aus dem eben Ausgeführten ist erkennbar, wie ein solcher Verlauf entstehen kann: Der Erkrankte nimmt bevorzugt Negatives wahr, verzerrt das Positive bereits beim Wahrnehmen und/oder bei der kognitiven Verarbeitung, bis es eben-

falls zu seinen negativen Schemata passt, wird dadurch emotional noch gedrückter, erwartet auch nur noch Negatives, was sich im Sinne einer self-fulfilling prophecy dann auch immer wieder bestätigt und zu einer immer umfassenderen negativen Welt- und Selbstwahrnehmung führt.

Abb. 5 Depressionsmodell dysfunktionaler Schemata
(nach Hautzinger, 1998)



Im Grunde stellte das Becksche Modell also eher eine Theorie der Chronifizierung als der Nicht-Chronifizierung dar. Denn wenn diese Annahmen so zuträfen, wäre eher davon auszugehen, dass die Gesundheit die Ausnahme, nicht die Regel darstellt. Nach der referierten Modellvorstellung müsste so die Mehrzahl, wenn nicht alle depressiv gestörten Patienten chronisch krank werden bzw. bleiben. Da dies nicht der Fall ist, muss es den meisten Patienten möglich sein, diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Genesen kann nach diesem Modell nur der Patient, dem es gelingt, seine kognitiven Schemata wieder zu verändern, sie wieder so zu gestalten, dass sie die Wirklichkeit selbstwertdienlicher abbilden (das bedeutet nicht zwangsläufig auch „realistischer“: Wie aus der Forschung zum sog. „depressiven Realismus“ (vgl. Alloy et al., 1979, 1988) bekannt, ist die Weltsicht des Gesunden im Vergleich zum Depressiven nicht unbedingt näher an der „Wirklichkeit“, sondern in anderer – selbstwertdienlicherer Weise – verzerrt.).

Da die meisten Depressionen aber – mit Behandlung meist eher, ohne Behandlung meist später – abklingen, stellt sich die Frage, wie es zu dieser Neugestaltung kommt bzw. was sie verhindern kann – denn damit wären *beide* Fragen beantwortbar: Bei welcher Patientengruppe klingt eine Depression wieder ab, bei welcher wird sie chronisch?

⁹ zur ausführlicheren Darstellung der Theorie vgl. Sorgatz (1999) S.404ff

In der Theorie nach Beck ist ein Weg aus der Depression die kognitive Therapie, d.h., der Patient lernt im Verlauf der Behandlung, seine kognitiven Muster explizit wahrzunehmen und bewusst zu verändern – ein Prozess, der langen Übens und vieler Wiederholungen bedarf.

Als die wesentlichen Elemente dieser Behandlung benennen Hautzinger und deJong-Meyer (1998):

Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung; kurzfristige, entlastende Maßnahmen; Aufbau angenehmer, verstärkender Aktivitäten, Abbau von belastenden Aktivitäten und Strukturen; Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kontakte (zum Teil unter Einbeziehung der Partner); Veränderung einseitiger Wahrnehmungen und Bewertungsmuster sowie Korrektur absolutistischer Grundüberzeugungen. (...).“
Hautzinger et al. (1998, S.234f)

Chronisch depressiv könnte ein Patient also dadurch werden, dass dieser Prozess misslingt, er also das therapeutisch notwendige Handeln aus welchen Gründen auch immer nicht umsetzen kann.

Eine weitere Möglichkeit wäre, dass es dem Patient auf andere Art gelingt, seine Kognitionen zu ändern – sei es, dass er in einer anderen Art von Therapie zu dieser Fähigkeit gelangt, sei es, dass er im alltäglichen Leben mit Ereignissen konfrontiert wird, die ihm dies erlauben. Voraussetzung dazu wäre in jedem Fall, dass der Patient über die Fähigkeit verfügt, sein Denken zu verändern, dass er sich ein Minimum an kognitiver Flexibilität bewahrt hat. Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass Rigidität in einigen Untersuchungen als Risikofaktor für die Erkrankung genannt wird (z.B. Maier et al., 1992, zit. nach Ebel et al., 1997: Rigidität neben Neurotizismus als Indikator für ein erhöhtes Risiko, an einer unipolaren Depression zu erkranken) – die Unfähigkeit, sich gedanklich auf Neues einzulassen, eigene eingefahrene Überzeugungen in Frage zu stellen bzw. dazu in der Lage sein, zumindest hypothetisch ein anderes Bild der Welt gedanklich zuzulassen.

Becks Modell hat die Vorstellungen über Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen außerordentlich befruchtet und eine Vielzahl von Forschungen und Untersuchungen wie auch darauf aufbauende Theorien angeregt. Neuere Untersuchungen zum Zusammenhang Emotion - Kognition (vgl. dazu und zum Folgenden Schaller et al. 2001, S.S27) deuten darauf hin, dass der Ablauf ein umgekehrter sein kann: Nicht dysfunktionale Kognitionen lösen negativ getönte Stimmungen aus, sondern: In depressiven Stimmungen kommt es zu einer Aktivierung negativer Gedächtnisinhalte und Denkschemata. Die betroffene Person lernt, zwischen Emotionen und Kognitionen Zusammenhänge herzustellen. Normale Gefühlsschwankungen führen dann dazu, dass die Selbstschutzmechanismen, über die Gesunde verfügen, versagen – es kommt zu den von Beck beschriebenen Verzerrungen in Wahrnehmung und Informationsverarbeitung.

Dieser Ablauf lässt sich gut in Einklang bringen mit der Theorie semantischer Netzwerke: Wenn

eine Person in gedrückte Stimmung kommt, werden negative Erinnerungsstrukturen aktiviert. Diese Aktivierung greift über auf ähnliche Areale, weitere negative Erinnerungen treten ins Bewusstsein, was wiederum die negative Stimmung aufrechterhält (vgl. Bowers 1981, zit. nach Lara et al., 1999).

Auf diese These aufbauend postuliert Teasdale (1983, 1988, zit. nach Lara et al., 1999) einen Teufelskreis zwischen negativen Erinnerungen, traurigen Emotionen und negativistischer Interpretation neuer Erfahrungen, wodurch eine überdauernde depressive Verfassung entstehe. Er stellt die Hypothese auf, dass bei chronisch Depressiven viele der frühen Erfahrungen aversiv und/oder unkontrollierbar gewesen seien oder so erinnert würden. Mit Beginn der Depression würden diese Erinnerungen leichter abrufbar als glückliche. Zudem sei auch das Erleben der depressiven Symptome aversiv und aktiviere wiederum depressive Konstrukte, die Betroffenen würden „depressiv über ihre Depressionen“ (Teasdale, 1985, zit. nach Lara et al., 1999, Übersetzung von der Verfasserin).

Susan Nolen-Hoeksemas Theorie (nach Lara et al., 1999) geht näher darauf ein, *wie* die Reaktion einer Person auf ihre depressive Stimmung ihre Dauer mitbeeinflusst: Besonders das Grübeln über die Depression sei eine Reaktionsart, die die Dauer einer depressiven Episode verlängere: Personen, die ihre Aufmerksamkeit auf ihre (depressive) Stimmung, ihre depressiven Symptome und die Gründe oder Folgen der Depression gerichtet halten, haben eine größere Wahrscheinlichkeit, die depressive Stimmung aufrechtzuerhalten als Menschen, die sich von ihren Problemen ablenken. Grübeln erweist sich dabei als ungünstige Bewältigungsstrategie, v.a. wenn es die aktive Auseinandersetzung mit Problemen oder positiv getönte Ablenkung verhindert und zu Passivität führt und wenn es mit negativer Selbstaufmerksamkeit einhergeht. Außerdem scheinen „Grübler“ über weniger gute Problemlösefähigkeiten zu verfügen, sodass sie wiederum auch weniger verstärkende Erfahrungen machen können, indem sie Schwierigkeiten erfolgreich bewältigen.

Obwohl auch diese Theorie viele sowohl methodische als auch inhaltliche Kritikpunkte aufweist, ist der Gedanke dennoch naheliegend, dass gerade auch die Reaktion auf eine depressive Erkrankung seitens des Betroffenen, die Versuche, die Krankheit zu bewältigen, eine immens wichtige Rolle dabei spielen, ob und wie eine Depression abklingt oder nicht. Die Coping-Forschung hat zahlreiche Ergebnisse erbracht, die in diesem Zusammenhang von Interesse sind. Bewältigung stellt einen entscheidenden Moderator zwischen Belastung und Gesundheitszustand dar.

Problemlösezentriertes und positives Umdeuten werden als weitgehend positiv eingestuft, eskapistische Strategien wie Wunschphantasien, Alkohol/Tabletten und Selbstbeschuldigung/Selbstabwertung in empirischen Studien als überwiegend negativ, was mit der oben ausgeführten Theorie konform ginge (vgl. Literaturübersicht bei Weber, 1992, zit. nach Laux 1991). Allerdings muss dazu kritisch angemerkt werden, dass eine apriori-Einteilung effizienter und nicht-effizienter Bewältigungsformen nicht sinnvoll ist, wie Laux et al. (1996) anmerken: Es ist „jeweils im einzelnen zu überprüfen, welche Bewältigungsreaktionen für welche Personen in welchen Situationen und im Hinblick auf welche Kriterien als effizient oder ineffizient zu beurteilen sind.“ (Laux et al., 1990, zit. nach Laux et al., 1996, S.63). Die Frage ist hier also: Welche Bewältigungsstrategie ist für den depressiv Kranken wann und in welcher Weise hilfreich? Hier deckt sich die Erfahrung aus dem klinischen Alltag mit den Ergebnissen der Bewältigungsforschung: Weiß et al. (1996) schreiben in einer Studie von Laux und Schütz zur Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie über Bewältigung von Belastungen in der Familie:

- „Gemeinsame Bewältigung verspricht mehr Erfolg: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass interaktives und gemeinsames Bewältigen erfolgversprechender ist als individuelles, also alleiniges Handeln.“ (Weiß et al., 1996, S.160)

Bezogen auf das „typische“ Verhalten von depressiven Patienten könnte man schlussfolgern, dass sie mehr gefährdet sind, hier zum weniger erfolgversprechenden Verhalten zu tendieren: In der Depression ziehen sich Menschen eher zurück von anderen, fühlen sich unverstanden, trauen sich nicht zu, auf andere zuzugehen, haben das Gefühl, andere nicht mit ihren Problemen „belästigen zu dürfen“. Umgekehrt weiß man aus der klinischen Erfahrung, wie befreiend es gerade auch für diese Patientengruppe ist, sich jemandem anzuvertrauen und z.B. in der Therapie erstmals die Erfahrung zu machen, dass es möglich ist, seine Probleme offen zu besprechen und gleichzeitig zu erfahren, dass man nicht der „einzige Mensch auf der Welt“ ist, der mit derartigen Symptomen zu kämpfen hat. Auch die Möglichkeit, während einer Behandlung in Paargesprächen oder nach Angehörigengruppen auch mit dem Partner oder anderen Angehörigen – vielleicht erstmals – über die Depression und die eigenen Probleme und Sorgen sprechen zu können, wirkt auf viele Patienten sehr entlastend, besonders auf jene, die vor der Behandlung glaubten, den Angehörigen eine „Fassade“ des Wohlbefindens präsentieren zu müssen, um ihnen „keine Sorgen zu machen“. Obwohl also die oben ausgeführte Untersuchung sich auf Bewältigung in Familien mit gesunden Mitgliedern bezieht, kann diese Schlussfolgerung auch und gerade auf depressiv gestörte Patienten bezogen werden.

- „Offene Kommunikation als Voraussetzung effizienter Bewältigung: Einstieg in die Bewältigung und Bewältigungsverlauf sind bei erfolgreichen Verläufen eher durch interaktives Verhalten gekennzeichnet. Konfrontierendes Verhalten, die Äußerung von konkreter, situationsbezogener Kritik oder eigener Unzufriedenheit, die Mitteilung von Belastungsgefühlen sowie Bitten und Forderungen können angemessene Verhaltensweisen sein. (...)“ (ebd., S.161)
- „Unterstützung einfordern. (...) Kooperation (...)“ (ebd., S.163)

Hier gilt analog das oben ausgeführte: Die Interaktion ist in der Depression erschwert, was besonders für die hier beschriebenen selbstsicheren Verhaltensweisen in Konfrontationen und bei der Anforderung von Unterstützung und der Bitte um Kooperation gilt: Sie entsprechen fast wörtlich einigen der Ziele, die in einem Selbstsicherheitstraining verfolgt werden, das regelhaft ein Baustein der Verhaltenstherapie depressiver Störungen ist, z.B.:

- „(...) - selbst Lob, Kritik und Forderungen aussprechen können (...)
 - eigene Interessen, Bedürfnisse, Gefühle, Ansichten und Einstellungen offen ausdrücken können (...)
 - eigene Interessen, Bedürfnisse, Gefühle, Ansichten und Einstellungen angemessen durchsetzen können (...).“
- (Anneken et al., 1977, Ullrich de Muynck und Forster, 1974, zit. nach Fliegel et al., 1989, S.98).
- „(...) – kommunizieren und kooperieren können“
- (Sommer, 1977, zit. nach Fliegel et al., 1989, S.98).

In der Verhaltenstherapie werden diese Elemente selbstsicheren Verhaltens in Rollenspielen eingeübt, um dann im Lebensalltag des Patienten in vivo erprobt und anschließend in der Therapie besprochen zu werden.

Sehr interessant erscheint im oben ausgeführten Zusammenhang der kognitiven Verarbeitungsweisen schließlich auch dieses Ergebnis der Studie von Weiß et al., die deshalb etwas ausführlicher zitiert werden soll:

- „Die eigenen Gedanken beobachten. Bewertende Gedanken über die eigene Person sowie Gedanken mit resignativen Inhalten gehen einher mit geringem Bewältigungserfolg. *
Zudem erwiesen sich längere Phasen ausschließlich gedanklicher Bewältigung (...) als ein Charakteristikum ungünstiger Bewältigung. (...)**
Auch bewertende Urteile können die Wahrnehmung so okkupieren, dass sie das Verhaltensrepertoire einschränken. (...) Oft resultieren daraus weitere belastungssteigernde Aspekte, wenn die belastete Person z.B. in Selbstmitleid verfällt („immer muss ich zurückstecken“)**
oder die Zuneigung des Gegenübers umfassend in Frage stellt („ich bin gar nicht wichtig“)***. (...)
Aber auch negative Selbsteinschätzungen (z.B. „ich sollte es tun, aber ich kann es nicht“) können den Bewältigungserfolg beeinträchtigen. Bei diesem Muster schreiben sich die Betroffenen einerseits große Verantwortung zu, haben aber andererseits geringes Vertrauen in die eigenen Bewältigungsfähigkeiten. Wird Misserfolg aber erwartet, so tritt dieser häufig auch ein (vgl. z.B. Bandura, 1979).*****
(Weiß et al., 1996, S.165f, Anmerkungszeichen (*) von der Verfasserin)

Die Parallelen zu Merkmalen der Depression auf der kognitiven und der Verhaltensebene liegen hier klar zu Tage:

* Diese Beschreibung umfasst ein Merkmal der kognitiven Triade nach Beck (vgl. oben!): Negative Sicht von sich selbst, sowie allgemein negatives Denken – ein Symptom der Depression;

** Ausschließlich gedankliche Beschäftigung kann als Umschreibung des Depressionssym-

ptoms „Grübeln“ betrachtet werden;

*** Die Bezeichnung Selbstmitleid sollte in Bezug auf Depressive nicht angewendet werden, da sie eine abwertende Konnotation besitzt, das damit gemeinte Verhalten, das Gefühl, dass man selbst es sehr schwer im Leben habe und es anderen besser gehe, kommt jedoch auch bei Depressiven vor und umfasst dann aber meist auch eine Selbstanklage („es geht mir immer sehr schlecht, und ich bin auch noch selbst schuld daran.“) „Selbst-mitleid“ im Wortsinne wäre also sogar schon eine positive Entwicklung – oft zeigen sich Depressive sich selbst gegenüber als viel mitleid-loser und verachtender als anderen Menschen gegenüber;

**** Die Zuneigung des Gegenübers global in Frage zu stellen, ist ein weiteres Merkmal der kognitiven Triade – negative Sicht der anderen;

***** negative Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Handlungskompetenzen kann als Analogon zur (erlernten) Hilflosigkeit im Sinne Seligmans (vgl. unten) betrachtet werden: sich eine zu große Verantwortung zuzuschreiben und dabei davon auszugehen, dass die eigenen Bewältigungsfähigkeiten nicht ausreichen werden, als internale und globale (- evtl. auch stabile -) Kausalattribution für Misserfolg im Sinne der Attributionstheorie (vgl. unten) sowie als letztes Charakteristikum der kognitiven Triade nach Beck (vgl. unten): Negative Sicht der Zukunft.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass die Symptomatik einer Depression den Betroffenen für eine Art der Bewältigung zu prädestinieren scheint, die von der Bewältigungsforschung – zumindest, was die Bewältigung von Belastungen in Familien betrifft – im Zusammenhang mit geringem Bewältigungserfolg gesehen wird.

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse von reaktanztheoretischen Untersuchungen zur sog. Lageorientierung: Nichtkontrollerfahrungen wirken zunächst eher aktivierend. Ist die Person eher lageorientiert, d.h. beschäftigt sie sich eher mit ihrem Zustand und mit den Schwierigkeiten der Situation als mit dem, was sie zur Lösung des Problems tun könnte, so können diese Kognitionen handlungsblockierend wirken, die Person verhält sich hilflos-depressiv (vgl. Hautzinger, 1998, S.31f).

Erfolgreiche Therapie könnte somit auch umschrieben werden als die Vermittlung hilfreicherer Coping-Strategien und Anleitung zum Ver-Lernen maladaptiver Bewältigungsarten. Mit anderen Worten: Die Gefahr, chronisch depressiv zu werden, steigt

- mit der Unkenntnis von hilfreichen Coping-Strategien gegenüber den Symptomen, den Belastungen durch die und den Folgen der Krankheit, und/oder

- mit der mangelnden Fähigkeit, solche zu verstehen und erlernen und/oder
- mit der Unfähigkeit, diese anzuwenden.

Weitere kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modelle beziehen sich auf die „attributionale Komplexität“ (vgl. Hautzinger, 1998, S.31): Weniger schwere depressive Verstimmungen führten demnach dazu, dass die Person nach komplexeren Ursachenerklärungen für Misserfolge oder Nichtkontrolle suche, schwerere Depressionen dagegen führten dazu, dass die Komplexität abnehme und am Ende „zusammenbreche“.

Die referierten Theorien lassen sich vereinfacht wie folgt zusammenfassen (siehe Abbildung 6):

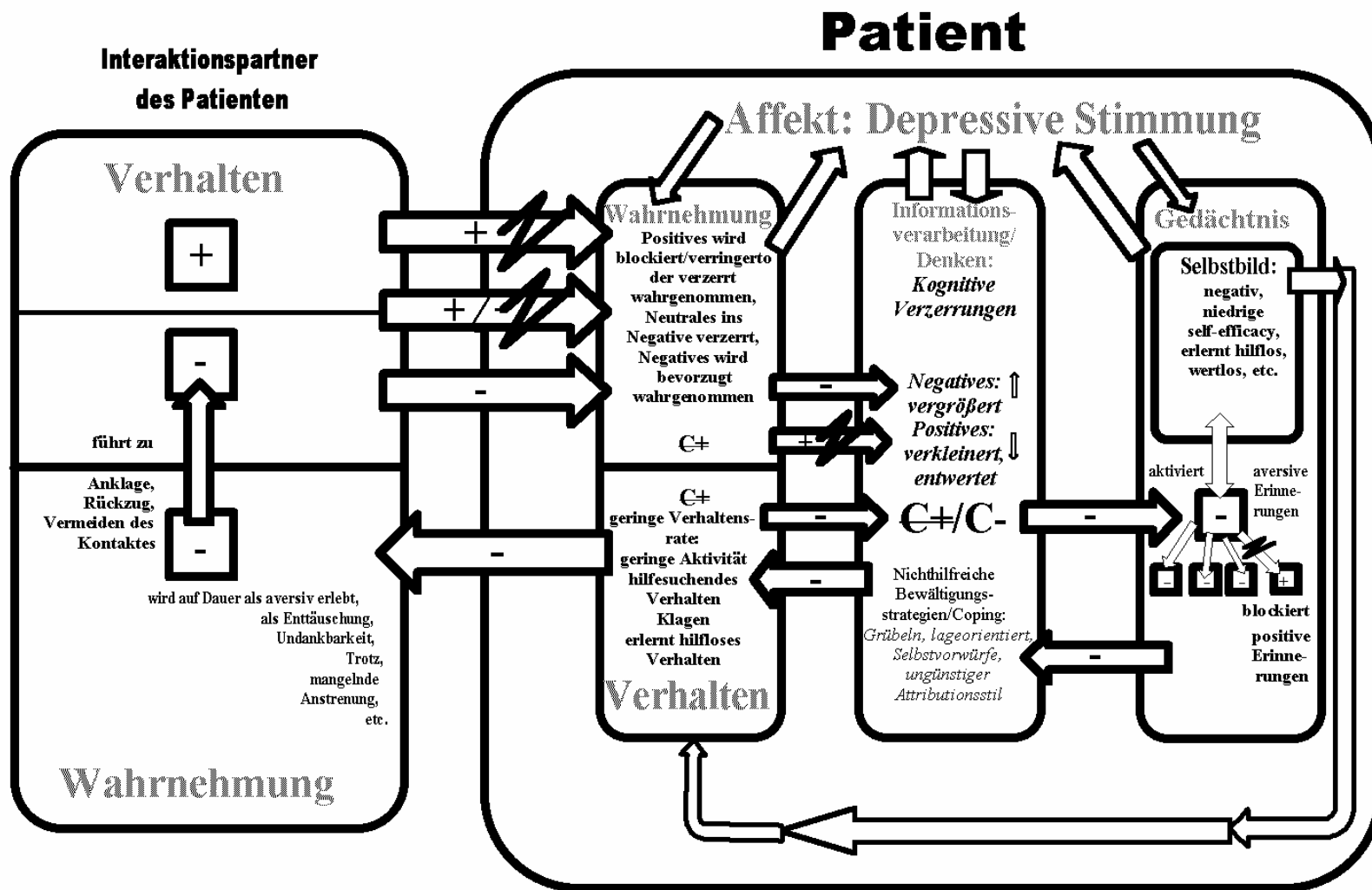


Abbildung: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle

Aus dem *Verhalten der Umwelt* nimmt der Patient bevorzugt das Negative wahr, Neutrales und Positives wird entweder nicht wahrgenommen oder derart verzerrt, dass es nicht positiv oder sogar negativ erlebt wird. So kommt es zu einer niedrigen Rate an positiver Verstärkung. Die depressive Stimmung wird dadurch verstärkt.

Bei der *Informationsverarbeitung* kommt es zu ähnlichen Verzerrungen: Negatives wird „vergrößert“, Positives „verkleinert“ bzw. entwertet, sodass auch auf dieser Ebene weniger positive Verstärkung erlebt wird.

Die wahrgenommenen Belastungen werden mit nichthilfreichen Bewältigungsmechanismen verarbeitet wie Grübeln, lageorientierten Strategien, Selbstvorwürfen und mittels ungünstiger Attributionsstile (d.h. die Ursachenzuschreibung für Misserfolge/Nichtkontrolle wird so vorgenommen, dass sie zu einem negativen Selbstbild beiträgt).

Dies wiederum führt zu einer geringeren *Verhaltensrate*, da die erwähnten Strategien eine Handlungsblockierung bewirken. Die geringe Aktivität verringert die Menge der Gelegenheiten, bei denen der Patient gegenteilige Erfahrungen machen könnte, die Möglichkeit zu positiver Verstärkung sinkt auch hier.

Verhaltensweisen wie Hilfesuchen, Klagen, erlernt hilfloses Gebaren führen zunächst zwar zu einer Zuwendung der Umwelt, auf längere Sicht aber erlebt das Umfeld dieses Verhalten als aversiv, enttäuschend, undankbar, trotzig oder unterstellt dem Patienten mangelnde Anstrengungsbereitschaft. Es reagiert mit Anklage, Rückzug oder Vermeidung des Kontaktes, was wiederum vom Patienten in der oben erwähnten Weise aufgenommen und interpretiert wird - ein Teufelskreis entsteht.

Intrapsychisch werden durch die genannten Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsverzerrungen vornehmlich aversive *Gedächtnisinhalte* aktiviert, die wiederum ähnlich getönte Erinnerungen aufrufen, der Zugriff auf positive Inhalte wird verringert oder blockiert.

Dies trägt weiter bei zu einer Negativierung des Selbstbildes, der Patient erlebt sich als wertlos, schreibt sich eine geringe Selbstwirksamkeit (*self-efficacy* nach Bandura, 1977) zu – d.h. er hat den Eindruck, dass er wenig oder nichts *be - wirken* kann - und entwickelt bzw. verstärkt sein erlernt hilfloses Selbstkonzept.

Dies wirkt zurück auf die Verhaltensebene: Aufgrund der Überzeugung, den Lauf der Dinge nicht oder nicht zum Positiven hin beeinflussen zu können, sinkt auch durch diese Rückkopplung die Verhaltensrate mit den oben genannten Konsequenzen auf Verhalten und Umwelt, sowie mit ähnlich negativen Folgen auf die Informationsverarbeitung und von dort aus wiederum auf Gedächtnis und Selbstbild.

Sowohl Wahrnehmung als auch Informationsverarbeitung und Gedächtnisprozesse werden also vom *depressiven Affekt* beeinflusst und beeinflussen ihn wiederum negativ: Die zum depressiven Pol hin ausgelenkte Stimmung bleibt also in einem Teufelskreis aufrechterhalten, die Depression kann chronisch werden.

1.2.2.3. Andere Modelle zur Entstehung chronischer bzw. therapieresistenter Depressionen

Zur Erklärung der Prozesse bei chronisch andauernder Depression bzw. der Wiedererkrankung wurde das Modell der Narbenbildung (scar hypothesis) aus der somatischen Medizin entlehnt (Lewinsohn et al., 1981, zit. nach Schaller, 2001, S.26, Holsboer-Trachsler et al., 1998). Nach der ersten depressiven Erkrankung entstehe eine erhöhte neurobiologische Vulnerabilität, wie eine Narbe nach einer Verletzung zurückbleibt. Bei erneuter Belastung ist die betreffende Psyche – im Bild: das Gewebe mit einer Narbe – nicht mehr so belastbar, das Narbengewebe bricht leichter auf als gesundes Gewebe.

Eine ähnliche Vorstellung ist der Epileptologie entliehen: Das sog. Kindling-Modell (kindling: engl. Anzünden, Anbrennen) (Post, 1990, 1992): Die Sensibilität für Auslöser einer depressiven Episode wird im Verlauf der Erkrankung immer größer, es reichen also immer geringere Auslöser aus, um eine depressive Episode zu „entzünden“. Wie Wolfersdorf & Heindl (2003) ausführen, deckt sich dies mit der klinischen Erfahrung, dass bei ersten depressiven Episoden häufig noch Auslöser deutlich benennbar erscheinen, bei späteren dann eine „Endogenisierung“ eintritt: Es ist kaum noch nachvollziehbar, was die Episode „ausgelöst“ hat, die Phase scheint ohne größere äußere Einwirkungen aufzutreten. In der älteren deutschen Psychiatrie wird dieses Phänomen umschrieben mit Bezeichnungen wie „endoreaktive Dysthymie“ (Weitbrecht, zit. nach Wolfersdorf & Heindl, 2003) oder „endoneurotische Depression“ (Hole, zit. nach ebd.). Somit eignet sich dieses Konzept gut, um einen Mechanismus darzustellen, wie Depressionen chronisch werden können: Da in dieser Phase der Störung schon kleinste Erlebnisse vom Patienten subjektiv als Kränkung erlebt werden können, mündet diese Entwicklung in einen Teufelskreis immer neuer Verletzungen, die zu immer größerer Kränkbarkeit führen.

Felber fasst den Stand der Theorie unter Einbeziehung neuroendokriner Befunde wie folgt zusammen (s.a. Aldenhoff, 1997, zit. nach Felber, 2003), ein Modell, das sich weitge-

hend mit dem von Akiskal & McKinney (1975, erweitert von deJong, 1987) deckt und verschiedene Theorien zu einem sog. final common pathway- Modell vereint (vgl. z.B. Hautzinger & de Jong-Meyer, 1997, S.232):

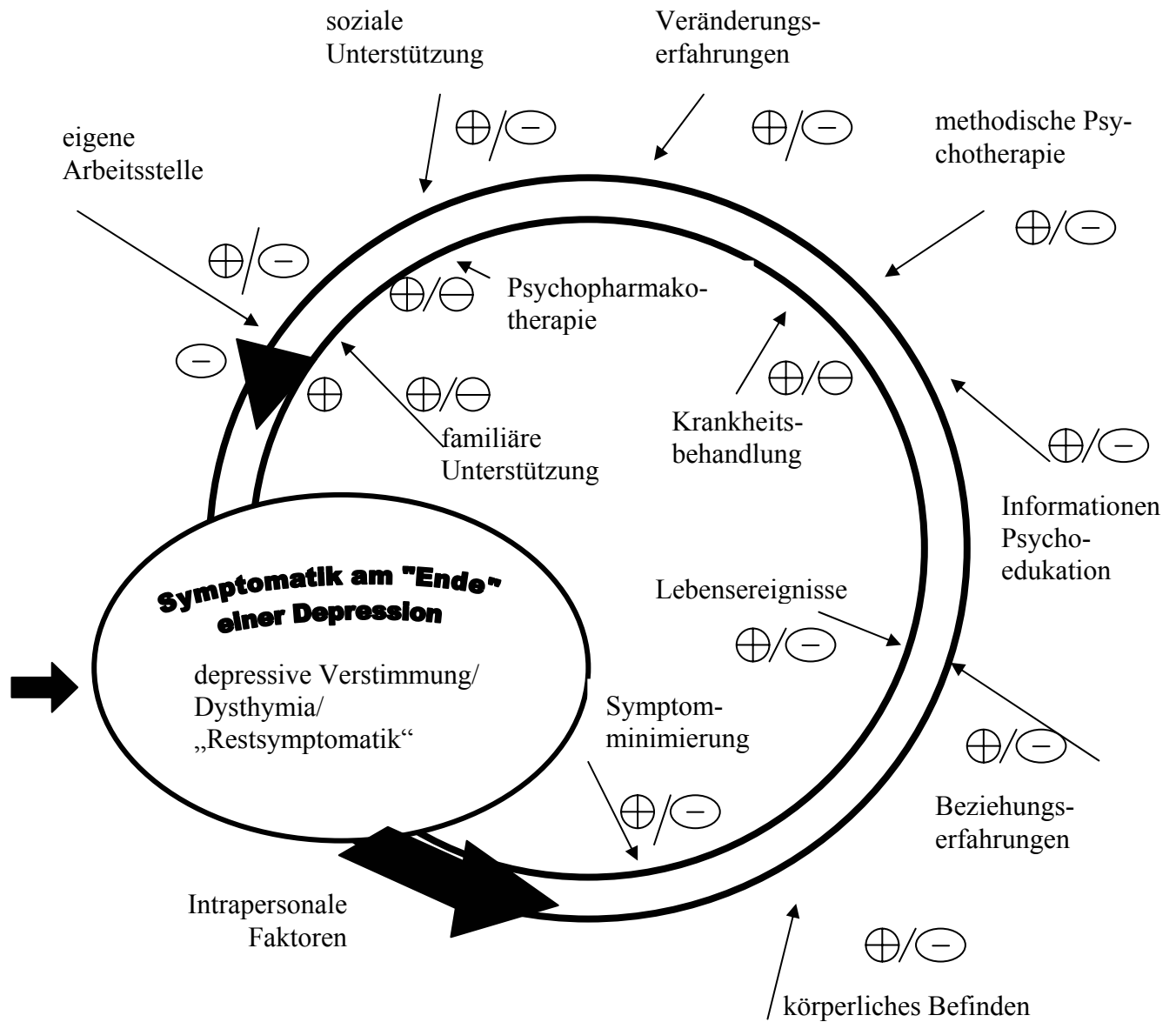
- Konstitutionelle (genetische) Faktoren im Verein mit (frühkindlichen) psychologischen und/oder körperlichen Traumatisierungen bewirken ein biologisches „priming“, eine *latente Überempfindlichkeit für erregende Neurotransmitter*;
- spätere erneute psychische oder körperliche Belastungen reaktivieren die biologische Narbe und leiten eine *Überstimulation aus zentralen Hirnstrukturen* ein;
- diese können via *Störung der Reagibilität /Signaltransduktion von Glucocorticoidrezeptoren* eine *erhöhte Stressbereitschaft und –reaktion* auslösen, die zu
- umfangreichen, mehrheitlichen *Störungen von Feed-back-Mechanismen in der HPA-Achse* (hypothalamic-pituitary-adrenocortical-/Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinden-Achse) führen und in der Folge
- eine pathologische psycho-biologische Stressreaktion mit *Störungen im Kortisolsystem und der Transmitterbalance (Depression)* auszulösen vermögen.
- Erste depressive Episoden haben demnach stärkere reaktive (umweltbedingte) Auslösemechanismen,
- jedes weitere Rezidiv (bzw. jede längere Erkrankung im Sinne einer Chronifizierung, Anmerkung der Verfasserin) führt zur zunehmenden *Automatisierung („Endogenisierung“)* des nächsten Rezidivs (bzw. der Aufrechterhaltung der Chronifizierung, Anmerkung der Verfasserin); diese Tendenz zur Verselbständigung der Episoden, Verkürzung der symptomfreien Intervalle bis zum Rapid cycling und evtl. Übergang zum bipolaren Verlauf entspricht dem Pathomechanismus des *Kindling-Phänomens* (Anbrenn-Phänomen, d.h. „Erlernen“ der Krankheit).
- Rezidivprophylaktisch wirksame *Psychopharmaka* entsprechen offensichtlich dem Profil einer *Antikindling-Wirkung*.

(Felber 2003, S. 133f, Hervorhebungen vom Verfasser, Anmerkungen wie angegeben von der Autorin))

Wolfersdorf & Heindl (2003) fassen die Einflussfaktoren auf Chronifizierung bzw. Wiedererkrankung im Modell (Abb. 7) zusammen:

Nach Abklingen einer depressiven Phase wirken verschiedene Faktoren auf den Patienten ein und begünstigen oder verhindern die Chronifizierung bzw. Wiedererkrankung.

Abbildung 7: Chronifizierungs- und Wiedererkrankungskreis aus klinischer Sicht (nach Wolfersdorf & Heindl (2003))



Ziel von Intervention/Therapie zur Vermeidung von Chronifizierung/Wiedererkrankung: neue Erfahrungen mit neuen affektiven und kognitiven Besetzungen gegen:

- Hilflosigkeitseinstellung
- persistierendes Kranksein-Gefühl
- andauerndes Insuffizienzgefühl
- chronische negative Erwartungen
- andauernde negative Selbstbewertung
- [„Es ist möglich“ versus „Es ändert sich sowieso nichts“]
- ungünstige Copingstrategien
- Rigidität
- globales Gefühl des „existenziellen Zuwenig“

Risiko für Chronifizierung bzw. Wiedererkrankung steigt bei ⊖

1.3. Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen

In den bisherigen Ausführungen wurden die Begriffe „Therapieresistenz“, „Chronifizierung“, „chronische Depression“ und „therapieresistente Depression“ verwendet, ohne dass vorerst – wie angemerkt - näher erläutert wurde, was genau darunter verstanden werden soll. In diesem Teil der Arbeit wird ein genauerer Überblick über Begrifflichkeit und Kriterien der Einteilung in diese Subgruppen gegeben.

1.3.1. Definitionen und Begriffsklärungen

1.3.1.1. Störungsunspezifische Definitionen und Begriffsklärungen von Therapieresistenz bzw. Chronifizierung

Gleichgültig, welchen Bereich der Medizin und Heilkunde man auch betrachtet: Immer sollte sich der Behandelnde auch der Möglichkeit gewärtig sein, dass die von ihm angewandte Therapiemaßnahme auch fehlschlagen oder sogar eine Verschlechterung bewirken kann. Die Krankheit kann also unbeeinflusst von Behandlung über längere Zeit „als üblich“ bestehen bleiben oder gar zunehmen. Diese Feststellung mag auf den ersten Blick selbstverständlich anmuten, ist auf den zweiten jedoch nicht so trivial, wie es zunächst scheint: Mit den großen Fortschritten, die in den letzten Jahrzehnten auch und gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich erzielt werden konnten, wuchs auch die Gefahr, „alles für möglich“ zu halten, jede Krankheit und Störung als vollständig heilbar anzusehen. Von einer Gefahr ist hier deshalb die Rede, weil diese Einstellung einige unerwünschte Folgen zeitigen kann: Geht man als Therapeut mehr oder minder bewusst davon aus, dass grundsätzlich *jede* Krankheit und Störung „geheilt“ werden kann, kann es dazu kommen, dass man sich oder den Patienten - am wahrscheinlichsten beide - überfordert. Entmutigung und Enttäuschung auf Seiten der Klientin wie auch des Therapeuten kann die Folge sein, die Motivation, die Therapie fortzusetzen, nimmt ab.

In vielen Definitionen werden die Begriffe Chronifizierung und Therapieresistenz miteinander verbunden, ja sogar synonym gebraucht. Dass beide eng zusammenhängen, ist auch unstrittig. Eine Gleichsetzung jedoch scheint nicht angebracht, da das nur zu einer weiteren Verwirrung der Begriffe führen würde, zudem unökonomisch wäre: Wenn ein Begriff dasselbe beinhaltet wie ein anderer, kann auf einen davon verzichtet werden.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, hier eine klarere Abgrenzung zu treffen und die Überschneidungen und Unterschiede herauszuarbeiten.

Das Wort „chronisch“ leitet sich vom griechischen Wort für „Zeit, Dauer, Weile“ bzw. „Lebenszeit, Alter“ ab und bezeichnet einen Zustand, der „länger dauert als üblich“ (vgl. Wolfersdorf & Heindl, 2001, S.52). In der Medizin spricht man von „chronisch“, wenn ein Beschwerdebild länger besteht, Symptome und Beeinträchtigungen andauern und therapeutisch nur unzureichend beeinflussbar sind (ebd.). Hier wäre das Kriterium der Therapieresistenz also schon mit enthalten – chronisch hieße demnach auch in bestimmtem Maße resistent gegen Therapie. Jeder „chronisch Kranke“ wäre also auch „therapieresistent“, Therapieresistenz wäre eines der definierenden Kriterien für Chronizität.

Sinnvoller scheint es, Chronizität *rein* zeitlich zu definieren als Störung, die „lange andauert“, d.h. die eine bestimmte, „durchschnittlich“ zu erwartende Krankheitsdauer überschreitet. Eine Gruppe dieser Patienten wäre dann sicher *auch* therapieresistent, aber nicht alle: Diejenigen, die noch gar keine Therapie erfahren haben, könnten ebenfalls unter diese Kategorie gezählt werden. So wäre also die Gruppe der Therapieresistenten als Subgruppe der chronisch Kranken zu betrachten.

Therapieresistenz in diesem Sinne würde also beinhalten, dass die Person chronisch krank ist (also schon einen längeren Zeitraum über) *und* dass bestimmte Therapieversuche nichts oder nur wenig gefruchtet haben.

Das Kriterium für Chronizität wäre also die reine Zeitdauer, unabhängig von therapeutischer Beeinflussbarkeit, und das Kriterium für Therapieresistenz wäre Zeitdauer *und* weitgehende Unbeeinflussbarkeit durch therapeutische Maßnahmen.

Ebenfalls denkbar wäre es, auch Therapieresistenz ganz im Wortsinn zu verstehen und es immer dann anzuwenden, wenn bei einem Patienten eine Therapie nicht anschlägt, d.h. wenn - aus welchen Gründen auch immer - eine mögliche, angebotene oder durchgeführte Therapie nicht zu einer Verbesserung seiner Symptomatik führt.

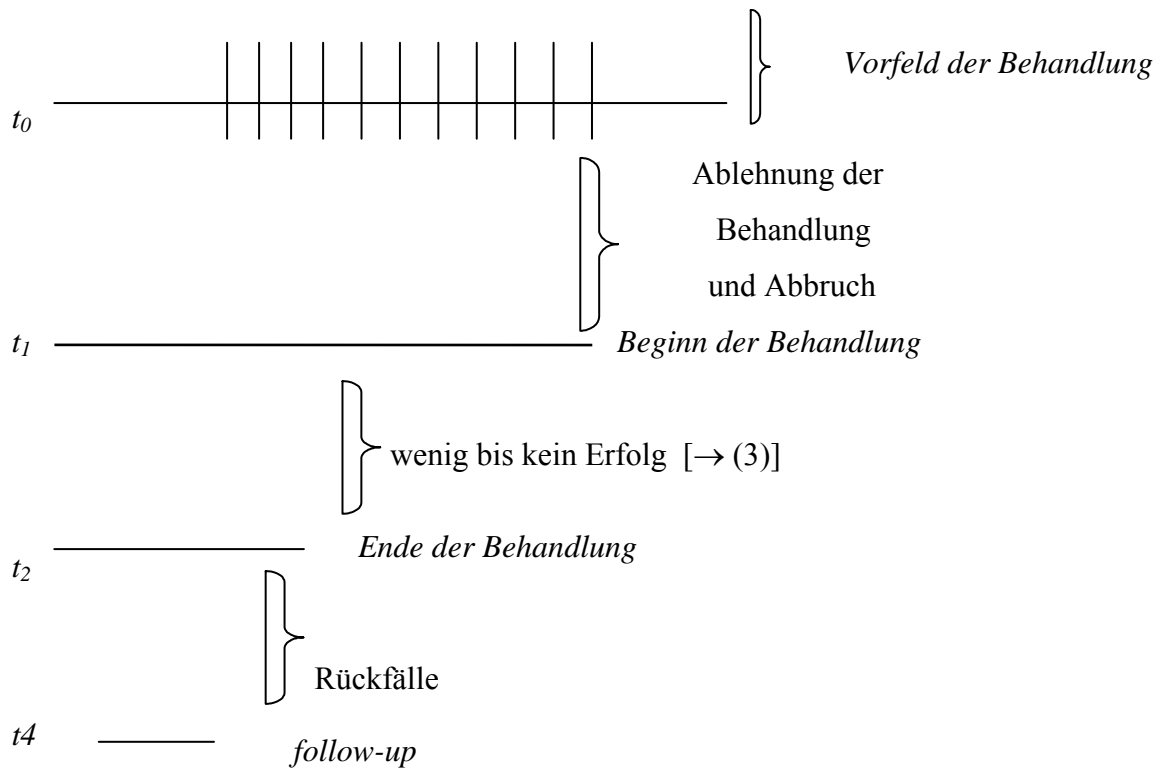
Ein hierfür besonders interessantes Konzept stellt die begriffliche Klärung von Foa et al. (1983, zitiert nach Reinecker 1991, 1993b) dar, was als „Misserfolg“ in der Therapie zu verstehen ist: Sie unterscheiden zwischen

- (1) Therapieverweigerung, d.h. Patienten, die sich nach Diagnose und Erklärung des therapeutischen Vorgehens gegen die Therapie entscheiden,
- (2) Ausfällen, d.h. Patienten, die am geplanten Therapieverfahren teilnehmen, es aber vorzeitig (also vor Erreichen der Therapieziele) beenden;
- (3) Behandlungsfehler (s.u.) und

(4) Rückfälle, d.h. Patienten, bei denen nach Abschluss der Therapie ein Erfolg festzustellen war, der sich aber als zeitlich nicht stabil erwies.

In eine Übersicht gebracht, lassen sich die verschiedenen Stufen von Behandlungsmisserfolgen folgendermaßen darstellen (nach Reinecker, 1993b, S. 181, Auslassungen und Ergänzungen von der Verfasserin):

Abbildung 8: Stufen von Behandlungsmisserfolgen
(nach Reinecker, 1993b, S.181, Auslassungen und Ergänzungen von der Verfasserin)



Fasst man den Begriff der Therapieresistenz sehr weit, so kann es in all diesen Phasen dazu kommen: Die Störung der Patientin „widersteht“ der Therapie, sie erfährt keine Besserung oder gar Heilung - wenn auch aus unterschiedlichen Gründen.

Die Gruppe, die im obigen Schema noch vor t_0 genannt werden müsste, sind diejenigen Patienten, bei denen noch keine Diagnose gestellt wurde bzw. die noch in keinem Kontakt mit einem professionellen Diagnostiker getreten sind und deshalb logischerweise auch nicht behandelt werden können - den Begriff der Therapieresistenz auf diese Gruppe anzuwenden, scheint zwar etwas weitgegriffen, wäre aber insofern legitim als auch diese Gruppe keine Heilung oder Besserung durch Therapie erfahren kann (Der später vertretene Begriff wird allerdings sehr viel enger gefasst sein.). Mehrere Varianten sind hier denkbar:

- Die Patientin erkennt ihre Krankheit nicht als solche, begibt sich nie in professionelle Behandlung eines Arztes, eines Psychologen oder anderen Fachmannes und lebt mit ihrer Symptomatik, ohne je Behandlung erfahren zu haben. Laut Felber (2003, S.134) gehen 52% der depressiven Patienten nicht zum Arzt.

- Die Patientin missinterpretiert die Störung als (rein) körperliches Leiden und sucht einen Arzt der somatischen Fachrichtungen auf. Hier sollte die Störung als psychisches Leiden erkannt und behandelt werden bzw. die Überweisung an psychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutische Fachbehandler erfolgen. Allerdings kann es auch hier zu Fehldiagnosen und -behandlungen kommen: Nach Felber (ebd.) werden 25% der Patienten fehldiagnostiziert. Einerseits kann dies an der Schilderung der Patientin liegen, die ausschließlich Symptome schildert, die auch körperlicher Genese sein könnten - da Ärzte auf die Schilderungen der Beschwerden als eine Hauptquelle der Informationen angewiesen sind, ist es in diesem Fall schwer, eine adäquate Diagnose zu stellen. Wichtig wäre hier auf der einen Seite ein Bewusstsein für die Einflussmöglichkeiten der Psyche auf die Physis, die ein ganzheitliches Weltbild voraussetzt und nicht den Körper auf Kosten der Psyche überbetont. Auf der anderen Seite hilft eine genaue Kenntnis der psychischen Störungsbilder seitens des somatischen Arztes. Nur, wenn Symptome und Auswirkungen genau bekannt sind, kann dieser dem Patienten auch die „richtigen Fragen“ stellen, also diejenigen Fragen, die gegebenenfalls auch die psychischen Hintergründe der somatischen Störungen aufzeigen und die zu schildern der Patient nicht für nötig oder angebracht hält, wenn er sein Leiden auf körperliche Ursachen und Auswirkungen beschränkt sieht. Eine gezielte Ausbildung auch über psychische Störungen ist also Voraussetzung dafür, diese Art der Fehlbehandlung zu vermeiden - sie sollte im Studium der Medizin wie auch später in der praktischen Arbeit durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen erworben und erhalten werden. Fortbildungsveranstaltungen seitens der psychiatrisch-psychotherapeutisch Tätigen für somatisch behandelnde ärztliche Kolleginnen bieten hier eine Möglichkeit, sowohl voneinander zu lernen wie auch die Zusammenarbeit zu optimieren (vgl. dazu auch 3. Zusammenfassung und Ausblick).

Die beiden oben beschriebenen Abläufe können also dazu führen, dass die Diagnose einer psychischen Störung nicht gestellt wird und der Patient auch nicht adäquat behandelt werden kann - das „Erstgespräch“ mit dem Fachmann kommt so gar nicht erst zustande. 15% der Patienten werden nach Felber (ebd.) zu kurz oder unterdosiert therapiert (was natürlich auch bei Fachärzten und –therapeuten geschehen kann), nur 5-8% werden „lege artis“ behandelt (ebd.).

Ist diese erste Hürde jedoch genommen - der Patient meldet sich selbst an oder wird überwiesen durch eine somatische Ärztin -, kann im Erstgespräch mit dem Psychiater oder Psychologen die Behandlung beginnen - es sei denn, der Patient entscheidet sich dagegen: In der Graphik bezeichnet mit „Ablehnung der Behandlung und Abbruch“.

Der Patient will sich also nicht mit der vorgeschlagenen Therapie behandeln zu lassen, er ist ein „Therapieverweigerer“ bzw. ein „Therapieabbrecher“. Kanfer et al. (1996) referieren dazu Untersuchungen, bei denen die Zahl der Therapieabbrüche bei ambulanter Psychotherapie zwischen einem Drittel und einem Viertel liegt.

Als Grund ist einerseits denkbar, dass der Patient die gestellte Diagnose ablehnt: Allein der Gedanke, psychisch krank zu sein, ist für viele sehr schwer zu akzeptieren. Oft hört die behandelnde Therapeutin daraufhin Äußerungen wie z.B.: „Ich bin doch nicht verrückt, ich bin nur überarbeitet.“, „Depressionen bekommen doch nur willensschwache Menschen, das bin ich aber nicht.“, „Nein, ich muss mich nur genügend bemühen, in Wirklichkeit bin ich nur faul, wissen Sie.“. Das Störungsverständnis, das hieraus deutlich wird, assoziiert Depression also mit sozial extrem unerwünschten Etiketten wie Verrücktheit, Schwäche oder Willensschwäche – es ist verständlich, dass Patienten mit derartigen Vorstellungen es ablehnen, diese Diagnose auf sich zu beziehen.

Ein Verleugnen der Störung ist besonders dann wahrscheinlich, wenn die Symptome nicht besonders stark ausgeprägt sind und/oder der Patient in der Lage ist, eine funktionierende „Fassade“ aufrechtzuerhalten - und dies nach außen, vor seiner Umgebung, wie auch nach innen, also vor sich selbst. Die hier entscheidenden Stichworte sind Krankheits- oder Störungsverständnis und -einsicht. Ziel der Therapeutin, die die Diagnose gestellt hat, wäre es dann, dem Patienten ein neues Verständnis für seinen Zustand zu vermitteln und die vorherrschenden falschen Informationen zu korrigieren. Da psychische Krankheit aber auch in unserer Gesellschaft noch sehr stigmatisierend ist, fällt es häufig schwer, überhaupt die Bereitschaft zu wecken, sich damit näher zu beschäftigen. Allein die Vorstellung, dem Kreis der psychisch Kranken anzugehören, ruft oft zu große Ängste hervor, um auch nur als Möglichkeit zugelassen zu werden. Die kognitive Umstrukturierung, die für diesen Perspektivenwechsel nötig ist, ist in der kurzen Zeit eines Erstgesprächs auch nicht leistbar. Hier könnte allenfalls das Angebot gemacht werden, in weiteren Sitzungen Informationen zu vermitteln, also psychoedukative Arbeit zu leisten - das setzt allerdings voraus, dass der Patient wiederkommt, und davon ist nicht auszugehen, wenn er die hier gestellte Diagnose von vornherein ablehnt. Eine nicht ganz befriedigende Notlösung könnte es sein, dem Patienten Informationsmittel (z.B. Broschüren, Bücher, etc.) über die Erkrankung mitzugeben - evtl. kann er sich zu einem späteren Zeitpunkt in ausgeglichenerer Stimmung leichter mit dem Gedanken befassen. Wilson (1985, zit. nach Kanfer et al., 1996, S.161) konnte zeigen, dass Informationsvermittlung (hier mittels Videobändern über die zu beginnende Psychotherapie) eine Möglichkeit darstellt, die Rate der Therapieabbrüche zu verringern. Kanfer et al. (1996) betonen besonders, wie wichtig es sei, frühzeitig die „Spielregeln“ für die Therapeut-Klient-Interaktion zu vermitteln und so unangebrachte Erwartungen zu korrigieren: Rüger et al. (1985, zit. nach Kanfer et al., 1996, S.161) fanden in ihrem Vergleich von Abbrechern zu Nichtabbrechern, dass

die letzteren die Behandlung meist anders als ihre Therapeuten „verstanden“, was auf die Wichtigkeit eines von beiden Seiten geteilten Therapiemodells hinweist.

Notwendig ist hier u.a., als Therapeut direkt im Erstgespräch durch gezieltes Fragen und Erklären der Patientin das Gefühl zu vermitteln, kompetent gerade für die Art von Beschwerden zu sein, die die Patientin schildert. Gleichzeitig kann die Patientin so den Eindruck gewinnen, dass sie nicht die einzige ist, die unter einer derartigen Störung zu leiden hat – eine Information, die häufig als sehr entlastend erlebt wird, wie oben bereits angedeutet (vgl. Kapitel 1.2.2.2.). Denn überraschend viele Patienten sind der Meinung, dass nur sie allein sich so „sonderbar“ und „anders als alle anderen“ fühlten, dass sie allein mit ihrem Problem seien, dass niemand sie verstehen könne. Diese Einstellung wird umso ausgeprägter sein, je geringer das Wissen des Patienten über die Störung bzw. über psychische Erkrankungen überhaupt ist und je weniger verständnisvoll und zugewandt seine Angehörigen und sein soziales Umfeld sich zeigen – eine Gefahr, die bei chronisch bzw. therapieresistenten Kranken noch größer ist als bei anderen: Je länger die Störung schon andauert, desto schwieriger mag es für den Patienten geworden sein, bei seiner Umwelt noch Verständnis und Unterstützung zu finden und umso einsamer mag sich der Patient vorkommen – sind doch andere ebenfalls von der Krankheit Betroffene nach kürzerer Zeit wieder genesen.

Die Information, dass er nicht der einzige ist, bei dem die herkömmlichen Therapieschritte bisher nicht oder nur unzureichend erfolgreich waren, kann hier vieles an Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen sowie evtl. auch an überzogenen Therapieerwartungen und Ansprüchen an sich selbst und den Therapeuten verringern (vgl. dazu auch Kapitel 1.3.3.).

Wichtig ist also einerseits, dass der Patient glaubt, von Therapie allgemein profitieren zu können - und andererseits, dass dies besonders bei der *von der Therapeutin seiner Wahl angebotenen Therapie* der Fall ist. Wenn er dies nicht kann, mag das einerseits wiederum mit dem Krankheitsverständnis zusammenhängen: Hat der Patient ein sehr somatisch-medizinisch orientiertes Weltbild, wird er mit größerer Wahrscheinlichkeit eine psychotherapeutische Behandlung verweigern. Lehnt er dagegen Medikamente und insbesondere Psychopharmaka ab, wird es schwerer sein, ihn von der Einnahme derartiger Präparate zu überzeugen etc..

Auch hier ist gezielte Informationsvermittlung und größtmögliche Transparenz oberstes Gebot - besonders sollte der behandelnde Therapeut darauf achten, die Informationen so aufzubereiten, dass sie die Patientin auch gut verstehen und nachvollziehen kann. Sie sollte einschätzen können, worauf sie sich in der Therapie einstellen muss und kann. Das ist gerade bei Patienten wichtig, die schon länger unter einer Störung leiden (also als chronisch nach dem Zeitkriterium einzuordnen sind, vgl. unten) und besonders bei solchen, die schon – schlechte - Erfahrungen mit Therapie

gesammelt haben: Sie müssen nicht nur lernen, was Therapie ist und leisten kann, sondern evtl. auch ver-lernen, was sie bereits erfahren haben und zu wissen glauben, wenn die bisher durchgeführte(n) Therapie(n) in dieser Hinsicht falsche Erwartungen geweckt hat/haben.

So ist die Vermittlung eines plausiblen Ätiologie- und Therapiemodelles eine wichtige Grundlage der Behandlung und kann dieser eben beschriebenen Art von „Therapieresistenz“ entgegenwirken.

Für die vorgelegte Untersuchung ist besonders die Gruppe (3) relevant:

„Behandlungsfehler“ werden hier unterteilt in

- a) technische Fehler und
- b) echte Behandlungsfehler.

Zu a) Unter technische Fehler werden Fehler in der Diagnostik und der Durchführung des Behandlungsverfahrens gezählt.

Dass Fehler der Diagnostik meist – nicht immer! – auch mit einem Fehlschlagen der Behandlung einhergehen können¹⁰, leuchtet ein: Man denke sich als Beispiel einen Patienten, der unter einem unerkannten Suchtproblem und sekundär unter einer Depression leidet, bei dem die Behandlung aber ausschließlich auf die affektive Störung gerichtet ist. Ein weiteres, noch deutlicheres Beispiel wären die oben ausgeführten Fehldiagnosen, die die Folge einer ausschließlich somatischen Sichtweise sind: Wird eine psychische Störung nicht als solche erkannt, ist die Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Behandlung gering.

Hier erweist sich die Effizienz einer umfassenden, therapieorientierten und -begleitenden Diagnostik. Funktionale, ideographisch orientierte Verhaltensdiagnostik, die eng mit der Therapieplanung und –durchführung verzahnt ist, ist hier einer zu statischen Diagnostik vorzuziehen. Zwar ist es durch die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems unumgänglich, bereits relativ bald nach Beginn der Behandlung eine vorläufige diagnostische Festlegung zu treffen. Wichtig bleibt hier aber die Offenheit für weitere Informationen, die evtl. auch eine Änderung der Diagnose nötig machen. Der Behandelnde sollte die erste Einschätzung der Beschwerden des Patienten vorerst nur als „Screening“ verstehen, das ergänzungsfähig und –bedürftig ist (vgl. hierzu z.B. Kanfer et al., 1996). So kann die Gefahr einer Fehldiagnose verringert werden. Ein Hilfsmittel gerade für noch wenig erfahrene Diagnostiker können hierbei auch Fragebögen oder halbstrukturierte Inter-

¹⁰ Ausmaß und Art der Fehldiagnose bestimmen über deren Folgen für die Behandlung: So könnte z.B. ein Patient mit einer primären Angststörung von einer anti-depressiven Behandlung z.T. ebenfalls profitieren, da auch in deren Rahmen Methoden eingesetzt werden können, die auch bei Angststörungen adjuvant hilfreich sind (z.B. Selbstsicherheitstraining, Aufsuchen von als schwierig erlebten Situationen, etc.). Auch führt eine Fehleinschätzung im Schweregrad (z.B. Diagnose einer Dysthymia bei Vorliegen einer Major Depression) nicht zwangsläufig zu therapeutischen Misserfolgen.

viewleitfäden sein, die durch ihren schematischen Aufbau das Übersehen bestimmter Problembe-
reiche unwahrscheinlicher machen – allerdings wächst dabei aber auch die Gefahr, zu schematisch
und zu wenig individuell vorzugehen.

Zu b) Mit dem Begriff „echte Behandlungsfehler“ oder auch Misserfolge im engeren Sinn wird
die Gruppe von Patienten bezeichnet, die sich einer korrekt durchgeführten Behandlung unterzie-
hen und diese auch bis zum Ende bringen, ohne dass eine Besserung im Befinden verzeichnet
werden kann. Die Bezeichnung „echte Behandlungsfehler“ scheint allerdings eher irreführend:
Spricht man doch gemeinhin von Fehlern gerade dann, wenn etwas nicht „korrekt durchgeführt“
worden ist, d.h. für den vorliegenden Fall, wenn die Therapeutin den Klienten aus welchen Grün-
den auch immer nicht „lege artis“ behandelt hat. Die Bezeichnung „Misserfolge im engeren Sinn“
ist hier also vorzuziehen, da damit nicht impliziert wird, dass „Fehler“ die Ursache für das negati-
ve Ergebnis darstellen.

Reinecker (1993, S. 182) weist darauf hin, dass es sich bei dieser Gruppe um die theoretisch gese-
hen interessantesten Fälle handelt, da sie gewissermaßen die Falsifikationsinstanzen für das Ver-
fahren darstellen¹¹.

1.3.1.2. Störungsspezifische Definitionen und Begriffsklärungen: Chronifizierung bzw. The- rapieresistenz bei Depressionen

Für das Störungsbild der Depressionen gibt es, wie oben bereits angedeutet, derzeit keine allge-
mein verbindlichen Definitionen oder Kriterien von Therapieresistenz oder Chronifizierung. Im
Folgenden sollen verschiedene vorgestellt und miteinander verglichen werden. Im Anschluss dar-
an wird eine Arbeitsdefinition dargestellt, die aus den referierten Ansätzen gebildet wurde und die
den Untersuchungen im praktischen Teil dieser Arbeit zugrundelag.

¹¹ Der zitierte Hinweis bezieht sich auf die Anwendung des Modells auf Patienten, die an einer phobischen Störung
leiden, kann aber analog auf depressive Störungen und deren Behandlung bezogen werden.

Die möglichen Kriterien, die in verschiedenen Untersuchungen herangezogen werden, lassen sich in folgende Subkategorien einteilen:

- a) Erkrankungsdauer
- b) Schweregrad der Depression
- c) Art und Wirkung der bisher durchgeführten Behandlung:
 - Biologische Behandlung:
 - psychopharmakologische Behandlung
 - andere körperliche Behandlungen: z.B. EKT, Schlafentzug, Lichttherapie, rTMS, etc.
 - psycho- und soziotherapeutische Behandlung

Ab wann eine Depression als chronisch bzw. als therapieresistent angesehen werden soll, ist nicht eindeutig festgelegt. Da Chronizität und Therapieresistenz wie erwähnt zwar oft synonym verwendet werden, dieses Vorgehen jedoch beide Begriffe unscharf erscheinen lässt, wird im Folgenden Chronizität abgegrenzt von Therapieresistenz dargestellt und werden erst im Anschluss mögliche Überschneidungen aufgezeigt.

1.3.1.2.1. Chronifizierung von Depressionen

Eine chronische Depression ist nach den oben (siehe 1.3.1.1.) ausgeführten Kriterien demnach eine Depression, die länger dauert „als gewöhnlich“. Ist damit schon jede Depression, die länger anhält als die durchschnittliche Phasendauer (s.o.: ca. 5,2-5,4 Monate bei unipolaren Depressionen, nach Felber, 2003) schon als „chronisch“ anzusehen? Oder bezieht sich „chronisch“ auf den Gesamtverlauf der Erkrankung im Lebenslauf, also etwa auf die Gesamterkrankungsdauer im Vergleich zu den gesunden Phasen? Es bedarf also näherer Spezifizierungen. Verschiedene Zeiträume werden in verschiedenen Zusammenhängen benannt. In Tabelle 8 wird eine Übersicht geboten, welche Zeiträume in der Literatur genannt werden und wofür genau sie Kriterium sein sollen.

Tabelle 8: Übersicht über die Zeiträume, die im Zusammenhang mit Chronizität und Therapieresistenz genannt werden

Zeitkriterium	Spezifizierung	Quelle
4-6 Wochen	„Therapieresistenz unter Antidepressiva“ (s.o.: Ansprechen auf Behandlung)	Möller, H.J. (1997)
<= 8 Wochen Symptomfreiheit	Chronifizierung nach stationärer Therapie (bei zweijährigem poststationären Beobachtungszeitraum)	Hirschfeld et al. (1986) (zitiert nach Möller 1990)
6 Monate	„Chronifizierung“, chronische Depression: „Symptomatik“	Helmchen (1974) (zitiert nach Jojart, 1995)
	„poor outcome“ (definiert nach psychopathologischem Schweremaß)	Monroe et al. (1983) (zitiert nach Möller, 1990)
1 Jahr	„Chronifizierung“, chronische Depression: „Symptomatik“	Keller et al. (1986a), Brown, Adler & Bifulko (1988) (zitiert nach Jojart, 1995)
	„Chronifizierung“, chronische Depression	Jojart (1995)
> 1 Jahr	Kriterium für stationär behandelte Patienten: kumulative Hospitalisierungsdauer (oder Anzahl der Hospitalisierungen über 5)	Laux (1986)
2 Jahre	Chronische Depression: a) Subtyp der unipolaren Typischen Depression mit mindestens zweijähriger Episodendauer (Ausschluss: zweimonatiger Zeitraum ohne depressive Symptome) d) Dysthyme Störung (gleicher Zeitrahmen, aber schwächere Symptomausprägungen, die nicht ständig vorhanden sein müssen) zusätzlich im DSM schleichender Beginn, also keine Typische Depressive Episode innerhalb der ersten 2 Jahre) e) Double depression: überlappend a) und b): chronisch depressive Störung mit schwankender Intensität abhängig vom Verlauf: Typische Depression, Subtyp chronisch oder Dysthymie mit aufgepfropfter Typisch depressiven Episode.	DSM-III-R, DSM IV DSM-III-R, DSM-IV DSM-III-R, DSM IV
	Dysthymia: konstante oder immer wiederkehrende depressive Verstimmung während eines Zeitraums von mindestens 2 Jahren, Unterbrechungen: kaum länger als wenige Wochen, keine oder sehr wenige Depressionsepisoden erreichen die Kriterien einer depressiven Episode (F3x.x)	ICD-10 (1992)
mehr als 2 Jahre	„Chronifizierung“, chronische Depression: Dauer der gegenwärtigen Episode	Guensberger & Fleischer, (1972), Garvey et al. (1986), beide zitiert nach Marneros et al. (1990)
10 Jahre	Gesamtkrankheitsdauer ≥ 10 Jahren (für ambulante Pt.)	Laux (1986)

Während dieser Erkrankungsdauer wird implizit oder explizit das Vorliegen bestimmter depressiver Symptome bzw. eines bestimmten depressiven Schweregrades verlangt. In den Definitionen des DSM-IV bzw. der ICD-10 sind diese streng operationalisiert, in anderen Definitionen wird oft nur von „Depressionen/depressiver Symptomatik über einen Zeitraum von...“ gesprochen. Das hieße also ausformuliert, dass eine depressive Störung mit Krankheitswert vorliegen muss – es bleibt allerdings häufig offen, welche Art und Intensität diese Symptomatik haben sollte. Monroe et al. (1983, zit. nach Wolfersdorf et al., 1990, S.192) geben zum psychopathologischen Schweregrad explizite Werte in psychopathologischen Testverfahren an und zwar:

- mindestens 14 Punkte in der 24-Item-Version der Hamilton Depression Skala bzw.
- über 16 Punkte im Beck Depressions Inventar nach 6 monatiger Behandlung.

1.3.1.2.1.1. Arbeitsdefinition von chronifizierter bzw. chronischer Depression

Im Folgenden soll auf dem Hintergrund der obigen Ausführungen folgende Arbeitsdefinition für „chronische Depression“ verwendet werden (vgl. dazu auch Wolfersdorf und Heindl (2003, S.25): Unter einer chronischen Depression wird eine depressive Störung von Krankheitswert (depressive Symptomatik) verstanden, die lang anhaltend verläuft, d.h. 2 Jahre oder länger ohne deutliche Unterbrechung (passagere Symptombesserungen kürzer als 8 Wochen erlaubt, entsprechend Definition einer Dysthymia sensu ICD-10).

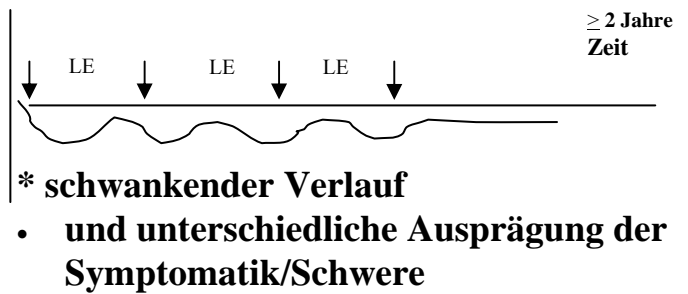
Subtypen dieser chronischen Depression nach Literatur (vgl. z.B. Kocsis, 2000) und klinischem Eindruck (Wolfersdorf & Heindl, 2003, S.25f) sind in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: : Subtypen der „chronischen Depression“ aus klinischer Sicht

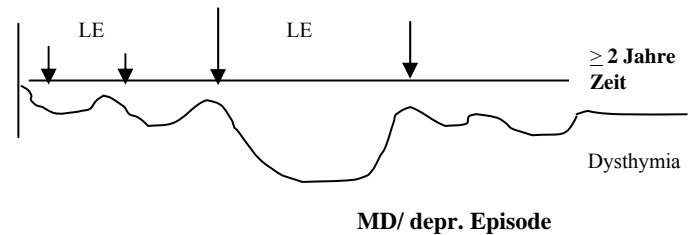
(LE = Lebensereignis) (nach Wolfersdorf & Heindl, 2003, S.25f)

Chronische Depression Schweregrad

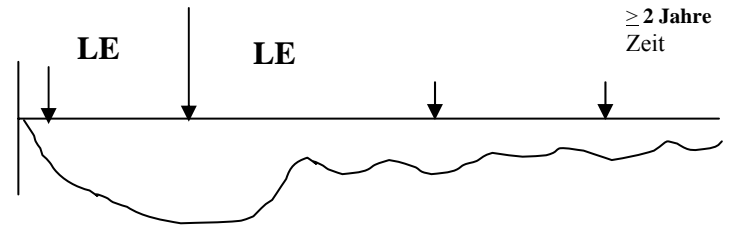
- **Dysthymia**
(sog. neurotische Depression)



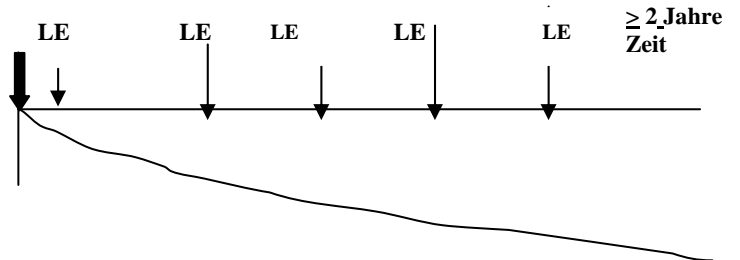
- **„double depression“**
(= Dysthymia und einzelne volle depressive Episoden: doppelte Depression)



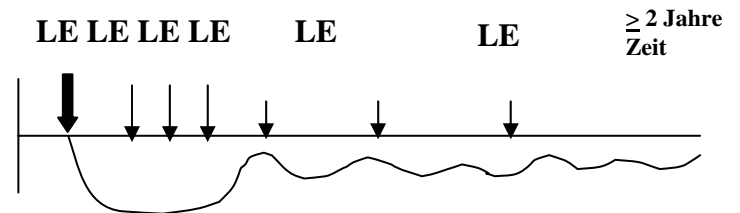
- **chronische depressive Episode**
(= typische depressive Episode länger als 2 Jahre)



- **depressive Entwicklung**
(konstanter Prozess der Verschlechterung)



- **Posttraumatische Belastungsstörung, mit depressiver Wesensänderung**



1.3.1.2.2. Therapieresistente Depressionen

Unter Therapieresistenz kann, wie oben ausgeführt, mehreres verstanden werden.

Im weiteren Sinn umfasst Therapieresistenz diejenigen Fälle, bei denen eine bestimmte Art der Behandlung nicht den gewünschten Erfolg zeitigt: Therapieresistenz ist also so verstanden das Nicht- oder nur teilweise Respondieren des Patienten auf eine bestimmte Art von Behandlung.

Zu Art und Wirkung dieser Behandlungen bedarf es einer genaueren Betrachtung der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, die im Folgenden bezogen auf das Störungsbild Depression geboten wird.

Ähnlich wie in früheren Kapiteln soll auch hier auf die Behandlung von Depressionen allgemein nur stichwortartig eingegangen werden, d.h. nur insoweit, wie zum Verständnis der eigentlich zu beschreibenden Subgruppen chronisch und therapieresistent Depressiven nötig.

Depressionsbehandlung heute erfolgt mehrdimensional (Felber 2003, S.134, erweitert durch die Autorin, in der Aufzählung kursiv). Sie umfasst:

- „1. somatische Therapien (Psychopharmaka (Antidepressiva, Tranquilizer, Neuroleptika, Reizdivprophylaktika), Schlafentzugsbehandlung, Elektrokrampftherapie, Lichttherapie, in Erprobung auch die transkranielle Magnetstimulation und die Vagusnervstimulation);
2. Psychotherapie: Verhaltenstherapie, *Interpersonelle Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Therapieverfahren*, Musiktherapie, Gesprächstherapie *und andere Psychotherapieverfahren*;
3. Soziotherapie: Ergotherapie, Angehörigenarbeit, Tagesklinik, sozialpsychiatrische Dienste, berufliche Rehabilitation, *andere Sozialarbeit, Psychoedukation, Leistungsdiagnostik, Belastungstraining, Selbsthilfegruppen, Wiedereingliederungshilfe, u.a.*“
(Felber, 2003, s.134, ergänzt durch die Verfasserin)

Grundlegend für jede Art der Behandlung ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, bei der sich der Patient angenommen und verstanden fühlt, in der eine angstfreie Atmosphäre geschaffen wird, in der er sich der Therapeutin öffnen kann (vgl. dazu auch Kapitel 1.3.3: Besonderheiten der Therapie chronisch depressiver Patienten in verschiedenen Phasen der Therapie, 1) Eingangsphase).

1.3.1.2.2.1. Pharmakologische Behandlung von Depressionen und Vorgehen bei Therapieresistenz

Medikamente erster Wahl sind heute die sog. „neueren Antidepressiva“ (in Tabelle 9 ab 3)), da diese im Vergleich zu den sog. klassischen Antidepressiva besser verträglich sind und eine ähnlich gute antidepressive Wirksamkeit¹² aufweisen.

Tabellen 9: Antidepressiva-Gruppen (nach Wolfersdorf & Heindl, 2003, S.92)

- 1) die klassischen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (TZA/TeZA) z. B. Amitriptylin, Clomipramin oder Trimipramin;
 - 2) die Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH), hier das irreversible und unselektive Tranylcypromin (welches kaum mehr verwendet wird wegen des hohen Nebenwirkungsrisikos) bzw. die neuere Substanz Moclobemid (RIMA: reversibel, selektiv);
 - 3) die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), z. B. Fluvoxamin, Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Sertralin;
 - 4) die selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (von TZA/TeZA als ältere Desipramin und Maprotilin, als neue Substanz Reboxetin);
 - 5) die neuen Antidepressiva mit dualem oder spezifischem Wirkprinzip (Venlafaxin, Mirtazapin oder Nefazodon¹³).
-

¹² Die dänische Multicenterstudie der „Danish University Antidepressant Group“ (zitiert nach DGPPN, 2000) fand allerdings eine Überlegenheit klassischer trizyklischer Antidepressiva bei schwer depressiven Patienten, insbesondere vom melancholischen Subtyp, ebenso Schmauss (2000, zit. nach Kornacher, 2000) in der Subgruppe der stationär Depressiven.

¹³ Nefazodon wurde inzwischen wegen des Nebenwirkungsprofils vom Markt genommen.

Tabelle 10: Antidepressiva: Stoffklassen und Wirkmechanismen (aus Köhler 1999, S.92)

Stoffklasse	Substanzen ^a (mit gesetzlich geschützten Präparatenamen in Auswahl)	Wirkprinzip
Trizyklische Antidepressiva	Imipramin (Tofranil®) Clomipramin (Anafranil®) Amitryptilin (Saroten®)	Erhöhung des Transmitterangebots durch Hemmung des Reuptakes; langfristig wohl Herabsetzung der Rezeptorempfindlichkeit (down-regulation)
Tetrazyklische Antidepressiva und andere nicht eindeutig einzuordnende Substanzen	Mianserin (Tolvin®) Maprotilin ^b (Ludiomil®) Trazodon (Thombran®) Venlafaxin (Trevilor®) Viloxazin (Vivalan®)	teilweise ähnlich wohl wie trizyklische Antidepressiva; teilweise andere Wirkmechanismen
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Fluoxetin (Fluctin®) Fluvoxamin (Fevarin®) Sertralin (Gladem®) Paroxetin (Seroxat®, Tagonis®)	Hemmung der Wiederaufnahme spezifisch von Serotonin; langfristig wohl down-regulation
MAO-Hemmer (nicht selektiv)	Tranlycypromin (Jatrosom N®)	irreversible, nicht selektive Hemmung von MAO; Erhöhung der Monoaminkonzentration im Spalt; langfristig wohl down-regulation
MAO-Hemmer (selektiv und reversibel)	Moclobemid (Aurorix®)	reversible und spezifische Blockade von MAO-A; damit Erhöhung der Monoaminkonzentration im Spalt; langfristig wohl down-regulation
Aminpräkursoren	Tryptophan (Kalma®, Ardeyotropin®)	Steigerung der Serotoninproduktion durch Bereitstellung von Vorstufen
Johanniskraut	Hyperforat®	unklar (MAO-Hemmung, Wiederaufnahmehemmung, Bindung von GABA-Rezeptoren?)

^a Hier sind keineswegs alle Substanzen und erst recht nicht alle Handelsnamen genannt; man siehe dazu auch Benkert und Hippus (1998, S.42ff)

^b teilweise zu den tetrazyklischen Antidepressiva gerechnet, von Benkert und Hippus (1996, S.90ff) unter trizyklischen Antidepressiva aufgeführt.

Durch geringere unangenehme Nebenwirkungen fühlt sich der Patient weniger beeinträchtigt, was die Compliance allgemein verbessert sowie auch im Besonderen die Bereitschaft, Medikamente wie verordnet auch über längere Zeiträume hin einzunehmen. Gerade bei längerfristigen Verläufen ist dies ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Auch die geringere Toxizität der neueren Antidepressiva kann als Vorzug angeführt werden, da Überdosierungen aus Versehen wie v.a. auch in suizidaler Absicht weniger gefährlich sind. Da einige Autoren davon ausgehen, dass im chronischen Verlauf einer Depression auch die Suizidalität als erhöht zu betrachten ist, ist diese geringere Gefährlichkeit bei chronischen Verläufen ein ernstzunehmendes Argument.

Die Auswahl des Antidepressivums erfolgt also (vgl. Wolfersdorf & Heindl, 2003) grundsätzlich

- syndromorientiert (sedierende Antidepressiva bei agitiert-unruhiger Symptomatik, antriebssteigernde Antidepressiva bei gehemmtem Bild etc.) und
- nebenwirkungsorientiert (vgl. oben);
- zusätzlich bzw. dabei besonders zu beachten :

- Lebensalter (ältere Menschen mit Herzerkrankungen keine Antidepressiva, die sich auf die Herzrhythmik auswirken)
- körperliche Erkrankungen
- Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten¹⁴
- soziales Umfeld, Beruf (Bsp.: Mundtrockenheit als inakzeptable Nebenwirkung bei Berufen, in denen viel gesprochen werden muss, z.B. Lehrerberuf)
- Trinkverhalten des Patienten (evtl. Wechselwirkungen mit Alkohol bei Patienten, die sich nicht an das empfohlene Alkoholverbot halten)
- Sexualität
- frühere positive Erfahrungen mit Antidepressiva

Eine ausführlichere Übersicht über verschiedene, heute gebräuchliche Antidepressiva (Auswahl) zeigt Tabelle 11, den Ablauf einer antidepressiven Standardtherapie zeigt Abbildung 10. Auf Phasenprophylaktika (Lithium, Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin, Topiramate, etc.), also Medikamente, die der Rückfallprophylaxe dienen, sei hier nur verwiesen, da sie hauptsächlich der Vorbeugung erneuter Phasen dienen, d.h. im hier referierten Zusammenhang (keine „Phasen“ im engeren Sinn abgrenzbar, da die hier betrachteten Patientinnen per definitionem nicht über längere Zeit symptomfrei sein dürfen) von untergeordneter Bedeutung sind (Ausnahme: vgl. unten: Kombinationstherapien/Augmentation).

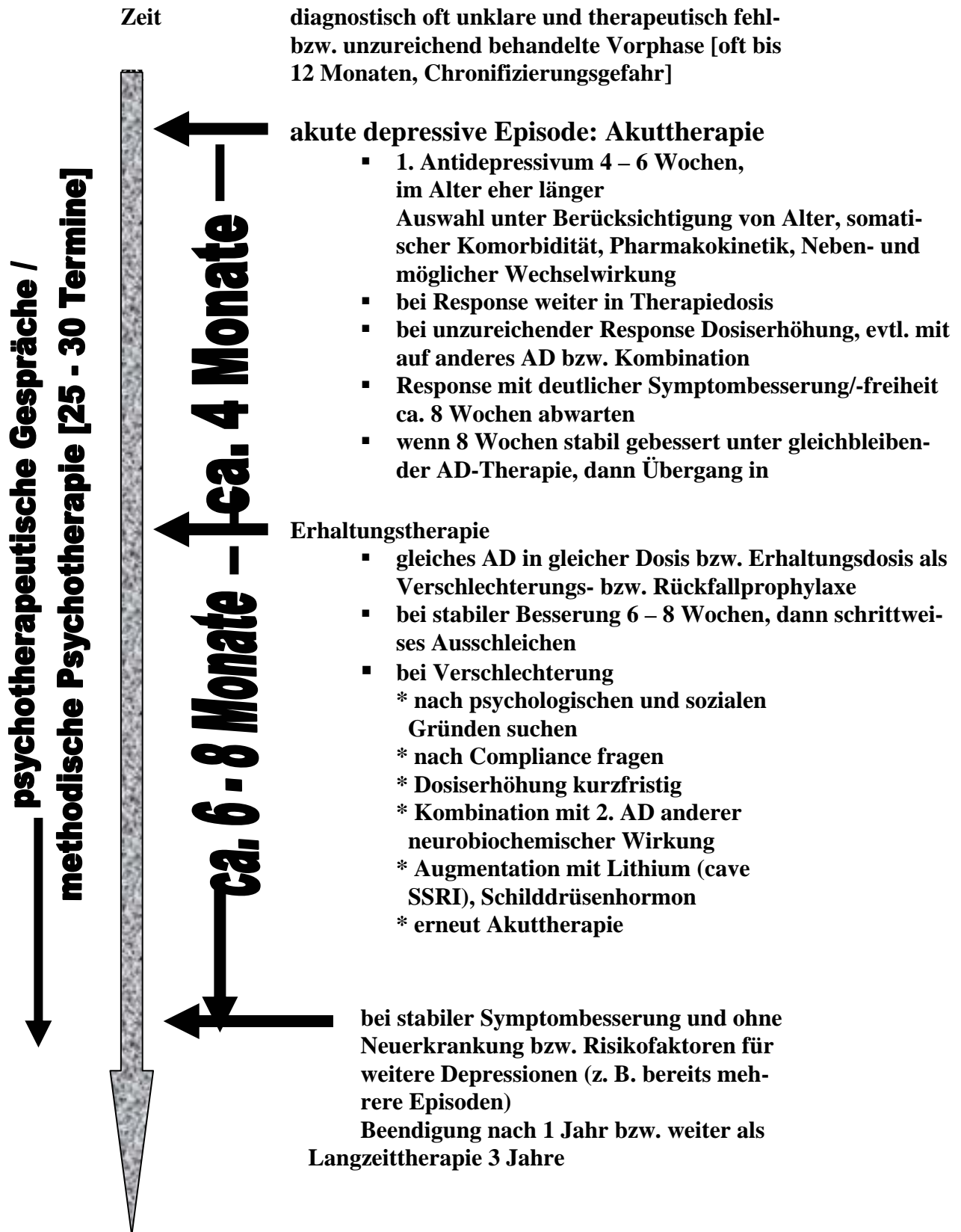
¹⁴ zu Wechselwirkungen und Interaktionen vgl. z.B. König et al. 2000.

Tabelle 11: Antidepressiva – klinische Aspekte – Auswahl
(nach Wolfersdorf & Heindl, 2003, gekürzt und ergänzt von der Verfasserin)

Substanz/ Markname mg/die	klinischer Schwerpunkt	Tagesdosis
Amitriptylin (TZA) (z.B. Saroten ^R)	agitiert-ängstliche Syndrome, sed.	75-225
Doxepin (TZA) (z.B. Aponal ^R)	agitiert-ängstliche Syndrome, sed.	100-400
Trimipramin (TZA) (z.B. Stangyl ^R)	agitiert-ängstliche Syndrome, sed.	100-400
Clomipramin (TZA) (z.B. Anafranil ^R)	gehemmt-apathe Syndrome, akt.	75-225
Maprotilin TeZA) (z.B. Ludiomil ^R)	agitiert-ängstl. vegetative Syndrome, leicht sed.	75-225
Paroxetin (SSRI) (z.B. Seroxat ^R)	alle depressiven Syndrome, Zwang, Panikstörung	20-60
Citalopram (SSRI) (z.B. Cipramil ^R)	alle depressiven Syndrome	20-60
Escitalopram (SSRI) (z.B. Cipralext ^R)	alle depressiven Syndrome	10-30
Sertralin (SSRI) (z.B. Gladem ^R)	alle depressiven Syndrome	50-200
Fluoxetin (SSRI) (z.B. Fluctin ^R)	eher gehemmt-apathe Syndrome, akt.	20-60
Mirtazapin (NaSSA) (Remergil ^R)	agitiert-ängstliche Syndrome, sed.	30-120
Venlafaxin (SNRI) (Trevilor ^R)	gehemmt-apathe Syndrome, akt.	75-300
Reboxetin (NSRI) (z.B. Edronax ^R)	eher gehemmt-apathe Syndrome, akt.	4 - 10

akt. = aktivierend, sed. = sedierend

Abbildung 10: Ablauf einer antidepressiven Standardtherapie bei Depressiven jeglichen Alters (aus Wolfersdorf & Heindl, 2003)



Zu beachten – und dem Patienten auch zu vermitteln – ist die ein- bis dreiwöchige Wirklatenz: Die stimmungsaufhellende Wirkung aller Antidepressiva setzt nicht sofort nach Einnahme, sondern verzögert ein. Volz (2001) weist darauf hin, dass chronische Depressionen die Beurteilung des pharmakologischen Behandlungsergebnisses erst nach noch längeren Zeiträumen erlauben; er plädiert dafür, die Pharmakotherapie bei dieser Gruppe über lange Zeit (12 Wochen) mit ausreichend hoher Dosierung durchzuführen und erst dann über Ansprechen oder Nichtansprechen zu urteilen.

Kornacher et al. (2000) empfehlen bei schwer depressiven und suizidalen Patienten beim Einsatz nicht-sedierender Antidepressiva vorübergehend die zusätzliche Gabe eines Tranquilizers oder eines sedierenden Neuroleptikums (Alprazolam bzw. die Neuroleptika Zotepin, Peracin, Olanzapin, Chlorprothixen, u.ä.). Die Dosis des Neuroleptikums kann (Felber, 2003) hier geringer sein als bei der Behandlung schizophrener Patienten.

„Antidepressiva lindern die akuten Depressionssymptome; sie bessern bzw. stabilisieren die Stimmung, sie dämpfen Unruhe und Getriebenheit bzw. lösen Antriebslosigkeit und Hemmung; sie sind angstlösend, führen Schlaf, Appetit und Entspannung herbei, wirken förderlich auf Libido und Sexualität, unterdrücken Grübeln, Gedankenkreisen und lösen gedankliche Einengung auf.“

so Wolfersdorf & Heindl (2003, S.92f).

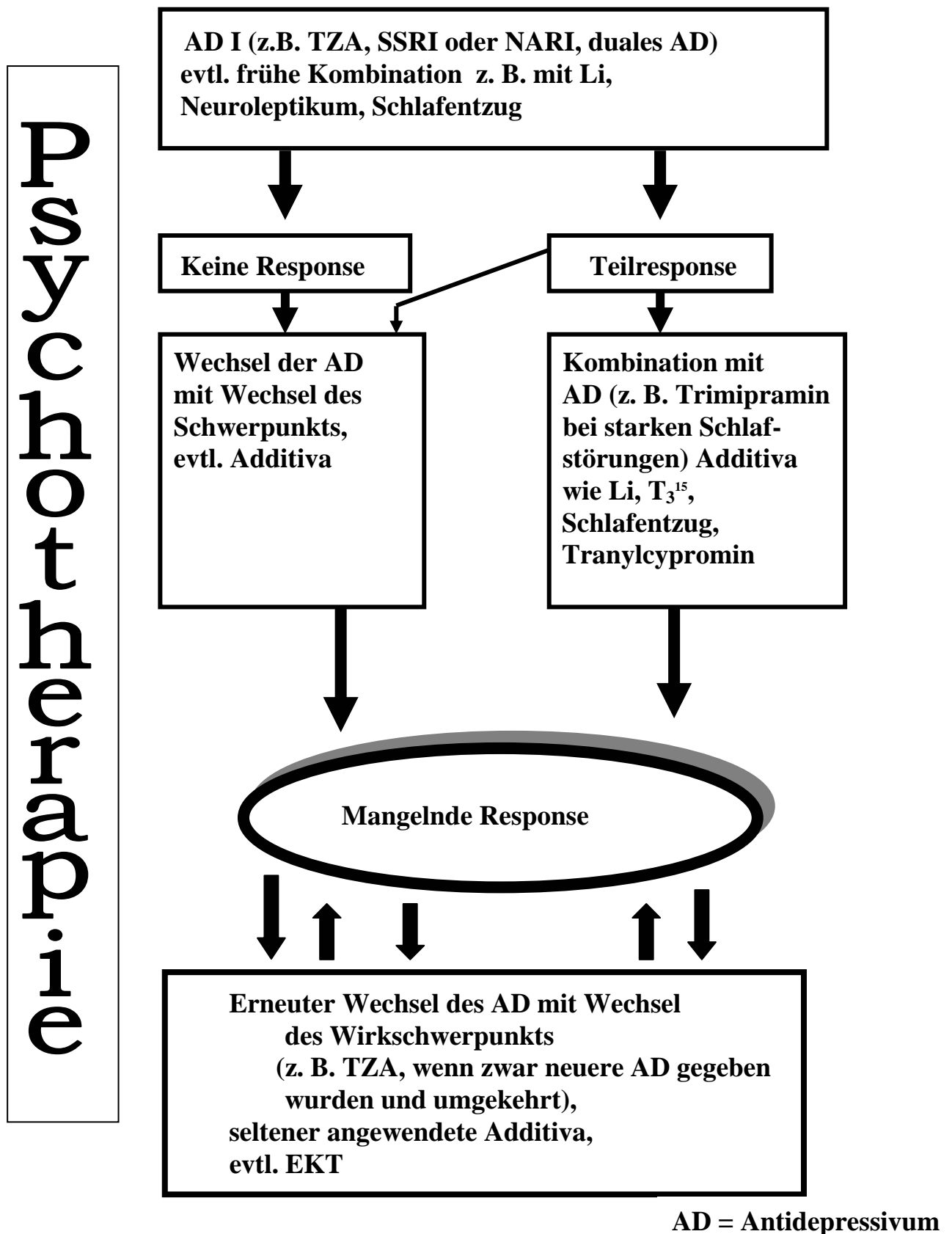
Grundsätzlich wird durch diese einsetzende antidepressive Wirkung, durch die Besserung der Symptomatik dem Patienten auch ein Gefühl der Hoffnung vermittelt: Es gibt demnach eine Möglichkeit, sich wieder besser zu fühlen, es gibt Hilfe gegen die sehr belastende Symptomatik.

Im Regelfall einer nicht-therapieresistenten Depression entstehen dadurch Behandlungsperspektiven, die dem Patienten neuen Auftrieb geben, ihm damit helfen, sich auf die Behandlung besser einzulassen. Bei chronischen Verläufen dagegen mit ihren länger dauernden Therapiezeiten (vgl. oben: z.B. 12 Wochen statt 3 vor Beurteilung der Wirksamkeit eines Antidepressivums) bzw. noch mehr bei der Subgruppe der medikamentös therapieresistenten Patienten gilt dies in nur sehr eingeschränktem Maße: Wo andere Patienten schon nach wenigen Wochen eine Stimmungsaufhellung erleben, bleibt diese bei der beschriebenen Subgruppe aus oder tritt nur in sehr abgeschwächter Form ein. Hier erscheint es besonders wichtig, mit dem Patienten dennoch eine Perspektive zu erarbeiten, die ihm Hoffnung zumindest auf Linderung des oft als unaushaltbar erscheinenden Zustand bietet oder ihm Strategien zu vermitteln, wie er mit den belastenden Symptomen dennoch ein lebenswertes Leben führen kann. Dabei können z.B. psychoedukative Gespräche über diese spezielle Verlaufsform helfen, die es dem Patienten ermöglichen, sich nicht als „einzigster Therapieversager“ zu sehen, sondern ihm verdeutlichen, dass dieser Verlauf zwar nicht die Regel, jedoch eine nicht ganz seltene Form der Depression ist und auch bei anderen Patienten schon häufig vorgekommen ist und noch weiterhin vorkommen wird. Dies ist besonders dann wichtig, wenn der

Patient z.B. der derzeit einzige in stationärer Behandlung ist, bei dem die Besserung länger auf sich warten lässt oder damit zu rechnen ist, dass sich vorerst keine weitere Besserung einstellen wird (vgl. dazu auch Kapitel 1.3.3.). Dabei sollte auch auf die weiteren Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen werden: Je nach Stadium der Therapie auf noch nicht erfolgte therapeutische Möglichkeiten bzw. auf den Übergang zu einer Langzeitbegleitung und zum Symptommanagement.

Stellt sich heraus, dass der Patient als therapieresistent auf Antidepressivatherapie (vgl. auch unten!) zu betrachten ist, werden folgende medikamentöse Behandlungsstrategien (auch in Form von Stufenplänen, vgl. z.B. Madhukar et al. 2001) vorgeschlagen (vgl. Abbildung 11 und Tabelle 11).

Abbildung 11: Vorgehen bei Therapieresistenz
(mod. Vorschlag nach Erfurth und Möller, 2000, nach Kornacher et al. 2000, ergänzt von der Verfasserin)



¹⁵ T3 = Trijodtyronin (Schilddrüsenhormon)

Tabelle 12 : Therapieresistente Depression (auf Antidepressiva in üblicher Verordnungsstrategie) mögliche medikamentöse Behandlungsstrategien (nach Fava (2001), zitiert nach Wolfersdorf & Heindl, 2003)

- Dosiserhöhung über die Standarddosierung hinaus
[Ziel: „rapid metabolizer“ zu erreichen; anderes Transmittersystem anzusprechen z. B. bei dual wirkenden AD]
 - Augmentation d. h. durch andere Pharmaka das Ansprechen des Systems für das AD verbessern
[Ziel: ein anderes Neurotransmittersystem zusätzlich anzusprechen, den therapeutischen Effekt zu verbreitern (AD + Anxiolytikum), verschiedene Wirkmechanismen zu kombinieren]
 - Kombination d. h. den gleichzeitigen Einsatz zweier AD
[Ziel: Verstärkung und Verbreiterung des Effektes und der angesprochenen Systeme]
 - Umsetzen auf ein anderes Antidepressivum innerhalb der gleichen Gruppe bzw. auf ein AD einer anderen Gruppe
[Ziel: Annahme bzw. Subtypen von Depression, einen differentiellen neurobiochemischen Effekt zu erzielen, pharmakokinetische Gründe für Wechsel in der Gruppe z. B. Interaktionen]
-

Wolfersdorf & Heindl (2003) schlagen je nach Untergruppe (vgl. oben) chronischer oder chronifizierter Depression verschiedene Therapiekonzepte vor: (Tabelle 12 und Tabelle 13):

Tabelle 13 : Dysthymia/Chronische Depression: differenzielles Therapiekonzept nach Typ der Störung (nach Wolfersdorf & Heindl, 2003)

Dysthymia/„neurotische Depression“

erfordert Langzeitpsychotherapie (einzeln, Gruppe) ≥ 3 Jahre, evtl. nach initialer Richtlinien-Psychotherapie (z. B. 30 Std.) Fortsetzung als „psychiatrisch-psychotherapeutisches Gespräch“

- Kombination mit konstanter, nebenwirkungsärmster Antidepressiva-Verordnung
- punktuell bzw. nach Bedarf Einbeziehung des Partners bzw. Klärung der Arbeitsproblematik

episodenüberdauernde Restsymptomatik

psychotherapeutische Gespräche, evtl. niederfrequent, längerfristig bis ca. 1 Jahr angelegt

- konstante AD-Therapie, evtl. Kombination mit 2. AD, bzw. atypischem Neuroleptikum; Augmentation; Versuch mit „mood stabilizer“ bei Stimmungsschwankungen
- Psychoedukation, Soziotherapie: gestufte Wiedereingliederung
- Einbeziehung von Angehörigen
- Selbsthilfegruppe

primäre Chronifizierung

psychotherapeutische Gespräche, regelmäßig, evtl. niederfrequent je nach Situation begleitend, konfliktbezogen, VT-orientiert

- konstante nebenwirkungsarme AD-Therapie, evtl. Augmentationsversuche, Kombinationen mit 2. AD oder/und atypischen NL. Bei chronischer Depression nach/bei Depression mit Wahn NL weiterhin als Langzeitmedikation. Bei Krisen kurzfristig Anxiolyse.
 - Phasenprophylaxe, „mood stabilizer“
 - Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Soziotherapie
 - gestufte Wiedereingliederung, sofern ausreichend erwerbsfähig, ansonsten EU
 - gemeindepsychiatrische Angebote wahrnehmen, evtl. an Psychiatrische Institutsambulanz einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie anbinden
 - Selbsthilfegruppe
-

Tabelle 14 : Therapie bei chronischer Depression/
therapeutische Arbeit mit chronisch depressiv kranken Patienten
(nach Wolfersdorf & Heindl, 2003)

	Dysthymia = neurotische Depression	Depression Restsympto- matik nach depr. Episode	≥2 Jahre primäre Chronifi- zierung
Psychopharmako- therapie	(ja)	ja abhängig vom Schweregrad	ja
Antidepressiva	(ja)	ja	ja
Neuroleptika	(ja)	(ja)	ja
• Augmentation mit Lithium	nein	nein	ja
Schilddrüsenhormon	nein	nein	ja
Neuroleptikum	ja	ja	ja
• Psychotherapie			
Einzeltherapie	ja	ja	ja
Gruppentherapie	ja	(ja)	(ja)
Entspannung	ja	ja	ja
• Psychoedukation	(nein)	ja	ja
• Angehörigenarbeit	(ja)	ja	ja
• Soziotherapie bzgl. Arbeit/Wohnen	(ja)	(ja)	ja
• Anbindung an gemeindepsychiatrische Angebote	(nein)	(nein)	ja
• Selbsthilfegruppe	(nein)	(ja)	ja

1.3.1.2.2.2. Andere somatische Therapieverfahren

Wie oben ausgeführt, werden bei Non- oder Teilresponse auf Antidepressivatherapie neben Wechsel und Kombinationsbehandlungen medikamentöser Art auch therapeutischer Schlafentzug und Elektrokonvulsionstherapie eingesetzt, die im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

Felber (2003) schlägt bei Non-Response daneben auch Lichttherapie vor, fügt aber an, dass dies besonders bei saisonal abhängigen Depressionen indiziert sei. Da die Indikation für Lichttherapie grundsätzlich eher bei saisonaler Abhängigkeit der Symptomatik gegeben ist

(vgl. z.B. Kaplan et al. (1995): „A clear cut diagnosis of SAD with increased depression that is selectively associated with decreased daylight hours in the winter months suggests the use of light treatment.“ (Kaplan et al., 1995, S.1166f)),

soll hier nicht näher darauf eingegangen werden, da das Anliegen dieser Arbeit die Darstellung chronischer bzw. therapieresistenter depressiver Verläufe ist und saisonal abhängige Depressionen aber per Definitionem eher der Gruppe rezidivierender Verläufe zuzuordnen wären.

Ebenso wird auf eine Darstellung der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) verzichtet, da noch nicht genügend überzeugende Befunde zu deren Wirksamkeit vorliegen bzw. diese noch sehr widersprüchlich sind, v.a. zumal es sich nicht um ein Verfahren speziell für chronische oder therapieresistente Depressionen handelt. Auch die Vagusnerv-Stimulation befindet sich noch im Erprobungsstadium und soll deshalb hier nur erwähnt, nicht ausgeführt werden.

Therapeutischer Schlafentzug

Bereits in den sechziger Jahren wurden Beobachtungen gemacht, dass sich Patienten, die unter Depressionen litten, nach zufällig oder absichtlich durchwachten Nächten besser fühlten. Empirische Befunde belegten dann die Wirksamkeit der „Wachtherapie“. Der chronobiologischen Hypothese zufolge führt der Schlafentzug zur Resynchronisation der evtl. gestörten zirkadianen Rhythmik und bringt das gestörte Schlafmuster wieder ins Gleichgewicht (vgl. dazu und zum Folgenden Poehlke, 2003).

Angewandt wird:

- „totaler Schlafentzug (die ganze Nacht)
- partieller Schlafentzug (zweite Nachthälfte)
- selektiver Schlafentzug (Entzug der REM-Phasen)“ (Poehlke, 2003, S.100).

Am Abend vor der Maßnahme sollen nachvollziehbarer Weise keine sedierenden Medikamente gegeben werden. Es sind keine Nebenwirkungen der Therapie bekannt¹⁶, bei 80-90% der Patienten zeigt sich eine Wirkung: So tritt in den frühen Morgenstunden und im Verlauf des nachfolgenden Tages eine Besserung ein, die im Mittel 20-35% Symptomreduktion ausmache, eine Wiederholung in wöchentlichen Abständen habe sich bewährt (ebd.). Allerdings hält diese Besserung nicht

¹⁶ Köhler (1999) nennt allerdings geringe wie Kopfschmerzen, Anspannungen im Augenbereich und Gereiztheit und weist zugleich auf die Gefahr einer Netzhautschädigung hin, die besonders bei gleichzeitiger Einnahme von Trizykli-

an: ca. 80% der Patienten, die positiv reagierten, werden nach der nächsten durchschlafenen Nacht wieder depressiv wie vor dem Schlafentzug (Riemann, 1995). Gerade aber bei Patientinnen mit therapierefraktären Depressionen, so Riemann (1995), eigne sich der Schlafentzug als zusätzliches Therapieverfahren, was unmittelbar einleuchtet: Wie oben ausgeführt, führt das Erlebnis der Beeinflussbarkeit der Symptomatik – und sei es nur für kurze Zeit, wie dies beim Schlafentzug der Fall ist – dazu, dass der Patient Hoffnung schöpft, sich besser auch auf andere Therapieangebote einlassen kann und offener ist für das weitere Behandlungsmodell. Nach einer Pilotstudie von Vollmann und Berger (1993, zit. nach Riemann, 1995, S. 81)

„könnte dieses Verfahren besonders gut geeignet sein, bei Patienten mit therapieresistenten Depressionen, die bereits mehrere erfolglose Versuche mit Antidepressiva hinter sich haben, eine Stimmungsverbesserung herbeizuführen.“

Nach den oben ausgeführten auch psychologischen Wirkungen mit neuen Perspektiven, neuer Hoffnung auf Hilfe und den damit einhergehenden Motivationsvorteilen kann analog Ähnliches auch für andere chronische Depressive vermutet werden.

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Die Elektrokonvulsions- oder auch Elektrokrampftherapie (engl. electroconvulsive therapy) gehört nach wie vor zu denjenigen Therapieverfahren, die immer wieder kontrovers diskutiert werden, wobei die Diskussionen hier häufig auch sehr emotional geführt werden. Letzteres kommt z.B. auch dadurch zum Ausdruck, dass in sonst nüchtern – deskriptiven Darstellungen bei Ausführungen zu dieser Behandlungsmethode Formulierungen zu finden sind, die weniger neutral anmuten (Bsp.:

„ideologische Ressentiments“, „(...) trotz massiver politisch-antipsychiatrischer Bewegungen“, (Hofmann (2003, S.413),

„Grundsätzlich ist festzustellen, dass die EKT im Gegensatz zu immer wieder vorgebrachten Vorurteilen nicht zu hirnanorganischen Schäden führt, welche mittels EEG, EEG-Mapping, MR, CT und PET, aber auch post mortem histologisch nachgewiesen werden könnten (Weiner, 1984)!“, ebd., S. 419),

sowie weiterer häufigerer Verwendung von Ausrufezeichen statt Punkten an verschiedenen Stellen der Darstellung, v.a. bei Widerspruch gegen Nebenwirkungsbehauptungen.).

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (Folkerts, H., Remschmidt, H., Saß, H., Sauer, H., Schäfer, M., Sewing K.-Fr., 2003) nimmt zu dem Verfahren wie folgt Stellung:

„...Daraus wird deutlich, dass die Elektrokrampftherapie wissenschaftlich begründet ist, für bestimmte psychiatrische Erkrankungen die bestmögliche Behandlung darstellt, und im Verhältnis zum angestrebten Therapieerfolg mit einem geringen Risiko verbunden ist. (...). Die immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragene Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode ist falsch und beruht weitgehend auf einer mangelhaften Information.“ (ebd., S. A504)

ka eine augenärztliche Untersuchung nahe lege (ebd., S.107).

Sauer (1992) resümiert seinen Artikel über die Risiken und Indikationen der EKT:

„Deshalb hat die EKT unverändert ihren, allerdings beschränkten, Platz unter den verschiedenen Behandlungsmethoden der Psychiatrie.“

Ein ähnliches Fazit ziehen Baghai et al. (2004) in ihrer Auswertung der Behandlung von 445 Patienten in den Jahren 1995 bis 2002 an der Universität München:

„Die EKT stellt somit nach wie vor eine wichtige Option in der Behandlung pharmakoresistenter depressiver und schizophrener Störungsbilder dar und hat trotz aller Fortschritte in der Psychopharmakotherapie nicht an Bedeutung verloren.“ (ebd., Online publiziert)

Hier soll kurz eine Übersicht über das Verfahren sowie einige Kenndaten zu Wirksamkeit, Risikofaktoren und Anwendungserfahrungen bei der interessierenden Subgruppe gegeben werden.

Als Indikationen nennt der oben erwähnte Beirat (nur die depressiven Erkrankungen betreffenden Indikationen werden aufgeführt, Anm. d. Verfasserin):

„Bei folgenden psychiatrischen Erkrankungen ist die EKT die Therapie der ersten Wahl:

1. wahnhaft Depressionen, depressiver Stupor, schizoaffektive Psychose mit schwerer depressiver Verstimmung,
2. Major Depression mit hoher Suizidalität oder Nahrungsverweigerung,
3. akute, lebensbedrohliche (perniziöse) Katatonie

Als Therapie der zweiten Wahl ist die EKT angezeigt bei:

1. therapieresistenter (pharmakoresistenter) Major Depression, somit nach Applikation von mindestens zwei verschiedenen Antidepressiva möglichst unterschiedlicher Wirkstoffklassen in ausreichender Dosierung und zusätzlichem therapeutischem Schlafentzug. (...).“ (ebd., S.B-432)

Bei der EKT wird unter Narkose und Muskelrelaxation ein kurzer, generalisierter epileptischer Anfall durch Stromreize induziert. Es handelt sich damit, wie Köhler (1999) ausführt, nicht um eine „Elektroschocktherapie“, wie die EKT umgangssprachlich oft fälschlich genannt wird, da die Wirkung nicht auf einem „Schock“, sondern auf der Auslösung des Krampfanfalls beruht. Der Krampfanfall sollte mindestens 25 Sekunden andauern, wobei die Wirksamkeit sowohl von der Dauer als auch von der Intensität des Krampfanfalles abhängt. Dieser erzeugt zerebral elektrische Entladungen, die ihrerseits Veränderungen der elektrischen Rhythmen, damit auch eine Erhöhung der Gehirndurchblutung, der Sauerstoffsättigung, der zerebralen Permeabilität und der Glukoseutilisation sowie Effekte auf Neurotransmitterniveau bewirken (Hofmann, 2003). Welcher dieser aufgezählten Effekte für die erwünschte Wirkung verantwortlich ist, ist allerdings noch ungeklärt.

Die Behandlungselektroden können sowohl uni- als auch bilateral appliziert werden. Hofmann (2003) empfiehlt, mit einer unilateralen Kurzimpuls-EKT (rechtshemisphärisch) zu beginnen, da bei dieser Form die Nebenwirkungen (Gedächtnisstörungen und Verwirrheitszustände) deut-

lich geringer ausfielen und erst bei ausbleibendem Effekt zur bilateralen Methode zu wechseln (zu weiteren Durchführungsbedingungen siehe Hofmann 2003, S.417ff).

Grunhaus et al. (1994) betonen die Wichtigkeit der Durchführung durch ein

„team of specialists, headed by the attending psychiatrist, who are willing to participate not just in the actual ECT administration, but throughout the process of initial diagnosis, treatment recommendation, delivery of ECTs, discharge, and aftercare – the ECT-Specialty Team.“ (Grunhaus et al., 1994, p.323)

Frequenz und Anzahl der Behandlungen richten sich (Hofmann, 2003) nach der klinischen Besserung und der symptomatologischen Stabilisierung, wobei zwei bis dreimal pro Woche behandelt wird: Als durchschnittlicher Wert bei „Melancholikern“ wird „6-8 Behandlungen (selten mehr)“ (ebd., S.418) angegeben, ebenso bei Katatonikern, bei denen oft gleich zu Beginn dramatische Besserung eintrete (ebd.).

Die Rückfallquote beträgt innerhalb der ersten sechs Monate 30-60% (ebd.). Besonders bei pharmakoresistenten Fällen wird dann eine Erhaltungstherapie vorgeschlagen (ebd.).

Als Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Risikofaktoren treten laut Hofmann (ebd.) nach einmaliger Behandlung geringfügige EEG-Veränderungen auf, nach mehreren persistiert die Verlangsamung im EEG in der postkonvulsiven Phase zunehmend. Diese unspezifischen EEG-Veränderungen remittieren spätestens ein halbes Jahr nach Behandlungsende (ebd.). Kontraindikationen sind nach Hofmann (ebd.) ein kürzlich eingetretener Herzinfarkt, aortale Aneurismen und frischer Schlaganfall, Sauer et al. (1987, zit. nach Volk et al. 1998) nennen zusätzlich zu den aufgeführten Indikationen gegen das Verfahren noch erhöhten Hirndruck, zerebrale Aneurysmen sowie das Vorliegen eines zerebralen Angioms.

Eine sorgfältige Kosten-Nutzen-Abwägung und Voruntersuchungen sollte bei folgenden Patientengruppen gemacht werden: (nach Hofmann 2003, S.419):

- Herzschrittmacherpatienten (an sich keine Kontraindikation)
- Gehirntumore und andere raumfordernde Läsionen
- Kraniotomie und Gehirntrauma
- zerebrovaskuläre Malformationen
- Antikoagulantientherapie
- Osteoporose, Glaukom
- hohes Lebensalter

Als seltene Komplikationen können auftreten (Hofmann, 2003, S.419):

- „Überlange Krampfanfälle (nach 120 Sekunden mit Diazepam unterbrechen)
- Status epilepticus

- Verlängerte Apnoe (assistierte Beatmung fortsetzen)
- Akute Delirien (selbstlimitiert (bei ca. 10% der Patienten in der unmittelbaren postiktalen Phase)) mit
 1. Unruhe, Aufgeregtheit, wiederholten stereotypen Bewegungen
 2. Desorientiertheit, getrübler Bewusstseinslage
 3. Nachfolgender Amnesie bezüglich dieser Episode
- Manie oder organische Euphorie (entweder Serie abbrechen – oder EKT als Antimanikum weiter verabreichen).

Typischerweise treten bei fast allen Patienten in der Aufwachphase postiktale Verwirrheitszustände auf, welche jedoch innerhalb von 30 Minuten remittieren.“

Als wesentlichste Nebenwirkungen treten Gedächtnisstörungen auf: retrograde und anterograde Amnesien, wobei sich letztere nach der EKT rasch verringern und die Speicherfähigkeit des Gedächtnisses wieder schnell zunimmt, erstere sich innerhalb einiger Wochen auflösen, im schlechtesten Fall auch über ein halbes Jahr hinaus andauern und Patienten subjektiv über mehrere Jahre hin ihr Gedächtnis als beeinträchtigt erleben (ebd.). Die Gedächtnisstörungen treten häufiger unter bilateraler EKT auf, während sie bei unilateraler Kurzimpuls-EKT sich kaum nachweisen lassen (ebd.). „Die Intelligenz, die Komponenten des Denkens, Beurteilens, Verstandes und abstrakten Denkens ebenso wie visuell motorische und Wahrnehmungsfähigkeiten werden durch die EKT nicht beeinträchtigt.“ (ebd., S. 420).

Hirnorganische Schäden werden, wie oben im Zitat belegt, von Hofmann (2003), der sich dabei auf Weiner (1984) bezieht, vehement bestritten, laut Köhler (1999), der sich dabei auf Davison und Neale (1998, S.277f) bezieht, wird dieser Punkt allerdings nach wie vor kontrovers diskutiert. Die Letalität des Verfahrens wird mit ca. 4 pro 100 000 Behandlungen angegeben.

Die grundsätzliche Wirksamkeit der EKT in einer überwiegenden Mehrzahl der Fälle, gerade auch bei therapieresistenten Patienten, ist (Köhler, 1999) weitgehend unbestritten.

Ein häufig gezogenes Resumé ist die Anwendung von EKT als ultima ratio bei Versagen anderer Therapieverfahren, die Response-Raten liegen nach Prunnelechner-Neumann (1995) hier zwischen 50 und 100%, wobei 50-60% der therapieresistenten depressiven Patienten nach erfolgreicher EKT innerhalb eines Jahres ein Rezidiv erleiden (ebd., S.70).

In Deutschland wird die EKT also wesentlich zurückhaltender eingesetzt als in den USA, wo sie mitunter als Mittel der ersten Wahl gilt (Köhler, 1999).

1.3.1.2.2.3. Weitere Erläuterungen zum Begriff der pharmakologischen Therapieresistenz

Nach Kielholz et al. (1978) und Pöldinger et al. (1982) versteht man unter Therapieresistenz, wenn depressive Syndrome bei Behandlung mit zwei unterschiedlichen tri- oder tetrazyklischen Antidepressiva in richtiger Dosierung über eine Dauer von jeweils mindestens 3 Wochen unbeein-

flusst bleiben (zitiert nach Schmauss et al., 1988). Ähnlich definiert Helmchen (1990) Therapieresistenz als keine oder eine nur ungenügende Minderung der Depression auf zwei aufeinanderfolgende Monotherapien (Stufe 1: Klassisches Antidepressivum 4 Wochen und Stufe 2: Anderes Antidepressivum 4 Wochen) mit pharmakologisch möglichst differenten Antidepressiva.

Möller (1997) ergänzt diese Angaben in seiner als „klinisch-pragmatisch“ bezeichneten Definition wie folgt:

„... fehlende Response auf wenigstens zwei Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkungsschwerpunkten bei ausreichender Dosierung und Therapiedauer (mindestens 150 mg eines Trizyklikums über 4-6 Wochen).“ (Möller, 1997, S.3)

Er weist jedoch gleichzeitig darauf hin, dass alle Bestandteile dieser Definition selbst diskussionswürdig seien (folgende Ausführungen in Anlehnung an Möller, 1997, ergänzt durch die Verfasserin):

a) „fehlende Response“

Response auf Antidepressiva kann sehr unterschiedlich operationalisiert werden

- mittels absoluter oder relativer Besserung des Scores auf einer Depressionsskala, wobei häufig eine Reduktion von 50% als Kriterium angegeben wird. Dass die Auswahl der verwendeten Skala ebenfalls das Ergebnis beeinflusst, ist offensichtlich: Je nach theoretischem Hintergrund der Skala ergeben sich Unterschiede in der Gewichtung der Symptomgruppen - einige Skalen heben beispielsweise mehr auf die körperliche Symptomatik ab (z.B. die Hamilton Depressions Skala), andere berücksichtigen verstärkt kognitive Symptome (z.B. das Beck Depressions Inventar);
- mittels klinischem Globalurteil, z.B. operationalisiert durch die clinical global impression (CGI). Je nachdem, ob und wie diese Skala gehandhabt wird bzw. ob die Rater in einer Schulung die korrekte Verwendung erlernt haben, können auch hier Unterschiede auftreten.

b) „ausreichende Dosierung“

Auch hierüber lässt sich nichts Allgemeingültiges aussagen: Wann eine Dosierung als ausreichend bezeichnet wird, unterliegt ebenfalls verschiedenen Vorannahmen. So unterscheiden sich z.B. die in den USA gängigen Dosierungsempfehlungen (bis zu 300 mg eines Trizyklikums als therapeutisch wirksame Dosis) eklatant von denen im europäischen Sprachraum gegebenen (150 mg, vgl. König, 1997), in denen bei Dosierungen im Bereich von 300 mg (Amitryptilin, Maprotilin, Tri-

mipramin) vor massiven unerwünschten Nebenwirkungen (cerebrale Krampfanfälle, Delirien, Harnverhalt) gewarnt wird (König, 1997, S.176).

c) ausreichende Dauer

Ähnliches gilt für dieses Kriterium: Es bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, wann ein Antidepressivum als wirkungslos oder nicht ausreichend wirkend angesehen werden muss. Die früher üblichen vier Wochen Zeitdauer bei der Phase III - Prüfung zur Evaluation von Antidepressiva werden heute auf sechs bis sogar acht Wochen verlängert, bei chronischen Verläufen sogar auf 12 Wochen (vgl. oben: Volz, 2001). Sperling (1994) plädiert dafür, auch bei fehlender Symptombesserung nach vier Wochen die Monotherapie beizubehalten, wobei allerdings die individuelle Ausdosierung wichtig sei.

d) sequentielle Anwendung von zwei Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkungsschwerpunkten

Auch der Erfolg bzw. die Notwendigkeit dieses Vorgehen ist bisher nicht ausreichend empirisch belegt. Zwar weisen einige Befunde in diese Richtung, können aber nicht als ausreichender Hinweis für bessere Therapieerfolge betrachtet werden. Sperling (1994) spricht sich für den „Mut“ zur Beibehaltung der Monotherapie mit einem Antidepressivum auch nach fehlender Symptombesserung (nach vier Wochen, vgl. oben) aus. Volz (2001, vgl. oben) empfiehlt, wie ausgeführt, für die Behandlung gerade chronischer Depressionen ebenfalls einen längeren Beobachtungszeitraum (12 Wochen) mit ausreichend hoher Dosierung. Eine Beurteilung des Therapieergebnisses nach drei oder vier Wochen erscheine seiner Meinung nach bei chronischen Verlaufsformen verfrüht. Allerdings könne bei Nichtansprechen auf ein bestimmtes Antidepressivum durch einen „Wechsel auf ein Antidepressivum mit einem anderen biochemischen Hauptangriffspunkt durchaus noch eine Response erzielt werden“ (ebd., S.S36).

e) Nachweis der Compliance

Außerdem weist Möller (1997) auch noch auf das Problem der Compliance hin: Wenn von ausreichender Dosierung und Dauer gesprochen werden soll, müsste sichergestellt werden können, dass die Patienten auch regelmäßig und zuverlässig die verordnete Medikation in der vorgeschriebenen Dosis einnehmen, wovon nicht automatisch ausgegangen werden kann.

Als Mittel zur Überprüfung der korrekten Medikamenteneinnahme nennt Möller etwa die mündliche Nachfrage, „pill counting“, Fremdkontrolle durch Pflegepersonal im stationären Behandlungsetting, Markierung von Antidepressiva mit farbgebenden Substanzen, die im Urin ausgeschieden

werden und die Serumspiegelbestimmung. An dieser Aufzählung wird bereits sichtbar, dass diese Methoden unterschiedlich „störanfällig“ sind, d.h. dass sie sich darin unterscheiden, zu wie verlässlichen Aussagen man aufgrund ihrer kommen kann.

Abschließend verweist Möller noch auf die denkbaren verschiedenen Stufen der Therapieresistenz:

- I: Versagen des ersten Antidepressivums
- II: ... zweiten ...
- III: ... dritten ...
- IV: Versagen üblicher Strategien wie Lithiumaugmentation, T3-Augmentation (weitere Differenzierungen denkbar, z.B. Wirkungsspektrum des AD, Zusatzstrategien (vgl. oben), etc.)

Als Nonresponder im engsten Sinn wären dann also diejenigen Patienten zu betrachten, die nach Durchführung des gesamten dargelegten Behandlungsprogrammes noch immer nicht auf die Behandlung angesprochen haben.

Eine wirklich erschöpfende Definition müsste also alle oben ausgeführten Parameter explizit auflisten und spezifizieren.

Die mangelnde Vergleichbarkeit bezüglich eines oder mehrerer dieser Kriterien ist wohl dafür verantwortlich, dass die Studienergebnisse zur Therapieresistenz unter Antidepressiva derart verschieden ausfallen.

1.3.1.2.2.4. Therapieresistenz auf Psychotherapie

Noch weniger eindeutig und auch schwerer operationalisierbar sind die Kriterien der Therapieresistenz bei Psychotherapie. In Analogie zu den Ausführungen zur medikamentösen Therapie könnte man fragen: Wann gilt eine Psychotherapie als „adäquat durchgeführt“? Nach wie vielen Sitzungen – in welcher „Dosierung“, also Dauer und Frequenz – sollte man von „Resistenz“ sprechen? Welche „Substanzklassen“ – hier also Schulen und Richtungen – haben sich als wirksam erwiesen? Ist ein Wechsel zwischen diesen sinnvoll, wenn ja: Wann und bei wem? Gibt es auch hier Möglichkeiten der „Kombinationsbehandlung“ bzw. die psychotherapeutischen Äquivalente zu einer Augmentationsstrategie?

Diese Fragen sind ungleich schwerer zu beantworten als die relativ eingrenzbaeren Aspekte zur medikamentösen Therapie mit ihren Stufenplänen.

In der Literatur finden sich zu diesem Thema auch weit weniger Beiträge als zu den somatisch orientierten Behandlungsformen.

Da hier auf die verschiedenen psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen nicht ausführlich eingegangen werden kann, sei einerseits auf die in den Kapiteln „Ätiopathogenetische Modelle“ und „Besonderheiten der Therapie chronisch depressiver Patienten in verschiedenen Phasen der Therapie“ gemachten Ausführungen verwiesen. Hier wie dort werden Behandlungsprinzipien v.a. der kognitiven Verhaltenstherapie, des Selbstmanagement-Ansatzes nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) sowie anderer psychotherapeutischer Therapien mit dargestellt und auf die Schwierigkeiten eingegangen, die bei der Anwendung dieser therapeutischen Maßnahmen im Hinblick auf chronische und therapieresistente Depressionen auftreten können bzw. werden Wege aufgezeigt, wie die ausgeführten Therapiemaßnahmen ggfs. an diese Patientensubgruppen angepasst werden können.

Verwiesen sei hier allerdings in aller Kürze auf die gemeinsamen Wirkfaktoren von Psychotherapie nach Grawe (1994, zit. nach Kanfer et al. 1996):

effektive Therapien enthalten demnach folgende vier „Ingredienzien“:

1. Aktive Hilfe zur Problembewältigung
2. Klärungsarbeit (z.B. hinsichtlich eigener Motivation)
3. Prinzip der realen Erfahrung („erfahrungsorientiertes Lernen“) sowie
4. Ressourcenaktivierung.

Für die Behandlung chronisch bzw. therapieresistent Depressiver kann dies u.a. bedeuten:

Aktive Hilfe zur Problembewältigung kann hier v.a. bezogen werden auf Hilfe zur Lebensbewältigung als chronisch bzw. therapieresistent Kranker ganz allgemein, was bei längeren Verläufen meist auch Hilfe bezüglich der Arbeitssituation, die Frage nach der Notwendigkeit einer Berentung (vgl. dazu auch Wolfersdorf & Heindl, 2003, Kapitel 7 „Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, vorzeitige Berentung“), bei schweren Verläufen auch die nach Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen bis hin zur Pflege einschließen kann. Das Feld der Problembewältigung ist hier also weiter gesteckt als bei akuten und gut behandelbaren Verläufen, bei denen es im Vergleich mehr um klarer abgrenzbare, vorübergehende Probleme gehen kann. Benützt man die von Kanfer et al. (1996) verwendete Differenzierung von Tatsachen und Problemen (Ist-Zustand, der sich *nicht* in einen Soll-Zustand transformieren lässt vs. Ist-Zustand, der sich in einen Soll-Zustand transformieren lässt (Kanfer et al., 1996, S.56), so kommt dieser Unterscheidung bei und in der Therapie chronisch und therapieresistent Kranker eine entscheidende Wichtigkeit zu. Hier wird es häufiger als in anderen Therapie darum gehen müssen, sich mit bestimmten Tatsachen abzufinden und einen lebenswerten Weg trotz vieler Einschränkungen zu finden. „Aktive Hilfe bei der Unterscheidung von Tatsachen und Problemen, aktive Hilfe bei der Bewältigung von umschriebenen Problemen und aktive Hilfe dabei, sich mit bestimmten Tatsachen, zumindest bis auf weiteres, abzufinden bzw. einen Weg zu finden, wie mit diesen Tatsachen gelebt werden kann“ – so könnte man Wirkfaktor 1 auf die Besonderheiten der Behandlung der betrachteten Subgruppe anpassen.

Faktor 2 kann in diesem Zusammenhang u.a. bedeuten, ein plausibles und hilfreiches Ätiologie- und Behandlungsmodell zu erarbeiten, das es dem Patienten einerseits erlaubt, eine Perspektive zu sehen und nicht in Hoffnungslosigkeit zu verfallen, andererseits aber auch keine unrealistischen Erwartungen weckt, die höchstwahrscheinlich enttäuscht werden müssen (vgl. unten auch: „4) Vereinbaren therapeutischer Ziele“).

Das Prinzip der realen Erfahrung gilt hier auch und besonders: Wie oben erläutert, führt das fortgesetzte Erlebnis von Hilflosigkeit zu einem Teufelskreis, in dem reale, dem depressiven Denken widersprechende Erfahrungen kaum mehr gemacht werden können. Umso wichtiger ist es, gerade in den therapeutischen Gesprächen und Kontakten gegenteilige Erfahrungen zu bahnen.

Wirkfaktor 4 schließlich ist der für diese Gruppe wohl entscheidendste: Das Finden und (Re-)Aktivieren von Ressourcen bildet die wichtigste Basis für therapeutische Hilfe bei chronischen und therapieresistenten Depressionen. Ziel ist es, trotz der erlebten Einschränkungen die eigenen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entdecken oder wieder zu entdecken, mit deren Hilfe ein aushaltbarer Zustand trotz Symptomatik gefunden und erhalten werden kann – dies bildet auch den Übergang zur unten weiter ausgeführten Frage, wann Akutbehandlung in Langzeitbegleitung überführt werden kann oder sollte.

1.3.1.2.2.5. Therapieresistenz – Zur Kombination verschiedener Therapiemaßnahmen

Depressionstherapie ist heutzutage mehrdimensional und umfasst somatische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen, die oben ausführlich dargestellt wurden. Die Frage, ob kombinierte Behandlungen grundsätzlich monotherapeutischen Interventionen (nur Pharmakotherapie, nur Psychotherapie) überlegen seien, wird weiterhin kontrovers diskutiert (vgl. dazu z.B. Köhler, 1999). Hautzinger & deJong-Meyer fanden in ihren Multizenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten (Hautzinger et al., 1996), dass die „Annahmen zur erhöhten Wirksamkeit kombinierter Strategien, wenn überhaupt, nur recht eingeschränkt Unterstützung finden“, so Blöschl (1996) in ihrem Editorial zum „Themenheft Depression“ der Zeitschrift für Klinische Psychologie, in dem die Studien referiert werden.

Eine mögliche Erklärung dieses zunächst überraschenden Befundes könnte allerdings folgender Zusammenhang bieten:

„Auf dem Hintergrund verhaltenspsychologisch- interaktioneller Modellvorstellungen zum Depressionsproblem lässt sich die ‚gemeinsame Endstrecke‘ beider Interventionen als die Behebung eines massiven psychobiologischen Schwächezustandes auffassen, die auf somatischem wie auf psychologischem Weg initiiert werden kann; im Zug der oben postulierten Wechselwirkungsprozesse kommt es dabei zu einer Restitution vitaler Energie und erlebter Selbsteffizienz, die es dem Patienten ermöglicht, von den passiv-ausweichorientierten Verhaltensmustern in der Depression allmählich wieder zu aktiven und zielgerichteten Formen der Auseinandersetzung mit seiner konkreten Lebenssituation überzugehen (...).“ (Blöschl, 1996, S.81)

Gelingt es also dem Patienten, mithilfe von Pharmako-, Psycho- oder Kombinationstherapie, seine „vitalen Energien und erlebte Selbsteffizienz“ (vgl. Zitat) wiederherzustellen, kann ein Ausweg aus der Depression gefunden werden. Bezieht man zusätzlich diejenigen Befunde ein, wonach Patienten, die (nur oder auch) mit Psychotherapie behandelt wurden, eine geringere Rückfallrate (Hollon et al., 1991, Evans et al., 1992, zit. nach Köhler, 1999, S.114) und Abbruchrate (Hautzinger, 1998) sowie eine bessere Therapiecompliance (ebd.) hatten, so lässt sich v.a. für die hier betrachtete Subgruppe der therapieresistenten Patienten Folgendes ableiten: Die Kombinationstherapie aus den beschriebenen Therapieelementen, v.a. auch die Implementierung psychotherapeutischen Vorgehens, soweit dies nicht von Anfang an bereits geschehen ist, in die Behandlung scheint hier besonders vielversprechend, ja nahezu unumgänglich – nicht nur, da dieser Ansatz eine weitere Möglichkeit bietet, den oben beschriebenen „Ausweg“ zu erreichen, sondern auch, um so die Compliance für eine Behandlung zu erhalten bzw. ggfs. auch wiederherzustellen, wenn sie nach fruchtloser Behandlung mit Psychopharmaka verlorenzugehen droht.

Gerade dann, wenn eine Behandlung nicht den gewünschten Erfolg bringt, was bei therapieresis-

tenten Verläufen in der Natur der Sache liegt, ist es besonders wichtig, durch gezielte psychotherapeutische Einflussnahme sowohl einen weiteren Zugang zur Problematik zu eröffnen als auch den Patienten in dieser schwierigen Phase des Fehlschlagens einer Behandlung durch gezielte Maßnahmen zu unterstützen und ihm beizustehen. Erweist sich die Störung des Patienten auch diesem Zugang als unzugänglich, muss – wie unten noch weiter auszuführen sein wird –, erneut überlegt werden, welche Ansätze weiterhin angewandt werden sollten und v.a. auch, wann es an der Zeit ist, den Paradigmenwechsel hin zu einer stützenden Begleitung zu vollziehen.

Grundsätzlich ist also davon auszugehen, dass bei Patienten mit therapieresistenten Verläufen eine Kombination der bisher referierten Therapiemaßnahmen die Regel sein wird.

1.3.1.2.2.5. Arbeitsdefinition von Therapieresistenz

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen soll unter Therapieresistenz

a) im weiteren Sinn verstanden werden: jedes Nichtansprechen oder nur unzureichende Ansprechen auf eine Therapieform, die dann näher bezeichnet werden muss, und

b) im engeren Sinn und für den empirischen Teil der Untersuchung eine Form der Depression, die folgende Kriterien erfüllt:

- eine chronische Depression im oben (unter 1.3.1.2.1.1.) ausgeführten Sinn,
die gleichzeitig

- auf adäquate Behandlung im oben dargestellten Sinn (mehrdimensional pharmakologisch, psychotherapeutisch und soziotherapeutisch) nicht oder nur in eingeschränktem Maß anspricht.

In den unten dargestellten Untersuchungen wird weiter ausgeführt werden, wie die zweite Bedingung operationalisiert worden ist.

Es ist offensichtlich, dass diese Definition unschärfer ist als diejenige für chronische Depression allgemein, da sie diskussionsfähige Parameter („adäquat“ sowie „nur in eingeschränktem Maß“) enthält. Außerdem schränkt sie das Feld der therapieresistenten Depressionen auf eine Untergruppe der chronischen Depressionen ein, was der ursprünglich aufgestellten Definition im weiteren Sinn zu widersprechen scheint. Tatsächlich sind viele Verläufe vorstellbar, bei der eine Depression therapieresistent z.B. auf reine Pharmakotherapie erscheint, die weder längerandauernd ist noch das Unterbrechungskriterium von acht Wochen erfüllen würde.

Allerdings haben folgende Überlegungen dazu geführt, dennoch an dieser Einschränkung festzuhalten: Erstens wäre eine Subgruppe von „in irgendeiner Form therapieresistenten Depressionen“ zu heterogen, um sinnvolle Aussagen über sie machen zu können – der eine Patient mag therapie-

resistent auf reine SSRI-Behandlung, der nächste auf Trizyklika, wieder ein anderer auf eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie, ein letzter schließlich z.B. auf alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sein etc.. So scheint eine Festlegung auf „adäquate Therapie“, hier verstanden als diejenige Art von Behandlung, die eine Spezialstation für depressive Patienten anbietet (vgl. unten!) ein gangbarer Kompromiss zu sein, zumindest für die Belange der hier vorgestellten Untersuchung.

Das Zeitkriterium, das der Begrifflichkeit „chronisch“ zugrundegelegt wurde, soll zusätzlich deshalb beibehalten werden, weil so davon ausgegangen werden kann, dass die depressive Episode des Patienten nicht von selbst wieder abklingen wird, wie das bei nicht-chronischen Verläufen auch ohne Behandlung in der Regel nach mehreren Monaten (im Durchschnitt 5, vgl. oben) der Fall ist. Die Bezeichnung „therapieresistent“ sollte damit diejenigen Fälle umfassen, in denen außer Frage steht, dass die Störung anders verläuft als dies in der Regel der Fall ist, denn streng genommen könnte auch „ohne spezifische Behandlung abwarten, bis die Episode von selbst abklingt“ als eine Art der „Therapie“ betrachtet werden. Als therapieresistent im engeren Sinn sollten also diejenigen Patienten betrachtet werden, die schon länger als die durchschnittliche Zeit krank sind (hier definiert nach dem Zeitkriterium für „chronische Depression“, damit 2 Jahre) und bei denen eine Behandlung nach heutigem Stand lege artis nicht oder nur eingeschränkten Erfolg brachte. So soll das Ziel sein, eine Gruppe zu beschreiben, deren Kriterien eng definiert sind: Sie soll nur diejenigen Verläufe umfassen, die die Ausnahme von der Regel bilden, dass depressive Episoden meist remittieren und eher ein rezidivierender Verlauf mit längeren symptomfreien Zeiten zwischen den Episoden zu erwarten ist.

1.3.2. Risikofaktoren, prädisponierende und/oder mit Chronifizierung korrelierende Faktoren – Überblick über die Literatur und Hypothesen über die Art ihres Einflusses

Im Folgenden wird eine Übersicht geboten über diejenigen Merkmale, die in der Literatur als Risiko- oder prädisponierende Faktoren für Chronifizierung, Therapieresistenz und/oder einen allgemein ungünstigen Verlauf der Störung genannt werden.

Auch hier ist das Problem der verschiedenen Definitionen von Therapieresistenz oder Chronifizierung zu berücksichtigen: Jede Definition der Chronizität mitaufzuführen, die die jeweiligen Autoren als Kriterien verwendet haben, würde der Übersicht jede Übersichtlichkeit nehmen. Zudem wird gerade in Literaturübersichten und Überblicksartikeln oft keine Definition geboten, sondern es wird schlichtweg von „Chronifizierung“ oder von „ungünstigem Verlauf“ gesprochen, ohne dies näher auszuführen oder Kriterien anzugeben.

Außerdem ist - wie in so vielen anderen Bereichen der Psychologie - auch hier die Frage zu stellen, ob es sich bei den gefundenen Faktoren tatsächlich um prädisponierende Faktoren handelt oder ob lediglich Korrelationen berichtet werden, so z.B. wenn Gruppen chronischer mit nicht-chronischen Patienten hinsichtlich bestimmter Merkmale verglichen werden. Am deutlichsten wird dies am Beispiel der sozialen Unterstützung: Ist eine mangelnde soziale Unterstützung durch die engsten Bezugspersonen eine der mitauslösenden Bedingungen für die Entwicklung der chronischen Depression, ist sie aufrechterhaltende Bedingung oder ist sie gar Folge der chronischen Erkrankung, die besonders auch für die Angehörigen eine massive Belastung darstellt? Sind vielleicht sogar beide Merkmale durch einen gemeinsamen dritten Faktor mitbedingt, wie z.B. eine hirngorganische Störung, die ein auslösender Faktor für die Störung sein könnte *und* gleichzeitig die sozialen Kompetenzen des Patienten beeinträchtigt?

Nicht alle der hier zitierten Studien waren prospektiv angelegt, bei vielen - v.a. bei Übersichtsartikeln - wurde das Design der Studien nicht dargestellt, sondern nur die Ergebnisse referiert.

Zusammengefasst stellen sich also zwei Probleme bei der Erstellung einer derartigen Übersicht: Es handelt sich um mehrere verschiedene Konstrukte, die beschrieben werden – und die dabei z.T. dennoch mit ähnlichen oder auch gleichen Etiketten bezeichnet werden - und um verschiedene Arten des Zusammenhanges der untersuchten Variablen mit diesen Konstrukten – es kann sich um Risikofaktoren, um postulierte Kausalzusammenhänge, um prädisponierende Faktoren oder um rein korrelative Ergebnisse handeln.

Als Konsequenz aus diesen beiden Überlegungen soll in der nun folgenden Übersicht ein Mittelweg zwischen zu grobem und zu feinem Auflösungsgrad gesucht werden:

Einerseits wird dazu zumindest mit einem Schlagwort oder einer kurzen Beschreibung angegeben, mit *welchem* der oben angeführten Konstrukte die Variablen in Verbindung gebracht worden sind – so wird z.B. unterschieden, ob sich die referierte Studie mit Chronifizierung, mit einem ungünstigen Verlauf von Depressionen allgemein, mit dem Nicht-ansprechen auf Antidepressiva (AD), mit Symptompersistenz oder mit einem anderen Konstrukt befasst. Soweit in den Artikeln explizit angegeben, wird die dort verwendete Terminologie verwendet. Zur Art des Zusammenhanges zwischen untersuchter Variable und Konstrukt kann oft keine nähere Aussage gemacht werden, da es hierfür nötig wäre, jede Studie auf ihr Design und ihre diesbezügliche Aussagekraft hin zu überprüfen.

Der folgende Überblick versteht sich eher als Aufzählung derjenigen Faktoren, über deren möglichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung diskutiert wird. Eine alternative Überschrift könnte demnach lauten: In welcher Hinsicht unterscheiden sich chronische bzw. therapieresistente depressive Patienten möglicherweise von Vergleichsgruppen?

Im Anschluss an die Literaturübersicht werden Hypothesen formuliert, auf welche Art die aufgezählten Faktoren eine Chronifizierung möglicherweise begünstigen können sowie auf denkbare Wechselwirkungsmechanismen hingewiesen.

Prädisponierende Faktoren/Prädiktoren für/Merkmale der Patienten mit Therapieresistenz/Chronizität/ungünstigem Verlauf

o.ä.

Tabelle 15: Prädisponierende Faktoren/Prädiktoren für/Merkmale der Patienten mit Therapieresistenz / Chronizität / ungünstigem Verlauf o.ä.

Prädisponierende Faktoren/ Prädiktoren/ Risikofaktoren/ Merkmale	Ausprägung/ Beschreibung/ Bemerkungen	Wofür Prädiktor? Zusammenhang mit welchem Konzept/Konstrukt?	Quelle
Soziodemographische Merkmale:			
Alter	höheres Lebensalter	Risikofaktor für Chronifizierung	Keller et al. (1986), zit. nach Jojart (1995)
	signifikanter Unterschied	chronisch Depressive signifikant älter als nicht-chronisch Depressive der Vergleichsgruppe	Rush et al. (1995)
	bei Älteren häufiger als bei Jüngeren (dies sei „allgemein bekannt“, allerdings scheint Alter laut den im Übersichtsartikel referierten Studien eine „weniger wichtige Rolle zu spielen“.)	Chronifizierung	Angst (1988)
	Patienten mit Altersdepressionen	Zustand chronifiziert „besonders bei diesen Patienten“	Felber (2003)
	ältere Patienten	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
	kein signifikanter Unterschied	nicht signifikant unterschiedlich zwischen chronisch-depressiven Patienten und nicht-chronisch depressiven Patienten	Hübner-Liebermann et al. (2001)
	erlaubt allein keine Vorhersage	der Ansprechbarkeit für AD	Woggon (1995)
Geschlecht	hat Einfluss	als prädisponierender Faktor für Symptompersistenz	Guensberger u. Fleischer (1972), zit. nach Marneros et al. (1990)
	bei weiblichem Geschlecht öfter beobachtet	Chronifizierungen	Winokur et al. (1973), zit. nach Ruppe (1996)
	weibliches Geschlecht häufiger betroffen	häufiger von Chronifizierung betroffen	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	weibliches Geschlecht	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)

1.3 Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen

	Frauen neigen mehr zu chronischen Depressionen	Chronische Depressionen	Ernst (2001)
	Geschlechtsverhältnis Männer zu Frauen: Frauen erkranken häufiger (1 : 1,5 – 2)	Dysthymien	Hinterhuber (2002) (Übersicht über verschiedene Studien, darunter NIMH-Studie (Epidemiologic Catchment Area))
	hat keinen Einfluss	als prädisponierender Faktor für Symptompersistenz	Laux (1986)
	kein signifikanter Unterschied	nicht signifikant häufiger bei chronisch-depressiven Patienten als bei nicht-chronisch depressiven Patienten	Hübner-Liebermann et al. (2001)
	kein signifikanter Unterschied	chronisch Depressive nicht signifikant häufiger weiblich als nicht-chronisch Depressive der Vergleichsgruppe	Rush et al. (1995)
	weibliches Geschlecht als Merkmal <i>gebesselter</i> Patienten	Unterscheidungsmerkmal der gebesserten Patienten gegenüber den chronischen Patienten	Beiser (1971), zit. nach Jojart (1995)
Berufliche Anpassung	prämorbid berufliche Anpassung habe Einfluss: selbe unspezifische Faktoren wie bei anderen Erkrankungen (Nur wenige Studien zur Untermauerung angeführt!)	Risikofaktoren für Chronifizierung bzw. für Rückfall/Nichtremission	Jablensky (1987), zit. nach Jojart (1995)
Demographische/soziologische Merkmale	im allgemeinen haben soziologische und demographische Strukturmerkmale kaum prognostische Bedeutung	Risikofaktor für Chronifizierung	Angst (1988)
Soziodemographische Faktoren	Alter, Geschlecht, Zivilstand, etc. : nach Literaturübersichten keine eindeutigen Befunde (Geschlecht und soziologische Strukturmerkmale: kaum nennenswerte Beziehungen zur Prognose)	für chronische Depressionen	Wolfersdorf, M. et al. (1997c)
	geringere (aber vorhandene) Rolle als klinische und Persönlichkeitsfaktoren, allerdings mehr, wenn psychosoziale Faktoren damit gemeint sind (Wechselwirkungen mit psychologischen Konstrukten)(Fazit des Autors nach Literaturübersicht)	für Verlauf und Chronifizierung	Jojart (1995)
Sozioökonomische Variablen	schlechtere Einkommens- und Wohnverhältnisse (aber häufiger zufrieden mit Haushaltssituation)	für ungünstigen Krankheitsverlauf	Wolfersdorf et al. (1997c)
	sozialer Abstieg (im Vergleich Aufnahme-Entlassung aus stationärer Behandlung) bezüglich „Wohnen“ und „Arbeit“	signifikanter Unterschied zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten (definiert nach mindestens 2 von vier Kriterien)	Spießl et al. (2001)

1.3 Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen

	hoher sozialer Status als Merkmal <i>gebesselter</i> Patienten	Unterscheidungsmerkmal der gebesserten Patienten gegenüber den chronischen Patienten	Beiser (1971), zit. nach Jojart (1995)
	Sozioökonomischer Status	Risikofaktoren für Chronifizierung bzw. für Rückfall/Nichtremission: selbe unspezifische Faktoren wie bei anderen Erkrankungen (Nur wenige Studien zur Untermauerung angeführt!)	Jablensky (1987), zit. nach Jojart (1995)
	Einkommen der Familie (niedrig)	Risikofaktor für Chronifizierung	Keller et al. (1986), zit. nach Jojart (1995)
	Einkommen der Familie (niedrig)	Prädiktor für chronischen Verlauf	Keller M.B. (2001)
	Einkommen	Risikofaktoren für Chronifizierung ("spiele in manchen Studien eine Rolle")	Scott (1988), zit. nach Jojart (1995)
	soziale Schichtzugehörigkeit	Risikofaktoren für Chronifizierung ("spiele in manchen Studien eine Rolle")	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
Behandlung:	Schlafentzugsreaktion: widersprüchliche Befunde;	AD-Resistenz/schlechtes Ansprechen auf AD	Möller (1997)
	Hospitalisierungszahl	Risikofaktoren für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	Beginn der Behandlung inadäquat i.S.v. zu spät	Risikofaktoren für Chronifizierung	Ceroni et al. 1984, zit. nach Jojart (1995)
	verzögerter Behandlungsbeginn	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
	nicht ausreichende Therapiedauer	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
	nicht ausreichende Behandlungsintensität	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
	nicht adäquate Therapie mit AD	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
	inadäquat	Risikofaktoren für Chronifizierung	Ceroni et al. (1984), Keller et al. (1986b), Weissman et al. (1977), alle zit. nach Jojart (1995)
	eine konsequente Behandlung wurde nicht durchgeführt	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
Non-Compliance für Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, vermehrte Behandlungsabbrüche wider ärztlichen Rat	signifikant häufiger bei chronisch-depressiven Patienten als bei nicht-chronisch depressiven Patienten	Hübner-Liebermann et al. (2001)	
Biologische Merkmale	geringe prognostische Kraft	AD-Resistenz/schlechtes Ansprechen auf AD	Möller (1997)
Familienanamnese	positiv	Risikofaktoren für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	positiv („family history of	Zusammenhang mit chronischem	Akiskal (1981),

1.3 Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen

	depression“)	Verlauf	zit. nach Rush et al. (1995)
	kein Zusammenhang (Ausnahme zu allen anderen zitierten (älteren) Studien, die einen Zusammenhang fanden)	Zusammenhang mit chronischem Verlauf	Szadòczy et al. (1994), zit. nach Rush et al. (1995)
Familiensituation	Broken-home-Situation	Symptompersistenz	Marneros et al. (1990)
	Verheiratet sein	Risikofaktoren für Chronifizierung	Keller (1984a) zit. nach Jojart (1995)
	Verheiratet sein	keine prognostisch günstige Bedeutung für die soziale Anpassung	Jablenski (1987), zit. nach Jojart (1995)
	pflegebedürftiger Partner	Risikofaktoren für Chronifizierung	Scott (1988), zit. nach Jojart (1995)
	kranker Ehepartner	Risikofaktoren für Chronifizierung	Angst (1988)
	eheliche Konflikte (evtl. bei Frauen noch mehr)	Risikofaktoren für Chronifizierung	Barnett & Gotlib (1988) zit. nach Jojart (1995)
	intakte Ehe (begründet durch erschwerten Rollenwechsel bei komplementärer Beziehungsgestaltung)	Prädiktor für chronischen Verlauf	Keller M.B. (2001)
	chronische Belastungen wie z.B. mehrere jüngere Kinder im Haushalt, Fehlen von Unterstützung durch eine nahe Bezugsperson	Bedeutsam für Auslösung und Aufrechterhaltung einer depressiven Erkrankung	Brown und Harris (1986), zit. nach Wolfersdorf et al. (1997c)
	Schwierigkeiten im Zurechtkommen mit dem verwandtschaftlichen Umfeld	ungünstiger Verlauf in einer 1-Jahres-Katamnese	Wolfersdorf et al. (1997c)
Komorbidität	organische Begleiterkrankungen	Risikofaktoren für Chronifizierung	Akiskal (1982), zit. nach Jojart (1995)
	mit körperlicher Erkrankung	Andauern der depressiven Symptomatik über ein Jahr (vs. Kontrollgruppe der Remittierten)	Lyness et al. (2002)
	körperliche Erkrankungen	Prädiktoren für Chronifizierung	Scott (1988), zit. nach Jojart (1995)
	Schilddrüsenfunktionsstörungen	überdurchschnittlich häufig bei chronisch Depressiven gefunden	Scott (1988), zit. nach Jojart (1995)
	Hirnorganische und systemische somatische Erkrankungen	können Ursache für Chronizität und Therapieresistenz der Depression sein	Reischies (1995) zit. nach Bauer et al. 1997
	psychische Komorbidität	für ungünstigen Krankheitsverlauf	Wolfersdorf et al. (1997c)

	(psych.) Komorbidität (bei 50% der Untersuchten mindestens eine Zweitdiagnose, häufig: Panikstörungen, Alkohol- oder Sedativamissbrauch)	Patienten mit chronischen und therapieresistenten Depressionen	Zimmer (1995)
	Angsterkrankung: v.a. <ul style="list-style-type: none"> ▪ phobisch-ängstliches Syndrom (nur alte Studie ('59) als Beleg) ▪ Panikerkrankung ▪ Angsterkrankung ohne Depression vs. Angsterkrankung mit Depression: Belege pro <u>und</u> contra 	Risikofaktoren für Chronifizierung	Angst (1988)
	Komorbide Angststörung	Prädiktor für chronischen Verlauf	Keller M.B. (2001)
	Komorbider Suchtmittelmissbrauch	Prädiktor für chronischen Verlauf	Keller M.B. (2001)
	Komorbider Suchtmittelmissbrauch	Prädiktor für Chronizität	Trivedi et al. (2001)
	Komorbide Persönlichkeitsstörung	Prädiktor für Chronizität	Trivedi et al. (2001)
Lebensereignisse	Lebensereignisse	Prädiktor für Chronifizierung	Brown & Harris (1978), zit. nach Jojart (1995)
	soziale Einflüsse und Lebensereignisse	geringer, aber signifikanter Erklärungswert (Depressivität im Fragebogen wird vorhergesagt)	Wittchen (1988) zit. nach Jojart (1995)
	v.a. unerwünschte und krankheitsunabhängige (6 Monate vor der Indexepisode bzw. 2 Jahre nach Krankheitsbeginn)	bei chronisch Depressiven im Vergleich zu depressiven Kontrollen signifikant mehr	Scott et al. (1988), zit. nach Wolfersdorf et al. (1997c)
	multiple Verluste durch den Tod naher Angehöriger	Risikofaktoren für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	multiple Verluste von Angehörigen	Risikofaktoren für Chronifizierung	Akiskal (1982), zit. nach Jojart (1995)
	i.S.v. „auswegslose Lebenssituation“ ¹⁷	Risikofaktoren für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	Zusammenhang nicht eindeutig, entscheidend subjektive Bewertung, Bewältigungsvermögen, etc. ;	Risikofaktoren für Chronifizierung;	Angst (1988)
	insbesondere negativer Art, chronische Belastungen	werden in Zusammenhang mit Verlauf gebracht, wirken sich auf Behandlungsergebnis aus	Katschnig und Nutzinger (1988), zitiert nach Wolfersdorf et al. (2003)
	im Sinn von „Lebensstress“	bei mehr Lebensstress im Vorfeld der Behandlung tendenziell schlechtere Werte in Nachuntersuchung nach einem halben Jahr	Zimmermann et al. (1987), zitiert nach Wolfersdorf et al. (2003)

¹⁷ somit evtl. besser umschrieben als „chronische Belastungen“, (Anm. der Verfasserin)

	Lebensstress vor stationärer Aufnahme	prädiktiver Stellenwert für weiteren Verlauf	Faravelli et al. (1986), zitiert nach Wolfersdorf et al. (2003)
	Lebensstress vor stationärer Aufnahme belastende Lebensereignisse im nachstationären Zeitraum	prognostische Bedeutung für den nachstationären Verlauf signifikant mit Rückfällen verknüpft	Keller (1997),), zitiert nach Wolfersdorf et al. (2003)
Persönlichkeitsvariablen	werden häufig als Risikofaktoren genannt	Risikofaktoren für Chronifizierung (Fazit nach Literaturübersicht)	Jojart (1995)
	hohe Bedeutung	für die Prognose affektiver Störungen: Chronifizierungstendenz und Remissionsgrad	Angst (1988)
	Persönlichkeitsmerkmale: "Neurotizismen"	für chronische Depression	Wolfersdorf et al. (1997c)
	Neurotizismus (Bedeutung betont)	Risikofaktor für Chronifizierung	Angst (1988)
	Neurotizismus (erhöht)	Risikofaktor für Chronifizierung	Hirschfeld et al. (1986), zit. nach Jojart (1995)
	Neurotizismus	Andauern der depressiven Symptomatik über ein Jahr (vs. Kontrollgruppe der Remittierten)	Lyness et al. (2002)
	emotionale Stabilität als Merkmal <i>gebesselter</i> Patienten	Unterscheidungsmerkmal der gebesserten Patienten gegenüber den chronischen Patienten	Beiser (1971), zit. nach Jojart (1995)
	Aussage, hohe Neurotizismusswerte würden generell ein schlechteres Therapieergebnis bei Psychopharmakotherapie voraussagen, ist nicht haltbar.	(kein) schlechteres Therapieergebnis bei Psychopharmakotherapie (Metaanalyse von 50 Studien)	Mulder (2002), zit. nach Wolfersdorf et al. (2003)
	Primärpersönlichkeit (neurotische Züge)	AD-Resistenz/schlechtes Ansprechen auf AD	Möller (1997)
	präorbide Persönlichkeit	Risikofaktoren für Chronifizierung bzw. für Rückfall/Nichtremission: selbe unspezifische Faktoren wie bei anderen Erkrankungen	Jablensky (1987), zit. nach Jojart (1995)
	höherer präorbider Neurotizismusscore	eines der Patientencharakteristika für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
	Präorbide Persönlichkeit habe wesentlichen Einfluss: Hypochondrisch-narzisstische Züge korrelieren mit chronischem Verlauf	chronischer Verlauf der Erkrankung	Pflug, B. (2002)
präorbide depressive Persönlichkeitsstruktur: überdauernde Rigidität (Inkludenz, Remanenz, sekundärer Neurotizismus)	Verlaufsmodifizierender Faktor bei Depressionen nach klinischem Eindruck und Literatur	Wolfersdorf et al. (2003)	

1.3 Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen

	Introversion und interpersonale Abhängigkeit: unklar, ob Einfluss besteht (bei remittiert D. dauerhaft und abnormal erhöht, aber unklar, ob Risikofaktor für weitere Prognose)	evtl. Risikofaktoren für Chronifizierung	Barnett & Gotlib (1988) zit. nach Jojart (1995)
	erniedrigtes Selbstwertgefühl	Risikofaktoren für schlechte Prognose	Barnett & Gotlib (1988) zit. nach Jojart (1995)
	hohes Selbstvertrauen als Merkmal <i>gebesselter</i> Patienten	Unterscheidungsmerkmal der gebesserten Patienten gegenüber den chronischen Patienten	Beiser (1971), zit. nach Jojart (1995)
	soziotrop (vs. autonom sensu Beck) in Wechselwirkung mit entsprechenden Lebensereignissen im interpersonalem bzw. Leistungsbereich	Risikofaktoren für schlechte Prognose	Barnett & Gotlib (1988) zit. nach Jojart (1995)
	Hyperreaktivität auf Alltagsstress	Risikofaktoren für Chronifizierung bzw. für Rückfall/Nichtremission bzw. als "Vorbote" eines Rückfalles	Jablensky (1987), zit. nach Jojart (1995)
	Intelligenz	Risikofaktoren für Chronifizierung ("spiele in manchen Studien eine Rolle")	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	Intelligenz: niedrig	schlechtere Remission, längere Hospitalisierungsdauer über wiederholte Phasen	Angst (1988)
	Kognitive Faktoren: dysfunktionale Einstellungen	bestimmen Dauer des Krankheitsverlaufs mit	Ahrens et al. (1992)
Psychosoziale Faktoren/Merkmale	soziale Kompetenz (sei ein beeinflussender Faktor)	verlaufsbestimmender Faktor	Übersicht (modifiziert nach Brown et al. (1986)) von Wolfersdorf et al. (1997c)
	chronische Belastungen (z.B. mehrere jüngere Kinder im Haushalt, Fehlen einer bezahlten Beschäftigung, Fehlen von Unterstützung durch eine nahe Bezugsperson, reduziertes Selbstwertgefühl)	haben Bedeutung für Aufrechterhaltung einer depressiven Erkrankung	Brown et al. (1986), zit. nach Wolfersdorf et al. (1997c)
	Beziehungen und soziale[n] Ressourcen ("... kommt ein... Stellenwert zu")	verlaufsbestimmende Faktoren	Wolfersdorf et al. (1997c)
	schlechtes Zurechtkommen mit der Verwandtschaft (mehr Streit, mehr Spannungen, mehr Auseinandersetzungen)	steht in Zusammenhang mit einem ungünstigen Verlauf (in einer Ein-Jahres-Katamnese)	Wolfersdorf et al. (1997c)
	schlechte soziale Adaptation	AD-Resistenz/ schlechtes Ansprechen auf AD	Möller (1997)
Soziale Faktoren	Ausmaß sozialer Unterstützung (ausdrücklich definiert als nicht-eheliche)	könnte Beginn und Verlauf einer klinischen Depression vorhersagen (auch als Haupteffekt)	Barnett & Gotlib (1988) zit. nach Jojart (1995)
	soziale Bedingungen: als Prä-	Risikofaktor für Chronifizierung	Angst (1988)

1.3 Therapieresistenz bzw. Chronifizierung von depressiven Störungen

	diktator ungesichert, eher subjektive Bewertung davon entscheidend		
Störungsspezifische Merkmale	Ersterkrankungsalter: früher Krankheitsbeginn im Lebenslauf	Prädiktor für Chronizität	Trivedi et al. (2001)
	Ersterkrankungsalter vor dem 25. Lebensjahr	Patienten mit chronischer major depression/double depression häufiger als Vergleichsgruppe	Kocsis et al.(1986), zit. nach Rush et al. (1995)
	Erkrankungsbeginn im höheren Lebensalter	ungünstiger Prädiktor	Laux (1986)
	Ersterkrankungsalter signifikant höher	Patienten mit chronischer major depression im Vergleich zu solchen mit nicht-chronischer major depression	Szàdòczy et al. (1994), zit. nach Rush et al. (1995)
	Ersterkrankungsalter: kein Zusammenhang	Chronizität der Störung	Scott et al. (1988), zit. nach Rush et al. (1995)
	Ersterkrankungsalter: kein Zusammenhang	Chronizität der Störung	Rush et al. (1995)
	Ersterkrankungsalter: kein Einfluss auf Remissionsgrad (allerdings auf das Wiedererkrankungsrisiko: dies steige mit wachsendem Erstmanifestationsalter)	Remissionsgrad	Angst (1988)
	Ausmaß d. Symptomatik (schwach)	AD-Resistenz/schlechtes Ansprechen auf AD	Möller (1997)
	Schweregrad: weniger entscheidend	Risikofaktor für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
	Ausmaß der Symptomatik: Einfluss nicht vorhanden	prädisponierende Faktoren	Akiskal (1982), zit. nach Marneros (1990)
	Schweregrad: unklare Bedeutung (Schweregrad korreliert nicht sicher mit der Remissionswahrscheinlichkeit)	Remissionswahrscheinlichkeit	Angst (1988)
	bzgl. Schweregrad kein signifikanter Unterschied	nicht signifikant unterschiedlich zwischen chronisch-depressiven Patienten und nicht-chronisch depressiven Patienten	Hübner-Liebermann et al. (2001)
	bzgl. Schweregrad kein signifikanter Unterschied	nicht signifikant unterschiedlich zwischen chronisch-depressiven Patienten und nicht-chronisch depressiven Patienten	Rush et al. (1995)
	Episodenanzahl signifikant höher (absolute, im Gegensatz zu jährlicher Episodenfrequenz, die weniger Einfluss habe)	signifikant unterschiedlich zwischen Patienten mit Symptompersistenz und Patienten mit Vollremission	Marneros et al. (1990)

Anzahl depressiver Episoden	signifikanter Unterschied zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten (definiert anhand von mindestens zwei von vier Kriterien)	Spießl et al. (2001)
Episodenanzahl geringer (major depressive episodes)	signifikant unterschiedlich zwischen chronisch-depressiven Patienten und nicht-chronisch depressiven Patienten	Rush et al. (1995)
Episodenanzahl: weniger entscheidend	Risikofaktor für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
Zahl der Episoden: kein Einfluss	prädisponierende Faktoren für Chronifizierung	Garvey et al. (1986), zit. nach Marneros et al. (1990)
Phasenanzahl nicht bedeutend (Remissionsgrad hängt nicht von der Phasenzahl ab)	Risikofaktor für Chronifizierung	Angst (1988)
frühere depressive Episoden mit Krankenhausbedürftigkeit	Prädiktor für chronischen Verlauf	Keller M.B. (2001)
lange Dauer der Indexepisode	Prädiktor für chronischen Verlauf	Keller M.B. (2001)
längere Dauer der aktuellen Episode	Prädiktor für Chronizität	Keller et al. (1986), zit. nach Rush (1995)
Episodendauer	signifikanter Unterschied zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten (definiert anhand von mindestens zwei von vier Kriterien)	Spießl et al. (2001)
Länge der Krankheitsepisode	Risiko für Chronifizierung	Ahrens et al. (1992)
Episodenlänge	Risikofaktor für Chronifizierung	Scott (1988) zit. nach Jojart (1995)
Dauer vorgängiger Episoden oder die Dauer der aktuellen Episode: vorbestehende Chronifizierung	prognostischer Hinweis auf chronischen Verlauf	Keller, M.B. et al. (1984), Murphy, E. (1983), zit. nach Ruppe (1996)
längere Episoden im Krankheitsverlauf	seien häufiger bei Patienten mit aktuell chronischer Episode (> 2 Jahre Dauer)	Rush et al. (1995)
kumulierte Verweildauer in stationärer Behandlung	signifikanter Unterschied zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten (definiert anhand von mindestens zwei von vier Kriterien)	Spießl et al. (2001)
Erkrankungsdauer	signifikanter Unterschied zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten (definiert anhand von mindestens zwei von vier Kriterien)	Spießl et al. (2001)
Suizidalität	„mit zunehmender Chronifizierung größere Suizidendenzen“	Zimmer (1995)
Suizidalität: chronische Depression gekennzeichnet durch sog. chronische Suizidalität	chronische Depression	Wolfersdorf et al. (1997c)
hohe Suizidrate eines der Risiken von chronischen Verläufen	Risiko von chronischem Verlauf	Volk et al. (1998)

Symptomatik: selbstzentriert, ängstlich-depressiv, mit zwanghaften und hypochondrischen Zügen	Chronische und therapieresistente Depressionen	Zimmer (1995)
Symptomatik bei Entlassung aus der stationären Behandlung: CGI Teil 1 und Teil 2, GAF	signifikanter Unterschied zwischen chronischen und nicht-chronischen Patienten (definiert anhand von mindestens zwei von vier Kriterien)	Spießl et al. (2001)
Vitalstörungen (fehlend)	AD-Resistenz/schlechtes Ansprechen auf AD	Möller (1997)
Wahnideen	Risikofaktor für Chronifizierung	Keller et al. (1986), zit. nach Jojart (1995)
psychotische Symptomatik	Risikofaktor für chronischen Verlauf	Ruppe (1996)(Fazit von Übersicht über Robinson et al. (1985), Winokur (1984), Murphy (1983) Keller et al. (1981)
wahnhaft Depression	häufiger chronischer Verlauf und schlechtere Prognose	Coryell et al. (1984), Dubovsky et al. (1992), zit. nach Rush et al. (1995)
Wahn, Halluzinationen und Hemmung prognostisch irrelevant für Rückfallneigung Unterscheidung psychotische vs. nicht-psychotische Symptome: keine relevanten Verlaufsdifferenzen Wahn (sowie Hypochondrie und Spannung)	(kein) Risikofaktoren für Rückfallneigung; (kein) Risikofaktoren für Chronifizierung (kein) Risikofaktor für schlechtere Remission	Angst (1988)
Anhedonie	Risikofaktoren für Chronifizierung bzw. für Rückfall/Nichtremission, „Vorboten eines drohenden Rückfalls“	Jablensky (1987), zit. nach Jojart (1995)
Sekundäre Depressionen	Risikofaktor für Chronifizierung	Akiskal (1983), zit. nach Jojart (1995)
Sekundäre Depression: weniger entscheidend	Risikofaktoren für Chronifizierung	Scott (1988), zit. nach Jojart (1995)
Sekundäre Depressionen keine relevanten Verlaufsdifferenzen im Vergleich mit primären Depressionen	Risikofaktoren für Verlauf	Angst (1988)
Residualsymptome (d.h. inkomplette Remission), weniger Initialsymptome hätten Bedeutung	Risikofaktoren für Chronifizierung (hier: Rückfall, Remission)	Angst (1988)

Soziodemographische Faktoren:

Lebensalter, Geschlecht, Einkommen und finanzielle Situation, Wohnverhältnisse

Welche Rolle soziodemographischen Faktoren bei der Entwicklung chronischer Depressionen zukommt, ist umstritten.

Angst (1988) ist der Meinung, dass soziologische und demographische Variablen kaum eine Aussage über den Verlauf der Störung zulassen. Jojart (1995) kommt in seiner Zusammenfassung einer Literaturübersicht zu einer ähnlichen Schlussfolgerung. Im folgenden werden einige der häufig genannten Faktoren dargestellt und Studien zu den jeweiligen Positionen referiert.

Bereits Kraepelin (1913, zit. nach Ruppe, 1996) hielt höheres Lebensalter für einen Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf; auch neuere Autoren (so etwa Keller et al., 1986, Angst, 1988, Ahrens et al., 1992, und Rush et al., 1995) nennen es in diesem Zusammenhang. Bei Hübner-Liebermann et al. (2001) unterschieden sich die Patienten mit chronischer Depression dagegen im Alter nicht von denen, die an einer nicht-chronischen Form der Erkrankung litten. Nach Woggon (1995) erlaubt das Alter allein keine Vorhersage auf das Ansprechen von Antidepressiva und damit auf Therapieresistenz. Sie weist allerdings auf den Zusammenhang hin, den höheres Lebensalter mit vielen anderen Merkmalen hat, wie „längere Krankheitsdauer, häufigere Phasen, längere Phasen, ausgeprägter Schweregrad, Wahnsymptomatik, Suizidalität, Comorbidität (sic) mit somatischen Erkrankungen und damit risikoreichere Behandlung“ (Woggon, 1995, S.3).

Zu unterscheiden ist hier auch, ob es sich um einen relativen Altersunterschied handelt oder um „höheres Lebensalter“ im absoluten Sinn: In der Untersuchung von Rush et al. (1995) waren die Patienten der chronischen Gruppe beispielsweise im Schnitt 41,8 (9,7) Jahre alt gegenüber 36,8 (10,4) Jahren in der nicht-chronischen Gruppe, beide Gruppen also noch nicht dem höheren Lebensalter zuzurechnen, sondern nur im Vergleich verschieden alt; auch Hübner-Liebermann et al. (2001) geben nur an, dass sich die untersuchten Gruppen nicht signifikant *unterscheiden*, ohne absolute Zahlen zu nennen. Andere Autoren beziehen sich dagegen auf absolutes Lebensalter (Keller et al. (1986): „höheres Lebensalter“, Ahrens et al. (1992) „ältere Patienten“, Angst (1988) „Ältere“), jedoch meist ohne Angaben, ab wann jemand ein „höheres Lebensalter“ erreicht hat. Zu unterscheiden vom Lebensalter ist das Ersterkrankungsalter, wie alt also ein Patient zum Zeitpunkt der ersten Erkrankung war (vgl. unten!).

Es ist unklar, ob eines der beiden Geschlechter ein höheres Risiko hat, an einer chronifizierten

Depression zu erkranken: Marneros et al. (1990) zitieren in ihrer Literaturübersicht je eine Studie pro und contra: Guensberger und Fleischer (1972) räumen demnach dem Geschlecht einen Einfluss ein, Laux (1986) spricht sich dagegen aus.

Winokur und Morrison (1973), Scott (1988, zit. nach Jojart, 1995) sowie Ahrens et al. (1992) schreiben dem weiblichen Geschlecht ein erhöhtes Risiko zu, Rush et al. (1995) und Wolfersdorf et al. (1997c) sind der Meinung, dass dieser Faktor keine Aussagen über die Prognose zulässt. Angst (1988) weist darauf hin, dass hier auch Rollenvorstellungen bedeutsam sein könnten: Frauen würden in unserer Gesellschaft noch viel häufiger wegen affektiver Störungen behandelt; die Inzidenzrate sei (so eine von ihm zitierte Studie) bei beiden Geschlechtern gleich, bei Frauen kämen aber mehr Wiedererkrankungen vor. Beiser (1971, zit. nach Jojart, 1995) hingegen fand in seiner epidemiologischen Studie sogar mehr Frauen unter den gebesserten Patienten.

Ein niedriges Einkommen bzw. finanzielle Schwierigkeiten werden als weitere negative Prädiktoren genannt. Keller et al. (1986, zit. nach Jojart 1995), Scott (1988, zit. nach Jojart 1995), Wolfersdorf et al. (1997c) und Keller (2001) berichten Studien oder eigene Ergebnisse, die für den Zusammenhang zwischen schlechteren Einkommensbedingungen und ungünstigem Verlauf sprechen.

Ähnlich verhält es sich mit den Wohnverhältnissen. Wolfersdorf et al. (1997c) fanden in ihrer Studie schlechtere Wohnverhältnisse bei den chronischen Patienten; allerdings waren diese überraschenderweise häufiger mit ihrer Haushaltssituation zufrieden.

Auch hier ist die in der Einleitung zu dieser Übersicht aufgeworfene Frage zu bedenken: Was ist Ursache, was Wirkung? Eine chronisch depressive Erkrankung vermindert einerseits die berufliche Leistungsfähigkeit, so dass bestimmte lukrativere Tätigkeiten evtl. nicht mehr ausgeführt werden können. Zudem muss oft Erwerbsunfähigkeitsrente zumindest auf Zeit beantragt werden, was ebenfalls mit finanziellen Einschränkungen verbunden ist. Andererseits wäre ebenso denkbar, dass durch gute Einkommensverhältnisse auch bestimmte Belastungsfaktoren wegfallen, die ansonsten das Bestehenbleiben einer Depression begünstigen könnten. So wäre es z.B. denkbar, die Doppelbelastung vieler Frauen als Arbeitnehmerin, Hausfrau und Mutter zumindest vorübergehend dadurch zu entschärfen, dass eine Haushaltshilfe eingestellt würde. Ohne behördliche Hilfe ist dies aber mit nicht unerheblichen Kosten verbunden, die sich eine schlechter verdienende Familie oft nicht leisten kann.

Familiäre Situation: Familienstand, Partnerbeziehung, Belastungsgrad der Beziehung zum Partner, zu Kindern, zu Verwandten, Familienanamnese

Verschiedene Facetten der familiären Situation werden von vielen Autoren als bedeutsam angesehen. So zitiert Jojart (1995) in seiner Literaturübersicht Keller et al. (1984), der Verheiratetsein als Risikofaktor aufführt, und Jablenski (1987), der dem Verheiratetsein zumindest keine prognostisch günstige Bedeutung zuweist (allerdings im Hinblick auf die soziale Anpassung), wie das etwa aus der Schizophrenieforschung bekannt sei.

Barnett und Gotlib (1988) weisen v.a. auf eheliche Konflikte hin, andere Autoren nennen v.a. einen kranken oder pflegebedürftigen Partner als Risikofaktor, so etwa Scott (1988, zit. nach Jojart, 1995) und Angst (1988). Keller (2001) bezeichnet eine *intakte* Ehe als Risikofaktor für einen chronischen Verlauf, was zunächst verwundert: So wäre doch anzunehmen, dass ein zugewandter und unterstützender Lebenspartner, von dem sich der/die Kranke angenommen fühlt, eher zur Gesundung beiträgt. Allerdings könnte ein depressiv Kranker gerade wegen der Zuwendung, die er vom Partner erhält, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe entwickeln, die ein Alleinlebender in dieser Form nicht hätte. Außerdem könnte es sein, dass sich der Kranke die zusätzliche Belastung, die er dem Partner durch seine Erkrankung zuzumuten gezwungen ist, zum Vorwurf macht und sich als nutzlos und der Liebe und Zuwendung des Partners unwert fühlt. Dennoch bleibt zu fragen, ob die dadurch entstehenden Belastungen nicht doch durch die oben aufgeführten Vorteile - die Unterstützung, das Vorhandensein einer nahen Bezugsperson, etc. - aufgewogen werden; dies zu entscheiden, ist wohl nur im Einzelfall und unter Berücksichtigung des subjektiven Erlebens des Patienten möglich.

Keller (2001) weist daneben auf folgenden Zusammenhang aus familientherapeutischer Sicht hin: Aufgrund der Beeinträchtigungen der kranken Partnerin gerät der gesunde Partner in eine Rolle größerer Verantwortung, Autonomie und Dominanz in der Beziehung. Endet nun die Beeinträchtigung der kranken Partnerin nach der Gesundung, ist der Wechsel zurück bzw. hin zu einer wieder ausgewogeneren Beziehungsgestaltung oft mit Schwierigkeiten verbunden.

Weniger mehrdeutig gestaltet sich die Argumentation für den negativen Einfluss des Verheiratetseins, wenn es sich um eine Ehe handelt, die als ständig belastet und belastend erlebt wird. Die Aufgabe, einen kranken oder gar pflegebedürftigen Partner zu versorgen, ist etwas, das auch einen gesunden Menschen an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit führen kann. Der Depressive in seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit bei meist unverändert hohem

Leistungsanspruch an sich selbst wird unter dieser Situation besonders leiden. Zwar könnte man argumentieren, dass hierin auch eine Quelle des Selbstwerts liegen könnte, indem der pflegende Partner sich so als nützlich oder gar unentbehrlich für den Kranken erlebt. Doch diese Sicht der Wirklichkeit darf hier nicht vorausgesetzt werden - neigen doch Depressive dazu, die positiven Aspekte v.a. auch an sich selbst nicht als solche wahrzunehmen oder zuzulassen. Im Extremfall könnte eine depressive Patientin dagegen überzeugt sein, dass ihre eigene Unfähigkeit oder ihre eigene Erkrankung mitauslösend oder gar ursächlich für die Erkrankung des Partners sein könnte.

Ähnlich ungünstig, wenngleich auf andere Weise, werden sich dauerhafte eheliche Konflikte auswirken: Auch hier könnte der Depressive geneigt sein, alle Schuld auf sich zu beziehen und so sein negatives Selbstbild dadurch bestätigt zu sehen. Da diese Patienten häufig ein übergroßes Bedürfnis nach Harmonie haben und unfähig sind, ihre eigene Position gegenüber anderen zu vertreten, werden gerade sie durch häufige Konflikte sehr belastet werden, was wiederum einer Gesundung entgegen steht.

Depressive mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf haben laut der Untersuchung von Wolfersdorf et al. (1997c) größere Schwierigkeiten, mit ihren Verwandten zurechtzukommen: Es soll in diesen Familien zu mehr Streit, mehr Spannung und mehr Auseinandersetzungen kommen als in anderen Familien. Dies lässt sich analog zu den oben ausgeführten Ehekonflikten interpretieren.

Scott (1988) bezeichnet eine positive Familienanamnese als weiteren Risikofaktor, Akiskal (1981) nennt depressive Auffälligkeiten innerhalb der Familie. Letztere Befunde sprechen für die These, dass es eine genetisch bedingte Disposition zur Depression, gerade auch in ihrer chronischen Form, geben könnte. Eine etwas neuere Studie (Szádóczky et al. (1994), zit. nach Rush et al. 1995)) fand hier allerdings keinen Zusammenhang.

Soziales Netzwerk

Welche Bedeutung das soziale Netzwerk auf den Verlauf der Störung hat, ist unklar: Angst (1988) geht in seiner Studienübersicht von einem geringen bis gar keinem Einfluss aus – dem widersprechende Untersuchungsergebnisse ließen sich ihm zufolge besser mit *subjektiven Einschätzungen* von sozialen Situationen und damit mehr dem Bereich der Persönlichkeitsfaktoren zurechnen. Im Vergleich dazu seien soziale Bedingungen allenfalls von relativ geringer Bedeutung. Er nimmt damit die Gegenposition zu Scott (1988) ein, die sozialen Fakto-

ren eine höhere Wichtigkeit zumisst. Auch Wolfersdorf et al. (1997c) sind der Ansicht, dass sozialen Ressourcen ein entscheidender Stellenwert zukommt; ähnlicher Ansicht sind Barnett & Gotlib (1988, zit. nach Jojart).

Störungsspezifische Merkmale/Symptomatik

Störungsspezifische Merkmale werden sehr häufig aufgeführt und kontrovers diskutiert.

Dem Ausmaß der Symptomatik wird meist ein Einfluss abgesprochen (z.B. Akiskal, 1982, zit. nach Marneros et al., 1990), andererseits wird oft implizit oder explizit davon ausgegangen, dass es sich bei chronischen Depressionen stets um mildere Verlaufsformen handelt. So beschreibt z.B. auch die ICD-10 die „anhaltenden affektiven Störungen“ als solche, „bei denen einzelne Episoden selten, wenn überhaupt, ausreichend schwer genug sind, um als hypomani-sche oder auch nur leichte depressive Episoden beschrieben zu werden“, die „gelegentlich“ von einer „leichte[n] oder schwere[n] depressiven Störung überlager[t]“ (Dilling et al., 1993, S.149) werden können.

Wolfersdorf et al. (1997c) sieht die These als widerlegt an, dass chronische Verläufe generell symptomärmere Zustände sind und zitiert als Beleg mehrere Studien (Akiskal, 1983, Cassano et al., 1983, Ruppe, 1995¹⁸). Diese Meinung vertritt auch Jojart (1995) und belegt sie mit Ergebnissen von Polzer et al. (1992, in Zimmer et al., 1992, S.57 (unveröff. Schlussbericht, deshalb zitiert nach Jojart, 1995). Auch Rush et al. (1995) fanden keinen Unterschied in der Symptomschwere zwischen chronischen und nichtchronischen Depressiven, ebenso Hübner-Liebermann et al. (2001).

Denkbar wäre, dass es verschiedene Subgruppen von chronischen Verläufen gibt: eine leichte Verlaufsform (wie etwa in der ICD-10 mit Dysthymia umschrieben), eine schwerere, bei der die Patienten über längere Zeit unter Symptomen leiden, die die Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren depressiven Episode erfüllen und eine Form, bei der beide Ausprägungen im Wechsel vorkommen. Je nach Definition wären damit auch die obigen Befunde zu erklären.

¹⁸ (sic) - gemeint ist Ruppe 1996, falsche Jahresangabe im Literaturverzeichnis des Artikels

Die Dauer der aktuellen Phase spielt laut einiger Autoren dagegen eine wichtige Rolle: Je länger diese bereits dauere, desto größer sei die Gefahr der Chronifizierung. Ahrens et al. (1992) nennen die Länge der aktuellen Krankheitsepisode sogar den „relevanteste[n] Prädiktor von Chronizität“ (S.199), ebenso sprechen sich Keller et al. (1986) und Keller (2001) für die Bedeutung dieses Merkmals aus. Hier besteht allerdings die Gefahr von Zirkelschlüssen: Wird Chronizität nach der (längeren) Dauer der jetzigen Episode definiert, ist es nicht weiter verwunderlich, wenn diese Patienten sich dadurch von anderen unterscheiden, dass ihre jetzige Krankheitsphase länger als bei nicht-chronifizierten Patienten ist. Festzustellen bleibt jedoch, dass Menschen, die schon länger unter einer depressiven Phase leiden, mehr gefährdet sind, eine Chronifizierung zu entwickeln als andere, was kaum verwundert.

Wahnsymptomatik bzw. psychotische Symptome sind laut einer großen Anzahl von Autoren (Robinson et al. (1985), Winokur (1984), Murphy (1983), Keller et al. (1981) (alle zit. nach Ruppe 1995), Lee et al. (1986, unveröff.), Kiloh et al. (1988), Dogan et al. (1991), zitiert nach Volk (1998), Keller et al. (1986, zit. nach Jojart, 1995), Coryell et al. (1984), Dubovsky et al. (1992), zit. nach Rush, 1995) ebenfalls ein Risikofaktor, Angst (1988) meldet allerdings Zweifel an: Es seien noch keine relevanten Verlaufsdifferenzen für psychotische vs. nicht-psychotische Depressionen gefunden worden; Wahn sei allerdings ein Risikofaktor für schlechtere Remission.

Über die Bedeutung von Suizidalität wird in den gesichteten Artikeln und Überblicksarbeiten wenig berichtet. Wolfersdorf et al. (1997c) beschreiben den chronischen Verlauf als häufig gekennzeichnet durch eine „sogenannte chronische Suizidalität mit Entwicklung eines ideologisch-negativistischen Betrachtungsstiles von Welt, Umwelt, Beziehung und eigenem Leben (...)“ (S.40). Volk et al. (1998) weisen darauf hin, dass eine hohe Suizidrate eines der Risiken von rezidivierenden und chronischen Verläufen ist. Zimmer et al. (zit. nach Zimmer (1995)) fanden in ihrer Untersuchung „mit zunehmender Chronifizierung größere Suizidendenzen“ (ebd., S. 95).

Suizidalität wird häufig mit dem Symptom der Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht (vgl. Ruppe (1996) als Fazit einer Literaturübersicht). Nimmt man dies als gegeben an, lässt sich der Zusammenhang zwischen Chronifizierung und möglicher suizidaler Gefährdung so erklären: Der chronisch Depressive ist nicht nur durch seinen Zustand an sich anfällig für eine hoffnungslose Sicht auf die Welt und v.a. auch auf die Zukunft, wie das bei den meisten Kranken mit dieser Störung der Fall ist, sondern auch noch durch die Erfahrungen, die er bereits mit seiner Störung machen musste (vgl. dazu auch Zimmer, 1995): Hat er doch erleben müssen, dass die bisher unternommenen Versuche, die Krankheit zu lindern oder gar zu hei-

len, relativ erfolglos geblieben sind. Vergleicht er sich mit anderen Kranken, erlebt er zusätzlich die Enttäuschung, dass viele bereits nach relativ kurzer Zeit eine gute Besserung ihres Zustands erleben, er sich selbst aber als unverändert oder nur wenig gebessert wahrnimmt. All dies könnte dazu beitragen, die Hoffnungslosigkeit und damit die Suizidalität noch weiter zu verstärken. Neuerdings wird auch Ärger als „Kandidatenkonstrukt[...] der suizidalen Störung dargestellt“ (Ahrens, 2000). Ärger tritt u.a. dann auf, wenn „der eigene Lebensentwurf durchkreuzt wird oder wenn Rollenerwartungen verletzt werden“ (ebd., S.186). Durch die Entwicklung einer chronisch depressiven Störung kann ebendies der Fall sein: Der eigene Lebensentwurf kann nicht mehr wie vorgesehen verwirklicht werden, da der kranke Mensch mit Einschränkungen seiner Fähigkeiten und Fertigkeiten, seines Befindens und Erlebens zurechtkommen muss. Die Rollenerwartungen an sich und andere müssen ebenfalls dem angepasst werden: Der Kranke muss seine Rolle, die er vor der Krankheit als gesunder, leistungsfähiger Mensch innehatte, den neuen Gegebenheiten anpassen, die Angehörigen müssen ebenfalls ihre Aufgaben und Rollen in der Familie und im Umgang mit dem nun für längere Zeit behinderten Menschen neu definieren, was zu Spannungen, Schwierigkeiten und Enttäuschungen führen kann. So ist gerade der chronisch depressive Mensch in größerer Gefahr, mit Hoffnungslosigkeit und Ärger auf seine Situation zu reagieren und somit nach der oben angesprochenen Theorie auch mehr gefährdet, suizidal zu werden und zu bleiben.

Spezifischen Symptomen allgemein wird von Angst (1988) wenig prognostische Bedeutung beigemessen, allerdings sei Hypochondrie (neben Wahn, vgl. oben, und Spannung) mit schlechterer Remission verbunden. Dass die Vorstellung, zusätzlich zu den psychischen Problemen auch noch körperlich krank zu sein, ein belastender und damit krankheitsfördernder Gedanke ist, leuchtet unmittelbar ein, v.a. dann, wenn der Patient zusätzlich der Überzeugung ist, dass seine körperliche Krankheit nicht erkannt, nicht behandelt werden kann oder wenn er sich von den ihn behandelnden Ärzten unverstanden oder nicht ernstgenommen fühlt. Auch diese Bedingungen könnten innerhalb der oben angesprochenen Theorie eine Situation darstellen, auf die der Patient leichter mit Hoffnungslosigkeit oder Ärger oder beidem reagieren könnte, was wiederum die Suizidgefahr erhöhen kann. Eine Zuspitzung würde es bedeuten, wenn der Patient zusätzlich glaubt, nicht depressiv zu sein, sondern vielmehr unter einer unbekanntem oder unerkannten Krankheit zu leiden, die all seine Symptome verursacht. Diese Überzeugung kann damit sämtliche Therapiebemühungen, die Depression zu bessern, subjektiv für den Patienten unsinnig machen, was besonders im psychotherapeutischen Bereich die Arbeit sehr erschwert und auch die Wirksamkeit von Medikamenten dahingehend vermindern

kann, dass ihr „Placeboeffekt“ wegfällt - also die Wirkung eines Medikamentes, die nicht rein körperlich erklärbar, sondern Folge der psychischen Überzeugung ist, dass die Einnahme eines Präparates hilfreich sein kann. Hier lässt sich auch eine Brücke zu den psychotischen Symptomen schlagen: Die Annahme, körperlich krank zu sein, kann so ausgeprägt sein, dass der Patient nicht vom Gegenteil überzeugt werden kann - allen Untersuchungsbefunden und Versicherungen seiner Ärzte zum Trotz.

Einige Variablen des vorgängigen Krankheitsverlaufs werden häufiger als Chronifizierungsfaktoren genannt, allen voran ein höheres Ersterkrankungsalter: Einen Einfluss auf die Chronifizierung sprach ihm nach Marneros et al. (1990) schon Lundquist (1945) zu, ebenso Angst et al. (1977), während Glatzel (1973¹⁹) und Winokur (1974) der Meinung waren, dass dies keinen Einfluss habe. Auch neuere Autoren kommen hier zu unterschiedlichen Ergebnissen: In ihren eigenen Untersuchung fanden Marneros et al. (1990), Scott (1988, zitiert nach Jojart, 1995) sowie Rush et al. (1995) ebenfalls keine signifikanten Ersterkrankungsaltersunterschiede, Angst (1988) sah keinen Einfluss auf den Remissionsgrad.

Laux (1986) weist in diesem Zusammenhang auf Geschlechtsunterschiede hin: Während bei Männern ein früher Krankheitsbeginn mit Chronizität korreliere, sei es bei Frauen ein später. Insgesamt fasst er aber zusammen, dass ein Erkrankungsbeginn im höheren Lebensalter einen ungünstigen Prädiktor darstellt.

Die Dauer der vorgängigen Krankheitsphasen wird ebenfalls als Prädiktor diskutiert: Je länger diese gewesen seien, desto größer sei die Gefahr der Chronifizierung (Keller et al., 1986, Murphy, 1983). Auch Rush (1995) fand bei Patienten mit aktuell chronischer Episode längere Episoden im Krankheitsverlauf. Auch hier sind Einwände wie die oben angeführten zur Dauer der jetzigen Phase zu berücksichtigen.

Eine höhere Episodenanzahl im bisherigen Verlauf soll nach einigen Autoren (z.B. Laux, 1986, Marneros et al., 1990) ebenfalls einen Hinweis auf mögliche Chronifizierung bieten, andere (z.B. Garvey et al., 1986, zit. nach Marneros et al., 1990, Scott, 1988, zit. nach Jojart, 1995) sind anderer Ansicht, Angst (1988) hält diesen Einfluss für nichtbedeutend für den Remissionsgrad. Rush et al. (1995) fanden sogar eine geringere Phasenanzahl (der major depressive episodes) bei der Gruppe der chronisch Depressiven. Interessant wäre hier eine Verknüpfung von Episodenanzahl und deren Länge: Wenn chronisch Depressive, wie oben ausgeführt, generell unter längeren Krankheitsphasen zu leiden hätten, wäre das auch ein denkbarer Grund für eine kleinere Phasenanzahl: Eine Patientin, die beispielsweise

se in den letzten zwanzig Jahren fünf Krankheitsphasen von zwei bis dreijähriger Dauer gehabt hätte, unterscheidet sich rein nach dem Phasenzahlkriterium nicht von einem Patienten, der in den letzten zwei Jahren fünf dreiwöchige Phasen einer Major depression erleben musste. Es wäre also zu erwarten, dass Patienten, die unter einer rezidivierenden Störung leiden, weit mehr Phasen erleben als chronische Patienten. Untersucht man nur die beiden Subgruppen chronische vs. nicht chronische Patienten, so ist es möglich, dass die (Ein-) Phasenzahl der Ersterkrankten rein rechnerisch den Durchschnitt der nicht chronischen Subgruppe drückt bzw. ein Gegengewicht zur höheren Phasenzahl der Rezidivierenden bildet. Sinnvoll wäre es also, einen Vergleich zwischen ersterkrankten, rezidivierenden und chronischen Patienten anzustellen (wobei die Gruppe derjenigen, die erst-erkrankt *und* chronisch sind, sinnvollerweise der letzteren Gruppe zuzuordnen wären) oder aber die (nicht chronischen) Ersterkrankten für diese Fragestellung aus dem Vergleich auszunehmen.

In Ergänzung dazu wäre etwa die kumulierte Dauer der Krankheitszeiten in Bezug auf das Lebensalter oder auf die Zeit nach der Ersterkrankung ein weiterer interessanter Vergleichsmaßstab, leider liegen dazu keine Daten vor. Interessant wäre dieser Vergleich auch für die Unterscheidung zwischen chronisch Kranken und rezidivierend Erkrankten: Wie viel Lebenszeit verbringt die eine Gruppe im Verhältnis zur anderen im kranken Zustand?

Komorbidität mit psychischen, aber auch mit körperlichen Erkrankungen stellt ebenfalls ein Risiko dar: Körperliche Erkrankungen werden von Akiskal (1982, zit. nach Jojart, 1995), Scott (1988, zit. nach Jojart, 1995) und Lyness et al. (2002) als Prädiktor genannt, Reischies (1997) führt aus, dass hirnorganische und systemische Erkrankungen als „Ursachen für Chronizität und Therapieresistenz der Depression“ in Frage kommen. Die in Tab. 16 aufgeführten Erkrankungen könnten demnach einerseits eine Depression verursachen oder aber als Auslöser für eine ansonsten typisch verlaufende schwere Depression fungieren (vgl. ebd., S.68). Im ersten Fall klinge die Depression ab, wenn die organische Behandlung erfolgreich gewesen sei, im zweiten Fall sei dagegen eine eigenständige Depressionstherapie nötig. Scott (1988, zit. nach Jojart, 1995) weist auch gesondert auf Schilddrüsenfunktionsstörungen hin, die bei chronisch Depressiven überdurchschnittlich häufig gefunden wurden.

¹⁹ sic, so in Übersicht zitiert, müsste laut Literaturangabe des Artikels 1975 heißen

Tabelle 16: Hirnorganische und systemische organische Erkrankungen, die mit einem depressiven Syndrom einhergehen können (nach Cummings, 1985, zitiert nach Reischies, 1997)

Hirnorganische und systemische organische Erkrankungen, die mit einem depressiven Syndrom einhergehen können	
ZNS-Erkrankungen	Extrapiramidale Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Parkinson Syndrom • Huntington Syndrom • Progressive Supranukleäre Paralyse Zerebrovaskuläre Störungen Multiple Sklerose Demenz Epilepsie Tumoren traumatische Hirnverletzungen Meningitis/Enzephalitis
Endokrinologische Erkrankungen	Hypo-/Hyperthyreose Hypo-/Hyperparathyreose Cushing-Syndrom, Addison-Syndrom Hyperaldosteronismus
Autoimmunerkrankungen	Lupus Erythematoses Rheumatoide Arthritis Arteriitis Temporalis Sjögren-Syndrom
andere virale und bakterielle Entzündungen	
Vitaminmangel-Syndrome	Folsäure, Vitamin B12, Nikotinsäure, Vitamin C
Anämien	
Stoffwechselerkrankungen	

Auch Ahrens et al. (1992) gehen davon aus, dass körperliche Erkrankungen die Prognose verschlechtern, weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass depressive Patienten ohnehin ein höheres Risiko hätten, an kardiovaskulären und Atemwegserkrankungen sowie an Diabetes mellitus zu erkranken (vgl. Ahrens et al., 1992, S.120), so dass sich der Einfluss von körperlichen Erkrankungen nicht sicher beurteilen ließe. Neben möglicherweise rein körperlich depressiogenen Wirkungen somatischer Krankheiten könnte die psychische Beeinflussung des Verlaufs derjenigen ähnlich sein, die oben unter dem Symptom der Hypochondrie ausgeführt wurde: Die subjektive Überzeugung - hier die begründete -, somatisch krank zu sein, stellt per se eine belastende und damit depressionsfördernde oder -aufrechterhaltende Bedingung dar. Diese Belastung verstärkt sich noch, wenn es sich um eine chronische körperliche Erkrankung han-

delt, da auch hier wieder die Hoffnung auf Genesung oder sogar die auf Besserung geringer ist oder gar ganz wegfällt.

Auch psychische Komorbidität gilt als negativer Prädiktor für den Verlauf (vgl. z.B. Wolfersdorf, 1997c, Zimmer, 1995). Dies scheint insofern plausibel als mehrere psychische Erkrankungen auch als schwerer therapierbar gelten: Der Patient, und mit ihm der Therapeut, „kämpft“ gleichsam an „zwei Fronten“. Kasper (1998) führt aus, dass z.B. bei einer Komorbidität von Panikstörung und Depression ein langsames Ansprechen auf konventionelle Therapie zu erwarten sei, dass die Prognose als schlechter einzuschätzen sei und dass ein höherer Grad der Behinderung vorliege als bei einer der Erkrankungen allein (vgl. ebd., S.3). Zudem kann die Zweiterkrankung den Einsatz bestimmter therapeutischer Mittel problematischer machen oder gar als kontraindiziert erscheinen lassen. Beispielsweise wird empfohlen, bei der Komorbidität von Panikstörung und Depression eine initial niedrigere Dosierung von SSRIs zu wählen und auch insgesamt langsam (Erreichen der vollen Dosierung nach 3-5 Wochen) mit dem Gebrauch von Antidepressiva zu beginnen (vgl. Kasper, 1998, S.7f).

Besonders erwähnt werden v.a. Angststörungen (Angst, 1988), Keller, 2001), Suchtmittelmissbrauch (Keller, 2001, Trivedi, 2001) und Persönlichkeitsstörungen (Trivedi, 2001).

Die bisherige Behandlung wird ebenfalls als einflussnehmend beschrieben: Weissman et al. (1977, zit. nach Jojart, 1995), Ceroni et al. (1984, zit. nach Jojart, 1995), Keller et al. (1986) nennen als Risikofaktor eine inadäquate Behandlung, Ceroni et al. (1984) und Ahrens et al. (1992) weisen besonders auf inadäquate im Sinne einer zu späten Behandlung hin.

Interessant wäre hier die Frage, ob sich eine inadäquate Behandlung - die auch erst zu definieren wäre - als besser, gleichwertig oder schlechter im Vergleich zu keiner Behandlung verhielte. Einerseits könnte allein der Gedanke, überhaupt in Behandlung zu sein, für den Patienten eine gewisse Entlastung bedeuten, da er so zumindest erfährt, dass seine Krankheit bekannt und auch behandelbar ist - Informationen, die nach den Berichten vieler Patientinnen bereits eine gewisse Entlastung bedeuten. Dass eine inadäquate Therapie andererseits aber krankheitsverlängernd wirken kann, ist ebenfalls leicht nachvollziehbar: So kann durch die Unwirksamkeit der Behandlung allmählich auch das Vertrauen des Patienten in die behandelnde Therapeutin abnehmen und sich die Überzeugung festigen, dass ihm - dem Patienten - doch nicht geholfen werden kann - eine Gefahr, die im übrigen auch bei längerer erfolgloser adäquater Therapie droht.

Eine zu späte Aufnahme der Behandlung bedeutet nicht nur eine längere Leidenszeit für den Patienten, bis er Hilfe bekommt, sondern auch, dass sich die Folgen der Erkrankung

bereits deutlicher auf seine Lebensführung auswirken können, so dass sich die depressionsfördernden Bedingungen leichter verfestigen können.

Die Anzahl der bisherigen Hospitalisierungen sieht Scott (1988, zit. nach Jojart, 1995) als einen weiteren Prädiktor an. Da die Anzahl der Hospitalisierungen damit zusammenhängt, wie viele Krankheitsepisoden die Person bisher erlebt hat, wie lange diese Episoden dauerten und wie schwer sie waren, wäre zu erwarten, dass es hier Korrelationen mit den angeführten Variablen gibt. Laux (1986) zog in seiner Untersuchung dieses Merkmal sogar als eines der Hauptkriterien für Chronizität heran: Die stationär behandelten Patienten, die mindestens 5 stationäre Aufenthalte aufwiesen, wurden als chronisch betrachtet (ein „order“-Kriterium war eine kumulierte stationäre Aufenthaltsdauer von mindestens 12 Monaten).

In fast allen Überblicksarbeiten wird die Bedeutung von Lebensereignissen für den Verlauf diskutiert. Als Lebensereignis wird eine Situation verstanden, die eine Neuanpassung der betroffenen Person an die veränderten Lebensumstände erfordert (Holmes & Rahe (1967), zitiert nach Laux et al., 1996). Akiskal (1982, zit. nach Marneros, 1990) sprach sich laut dem Überblick von Marneros et al. (1990) für einen Einfluss aus, Hirschfeld et al. (1986, zit. nach Marneros, 1990) dagegen. Angst (1988) präzisiert, dass nicht das Auftreten von Lebensereignissen an sich ein negativer Prädiktor sei, sondern die subjektive Bewertung der Person die wichtigere Rolle spiele - somit ginge es hier eher um Persönlichkeitsmerkmale als um äußere Ereignisse. Ahrens et al. (1992) führen aus, dass „belastende Lebensereignisse“ (ebd., S.120) häufiger bei chronischen Erkrankungen zu finden seien - der Zusatz „belastend“ könnte hier ebenfalls als Hinweis gewertet werden, dass die subjektive Bewertung hier von entscheidender Bedeutung ist.

Aus der Bewältigungsforschung (z.B. Lazarus 1981, 1991) ist bekannt, dass es bei der Konfrontation mit potentiell belastenden Ereignissen zu zwei verschiedenen Einschätzungen kommt: Zuerst erfolgt die Einschätzung des Ereignisses als bedrohlich oder nicht bedrohlich, die Gefahr wird bewertet („primary appraisal“), dann die Einschätzung, ob die jeweilige Person das Ereignis bewältigen kann oder nicht („secondary appraisal“). Die zweite Einschätzung hängt also ganz davon ab, inwieweit der Betroffene sich in der Lage sieht, das Ereignis zu bewältigen oder nicht, also von der Einschätzung seiner Selbstwirksamkeit in diesem Lebensbereich. Da depressiv gestörte Menschen sich häufig als wenig selbstwirksam oder im Extremfall als hilflos erleben (vgl. Seligman, 1975, Abramson et al., 1978), ist zu erwarten, dass sie viele Ereignisse als bedrohlich im Sinne der ersten und zweiten Einschätzung erleben. Bei chronisch Depressiven

konnte sich diese Einschätzung durch die lange Dauer der Erkrankung möglicherweise stärker verfestigen als bei anderen Kranken. Ihre Erfahrungen erfolgreicher Bewältigungsversuche liegen evtl. länger zurück und sind schwerer abrufbar, was erklären könnte, warum Lebensereignisse zu den aufrechterhaltenden Bedingungen gerechnet werden können: Die Erfahrung, einem (negativen) lebensverändernden Ereignis hilflos gegenüberzustehen, bestätigt die eigene Einschätzung der Selbst-un-wirksamkeit, die Hilflosigkeit wird weiterhin „gelernt“, das Gefühl des Ausgeliefertseins verstärkt sich, die Hoffnungslosigkeit nimmt zu. Es besteht also ein enger Zusammenhang zwischen der Bedeutung von Lebensereignissen und den Bewältigungsressourcen der betroffenen Person. Leider wird in den gesichteten Arbeiten auf deren Rolle nicht eingegangen: Jojart (1995) verweist zwar in einer Fußnote auf zwei Arbeiten zum Copingkonzept, führt dies aber nicht weiter aus. Zu erwarten wäre, dass chronisch Depressive über weniger oder weniger hilfreiche Coping-Mechanismen verfügen als andere. Das Copingkonzept könnte sich bei vielen der hier referierten Merkmale als entscheidendes Zwischenglied herausstellen, so etwa bei den Auswirkungen von körperlicher Komorbidität, bei der Belastung durch einen pflegebedürftigen Partner oder bei schwieriger finanzieller oder ungünstiger Wohnsituation: Nicht nur die objektiv gegebene Belastung (im Sinne des primary appraisal), sondern auch und besonders die Einschätzung der Bewältigbarkeit dieser Situationen durch den Patienten wäre hier das zu untersuchende Merkmal, wobei zu erwarten wäre, dass chronisch Depressive eher dazu neigen, Situationen als schwer oder unbewältigbar wahrzunehmen.

Einige Autoren weisen besonders auf bestimmte Lebensereignisse hin, die bei chronischen Erkrankungen häufiger beobachtet wurden als in den Vergleichsgruppen: So werden multiple Verluste von Angehörigen (Ahrens et al., 1992, Scott, 1988, zit. nach Jojart, 1995) genannt, aber auch als „ausweglos“ empfundene Lebenssituationen (Scott, 1988, zit. nach Jojart, 1995). V.a. unerwünschte und krankheitsunabhängige Lebensereignisse fand Scott (1988, zitiert nach Wolfersdorf et al., 1997c) im Zeitraum eines halben Jahres vor bzw. zwei Jahr nach Krankheitsbeginn.

Neben diesen „großen“ Lebensereignissen weisen einige Autoren auch weniger einschneidenden Erlebnissen Bedeutung zu: V.a., wenn diese Belastungen nicht zeitlich deutlich begrenzt sind, sondern als „chronisch“ eingeschätzt werden müssen, könne dies eine chronische Depression sowohl mitauslösen als auch für die Aufrechterhaltung mitverantwortlich sein. Brown und Harris (1986, zit. nach Wolfersdorf, 1997c) nennen hier z.B. mehrere jüngere Kinder im Haushalt, das Fehlen einer bezahlten Beschäftigung, das Fehlen von Unterstützung durch eine nahe Bezugsperson oder auch ein reduziertes Selbstwertgefühl, wobei letzteres wohl eher zu den Persönlichkeitsfaktoren bzw. Krankheitssymptomen zu zählen wäre.

Persönlichkeitsfaktoren bzw. auch Merkmale der prämorbidem Persönlichkeit werden in vielen Übersichten als Risikofaktor genannt (Jojart als Fazit einer Literaturübersicht, 1995, Angst, 1988). Besonders „Neurotizismus“-Werte seien bei chronisch Depressiven erhöht oder als Risikofaktor für Chronifizierung anzusehen (Wolfersdorf et al., 1997c, Angst, 1988, Hirschfeld et al., 1986, zit. nach Jojart, 1995, Lyness et al., 2002, Beiser, 1971, zit. nach Jojart, 1995, Jablensky, 1987, zit. nach Jojart, 1995). Problematisch ist hier zunächst die Unschärfe des verwendeten Begriffs: Was soll verstanden werden unter „Persönlichkeitsfaktoren“ oder unter „prämorbidem Persönlichkeit“? Hier kann und soll auf verschiedene Persönlichkeitstheorien und –modelle (Dispositionismus, Situationismus, Interaktionismus etc.) nicht ausführlich eingegangen werden, wobei allerdings kritisch anzumerken ist, dass in zumindest einigen der oben referierten Untersuchungen mit hoher Wahrscheinlichkeit dem Begriff Persönlichkeit ein eher statisches Verständnis zugrunde gelegen haben mag, wonach Persönlichkeitszüge oder Traits das Verhalten weitgehend determinieren, eine Haltung, der man sich in der Verhaltenstheorie nicht anschließen kann. Folgt man einem interaktionistischen Persönlichkeitsmodell, das eine ständige Wechselwirkung von Person- und Situationsvariablen annimmt (vgl. z.B. Kanfer et al., 1996), so könnte man unter „Persönlichkeitsfaktoren“ bestimmte überdauernde (nicht unveränderliche!) Erlebens- und Verhaltensmuster in bestimmten Situationen verstehen, die die Person mit ihren biologischen Dispositionen im Lauf ihrer Lerngeschichte entwickelt hat. So verstanden überrascht es nicht, wenn Patienten mit chronifizierten Störungen bestimmte „Persönlichkeitsfaktoren“ aufweisen - beispielsweise würde man erwarten, dass sie tendenziell sensibler auf tatsächliche oder subjektiv so erlebte Kränkungsituationen reagieren (vgl. oben: Ätiopathogenetische Modelle), sich schneller hilflos fühlen und verhalten als andere etc.. Die Frage nach Ursache und Wirkung ist damit aber nicht geklärt – werden Menschen mit solchen Erlebens- und Verhaltensmustern chronisch depressiv, weil sie diese Muster aufweisen oder entwickeln sie sie im Verlauf ihrer Störung? Prämorbidem Persönlichkeitsfaktoren, so sie im Nachhinein noch feststellbar sind (hier stellt sich die Forderung nach prospektiven Langzeitstudien), würden eher dafür sprechen, dass bestimmte Erlebens- und Verhaltensmuster ein Risiko darstellen, eine chronische Depression zu entwickeln, eine weitere Vertiefung dieser Merkmale im Lauf der Krankheit wäre plausibel.

„Neurotizismus“ wird von Bartussek (1987) beschrieben als

„neurotische Tendenz, Emotionalität, emotionale Labilität, genotypische Neurosenbereitschaft. Neben Extraversion der zweite Faktor im faktorenanalytischen Persönlichkeitsmodell Eysencks. Dieser sehr allgemeine Faktor (...) hat mit der Intensität und Kontrolle emotionaler Reaktionen zu tun.“ (Bartussek, 1987, S.1480)

Als Verhaltensbeschreibung verstanden überrascht auch dieser Befund kaum, wobei sich jedoch ähnliche Fragen stellen wie die oben für Persönlichkeitsfaktoren allgemein aufgeworfenen. Auch hier wäre zu fordern, einerseits genau zu beschreiben, wie Neurotizismus operationalisiert wird und andererseits genau zwischen den zu untersuchenden Phänomenen (Neurotizismus wie oben ausgeführt vs. chronischer Depression mit Symptomen wie eingeschränktem Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit, Herabgestimmtheit) zu trennen und evtl. gemeinsame Merkmale auch als solche zu bezeichnen und nicht als Beleg für eine Korrelation unabhängiger Faktoren misszuverstehen.

Diese Problematik, die im Übrigen auf alle hier dargestellten Zusammenhänge zutrifft – was ist Ursache, was Wirkung, sind die Risikofaktoren klar zu trennen vom beschriebenen Merkmal? – stellt sich hier in besonderem Maß, da Persönlichkeitsfaktoren noch weniger klar umschrieben sind als andere hier referierte Merkmale.

Ein interessanter Befund, auf den hier noch gesondert hingewiesen werden soll, ist der von Wolfersdorf und Heindl (2003) nach klinischem Eindruck und Literatur beschriebene Zusammenhang zwischen überdauernder Rigidität und dem Verlauf von depressiven Erkrankungen. Die Begriffe Inkludenz und Remanenz gehen zurück auf Tellenbach (1976, 1983) und bezeichnen Merkmale des sog. Typus melancholicus, bei dem „eine Inklinasion zur Krankheit Melancholie vorliegt“ (Tellenbach, 1961, zit. nach v.Zerssen, 1999, S.55). Er ist damit noch nicht den Persönlichkeitsstörungen (wie der „depressiven Persönlichkeit“ o.ä.) zuzuordnen, wie Hole (1997) betont, „bildet jedoch deren Vorfeld“ (ebd., S.104). Dieser Persönlichkeitstyp ist gekennzeichnet durch „Ordentlichkeit, Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus und hohe Leistungsintensität“ (ebd., S.104). In diese Art des Erlebens, ihre Festgelegtheit auf Ordnung ist die Person eingeschlossen (Inkludenz) und bleibt ständig hinter dem zurück, was sie von sich selbst erwartet (Remanenz). Gerät eine solche Person in eine Situation, die Flexibilität und Anpassungsleistungen verlangt, kann es zu einer Überforderung kommen, die in eine depressive Dekompensation mündet. Auch wenn man dem Konzept von Persönlichkeitstypen-, dispositionen und –störungen kritisch gegenübersteht, kann der beschriebene Verlauf als interessanter Hinweis auf mögliche Entstehung und Aufrechterhaltung chronisch depressiver Störungen betrachtet werden: Sieht man die beschriebenen Phänomene als entweder dispositionell mitbedingte oder, was wahrscheinlicher scheint, als im Lauf der Lerngeschichte er-

worbene Verhaltensmuster an, mit denen auf schwierige und belastende Situationen reagiert wird (vgl. dazu auch im Kapitel „Ätiopathogenetische Modelle“ etwa die Ausführungen über Lageorientierung, ungünstige Copingstrategien etc.) und beschreibt dieses Verhaltensmuster mit dem Begriff der Rigidität, wird klar, dass sich beide Konzepte in ihrer Aussage sehr ähneln: Ein Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen allgemein wie auch für einen ungünstigen, chronifizierten Verlauf kann die Unfähigkeit sein, sich auf neue Anforderungen schnell und effektiv einzustellen, seine bisher verwendeten Copingstrategien in Frage zu stellen, zu überdenken und gegebenenfalls zu verändern, sowie die Unfähigkeit, diese Flexibilität – etwa im Lauf einer Therapie - zu erwerben. Diese mangelnde Umstellungsfähigkeit bzw. Lernfähigkeit zur Umstellung kann verkürzend als Rigidität bezeichnet werden.

V.Zerssen (1999) weist in seinem Artikel über neuere Aspekte des „Typus melancholicus“ allerdings darauf hin, dass die oben beschriebenen „Persönlichkeitsmerkmale“ auch als Abwehrstrategien betrachtet werden könnten, die dem Patienten eine gewisse Sicherheit vermittelten, die er aufgrund einer (hier postulierten) ängstlich-unsicheren Grundhaltung benötigte. Die Depressionsneigung könne dann auch durch „starke Bindung an enge Bezugspersonen und eine Selbstbestätigung durch Leistung und Erfüllung sozialer Normen, die auch von der Umgebung anerkannt so zusätzlich verstärkt werden, in Schach gehalten“ (ebd., S.60f) werden. Träten allerdings Situationen auf, die die Person nicht mehr auf die beschriebene Weise bewältigen könne, komme es zur Dekompensation. Allerdings könnten, so v.Zerssen (ebd., S.61), „Abwehrkräfte stark genug sein, um eine Rekompensation zu ermöglichen und dadurch eine Chronifizierung zu verhindern;“, was zu einem phasenhaften Verlauf (mit neuen Phasen bei erneuter Dekompensation und Rekompensation) führen könnte.

Chronifizierung, so könnte man den Gedanken weiterführen, träte also nur dann auf, wenn die zur Dekompensation führenden Ereignisse und Erlebnisse entweder zu dicht aufeinander folgten, um zwischen diesen Ereignissen das eigene Weltbild der vermeintlichen Sicherheit durch Leistung und Ordnung erneut zu etablieren, oder dann, wenn diese Etablierung eines Tages nicht mehr gelänge - sei es deshalb, weil der Glaube an dieses Weltbild zu stark oder zu oft erschüttert worden wäre oder auch dann, wenn Erschöpfung oder Kraftlosigkeit eine derartige Rekonstruktionsleistung nicht mehr erlaubten. Letztere Überlegungen sind allerdings Spekulationen, die nicht empirisch belegbar sind.

Festzuhalten bleibt allerdings, wie v.Zerssen (ebd.) in seinen „Konsequenzen für die Therapie“ weiter ausführt, dass zu überlegen ist, unter welchen Umständen, in welcher Weise und zu welchem Zeitpunkt man in einer Psychotherapie die extreme Normorientierung des Patienten in Frage stellen soll, da diese Grundhaltung auch einen Schutz darstellt, dessen Wegfall zu

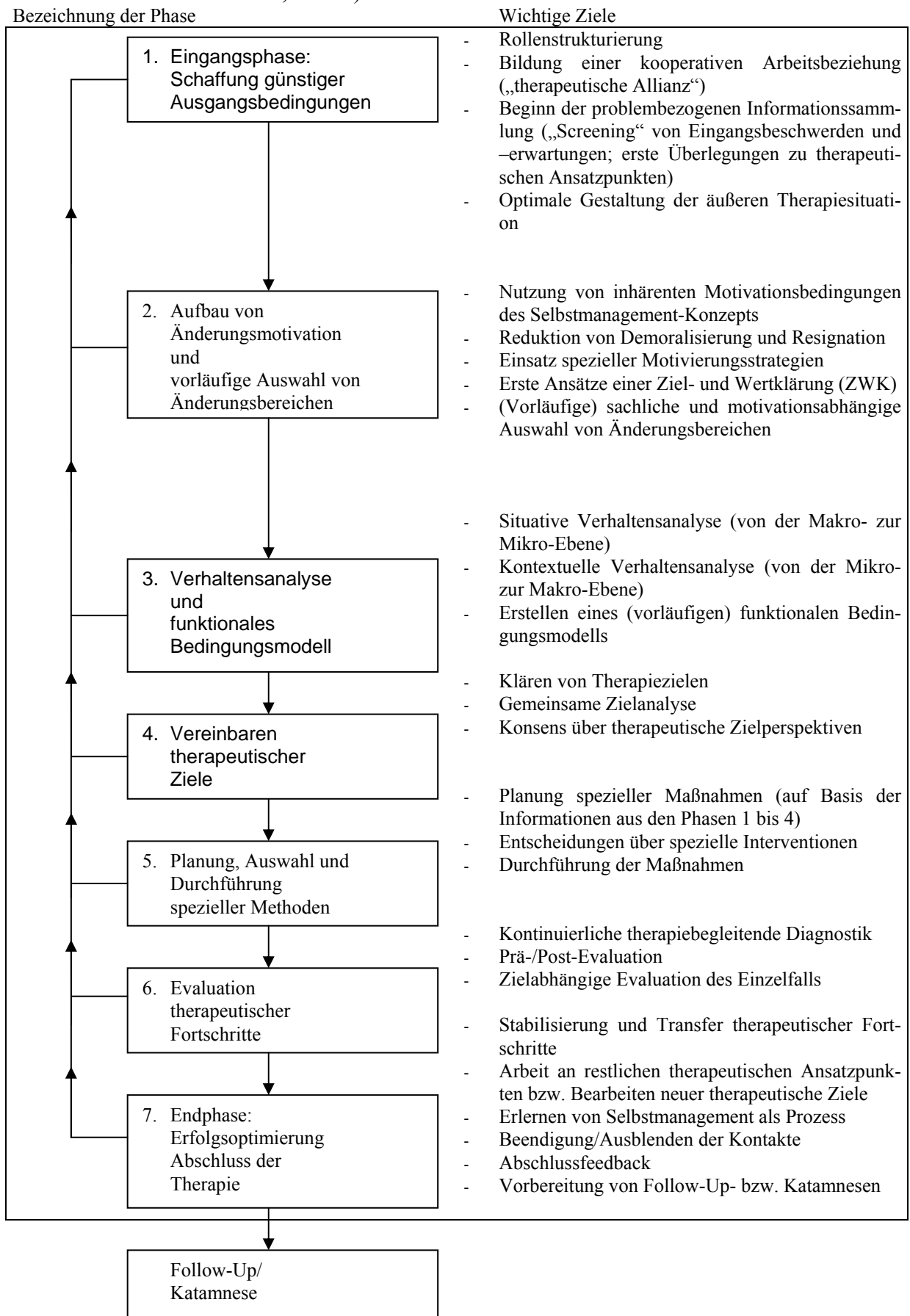
erneuter Dekompensation führen kann. Dies deckt sich mit dem von Kanfer vorgeschlagenen „4. Gesetz der Therapie“, das sehr anschaulich genau diese Situation in ein Bild fasst: „Säge nicht den Ast ab, auf dem der Klient sitzt, bevor Du ihm geholfen hast, eine Leiter zu bauen!“, eine grundsätzliche Haltung, die auch im folgenden Abschnitt eine zentrale Rolle spielen wird.

**1.3.3. Besonderheiten der Therapie chronisch depressiver Patienten
in verschiedenen Phasen der Therapie²⁰**

Welche Ziele in der Therapie verfolgt werden, welche Methoden eingesetzt werden und welche Aufgabe Therapeut und Klient haben, hängt u.a. davon ab, in welcher Phase sich die Therapie befindet. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) legten für die Selbstmanagement-Therapie ein siebenstufiges Prozessmodell vor, das die Phasen der Therapie im Überblick zeigt (Abb. 12). Dieses Modell soll den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt werden. Im Text wird auf diejenigen Phasen und Ziele Bezug genommen, die bei der Arbeit mit chronisch depressiven Klienten besonders zu beachten sind oder bei denen der Therapieablauf für diese Klientel besonders modifiziert werden sollte.

²⁰ Anmerkung: Dieses Kapitel erschien in gekürzter Form im Buch Wolfersdorf & Heindl (2003), S.105-138

Abbildung 12 : Prozessmodell im Überblick (nach Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1996, S. 139)



**1) Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen:
Rollenstrukturierung in der Therapie, „therapeutische Allianz“**

Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist eine der wichtigsten Grundlagen jeder wirksamen Psychotherapie (vgl. z.B. Bachelor et al., 2001). Dies gilt in der Behandlung chronisch depressiver Störungen in besonderem Maß. Sie ist hier allerdings u.U. nicht nur schwerer herzustellen, sondern muss auch größeren Belastungen standhalten. Im Folgenden sollen verschiedene Fehlhaltungen dargestellt und einige Merkmale hilfreicher therapeutischer Beziehungen skizziert werden.

Fehlhaltung: Entwertung und Idealisierung

Es ist nicht selten, dass chronisch depressiv Kranke schon mehrere Therapien abgebrochen oder auch beendet haben, ohne eine als ausreichend empfundenen Besserung erfahren zu haben. Die beiden Extremhaltungen zum Therapeuten und zur Therapie, die daraus entstehen können, lassen sich umschreiben mit „Sie werden mir auch nicht helfen können.“ (Entwertung) und „Sie sind der einzige, der mir jetzt noch helfen kann.“ (Idealisierung). Beide Extreme sind für die Therapie mehr hinderlich als fördernd. Zu hohe Erwartungen an die Therapie wie unmittelbare Besserung der lange bestehenden Symptomatik oder gänzliche „Heilung“ innerhalb kurzer Zeit stellen eine Hypothek dar, die in den wenigsten Fällen eingelöst werden kann - und selbst in diesen wenigen Fällen wäre die Attribution des Therapieerfolges auf die Person des Therapeuten auf längere Sicht nicht hilfreich für die Klientin: Diese soll lernen, (wieder) aktiv und eigenverantwortlich ihr Leben zu gestalten und sich nicht passiv „be-handeln lassen“: U.a. legt das Modell der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (vgl. oben) folgende Zusammenhänge nahe: Wenn der Patient glaubt, Veränderung könne nur „von außen“ geschehen – also z.B. auch durch einen „wundertätigen“ Therapeuten, so hemmt ihn dies dabei, das Gefühl von Nicht-Hilflosigkeit und Kontrolle wiederzuerlangen. Die Attribution der Veränderung auf das eigene Tun und die eigene Person ist auch insofern wichtig, als sie die notwendige Voraussetzung für eine Generalisierung ist: Nur so sind Patienten motiviert, sich auch in Zukunft ähnlich *selbst* anzustrengen und einzusetzen (vgl. Kanfer et al, 1996, S.93).

Geht der Therapeut auf den zwar verständlichen Wunsch der Klientin ein und lässt sich in die Rolle des „Retters“ drängen, so geraten sowohl Therapeut als auch Klientin unter Erfolgsdruck, nehmen sich nicht genug Zeit für kleine Veränderungen und können diese evtl. auch nicht mehr als kleine Fortschritte wahrnehmen – das zu hohe Ziel wird immer wieder nicht erreicht, Enttäu-

schung und Motivationsverlust, Resignieren und erneute Hoffnungslosigkeit sind die Folge. Wird dieses Rollenverständnis nicht bearbeitet, besteht außerdem die Gefahr, dass der Patient weiterhin auf der Suche nach dem „idealen Therapeuten“ bleibt, er also nach Abbruch einer Therapie immer weiter die „eine Behandlung“ sucht, die ihm doch noch Heilung verspricht. Das kostet sowohl Zeit als auch Aufwand und birgt außerdem die Gefahr in sich, in die Hände von Personen zu fallen, die keine seriöse Hilfe anbieten und so die Notlage und Bedürftigkeit des Patienten ausnützen – was umso leichter gelingen wird, je demoralisierter und von den seriösen Angeboten enttäuschter der Patient ist.

Ebenso wenig hilfreich ist die gegenteilige Extremhaltung: Lässt sich die Therapeutin von der Hoffnungslosigkeit des Klienten anstecken, wird es für beide Seiten schwer sein, die für jede Therapie notwendige Motivation und Energie aufrechtzuerhalten - die oben beschriebene erlernte Hilflosigkeit betrifft dann beide Seiten, dem Patienten wird damit ein Modell vorenthalten, das ihm zeigt, wie er ein Gefühl der Kontrolle zurückgewinnen kann, die Therapie versandet in ineffektiver Ratlosigkeit und Stagnation.

Fehlhaltung: „Drive-in-Syndrom“

Ebenso hinderlich kann eine falsche Vorstellung des Klienten von seiner *eigenen* Rolle im Therapieprozess sein: Viele chronisch Depressive blicken bereits auf eine längere „Patientenkarriere“ zurück, d.h. sie haben bereits viele Erfahrungen mit Ärzten und somatischer Behandlung gesammelt. So laufen sie leichter Gefahr, die Arzt-Patient-Rollenverteilung aus der somatischen Medizin auch auf die Psychotherapie zu übertragen und eine Haltung einzunehmen, die mit „Drive-in-Syndrom“ umschrieben wird (vgl. Kanfer & Schefft, 1987, S.21, zit. nach Kanfer et al., 1996): Die Klientin geht davon aus, dass sie ihre Beschwerden und Probleme gleichsam beim Therapeuten „abgibt“, dass dieser aktiv wird und sie an ihrer Statt löst, die Klientin also weitgehend passiv bleiben kann oder sogar soll. Antriebsmangel und eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung – bei chronisch Depressiven sehr häufige Merkmale - tragen zusätzlich dazu bei, diese Haltung wahrscheinlicher zu machen. Zeigt der Klient dieses Rollenbild, hindert ihn das einerseits daran, sich am Therapiegeschehen zu beteiligen, etwa Hausaufgaben zu akzeptieren etc.; andererseits wird er nach einiger Zeit, wenn die erwartete Besserung ausbleibt, an der Kompetenz des Behandlers zweifeln und sich nach einem vermeintlich besseren Therapeuten umsehen.

Fehlhaltung: Freundschaftsbeziehung

Ebenfalls nicht hilfreich, wenn auch verständlich, ist der Wunsch des Klienten, der Therapeut möge die Rolle eines „Freundes“ einnehmen. Wie im Kapitel zur Angehörigenarbeit noch auszuführen sein wird, sind die persönlichen Beziehungen chronisch depressiver Patientinnen häufig ausgesprochen belastet: Angehörige empfinden ihren Interaktionsstil oft als extrem schwierig, schwer zu ertragen und ziehen sich nicht selten zurück. So fühlt sich der Patient oft alleingelassen, abgeschnitten von seinen Bezugspersonen, unverstanden und einsam. In der Therapie begegnet ihm nun eine Person, die sich ihm zuwendet, zuhört und in ihrem Umgang Empathie und Akzeptanz vermittelt – Merkmale also, die im alltäglichen Leben mit Freundschaft assoziiert sind. So ist es verständlich, dass der Klient u.U. nun auch diejenigen Verhaltensweisen erwartet, die in anderen Lebensbereichen zu Freundschaftsbeziehungen gehören, so z.B. auch außerhalb der institutionellen Gegebenheiten „verfügbar“ zu sein, gemeinsame Aktivitäten außerhalb der therapeutischen Sitzungen zu unternehmen u.ä..

Realistisches Therapiemodell

Wie sollte nun eine hilfreiche therapeutische Beziehung, eine günstigere Rollenstrukturierung stattdessen aussehen?

Zunächst sollten die Erwartungen des Klienten gegenüber Therapeut und Therapie ausführlich besprochen werden. Kommt die Klientin mit einer der beschriebenen nicht hilfreichen Einstellungen in die Therapie, sollte der Therapeut ihr vermitteln, dass diese Sicht in ihrer Lage sehr nachvollziehbar und verständlich ist und dass ihre Erwartungen und Befürchtungen ernst genommen werden. Allerdings sollte möglichst frühzeitig damit begonnen werden, ein realistisches Bild dessen zu vermitteln, was Therapie leisten kann und nicht leisten kann: Je länger der Klient von falschen Voraussetzungen ausgeht, desto schwieriger wird es im Lauf der Therapie, diese zu korrigieren und desto unglaubwürdiger wird auch der Therapeut. Das hilfreichere und realistische Therapiemodell muss dabei sukzessiv und nicht als etwas von Beginn bis zum Ende Feststehendes vermittelt werden, sondern angepasst an die Fähigkeiten und Möglichkeiten des Klienten, es zu erfassen und anzunehmen.

Professioneller Helfer

Der Therapeut sollte dem Klienten das Bild eines professionellen Helfers (vgl. Kanfer et al., 1996, S.156) bieten, der „sein Wissen und Können in die Dienste des Klienten stellt“ (ebd.). Dabei kommt den therapeutischen Grundhaltungen Empathie und Akzeptanz in der Therapie chronisch Depressiver eine besondere Bedeutung zu: Lebt die Klientin doch oft in einem Umfeld (vgl. oben), das ihr nicht (mehr) mit Wertschätzung und Einfühlung, sondern mit Ablehnung, Distanzierung und Unverständnis begegnet. Umso wichtiger ist es für sie, hier in der Therapie eine andere, neue Erfahrung machen zu können: Dass sich der Therapeut nicht von ihrer Hilflosigkeit anstecken, sich von ihren fortgesetzten Klagen nicht nach einiger Zeit doch abschrecken lässt, dass er sich – nach anfänglicher Zuwendung – nicht frustriert äußerlich oder auch innerlich „zurückzieht“, dass seine Zuwendung konstant und sein Akzeptieren bedingungsfrei sind bzw. auch bleiben. Dies fordert vom Therapeuten ein hohes Maß an Geduld, Frustrationstoleranz und „langem Atem“, zumal sich die Begleitung (vgl. oben) oft über eine viel längere Zeitspanne erstreckt als bei der Behandlung nicht chronischer Störungen. So ist es ausgesprochen wichtig, dass die Therapeutin selbst genau darauf achtet, wo ihre eigenen Grenzen erreicht sind und wie viel Distanz zum Patienten sie selbst braucht, um fähig zu bleiben, die Behandlung fortzusetzen. Im Zweifelsfall sollte sie sich dabei eher für einen „etwas zu großen“ als einen „etwas zu geringen“ Abstand entscheiden, da die Gefahr besteht, die Belastungen zu unterschätzen, die eine derartige Begleitung mit sich bringt. Die vergleichsweise lange Zeit der Behandlung, der „lange gemeinsame Weg“ lassen oft eine engere und evtl. auch zu enge Bindung entstehen. Nähe und Distanz sollten also zu den Variablen gehören, die sich die Therapeutin immer wieder bewusst machen und kritisch hinterfragen sollte. Die Sichtweise eines geschulten Außenstehenden, idealerweise eines in der Behandlung chronisch Kranker erfahrenen Supervisors, kann hier eine große Hilfe sein und sollte zu den regelmäßig in Anspruch genommenen Unterstützungsmöglichkeiten gehören, derer sich die Therapeutin bedient.

Umgang mit Zweifeln

Dieses Korrektiv kann auch noch in anderer Hinsicht nützlich sein. Der Behandler ist hier immer wieder mit Erfahrungen konfrontiert, die ihn mit Zweifel erfüllen können: Das, „was sonst wirkt“, wirkt hier nicht oder nicht in dem erwarteten Ausmaß, die von Klient und Therapeut erwarteten Fortschritte stellen sich nicht ein, die Arbeit beider Beteiligten wird nicht durch bal-

dige Besserung gleichsam belohnt. Der Schluss, dies in einem wie auch immer gearteten Fehler begründet zu sehen, liegt dann nahe, der Therapeut kommt ins Zweifeln:

- an sich selbst, indem er sich fragt, ob und was er wohl falsch gemacht habe, ob er etwa etwas Wichtiges übersehen habe oder ob er nicht der richtige Therapeut für eben diesen Patienten sei;
- an der Therapie bzw. der eigenen Therapiemethode, indem er sein Instrumentarium in Frage stellt; oder
- am Klienten, indem er ihm insgeheim oder sogar explizit vorwirft, „nicht genug mitzuarbeiten“, unzuverlässig, noncompliant oder unengagiert zu sein.

Alle drei Überlegungen müssen grundsätzlich nichts per se Schlechtes sein – im Gegenteil: Kritisches Reflektieren des eigenen Tuns ist die Grundlage jeder notwendigen Evaluation, und Lernen aus Fehlern die Bedingung der eigenen Weiterentwicklung als Therapeut. Ebenso kann nur das Nachdenken über die Lücken und Unzulänglichkeiten der eigenen Therapiemethoden zu Verbesserungen und Erweiterungen derselben führen. Auch ist es prinzipiell sinnvoll und wichtig, sich Gedanken darüber zu machen, ob man selbst der geeignete Therapeut für diese Art von Klient ist oder ob es nicht besser wäre, ihn an einen Kollegen zu verweisen, mit dem – aus welchen Gründen auch immer - eine bessere „Passung“ möglich wäre (vgl. dazu Birnbacher et al., 1996). Selbst die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass die Klientin in der Therapie (noch) nicht „voll mitarbeitet“, kann ein wertvoller Anhaltspunkt dafür sein, dass evtl. im bisherigen Verlauf etwas Wichtiges übersehen oder übergangen wurde: Abzuklären, warum dies so ist und was die Klientin hindert, sich ganz darauf einzulassen - gemäß der therapeutischen Faustregel „Jeder Klient ist motiviert – die Frage ist nur, wofür“. (vgl. z.B. Kanfer et al., 1996, S.205). Motivationsklärung und Überprüfung der Zielbestimmung sowie sorgfältiges Hinterfragen der funktionalen Bedingungen der Beschwerden sind sehr wichtige Therapiebestandteile [vgl. Modell: Phase 2), 3) und 4)].

Zweifel sind also nichts von vornherein zu Vermeidendes und sollen es auch nicht sein. Allerdings sollten sie bei der Behandlung chronisch Depressiver mit Vorsicht ins Kalkül gezogen werden, um nicht mehr zu schaden als zu nützen. Mangelnder Fortschritt der Besserung kann - muss nicht! - hier ein Kennzeichen des „normalen“ Verlaufs sein und die Suche nach nicht vorhandenen Fehlern und deren Beseitigung kann hier wertvolle Zeit und Energie binden, die anders besser einzusetzen sind. Und so wichtig und richtig es ist, die eigenen Kompetenzen nicht

zu überschätzen, kann sich mit der Beurteilung „Der Kollege XY ist für diesen Klienten viel besser geeignet“ auch der Wunsch maskieren, diesen schwierigen, „undankbaren“ Klienten „abzuschieben“ und so dessen Befürchtung zu bestätigen „Mit mir hält es keiner lange aus, ich bin ein hoffnungsloser Fall“. Auch hier kann es eine Hilfe sein, in Inter- oder Supervision die Motive des eigenen Handelns kritisch zu hinterfragen. V.a. aber der (nichtreflektierte) Zweifel am Klienten, seiner Engagiertheit und Motiviertheit ist mit Vorsicht zu behandeln: Hier erkennt der Klient eine Reaktion wieder, die er wahrscheinlich schon in anderem Kontext erleben musste: Den Vorwurf, sich nicht genügend zu bemühen („Du könntest doch, Du willst nur nicht.“). Dieser Kardinalfehler im Umgang mit depressiv Kranken wäre hier umso schwerwiegender, als der Klient gerade in der Therapie die Erfahrung machen soll, einen Ansprechpartner zu finden, der Verständnis hat für sein Nichtkönnen und der ihm glaubt, dass er alles tut, was derzeit in seinen Kräften steht. So könnte es im ungünstigsten Fall dazu kommen, dass sich die Patientin erneut unverstanden fühlt oder auch die Kritik übernimmt – sie wird nun ja nicht das erste Mal und nicht nur von Laien ausgesprochen, sondern wiederholt und von geschultem Fachpersonal („Meine Verwandten hatten also doch recht, es liegt nur daran, dass ich mich nicht genug anstrenge, sogar der Therapeut sagt das.“). Dieses Annehmen der Vorwürfe und Schuldgefühle für ihr „Versagen“ zu haben, sind Reaktionen, die dem therapeutischen Prozess schaden.

Tabelle 17: Fehlhaltungen und hilfreiche Einstellungen bei der Rollenstrukturierung in der Therapie chronisch depressiver Klienten

Fehlhaltungen:	Hilfreiche Einstellungen:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entwertung des Therapeuten ➤ Idealisierung des Therapeuten ➤ „Drive-in-Syndrom“ ➤ Freundschaftsbeziehung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Therapeut als professioneller Helfer, als feste Bezugsperson und Begleiter über längeren Zeitraum ➤ konstante, regelmäßige Zuwendung, bedingungsfreie Akzeptanz ➤ ausreichende Distanz ➤ Supervision nützen ➤ „Zweifeln mit Vorsicht“, reflektierter Zweifel ➤ Einplanen längerer Behandlungsdauer, Zeit nehmen für den Aufbau der therapeutischen Allianz

2) Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

Die Therapiemotivation aufzubauen und zu erhalten, ist in der Arbeit mit chronisch depressiven Patienten schwieriger als in der mit akut depressiven.

Bei der Behandlung depressiver Störungen allgemein spielt u.a. die Vermittlung stellvertretender Hoffnung eine große Rolle. Die Therapeutin sollte dem Patienten, der störungsbedingt selbst nicht in der Lage ist, Hoffnung zu empfinden, das Gefühl vermitteln, dass eine gute Aussicht auf Besserung und Heilung besteht. Der Patient wird zwar oft nicht in der Lage sein, diesen Gedanken bereits zu Beginn aufzunehmen und ihm Glauben zu schenken, doch die wiederholte Versicherung der Therapeutin kann zumindest einen ersten Anhalt zur Hoffnung geben – der Patient kann sich beispielsweise vor Augen führen (lassen), dass die Therapeutin Wissen und Berufserfahrung sowohl allgemein als auch speziell mit Patienten eben dieser Störungsgruppe hat – wenn sie aus ihrer Sicht Grund zur Hoffnung sieht, so sollte dies nicht gänzlich ignoriert werden. Es gilt also, die schwere Zeit zu überstehen, um hinterher mit besserem Befinden gleichsam „belohnt“ zu werden - verstärkertheoretisch eine gute Möglichkeit, Motivation aufzubauen: Beteiligt sich der Patient an der Therapie, hält er die Behandlung durch, so wird er danach durch den Wegfall des als unangenehm und belastend erlebten Zustandes belohnt (\ominus), er wird wieder Lebensfreude und Wohlbefinden empfinden können (\ominus^+). Vor diesem Hintergrund nimmt er leichter auch diejenigen Therapiemaßnahmen in Kauf, die mit Anstrengung (\ominus) und Einschränkungen (\ominus^+) verbunden sind.

Diese Aussicht auf (plakativ formuliert) „Belohnung durch Heilung“ hat der chronische Patient nur eingeschränkt. Bei vielen dieser Patienten kommt es im Gegenteil geradezu darauf an, dass sie den Gedanken akzeptieren lernen, mit Einschränkungen ihres Wohlbefindens zu leben, dass eine „Heilung“ evtl. gar nicht möglich ist, dass sie eine geringere Chance auf Besserung haben als andere Patienten.

Der Verlust dieser Motivationsquelle des „Wiedergesundwerdenwollens“ ist nicht zu unterschätzen, stellt es doch bei vielen Therapien die Hauptmotivation dar. Die Patientin mag sich hier fragen, ob sich die Anstrengungen der Therapie für sie überhaupt „lohnen“ werden, wenn sie nur eine kleine oder gar keine Aussicht zu gesunden hat. Ähnlich verhält es sich mit der medikamentösen Compliance – wenn Medikamente keine Aussicht auf Heilung ermöglichen, warum sollte sich der Patient z.B. ihren unerwünschten Nebenwirkungen aussetzen?

Hier gilt es, die Patientin einerseits nicht zu entmutigen – ihre Anstrengungen müssen in irgendeiner Art „belohnt“ werden -, ihr andererseits aber keine unrealistischen „Belohnungen“ zu versprechen. Wie kann das aussehen?

Der Klient muss die Einschätzung gewinnen können, dass er einen wie auch immer gearteten

Nutzen von der Therapie haben wird, für den es sich „lohnt“, sich an der Therapie zu beteiligen - und das, obwohl hier Anfangserfolge, wie sie in den Therapien akuter Depressionen oft auftreten und so einen Motivationsschub bewirken können (vgl. oben), häufig ausbleiben. Er muss also das Gefühl haben, dass er – wie Kanfer et al. (1996) das formulieren – „durch die Therapie besser dastehen werde als ohne“ (vgl. grundlegende Motivationsfragen in der Therapie, ebd., S. 224): „Wie wird mein Leben sein, falls ich mich ändere? Wie werde ich besser dastehen, falls ich mich ändere?“)

Dieser Nutzen kann auf verschiedenen Ebenen gesucht und gefunden werden: Schon das Erleben der oben weiter ausgeführten therapeutischen Beziehung kann verstärkend wirken und v.a. zu Beginn der Therapie einen Teil der Motivation ausmachen, bis andere Elemente stärker in den Vordergrund rücken: Das Erlebnis, die eigenen Sorgen, Symptome und Bedrängnisse mit jemandem teilen zu können, der nicht verurteilt, sondern zu verstehen und zu helfen sucht, wird vom Patienten häufig als angenehm und verstärkend erlebt (vgl. oben).

Auch das Gefühl, wieder aktiv zu sein statt nur erdulnd, wieder an dem beteiligt zu sein, was mit der eigenen Person geschieht, kann als belohnend empfunden werden: Es entlastet die Patientin von Schuldgefühlen, die bei vielen deshalb auftreten, weil sie sich als inaktiv und nicht genug bemüht um Besserung erleben, oder weil ihnen das vom familiären oder beruflichen Umfeld vermittelt wird. Natürlich sollte der Behandler diese Schuldgefühle nicht unterstützen - er kann jedoch auf den selbstwertdienlichen Anteil an diesen Überlegungen hinweisen, etwa, indem er mit dem Patienten herausarbeitet, dass er ja nicht „nichts“ tue, wie viele Patienten klagen, sondern schon einen wichtigen Schritt getan *habe*, der alles andere als selbstverständlich ist: Die Therapie aufzusuchen, sich auf eine Zusammenarbeit mit einem Therapeuten einzulassen, die damit verbundenen Mühen und den Zeitaufwand auf sich zu nehmen (im stationären Setting können Teilnahme am Stationsprogramm und Sicheinlassen auf die verschiedenen therapeutischen Angebote als ein ähnlicher erster Schritt interpretiert werden). Das kann Hinweis sein, die eigenen Ressourcen wieder wahrzunehmen und nicht nur das Versagen, sondern auch das Gelingen wieder sehen und anerkennen zu lernen. Dieses Erleben des eigenen Beitrags vermindert das Gefühl, der Krankheit völlig hilflos ausgeliefert zu sein und fördert so den (Wieder-) Aufbau der Selbstwirksamkeit (vgl. Bandura, s.o.).

Außerdem bietet sich so die Chance, das Therapieprinzip des „trotzdem Tuns“ einzuführen: Obwohl sich der Patient (noch) schlecht fühlt und keine Freude am Tun empfinden kann, soll er sich trotzdem an Aktivitäten beteiligen, die ihm gut tun, wie die therapeutische Erfahrung lehrt. Denn

viele Patienten kommen mit einer anderen Vorstellung der „Reihenfolge“ in die Therapie: Erst müsse sich der Zustand bessern, dann könne man sich (wieder) an Aktivitäten beteiligen, was sich in Äußerungen zeigt wie „Ja, wenn ich erst wieder Freude dran/genug Energie/nicht mehr diese Schlafstörungen/ etc. habe, dann...“. Einzusehen, dass „Tun“ die *Voraussetzung* dafür ist, mögliche Besserungen zu erzielen und nicht erst die *Folge* davon, fällt vielen Patienten sehr schwer, und man sollte als Therapeutin auch nie vergessen, *wie viel* schwerer es für sie tatsächlich ist, die geforderte Mitarbeit zu leisten. Das Prinzip der „kleinen Schritte“ („think small steps“, vgl. Kanfer et al., 1996, S. 370) ist hier zentral: Ziel ist es nicht, durch übergroße Anstrengungen eine Heilung herbeizwingen zu wollen, sondern anhand kleiner, überschaubarer Schritte einem Leben mit größerer Lebensqualität immer näher zu kommen. Dazu sollte mit dem Patienten herausgearbeitet werden, was kleine Schritte sein können und deren Wichtigkeit sehen zu lernen.

Abschließend ist als größtes Motivationshemmnis in der Therapie die Überzeugung zu sehen, dass es völlig gleichgültig sei, was der Patient tue, da sich an seinem Zustand sowieso nichts mehr ändern werde – dies käme lerntheoretisch gesprochen der Erwartung von Lösungsbedingungen gleich: Löschung bedeutet, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhalten, das keine erkennbare Konsequenz hat, kleiner wird – und die Erwartung solcher Bedingungen stellt keinen Anreiz dar, das Verhalten durchzuführen. Stattdessen sollte dem Patienten die Gewissheit vermittelt werden, dass es sehr wohl einen Unterschied macht, was er tut, welche Aktivitäten er durchführt, wie er sein Leben gestaltet – denn dies ist ein wichtiger Parameter dafür, welches Ausmaß an Lebensqualität der chronisch Kranke erreichen kann. Es muss also eine wie auch immer geartete Verstärkung in Aussicht gestellt werden. Theoretisch ließe sich dieses Verhalten auch als „Selbstkontrolle“ beschreiben: (Kanfer et al. 1996, S. 41:) „Die Person entscheidet sich, kurzfristig eine aversive Situation auszuhalten“ – hier z.B. anstrengende, evtl. auch unangenehme, angstausslösende Aktivitäten wie verhaltenstherapeutische Hausaufgaben, Aushalten von medikamentösen Nebenwirkungen, etc. – „auszuhalten, um damit langfristig einen positiven Effekt zu erzielen (R-C⁻ → C⁺/E⁻)“ – hier: um eine Linderung von Symptomen, eine bessere Lebensqualität oder zumindest günstigere Bedingungen für diese Veränderungen zu schaffen. Sehr genau betrachtet könnte man das Vorliegen eines Falles von Selbstkontrolle sogar bereits als ersten Schritt in Richtung Therapieerfolg werten: Per definitionem sind die Verhaltensalternativen bei Selbstkontrolle konflikthaft, d.h. das in Frage stehende Verhalten hat annähernd gleichstarke positive wie negative Konsequenzen (ebd., S.41f). Schafft es der Therapeut - wohlgermerkt ohne „zuviel zu versprechen“ (s.o!) -

dass die Patientin die zu erwartenden positiven Folgen der Therapie als zumindest gleichstark zu empfinden beginnt wie die negativen Konsequenzen im Falle von Inaktivität, hat man schon den ersten wichtigen Schritt getan, um Therapiemotivation aufzubauen.

Tabelle 18: Aufbau und Erhalt der Motivation in der Therapie chronisch depressiver Patienten

<p>Motivationsquellen, die bei chronisch depressiven nicht/in geringerem Ausmaß als bei akut Erkrankten vorhanden sind:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Problem der „stellvertretenden Hoffnung“: Aussicht auf „Heilung“ geringer als bei akut Depressiven → Verlust der Motivation, <i>dafür</i> Anstrengungen, Mühen und Einschränkungen in Kauf zu nehmen➤ keine schnellen Erfolge, die zum Weitermachen ermuntern <p>Mögliche andere Motivationsquellen:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Erleben der therapeutischen Beziehung➤ Self-efficacy steigt durch Erleben des eigenen Tuns, der eigenen Mitarbeit an der Therapie, verminderte Hilflosigkeit➤ Therapieprinzip des „trotzdem Tuns“: Erst Tun, dann Besserung/leichter ertragbarer Zustand, nicht umgekehrt➤ Kleine Fortschritte suchen und wahrnehmen lernen, Erleichterungen, anderer Umgang mit Leiden, Verbesserung der Lebensqualität statt „Heilung“ als Ziel <p>Ziel: Vermitteln, dass die Art der Lebensgestaltung mitentscheidend dafür ist, welches Ausmaß an Lebensqualität der Patient erreichen kann → Gegenposition zur resignativen Haltung</p>

3) Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell

Bei der Verhaltensanalyse und der Erstellung eines funktionalen Bedingungsmodells gelten sowohl für akut depressive wie auch für chronisch depressive Klienten gleiche Grundsätze (vgl. dazu wie auch zum Folgenden Kanfer et al., 1996, S.235ff): Entscheidend ist hier eine präzise und konkrete Beschreibung der Probleme, bei der situative und kontextuelle Bedingungen in unterschiedlichem Auflösungsgrad erfasst werden. So kann ein funktionales Bedingungsmodell erstellt werden, denn eine der wichtigsten Fragen bei der Behandlung chronisch Depressiver ist die nach den Faktoren, die die Störung aufrechterhalten.

Die „health beliefs“, also die individuellen Vorstellungen und Erklärungsmodell über Gesundheit und Krankheit sollten hier besonders sorgfältig erfragt werden: Ist die Klientin der Meinung, dass ihre Erkrankung überhaupt noch veränderbar ist – nach der langen Zeit, die sie schon krank ist? Woher rührt ihre Krankheit ihrer Meinung nach, ist sie grundsätzlich beeinflussbar? Hat sich ihre Krankheitsvorstellung im Lauf ihrer Erkrankung verändert?

Auch die bisherigen Versuche, mit der Krankheit zurechtzukommen, sollten genau erarbeitet werden: Welche Anstrengungen wurden bisher unternommen, um dem Patienten zu helfen? Was hat er selbst ausprobiert? Was hat besser, was hat schlechter geholfen? Was hat er bisher noch nicht versucht – und aus welchem Grund nicht? Nicht nur in der Pharmakotherapie ist häufig eine nicht regelrecht durchgeführte Therapie der Grund dafür, dass es dem Patienten nicht besser geht – es ist ein psychotherapeutisches Äquivalent zu Fehldosierung, zu kurzen Anwendungszeiten, zu mangelnder Compliance denkbar: Der Patient hatte z.B. keine regel-

rechte Psychotherapie erhalten, sondern nur stützende Gespräche, er konnte sich der bisherigen Therapeutin aus welchen Gründen auch immer nicht anvertrauen, hatte aber auch nicht das Wissen, dass es möglich ist, die Therapie abubrechen und sich einen anderen Therapeuten zu suchen - oder tat das nicht aus Angst, die Therapeutin zu verärgern -, oder aber er hat nach den ersten Gesprächen die Therapie abgebrochen und danach nichts anderes mehr ausprobiert – viele Gründe sind hier vorstellbar.

Besonders wichtig bei chronisch depressiven Patienten ist auch die Analyse der sozialen Bedingungen, in denen der Patient lebt. Das jahrelange Umgehen mit der Erkrankung stellt eine enorme Belastung auch für die Interaktionspartner dar – wie unten noch näher auszuführen sein wird (vgl. Kapitel 1.3.4. Exkurs zur Angehörigenarbeit). Hier gilt es, genau zu erfassen, welche signifikanten Anderen es für den Patienten gibt und wie sein Verhältnis zu ihnen und ihr Verhältnis zu ihm ist.

Alle diese Informationen sollen in einem vorläufigen hypothetischen Bedingungsmodell erfasst werden. Auf diesen Informationen fußend kann dann die Vereinbarung therapeutischer Ziele erfolgen.

4) Vereinbaren therapeutischer Ziele

Eine Schlüsselrolle im therapeutischen Prozess chronisch Depressiver stellt die Vereinbarung von Zielen der Arbeit dar: Sowohl zu „groß“ wie auch zu „klein“ gewählte Ziele können die Therapie von vornherein schwierig machen.

Haltung der Geduld

Für die Klientin wie auch die Therapeutin hilfreich ist eine grundsätzliche Haltung der Geduld – beide sollten in Betracht ziehen, dass schnelle Besserung derzeit (noch) nicht oder nur in beschränktem Umfang möglich ist. Andererseits muss ein bisheriger langer Krankheitsverlauf auch nicht bedeuten, dass keinerlei Aussicht auf positive Veränderung mehr besteht – der Begriff „chronisch“ ist nicht gleichbedeutend mit „therapieresistent“. Es sollte aber mit der Möglichkeit gerechnet werden, vorerst nur kleine oder keine „Fortschritte“ zu machen. Die Abkehr von der oft implizit im Raum stehenden Vorgabe, innerhalb kurzer Zeit wieder „ganz gesund“ werden zu sollen, ermöglicht es, sich Zeit zu nehmen – Zeit dafür, sich überschaubare Ziele zu setzen, sie Schritt für Schritt anzugehen und das Erreichen dieser Kleinziele auch

als Erfolg einzustufen; Zeit auch, um das, was die Patientin noch oder wieder kann, als Ressource wahrzunehmen und nicht als Nichtigkeit abzutun und auch den Erhalt von Fähigkeiten im Sinne einer Verschlechterungsprophylaxe als positiv zu werten; Zeit schließlich, um innerhalb der begrenzten Möglichkeiten neu zu planen, welche der bisherigen Lebensziele aufgegeben, welche anderen modifiziert werden müssen und welche neuen evtl. stattdessen hinzukommen könnten.

Lebenszielgestaltung: Abschiednehmen von unrealistisch gewordenen Lebensplänen, Rollenwechsel und Rollenübergänge

Das Abschiednehmen von bisherigen Lebensplänen und –zielen ist ein Prozess, der wie andere schmerzliche Abschiede betrauert werden muss und soll.

Beispiel:

Muss eine Patientin das Ziel aufgeben, wieder im erlernten Beruf zu arbeiten, weil die Belastung für einen chronisch Kranken dort zu groß ist, bedeutet das auch, sich von all den Vorteilen, Annehmlichkeiten, evtl. auch von dem Sozialprestige, der Anerkennung durch Kollegen usw. zu verabschieden, was einen massiven Verlust an potentiellen Verstärkern bedeutet (€+). Auch der Selbstwert kann davon betroffen sein: Der Status als Rentnerin vor Erreichen der allgemein üblichen Altersgrenze kann dazu führen, dass sich die Betroffene wertlos, nicht mehr gebraucht, zum „alten Eisen geworfen“ fühlt.

Dieser Prozess kann sehr schmerzhaft sein – die Therapeutin sollte auf diesen Schmerz des Klienten gefasst sein, den Klienten darauf vorbereiten und ihn in seiner Trauer begleiten und unterstützen. Die Literatur zur Trauerarbeit bietet hier gute Ansätze und Methoden, die auf diese Art des Verlustes adaptiert werden können.

Das oben aufgeführte Beispiel weist gleichzeitig auf die Bedeutsamkeit von Rollenwechseln und Rollenübergängen hin. Zur Bewältigung dieser Art von Aufgaben bietet v.a. die Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen nach Klerman & Weissman (z.B. Klerman et al., 1978) Strategien, die sich in den hier referierten Ansatz gut integrieren lassen: „Eine Depression entsteht häufig, wenn erkannt wird, wie notwendig ein normativer Rollenwechsel ist, gleichzeitig aber Schwierigkeiten bestehen, die erforderlichen Veränderungen auch zu vollziehen.“ (Schramm, 1998, S.171). Genau dies kann beim Wechsel von der Rolle des Genesenden bzw. des „Kranken-auf-Zeit“ in die Rolle des dauerhaft Kranken,

des chronisch Behinderten der Fall sein. Dieser Rollenwechsel kann Verschiedenes beinhalten: Der Kranke muss sich z.B. evtl. an ein neues Selbstkonzept gewöhnen, also *innerlich* eine neue „Rolle“ akzeptieren („Ich bin jemand, der nicht allein zurechtkommt, der Hilfe auf Dauer braucht.“) – und/oder sich an Rollen anpassen, die auch von außen erkennbar sind, so z.B. als Beschäftigter an einem beschützten Arbeitsplatz, als Rentner, als Bewohner einer betreuten Einrichtung, eines Heimes, als Person, die außerhalb der Familie lebt, u.ä.. Dies kann als sehr kränkend erlebt werden – und im Extremfall als so bedrohlich, dass die angebotenen Möglichkeiten allen äußeren Notwendigkeiten zum Trotz abgelehnt werden. Hierin zeigt sich eine wichtige praktische Konsequenz: Wenn in der Therapie nicht an dieser Problematik gearbeitet wird, kann es sein, dass die Patientin Angebote nicht annehmen „kann“, die dem Außenstehenden als optimal auf die Patientin zugeschnitten erscheinen – da sie die neue „Rolle“ nicht annehmen kann, kann sie somit auch alle damit verbundenen Möglichkeiten und Chancen nicht annehmen.

Schramm (ebd.) formuliert dazu folgende Aufgaben bei Rollenwechseln und die zugehörigen Therapeutenfragen:

Tabelle 19: Aufgaben bei Rollenwechseln (nach Schramm, 1998, S. 171)

Aufgabe	Therapeutenfragen
1. Die Bewertung der aufgegebenen Rolle erleichtern	Erzählen Sie mir darüber, was Sie aufgegeben und verloren haben oder was verändert wurde – das alte Haus, der frühere Arbeitsplatz, das Zusammenleben mit den Eltern, der frühere Ehepartner. Was waren die guten Seiten? Was waren die schlechten? Was gefiel Ihnen? Was gefiel Ihnen nicht?
2. Zum Ausdruck von Gefühlen ermuntern	Was für ein Gefühl war es, ... aufzugeben oder zu verlassen? Erzählen Sie mir über ihren Weggang. Wie haben Sie sich in der neuen Situation gefühlt? Wie ging es Ihnen am Anfang?
3. Soziale Fertigkeiten zur Bewältigung der neuen Rolle entwickeln	Was wird von Ihnen verlangt? Wie schwer ist das? Wie geht es Ihnen dabei? Was läuft gut? Was läuft schlecht?
4. Neue zwischenmenschliche Beziehungen, Bindungen und soziale Unterstützungen aufbauen	Wen kennen Sie? Wer kann Ihnen helfen? Gibt es Leute, die Sie gerne kennenlernen möchten?

Behutsamkeit bei der Anpassung der therapeutischen Ziele

Die Hinführung zu der oben beschriebenen realistischen Therapieverlaufsgestaltung muss mit großer Behutsamkeit erfolgen. Therapieziele einseitig vorzugeben statt sie mit dem Klienten zu vereinbaren, widerspräche den ethischen Erfordernissen an eine Psychotherapie. Es ist das gute Recht des Klienten, als Ziel „gänzliche Gesundheit“ anzusehen, der Therapeut darf dies nicht einfach übergehen oder als von vornherein falsch darstellen. Er ist Experte hinsichtlich der Mittel, nicht hinsichtlich Ziele der Therapie (vgl. Birnbacher, 1996). Allerdings ist es seine Aufgabe, dem Klienten aufzuzeigen, ob und wie diese Ziele mittels Therapie überhaupt erreichbar sind – die Zielvorstellungen zu respektieren heißt nicht, sie ungeachtet ihrer Umsetzbarkeit unreflektiert zu übernehmen. Hier bedarf es einer genauen Verständigung zwischen Therapeut und Klient, an deren Ende immer wieder eine Vereinbarung steht, die beide Teile vertreten können.

Die oft zitierte Maxime, den Patienten „dort abzuholen, wo er ist“, gilt hier auch und besonders. Gerade die Patientin, die mit sehr hohen Erwartungen und Hoffnungen auf schnelle Besserung hochmotiviert eine neue Therapie beginnt, wird auf eine schnelle und uneinfühlsame Zurückweisung ihrer Vorstellungen und Ziele mit Motivationsverlust, vielleicht sogar mit Therapieabbruch reagieren, womit weder ihr noch der Therapeutin gedient ist („Du kannst nur mit Klienten arbeiten, die anwesend sind.“ „Kanfers 11 Gesetze der Therapie“, Kanfer et al., 1996, S.554). Andererseits sollte der Therapeut, wie oben schon angedeutet, vermeiden, zuerst Vorstellungen zu wecken, die von vornherein wenig einlösbar scheinen, um sie dann immer wieder „nach unten“ zu korrigieren. Der Klient würde sich – zurecht – getäuscht fühlen und könnte dem Therapeuten – zurecht – mangelnde Transparenz und falsche Versprechungen vorwerfen, was sich auf die therapeutische Beziehung negativ auswirken würde.

Es erfordert großes Fingerspitzengefühl, hier den Mittelweg bei der Zielformulierung zu finden, der sich schlagwortartig formulieren lässt als „so optimistisch wie möglich, aber so realistisch wie nötig“.

5) Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

Grundsätzlich stehen dem Therapeuten eines chronisch depressiven Patienten die gleichen Therapiemethoden zur Verfügung wie dem, der mit einem akut Erkrankten arbeitet – die „maßgeschneiderte Therapie“ (Kanfer et al., 1996, S.295), die optimale Passung zwischen Therapeut, Klient und Intervention soll selbstverständlich auch hier angestrebt werden.

So gibt es auch keine ausschließlich oder speziell für chronisch Depressive „passenden“ Interven-

tionen – die Therapeutin sollte aus ihrem breiten Wissen über therapeutisch wirksame Maßnahmen in der Zusammenarbeit mit der Klientin diejenigen auswählen, die ihr zielführend erscheinen, vgl. z.B. Behandlungsmethoden der kognitiven Verhaltenstherapie (Bsp.: Tabelle 20: Behandlungsphasen und zugeordnete Behandlungsmethoden zur Kognitiven Verhaltenstherapie nach Hautzinger, 1998, S.50)

Tabelle 20: Behandlungsphasen und zugeordnete Behandlungsmethoden zur Kognitiven Verhaltenstherapie (aus Hautzinger, 1998, S.50)

1. Phase:

Schlüsselprobleme benennen

Überblick verschaffen

Kriterien: Dringlichkeit, Wichtigkeit, Veränderbarkeit

Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Patienten in negativer Sichtweise akzeptieren

Interesse (aktives Zuhören)

Professionalität (Kenntnis der Störung, Sicherheit)

Arbeitsbündnis, empirisches Vorgehen

2. Phase

Vermittlung des therapeutischen Modells

Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand der Erlebnisse des Patienten herausarbeiten

Elemente und Struktur der Therapie ableiten und darstellen

3. Phase

Aktivitätsaufbau

Erfolg-Vergnügen-Technik. Wochenplanung

Gestuftes Vorgehen, realistische Standards setzen den Ablauf planen:

Wie sieht der erste Schritt aus?

Welche Hilfen kann es geben?

4. Phase

Soziale Kompetenz

Rollenspiele, klare Instruktionen, Bezug zu Problemen des Patienten (darf nicht nur dem Therapeuten klar sein!), differenzierte, verhaltensbezogene Rückmeldung, erneutes Üben, Transfer

5. Phase

Kognitive Techniken (werden meist schon beim Aktivitätsaufbau eingesetzt)

Erfassen von negativen Gedanken und Einstellungen

Zusammenhang von negativen Gedanken, Gefühlen und Verhalten verdeutlichen

Kognitionen als Hypothesen, nicht als Fakten

Realitätstestung

Reattribution, alternative Erklärungen

Entkatastrophisieren

Pros und Contras, kurzfristige und langfristige Konsequenzen von Einstellungen

Je nach Einzelfall können die Schwerpunkte verschieden gesetzt werden.

So kann bei Patienten, die sich im Lauf ihrer langen Erkrankung sehr zurückgezogen haben und in einen Zustand großer Passivität verfallen sind, der Aktivitätsaufbau im Vordergrund stehen: Durch die Planung und Durchführung kleiner Aktivitäten erfährt der Patient – vielleicht erstmals seit langer Zeit wieder –, dass er in der Lage ist, sein Leben und Befinden selbst zu beeinflussen, was der Hilflosigkeit und dem Gefühl der Nicht-Kontrolle entgegenwirkt. Hier haben sich Tages- und Wochenpläne bewährt: Die Patientin dokumentiert, was sie am Tag getan hat und notiert ebenfalls, wie ihre Stimmung dabei war. Durch die Besprechung in der folgenden Therapiestunde wird einerseits dem Getanen eine Bedeutung verliehen, die verstärkend wirkt, andererseits kann die Patient feststellen, ob und wie ihr Tun und Lassen sich auf ihre Stimmung auswirken kann.

Mit Erfolg-Vergnügen-Techniken (engl. mastery and pleasure) können erste Schritte in Richtung größerer Genussfähigkeit getan werden, was besonders bei Patienten indiziert ist, die im Lauf der Erkrankung „verlernt“ haben, wo und wie sie Genuss suchen und auch finden können.

Die Veränderung kognitiver Schemata stellt einen weiteren möglichen Schwerpunkt dar. Hiervon profitieren v.a. diejenigen Patientinnen, die sehr unter Hoffnungslosigkeit, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen leiden – Symptome also, die im Lauf einer chronischen Depression besonders häufig auftreten bzw. sich durch das lange Lebenmüssen mit der Krankheit verfestigen konnten. Besonders auf die Kognition „Mir ist nicht mehr zu helfen, mir wird es nie mehr besser gehen.“ sollte hier ein Augenmerk gelegt werden: Ist die Patientin davon überzeugt, wird sie kaum in der Lage sein, die nötige Mitarbeit in der Therapie zu leisten. Wie unter Kap. 1.2.2.2. Verhaltenstherapeutisch- lerntheoretische und kognitive Modelle ausgeführt, kann auch die Vermittlung hilfreicherer Coping-Strategien (handlungsorientiert statt lageorientiert, Vermeiden von Grübeln etc.) hier im Sinne der kognitiven Umstrukturierung verstanden werden.

Entscheidend wichtig kann auch der Auf- bzw. Ausbau sozialer Kompetenz sein: Interaktionale Kompetenzdefizite spielen sehr häufig bei der Aufrechterhaltung der Störung eine große Rolle (vgl. Kapitel 1.2.2.2. : Verhaltenstherapeutisch-lerntheoretische und kognitive Modelle, Kapitel 1.3.4 Exkurs zur Angehörigenarbeit bei (chronisch) depressiv Kranken). Lernt der Patient, sich seinen Bezugspartnern wieder auf andere Weise zuzuwenden, kann dies der entscheidende Schritt in Richtung Besserung sein. Methode der Wahl ist hier das therapeutische Rollenspiel (inklusive Lernen am Modell) bzw. die differenzierte Rückmeldung durch die

Therapeutin.

Dies nur als Beispiele für mögliche Schwerpunkte und Methoden; weitere bewährte Techniken finden sich z.B. in Hautzinger, M., Stark, W., Treiber, R. (1989). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, Hautzinger, M. (1998). Depressionen, Schramm, E. (Hrsg.)(1998). Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen.

(Anmerkung: Die Therapiebausteine Angehörigenarbeit und soziotherapeutische Maßnahmen werden zugunsten größerer Übersichtlichkeit später behandelt, vgl. Kapitel 1.3.4. und 1.3.6.)

Eine wichtige Frage bei der Auswahl spezieller Methoden ist auch, wie lange eine Therapie dauert bzw. ob und wann der Übergang von Therapie im engeren Sinn zu einer *Langzeitbegleitung* sinnvoll ist. Da Therapie gemeinhin als zeitlich begrenzter Prozess betrachtet wird, wäre diese Fragen also die, wann die „Therapie“ endet und etwas anderes – die „Begleitung“ – an ihre Stelle treten sollte.

Therapiedauer und Paradigmenfrage:

ständige Langzeit-Akutbehandlung vs. Langzeitbegleitung

Wie bereits ausgeführt, erfordert die Behandlung chronisch depressiv Kranker meist eine längere Therapiedauer als die Therapie nicht-chronisch Kranker. Die Symptomatik mit all ihren Bedingungen und Folgen besteht per definitionem schon relativ lange Zeit, konnte sich verfestigen und ist somit Veränderungen gegenüber resistenter als akute Störungen. Sowohl der Klient wie auch sein soziales Umfeld müssen schon länger mit den Folgen der Krankheit leben; es hat sich ein wie auch immer gearteter Umgang damit etabliert, der eine Eigendynamik entwickeln konnte, selbst dann, wenn er als schwer aushaltbar erlebt wird (Tab. 21).

Tabelle 21 : Depression im Lebenszeitverlauf: Therapieprinzip bei Chronifizierung
(aus Wolfersdorf & Heindl, 2001, S.55)

Chronische Depression und „Langzeit-Akuttherapie“?



- ◆ **Antidepressiva-Wechsel; -Kombinationen von AD bzw. mit Neuroleptika;**
- ◆ **Augmentation mit Lithium, Schilddrüsenhormonen und anderem**
- ◆ **differentielle Psychotherapieformen**
- ◆ **Lichttherapie, Schlafentzug und anderes**

Chronische Depression und „Langzeitbegleitung“?



- ◆ **konstante Psychopharmakotherapie**
 - ◆ **Verschlechterungsprophylaxe**
 - ◆ **differentielle Psychotherapie (niederfrequent? bei Krisen engmaschig)**
 - ◆ **Angehörigenarbeit**
 - ◆ **Soziotherapie**
 - ◆ **Selbsthilfegruppen**
-

Vorteile längerer Therapiedauer-Planung

Eine längere Zeit der Behandlung einzuplanen, entlastet Therapeut und Klient vom oben beschriebenen Druck, jedes Stagnieren als Misserfolg und Grund zu Zweifeln einzuordnen. So wird Raum für langsame Veränderungen geschaffen. Der Klient kann so von dem Gefühl entlastet werden, sein Bemühen durch „Fortschritte“ permanent unter Beweis stellen zu müssen, er darf vorübergehend innehalten und so „sein, wie er ist“. Angesichts der oben beschriebenen Schwierigkeiten, die beim Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung auftreten können, kann anfangs ein intensiverer Kontakt mit häufigeren Sitzungen hilfreich sein: So kann frühzeitig die nötige vertrauensvolle Basis geschaffen werden, auf die die späteren therapeutischen Handlungen aufbauen können. Wichtig ist auch, dass mangelnder Fortschritt und ausbleibende Symptombesserung nicht etwa als Gründe angesehen werden sollten, die Therapie zu beenden, wie oben ausgeführt. Im Gegensatz dazu sollte sich der Patient sicher sein können, dass er sich auf die Unterstützung des Therapeuten verlassen kann, auch und gerade wenn er noch länger krank ist und bleibt – und ebenso, wenn es ihm langsam besser geht: Geht der Klient von der Vorstellung aus, dass jede Besserung eine Verringerung der therapeutischen Zuwendung bedeuten würde, würde dies eine Bestrafung durch Verlust (\ominus) im Sinne der Lerntheorie darstellen und folgerichtig dazu führen, dass dieses „Verhalten“ seltener wird bzw. gar nicht erst eintreten kann – in anderen Worten: Der Klient wird es nicht „wagen“, gesünder zu werden bzw. diesen Fortschritt zu zeigen.

Wichtig ist also der regelmäßige, konstant zur Verfügung stehende Kontakt in einem Ausmaß, das sowohl für den Klient als auch für den Therapeuten – und ggfs. dessen Institution - tragbar ist. Die Sicherheit, einen festen Ansprechpartner auch über längere Zeit hin zu haben, wirkt gerade auf Patientinnen stützend, die im Verlauf ihrer Erkrankung schon viele Wechsel ihrer professionellen, vielleicht sogar auch ihrer nicht-professionellen Bezugspersonen erlebt haben. Selbstverständlich soll die Therapeutin das „natürliche“ soziale Umfeld nicht komplett und auf Dauer ersetzen, sie kann aber vorübergehend als Überbrückung und Bindeglied dienen, bis das soziale Feld (wieder-) aufgebaut oder reaktiviert ist (vgl. Kap. 1.3.4. Angehörigenarbeit).

Niederfrequente therapeutische Kontakte

Im Verlauf der Behandlung soll der Kontakt dann, wenn möglich, reduziert werden: Ein niederfrequentes Angebot an therapeutischen Kontakten ist nicht allein vom kostentechnischen

Standpunkt aus gesehen ein erstrebenswertes Ziel: Kommt der Patient im Lauf der Zeit mit weniger professioneller Hilfe aus, kann dies als Erfolg und Fortschritt im Sinne des Selbstmanagements gewertet werden. Beim Auftreten von – negativen wie auch positiven - Veränderungen, die therapeutisch bearbeitet werden sollten, können vorübergehend wieder engmaschigere Kontakte stattfinden, allerdings ist – wie oben ausgeführt – auch hier wieder darauf zu achten, dass der Patient nicht „kränker werden – oder bleiben - muss, um mehr Therapie zu erhalten“, d.h. er sollte es nicht als Bestrafung erleben, wenn der Kontakt nach Bestehen einer Krise wieder reduziert wird. Wurde mit ihm ein Therapiemodell erarbeitet, das den oben angesprochenen Gedanken größerer Autonomie als Therapieziel beinhaltet, kann der Klient selbst das Reduzieren der Kontakte als Erfolg verstehen lernen.

Inhalt der Therapie

Eng mit der Frage nach genereller Therapiedauer verknüpft ist der Inhalt dieser längerfristig angelegten Therapie: Geht es um ständige Langzeit-Akutbehandlung oder um eine Langzeitbegleitung? Ob und wann der Schritt vollzogen werden soll von der Suche nach Möglichkeiten der „Heilung“ auf Symptomebene hin zu einer Behandlung, die den Patienten darin unterstützt, mit den bestehenden Behinderungen, Symptomen und Einschränkungen leben zu lernen – diese Frage ist prinzipiell ungeklärt und kann wohl auch kaum ein für alle mal und für alle Patienten gleich beantwortet werden, zumal es sich, wie oben ausgeführt, um eine ausgesprochen heterogene Gruppe handelt.

Für beide Standpunkte lassen sich gute Gründe anführen:

Langzeit-Akuttherapie bietet die größere Gewähr, dem Patienten alle Möglichkeiten einer potentiell wirksamen Behandlung zu bieten, die nach dem derzeitigen Stand der klinischen Forschung berechnete Aussicht auf Erfolg haben. Dies *grundsätzlich* zu gewährleisten, ihm also keine Behandlung vorzuenthalten, die ihm wahrscheinlich helfen würde, gehört zu den ethischen Grundprinzipien medizinischen und psychotherapeutischen Handelns und ergibt sich aus der Fürsorgepflicht des Therapeuten. Auch kann dem Patienten so vermittelt werden, dass der Therapeut ihn eben nicht für einen „hoffnungslosen Fall“ und dass er Besserung für möglich hält, was sich positiv auf die Therapiemotivation auswirken wird. Andererseits kann genau diese Haltung auch dazu führen, dass der Patient immer wieder frustriert wird, dass die Hoffnungen, die er z.B. auf eine erneute medikamentöse Umstellung gesetzt hat, enttäuscht werden. Der Aufwand an Mitarbeit und Anstrengung, den der Patient einbringt, sowie auch

die psychische Energie, die für jeden „neuen Versuch“ nötig sind, werden nicht belohnt. Diese häufigen Misserfolgslebnisse können in der Langzeitbegleitung vermieden werden.

Fähigkeit des Patienten, sich auf veränderte Ziele einzulassen

Allerdings stellt die Haltung, die der Langzeitbegleitung zugrunde liegt, andere Hürden: Der Patient muss sich darauf einstellen lernen, dass er nicht „bald wieder ganz gesund“ sein wird. Er muss sich mit dem Gedanken vertraut machen, dass er ein Leben mit Behinderung führen, dass er sich in vielen Lebensbereichen umstellen muss. Er muss sich von einigen seiner bisherigen Lebenspläne und -rollen verabschieden (vgl. oben: 4) Vereinbaren therapeutischer Ziele), sich mit der Vorstellung konfrontieren, dass es möglich ist, nie mehr „ganz der Alte“ zu werden. Nicht jeder wird das können – oder auch nur „wollen können“. Ein wichtiger Parameter der Entscheidung für eine der beiden Haltungen ist also, inwieweit die Patientin in der Lage ist, sich auf diese Vorgehensweise einzulassen, ob es ihr möglich ist, sich dieser Zukunftsplanung - schon - zu stellen. „Schon“ deshalb, weil diese Fähigkeit evtl. auch erst im Lauf der Therapie entwickelt werden kann: Ein Patient, der mit dem Therapieziel „vollkommene Wiederherstellung aller früherer Fähigkeiten“ in die Behandlung kommt, soll und kann nicht von einem Termin auf den nächsten zu „sich Abfinden mit Einschränkungen“ quasi überredet werden. Kommt die Therapeutin zu dem Schluss, dass diesem Patienten mit letzterem Ziel besser geholfen werden kann, muss sie sich und dem Patienten viel Zeit lassen, um diese neue Lebensperspektive vorsichtig einzuführen.

Wichtige Parameter bei der Entscheidung für eine der beiden Vorgehensweisen ist also die Fähigkeit des Patienten, sich darauf einlassen zu können – ist es ihm möglich, den Schritt von Akuttherapie zu Begleitung hin mitzugehen? Wenn ja, wie viel Zeit braucht er für diesen Schritt? „Lohnt“ er sich für ihn, steht der Aufwand im Verhältnis zum Nutzen? Oder wäre ihm mit einer Fortführung der Akuttherapie mehr gedient, etwa, weil er die Umstellung auf Langzeitbegleitung als Aufgeben und Grund zur Hoffnungslosigkeit missversteht, weil er zu sehr einem Behandlungsmodell verhaftet ist, bei dem „etwas getan werden muss“ oder weil er die Rolle als behinderter Mensch als zu bedrohlich für sein Selbstverständnis ansieht, um sie annehmen zu können? Die Klärung dieser Frage hängt also auch eng zusammen mit den Fragestellungen in Phase 2) Aufbau von Änderungsmotivation und denen der Phase 4) Vereinbaren therapeutischer Ziele. Wie durch die nach oben gerichteten Pfeile im Modell angedeutet, kann und sollte beim Auftreten von Fragen aus „früheren“ Phasen diese erneut durchlaufen werden.

Zeitlicher Verlauf der Therapie, Phase im Therapieprozess

Ein weiterer Parameter ist der zeitliche Verlauf der Therapie: Gerade zu Beginn gibt es noch viele therapeutische Einflussmöglichkeiten, die vielversprechend erscheinen, die nachweislich wirksam bei Depressionen sind und noch nicht oder nur unzureichend umgesetzt und ausgeschöpft wurden. Dies gilt sowohl für die somatischen als auch für die psychotherapeutischen Behandlungsformen. Sind diese Möglichkeiten vorerst ausgeschöpft, kann über den Übergang zu Langzeitbegleitung nachgedacht werden. In deren Verlauf kann es dann auch wieder zu Bedingungen kommen, die eher Akuttherapie nötig machen, z.B. Veränderungen der Lebensgewohnheiten durch kritische Lebensereignisse, neu auftretende Konflikte, aber auch bisher unentdeckte Ressourcen oder spontane Remissionen bestimmter Symptome. Das kann, wie oben angedeutet, in vorübergehend wieder höherfrequenten therapeutischen Sitzungen bearbeitet werden, die dann eher wieder den Charakter einer Akutbehandlung haben werden.

Äußerer Rahmen

Schließlich spielt aus pragmatischer Sicht auch der äußere Rahmen der therapeutischen Möglichkeiten eine Rolle (vgl. Phase 1) Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen, optimale Gestaltung der äußeren Therapiesituation): Ist es formal überhaupt möglich, dem Klienten das Ausmaß an therapeutischer Hilfe zukommen zu lassen, die für eine Akuttherapie im eigentlichen Sinn nötig ist? Kann man dem Klienten z.B. eine höherfrequente Therapie über einen längeren Zeitraum überhaupt anbieten oder sind aus kostentechnischen und/oder personellen Gründen nur niederfrequente Kontakte möglich, was eine Akuttherapie schwieriger als die Langzeitbegleitung machen würde? Denn die beste Therapieempfehlung hilft der Klientin nicht, wenn sie nicht oder nur in unzureichendem Maße auch umgesetzt werden kann – bei z.B. nur sechswöchigem psychotherapeutischen Kontaktangebot wird es schwierig sein, konkret und kontinuierlich an aktuellen therapeutischen Problemen zu arbeiten. (Sollte sich allerdings herausstellen, dass die Langzeitakutbehandlung tatsächlich insgesamt bessere Ergebnisse bei der Behandlung chronisch Depressiver erbrächte, müsste überlegt werden, wie dies für mehr Patienten finanzier- und leistbar wäre, was dann aber weniger eine Fragestellung für Therapeuten als für die Gesundheitspolitiker wäre.)

Die Wahl des Behandlungsprinzips ist also nichts von vornherein und für die ganze Therapie Feststehendes, sondern kann und soll sowohl den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten wie auch den Erfordernissen des Therapieverlaufs angepasst werden.

Tabelle 22: Anhaltspunkte für die Entscheidung Langzeit-Akutbehandlung vs. Langzeitbegleitung

- Welche Therapieformen wurden bereits erprobt?
Gibt es nachweislich wirksame therapeutische Strategien, die noch nicht oder nicht im richtigen Ausmaß eingesetzt wurden?
Sind Therapieversuche an mangelnder Compliance gescheitert?
- Ist der Klient in der Lage, sich auf den Übergang zu einer Langzeitbegleitung einzustellen?
Wenn nicht: Besteht Aussicht, dass er in der Therapie lernt, sich mit den Implikationen dieses Ansatzes zu konfrontieren?
- In welcher Phase befindet sich die Therapie?
- Äußerer Rahmen: Bestehen Möglichkeiten, eine Langzeit-Akuttherapie im erforderlichen Ausmaß durchzuführen?
- Ist ein Wechsel zwischen beiden Behandlungsprinzipien innerhalb der Therapie sinnvoll und möglich?

Ebenso wenig für die ganze Behandlung feststehend ist die Entscheidung für ein therapeutisches Setting: Zu Beginn der Therapie muss zwar zuerst die Frage geklärt werden, ob man die Patientin besser ambulant oder stationär behandeln sollte (vgl. 1) Eingangsphase: Optimale Gestaltung der äußeren Therapiesituation). Doch diese Entscheidung gilt ebenso nur „bis auf weiteres“; auch hier sollte möglichst flexibel die für den Patienten derzeit beste Form der Therapie gewählt werden.

Therapeutisches Setting: Stationär versus ambulant

Der Übergang zu einem Langzeitkonzept der Therapie mit den beschriebenen Merkmalen scheint implizit die Maßgabe zu beinhalten, chronisch depressive Patienten eher ambulant als stationär zu behandeln. Dies trifft insoweit auch zu, als es weder sinnvoll noch möglich ist, eine niederfrequente, begleitende Behandlung längerfristig im Krankenhaus durchzuführen. Allerdings ist gerade zu Beginn und bei Verschlechterungen in den Phasen der Langzeitbegleitung das stationäre Behandlungssetting ein notwendiges und wichtiges Modul innerhalb der Therapie. Wie oben beschrieben, kommen auch und gerade bei chronischen Verläufen nicht nur leichte und mittlere, sondern auch schwere Symptomausprägungen vor, die einer intensiven Betreuung innerhalb eines geschützten Rahmens bedürfen – Hoffnungslosigkeit,

damit auch die Gefahr erhöhter Suizidalität, starke Einschränkungen im Leistungsbereich, die damit verbundenen Defizite in der Bewältigung des täglichen Lebens sowie extreme Belastung der interpersonellen Beziehungen seien hier noch einmal als Stichworte genannt und verdeutlichen die Notwendigkeit, diese Patienten stationär zu behandeln. In der oben eingeführten Terminologie hieße das, dass in den Phasen der Akutbehandlung – initial oder in Krisen bzw. im Verschlechterungsfall – ein auf diese Phasen begrenzter stationärer Aufenthalt nicht nur ein, sondern *das* Mittel der Wahl ist. Hier können die Maßnahmen der Akuttherapie sowie auch und besonders die Vorbereitungen zum Übergang auf Langzeitbegleitung mit einem hohen Maß an Effizienz umgesetzt werden: Die Suche nach dem Antidepressivum mit bestem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil, Aktivierung, Tagesstrukturierung, psychotherapeutische Bearbeitung von krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren, psychoedukative Maßnahmen, Einleitung von psychosozialen Veränderungen und schließlich die Vorbereitung auf ein niederschwelligeres Behandlungssetting ambulant können hier in hoher Dichte und sinnvoll aufeinander abgestimmt umgesetzt werden, sodass die Phase der Akuttherapie sich kürzer gestalten lässt als das in einem ausschließlich ambulanten Setting möglich wäre.

Konzeptuell sind hier Spezialstationen bzw. qualifizierte stationäre Behandlungssettings im Sinne der „inneren Differenzierung“ von Fachkrankenhäusern und Abteilungen für depressiv kranke Menschen am besten geeignet, die angeführten Behandlungselemente vorzuhalten. Gerade die schwierige Patientengruppe der chronisch Depressiven bedarf großer Erfahrung in der Behandlung und ein speziell auf die Bedürfnisse des einzelnen abstimmbares Angebot an fachärztlicher, -psychologischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Hilfe. Die Tabellen 23 und 24 zeigen in Schlagworten, was unter einer Depressionsstation verstanden wird und die wichtigsten therapeutischen Bausteine heutiger Therapiekonzepte.

Tabelle 23: Depressionsstationen – Begriffsbestimmung (aus Wolfersdorf et al., 2001, S.58)

Depressionsstationen sind stationäre Akut-Behandlungseinheiten - offen, gemischtgeschlechtlich – zur Therapie schwer kranker primär depressiver Patienten.

Depressionsstationen dienen der zeitlichen und räumlichen Verdichtung aller klinisch sinnvollen und wissenschaftlich belegten, heute möglichen Maßnahmen in einem optimal förderlichen Setting.

Depressionsstationen sind Übungs-, Erfahrungs- und Schonraum für „antidepressives“ und antisuizidales Verhalten.

Patientengruppe: suizidale Depressive, Depression mit Wahn, mit sog. Therapieresistenz, Z. n. Suizidversuch, in schwieriger sozialer Situation, alte Depressive, chronisch Depressive, Erst- und Mehrfacherkrankte.

Behandlungsziele: Symptombesserung, Wiederherstellung von Arbeits- und Beziehungsfähigkeit, Rückfallprophylaxe, Veränderung depressiogener Persönlichkeitsstruktur, Beziehungs- und Umweltfaktoren.

Kontraindikationen: Depression bei Schizophrenie, Suchtkrankheiten, Persönlichkeitsstörungen.

Stationäre Aufenthaltsdauern 4-12 Wochen

derzeit 75 Depressionsstationen in Deutschland
(meist in psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskrankenhäusern
sowie an einigen Universitätskliniken)

Tabelle 24: Therapeutische Bausteine des Depressionskonzeptes (aus Wolfersdorf et al., 2001, S.58)

Einzelpsychotherapie Zur Bearbeitung individueller Psychodynamik

Gruppenpsychotherapie Zur Bearbeitung interaktioneller Inhalte, wie z.B. Selbstwertproblematik, Leistungs- und Normorientierung, Verlusterfahrungen

Bezugspflege, förderliche stationäre Atmosphäre, „psychotherapeutisches Basisverhalten“, Aktivierung

Erlebnisorientierte Therapie

- Ergotherapie: „Schnuppergruppe“, Ergotherapie, Gestaltungsgruppe

- Sporttherapie: Morgengymnastik, Tanz und Bewegung, Körperwahrnehmung, Schwimmen

- Entspannungstherapie: Progressive Muskelrelaxation, Musikentspannung

- Maltherapie, Musikgruppe

- Genusstraining

Soziales Kompetenztraining

Soziotherapie, sozialarbeiterische Maßnahmen

Aktivierungsgruppe, Freizeitgruppe

Angehörigenarbeit Angehörigengruppe, Paar- und Familiengespräche

Psychoedukative Gruppe

Psychopharmakotherapie

Andere biologische Therapieverfahren wie Lichttherapie, Schlafentzug

Zusammenarbeit mit ambulanten psychosozialen Einrichtungen in den Gemeinden

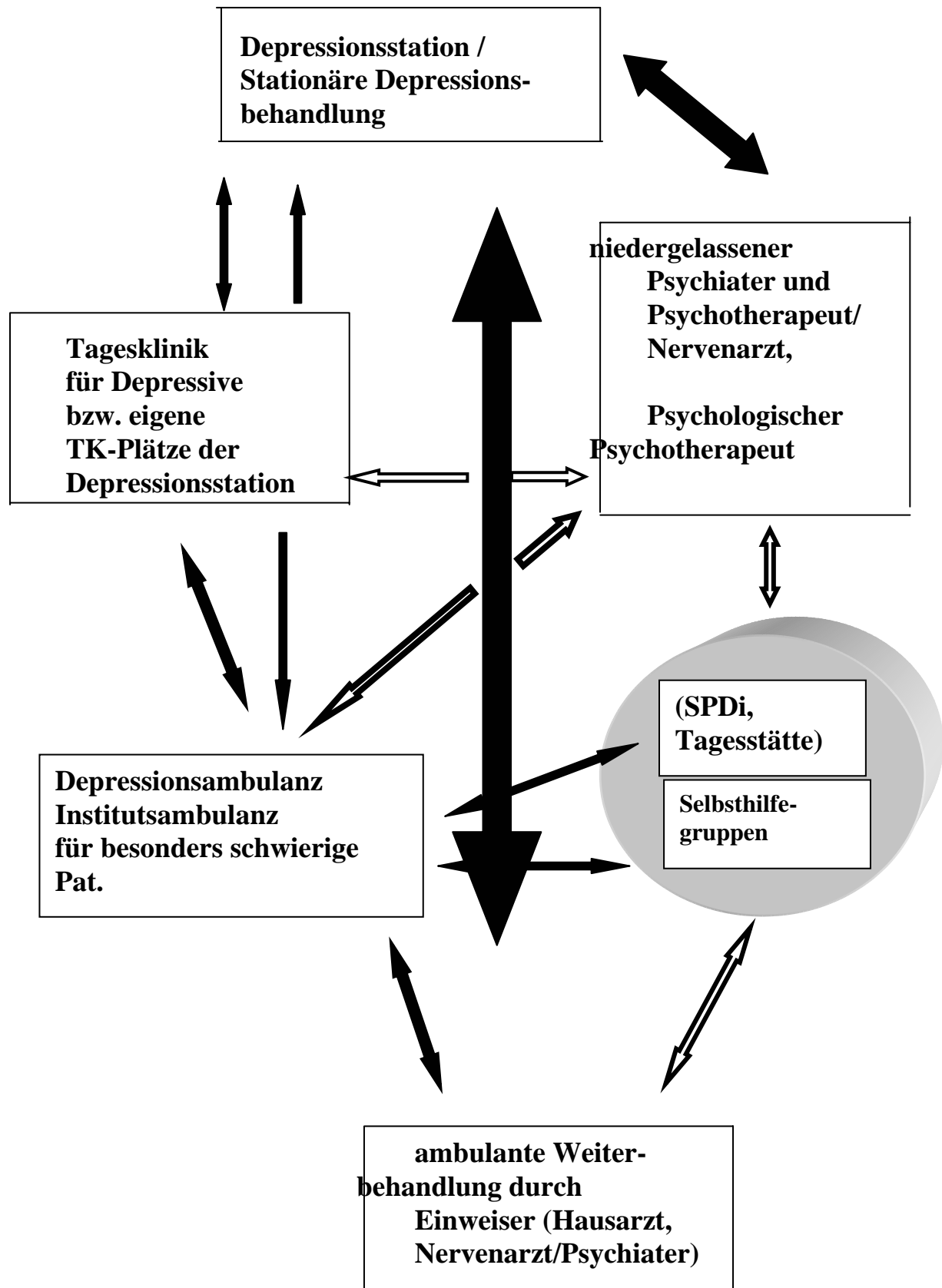
(z.B. SPD, AGUS, kirchlicher Besuchsdienst) sowie Selbsthilfegruppen für Depressive

Vom Gesichtspunkt der Versorgungsstruktur aus gesehen sollte eine hohe Vernetzung von voll-, teil- und nachstationären Behandlungsmaßnahmen angestrebt werden. Das Konzept der teilstationären Behandlung, das z.B. in Dänemark in „affective disorder units“ erprobt wurde, scheint sich auch an einigen deutschen Depressionsstationen zu bewähren, wo es seit mehreren Jahren angewandt wird. Dabei handelt es sich um „integrierte Tagesklinikplätze“, die an die vollstationäre Behandlung angeschlossen werden. Der Patient erhält also nach der vollstationären Behandlung einen tagesklinischen Platz auf derselben Station, es findet kein Wechsel im Behandlungssetting oder –team statt. Der Übergang von voll- zu teilstationärer Behandlung ist somit kontinuierlich und damit für den Patienten auch leichter zu leisten als bei einem Wechsel in eine eigenständige Tagesklinik. Der unkompliziertere Übergang von einer Behandlungsart in die andere – sowohl voll- zu teilstationär wie auch umgekehrt - erlaubt ein flexibleres und auch „risikofreudigeres“ Wechseln: So können gegen Ende der vollstationären Behandlung therapeutische Belastungserprobungen mit Übernachtungen und Wochenendbeurlaubungen den Wechsel ins teilstationäre Setting quasi schon „simulieren“ - der „tatsächliche“ Übergang stellt dann eine weniger große Hürde dar, da sich nur der formelle Status ändert, die Bedingungen aber ähnlich bleiben. So kann der Versuch teilstationärer Behandlung mit weniger großem Aufwand auch schon eher einmal „auf Probe“ gemacht werden, die Rückkehr ins vollstationäre Setting ist, wenn nötig, dann ein weniger großer Einschnitt und kann leichter als noch nicht geglückter Versuch interpretiert werden, als das bei einer missglückten Übernahme auf eine selbständige Tagesklinik der Fall wäre, wo durch die Formalitäten und den größeren Aufwand der Wiederaufnahme auf der ursprünglichen Station eher das Gefühl des Versaghabens entstehen kann. Der Wechsel ist also niederschwelliger und damit gerade für einen chronisch Kranken besser leistbar und weniger bedrohlich.

Ähnlich verhält es sich mit dem Übergang von (teil-) stationärer Behandlung in ambulante Behandlung. Hier hat eine hohe Vernetzung der beiden Behandlungsformen hohe Priorität. Ziel wäre hier, bereits während der stationären Behandlung eine Verbindung mit den nachbehandelnden Institutionen und Personen herzustellen. Da Depressionsstationen in der Regel regional eingebunden sind, bieten sich hier optimale Möglichkeiten, eine gute Zusammenarbeit mit dem gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz herzustellen und zu pflegen. So wird gewährleistet, aus den vorhandenen Angeboten ein individuell passendes Versorgungskonzept für den einzelnen Patienten zusammenzustellen – die Mitarbeiter der Depressionsstationen können dabei auf ihr fundiertes Wissen und ihre Erfahrungen über und mit den einzelnen Diensten zurückgreifen und somit als eine Art Koordinator für die Weiterbehandlung tätig werden.

Durch eine gute Informationsstruktur zwischen beiden Formen der Behandlung wäre so eine schnellere und leichter zu organisierende Einbindung des Patienten nach dem Klinikaufenthalt zu gewährleisten: auf der einen Seite die Depressionsstation bzw. Fachabteilung des Krankenhauses, auf der anderen ambulante Institutionen wie z.B. der weiterbehandelnde Nervenarzt, sozialpsychiatrische Dienste (SPDi), häusliche Pflege durch Sozialstationen, ambulante psychiatrische Pflege, etc. (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13 : Modell mögliche Verknüpfungen ambulanter, teil- und vollstationärer Depressionsbehandlung (aus Wolfersdorf et al., 2001, S.S59)



Besonders die nervenärztliche und psychotherapeutische Weiterbehandlung sollte bereits während des stationären Aufenthaltes geklärt werden. Dies bietet sich umso mehr an, als es erfahrungsgemäß zu langen Wartezeiten besonders auf Psychotherapieplätze kommen kann.

Eine Überbrückungsmöglichkeit bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Nachbetreuung bieten psychotherapeutische Plätze innerhalb der psychiatrischen Institutsambulanzen, die zumindest für einige Zeit nach dem stationären Aufenthalt gewährleisten sollen, dass der Patient kompetentes Fachpersonal als Ansprechpartner gerade während der schwierigen Zeit der Wiedereingliederung zur Seite hat, wenn auf Seiten der niedergelassenen Fachärzte bzw. Psychotherapeuten keine Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Diese Alternative bietet zudem den Vorteil, dass durch eine enge Vernetzung des Ambulanz- mit dem stationären Personal bereits während des Aufenthaltes ein Kontakt des Patienten zum nachbehandelnden Therapeuten hergestellt werden kann, was wiederum den Übergang von (teil-)stationärer Behandlung in die ambulante Behandlung erleichtert. Der Wechsel zu einer Therapie oder Begleitung durch einen niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten kann dann der nächste Schritt sein.

In Ausnahmefällen kann auch eine Weiterbehandlung über einen längeren Zeitraum durch die Institutsambulanz sinnvoll sein, etwa, wenn auch fachpflegerische Betreuung indiziert ist: Die enge Vernetzung Arzt/Psychologe – Fachpflege und ggfs. Ergo-, Kunst-, Sporttherapeut am Haus, zu der die Patientin ambulant kommt, trägt dazu bei, die Kontinuität der Behandlung zu sichern und der Patientin ein Gefühl des Aufgehobenseins und der Zugehörigkeit zu vermitteln, von dem aus sie sich in Richtung zunehmender Autonomie weiterentwickeln kann. Ebenso denkbar und praktisch gut umsetzbar ist eine gemeinsame Betreuung durch niedergelassene Therapeuten, v.a. Nervenärzte, und Mitarbeiter der psychiatrischen Kliniken. Eine enge Zusammenarbeit und wechselseitiges Informieren über die durchgeführten Behandlungsschritte kann dieses Setting zu einer hilfreichen Alternative für den Patienten machen.

Die so skizzierte fortschreitende Reduktion der Betreuungsdichte – stationär, teilstatio-

när, ambulant am Haus und in der Gemeinde - findet somit in kleinen Schritten statt und umgeht so einige der Gefahren, die bei Wechseln des Settings und abrupten Verringerungen der engmaschigen Behandlung drohen können.

Exkurs: Chronisch Depressive in der stationären Therapie – Besonderheiten und Problemfelder

Bei der stationären Behandlung nehmen chronisch Depressive eine besondere Rolle innerhalb der Patientengemeinschaft und in ihrer Interaktion mit dem Behandlungsteam ein.

Die oben beschriebenen Eigenarten der therapeutischen Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Patient gelten analog auch in der *stationären* Einzelbehandlung. Doch ebenso kann es im Umgang mit chronischen Patienten in den Gruppentherapien, in den pflegerischen, soziotherapeutischen, ergo-, kunst- und sporttherapeutischen Therapieeinheiten und im stationären Alltag zu Problemen kommen, die das behandelnde Team reflektieren und auf die es sich einstellen sollte. Teamsupervision sollte hier deshalb auch zum Standard gehören.

Besonders gelten die folgenden Hinweise für diejenigen chronisch Kranken, bei denen der Verlauf langwierig, die Symptombesserung schleppend und der Behandlungserfolg nicht in dem gewünschten Ausmaß eintritt, kurz: für die Subgruppe der sog. therapieresistenten Patienten.

Geduld mit dem und „für“ den Patienten

Zunächst sollte das behandelnde Team (analog den Ausführungen zur Einzeltherapie oben) die Einstellung verinnerlichen, dass bei diesen Patienten Geduld das oberste Gebot ist – Geduld sowohl *mit* dem Patienten, seinem oft klagsamen Verhalten und seiner erlebten Unfähigkeit, sich adäquat zu beteiligen, als auch mit der häufig zu beobachtenden Ungeduld des Patienten mit sich selbst – man könnte hier in Analogie zum Begriff der stellvertretenden Hoffnung von einer „stellvertretenden Geduld“ des Behandlungsteams sprechen: Im Umgang mit dem Team, das dem schleppenden und oft für alle sehr belastenden Verlauf mit Geduld und ohne Gereiztheit begegnet, kann der Patient ein Modell finden, wie er selbst mit seiner Krankheit und sich selbst *in* seiner Krankheit gelassener und entspannter umgehen kann.

Das kann u.a. bedeuten, der Patientin weder explizit noch implizit zum Vorwurf zu machen, dass sie „anders“ ist als viele der anderen Patienten, dass sie die Möglichkeiten der Angebote nicht ähnlich gut nutzen kann wie die anderen, dass sie „anstrengender“ und eine „weniger dankbare“ Patientin ist – im übertragenen wie manchmal auch wörtlichen Sinn. Der gleichsam wertende Vergleich mit anderen Patienten – sei es gedanklich, im Teamgespräch und natürlich am meisten im Gespräch mit dem Patienten – sollte vermieden werden („Jetzt nehmen Sie sich doch mal ein Beispiel an Herrn XY, der versucht’s doch auch, obwohl es ihm so schlecht geht.“ o.ä.).

Gefahr, als Patient in eine Außenseiterposition zu geraten

Der Patient muss im stationären Alltag selbst täglich miterleben, dass er sogar hier, unter anderen Kranken, die doch „angeblich dieselben Probleme haben wie er“, auch wieder eine Außenseiterposition und die Rolle desjenigen einnimmt, der etwas „nicht so gut macht wie die anderen“, der selbst hier, im Krankenhaus, „versagt“. Gelingt es nicht, dem Patienten ein anderes Verständnis seines Krankheitsverlaufes zu vermitteln, fühlt er sich tatsächlich als „Versager“ oder hoffnungsloser Fall, kann dies zu Haltungen führen, die der Behandlung nicht zuträglich sind (vgl. unten).

Weniger potentielle Verstärker für den Patienten

Zudem bleiben der Patientin einige Verstärkungsmöglichkeiten versagt, die anderen Erkrankten zugute kommen. So kann sie beispielsweise anderen, eben neu aufgenommenen Patienten nicht, wie andere, als eine Art „Vorbild“ dienen, indem sie ihnen durch die eigenen erreichten Fortschritte Mut machen kann („Als ich hier aufgenommen wurde, ging`s mir genauso schlecht wie Dir, aber jetzt ist es schon viel besser geworden.“) oder ihnen Tipps geben, was ihr geholfen und eine Besserung bewirkt habe – beides Verhaltensweisen, die verstärkend wirken und das eigene Selbstbild in positiver Weise beeinflussen können. Bei wiederholtem Aufenthalt fällt zudem die Wirkung des Neuen, noch nicht Erlebten weg, die erstmalig stationär Behandelte erleben und die ihnen Mut machen kann, diesem Neuen innerlich gleichsam die Chance zu geben, die Behandlung zu sein, die helfen wird. Je häufiger der Patient bereits auf derselben Station in Behandlung war und je öfter er dabei erfahren musste, dass die Behandlung nur wenig gewirkt hat, desto schwerer wird es ihm fallen, die Behandlung innerlich nicht abzuwerten oder von ihrer Hilfe zu erwarten. (Andererseits kann gerade die gemachte Erfahrung, dass frühere Aufenthalte wider Befürchten zu einer Besserung geführt haben, eine Erwartung und Hoffnung in die andere Richtung wecken, die einen hohen Motivationsschub bedeuten kann.)

Weiterhin fehlt diesem Patienten im Vergleich zu therapierespondenten Patienten die Verstärkung durch die gemeinsame Freude mit den Mitpatienten und den Behandelnden („Das ist aber schön zu sehen, Herr XY, dass es Ihnen jetzt schon besser geht.“), das Lob für und der Stolz auf seine Fortschritte. Da viele Depressive sehr leistungsorientiert, perfektionistisch wie auch sehr erfinderisch darin sind, aus Dingen einen Wettbewerb mit Gewinnern und Verlierern zu machen, ist die Gefahr gegeben, die „Aufgabe Gesundwerden“ unter ähnlich rigide Ansprüche an sich selbst zu stellen und sich für ein subjektiv erlebtes Versagen zu verurtei-

len. In Gruppen wie der stationären Gemeinschaft ist diese Gefahr natürlich noch größer als in einzeltherapeutischer ambulanter Behandlung, wo sich Vergleichsmöglichkeiten weniger stark aufdrängen.

Mögliche Sonderrollen des Patienten

Der Patient läuft also Gefahr, in eine Sonderrolle zu geraten - die allerdings ganz verschieden aussehen kann. Einerseits kann der Patient sich durch den Vergleich, bei dem er subjektiv permanent unterliegt, stark selbst unter Druck setzen, er kann versuchen, „mit Gewalt gesund“ werden zu wollen – etwa, indem er um immer neue Therapieangebote bittet, bei „allem mitmachen“ will, die Therapeuten mit eigenen Vorschlägen überhäuft, was noch helfen könnte, ständig auf der Suche nach noch einer neueren, besseren, endlich anschlagenden Therapie ist, versucht, „alles“ über die Krankheit zu erfahren, was möglich ist oder sich in seinen Anstrengungen und in der Teilnahme an den Therapieangeboten über Gebühr verausgibt. Dass diese Haltung das Gegenteil der oben beschriebenen Gelassenheit und Ruhe darstellt, die gerade bei schwierigen Verläufen geboten wäre, um Besserung zu ermöglichen, liegt auf der Hand.

Einen anderer Sonderweg stellt – salopp gesagt - die Rolle desjenigen dar, der, „wenn er schon nicht der am schnellsten Gesundende sein kann – so wenigstens der Kränkste sein möchte“, um so Zuwendung und eine Art von besonderem Status vor sich selbst wie vor anderen zu haben. Das Einnehmen dieser Rolle verhindert jede Besserung bereits im Ansatz, da das innerhalb dieser Betrachtungsweise eine Einbuße an Status bedeuten würde. Besonders schwierig kann es werden, wenn mehrere Kranke in einen - nur auf den ersten Blick absurden - Wettstreit miteinander treten, wer nun „kränker“ ist und der „schlimmste Fall“ - die ursprünglich geltenden Kriterien („gesünder = besser“) werden somit umgedreht.

Damit verbunden kann evtl. die Rolle desjenigen sein, der alles, was auf der Station vermeintlich oder wirklich nicht funktioniert, moniert, anprangert und beklagt, allem voran die therapeutischen Angebote, die ja – der Beweis ist der Patient selbst – nicht, zu wenig oder nicht auf Dauer helfen oder geholfen haben. Verhängnisvoll ist diese Rolle auch deshalb, weil sich der Patient damit automatisch in Opposition zum Behandlungsteam begeben muss, dieses – wenn es die Mechanismen nicht durchschaut und gegensteuert – gegen sich aufbringt, selbst zur „unangenehmen Patientin“ avanciert und sich so auch die Verstärkungsmöglichkeiten verbaut, die sonst aus der Empathie und der Unterstützung des Teams resultieren könnten. Das führt wiederum zu einem Teufelskreis, da so die Besserung immer unwahrscheinlicher wird. Bezieht der Patient auch Mit-

patienten in sein Verhalten ein, kann dies zu einer extremen Verschlechterung der sonst als sehr hilfreich erlebten guten Stationsatmosphäre führen, ein Wirkfaktor, dessen Wegfall nicht zu unterschätzen ist.

Möglichkeiten, um als Team hier nicht in eine Interaktion zu geraten, die weder für den Patient noch für die Mitglieder des Teams selbst angenehm und hilfreich ist, bieten folgende Haltungen und Rahmenbedingungen:

- eine regelmäßige Reflexion über die ablaufenden Interaktionen, etwa in wöchentlichen Patientenbesprechungen: Hier kann und soll jedes Teammitglied gleichberechtigt seine Eindrücke inkl. seiner Schwierigkeiten mit dem einzelnen Patienten äußern, so dass im Sinne einer Intervision Klarheit über die Mechanismen geschaffen werden kann und gemeinsame Lösungswege und deren konsequente, einheitliche Umsetzung erarbeitet werden können;
- regelmäßige Teamsupervision idealerweise durch einem Supervisor von außerhalb, der in der Behandlung chronisch Kranker Erfahrung hat;
- regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen, z.B. um größere Kompetenz im Umgang mit sog. „schwierigen Patienten“ zu erwerben; z.B. auch in Form eines Austausches mit anderen Stationen (hausintern oder –extern), z.B. um im Umgang mit Patienten mit Doppeldiagnosen, körperlicher Komorbidität und/oder demenziellen Krankheiten o.ä. von den Erfahrungen der Kollegen zu profitieren und sie für die eigene Arbeit zu adaptieren;

Tabelle 25: Besonderheiten im stationären Umgang mit chronisch depressiven Patienten, v. a. bei geringer Therapieresponse bzw. Therapieresistenz

- Notwendigkeit großer Geduld des Behandlungsteams mit dem Patienten und stellvertretend *für* ihn: Modellfunktion des Teams für die Bewältigung des schwierigen Verlaufs
- Gefahr, sich durch den Vergleich mit schneller genesenden Mitpatienten subjektiv als Versager zu fühlen
- Verstärkermöglichkeiten, die der Patient im Vergleich zu anderen nicht/weniger hat:
 - ❖ keine Vorbildfunktion für Neuankömmlinge
 - ❖ kein Vorteil des „Neuem“ bei wiederholter stationärer Behandlung
 - ❖ keine geteilte Freude mit Mitpatienten und Behandelnden über eigene Fortschritte
- Gefahr, sich durch den Vergleich mit anderen zu stark unter Druck zu setzen, weil Gesundwerden als zu erbringende Leistung gesehen wird, die nicht „geschafft“ wird
- Gefahr, dass der Patient in eine nicht hilfreiche Sonderrolle gerät:
 - ❖ der „sich am meisten bemühende Patient“
 - ❖ der „Kränkste“, der „aussichtslose Fall“
 - ❖ der „alles kritisierende Patient“

6) Evaluation therapeutischer Fortschritte

Auch bei der Evaluation therapeutischer Fortschritte gelten für chronisch depressive Patienten keine anderen Regeln als für andere, die dafür formulierten Handlungsanweisungen und –vorschläge können also übernommen werden (vgl. dazu z.B. Kanfer et al., 1996, S.318ff).

Besonders entscheidend ist dabei folgende Frage:

„Sind die Kriterien fein genug gerastert, so dass (u.U. subtile) Veränderungen frühzeitig festzustellen sind?“ (Kanfer et al., 1996, S.319).

Wählt man hier Evaluationskriterien oder –methoden, die nur „große“, „entscheidende“ Verbesserungen abbilden, besteht die Gefahr, sich selbst und die Klientin zu entmutigen, man gewinnt den Eindruck, dass nichts sich bessere – was oft nicht richtig ist: Gerade kleine, subtile Veränderungen können wichtige Fortschritte für den Patienten und eine große Verbesserung seiner Lebensqualität darstellen.

Beispiel:

Eine Patientin, die wieder in der Lage ist, die meisten Tätigkeiten ihrer Hausarbeit selbst zu übernehmen, erreicht in der Hamilton-Depressions-Skala (Instrument zur Messung des Schweregrades einer Depression, Hamilton, 1960) nur eine Verbesserung um einen Punktwert (so also z.B. von 33 auf 32); für sie selbst bedeutet dies aber einen entscheidenden Schritt in Richtung normale Lebensführung, weniger Angewiesensein auf Hilfe, Autonomie und Steigerung des Selbstwertes.

Der Auflösungsgrad sollte also bei der Beurteilung von Veränderungen eher zu fein als zu grob gewählt werden, da die Veränderungen bei chronisch depressiven Patienten tendenziell kleiner ausfallen werden. Die Methode der zielabhängigen Evaluation des Einzelfalls ist auch hier das Mittel der Wahl (vgl. Kanfer et al., 1996, S.323ff).

Ebenso sollte man darauf achten, dass es auch ein Erfolg ist, wenn sich ein bereits erreichter Zustand nicht weiter verschlechtert: Ein Patient, der das Gefühl hat, dass es ihm seit geraumer Zeit immer schlechter und schlechter geht, wird es als Erleichterung erleben, wenn diese Abwärtsentwicklung aufgehalten wird, oder wie eine Patientin es formulierte: „Na ja, es könnte mir schon noch besser gehen, aber so ist es jetzt erst einmal aushaltbar.“

7) Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Wie oben ausgeführt, ist die Therapie chronisch Depressiver oft kein Prozess, der ein genau definierbares Ende hat – vielmehr ist häufig der Übergang zu einer längerfristigen Begleitung vonnöten, die dann allerdings nicht mehr als „Psychotherapie im engeren Sinne“ einzuordnen ist (vgl. oben).

Wann allerdings zu dieser Langzeitbegleitung übergegangen werden soll, und wann auch die Frequenz der Kontakte verringert werden kann, ist hier eine ausgesprochen wichtige Entscheidung. Größtmögliche Transparenz ist wichtig: Der Patient soll nicht den Eindruck erhalten, dass das Stagnieren seines Befindens oder gar eine Besserung „bestraft“ würden und er wieder „kränker“ werden muss, um die erwünschte Zuwendung zu erhalten (vgl. oben, 5) Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden: Therapiedauer und Paradigmenfrage: ständige Langzeit-Akutbehandlung vs. Langzeitbegleitung).

Dieser Schritt muss genau besprochen werden und kann nur im Einverständnis mit dem Klienten getan werden – sonst besteht die Gefahr, dass der Klient bewusst oder unbewusst versucht, durch eine Verschlechterung im Befinden oder im Extremfall durch suizidale Krisen sich wieder „mehr Therapie“, mehr Zuwendung zu verschaffen. Man sollte gemeinsam mit dem Klienten planen, wie die Kontakte verringert werden können. Zu achten ist dabei darauf, dass der Patient nach wie vor das Gefühl hat, sich an den Therapeuten wenden zu dürfen, eine Anlaufstelle zu haben – und dass er sich andererseits be-

wusst ist, was er in schwierigen Situationen tun kann, um sich selbst zu helfen (Nützen von in der Therapie erlernten Problemlösekompetenzen und Selbstmanagementkompetenzen). Die Meisterung einer Krise ohne Erhöhung der Kontaktdichte kann dann in den Gesprächen als Erfolg gewertet und verstärkt werden – oder wie ein Patient das formulierte:

„Ich habe mir schon überlegt, ob ich Sie anrufen soll, als ich merkte, dass die Situation mit meiner Frau so schwierig wird. Aber dann dachte ich mir: Probier's erst einmal allein, anrufen kannst Du ja immer noch, wenn Du's nicht hinkriegst. Und ich habe es dann tatsächlich ohne Hilfe geschafft.“

Sollten Krisen auftreten, die der Klient nicht ohne Unterstützung meistern kann bzw. tritt eine Verschlechterung auf, die psychotherapeutisch aufzufangen ist, kann die Frequenz der Sitzungen für die dafür nötige Bearbeitung kurzzeitig wieder erhöht werden, was einem Einschub von „Booster-Sitzungen“ (vgl. Whisman, 1990, zit. nach Kanfer et al. 1996, S.353) entspräche.

Die Mit- bzw. Weiterbetreuung durch andere Institutionen – z.B. den niedergelassenen Nervenarzt, der die medikamentöse Behandlung durchführt, die Selbsthilfegruppe, ehrenamtliche Helfer, SPD, etc.) sollte ebenfalls Thema der letzten psychotherapeutisch orientierten Gespräche sein.

Ist der Übergang zu einer Langzeitbegleitung nicht nötig – oder auch vom Klienten nicht gewünscht – sollte ein Follow-up bzw. Katamnesegespräch (zur Unterscheidung siehe Kanfer et al., 1996, S. 356) nach einer bestimmten Zeitspanne vereinbart werden.

1.3.4. Exkurs zur Angehörigenarbeit bei chronisch depressiv Kranken²¹

Spricht man im Zusammenhang von chronischer Depression von „Angehörigenarbeit“, ist bei genauerer Betrachtung eine Unterscheidung angebracht: So kann einerseits im herkömmlichen Sinn die Arbeit mit den Angehörigen eines Patienten gemeint sein – also in erster Linie die Beschäftigung mit dessen Familie, seinen Verwandten, Freunden und Bekannten. Schon bei dieser selbstverständlich erscheinenden Aufzählung aber wird deutlich, dass diese Definition evtl. schon einen Schritt zu weit geht: Viele der depressiven Patienten und gerade auch der chronisch Depressiven verfügen nicht – oder nicht mehr – über ein derartiges soziales Netz, sie haben weder eine eigene Familie, noch nahestehende Verwandte oder enge Freunde. Oft empfinden diese Patienten ihr Alleinsein als schwere Last, ja als einen der Gründe für ihren schlechten psychischen Zustand. Andererseits können sich auch Patienten, die objektiv in einer Partnerschaft oder Familie leben bzw. mehrere Freunde haben, „allein“ fühlen – die objektiven Begebenheiten bilden hier häufig nicht das subjektive Erleben ab. In ein Schema gebracht, könnte man die Möglichkeiten wie folgt darstellen:

Abbildung 14: Schema zu Bezugspersonen und subjektiven Einschätzung der Beziehungen

BEZUGSPERSONEN		
<i>vorhanden?</i>		
<i>ja: nahe Bezugspersonen vorhanden:</i>		<i>nein: nahe Bezugspersonen nicht vorhanden:</i>
Subjektive Einschätzung der Beziehungen:		
I Patient erlebt sich als eingebunden und zugehörig	II Patient erlebt sich als nicht eingebunden und zugehörig	III „Angehörigenarbeit“ im weiteren Sinn: Aufbau eines sozialen Netzes als Ziel

Im Idealfall – hier dargestellt unter Feld I – verfügt der Patient über ein Netz sozialer Kontakte, in dem er sich eingebunden und zugehörig fühlt. Hier findet die Arbeit mit den Angehörigen die günstigsten der dargestellten Voraussetzungen. Aufgabe der Angehörigenarbeit ist hier, den guten Status quo zu erhalten, Konflikte, die diesen gefährden, zu beseitigen und alle Beteiligten zu unterstützen, fortwährend an ihrer Beziehung zu arbeiten, auch und besonders

²¹ Anmerkung: Dieses Kapitel erschien in gekürzter Form im Buch Wolfersdorf & Heindl (2003), S.139-145

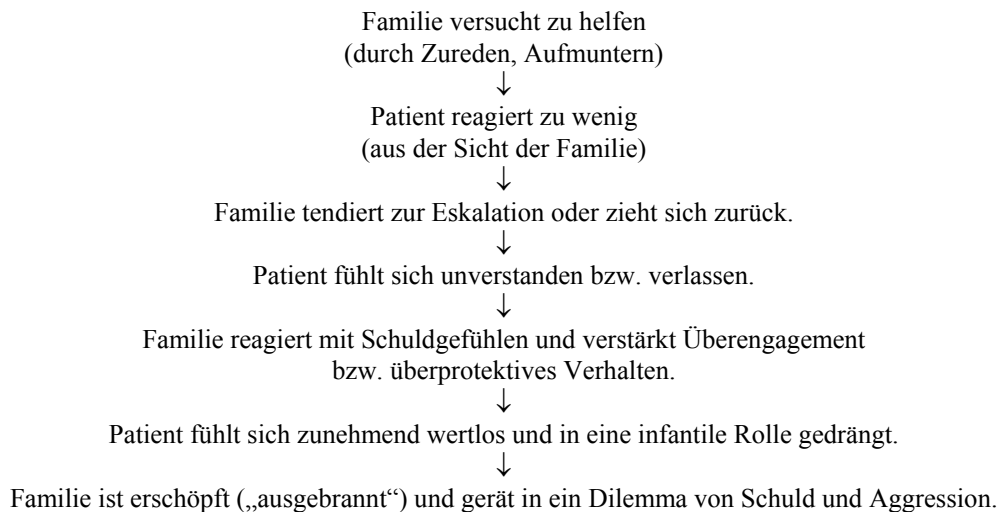
nach Rückkehr des Patienten in die Familie, wenn ein stationärer Aufenthalt vorausging. Schwerpunkt ist auch die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, damit es den Angehörigen noch besser gelingt, sich in die Lage des Patienten einzufühlen, sodass er sich weiterhin zugehörig und auch verstanden fühlen kann. Schwieriger ist dies schon im Fall II: Trotz vorhandenen Bezugspersonen fühlt sich der Patient – höchstwahrscheinlich auch aufgrund seiner Symptomatik – unverstanden und unzugehörig. Hier ist es wichtig, mit dem Patienten in Einzeltherapie, dann auch im Gespräch mit den Angehörigen die Gründe zu erarbeiten, die den Patienten hindern, die vorhandenen Ressourcen zu nützen. Diese Gründe können vielfältig sein: Die depressive Grundsymptomatik (kognitive Triade: negative Sicht der anderen), die Belastung und damit auch Erschöpfung aller Beteiligten durch die Erkrankung, die dadurch entstehende größere Gereiztheit und evtl. Schuldgefühle auf beiden Seiten bis hin zu schon vor der Erkrankung bestehenden Konflikten und Problemen, die sich in der Erkrankung verschärfen. Auf andere Art schwierig stellen sich Konstellationen wie in III dar: Hier müssen erst Bezugspersonen gefunden werden, zu denen sich der Patient zugehörig und bei denen er sich eingebunden fühlen kann. Der Aufbau oder Wiederaufbau eines sozialen Netzes, eines Systems von Bezugspersonen kann hier ein entscheidender erster Schritt sein, der auch nicht immer gelingt – manchmal verbleiben nur die professionellen Helfer als einzige Bezugspersonen -, die Arbeit mit diesen Personen dann ein ebenso wichtiger zweiter.

Die Arbeit mit vorhandenen Bezugspersonen, seien sie nun schon von vornherein vorhanden oder müssen sie erst gefunden oder „wiedergefunden“ – evtl. auch als Angehörige seitens der Behandler in die Pflicht genommen werden -, stellt den häufiger gemeinten Fall dar, wenn von „Angehörigenarbeit“ die Rede ist:

Grundsätzlich stehen die Angehörigen chronisch depressiv Kranker selbst unter enormer Belastung. Anders als Therapeuten und professionelle Helfer sind sie tagtäglich mit dem Kranken zusammen, müssen Wege des Umgangs mit seinem oft belastenden Verhalten finden und können sich schwerer distanzieren. Zudem verfügen sie über weniger – z.T. auch gar kein - Wissen über die Erkrankung und können so sein Verhalten oft nicht als krankheitsbedingt einordnen und damit leichter tolerieren, was leicht zu Missverständnissen und gegenseitigem Nichtverstehen führen kann. Durch eine chronische Erkrankung sind nicht nur Lebensentwurf und –pläne des Betroffenen, sondern auch die seiner nächsten Angehörigen mitbetroffen; sich damit auseinanderzusetzen und alternative Konzepte zu finden, ist nicht nur für den Kranken selbst eine schwierige Aufgabe.

Die Interaktion zwischen depressiv Kranken und ihren Angehörigen kann sich bereits in der akuten Phase zu einer Belastung beider Teile entwickeln (vgl. auch Kapitel 1.2.2.2. Verhaltenstherapeutisch-lerntheoretische und kognitive Modelle: Lewinsohn (1974)):

Tabelle 26: Interaktion zwischen einem depressiven Patienten und seiner Familie (Nach Anderson et al., 1986, zit. nach Mahnkopf et al., 1997, S.39)



Angehörige erleben, dass das Verhalten, das sie gewohnt sind und das im „normalen Leben“ zu einer beidseitigen Entlastung führt, hier beim depressiven Patienten nicht bzw. sogar gegenteilig zu wirken scheint: Die Hilfeversuche, das Trösten, Aufmuntern und „gut Zureden“ kommen nicht an, der Kranke reagiert nicht – wie erwartet – mit Entlastung und Dankbarkeit, sondern nimmt die angebotene Hilfe aus Sicht der Familie nicht an, entwertet sie oder fordert immer noch mehr Unterstützung ein. Die Familie kann daraufhin mit Vorwürfen, Eskalation und Angriffen reagieren, oder auch mit Rückzug, Einstellen der Hilfsversuche und Beziehungsabbruch. Auf beides wird der Patient mit dem Gefühl des Unverstandenseins und der Verlassenheit antworten, sich ebenfalls zurückziehen oder explizit noch mehr Unterstützung einfordern. Die Familie reagiert daraufhin evtl. mit erneutem großen Engagement, versucht, „Versäumtes“ wieder gut zu machen und nimmt dem Kranken immer noch mehr ab. Der wiederum erlebt sich als nicht ernst genommen, infantilisiert, zu nichts mehr nütze und nur noch eine Last für seine Angehörigen, was im schlimmsten Fall in altruistisch motivierte Suizidgedanken oder –absichten münden kann: „Wenn ich weg bin, geht es Euch besser.“

Die Familie kann weder das hohe Maß an Engagement lange aufrechterhalten – zumal es zudem ja nichts zu bewirken scheint -, noch sich von Schuldgefühlen und meist weniger offen ausgedrückten Aggressionen freimachen – sie ist erschöpft, erlebt die Lage als aussichtslos

und leidet oft ähnlich schwer wie der Patient selbst unter der Situation.

In der *akuten* Krankheitsphase lassen sich die Konflikte leichter ertragen, da dieser Zustand ein vorübergehender ist und auch der Therapeut die Hoffnung vermitteln kann, dass sich das familiäre Leben nach Abklingen der akuten Krankheitsphase wieder weitgehend „normalisieren“ wird: Dem Patienten wird für die „Dauer der Phase“ die Krankenrolle²² zugeteilt, die ihn von bestimmten Verpflichtungen und Verantwortungen freistellt, und ihm stattdessen die Aufgabe zuteilt, an seiner „Genesung“ mitzuarbeiten – wozu auch paradox klingende „Arbeitsaufträge“ wie „Versuchen Sie, bei der heutigen Belastungserprobung zu Hause einmal gar nichts zu arbeiten.“ gehören können.

Der Zustand des Kranken wird als etwas vorübergehendes angesehen, das möglichst bald zu beenden ist. Im Lauf der Behandlung verändert sich dann die Rolle hin zu der des Genesenden, dem wieder Aufgaben zugeteilt werden, der wieder in seine früheren Funktionen zurückkehrt und seine vorherigen Rollen weitgehend wieder ausfüllt.

Anders beim chronisch depressiv Kranken: Die oben beschriebenen Belastungen und Einschränkungen bleiben nicht nur für kurze Zeit, sondern für einen längeren Zeitraum – evtl. sogar für immer – bestehen. Nicht nur der Kranke, auch seine Familie muss sich mit dem Gedanken beschäftigen, dass eine neue Rollenverteilung in der Familie gefunden werden muss. Die oben beschriebene Situation – der Patient fühlt sich zunehmend wertlos und in eine infantile Rolle gedrängt, die Familie ist erschöpft („ausgebrannt“) und gerät in ein Dilemma von Schuld und Aggression – löst sich nicht nach einiger Zeit durch die Genesung und Wiederherstellung der ursprünglichen Verhältnisse. Stattdessen müssen Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, die über längere Zeiträume tragfähig sind.

Einen Beitrag dazu kann und sollten auch die Therapeuten leisten, bei denen die Patientin in Behandlung ist. Wichtige Themen sind dabei in Tabelle 27 aufgelistet.

²² vgl. dazu Mahnkopf, 2001, S.46ff

Tabelle 27: Themen für die Arbeit mit Familien bei chronischer Depression (Mahnkopf et al., 2001, S.12)

Austausch über Krankheitskonzepte; Leben mit der Krankheit (Abschied vom Genesungskonzept) und: es kann langfristig Veränderungen geben sowie Linderung der Beschwerden Auseinandersetzung mit der Krankenrolle: <ul style="list-style-type: none">- Was bedeutet Freisetzung von den üblichen sozialen Verpflichtungen, welche Freisetzungen werden von welchen Familienmitgliedern akzeptiert, welche nicht?- Freistellung von welchen Verantwortlichkeiten, für wie lange?- Wenn man davon ausgeht, dass der Zustand so anhält: Wer kann wie lange in der Familie die Rollen des Kranken mit übernehmen? <ul style="list-style-type: none">- Wie sieht die Mithilfe des Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung aus? Aktivierung (behutsam und beständig, mit „langem Atem“) Abschied von der Suche nach dem idealen Therapeuten, der idealen Therapie Angebot von konstanter Begleitung

Diese Themen können einerseits in informationszentrierten Angehörigengruppen, andererseits in möglichst kontinuierlich stattfindenden Gesprächen zwischen Patient, Angehörigem/n und Therapeuten bearbeitet werden.

Grundsätzlich sollte jeder Kontakt zwischen Betroffenen und Angehörigem mit dem Patienten abgesprochen sein – z.B. sollten Patienten, deren Angehörige zu einer Gruppe eingeladen werden sollen, ihre Zustimmung zu dieser Einladung geben.

Gespräche mit Angehörigen über Patienten – ob in deren Beisein oder nicht - unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht – der Therapeut muss sich also vor dem Gespräch vom Patienten davon entbinden lassen, was möglichst schriftlich fixiert werden sollte.

Gruppen eignen sich gut, den Angehörigen verlässliche Informationen über das Krankheitsbild Depression zu vermitteln und den oben angesprochenen Austausch über Krankheitskonzepte zu fördern. Allein schon das Wissen um die Symptome kann helfen, gegenseitiges Missverstehen z.B. wie das oben beschriebene zu verringern: Wissen Angehörige, dass es der Patientin nicht möglich ist, mehr auf ihre Hilfsangebote, ihre Fürsorge und Unterstützung einzugehen, kann so ein Teil der Frustrationen vermieden werden: Die Patientin „will“ nicht „zu wenig reagieren“, sondern sie kann es nicht. Ebenso erfahren die Angehörigen, warum es für den Patienten nicht immer hilfreich ist, wenn sie ihn komplett von allen Verpflichtungen entbinden, ihm buchstäblich „alles abnehmen“. Hier kann zusammen mit der Familie erarbeitet werden, wo dies wirklich nötig ist und was der Patient andererseits noch gut allein erledigen kann und soll. Auch der Umgang mit eigenen Gefühlen, v.a. auch mit wenige sozial erwünschten wie Wut auf den Patienten und Aggressionen ihm gegenüber, kann besonders wirksam in einer Gruppe angesprochen werden: Wird das Thema von Seiten der Gruppenlei-

tung angeschnitten, finden sich meist mehrere Angehörige, die „zugeben“, dass ihnen solche Gefühle nicht fremd sind, dass sie „leider auch schon einmal ziemlich aggressiv“ gegenüber dem kranken Partner, Kind, Elternteil, etc. geworden seien. Die Erfahrung „anderen geht es auch so, ich bin nicht der einzige“ kann eine große Entlastung gerade für diejenigen Angehörigen sein, die in dem Teufelskreis Aggression und Schuldgefühle gefangen sind – gerade das Beispiel anderer Betroffener ist hier überzeugender als noch so viele Versicherungen von therapeutischer Seite.

Analog zu den psychoedukativen Gruppen und Informationsgesprächen mit den Patienten selbst sollten auch in den Angehörigengruppen Informationen zu den in Tabelle 28 folgenden Themenbereichen gegeben werden (nach Mahnkopf et al., 1997):

Tabelle 28: Themenbereiche für psychoedukative Angehörigengruppen (nach Mahnkopf et al., 1997) (kursiv: Schwerpunkte bei Angehörigen chronisch depressiver Patienten, Kursives von der Verfasserin ergänzt)

-
- Symptomatik der Depression
 - Multifaktorielles Krankheitsmodell
 - Behandlungsformen der Depression,
v.a. auch Phasenprophylaxe, Verschlechterungsprophylaxe, Symptommanagement
 - ❖ medikamentös
 - ❖ psychotherapeutisch
 - ❖ soziotherapeutisch
 - Behandlungsphasen während und nach der stationären Behandlung
 - Verlauf der Depression, *v.a. auch Chronifizierung, Therapieresistenz, rezidivierende Verläufe*
 - Gefahr der Suizidalität
 - Umgang mit einem depressiven Angehörigen
-

Besonders der letzte Punkt bietet viele Anknüpfungspunkte auch für die Familien-Einzelgespräche.

Hier sollten v.a. zu Beginn der Behandlung die Angehörigen das Gefühl haben, ebenso ernstgenommen zu werden wie der Patient – eine Forderung, die selbstverständlich klingen mag, es aber doch nicht ist: Durch die therapeutische Situation bedingt ist es automatisch so, dass der Therapeut seine Informationen über das familiäre und soziale Leben des Patienten in erster Linie aus der Sicht des Betroffenen erhält. Dabei objektiv zu bleiben, ist oft nicht ganz einfach. Den Angehörigen sollte deshalb gerade in den ersten Gesprächen der Eindruck vermittelt werden, dass ihre Sichtweise ebenso gewürdigt wird wie die des Patienten. Auch der Angst, die „Schuld“ an der Erkrankung des Patienten „zugeschoben“ zu bekommen, muss entgegengetreten werden, zumal manche Angehörige evtl. schon negative Erfahrungen in

dieser Richtung gemacht haben – z.B. durch missverstandene Äußerungen von Fachkollegen über die soziale Mitbedingtheit von Depressionen, falschen Informationen aus Zeitungen oder unsachlichen „Ratgeber“-Büchern, Fernsehberichten oder Erzählungen von Bekannten etc.. Auch sollte dem/n Angehörigen genügend Zeit und Raum gegeben werden, ihre Sicht und Anliegen vorzubringen, die Gespräche sollten weder Monologe des Therapeuten noch des Kranken selbst werden.

So kann in den ersten Gesprächen geklärt werden, wo die Familie der Patientin bezüglich ihrer Erkrankung steht, welche Informationen sie evtl. noch über die Erkrankung allgemein und über die Situation der Patientin selbst braucht. Darauf aufbauend können dann die Themen, die in der Familie von Wichtigkeit sind, bearbeitet werden.

Besonders das gemeinsame Finden von Lösungen für unmittelbar anstehende Probleme ist für Angehörige, die sich mit den Widrigkeiten des Alltags im Zusammenleben mit dem chronisch Kranken oft überfordert und alleingelassen fühlen, von großer Wichtigkeit – auf diesem Weg kann Vertrauen aufgebaut werden, dass „hier nicht nur geredet, sondern uns auch wirklich geholfen wird“. Dazu gehören u.a. Fragen wie: Welchen Part kann, welchen muss die Familie in der Sorge für den Kranken übernehmen, Fragen zur finanziellen und materiellen Versorgung – hier kann und sollte auf die fachliche Kompetenz von Sozialpädagogen im stationären Behandlungsteam bzw. auf deren Kollegen im gemeindepsychiatrischen Bereich zurückgegriffen werden - und auch Fragen, welche Rollen der Kranke in der Familie wieder einnehmen kann und wo dies nicht mehr möglich ist. Dass hier die Meinungen von Patient, Angehörigen und auch Therapeuten auseinandergehen können und Kompromisse nötig sind, versteht sich von selbst. Hier kann es z.B. nötig werden, als Therapeut von den Angehörigen Hilfe einzufordern, die sie vorerst nicht bereit sind zu geben oder um die der depressive Patient nicht zu bitten wagt, andererseits aber auch, überprotektive Haltungen der Angehörigen zu verhindern oder auch die Angehörigen vor den überzogenen Hilfsansprüchen („Es sollte immer jemand für mich da sein.“) des Patienten zu schützen. Die Therapeutin hat hier die nicht leichte Aufgabe, im Sinne ihres Patienten den Kompromiss zu fördern, der für alle Beteiligten tragbar erscheint und keine der beiden Seiten über-, aber auch nicht auf Kosten des anderen unterfordert.

Das Angebot konstanter Begleitung auch der Familie durch den Therapeuten, die Möglichkeit, in schwierigen Situationen auf einen kompetenten Ansprechpartner zurückzugreifen, kann eine große Entlastung für die ganze Familie bedeuten.

Wird deutlich, dass einer oder mehrere der Angehörigen selbst therapeutischer Unterstützung bedarf, kann der Therapeut Adressen und Anlaufstellen nennen, an die sich die Familienmitglieder wenden können – es ist davon abzuraten, die Therapie eines Angehörigen des eigenen

Patienten zusätzlich zu übernehmen.

Um die Informationsvermittlung über Depressionen in den Einzelgesprächen und den psychoedukativen Angehörigengruppen zu intensivieren und das Besprochene zu vertiefen, können Informationsbroschüren ausgeteilt und/oder Literatur empfohlen werden.

1.3.5. Exkurs: Selbsthilfegruppen²³

Selbsthilfegruppen für depressiv Kranke sind gerade auch für chronisch Kranke hilfreich: Sie bieten die Möglichkeit, wieder mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen als mit professionellen Helfern oder der eigenen Familie bzw. dem oft „geschrumpften“ Freundes- und Bekanntenkreis. Das soziale Netz kann so langsam wieder aufgebaut bzw. das bestehende erweitert werden. Die Patienten treffen dort andere Patienten, die unmittelbar aus dem eigenen Erleben heraus ihre Beschwerden und viele der eigenen Probleme kennen und so leichter Verständnis aufbringen – besonders auch der Austausch über Schwierigkeiten in der Familie, mit dem Partner, den nächsten Verwandten und Angehörigen ist für viele eine wichtige Hilfe, da die Angehörigen selbst durch ihre Rolle als Konfliktpartei hier als Ansprechpartner ausfallen. Das Wir-Gefühl zu erleben, das sich durch die regelmäßigen Treffen ergibt, ist eine Erfahrung, die viele Patienten entweder nur bei einer stationären Behandlung gemacht haben und die viele in der Rückschau oft vermissen - oder eine solche, die sie schon länger – etwa seit Beginn der Erkrankung- nicht mehr machen konnten: Das Gefühl, nicht mehr mithalten zu können, Angst vor sozialer Interaktion, Insuffizienzerleben und ähnliche depressive Symptome mehr führen oft zu einem Rückzug aus Gruppen wie Vereinen, Freundeskreisen oder auch aus dem kirchlichen Gemeindeleben.

Wenn Selbsthilfegruppen über längere Zeit bestehen bleiben, können sie so ein wichtiger Baustein für die soziale Einbindung und die kontinuierliche Unterstützung sein, der bei chronisch Kranken eine eminente Bedeutung zukommt. Sie bilden zusätzlich eine Art Schnittstelle zwischen professioneller Begleitung und dem nicht-professionellen sozialen Netz der Patientin – und können so auch als einer der ersten Schritte „nach draußen“ angesehen werden: Da die Gruppen nicht therapeutisch geleitet werden, sondern jeder Teilnehmer für sich selbst verantwortlich ist, kann der Betroffene so lernen, sein Leben wieder mehr in die eigene Hand zu nehmen, Entscheidungen wieder selbständig zu treffen und zu erleben, dass auch andere ihn trotz seiner evtl. noch bestehenden Einschränkungen als vollwertiges Mitglied einer Gemeinschaft akzeptieren.

Schwierigkeiten können sich allerdings dadurch ergeben, dass chronisch depressiv Kranke auch in dieser Gemeinschaft eine Sonderrolle einnehmen: Wie oben für die stationäre Behandlung beschrieben, besteht auch hier die Gefahr, dass der chronisch Kranke sich kraft des längeren Verlaufs, der längeren bisherigen Krankheitsgeschichte und/oder seiner größeren Anfälligkeit für Resignation und Unzufriedenheit mit seiner Lebenssituation selbst hier in der

²³ Anmerkung: Dieses Kapitel erschien in gekürzter Form im Buch Wolfersdorf & Heindl (2003), S.150-153

Gruppe in ein soziales Abseits manövriert, indem er die anderen über Gebühr strapaziert, zu viel von ihnen fordert, gemeinsame Aktivitäten entwertet oder durch permanentes Klagen die Gruppenatmosphäre negativ beeinflusst. Die Gruppenteilnehmer sollten selbst darauf zu achten lernen, wie sie die Gruppe so gestalten können, dass derartige Probleme wahrgenommen und wenn möglich ausgeräumt werden. Im folgenden sind einige Hinweise und Regeln für Selbsthilfegruppen dargestellt, die dies erleichtern können.

(entnommen aus dem Faltblatt „Tipps für die Arbeit von Selbsthilfegruppen – Aus Erfahrungen lernen, Nationale Kontakt und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, NAKOS, Stand 2000, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., gekürzt und ergänzt von der Verfasserin):

Tab. 29: Vorschläge und Tipps für die Arbeit von Selbsthilfegruppen.

(entnommen aus dem Faltblatt „Tipps für die Arbeit von Selbsthilfegruppen – Aus Erfahrungen lernen, Nationale Kontakt und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, NAKOS, Stand 2000, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., gekürzt und ergänzt von der Verfasserin):

Rahmenbedingungen:

- Gruppengröße: ca. 6-12 Teilnehmer;
- Neutrale Umgebung (nicht: Privatwohnung eines Teilnehmers, der sonst „Gastgeber“ sein müsste, außerdem wären dort mehr Störungen zu erwarten (Telefon, Kinder, etc.);
- Häufigkeit und Dauer der Treffen verbindlich festlegen (z.B. wöchentlich je eineinhalb Stunden);
- Verbindlichkeit ist v.a. in der Anfangsphase wichtig, damit sich die Vertraulichkeit einstellen kann, die für eine effektive Arbeit der SHG nötig ist. Bewährt hat sich, zu Beginn die Teilnahme für einen bestimmten Zeitraum (z.B. 10 Treffen) verbindlich zu verabreden und danach über ein Weiterbestehen der Gruppe zu beschließen;
- Regelmäßigkeit der Teilnahme: Wenn ein Teilnehmer nicht kommen kann, soll er dies vor der Gruppe mitteilen bzw. sich von einem Mitglied entschuldigen lassen;
- Pünktlichkeit (sowohl Beginn als auch Ende der Gruppe);
- Sitzordnung: geschlossener Kreis;
- Kein Essen, Trinken oder Rauchen während der Treffen → konzentrierte Atmosphäre schaffen (besser: sich zusätzlich zu anderer Zeit zu einen „gemütlichen Abend“ verabreden);
- Ausscheiden aus der Gruppe: Nicht einfach „wegbleiben“, sondern der Gruppe mitteilen, dass und warum man ausscheiden möchte. So können evtl. Konflikte bereinigt werden, was u.U. evtl. ein Verbleiben in der Gruppe ermöglicht, bzw. wird ein klarerer Abschluss für den ausscheidenden und die bleibenden Teilnehmer geschaffen;

Zur Arbeit in der Gruppe:

- Keine „stets harmonische Atmosphäre“ erwarten – Konflikte und Probleme treten in jeder Gruppe auf. Gerade die SHG kann ein gutes Übungsfeld dafür bieten, besser mit Konflikten umgehen zu lernen → wichtig gerade bei Menschen, die unter Depressionen leiden, da diese erfahrungsgemäß oft Probleme haben, Konflikte auszuhalten und auszutragen;
 - Blitzlicht-Runde zu Beginn und Ende jeder Sitzung: Jeder berichtet kurz über seine derzeitigen Gefühle und Erwartungen; solche Runden können auch eingesetzt werden, wenn das Gespräch ins Stocken gerät oder wenn Schwierigkeiten auftauchen;
 - Gesprächsverlauf ist offen. Die Gruppe kann sich ein Thema wählen, über das sie in der jeweiligen Sitzung sprechen möchte;
-

- Jede(r) ist für sich selbst verantwortlich. Es gibt keine feste Leitung. Die Aufgaben innerhalb der Gruppe (z.B. Kontakt nach außen, Werben neuer Gruppenmitglieder, Absprachen mit der Institution, die die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt, etc.) sollen von allen wahrgenommen werden. Es kann zu Beginn der Sitzung ein Gruppenleiter bestimmt werden, der die Runde eröffnet, beschließt und währenddessen darauf achtet, dass die Gesprächsregeln eingehalten werden. Diese Aufgabe sollte aber reihum und jedes Mal von einem anderen Teilnehmer wahrgenommen werden;
 - Es kann immer nur einer sprechen. Möglichst die „Ich-Form“ (nicht: „man“, nicht: „wir“) verwenden. Sich direkt an die anderen Teilnehmer wenden, mit ihnen sprechen, nicht über sie;
 - Sprechen über eigene Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen, nicht über Außenstehende („mein Mann/meine Frau/Kind/Mutter/Freundin...“);
 - Möglichst offen über Gefühle sprechen;
 - Störungen haben Vorrang: Wer nicht mehr zuhören kann, sollte das möglichst bald ansprechen, die Gruppe sollte dann den Verlauf unterbrechen und sich dem Problem zuwenden;
 - Eigenständigkeit respektieren: Kein „Richtig“ oder „Falsch“, nicht bewerten oder kritisieren, sondern die Meinung des anderen so stehen lassen lernen. Keine Ratschläge, keine Versuche, den anderen zu „therapieren“!
 - Probleme dürfen offengelassen werden. Keinen zeitlichen Druck aufbauen. Geduld mit sich und den anderen haben, wenn häufig dieselben Probleme geäußert werden. Keine „Warum-Fragen“, die von den Erfahrungen und Gefühlen wegleiten;
 - Schweigepflicht nach außen: Was in der Gruppe besprochen wird, bleibt in der Gruppe – das gilt auch für Partner und Angehörige!
-

1.3.6. Soziotherapeutische Maßnahmen²⁴

Wie schon mehrfach angeklungen, sind soziotherapeutische Interventionen ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Einen wichtigen Teil davon bildet die „klassische Sozialarbeit“. Gerade Patienten mit chronischen Depressionen sehen sich oft sozialen Konstellationen gegenüber, die nicht nur ihnen selbst schwer zu bewältigen erscheinen, sondern es auch objektiv betrachtet *sind* – per definitionem besteht die Krankheit schon über einen längeren Zeitraum und so hatten auch die dadurch aufgetretenen Schwierigkeiten Zeit, sich zu verfestigen bzw. waren die Patienten oft schon länger nicht mehr in der Lage, sich um wichtige Bereiche ihres Lebens adäquat zu kümmern. Hier ist die Kompetenz von Fachleuten für diese Belange – sprich: Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen ein wichtiger Bestandteil der Behandlung (vgl. zum Folgenden Schuler et al., 1997, S.47ff).

Das beginnt bereits bei der Aufnahme eines Patienten im stationären Rahmen. Sich auf die Behandlung einzulassen, wird ihm leichter fallen, wenn er weiß, dass sich die Umstände in seinem „natürlichen Umfeld draußen“ nicht weiter verschlechtern, weil er seine Pflichten nicht wahrnehmen kann: Die Versorgung von Kindern oder anderen Verwandten, die auf den Patienten bisher angewiesen waren (z.B. pflegebedürftige Verwandte etc.) oder auch die Regelung von Belangen der Krankenversicherung sind Beispiele dafür. Hier kann ein stationär arbeitender Sozialpädagoge zeitweise der Patientin bzw. ihrer Familie zur Seite stehen und ihnen helfen, anstehende Probleme zu lösen, um dann im Verlauf der Behandlung immer mehr Verantwortung wieder an die Betroffenen zurückzugeben, soweit dies möglich erscheint. Werden die Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten vorbereitet und dann gemeinsam mit ihm durchgeführt, kann dies eine doppelt positive Wirkung haben: Der Patient gewinnt den nötigen Einblick in seine eigenen Belange und kann im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst dazu beitragen, die Probleme zu bewältigen, die anfangs noch schier unbewältigbar erschienen. Im günstigsten Fall kann diese Erfahrung als generalisierende Lernerfahrung bei anderen Situationen dienen („Wenn ich mich vor ein schweres Problem gestellt sehe, das mir zuerst kaum bezwingbar erscheint, kann ich mir immer noch jemanden suchen, der sich gut damit auskennt und der mir dabei hilft, es doch in den Griff zu kriegen.“).

Je nach Grad der Beeinträchtigung des Patienten stehen verschiedene Bereiche im Vordergrund der Interventionen: Bei noch arbeitsfähigen Patienten hat der Erhalt des Arbeitsplatzes einen großen Stellenwert. Hier kann beispielsweise durch einen gestuften Wiedereinstieg die Rückkehr an die „alte Stelle“ erleichtert, ja oft erst möglich gemacht werden, da bei vielen

²⁴ Anmerkung: Dieses Kapitel erschien in gekürzter Form im Buch Wolfersdorf & Heindl (2003), S.158-160

Patienten der Übergang von Krankschreibung auf Vollzeitarbeit einen zu großen Schritt darstellen würde, der die erreichten Besserungen wo nicht zerstören, so doch gefährden würde. Damit eng verbunden ist ganz allgemein die Sicherung des Lebensunterhaltes des Betroffenen, v.a. in den Fällen, in denen die Arbeitsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. Vorzeitige Berentung, das Zuziehen der Schuldnerberatung, Unterstützung bei der Beantragung von Maßnahmen nach dem Arbeitsförderungsgesetz etc. können hier wichtige Schritte sein. Daran anschließend bzw. darauf aufbauend können Sozialtrainings, bei denen die Patientin lernt, ihre Finanzen wieder selbst zu regeln und sich selbst zu versorgen, bzw. wo dies nicht mehr möglich ist, fürsorgliche Interventionen v.a. für alte Patienten wie das Suchen von Alten(pflege)heimplätzen, Gesundheitsfürsorge, ambulante psychiatrische Pflege, „Essen auf Rädern“ und das Sicherstellen einer gewissen Kontaktdichte (vgl. dazu auch Tabelle 28: Sozialarbeiterisch relevante Institutionen).

Weitere wichtige Bestandteile soziotherapeutischer Arbeit stellen Psychoedukation und v.a. die Begleitung des Patienten in seine alltägliche Umgebung dar (vgl. Schuler et al., 1997). Der Sozialarbeiter kann dabei von verschiedenen Seiten aus betrachtet Entscheidendes zum Therapieprozess beitragen: Sowohl diagnostisch als auch für die Planung des weiteren Vorgehens ist es aufschlussreich, das Lebensumfeld des Patienten „aus erster Hand“ kennen zu lernen. Das „Sichannähern“ an den Ort, an dem die Probleme des Patienten erstmals aufgetreten sind und an den er nach dem schützenden Rahmen der Klinik wieder zurückkehren wird, um sich einigen davon wieder stellen zu müssen, kann für den Patienten sehr angstbesetzt sein – das *gemeinsame* Dorthingehen und direkt vor Ort miteinander darüber zu sprechen, kann hier eine große Hilfe sein und den Schritt leichter erscheinen lassen. Gerade und besonders die Angehörigenarbeit kann hier auch in einem Umfeld stattfinden, das für die Angehörigen vertraut ist, was evtl. das Aufeinanderzugehen leichter machen kann als es in der Klinik möglich wäre.

Es gilt, „so viele Brücken wie möglich von Therapie zum Alltag und vom Alltag zur Therapie zu bauen“ (ebd., S.51) - Sozialarbeit kann und soll dabei einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie eine „Brücke von den in der Therapie eingeleiteten neuen Verhaltensweisen zur notwendigen Veränderung in der realen Lebensumwelt des Patienten“ (ebd., S.48) darstellen kann.

Tabelle 30 : Sozialarbeiterisch relevante Institutionen (aus Schuler et al., 1997, S.52)

Ambulantes Sozial- psychiatrisches Netz	Vermittlung zu Sozialpsychiatrischen Diensten, Tages- stätten, Kontaktcafés, Angehörigengruppen, Nachsorge, Berufsbegleitende Dienste, Integrationsprojekt, Betreu- tes Einzelwohnen, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)
Krankenkassen	Versicherungsschutz, Krankengeld, Haushaltshilfe, Kin- derbetreuung, ambulante psychiatrische Pflege, BKK- Modell
Arbeitsamt	Arbeitsvermittlung, Stelleninformationssystem SIS, Arbeitslosengeld, -hilfe, AFG-Finanzierung nach Krankengeld, Berufsberatung, Berufsinformati- onszentrum, Frauenförderstelle, Rehaberatung, Umschulung
Versorgungsämter	Schwerbehindertenantrag zur Erweiterung des Kündigungsschutzes
Sozialämter	Lebensunterhalt, einmalige Hilfen
Jugendämter	Sorge- und Umgangsrecht, Familienhelferinnen, Unterhaltsvorschusskasse
IAV-Stellen	Koordination von pflegerischen Diensten, Sozial- stationen, Nachbarschaftshilfe, Wohnprojekten
für Senioren	Seniorenbegegnungsstätten, Rat, Wohnformen
für Frauen	Frauzentrum, Förderstelle, Modell Mutter und Kind, Krabbelgruppen
Rentenversicherungs- träger	Rente, Widerspruch, Rehafinanzierung
Landesbauernverband	Betriebs- und Dorfhelfer, Beratung bei Hofauf- gabe, Pacht, Sonderfonds für Erholungszeiten
für Asylanten und - Ausländer	beauftragte, Beratungsdienste für Ausländer, -ämter, (Duldung)
Banken, Versicherungen, Inkassofirmen	
Schuldnerberatung, Rechtsanwälte, Verbraucherschutz	
Ordnungs-, Wohnungs-, Gesundheitsamt	
Amts- und Sozialgerichte	
Selbsthilfegruppen	
Arbeitskreise zur Planung und Vernetzung der Versorgung in der Region	

2. Empirischer Teil

2.1. Fragestellung

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits ausgeführt, stellt die Subgruppe der therapieresistenten bzw. chronisch depressiven Patienten eine besonders schwierige Aufgabe an Behandelnde und Forscher.

Erstes Ziel ist es, im Folgenden eine genaue Beschreibung dieser Subgruppe zu bieten.

Wie im theoretischen Teil ausgeführt, gibt es erhebliche Unterschiede allein schon dann, wenn die Größe dieser Gruppe eingeschätzt werden soll, was u.a. daran liegt, dass es keine einheitliche Definition der Therapieresistenz und der Chronizität gibt. Deshalb wurde den vorliegenden Untersuchungen als Definition die oben ausgeführte Kriteriensammlung (vgl. Kapitel 1.3.1.2.1.1. und 1.3.1.2.2.) zu-grundegelegt.

Diese Kriterien wurden an alle deutschen Depressionsstationen verschickt, die dem Arbeitskreis Depressionsstationen angehören. Im beiliegenden Fragebogen (siehe Anhang) wurden die zuständigen Therapeuten gebeten, eine Einschätzung davon zu geben, auf wie viele ihrer Patienten diese Kriterien zugetroffen haben bzw. noch zutreffen. Als Referenzzeitraum wurde einerseits das zur Zeit der Untersuchung vergangene Jahr (1999) bzw. zur Erhebung der Punktprävalenz ein Stichtag angegeben.

Dadurch wurde es möglich, anhand einer großen Stichprobe die erwünschte Einschätzung der Größe der Subgruppe vorzunehmen. Außerdem kann mit diesen Daten ein Vergleich der Klientel der verschiedenen Depressionsstationen angestellt werden. Eingegangen wird dabei auf den Anteil der nicht primär als depressiv diagnostizierten Patienten, der mono- und bipolar Erkrankten sowie im Besonderen auf diejenigen, die im Sinne der Definition als chronisch und therapieresistent eingestuft wurden. Diese letzte Gruppe wird außerdem in drei voneinander zu unterscheidende Subgruppen geteilt.

Eine detailliertere Beschreibung dieser Gruppen hat der zweite Teil der Untersuchung zum Ziel: Hier wird eine Stichprobe genauer beschrieben, die auf der Depressionsstation und einer weiteren Station des BKH Bayreuth erhoben worden ist: Wie groß ist der Anteil der chronisch und therapieresistent Depressiven in dieser Stichprobe? Gibt es Merkmale, anhand derer sich diese Gruppe von der restlichen Stichprobe unterscheidet? Sind dies die Merkmale, die in der Literatur beschrieben sind? Eine Anzahl (n=5) der als chronisch und therapieresistent depres-

siv eingestuften Patienten wird zudem einzelfallanalytisch untersucht. Ein zu diesem Zweck entwickelter Interviewleitfaden wird vorgestellt, die Ergebnisse der Interviews mit den fünf Patienten und Patientinnen werden referiert.

2.2.Untersuchungsaufbau

2.2.1. Aufbau der Erhebung auf Depressionsstationen zum Anteil therapieresistenter und chronisch Depressiver an den behandelten Patientenpopulationen

Am 31.01.2000 wurden allen Ansprechpartnern und -partnerinnen der Depressionsstationen im Arbeitskreis Depressionsstationen ein Brief sowie ein mehrseitiger Fragebogen zugeschickt. Im Brief wurde das Anliegen der Umfrage erläutert und die Kolleginnen und Kollegen um ihre Mitarbeit gebeten. Der verwendete Fragebogen soll hier allerdings nicht näher erläutert werden, denn es stellte sich bei den ersten Rücksendungen und bei der Bearbeitung auf der eigenen Station heraus, dass einige der Fragen missverständlich formuliert waren. So wurde ein zweiter, überarbeiteter Fragebogen erstellt und zugeschickt. Die Stationen, die schon vor dem Rücksendetermin den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt hatten, erhielten diesen zurück, sodass sie die darin gemachten Angaben zur Beantwortung des zweiten Bogens verwenden konnten.

Der neue Fragebogen bestand aus zwei Übersichten (vgl. Abbildung 15 sowie im Anhang vollständig mit Erläuterungen).

Im ersten Teil wurden die im Jahr 1999 auf der jeweiligen Depressionsstation behandelten Patienten erfasst, um damit eine Streckenprävalenz zu bestimmen. Die Teilnehmer sollten darüber Auskunft geben, auf wie viele ihrer Patienten, die sie im letzten Jahr behandelt hatten, die Kriterien zutrafen. Da es sehr schwierig war, hier ganz genaue Zahlen anzugeben, gab es auch die Möglichkeit, diese Zahlen zu schätzen. In der obersten Zeile des Bogens gab es ein entsprechendes Kästchen, in dem angekreuzt werden konnte, ob es sich um exakte Zahlen oder um Schätzungen handelte. Wenn zum Teil exakte Zahlen, zum Teil Schätzungen angegeben wurden, sollte das hinter jeder Antwort entsprechend vermerkt werden.

Im ersten Feld sollte die Anzahl aller Patienten eingetragen werden, die im kompletten Jahr 1999 auf der jeweiligen Station behandelt wurden. Das erste Kriterium war dann die Bestimmung des Störungsbildes allgemein: Hier sollte unterschieden werden, wie viele der Patienten als primär depressiv eingestuft worden waren und wie viele nicht - d.h. im letzteren Fall also z.B. Patienten, die primär persönlichkeitsgestört oder suchtkrank waren oder solche, die primär an einer Angststörung litten.

Abbildung 15: Fragebogen der Umfrage (Teil 1)

Übersicht über die im Jahr 1999 auf der Depressionsstation behandelten Patienten
 evakuierte Patienten (E) gemischt (siehe jew. Feld)

1. Alle auf der Depressionsstation im Jahr 1999 behandelten Patienten

2. Primär depressive Patienten

3. Personen, die nicht als primär depressiv diagnostiziert wurden (z.B. primär Persönlichkeitsgestörte, suchtkranke Patienten, Pt. mit Angststörungen, etc.)

4. bipolare Störungen

5. unipolare Störungen

Erkrankungsdauer vor Aufnahme unter 2 Jahren

Erkrankungsdauer vor Aufnahme mindestens 2 Jahre

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre kürzer als 8 Wochen

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre 8 Wochen oder länger

6. medikamentös nicht oder nicht adäquat vorbehandelt

bereits vor Aufnahme medikamentös adäquat vorbehandelt

[Besserung]

keine Besserung durch med. Vorbehandl.

7. geringe Symptom-schwere (Dys-thymia)

8. gemischte Symptom-schwere (Double depression)

9. größere Symptom-schwere (mindestens leichte depr. Episode, minor d.)

behandelt

unbehandelt

beh. unbeh.

beh. unbeh.

beh. unbeh.

10. gebessert 11. ungebessert

12. geb. 13. ungeb. 14. geb. 15. ungeb.

II. Überblick über die am Stichtag (15.02.00, wahlweise auch 15.03.00) auf der Depressionsstation behandelten Patienten

1. Alle auf der Depressionsstation am Stichtag behandelten Patienten

2. Primär depressive Patienten

3. Personen, die nicht als primär depressiv diagnostiziert wurden (z.B. primär Persönlichkeitsgestörte, suchtkranke Patienten, Pt. mit Angststörungen, etc.)

4. bipolare Störungen

5. unipolare Störungen

Erkrankungsdauer vor Aufnahme unter 2 Jahren

Erkrankungsdauer vor Aufnahme mindestens 2 Jahre

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre kürzer als 8 Wochen

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre 8 Wochen oder länger

6. medikamentös nicht oder nicht adäquat vorbehandelt

bereits vor Aufnahme medikamentös adäquat vorbehandelt

[Besserung durch med. Vorbehandl.]

keine Besserung durch med. Vorbehandl.

7. geringe Symptom-schwere (Dys-thymia)

8. gemischte Symptom-schwere („double depression“)

9. größere Symptom-schwere (mindestens leichte dep. Episode, minor d.)

behandelt

unbehandelt

beh. unbeh.

beh. unbeh.

beh. unbeh.

10. gebessert 11. ungebessert

12. geb. 13. ungeb. 14. geb. 15. ungeb.

Störungs-bild

Verlauf

Zeit-kriterium

Unterbre-chungs-kriterium

medika-mentöse Vorbe-handlung

Behand-erfolg d. medik. Vorbehandl.

Schwere-grad der Störung (Aufnahme-befund)

Bisherige Behandlung auf Station

bisheriger Beh.-erfolg

Dann sollte - unter 4. und 5. - angegeben werden, wie viele davon unter einer bipolaren und wie viele davon unter einer unipolaren depressiven Störung litten. Diese Angaben wurden dann als Bezugswerte für die späteren Rechnungen und Prozentangaben verwendet, sie stellten also den „Nenner“ bzw. die Referenzgruppen dar:

Wie groß war jeweils der Anteil der chronischen oder therapieresistenten Patienten, bezogen auf alle dort behandelten Patienten, bezogen auf alle primär Depressiven und bezogen auf

alle, die unter einer unipolaren Störung litten? Diese letzte Zahl - also der Anteil an den unipolar Depressiven - wurde als die aussagekräftigste betrachtet und deshalb auch in der Übersicht aufgeführt: Der Anteil der chronisch bzw. therapieresistent Depressiven wird einerseits in vielen Publikationen auf diese Population bezogen, andererseits entstünde auch ein nicht ganz zutreffendes Bild, wenn man die anderen Werte als hauptsächliche Referenzzahlen heranziehen würde: Schließlich wurden bei den darauf folgenden Angaben nur die unipolar chronisch Depressiven betrachtet; alle chronisch nicht primär Depressiven und alle chronisch bipolar Depressiven sind als nicht näher beschriebene Subgruppe herausgenommen worden.

Die Kriterien der Chronizität bzw. Therapieresistenz wurden wie folgt definiert (vgl. 1. Theoretischer Teil):

Das Zeitkriterium wurde auf zwei Jahre festgelegt - die Erkrankungsdauer vor Aufnahme sollte also mindestens zwei Jahre betragen. Diese zwei Jahre durften nur kurz von beschwerdefreien Intervallen unterbrochen worden sein: Die symptomfreie Zeit durfte höchstens jeweils acht Wochen betragen haben. Dies waren die rein zeitlich orientierten Bestimmungsstücke. Daraufhin folgte der behandlungsorientierte Teil des Fragebogens: Es sollten nur diejenigen Patienten betrachtet werden, die bereits vor der Aufnahme medikamentös adäquat vorbehandelt waren und bei denen diese Behandlung nicht den gewünschten Erfolg erbracht hatte - diejenigen also, die man als pharmakologisch therapieresistent bezeichnet.

Hier wurde auf dem beiliegenden Erläuterungsblatt die folgende Definition angegeben: Sie wurde erstellt in Anlehnung an Helmchens (1990) bzw. Möllers (1997, S. 3) klinisch-pragmatische Definition der Therapierefraktärität (vgl. oben):

„fehlende Response auf wenigstens 2 Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkungsschwerpunkten bei ausreichender Dosierung und Therapiedauer (z.B. mindestens 150 mg eines Trizyklikums über 4-6 Wochen oder eine adäquate Tagesdosis z.B. eines SSRIs oder neueren Antidepressivums)“

Die verbleibende Gruppe sollte danach unterteilt werden, wie schwer ihre Symptome bei Aufnahme waren. Es gab drei verschiedene Gruppen:

1. Die geringe Symptomschwere wurde nach der ICD-10-Definition der Dysthymia definiert.
2. Der gemischte Schweregrad wurde definiert als Dysthymia, in deren Verlauf zusätzlich auch schwerere depressive Episoden auftraten, also das, was Keller und Shapiro (1982) als „double depression“ bezeichneten.
3. Die Gruppe mit größerer Symptomschwere bestand aus den Patienten, die über zwei Jahre lang fast ununterbrochen mindestens unter einer depressiven Episode (mindestens „leicht“) im Sinne der ICD-10 litten (also mindestens zweijährige Episoden von geringer oder mittelschwerer oder schwerer Symptomschwere).

Dann sollten diejenigen herausgenommen werden, die auf der Depressionsstation nicht adäquat behandelt werden konnten, z.B. weil sie die Behandlung zu früh abbrachen oder die Compliance zu gering war und ähnliches. In der letzten Zeile wurde dann der Behandlungserfolg auf der Station betrachtet: Unter „gebessert“ sollten die Patienten eingetragen werden, die nach der Behandlung auf der Depressionsstation (also pharmakologisch, psycho- und soziotherapeutisch adäquat) als gebessert entlassen werden konnten, d.h. die nicht mehr die Kriterien der jeweiligen Störung erfüllten (bei Dysthymia und double depression: diejenigen, die nicht mehr die Kriterien der Dysthymia nach ICD-10 erfüllten.).

Ungebessert waren diejenigen Patienten, die nach der Behandlung auf der Depressionsstation (pharmakologisch wie auch psycho- und soziotherapeutisch adäquat behandelt) dennoch mit nahezu gleich schwerer Symptomatik entlassen werden mussten bzw. wenn sie seit dem Jahr 1999 noch auf Station waren: bei denen abzusehen war, dass sie als relativ ungebessert würden entlassen werden müssen.

Diese Gruppen - also Nr. 11., 13. und 15. in der Übersicht - sind diejenigen, die im Sinne der Untersuchung als therapieresistent einzustufen sind: Es sind also chronische Patienten, bei denen auch die Behandlung auf einer Spezialstation keine nennenswerte Besserung brachte.

Dieselben Fragen wurden dann gestellt, um eine Punktprävalenz zu erheben: Sie bezogen sich auf die Patientengruppe, die an einem Stichtag auf der Station behandelt wurde. Eine Ergänzung bezog sich auf diejenigen Patienten, die am Stichtag noch nicht lange genug auf der Station behandelt wurden, um abzuschätzen, wie sich die Behandlung auswirken würde; sie sollten als „unbehandelt“ eingestuft werden.

2.2.2. Aufbau der Untersuchung einer am Bezirkskrankenhaus Bayreuth erhobenen Patientenstichprobe

2.2.2.1. Aufbau der Untersuchung der Gesamtstichprobe:

Vergleich verschiedener Subgruppen

Hier handelte es sich um eine Mischung aus verschiedenen forschungsstrategischen Vorgehensweisen:

Es wurde zunächst eine größere Anzahl von Patienten und Patientinnen untersucht, nämlich all jene, die im Zeitraum zwischen Juni 1998 und August 2000 (also in zwei Jahren) mit der Aufnahmediagnose Depression (operationalisiert anhand des Aufnahmebefundes nach ICD-10) auf den oben erwähnten beiden Stationen²⁵ des Bezirkskrankenhauses Bayreuth aufgenommen und in die Qualitätssicherung einbezogen wurden. Die Untersuchung erfolgte mittels vorgegebener Instrumente (Fragebogen zur Krankheitsvorgeschichte/Anamnese, zu soziodemographischen Aspekten, zu Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne der Qualitätssicherung) bei Aufnahme und am Ende der Behandlung.

Aus der Gruppe der so Erfassten wurden dann die ersten Patienten, die die Kriterien erfüllten – also die sog. „chronisch und therapieresistent depressiv gestörten Patienten“ - mittels einzelfallanalytischer Methoden genauer beschrieben.

²⁵ Bei der einen der beiden handelte es sich um eine sog. Depressionsstation (Definition und Beschreibung siehe 1. Theoretischer Teil), bei der anderen um eine ähnlich strukturierte Station, die vorwiegend depressiv gestörte Patienten behandelt. Von letzterer Station wurden aus technischen Gründen nur 2 Patienten in die Untersuchung aufgenommen, es handelt sich also fast ausschließlich um Patienten, die auf der Depressionsstation behandelt wurden.

Versuchsplan

Zunächst wurden die neu aufgenommenen Patienten der Depressionsstation und einer vom Behandlungsangebot her vergleichbaren Station anhand der Daten des Aufnahmebefundes in zwei Gruppen eingeteilt:

Potentiell chronische und therapieresistente depressive Patienten (Gruppe 2) vs. nicht chronisch und therapieresistente depressive Patienten (Gruppe 1).

Einschlusskriterien der ersten Gruppe – abgeleitet aus den im Theorieteil erläuterten Definitionskriterien als Arbeitshypothese – waren folgende:

- Dauer der depressiven Phase von mindestens zwei Jahren ohne längere symptomfreie Zeiten (Abbruchkriterium: mindestens 8 Wochen Symptombfreiheit)
- adäquate medikamentöse Vorbehandlung

Da sich die Therapiekonzeptionen von Depressionsstationen für die aufgezeigten Gruppen im Detail nicht unterscheiden (vgl. Wolfersdorf et al., 1997b) und ein vergleichbares Stationssetting auch auf der anderen Station gegeben war, kann davon ausgegangen werden, dass alle Patienten eine in etwa vergleichbare Behandlung (Treatment) erfuhren. Betrachtet man weiterhin die Standards stationärer Depressionsbehandlung auf Depressionsstationen (vgl. Wolfersdorf et al., 1995), so kann ebenso von einer sowohl pharmakologisch als auch psychotherapeutisch und psychosozial adäquaten Therapie im Sinne der oben angeführten Kriterien ausgegangen werden.

Nach Abschluss der Behandlung wurde die Gruppe derjenigen, die vor Beginn als potentiell chronisch und therapieresistent bezeichnet wurde, dahingehend untersucht, inwieweit eine Besserung der Symptomatik erreicht werden konnte. Diejenigen, die durch die Behandlung nicht oder nicht ausreichend Besserung erfahren hatten, bildeten die Gruppe der als chronisch und therapieresistent Bezeichneten. Sie wurde mittels deskriptiver statistischer Methoden ausführlich beschrieben und ihre Kenndaten wurden mit denen der nicht chronisch und therapieresistenten Gruppe verglichen.

Erläuterungen zu den einzelnen Stufen des Untersuchungsverlaufes

Erhebung des Aufnahme- und Entlassbefundes

Auf der Depressionsstation und ebenso auf der dem Behandlungsangebot nach vergleichbaren Station des Bezirkskrankenhauses Bayreuth wurden zu Qualitätssicherungszwecken routinemäßig Daten mittels eines Basisdokumentationsfragebogen erhoben (siehe Anhang):

Dieser Fragebogen enthielt Teile, die vom behandelnden Therapeuten und solche, die vom Patienten selbst auszufüllen waren. Einige Teile wurden zu Beginn der Behandlung, andere am Ende oder zu beiden Zeitpunkten erhoben, um Veränderungen abzubilden.

Bei den ersteren handelte es sich um Fragen zu soziodemographischen Aspekten (Alter, Geschlecht, berufliche Situation, etc.) und zur Krankheitsvorgeschichte.

Am Ende der Behandlung wurden diagnostische Daten, Behandlungs- und Verlaufsaspekte abgefragt.

Diese lassen sich – gemäß der Einteilung von Qualitätssicherungsbereichen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität - folgendermaßen gliedern (Tabelle 29).

Die so gewonnen Daten standen also zur Verfügung, ihre Erhebung stellte keine zusätzliche Belastung für die Patienten und Patientinnen, noch für die Therapeutinnen und Therapeuten der Stationen dar.

Der erwähnte Basisdokumentationsbogen lag – wie erwähnt - bereits vor (siehe Anhang) und wurde schon bei verschiedenen Untersuchungen zur Qualitätssicherung und zu Forschungszwecken eingesetzt (vgl. u.a. Heindl, 1998).

Ziel dieses Teils der Untersuchung ist es, mittels Gruppenvergleich diejenigen Patienten detailliert zu beschreiben, die die oben (vgl. 1. Theorieteil!) aufgestellten Kriterien chronischer und therapieresistenter Depression erfüllen.

Tabelle 31: Darstellung der routinemäßig erhobenen Daten unter dem Aspekt der Prozess- und Ergebnisqualität

Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Psychopharmaka:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art, ➤ Kombinationsbehandlung, ➤ Substanzwechsel, ➤ Probleme bei der Psychopharmakatherapie; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zustandsänderung nach CGI²⁶ ➤ Zustandsänderung nach HAMD²⁷ ➤ Zustandsänderung nach BDI²⁸ <p>(Vergleich: Aufnahme – Entlassung, d.h. diese Fragebögen werden zweimal vorgelegt)</p>
<p>Spezielle Psychotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Art, ➤ Anzahl der Sitzungen, ➤ Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie; 	<p>Dauer des stationären Aufenthaltes (und Einschätzung der Angemessenheit der Aufenthaltsdauer durch Patient und Therapeut)</p>
<p>Spezielle (medizinische) Diagnostik</p>	<p>Patientenzufriedenheit mit der Behandlung</p>

Es lagen am Ende des Erhebungszeitraumes 154 ausreichend ausgefüllte Bögen vor.

22 Bögen wurden aus folgenden Gründen aus der Untersuchung genommen:

- 10 Bögen bezogen sich auf wiederholte Aufnahmen von Patienten, die bereits in die Untersuchung aufgenommen waren – die unten referierten Daten beschreiben also Patientenbehandlungen, nicht Fallbehandlungen, d.h. jeder Patient kommt nur einmal in der Untersuchung vor.
- 12 Patienten litten unter einer bipolaren affektiven Störung.

Es wurden 132 Patienten in die Untersuchung aufgenommen. Darunter sollten, wie ausgeführt, die chronischen, therapieresistenten Patienten gesondert untersucht werden.

Kriterien dafür waren:

- seit mindestens 2 Jahren nahezu (<8 Wochen Symptomfreiheit) ununterbrochen depressiv
- adäquat (medikamentös) vorbehandelt
- durch die Behandlung auf der Depressionsstation nicht, nur unzureichend oder

²⁶ CGI: Clinical Global Impression– Skala zum klinischen Gesamteindruck. (Hrsg. der deutschen Version: Collegium Internationale Psychiatricum, 1986). Der Patient wird vom behandelnden Therapeuten in eine von acht möglichen Kategorien eingeteilt, die den Schweregrad der Störung (CGI – Teil I) bzw. der die Veränderung bezüglich der Störung (CGI – Teil II) beschreibt. Vgl. Anhang;

²⁷ HAMD – Hamilton Depressions-Skala. (Hamilton, 1960). Ein Fremdbeurteilungsfragebogen, der aus 21 dreibis vierfach gestuften Items besteht, anhand derer der behandelnde Therapeut die Depressionsschwere abschätzen kann. Vgl. Anhang;

²⁸ BDI – Beck Depressionsinventar (Beck et al., 1961, deutsche Version von Hautzinger et al., 1993). Ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 21 vierfach gestuften Items, der dem Patienten mit der Instruktion vorgelegt

teilweise gebessert (Einschätzung der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten)

Sie wurden nach dem Item „Art des zur Aufnahme führenden Zustandes“ im Aufnahmebefund (QS-Bogen Item Nr. 8) vorsortiert.

Die Items „Fortdauer eines lange bestehenden Zustandes (mind. 1 Jahr)“ und „Verschlechterung eines chronischen Zustandes“ wurden als mögliche chronische, therapieresistente Fälle betrachtet. Diese Liste wurde mit den behandelnden Therapeuten nach Abschluss der Behandlung überprüft: Da diese Einschätzung zu Beginn der Behandlung gemacht worden war, war einerseits die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass es im Aufnahmegespräch zu Fehleinschätzungen der Vorgeschichte gekommen sein könnte, andererseits konnte zu Beginn der Behandlung noch nicht abgesehen werden, ob die Behandlung erfolgreich sein würde. Die Therapeuten wurden gebeten, diejenigen Patienten zu bezeichnen, auf die die oben definierten, strengeren Kriterien chronischer, therapieresistenter Depression zuträfen (Gruppe 2), die sie also als potentiell chronisch und therapieresistent bezeichnen würden. Um die Ergebnisse der Therapeuteneinschätzung zu überprüfen, wurden die Krankengeschichten dieser Patienten in Hinsicht auf die aufgestellten Kriterien betrachtet. Das Zeitkriterium war v.a. anhand des Aufnahmebefunds und evtl. vorliegender Vorbehandlungsberichte feststellbar, die mangelnde Besserung v.a. anhand der Kurveneinträge während und gegen Ende der Behandlung sowie der Einschätzung im Entlassbrief an die weiterbehandelnden Therapeutinnen. Allerdings wurde hier nicht nach Schwere der Symptome unterschieden: So galten auch Patienten weiterhin als der Gruppe der „Therapieresistenten“ zugehörig, wenn sich ihr Zustand durch die Behandlung verbessert hatte, sie jedoch aus Sicht des Therapeuten noch als depressiv angesehen wurden. Absolutes Ausschlusskriterium war hier nur Beschwerdefreiheit bei Entlassung aus Sicht des Therapeuten. Allerdings musste keiner der von den Therapeuten als potentiell chronisch/therapieresistent eingestuften wegen dieses Kriteriums aus der Subgruppe eliminiert werden – diejenigen, die herausgenommen werden mussten, wurden ausschließlich aufgrund des nicht erfüllten Zeitkriteriums aus der Gruppe genommen.

Auch die Patienten der anderen Gruppen wurden mit den Therapeuten besprochen: Da laut der für die Arbeit verwendeten Definition von „chronischer, therapieresistenter Depression“ durchaus auch Ersterkrankte in diese Gruppe fallen können (solange sie seit mindestens zwei Jahren krank waren und die anderen Kriterien erfüllten), wurde auch die Gruppe „Erstmaliges

wird, sein Befinden in der vergangenen Woche zu beschreiben. Er dient ebenfalls zur Abschätzung der Depressionsschwere, allerdings aus Patientensicht. Vgl. Anhang;

Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung“ dahingehend überprüft. Die Gruppen „Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes“ sowie „Deutliches Abweichen von früheren Zuständen“ wurden ebenfalls danach untersucht, ob zu ihnen Patienten mit entsprechenden Merkmalen gehörten. Auch von diesen laut Therapeuteneinschätzung als chronisch, therapieresistent bezeichneten Patienten wurden die Krankengeschichten überprüft.

12 der laut Fragebogen in die Kategorie „chronisch, therapieresistent“ Fallenden stellten sich bei Überprüfung der Krankengeschichten als nicht chronisch im Sinn der Untersuchung heraus (waren vor Aufnahme also nicht 2 Jahre nahezu ununterbrochen krank), je ein Patient fiel im Fragebogen in die Gruppe „erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung“ und „Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes“, erfüllte aber laut Therapeuteneinschätzung und Krankengeschichte das Zeitkriterium für „chronisch“ sowie die anderen Kriterien, wurde also in die Gruppe 2 übernommen.

20 der 132 Patienten waren demnach chronisch und therapieresistent krank im Sinne der Definition, auf die 112 anderen trafen die Kriterien nicht oder nicht im vollen Umfang zu.

Die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Urteile hinsichtlich der Gruppeneinteilung „chronisch und therapieresistent“ ist also ausgesprochen gering (Überprüfung der Therapeuteneinschätzung anhand der Krankengeschichten), während die Wahrscheinlichkeit falsch negativer Urteile nicht ganz ausgeschlossen werden kann („Übersehen“ eines chronisch, therapieresistent Kranken in der anderen Subgruppe bei der Vorauswahl). Sie kann jedoch ebenfalls als eher gering angesehen werden.

Die Kriterien für die Aufnahme in Gruppe 2 waren also sehr eng definiert – die ihr zugehörigen Patienten waren diejenigen der Untersuchungsstichprobe, die man als chronisch und therapieresistent im engeren Sinn (vgl. 1. Theoretischer Teil) bezeichnen kann.

2.2.2.2. Aufbau der Untersuchung der Subgruppe therapieresistenter und chronisch Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen

In diesem Teil werden fünf Patienten und Patientinnen näher beschrieben, die die Kriterien einer chronischen und therapieresistenten depressiven Störung im oben definierten Sinn (vgl. 1.3.1.2.2.) zu Beginn der Behandlung erfüllten.

Da die Auswahl der Patienten anhand des sehr einschränkenden Kriterienkatalogs der oben erwähnten Arbeitsdefinition erfolgte, war damit zu rechnen, dass nur eine geringe Anzahl der Patienten diese Kriterien erfüllen würden, was auch der Fall war: Von den 154 im Indexzeitraum in die Untersuchung aufgenommenen erfüllten nur 20 Patienten die gestellten Merkmale, wie sich im Verlauf der Untersuchung herausstellte und wie oben ausführlich beschrieben wurde (vgl. 2.2.2.1.). Die Auswahl erfolgte in der Reihenfolge ihrer Aufnahme auf Station: Die aufnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen wurden wie beschrieben zu Beginn des Indexzeitraums gebeten, der Autorin diejenigen Patienten zu bezeichnen, auf die die aufgestellten Kriterien zutreffen könnten (Konjunktiv deshalb, da zum Zeitpunkt der Behandlung noch keine abschließende Aussage über den weiteren Verlauf und den abschließenden Befund bei Entlassung und danach gemacht werden konnte). Die Daten der ersten sieben so bezeichneten Patienten wurden von der Autorin jeweils kurz vor deren Entlassung überprüft. Bei sechs davon war es möglich, die stationären Untersuchungen wie geplant vorzunehmen (Interview und Fragebogenuntersuchung auf Station), bei fünf konnte auch die erforderliche Nachuntersuchung (Interview und Fragebogenuntersuchung nach der Entlassung) durchgeführt werden.

So handelt es sich also bei der oben definierten chronischen und therapieresistenten Depression um ein seltenes Phänomen, bei dem die Einzelfallanalyse eine geeignete Form der Untersuchung darstellt. Doch ganz abgesehen von dieser methodisch orientierten Argumentation (wie sie u.a. etwa von Huber (1973) vertreten wird, zit. nach Petermann (1996), S. 19), gibt es darüber hinaus auch wissenschaftstheoretisch fundierte Indikationen, die im vorliegenden Fall ebenfalls eine einzelfallorientierte Sichtweise nahe legen: So geht es hier nicht darum, eine Aussage über Aggregate – hier: „die chronisch/therapieresistent Depressiven“ - zu treffen, sondern darum, Merkmale einzelner Patienten, auf die diese Kriterien zutreffen, exakt zu beschreiben und den Verlauf ihrer Behandlung darzustellen. Ziel ist also zunächst, Individuenparameter dieser fünf bestimmten Patienten darzustellen und den Prozessverlauf ihrer Behandlung in einer stationären Einrichtung und danach detailliert zu beschreiben.

Es handelt sich also einerseits um eine Sammlung von fünf Einzelfällen mit dem Ziel, die individuellen Charakteristika der Patienten exakt zu beschreiben und so zu einer Aussage über die für diese Patienten geltenden Bedingungen zu kommen, wie sich die Störung bei ihnen entwickelt hat und welchen Verlauf sie nahm. Darüber hinaus soll folgende Hypothese geprüft werden:

In der Literatur (vgl. 1. Theoretischer Teil) wird häufig und zurecht darauf hingewiesen, dass viele der als „chronisch“ oder „therapieresistent“ bezeichneten Patienten bei näherer Betrachtung noch keine adäquate Therapie erhalten haben, sondern dass sie zu kurz, mit den falschen Mitteln, unter mangelnder Berücksichtigung ihrer fehlenden Compliance behandelt wurden. Hier steht mehr oder minder explizit die These im Raum, dass viele oder all diese Patienten nach einer in jeder Hinsicht adäquaten Therapie nicht mehr als „therapieresistent“ bezeichnet werden müssten, dass sie also davon mit Symptombesserung und langfristiger Linderung ihrer Depression profitieren würden. Der Nachweis, dass das beschriebene Phänomen der Therapieresistenz bei adäquat durchgeführter Therapie dennoch auftritt, also nicht nur auf unzureichend durchgeführte Therapien oder ungenaue Messmethoden zurückgeführt werden kann, verlangt also die Beschreibung von einem oder mehreren Patienten, bei denen alle Eingangsbedingungen erfüllt sind, die sich dann einer als adäquat eingeschätzten Therapie unterziehen, und die nicht mit einer stabilen Symptombesserung reagieren. Als eine adäquate Therapie (von mehreren möglichen) wird hier die multimodale stationäre Therapie betrachtet.

Als Hypothese formuliert:

H_0 : Alle betrachteten Patienten, die die Eingangskriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn erfüllen, profitieren von einer lege artis durchgeführten stationären Behandlung durch eine stabil bleibende Verbesserung ihres Befindens.

H_1 : (Ex) F_x : Es gibt mindestens einen Patienten ($F_a \cup F_b \cup F_c \cup F_d \cup F_e$), der die Eingangskriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn erfüllt und der von einer lege artis durchgeführten stationären Behandlung nicht durch eine stabil bleibende Verbesserung seines Befindens profitiert, d.h. es gibt in der untersuchten Gruppe (mindestens einen) „chronisch-therapieresistente(n)“ Patienten im definierten Sinn.

Nach der Unterscheidung verschiedener Hypothesenarten nach Bunge (1967, zit. nach Westmeyer, 1996) handelt es sich dabei um eine „unbestimmte Existenzhypothese“, die dann vorliegt, „wenn das Gegebensein bestimmter Sachverhalte oder der Eintritt bestimmter Ereignisse behauptet wird, dabei aber einige oder alle wichtigen Variablen unbestimmt bleiben“ (Bunge, 1967, zit. nach Petermann, 1996, S.20f) bzw. um eine bestimmte (lokalisierende)

Existenzhypothese“, sofern man die Einschränkung „in diesem Krankenhaus, im Jahr 2000“ als „räumliche und/oder zeitliche Eingrenzung“ (ebd.) berücksichtigt.

Tritt also ein Fall F_a auf, so ist die Hypothese $H_1: (Ex) F_x$ hinreichend belegt, wie Reinecker (1982) ausführt.

Der Versuchsplan ist als A-B-E-Design zu verstehen, wobei A) die Erhebung der Baseline darstellt - hier also die Feststellung der depressiven Symptomatik im definierten Umfang zum Zeitpunkt der Aufnahme-, B) die Intervention, hier die multimodale stationäre Behandlung und E) die Erhebung der Befindlichkeit im follow-up, also die langfristige Wirkung.

Es handelt sich dabei um Patienten und Patientinnen, die alle stationär im BKH Bayreuth behandelt wurden. Sie wurden mit denselben Untersuchungsinstrumenten wie die Gesamtstichprobe beschrieben, zusätzlich wurde während des stationären Aufenthaltes ein halbstrukturiertes Interview mit ihnen geführt (vgl. Anhang). Alle fünf Patientinnen und Patienten gaben schriftlich ihr Einverständnis, dass Daten zu ihrer Person in anonymisierter Form in der Dissertation verwendet werden durften.

Im Anschluss an die Behandlung folgte im Abstand von mindestens einem halben Jahr eine follow-up-Untersuchung, die ebenfalls mittels eines halbstrukturierten Interviewleitfadens (siehe Anhang) durchgeführt wurde. Beide Leitfäden wurden anhand der oben referierten Literaturübersicht erstellt und sollten diejenigen Merkmale erfassen, die laut Literatur in einem Zusammenhang mit chronischer und/oder therapieresistenter Depression stehen. Die Ergebnisse dieser Interviews sowie die der psychometrischen Messungen (neben Aufnahme- und Entlass-HAMD und –BDI zusätzlich eine Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale mittels Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R, Fahrenberg et al., 1984) werden zuerst tabellarisch dargestellt, im Anschluss erfolgt eine ausführlichere Darstellung der Fallgeschichte des/der Patienten/Patientinnen in anonymisierter Form inklusive einer Beschreibung der Besonderheiten der Behandlung im stationären Setting.

Schließlich wird ein Überblick über die einzelnen Items der Untersuchung bei den fünf beschriebenen Patienten gegeben und auffallende Übereinstimmungen mit bzw. Unterschiede zu den in der Literatur beschriebenen Charakteristika von therapieresistenten bzw. chronisch Depressiven herausgearbeitet.

2.3 Ergebnisse und Diskussion

2.3.1. Ergebnisse und Diskussion der Erhebung auf Depressionsstationen zum Anteil therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver an den behandelten Patientenpopulationen

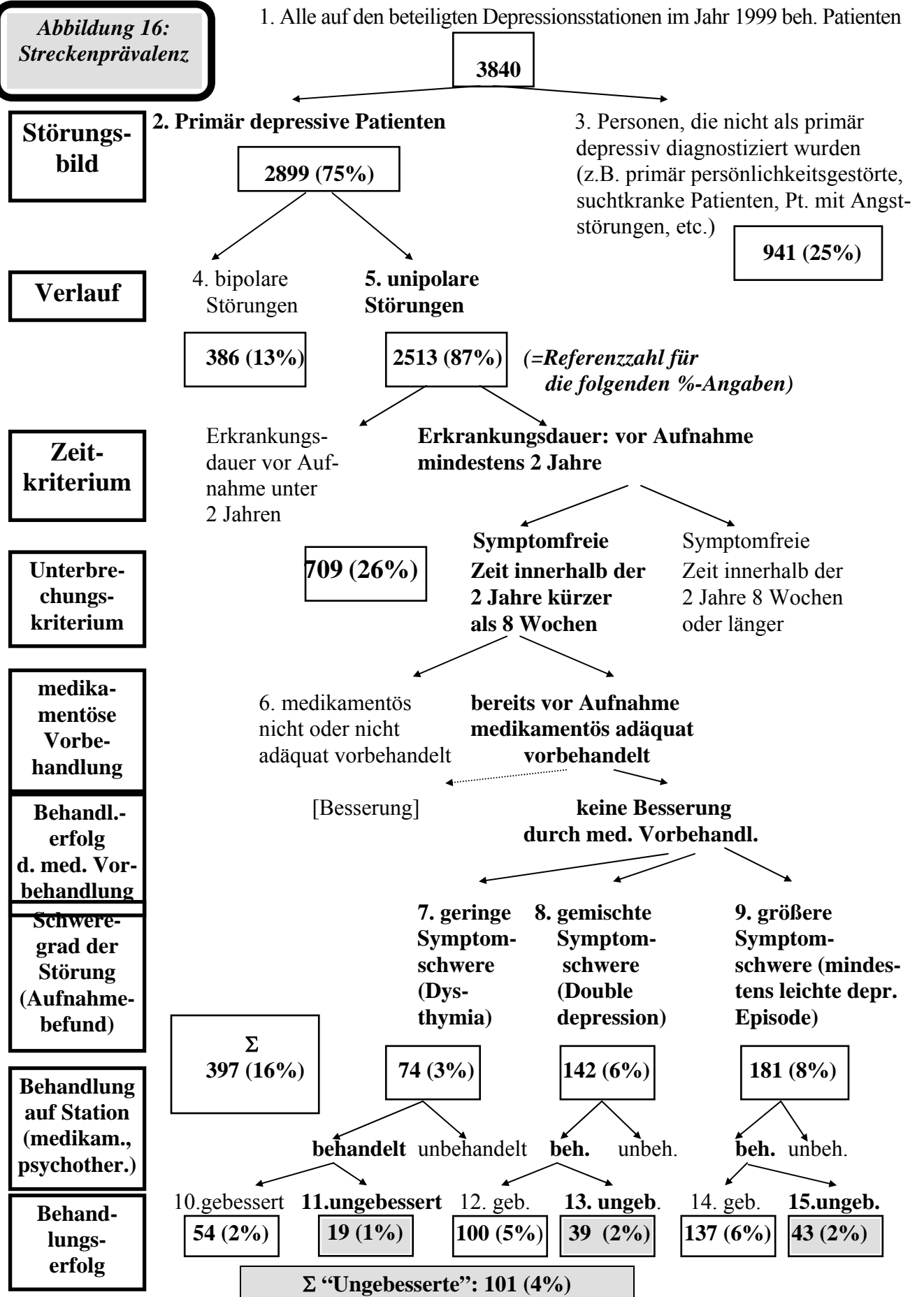
2.3.1.1. Streckenprävalenz: Ergebnisse und Diskussion

Die Auswertung der Ergebnisse der Umfrage erfolgt in drei Abschnitten. Zuerst werden die Summenwerte dargestellt, anschließend eine Übersicht über die Einzelwerte der verschiedenen Stationen im Vergleich, schließlich die Ergebnisse der Depressionsstation des Bezirkskrankenhauses (BKH) Bayreuth als Beispiel²⁹.

Um das Folgende möglichst anschaulich und übersichtlich zu gestalten, werden die Summenwerte anhand der Umfragebögen dargestellt, die bei der Erhebung benützt wurden. Die ausführlicheren Auswertungen der Einzelergebnisse und der statistischen Kennwerte folgen dann in Tabellen.

²⁹ Anmerkung: Eine erste Auswertung der Summenwerte erschien in einem Sonderheft der Zeitschrift „Krankenhauspsychiatrie“ zum Thema „Chronische Depression“ im September 2001 (vgl. Literaturverzeichnis: Heindl (2001))

Abbildung 16:
Streckenprävalenz



Im ersten Feld sollte die Anzahl aller Patienten angegeben werden, die im kompletten Jahr 1999 auf der jeweiligen Station behandelt wurden. 28 der 30 teilnehmenden Stationen konnten dazu Angaben machen³⁰. Insgesamt wurden im Jahr 1999 3840 Patienten behandelt, im Durchschnitt waren es 137 pro Station, die kleinste Zahl war 45, die größte 217. Der Mittelwert lag bei 137,1 mit einer Standardabweichung von 44,4, der Median mit 137 nahe am Mittelwert. Auf der Bayreuther Depressionsstation wurden 114 Patienten behandelt.

Als erstes Kriterium sollte das Störungsbild allgemein bestimmt werden: Es war zu unterscheiden, wie viele der Patienten als primär depressiv eingestuft wurden und wie viele nicht - d.h. im letzteren Fall also z.B. Patienten, die primär persönlichkeitsgestört oder suchtkrank waren oder solche, die primär an einer Angststörung litten.

2899 Patienten wurden als primär depressiv eingeschätzt, was einem Prozentsatz von 75% entspricht. Der Mittelwert lag bei 103,5 ($s = 34,9$), der Median bei 105,5. Die Prozentwerte (Anteil der primär Depressiven bezogen auf die Gesamtzahl) lagen zwischen 41 und 99%, der Mittelwert davon bei 77% ($s = 14,7$), der Median bei 79%. In Bayreuth waren 104 der 114 Patienten primär depressiv, was einem Anteil von 91% entspricht.

³⁰ Eine Station war erst im Jahr 1999 aufgebaut worden und konnte deshalb nur Angaben für den Stichtag machen, eine konnte nur die Gesamtstichprobengröße nennen. Sie wurde nicht in die Errechnung der Streckenprävalenz miteinbezogen.

Tabelle 32: Übersicht über die Umfragedaten - Jahresprävalenz

	Detaillier- te Anga- ben: Schätzung oder exakte Zahlen	Werte für diese Ta- belle: Schätzung oder exak- te Zahlen	Alle im Jahr 1999 be- handelten Patienten	Primär depressive Patienten	Primär depressive Patienten, bezogen auf Gesamt- zahl	Nicht primär depressive Patienten	Nicht primär depressive Patienten, bezogen auf Ge- samtzahl
1	(nur 1.)	E					
2	kA						
3	e	E	45	36	80	8	18
4	g1	E	64	41	64	23	36
5	g3	E	65	47	72	18	28
6	(s)	(s)	80	65	81	15	19
7	(s)	(s)	96	83	86	13	14
8	oA	oA	100	73	73	27	27
9	e	E	106	64	60	42	40
10	s	S	110	100	91	10	9
11	e	E	114	104	91	10	9
12	s	S	120	90	75	30	25
13	g1	E	133	96	72	37	28
14	g3	E	136	115	85	21	15
15	g3	E	136	120	88	16	12
16	g1	E	136	128	94	8	6
17	e	E	138	136	99	2	1
18	g3	E	141	136	96	5	4
19	e	E	143	106	74	37	26
20	g1	E	148	133	90	15	10
21	g1	E	148	118	80	30	20
22	s	S	157	120	76	37	24
23	e	E	165	115	70	50	30
24	g3	E	180	105	58	75	42
25	s	(s)	184	77	42	107	58
26	g1	E	184	110	60	74	40
27	g1	E	192	150	78	42	22
28	g3	E	195	170	87	25	13
29	e	E	207	171	83	36	17
30	s	S	217	90	41	127	59
Range			172	135	58	125	58
Min-Max			45-217	36-171	41-99%	2-127	1-59%
Mittel- wert (Stan- dard- abw.)			137,1 (44,4)	103,5 (34,9)	77% (14,7)	33,6 (30,0)	23,2 (14,7)
Median			137	105,5	79%	26	21
Summe			3840	2899	75%	940	25%

Schätzwerte oder exakte Werte oder gemischt:
g1: erster Wert exakt, folgende geschätzt;
g2: erste drei Werte exakt,
g3: andere
Gesamt: Exakt oder geschätzt

Tabelle 33: Verlaufsdaten: Bipolare vs. unipolare Störungen

	Bipolare Störungen	% (von primär Depressiven)	Unipolare Störungen	% (von primär Depressiven)
1.				
2.				
3.	6	17	30	83
4.	5	12	36	88
5.	5	11	42	89
6.	14	22	51	78
7.	29	35	54	65
8.	3	4	70	96
9.	4	6	60	94
10.	5	5	95	95
11.	10	10	94	90
12.	25	28	65	72
13.	5	5	91	95
14.	2	2	113	98
15.	8	7	112	93
16.	10	8	118	92
17.	29	21	107	79
18.	7	5	129	95
19.	10	9	96	91
20.	12	9	121	91
21.	10	8	108	92
22.	15	13	105	88
23.	10	9	105	91
24.	10	10	95	90
25.	2	3	75	97
26.	15	14	95	86
27.	40	27	110	73
28.	60	35	110	65
29.	20	12	151	88
30.	15	17	75	83
Range	58	33	121	33
Min-Max	2-60	2-35	30-151	65-98
Mittelwert (Standard-abw.)	13,8 (12,9)	12,9 (9,2)	89,8 (29,8)	87,1 (9,2)
Median	10	9,6	95	90,4
Summe	386	1	2513	87

Die nächste Unterscheidung bezog sich auf den Verlauf und zwar genauer darauf, ob es sich um eine uni- oder eine bipolare Störung handelte. Unipolar waren 2513, was einem Prozentsatz von 87% entspricht (bezogen auf die primär Depressiven), bipolar 386, die die restlichen 13% ausmachten.

Der Mittelwert der Prozentzahlen (unipolar Depressive bezogen auf primär Depressive) lag bei 89,8 % mit einer Standardabweichung von

9,2 %, der Median bei 90,4%.

Es waren zwischen 65 und 98% der primär depressiv Kranken als unipolar diagnostiziert. In Bayreuth waren 94 der 104 primär Depressiven unipolar, was 90% entspricht.

Diese ersten Angaben wurden dann als Bezugswerte für die späteren

Rechnungen und Prozentangaben verwendet, sie stellten also sozusagen den „Nenner“ dar: Wie groß war also jeweils der Anteil der chronischen oder therapieresistenten Patienten, bezogen auf alle dort behandelten Patienten, bezogen auf alle primär Depressiven und bezogen auf alle, die unter einer unipolaren Störung litten? Vor allem der letzte Wert wurde als sinnvolle Bezugsgröße angesehen – die Anzahl der unipolar Erkrankten wird deshalb den unten aufgeführten Prozentzahlen bei den Einzelauswertungen zugrunde gelegt.

Tabelle 34: Chronisch depressive bzw. medikamentös nicht adäquat behandelte Patienten

	<i>Summe der chronisch Depressiven nach dem Zeitkriterium (> 2 Jahre krank)</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>Medikamentös nicht oder nicht adäquat vorbehandelt</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>
1				
2				
3	10	33	4	13
4	11	31	7	19
5	17	40	5	12
6	15	29	10	20
7	18	33	9	17
8	12	17	6	9
9	12	20	5	8
10	20	21	10	11
11	6	6	0	0
12	16	25	5	8
13	25	27	7	8
14	20	18	10	9
15	65	58	32	29
16	1	0	1	0
17	18	17	0	0
18	21	16	5	4
19	7	7	2	2
20	6	5	2	2
21	27	25	0	0
22	33	31	15	14
23	27	26	11	10
24	50	53	10	11
25	12	16	0	0
26	40	42	20	21
27	40	36	20	18
28	110	100	60	55
29	11	7	-	-
30	4	5	1	1
Range	109	99	60	55
Min-Max	1-110	1-100	0-60	0-55
Mittelwert (Standard-abw.)	23,4 (22,4)	26,7 (20,2)	9,2 (12,4)	10,7 (11,6)
Median	17,5	24,8	5,5	8,7
Summe	654	26	257	10

Die oben (vgl. 2.1.1. Aufbau der Erhebung) definierten Kriterien für Chronizität - lange Zeitdauer ohne längere gesunde Intervalle - erfüllten 654 Patienten. Dies entspricht einem Prozentsatz von 26%, wenn man die Zahl der unipolar Kranken zugrundelegt, 23% bezogen auf die primär Depressiven und 17% bezogen auf alle Patienten, die auf den Stationen behandelt wurden. „Chronisch depressiv“ rein nach Zeitkriterien definiert waren also 17 bis 26%, berechnet anhand der Summenwerte. Im Einzelnen schwankten die Prozentwerte zwischen 1 und 100%, der Mittelwert lag hier bei 26,7% (s=20,2), der

Median bei 24,8%. Medikamentös nicht oder nicht adäquat vorbehandelt waren 257 Patienten, was einem Anteil von 10% an den Unipolaren entspricht. Die Prozentwerte der Einzelstationen schwankten hier zwischen 0 und 55% Anteil an den Unipolaren, der Mittelwert lag bei 10,7% (s = 11,6), der Median bei 8,7%. In Bayreuth waren 6 der 94 unipolaren Patienten chronisch krank nach dem Zeitkriterium (6%), alle wurden als adäquat medikamentös vorbehandelt eingestuft.

Tabelle 35: Chronisch und pharmakologisch therapieresistent bei Aufnahme

	Chronisch und therapieresistent bzgl. Pharmakotherapie bei Aufnahme	% Anteil an unipolar Erkrankten
1.		
2.		
3.	6	20
4.	4	11
5.	12	29
6.	5	10
7.	9	17
8.	6	9
9.	7	12
10.	10	11
11.	6	6
12.	11	17
13.	18	20
14.	10	9
15.	33	29
16.	0	0
17.	18	17
18.	16	12
19.	5	5
20.	4	3
21.	27	25
22.	18	17
23.	16	15
24.	40	42
25.	12	16
26.	20	21
27.	20	18
28.	50	45
29.	11	7
30.	3	4
Summe	397	16%
Range	50	45,5
Min-Max	0-50	0-45,5
Mittelwert (Standard-abw.)	14,2 (11,6)	16,0 (10,7)
Median	11	15,6

Für Patienten, die als chronisch nach dem Zeitkriterium und therapieresistent in Bezug auf eine adäquate Pharmakotherapie vor Aufnahme eingestuft wurden, ergab sich ein Summenwert von 397, was 16% der unipolaren, 14% der primär Depressiven und 10% aller Behandelten entspricht. Die Prozentwerte bei Betrachtung der einzelnen Stationen verteilten sich wie folgt: Der Mittelwert lag bei 16,0 ($s = 15,6$), der Median bei 15,6, der kleinste Wert war 0, der größte Anteil betrug 45,5%. In Bayreuth waren in der betrachteten Gruppe 6 der 94 unipolar Depressiven, damit also 6%.

Diese Gruppe wurde noch unterteilt nach Schweregrad ihrer Symptome bei Aufnahme.

Als dysthym wurden 74 der Patienten bezeichnet, was 3% der unipolaren, ebenfalls knapp 3% der primär Depressiven und 2% aller Behandelten entspricht. Der Mittelwert der Prozentwerte – wieder bezogen auf die unipolar Depressiven – lag bei 3,7% ($s=4,2$), der Median bei 4; die Werte lagen zwischen 0 und 15,8%. In Bayreuth wurde keiner der Behandelten als rein dysthym eingeschätzt.

In die zweite Gruppe - gemischter Schweregrad, double depression - fielen 142 Patienten, was 6% der Unipolaren, 5% der primär Depressiven bzw. 4% der Gesamtgruppe entspricht. Die Kennwerte der Prozentzahlen (Anteil an der Gruppe der Unipolaren) lauten: Mittelwert 8,1% ($s = 11,4$), Median 4,6% bei einem Range von 53,3% (0-53,3%). In Bayreuth wurden 4 der 94 unipolar depressiven Patienten zur Gruppe „double depression“ gezählt.

Eine mindestens zweijährige Depression von einem Schweregrad, der mindestens einer leichten depressiven Episode entsprach - so die Definition der dritten Schweregradsgruppe - hatten 181 der Patienten, also 7% der Unipolaren (6% der primär Depressiven, 5% aller Behandelten). Der Mittelwert der Prozentwerte (bezogen auf Unipolare) lag bei 9,2% (s = 10,8), der Median bei 3,6%. In Bayreuth wurden 2 der 94 unipolar Depressiven hier eingeordnet, was einem Prozentwert von 2% entspricht.

Tabelle 36: Übersicht über die drei Subgruppen

	<i>Geringe Symptom- schwere - Dysthymia</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>Gemischte Symptom- schwere – double depression</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>Größere Symptom- schwere – Depressive Episode</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>
1.						
2.						
3.	3	10	2	7	1	3
4.	2	6	1	3	1	3
5.	0	0	2	5	10	24
6.	0	0	5	10	0	0
7.	0	0	3	6	6	11
8.	1	1	5	7	0	0
9.	4	7	1	2	2	3
10.	0	0	10	11	0	0
11.	0	0	4	4	2	2
12.	2	3	3	5	6	9
13.	10	11	5	5	3	3
14.	4	4	4	4	2	2
15.	4	4	5	4	24	21
16.	0	0	0	0	0	0
17.	0	0	4	4	14	13
18.	0	0	12	9	4	3
19.	0	0	1	1	4	4
20.	0	0	0	0	4	3
21.	4	4	15	14	8	7
22.	10	10	4	4	4	4
23.	2	2	4	4	10	10
24.	5	5	20	21	15	16
25.	2	8	7	53	3	39
26.	4	16	8	32	8	32
27.	3	3	7	6	10	9
28.	10	9	5	5	35	32
29.	3	2	4	3	4	3
30.	1	1	1	1	1	1
Summe	74	3%	142	6%	181	7%
Range	10	15,8	20	53,3	35	38,7
Min-Max	0-10	0-15,8	0-20	0-53,3	0-35	0-38,7
Mittelwert (Standard- abw.)	2,6 (3,1)	3,7 (4,2)	5,1 (4,6)	8,1 (11,4)	6,5 (7,9)	9,2 (10,8)
Median	2	2,4	4	4,6	4	3,6

Tabelle 37: Übersicht über Patienten, die gebessert bzw. ungebessert entlassen wurden

	<i>Gebesserte gesamt</i>	<i>% Anteil an unipo- lar Er- krankten</i>	<i>% Anteil an Sub- gruppe chronisch und thera- piere- sistent bei Aufnahme</i>	<i>Un- gebesserte gesamt</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrank- ten</i>	<i>% Anteil an Sub- gruppe chronisch und thera- piere- sistent bei Aufnahme</i>
1.						
2.						
3.	3	10	50	2	7	33
4.	4	11	100	0	0	0
5.	6	14	50	6	14	50
6.	4	8	80	1	2	20
7.	5	9	56	4	7	44
8.	4	6	67	2	3	33
9.	6	10	86	1	2	14
10.	9	9	90	1	1	10
11.	1	1	17.	5	5	83
12.	8	12	73	3	5	27
13.	11	12	61	7	8	39
14.	7	6	70	3	3	30
15.	29	26	88	4	4	12
16.	0	0		0	0	
17.	15	14	83	3	3	17
18.	13	10	81	3	2	19
19.	1	1	20	4	4	80
20.	3	2	75	1	<1	25
21.	22	20	81	5	5	19
22.	9	9	50	9	9	50
23.	10	10	63	6	6	38
24.	34	36	85	6	6	15
25.	10	13	83	2	3	17
26.	10	11	50	6	6	30
27.	10	9	50	10	9	50
28.	43	39	86	7	6	14
29.	11	7	100	0	0	0
30.	3	4	100	0	0	0
Summe	291	12	73,2	101	4	25,4
Range	43	39,1	83,3	10	14,3	83,3
Min- Max	0-43	0-39,1	16,7- 100	0-10	0-14,3	0-83,3
Mittel- wert (Stan- dard- abw.)	10,4 (10,2)	11,4 (9,1)	70,2 (22,0)	3,6 (2,8)	4,3 (3,7)	28,5 (21,3)
Median	8,5	9,8	75	3	3,9	25

Nach der Behandlung auf den Depressionsstationen verließen 291 dieser insgesamt 397 Patienten das Krankenhaus in gebessertem Zustand. Das entspricht einem Anteil von 12% (Summenwert) an den unipolar Erkrankten. Bezogen auf die Gruppe derjenigen, die mit dem Verdacht auf chronischen und (pharmakologisch) therapieresistenten Verlauf aufgenommen worden waren, ergab sich bei 73,2% dennoch eine Besserung der Symptomatik. Der Mittelwert der Prozentzahlen lag bei 70,2% (s=22,0), der Median bei 75%. Analog wurden 101 Patienten, damit 4% der

Unipolaren und 25,4% der betrachteten Gruppe mit Verdacht auf Therapieresistenz in ungebessertem Zustand entlassen, der Mittelwert der Prozentzahlen lag bei 28,5% (s = 21,3), der Median bei 25. Die 5 Patienten, die weder als gebessert noch als ungebessert hier aufscheinen, wurden als „unbehandelt“ eingestuft: Es handelte sich um diejenigen, deren Behand-

lung nicht adäquat abgeschlossen werden konnte, weil sie z.B. die Station zu früh verließen etc. . Bei den Dysthymen um-

Tabelle 38: Dysthyme Patienten – gebessert vs. ungebessert

	<i>Dys- thymia gebes- sert</i>	<i>% Anteil an uni- polar Er- krankten</i>	<i>% Anteil an Dysty- men unge- bessert</i>	<i>Dys- thymia unge- bessert</i>	<i>% Anteil an uni- polar Er- krankten</i>	<i>% Anteil an Dysthy- men</i>
1.						
2.						
3.	2	7	67.	1	3	33
4.	2	6	100	0	0	0
5.	0	0		0	0	
6.	0	0		0	0	
7.	0	0		0	0	
8.	1	1	100	0	0	0
9.	3	5	75	1	2	25
10.	0	0		0	0	
11.	0	0		0	0	
12.	1	2	50	1	2	50
13.	8	9	80	2	2	20
14.	3	3	75	1	0	25
15.	4	4	100	0	0	0
16.	0	0		0	0	
17.	0	0		0	0	
18.	0	0		0	0	
19.	0	0		0	0	
20.	0	0		0	0	
21.	3	3	75	1	0	25
22.	5	5	50	5	5	50
23.	0	0	0	2	2	100
24.	5	5	100	0	0	0
25.	2	3	100	0	0	0
26.	2	2	50	1	1	25
27.	1	0	33.	2	2	67.
28.	8	7	80	2	2	20
29.	3	2	100	0	0	0
30.	1	1	100	0	0	0
Summe	54	2,1	73	19	0,1	26
Range	8	8,8	100	5	4,8	100
Min- Max	0-8	0-8,8	0-100	0-5	0-4,8	0-100
Mittel- wert (Stan- dard- abw.)	1,9 (2,3)	2,3 (2,6)	74,2 (28,4)	0,7 (1,1)	0,8 (1,2)	24,4 (27,8)
Median	1	1,5	77,5	0	0	22,5

fasste die Gruppe der Ungebesserten 19 Patienten (bei allen drei Bezugsgruppen: unter 1%), 39 der Patienten, die unter einer double depression litten (2%, 1% und 1% der Bezugsgruppen unipolare, primäre Depressive und alle Behandelten) und 43 der durchgängig schwerer Depressiven (mindestens leichte Episode), was 2%, 1% und 1% entspricht.

Zählt man alle drei Gruppen zusammen, so kommt man auf 101 Patienten, bei denen sich trotz der Behandlung auf einer Spezialstation, also “nach allen Regeln der Kunst”, der Verdacht auf chronische und therapieresistente Depression bewahrheitet hat. Das entspricht 4% der unipolar Depressi-

ven, 3% der nicht-primär Depressiven und aller Behandelten. Von den 654 Patienten, die mit der Diagnose chronisch (nur nach Zeitkriterien) aufgenommen wurden, konnte also 553 durch die Behandlung auf der jeweiligen Depressionsstation soweit geholfen werden, dass sie als gebessert entlassen werden konnten. Das entspricht einem Anteil von 85%.

Bezogen auf diejenigen, die mit dem Verdacht auf Therapieresistenz aufgenommen werden, bei denen also zumindest eine adäquate medikamentöse Behandlung bisher erfolglos geblieben war (397), konnte 296 geholfen werden, was 75% entspricht.

Tabelle 39: Double Depression-Patienten – gebessert vs. ungebessert

	<i>double depression gebessert</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an double depression</i>	<i>Double Depression ungebessert</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an double depression</i>
1.						
2.						
3.	1	3	50	0	0	0
4.	1	3	100	0	0	0
5.	1	2	50	1	2	50
6.	4	8	80	1	2	20
7.	1	2	33	2	4	67
8.	3	4	60	2	3	40
9.	1	2	100	0	0	0
10.	9	9	90	1	1	10
11.	1	1	25	3	3	75
12.	2	3	67	1	2	33
13.	1	1	20	4	4	80
14.	2	2	50	2	2	50
15.	4	4	80	1	0	20
16.	0	0		0	0	
17.	3	3	75	1	0	25
18.	10	8	83	2	2	17
19.	1	1	100	0	0	0
20.	0	0		0	0	
21.	12	11	80	3	3	20
22.	2	2	50	2	2	50
23.	4	4	100	0	0	0
24.	18	19	90	2	2	10
25.	6	8	86	1	1	14
26.	3	3	38	3	3	38
27.	2	2	29	5	5	71
28.	3	3	60	2	2	40
29.	4	3	100	0	0	0
30.	1	1	100	0	0	0
Summe	100	4	70,4	39	2	27,4
Range	100	18,9	80	5	4,5	80
Min-Max	0-100	0-18,9	20-100	0-5	0-4,5	0-80
Mittelwert	3,6	4,0	69,0	1,4	1,6	28,1
(Standard-abw.)	(4,1)	(4,1)	(26,4)	(1,3)	(1,4)	(25,9)
Median	2	2,8	77,5	1	1,5	20

In Bayreuth verteilten sich die Kennwerte wie folgt: Rein dysthyme Patienten kamen nicht vor; von den 4 Patienten mit gemischtem Schweregrad war einer gebessert, drei blieben ungebessert. Beide Patienten, die mindestens unter einer leichten depressiven Episode litten, blieben ungebessert.

Damit blieben fünf der sechs chronisch Therapieresistenten ungebessert, einer wurde nach der Behandlung als gebessert entlassen. Der Prozentsatz der Gebesserten betrug hier also 17%.

6% der unipolar Kranken (6 von 94) wurden mit dem Verdacht auf Therapieresistenz aufgenommen, bei 5 Prozent der Unipolaren erwies sich dieser Verdacht auch nach der Behandlung als gerechtfertigt.

Tabelle 40: Patienten mit mindestens leichter depressiver Episode – gebessert vs. ungebessert

	<i>Depressive Episode gebessert</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an Depressive Episode</i>	<i>Depressive Episode ungebessert</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an Depressive Episode</i>
1.						
2.						
3.	0	0	0	1	3	100
4.	1	3	100	0	0	0
5.	5	12	50	5	12	50
6.	0	0		0	0	
7.	4	7	67	2	4	33
8.	0	0		0	0	
9.	2	3	100	0	0	0
10.	0	0		0	0	
11.	0	0	0	2	2	100
12.	5	8	83	1	2	17
13.	2	2	67	1	1	33
14.	2	2	100	0	0	0
15.	21	19	88	3	3	13
16.	0	0		0	0	
17.	12	11	86	2	2	14
18.	3	2	75	1	0	25
19.	0	0	0	4	4	100
20.	3	2	75	1	0	25
21.	7	6	88	1	0	13
22.	2	2	50	2	2	50
23.	6	6	60	4	4	40
24.	11	12	73	4	4	27
25.	2	3	67	1	1	33
26.	5	5	63	2	2	25
27.	7	6	70	3	3	30
28.	32	29	91	3	3	9
29.	4	3	100	0	0	0
30.	1	1	100	0	0	0
Summe	137	5	75,7	43	2	23,8
Range	32	29,1	100	5	12,0	100
Min-Max	0-32	0-29,1	0-100	0-5	0-12,0	0-100
Mittelwert (Standardabw.)	4,9 (7,0)	5,2 (6,6)	68,8 (30,7)	1,5 (1,5)	1,9 (2,4)	30,7 (30,7)
Median	2,5	2,7	74,2	1	1,4	25

2.3.1.2. Punktprävalenz: Ergebnisse und Diskussion

Der zweite Teil der Umfrage bezog sich auf diejenigen Patienten, die an einem Stichtag auf der Station in Behandlung waren. Hier wurde also eine Punktprävalenz bestimmt.

Der Vorteil dieser Fragestellung lag darin, dass die Daten viel leichter zugänglich waren als diejenigen zur Streckenprävalenz: Die Daten und Diagnosen der derzeit behandelten Patienten waren leichter eruiert. So wurde hier davon ausgegangen, dass es sich nicht um Schätzungen, sondern um exakte Zahlen handelte (Ausnahmen: vgl. Übersicht in Tabelle 41).

Obwohl die Stichprobengröße hier geringer war, sollen im Folgenden dennoch Prozentwerte verwendet werden, um eine Vergleichbarkeit der Daten zu erleichtern.

Insgesamt lagen 30 Stichtagserhebungen vor.

**Abbildung 17:
Punktprävalenz**

1. Alle auf der Depressionsstation **am Stichtag** behandelten Patienten

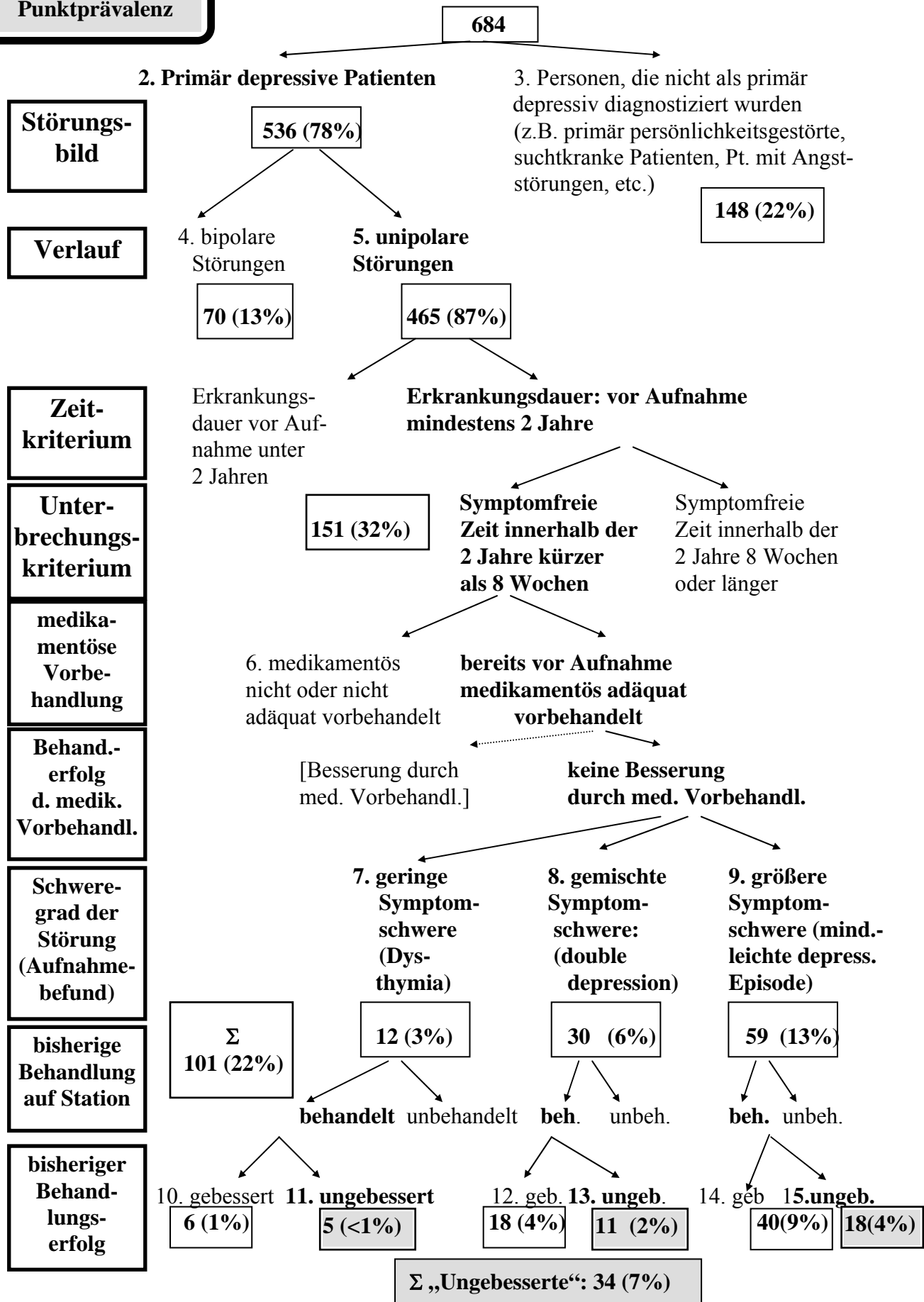


Tabelle 41: Übersicht über die Umfragedaten - Stichtagsprävalenz

2.3 Ergebnisse und Diskussion

	<i>Werte exakt oder ge- schätzt</i>	<i>Alle am Stichtag behandelten Pati- enten</i>	<i>Primär depressive Patienten</i>	<i>Primär depressive Patienten, bezogen auf Gesamtzahl</i>	<i>Nicht pri- mär depres- sive Patien- ten</i>	<i>Nicht pri- mär depres- sive Patien- ten, bezo- gen auf Gesamtzahl</i>
1	(e)	20	8	40	12	60
2	(e)	27	21	78	6	0
3	(e)	21	12	57	9	43
4	g	20	9	45	11	55
5	(e)	18	14	78	4	22
6	(e)	22	16	73	6	27
7	(e)	17	17	100	0	0
8	(e)	18	12	67	6	33
9	(e)	15	11	73	4	27
10	(e)	19	18	95	1	5
11	e	21	20	95	1	5
12	(e)	21	19	90	2	10
13	e	18	14	78	4	22
14	(e)	20	20	100	0	0
15	e	19	18	95	1	5
16	(e)	27	23	85	4	15
17	(e)	23	23	100	0	0
18	(e)	31	29	94	2	6
19	(e)	32	29	91	3	9
20	(e)	21	21	100	0	0
21	(e)	32	24	75	8	25
22	(e)	27	22	81	5	19
23	(e)	24	19	79	5	21
24	(e)	18	9	50	9	50
25	(e)	21	9	43	12	57
26	e	30	21	70	9	30
27	e	20	16	80	4	20
28	g	25	23	92	2	8
29	(e)	28	24	86	4	14
30	(e)	29	15	52	14	48
Range		17	21	60	14	60
Min-Max		15-32	8-29	40-100	0-14	0-60
Mittelwert		22,8	17,9	78,0	5,1	21,2
(St.abw.)		(4,8)	(5,7)	(18,2)	(3,9)	(18,6)
Median		21	18,5	79,6	4	19,3
Summe		684	536	78	148	22

e: Angabe, dass Werte exakt waren

(e) keine explizite Angabe, ob Werte exakt oder geschätzt waren, es wird von exakten Werten ausgegangen

g: geschätzte Werte

Es wurden insgesamt 684 Patienten beschrieben, also im Schnitt 22,8 pro Station ($s = 4,8$), der Median lag bei 21. Auf der kleinsten Station wurden 15, auf der größten 32 Patientinnen und Patienten behandelt (range = 17). 536 davon waren primär depressiv (78% der Summe wie auch im Prozent-Mittelwert ($s = 18,2$), die Prozentwerte schwankten hier allerdings stark zwischen 40 und 100%).

Tabelle 42: Verlaufsdaten: Bipolare vs. unipolare Störungen

	<i>Bipolare Störungen</i>	<i>% (von primär D.)</i>	<i>Unipo- lare Störungen</i>	<i>% (von primär D.)</i>
1.	3	38	5	63
2.	0	0	21	100
3.	2	17	10	83
4.	1	11	8	89
5.	4	29	10	71
6.	0	0	16	100
7.	6	35	11	65
8.	0	0	12	100
9.	1	9	10	91
10.	1	6	17	94
11.	5	25	15	75
12.	6	32	13	68
13.	1	7	13	93
14.	1	5	19	95
15.	0	0	17	94
16.	2	9	21	91
17.	5	22	18	78
18.	1	3	28	97
19.	1	3	28	97
20.	0	0	21	100
21.	3	13	21	88
22.	3	14	19	86
23.	2	11	17	89
24.	3	33	6	67
25.	2	22	7	78
26.	1	5	20	95
27.	4	25	12	75
28.	5	22	18	78
29.	6	25	18	75
30.	1	7	14	93
Range	6	37,5	23	37,5
Min- Max	0-6	0-37,5	5-28	62,5-100
Mittelw. (Stand.)	2,3 (2,0)	14,2 (11,8)	15,5 (5,8)	85,6 (11,7)
Median	2	10,8	16,5	89,2
Summe	70	13	465	87

Von den primär Depressiven waren 70 bipolar depressiv: Das entspricht 13% der Summenwerte, der Prozentmittelwert lag bei 14,2% ($s = 11,8$), der Median bei 10,8%. Der range war hier auch wieder extrem groß (37,5), da die Werte zwischen 0% und 37,5% schwankten. 465 Patienten wurden als unipolar depressiv diagnostiziert: Dies sind 87% der Summenwerte (ein Patient war nicht zugeordnet), es herrschten hier also in den Summenwerten ähnliche Verteilungen wie bei der Streckenprävalenz. Der Prozentmittelwert lag bei 85,6% ($s = 11,7$), der Median bei 89,2%.

Somit waren – in umgekehrter Entsprechung zu den oben referierten Zahlen der bipolaren Patienten – zwischen 62,5% und 100% der am Stichtag behandelten Patienten unipolar depressiv.

In Bayreuth waren 5 der 20 Patienten bipolar, 15 unipolar (25% : 75%), es ergab sich also im Vergleich mit dem Jahresdurchschnitt (90% Unipolare) ein hoher Anteil an bipolar depressiven Patienten.

Wieder wurden diese Zahlen als Bezugsgrößen für die folgenden Prozentangaben verwendet, wobei besonders die Gruppe der Unipolaren von Interesse war. 151 Patienten waren

Tabelle 43: Chronisch depressive bzw. medikamentös nicht adäquat behandelte Patienten

	<i>Summe der chronisch Depressiven nach dem Zeit- kriterium (> 2 Jahre krank)</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>Medika- mentös nicht adäquat vor- behandelt</i>	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>
1	0	0	0	0
2	2	10	2	10
3	3	30	0	0
4	4	50	2	25
5	4	40	1	10
6	3	19	3	19
7	4	36	2	18
8	1	8	0	0
9	3	30	0	0
10	7	41	3	18
11	2	13	0	0
12	4	31	0	0
13	4	31	2	15
14	4	21	2	11
15	11	65	4	24
16	4	19	4	19
17	8	44	0	0
18	6	21	2	7
19	8	29	5	18
20	3	14	0	0
21	7	33	0	0
22	5	26	2	11
23	5	29	3	18
24	5	83	0	0
25	1	14	1	14
26	8	40	3	15
27	5	42	1	8
28	18	100	8	44
29	11	61	0	0
30	1	7	0	0
Range	18	100	8	44,4
Min-Max	0-18	0-100	0-8	0-44,4
Mittelw. (Stand.)	5,0 (3,7)	33,3 (22,2)	1,7 (1,9)	10,1 (10,6)
Median	4	30	1,5	9,8
Summe	151	32	50	11

vor Aufnahme bereits mindestens zwei Jahre nahezu ununterbrochen krank gewesen, was bei den Summenwerten 32% der Unipolaren ausmacht. Bezogen auf die primär Depressiven waren das 28% und bezogen auf alle Behandelten 22%. Knapp ein Drittel der unipolar Depressiven sind also bei Aufnahme als chronisch anzusehen, wenn man reine Zeitkriterien - Erkrankungsdauer ohne längere symptomfreie Unterbrechungen - anlegt. Bei der Streckenprävalenz war dieser Wert etwas niedriger (26%). Auch, wenn man die anderen Kennwerte betrachtet, ergibt sich ein ähnliches Bild: Im Mittel waren 33,3% ($s = 22,2$) der Unipolaren chronisch depressiv nach dem Zeitkriterium, der Median lag bei 30, die Angaben schwankten allerdings zwischen 0 und 100%.

50 davon (11% Unipolare) waren vor Aufnahme nicht medikamentös adäquat vorbehandelt, die übrigen 101 waren bereits - erfolglos - medikamentös vorbehandelt gewesen. Das entspricht einem Anteil an der Gesamtpopulation von 15% und 19% der primär Depressiven, jeweils mit Summenwerten gerechnet.

Tabelle 44: Chronisch und pharmakologisch therapieresistent bei Aufnahme

	Chronisch und therapieresistent bzgl. Pharm. bei Aufnahme	% Anteil an unipolar Erkrankten
1.	0	0
2.	0	0
3.	3	30
4.	2	25
5.	3	30
6.	0	0
7.	2	18
8.	1	8
9.	3	30
10.	4	24
11.	2	13
12.	4	31
13.	2	15
14.	2	11
15.	7	41
16.	0	0
17.	8	44
18.	4	14
19.	3	11
20.	3	14
21.	7	33
22.	3	16
23.	2	12
24.	5	83
25.	0	0
26.	5	25
27.	4	33
28.	10	56
29.	11	61
30.	1	7
Range	11	83,3
Min-Max	0-11	0-83,3
Mittelw. (Stand.)	3,4 (2,9)	22,9 (19,7)
Median	3	17,0
Summe	101	22

Gemessen an den Unipolaren waren es 22%. Auch hier ergaben sich in der Streckenprävalenz niedrigere Werte (16% der Unipolaren).

Der Mittelwert der Prozentzahlen lag hier bei 22,9% (s = 17,0), der Median bei 19,7%, also etwas höhere Werte als bei der Streckenprävalenz (MW = 16,0%, s = 15,6, Median = 15,6%).

In Bayreuth waren 2 der 15 unipolaren Patienten bei Aufnahme chronisch depressiv nach dem Zeitkriterium (entspricht 13%), beide waren medikamentös adäquat, aber erfolglos vorbehandelt.

Tabelle 45: Übersicht über die drei Subgruppen

	Geringe Symptom- schwere - Dysthymia	% Anteil an unipolar Erkrankten	Gemischte Symptom- schwere – double depression	% Anteil an unipolar Erkrankten	Größere Symptom- schwere – Depressive Episode	% Anteil an unipolar Erkrankten
1.	0	0	0	0	0	0
2.	0	0	0	0	0	0
3.	1	10	1	10	1	10
4.	1	13	0	0	1	13
5.	0	0	0	0	3	30
6.	0	0	0	0	0	0
7.	0	0	1	9	1	9
8.	0	0	1	8	0	0
9.	0	0	0	0	3	30
10.	0	0	4	24	0	0
11.	0	0	1	7	1	7
12.	1	8	2	15	1	8
13.	0	0	1	8	1	8
14.	0	0	1	5	1	5
15.	0	0	3	18	4	24
16.	0	0	0	0	0	0
17.	0	0	1	6	7	39
18.	0	0	0	0	4	14
19.	1	4	0	0	2	7
20.	0	0	1	5	2	10
21.	1	5	3	14	3	14
22.	2	11	1	5	0	0
23.	1	6	0	0	1	6
24.	0	0	1	17	4	67
25.	0	0	0	0	0	0
26.	1	5	2	10	2	10
27.	0	0	2	17	2	17
28.	2	11	1	6	7	39
29.	1	6	3	17	7	39
30.	0	0	0	0	1	7
Summe	12	3	30	6	59	13
Range	2	12,5	4	23,5	7	66,7
Min-Max	0-2	0-12,5	0-4	0-23,5	0-7	0-66,7
Mittelwert	.4	2,5	1	6,5	2,0	14,0
(Standard- abw.)	(.6)	(4,1)	(1,1)	(7,1)	(2,1)	(16,0)
Median	0	0	1	5,2	1	7,7

Aufgeteilt nach den verschiedenen Symptomschweregraden ergab sich folgendes Bild: 12 waren als dysthym diagnostiziert - das entspricht 3% der Unipolaren (Streckenprävalenz: ebenfalls 3%), der Mittelwert der Prozentzahlen lag hier bei 2,5% (s = 4,1), der Median bei 0%, die Werte schwankten zwischen 0% und 12,5%. In Bayreuth wurde keiner der Subgruppe als dysthym diagnostiziert.

30 wurden mit double depression bezeichnet - das sind 6% der Unipolaren (wie bei der Streckenprävalenz). Der Prozentmittelwert lag hier bei 6,5% ($s = 7,1$), der Median lag bei 5,2%, die Werte schwankten zwischen 0% und 23,5%. In Bayreuth fiel einer der 15 unipolaren Patienten in diese Subgruppe (entspricht 7%).

59 wurden mit der Diagnose „depressive Episode“ (mindestens leichte Episode) belegt - das sind 13% der Unipolaren - auch hier lag die Streckenprävalenz wieder etwas niedriger (8%). Der Mittelwert lag bei 14,0% ($s = 16,0$), der Median bei 7,7%. Auch hier wiesen die Prozentwerte wieder einen großen range auf (66,7). In Bayreuth hatte einer der Patienten mindestens eine leichte depressive Episode (7% der Unipolaren).

Die Ergebnisse der Punktprävalenzerhebung waren also ähnlich denen der Streckenprävalenz. Wo es Unterschiede gab, lag die Punktprävalenz etwas höher als die Streckenprävalenz.

Die Anzahl der Ungebesserten verteilte sich so:

34 Patienten mussten als therapieresistent eingestuft werden. Auf alle Patienten bezogen waren es 5%, auf die primär Depressiven 6% und bezogen auf die Unipolaren 7%. Das sind etwas mehr als bei der Streckenprävalenz: Hier hatten sich 3%, 3% und 4% ergeben.

Die Werte streuten zwischen 0% und 33,3% , der Mittelwert der Prozente lag bei 7,7% ($s = 8$), der Median lag bei 6,1%. Bezogen auf die Gruppe derjenigen, die bereits mit dem Verdacht auf Therapieresistenz aufgenommen wurden, waren das 34%, die Werte streuten zwischen 0% und 100%, der Mittelwert lag bei 33,3% ($s = 25,3$), der Median lag ebenfalls bei 33,3%. Dagegen wurden 64 Patienten, die mit dem Verdacht auf Therapieresistenz eingewiesen wurden, als gebessert entlassen, was einem Anteil von 14% an den Unipolaren insgesamt entspricht – die Prozentwerte lagen hier zwischen 0% und 55,6%, der Mittelwert betrug 14,5% ($s = 14,4$), der Median lag bei 10,3%. Bezogen auf die Gruppe derjenigen, die mit dem Verdacht auf Therapieresistenz aufgenommen wurden, waren das 63%, die Werte streuten ebenfalls zwischen 0% und 100%, der Mittelwert lag bei 63,8% ($s = 26,5$), der Median bei 66,7%. In Bayreuth wurde einer der beiden Patienten, die mit dem Verdacht auf Therapieresistenz aufgenommen worden waren, als gebessert, einer als ungebessert entlassen, was je einem Anteil von 7% an den Unipolaren und jeweils 50% an den der Therapieresistenz verdächtigen Patienten ausmacht.

Von den 101 Patienten, die mit dem Verdacht auf Chronizität und Therapieresistenz aufgenommen worden waren, konnte also bei 64 eine Besserung erzielt werden, so dass sie nicht mehr die Kriterien der jeweiligen Störung erfüllten - das entspricht fast 2/3 (63%). Bei einem Drittel (34%) hatte die Behandlung nicht den gewünschten Erfolg³¹.

³¹ Drei Patienten fielen unter die Kategorie “unbehandelt” - Gründe vgl. oben

Tabelle 46: Gebesserte vs. ungebesserte Patienten gesamt

	Gebesserte gesamt	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an Subgruppe chronisch und thera- pieresistent bei Aufn.</i>	Un- gebesserte gesamt	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an Subgruppe chronisch und thera- pieresistent bei Aufn.</i>
1.	0	0		0	0	
2.	0	0		0	0	
3.	1	10	33	1	10	33
4.	2	25	100	0	0	0
5.	2	20	67	1	10	33
6.	0	0		0	0	
7.	1	9	50	1	9	50
8.	1	8	100	0	0	0
9.	2	20	67	1	10	33
10.	1	6	25	3	18	75
11.	1	7	50	1	7	50
12.	2	15	50	2	15	50
13.	0	0	0	2	15	100
14.	2	11	100	0	0	0
15.	4	24	57	3	18	43
16.	0	0		0	0	
17.	6	33	75	2	11	25
18.	3	11	75	1	4	25
19.	1	4	33	2	7	67
20.	2	10	67	1	5	33
21.	3	14	43	4	19	57
22.	2	11	67	1	5	33
23.	2	12	100	0	0	0
24.	3	50	60	2	33	40
25.	0	0		0	0	
26.	2	10	40	1	5	20
27.	3	25	75	1	8	25
28.	7	39	70	3	17	30
29.	10	56	91	1	6	9
30.	1	7	100	0	0	0
Summe	64	14	63	34	7	34
Range	10	55,6	100	4	33,3	100
Min-Max	0-10	0-55,6	0-100	0-4	0-33,3	0-100
Mittelwert (Standard- abw.)	2,1 (2,2)	14,5 (14,4)	63,8 (26,5)	1,1 (1,1)	7,7 (8,0)	33,3 (25,3)
Median	2	10,3	66,7	1	6,1	33,3

Betrachtet man die Untergruppen noch einmal genauer, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 47: Dysthymia gebessert vs. ungebessert

	Dys- thymia gebessert	<i>% Anteil an unipo- lar Er- krankten</i>	<i>% Anteil an Dys- thymen</i>	Dys- thymia ungebes- sert	<i>% Anteil an unipolar Erkrank- ten</i>	<i>% Anteil an Dys- thymen</i>
1.	0	0		0	0	
2.	0	0		0	0	
3.	0	0	0	0	0	
4.	1	13	100	0	0	
5.	0	0		0	0	
6.	0	0		0	0	
7.	0	0		0	0	
8.	0	0		0	0	
9.	0	0		0	0	
10.	0	0		0	0	
11.	0	0		0	0	
12.	1	8	100	0	0	
13.	0	0		0	0	
14.	0	0		0	0	
15.	0	0		0	0	
16.	0	0		0	0	
17.	0	0		0	0	
18.	0	0		0	0	
19.	0	0	1	4	100	
20.	0	0		0	0	
21.	0	0	1	5	100	
22.	1	5	50	1	5	50
23.	1	6	100	0	0	0
24.	0	0		0	0	
25.	0	0		0	0	
26.	0	0	1	5	100	
27.	0	0		0	0	
28.	1	6	50	1	6	50
29.	1	6	100	0	0	
30.	0	0		0	0	
Summe	6	1	8	5	1	8
Range	1	12,5	100	1	5,6	100
Min-Max	0-1	0-12,5	0-100	0-1	0-5,6	0-100
Mittelwert	.2	1,5	50	.17	.5	40
(Standardabw.)	(.4)	(3,2)	(47,1)	(.4)	(1,5)	(45,9)
Median	0	0	50	0	0	25

6 der 11 als dysthym eingeschätzten Patienten wurden als gebessert entlassen, 5 als ungebessert. Auf die unipolar Depressiven bezogen sind das jeweils 1 Prozent, auf die Gruppe der Dysthymen bei Aufnahme je 8%. Die Werte streuten bei den Gebesserten zwischen 0% und 12,5% (bezogen auf die Unipolaren) bzw. zwischen 0 und 100% (bezogen auf die Dysthymen insgesamt). Der Mittelwert lag hier bei 1,5% (s = 3,2)(bezogen auf die Unipolaren), bzw. bei 50% (s = 47,1)(bezogen auf die Dysthymen insgesamt), der Median bei 0% (Referenzgruppe Unipolare) bzw. bei 50% (Referenzgruppe Dysthyme). Bei den Ungebesserten streuten die Prozentwerte zwischen 0% und 5,6% (bezogen auf die Unipolaren) bzw. zwischen 0% und 100% (bezogen auf die Subgruppe der Dysthymen insgesamt), der Mittelwert lag bei .5 (s = 1,5), der Median bei 0% (bezogen auf die Unipolaren). Auf die Referenzgruppe Dysthyme bezogen lag der Mittelwert bei 40% (s = 45,9), der Median

bei 25%.

Tabelle 48: double depression: gebessert vs. ungebessert

	double de- pression gebessert	<i>% Anteil an unipolar Er- krankten</i>	<i>% Anteil an double de- pression</i>	double de- pression ungebessert	<i>% Anteil an unipolar Er- krankten</i>	<i>% Anteil an double de- pression</i>
1.	0	0		0	0	
2.	0	0		0	0	
3.	0	0		1	10	100
4.	0	0		0	0	
5.	0	0		0	0	
6.	0	0		0	0	
7.	0	0		1	9	100
8.	1	8	100	0	0	0
9.	0	0		0	0	
10.	1	6	25	3	18	75
11.	1	7	100	0	0	0
12.	1	8	50	1	8	50
13.	0	0		1	8	100
14.	1	5	100	0	0	0
15.	2	12	67	1	6	33
16.	0	0		0	0	
17.	1	6	100	0	0	0
18.	0	0		0	0	
19.	0	0		0	0	
20.	1	5	100	0	0	0
21.	2	5	67	1	10	33
22.	1	5	100	0	0	0
23.	0	0		0	0	
24.	1	17	100	0	0	0
25.	0			0		
26.	1	0	50	0	0	0
27.	2	17	100	0	0	0
28.	0	0	0	1	6	100
29.	2	11	67	1	6	33
30.	0	0		0	0	
Summe	18	4	60	11	2	37
Range	2	16,7	100	3	17,6	100
Min-Max	0-2	0-16,7	0-100	0-3	0-17,6	0-100
Mittelwert (Standard- abw.)	.6 (.7)	3,8 (5,1)	62,5 (41,0)	.37 (.7)	2,7 (4,6)	34,7 (41,8)
Median	0	0	66,7	0	0	16,7

Bei Patienten mit einer double depression verteilten sich die Werte wie folgt: Von 30 mit dieser Diagnose aufgenommenen verließen 18 das Krankenhaus gebessert, was 4% der Unipolaren und 60% der Subgruppe double depression entspricht. Die Werte streuten zwischen 0% und 16,7% (Referenzgruppe Unipolare), der Mittelwert lag bei 3,8% ($s = 5,1$), der Median bei 0%. Auf die Referenzgruppe double depression bezogen streuten sie zwischen 0% und 100%, der Mittelwert lag dann bei 62,5% ($s = 41$), der Median bei 66,7%.

11 der 30 Patienten mussten ungebessert entlassen werden, was 2% der Unipolaren entspricht, die Prozentwerte auf diese Gruppe bezogen lagen zwischen 0% und 17,6%, der Mittelwert bei 2,7% ($s = 4,6$), der Median bei 0%, bzw. bezogen auf die Gruppe der mit double depression aufgenommenen Patienten zwischen 0% und 100%, der Mittelwert hier bei 34,7% ($s = 41,8$), der Median bei 16,7%.

Tab. 49: Depressive Episode gebessert vs. ungebessert

	Depressive Episode gebessert	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an Depressive Episode</i>	Depressive Episode ungebessert	<i>% Anteil an unipolar Erkrankten</i>	<i>% Anteil an Depressive Episode</i>
1.	0	0		0	0	
2.	0	0		0	0	
3.	1	10	100	0	0	0
4.	1	13	100	0	0	0
5.	2	20	67	1	10	33
6.	0	0		0	0	
7.	1	9	100	0	0	0
8.	0	0		0	0	
9.	2	20	67	1	10	33
10.	0	0		0	0	
11.	0	0	0	1	7	100
12.	0	0	0	1	8	100
13.	0	0	0	1	8	100
14.	1	5	100	0	0	0
15.	2	12	50	2	12	50
16.	0	0		0	0	
17.	5	28	71	2	11	29
18.	3	11	75	1	4	25
19.	1	4	50	1	4	50
20.	1	5	50	1	5	50
21.	1	5	33	2	10	67
22.	0	0		0	0	
23.	1	6	100	0	0	0
24.	2	33	50	2	33	50
25.	0			0	0	
26.	1	5	50	0	0	0
27.	1	8	50	1	8	50
28.	6	33	86	1	6	14.
29.	7	39	100	0	0	0
30.	1	7	100	0	0	0
Summe	40	9	68	18	4	31
Range	7	38,8	100	2	33,3	100
Min-Max	0-7	0-38,8	0-100	0-2	0-33,3	0-100
Mittelwert (Standard-abw.)	1,3 (1,8)	9,4 (11,4)	63,6 (33,9)	.6 (.7)	4,5 (6,9)	34,1 (34,6)
Median	1	5,3	66,7	0	0	31,0

In die letzte Schweregradsuntergruppe, Patienten mit einer depressiven Episode, mindestens leichtgradig, fielen wie oben beschrieben 59 Patienten. Davon wurden 40 als gebessert entlassen, was 9% Anteil an den Unipolaren entspricht, die Prozentwerte streuten zwischen 0% und 38,8%, der Mittelwert lag bei 9,4% (s = 11,4), der Median bei 5,3%. Auf diese ursprünglich so diagnostizierten aufgenommenen 59 Patienten bezogen waren das

zwischen 0% und 100%, der Mittelwert betrug 63,6% (s=33,9), der Median 66,7%. Ungebessert verließen die Stationen 18 Patienten, das waren auf die Unipolaren bezogen 4%, wobei die Prozentwerte zwischen 0% und 33,3% schwankten, der Mittelwert bei 4,5% (s = 6,9) und der Median bei 0% lag. Auf die Subgruppe „mindestens depressive Episode“ bezogen waren das 31%, die Werte schwankten ebenfalls zwischen 0% und 100%, der Mittelwert lag bei 34,1% (s = 34,6), der Median bei 31,0%.

Diskussion

Natürlich handelt es sich bei den referierten Daten z.T. um Schätzwerte - Unter- bzw. Überschätzungen können vorgekommen sein und die Ergebnisse verfälscht haben. Auch sagt wohl kein Therapeut gern, dass er eine Patientin “ungebessert” entlassen musste, was evtl. auch zu einer etwas positiveren Einschätzung geführt haben könnte. Doch auch, wenn man diese und evtl. weitere, methodenimmanente Fehlerquellen (Verständnisfehler bei der Fragestellung u.ä.) miteinbezieht, lässt sich Folgendes zusammenfassend sagen: Die Ergebnisse sowohl der Streckenprävalenz als auch der Punktprävalenz sprechen dafür, dass einem hohen Prozentsatz - etwa zwei Drittel bis drei Viertel - der Patienten, die mit dem Verdacht auf Chronizität und Therapieresistenz auf den beteiligten Depressionsstationen aufgenommen wurden, durch die dortige Behandlung gut geholfen werden konnte. Die Kombination der verschiedenen Therapieangebote, die auf den Depressionsstationen angeboten werden, zeigte sich also auch und besonders für diese schwierige Subgruppe als wirksam. Interessant wäre hier ein doppelter Vergleich: Zum ersten mit nicht spezialisierter Depressionsbehandlung etwa auf einer störungsspezifisch gemischten psychiatrischen Krankenhausstation sowie mit ambulanter Therapie, die ebenfalls verschiedene Behandlungselemente (also nicht nur medikamentöse Therapie) beinhaltet. Leider liegen hierzu noch keine Daten vor.

Zur eigentlichen Zielgruppe der Untersuchung – die chronisch-therapieresistenten depressiven Patienten – lässt sich Folgendes zusammenfassend bemerken:

Sie umfasste eine Gruppe von 4% (Streckenprävalenz) bis 7% (Punktprävalenz) der Ausgangsgruppe. Diese Prozentzahlen fanden sich in allen Kennwerten in ähnlicher Form: (erste Zahl jeweils Strecken-, zweite jeweils Punktprävalenz):

- im Summenwert (4%, 7%)
- im arithmetischen Mittel (4,3% (s=3,7%), 7,7% (s=8,0%))

- sowie (da die Standardabweichungen jeweils sehr groß sind und Extremwerte vorkamen hier auch immer mitangegeben) im Median (3,9%, 6,1%).

Den vorliegenden Daten nach lag der Anteil der chronisch-therapieresistenten unipolar depressiven Patienten nach Einschätzung der behandelnden Therapeuten retrospektiv nach Abschluss der Behandlung also deutlich unter 10%, genauer zwischen 4% (ein-Jahres-Streckenprävalenz) und 7% (Punktprävalenz an einem Stichtag).

Geht man davon aus, dass es sich bei der Ausgangsgruppe – die unipolar Depressiven auf Depressionsstationen behandelten Patienten – um eine vorselektierte Gruppe handelte, so könnte man aus den referierten Daten schlussfolgern, dass 4 – 7 % der stationär behandlungsbedürftigen, also schwerkranken (unipolar) depressiven Patienten von adäquater, mehrdimensionaler und multiprofessioneller stationärer Behandlung nicht ausreichend profitieren und zu derjenigen Gruppe gehören, bei der zu prüfen wäre, ob für sie der im Theorieteil vorgeschlagene Übergang zu einer Langzeitbegleitung die sinnvollere und zielführende Behandlungsperspektive wäre statt der fortgesetzter Akutbehandlung.

Vor diesem Schritt sollte allerdings eine adäquate stationäre – evtl. auch eine bestimmten Kriterien (vgl. oben: 1.3.1.2.2. Therapieresistente Depressionen) entsprechende mehrgleisige ambulante – Therapie durchgeführt werden, um diesen Übergang nicht verfrüht herbeizuführen - dies zeigten die Zahlen zum prozentualen Anteil dieser Gruppe bezogen auf diejenigen Patienten, bei denen vor Aufnahme der Verdacht bestand, dass sie therapieresistent sein könnten: Dieser Anteil betrug „nur“ 25,4% bzw. 34%, d.h. den anderen 73,2% bzw. 63%³² konnte geholfen werden, sie wurden mit dem Verdacht auf Therapieresistenz aufgenommen, konnten aber als gebessert entlassen werden.

Besonders wünschenswert wäre auch eine genaue Untersuchung und Beschreibung der Subgruppe, die als „ungebessert“ entlassen werden musste: Fasst man die Kriterien - wie hier geschehen - sehr eng, so handelt es sich um eine relativ kleine Gruppe, die von Therapie nach allen Regeln der Kunst nicht profitieren kann. Worin unterscheidet sie sich von den anderen und wie kann eine Behandlung bzw. Begleitung dieser Gruppe aussehen? Nach rein quantitativen Erhebungen wie der hier referierten wäre also eher qualitativ orientierte Forschung der nächste Schritt, um auch diesen Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Im Einzelfallteil dieser Arbeit (2.3.1.4.) werden deshalb fünf Patienten aus dieser Subgruppe genauer beschrieben.

³² fehlende Prozente: weder als „gebessert“ noch „ungebessert“ einstuftbare Patienten, die als „unbehandelt“

2.3.1.3. Ergebnisse und Diskussion der Gesamtstichprobenuntersuchung

Ergebnisse

Wie oben beschrieben, wurden 132 Patienten in die Untersuchung aufgenommen. 20 davon entsprachen den oben beschriebenen Kriterien für chronische, therapieresistente Depression, sie litten also zwei Jahre vor Aufnahme nahezu ohne Unterbrechung an einer depressiven Störung und waren durch die adäquate Behandlung auf der Depressionsstation nicht oder nur unzureichend gebessert (im Folgenden beziehen sich die Zahlen immer auf diese Subgruppen, bei fehlenden Daten wird dies bei der jeweiligen Variable angegeben (Missing Data = MD)).

Zur Methodik

Angesichts der großen Unterschiede der Gruppengrößen zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 wurde ein Matching (etwa nach Alter und Geschlecht) erwogen, jedoch aus Gründen der besseren Abbildung der tatsächlichen Verhältnisse auch der größeren Gruppe und dem so vermiedenen Informationsverlust wieder verworfen. Im Ergebnisteil wird weniger auf rein statistische Signifikanz abgehoben als vielmehr auf die in der deskriptiven Beschreibung aufscheinenden Unterschiede. Signifikanztests wurden angesichts der häufig mehrfach gestuften Items hauptsächlich für nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengefassten Gruppen gerechnet (Bsp.: Statt alle vorkommenden Unterschiede im 14fach gestuften Item „Berufssituation“ statistisch zu vergleichen, wobei viele Zellen leer bzw. die erwarteten Häufigkeiten oft unter einem Erwartungswert von 5 bleiben würden, was das Ergebnis kaum interpretierbar machen würde, wurden die Untergruppen zu den Kategorien „Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente vs. andere“ zusammengefasst.). Wo eine Zusammenfassung nach inhaltlichen Gesichtspunkten nicht sinnvoll schien, wurde auf statistische Signifikanzprüfung im Zweifelsfall verzichtet und nur die Prozentzahlen bzw. die Kennwerte beschrieben und mit der gebotenen Vorsicht interpretiert.

Bei statistischen Gruppenvergleichen von Häufigkeitsunterschieden wurde jeweils ein χ^2 – Test gerechnet, blieb dabei eine erwartete Häufigkeit (expected frequency) unter einem

galten, vgl. oben: Abbrüche, Complianceprobleme etc.

Erwartungswert von 5, wurde ein exakter Test (Fisher's exact) gerechnet.

Intervallskalierte Daten wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben verglichen, die Voraussetzungen dieses Verfahrens (Normalverteilungsannahme und Varianzhomogenität) wurden jeweils vorher überprüft. Die verwendeten Statistik-Programme waren Statistica Version 4.5 (damit wurden auch die Abbildungen mit Histogrammen erstellt) und WEDIS.

Ergebnisse zu Geschlechtsverteilung, Altersgruppen, Diagnosen

Tabelle 50: Vergleich der chronisch-therapieresistenten depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistenten depressiven Patienten: Soziodemographische Merkmale I

	<i>Gesamtstichprobe n=132</i>	<i>Nicht chronisch- therapieresistente de- pressive Patienten n=112</i>	<i>Chronisch- therapieresistente depressive Patienten n=20</i>	
Geschlecht:				
weiblich	88 (67%)	67 (68%)	12 (60%)	n.s.
männlich	44 (33%)	36 (32%)	8 (40%)	
Alter				
MW, s	49,3 (11,5)	48,6 (11,7)	53,6 (9,3)	n.s. (p=.08 Trend)
Median	51	50	56	
Altersgruppen:				
	30 (23%)	29 (26%)	1 (5%)	
1: bis 39	30 (23%)	26 (23%)	4 (20%)	
2: 40-49	50 (38%)	38 (34%)	12 (60%)	
3: 50-59	22 (17%)	19 (17%)	3 (15%)	
4: ab 60				
Diagnose				
F32.	61 (46%)	51 (46%)	10 (50%)	(n.s.)
F32.0	0	0	0	
F32.1	8 (6%)	6 (6%)	2 (10%)	
F32.2	39 (30%)	34 (30%)	5 (25%)	
F32.3	14 (11%)	11 (10%)	3 (15%)	
F33.	61 (46%)	53 (47%)	8 (40%)	
F33.0	2 (2%)	2 (2%)	0 (%)	
F33.1	10 (7%)	8 (7%)	2 (10%)	
F33.2	41 (31%)	36 (32%)	5 (25%)	
F33.3	8 (6%)	7 (6%)	1 (5%)	
F34.1	4 (3%)	2 (2%)	2 (10%)	
F43.2	6 (5%)	6 (5%)	0	

88 der 132 in der Untersuchung beschriebenen Patienten waren Frauen, was einem Anteil von 67% entspricht, ein Verhältnis, das auch in den beiden Untergruppen in etwa gleich blieb (68% bei den nicht chronisch-therapieresistenten, 60% bei den chronisch-therapieresistenten depressiven Patienten), es bestand demnach kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen. Auch dem Alter nach unterschieden sich die Mittelwerte

der Gruppen nicht signifikant, sondern nur dem Trend nach ($p = 0.08$). Die nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten waren im Schnitt 48,6 Jahre alt ($s = 11,7$) die chronisch-therapieresistenten depressiven 53,6 Jahre ($s = 9,3$).

Abbildung 18: Altersverteilung Gruppe 1

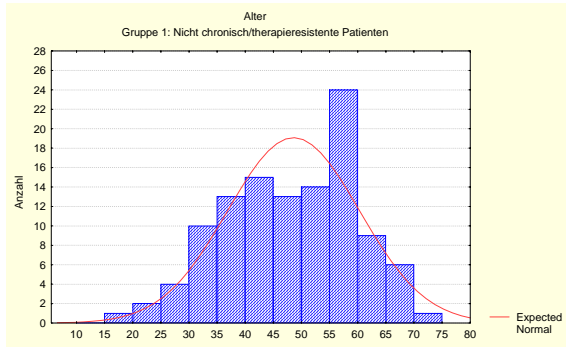
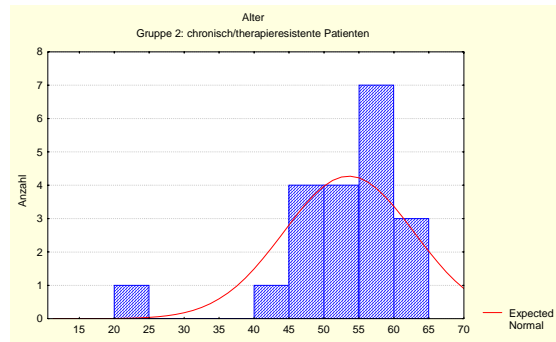


Abbildung 19: Altersverteilung Gruppe 2



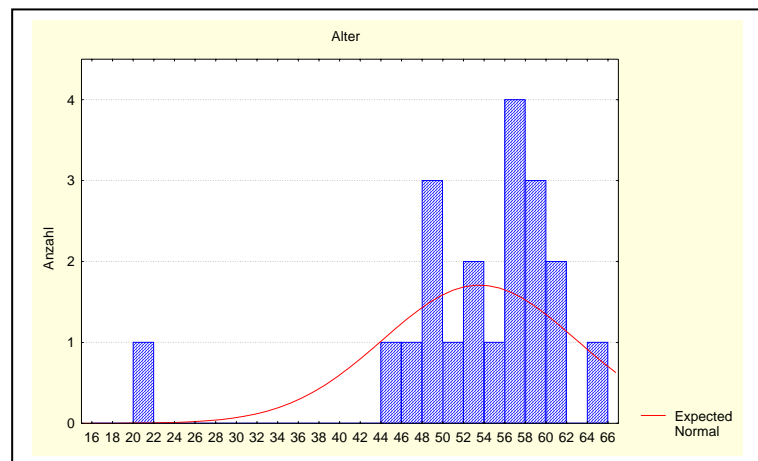
Die häufigste Altersgruppe war in beiden Subgruppen die der Patienten zwischen 55 und 60 Jahren – sie kam in Gruppe 1 24 mal, in Gruppe 2 7 mal vor, was 21% bzw. 35% der Gesamtgruppe ausmacht.

Allerdings fällt bei Betrachtung der einzelnen Werte auf, dass in Gruppe 2 nur ein Patient unter 40 Jahren alt war (eine 21 Jahre alte Frau), alle anderen mindestens 45 Jahren alt waren.

Tabelle 51: Altersverteilung der Gruppe 2

Anzahl	Alter
1	21
1	45
1	47
2	49
1	50
1	51
2	54
1	55
1	57
3	58
3	59
1	61
1	62
1	65
0	Missing

Abbildung 20: Altersverteilung (detailliert) der Gruppe 2



Obwohl die Unterschiede in den Altersgruppen also nicht im statistischen Sinn signifikant sind, sondern nur dem Trend nach unterschiedlich, deutet die Betrachtung der Einzelwerte und der Graphiken darauf hin, dass zur Gruppe 2 weniger sehr junge und jüngere Patienten gehören als zur Gruppe 1.

Die Diagnosen nach der ICD-10 waren in beiden Gruppen ähnlich verteilt: Ersterkrankte (F32.x) waren 46% (Gruppe 1, n = 51) bzw. 50% (Gruppe 2, n = 10), rezidivierend erkrankte (F33.x) waren 47% (Gruppe 1, n = 53) bzw. 40% (Gruppe 2, n = 8). An einer Dysthymia nach ICD-10 (F34.1) litten 2 der Patienten in Gruppe 1 (2%), ebenso viele in Gruppe 2, was dort aber 10% ausmacht. Nur in Gruppe 1 kamen Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen vor (F43.2): 5% (n = 6). An einer Depression mit psychotischen Symptomen (F3x.3) waren auch in etwa gleich viele Patienten in beiden Gruppen erkrankt (16 % vs. 20%). Es gab also auch hier keine auffallenden Unterschiede zwischen den Gruppen³³.

Diskussion

Die Gesamtgruppe bestand zu ca. 2/3 Frauen, ein Verhältnis, das die meist in der Literatur berichteten Zahlen der Häufigkeit von unipolaren Depressionen von 1 : 2 recht ähnlich widerspiegelt (vgl. Kapitel 1.2.1.2. Epidemiologie und Verlauf). Die im Indexzeitraum auf der Depressionsstation behandelten Patienten setzten sich also hinsichtlich des Geschlechts ähnlich zusammen wie nach Prävalenzraten zu urteilen die Gesamtstichprobe aller unipolar Kranken. Ein Rückgang der Geschlechtsunterschiede, der häufig bei Zahlen der letzten Jahrzehnte festgestellt wurde (vgl. Kapitel 1.2.1.2. Epidemiologie und Verlauf), kann bei der hier referierten Stichprobe stationär behandelte Patienten nicht beobachtet werden. Die Stichprobenergebnisse weisen somit darauf hin, dass nach wie vor mehr Frauen als Männer an einer stationär behandlungsbedürftigen Depression erkranken und/oder – dies muss hier Spekulation bleiben, da die „Dunkelziffer“ der Unbehandelten nicht bekannt ist -

³³ Anmerkung: Auch die statistische Prüfung auf Signifikanz erbrachte keine relevanten Unterschiede. Da jedoch eine Zelle (chronisch-therapieresistent und F43.2 Diagnose) leer war und drei der erwarteten Häufigkeiten im χ^2 -Test einen Wert unter 5 ergaben, soll hier eher auf eine deskriptive Beschreibung Bezug genommen werden. Außerdem scheint für die Interpretation dieser Ergebnisse weniger der Vergleich der Subgruppen als vielmehr die genaue Zusammensetzung von Gruppe 2 von Interesse.

sich bei Vorliegen einer solchen in stationäre Behandlung begeben.

Diese Verhältnisse finden sich auch in der Subgruppe der chronisch-therapieresistent Kranken wieder: So könnte man interpretieren, dass sich hinsichtlich des Geschlechtes die Subgruppe der chronisch-therapieresistent Kranken nicht von anderen depressiv erkrankten Personen unterscheidet, was die Geschlechterverhältnisse angeht. Zwar kommen hier mehr Frauen als Männer vor, doch kann man vor dem Hintergrund der Grundgesamtheit nicht sagen, dass es überzufällig viele Frauen seien, die an einer chronisch-therapieresistenten Form erkrankten. Das Verhältnis entspricht nur den Verhältnissen in der aus der Literatur postulierten Grundgesamtheit depressiver Erkrankungen bzw. den Verhältnissen in der Gruppe der nichtchronisch-therapieresistent Kranken.

Die Altersgruppen unterscheiden sich, wie ausgeführt, zwar auch nicht statistisch signifikant voneinander, der beschriebene Trend und v.a. die Betrachtung der einzelnen Werte legen jedoch folgende Schlussfolgerung nahe: Es fällt auf, dass im Vergleich zur anderen Gruppe kaum jüngere und sehr junge Patienten der Gruppe der chronisch-therapieresistenten Depressiven angehörten. Den vorliegenden Daten nach erkrankten also fast ausschließlich Patienten chronisch und therapieresistent depressiv, die mindestens dem mittleren Lebensalter (ab 45 Jahren) angehörten. Die Prozentzahlen der älteren Patienten (ab 60 Jahren) unterschieden sich hingegen nicht (17% bzw. 15% waren mindestens 60 Jahre alt). Allerdings kann über die Patienten über 65 Jahren keine valide Aussage getroffen werden: Im Bezirkskrankenhaus Bayreuth werden Patienten höheren Lebensalters, die an einer Depression erkrankt sind, schwerpunktmäßig auf einer eigenen Station („Altersdepressionsstation“) behandelt, so dass auf der Depressionsstation nur in Ausnahmefällen Patienten über 65 Jahren aufgenommen werden. So kann über die in der Literatur häufig postulierte These, dass chronisch-therapieresistente Depressionen hauptsächlich im höheren Lebensalter vorkämen, anhand der vorliegenden Daten keine Aussage getroffen werden. Allerdings sprechen die Daten dafür, dass die in Frage stehende Art der Störung im jüngeren Lebensalter zumindest seltener ist.

Die Verteilung der ICD-10-Diagnosen in den beiden Subgruppen dagegen überrascht etwas: Entgegen der nicht unplausiblen Erwartung, dass chronisch-therapieresistente Depressionen hauptsächlich bei wiederholt erkrankten Patienten vorkommen könnten, zeigte sich in der untersuchten Stichprobe, dass die Hälfte der Subgruppe zumindest nach der

ICD-10 als ersterkrank (F32.x) eingestuft wurden. Den vorliegenden Daten folgend könnte man also interpretieren, dass chronisch-therapieresistente Depressionen bei Ersterkrankten ebenso häufig vorkommen wie bei wiederholt Erkrankten (50%).

Die Diagnose F34.1, die eine Erkrankungsdauer von 2 Jahren, damit also eines der Einteilungskriterien der zweiten Gruppe mitbeinhaltet, wurde bei 2% (n = 2) der Gruppe 1, bei 10% der Gruppe 2 (ebenfalls n = 2) als Diagnose vergeben. Es handelte sich in dreien der vier Fälle um die alleinige Diagnose, bei einer Patientin wurde als Zweitdiagnose F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) verschlüsselt. Einmal wurde in Gruppe 1 die Nummer F34.1 als Zweitdiagnose zu einer F32.3 Erstdiagnose gegeben, was als „double depression“ angesehen werden kann. Da sich nach ICD-10 allerdings die Diagnosen Dysthymia und rezidivierende depressive Störung unter bestimmten Bedingungen ausschließen (vgl. IDCL für Dysthymia), ist es wahrscheinlich, dass einige der Patienten, die ausschließlich mit F33.x diagnostiziert wurden, ebenfalls eine sogenannte double depression hatten, die aber aus den oben genannten Gründen nicht in dieser Form verschlüsselt werden konnte. Wie im Gespräch mit den dokumentierenden Therapeuten deutlich wurde und auch aus den Analysen der Krankengeschichten sowie aus Erfahrungen der eigenen klinischen Arbeit hervorging, kommt das Störungsbild, das mit „double depression“ bezeichnet wird, weit häufiger vor, als dies bei Betrachtung der ICD-10 Diagnosen aufscheint. Hierunter fallen alle oben bezeichneten Fälle von Patienten, die an einer Dysthymia sensu ICD-10 leiden, aber in deren Verlauf auch depressive Episoden schweren Ausmaßes auftreten – diese würden nach ICD-10 als „rezidivierend“ eingestuft, ohne auf die Dysthymia näher einzugehen - sowie alle, die nach einer wiederholten schweren depressiven Episode eine Restsymptomatik im Sinne einer Dysthymia zurückbehalten bzw. nach einer Zeit der Symptomfreiheit eine solche entwickeln.

Da das Vorliegen einer fortgesetzten depressiven Symptomatik ein wichtiges diagnostisches Kriterium mit Folgen für die Art und das Ausmaß der Therapie ist, bleibt zu hoffen, dass in den Überarbeitungen der ICD-10 auf diese Problematik eingegangen werden kann, indem etwa auf das Verbot, bei Vorliegen einer rezidivierenden Störung eine Dysthymia zu verschlüsseln, verzichtet wird. Statt dessen könnte etwa in einer neu anzufügenden 4. Stelle der diagnostischen Ziffer auf diesen Umstand hingewiesen werden. So könnte F34.1 weiterhin als Dysthymia im jetzigen Sinne und z.B. F34.11 als Dysthymia bei rezidivierender Störung bezeichnet werden, was präziser scheint als auf die Ziffern F34.8 (andere anhaltende affektive Störung) oder F34.9 (nicht näher bezeichnete anhaltende affektive

Störung) auszuweichen, die nach wie vor als seltene Restkategorien verwendet werden sollten.

Dass keiner der chronisch/therapieresistenten Patienten die Diagnose F43.2 erhalten hat, verwundert weniger, da definitionsgemäß die Dauer einer Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion nicht länger als einen Monat, die einer längeren depressiven Reaktion 2 Jahre nicht überschreiten darf. Bei letzterem Störungsbild sollte dann laut ICD-10 die Diagnose in eine F3-Nummer unter Verwendung einer Z-Kodierung geändert werden.

Ergebnisse zur Wohnsituation

Tabelle 52: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Soziodemographische Merkmale II: Wohnsituation

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	
Wohnsituation: (Einfachnennung)				
Patient lebt (in / zusammen mit...)				
1 allein in Privatwohnung	25 (19%)	23 (21%)	2 (10%)	
2 in Institutionen oder betreutem Wohnen	0	0	0	
3 Eltern(teil)	5 (4%)	5 (4%)	0	
4 (Ehe-)Partner	94 (71%)	78 (70%)	16 (80%)	
5 Kind(ern)	7 (5%)	6 (5%)	1 (5%)	
6 Schwester/Bruder	1 (1%)	0	1 (5%)	
7 andere Verwandte	0	0	0	
8 Bekannte, Wohngemeinschaft o.ä.	0	0	0	
9 ohne festen Wohnsitz	0	0	0	
10 unbekannt / unklar / Sonstiges	0	0	0	
Lebt allein	25 (19%)	23 (21%)	2 (10%)	n.s.
Lebt nicht allein	107 (81%)	89 (79%)	18 (90%)	

90% der chronisch/therapieresistent Depressiven ($n = 18$) leben nicht allein, sondern meist mit dem Ehepartner ($n = 16$) zusammen. Der Unterschied zur anderen Gruppe ist nicht signifikant, da auch diese in der großen Mehrzahl (79%) nicht allein wohnen. In der ersten Gruppe leben 5 Patienten (4%) noch bei den Eltern, was in der zweiten Gruppe nicht vorkommt. Keiner der Patienten der Gesamtstichprobe lebt in Institutionen oder betreuten Wohneinrichtungen, noch in WGs o.ä., noch ist jemand ohne festen Wohnsitz.

Diskussion

Da es, wie oben ausgeführt, in der ersten Gruppe auch mehr junge Patienten gibt, scheint es auf den ersten Blick nicht überraschend, dass hier einige bei den Eltern leben, in der anderen Gruppe, bei der nur eine Patientin unter 45 Jahren alt ist, dagegen keiner. Aller-

dings zeigt eine genauere Betrachtung der fünf bei Eltern(teilen) Wohnenden, dass es sich nicht etwa um die fünf Jüngsten oder ausschließlich um z.B. unter 30jährigen handelt, wie man erwarten könnte, die „noch“ im Elternhaus wohnen, sondern um Patienten im Alter zwischen 27 und 48 Jahren (27, 33, 42, 46 und 48 Jahren alt). Da aber auch in dieser Gruppe nur 5 der Patienten von 112 diese Wohnsituation aufweisen, kann der Unterschied noch nicht als auffallend angesehen werden – die Wohnform „bei einem Elternteil/bei den Eltern wohnend“ scheint also in beiden Gruppen eher eine Ausnahme zu sein.

Allerdings lebt keiner der Patienten, also auch keiner der 20 chronisch-therapieresistent Kranken in einer Einrichtung des betreuten Wohnens oder einer Institution. Gerade in der zweiten Gruppe würde man davon ausgehen, dass einige der Patienten durch die Erkrankung, die zum Teil wie gezeigt auch schwere Ausprägungen über längere Zeiträume aufweist, auf starke Hilfe von außen angewiesen sind bzw. nicht allein zurechtkommen und sich selbst versorgen können. Man könnte interpretierend vermuten, dass ein Teil derjenigen, die in den Familien oder mit nahen Verwandten zusammenleben, stark auf die Unterstützung dieser Angehörigen angewiesen sein könnte, die v.a. in den Zeiten schwererer Symptomatik die Versorgung mit übernehmen. Zu dieser Vermutung passt die Datenlage zu den Alleinlebenden: Nur zwei der 20 Patienten der Gruppe 2 leben allein. Eine der beiden wurde in der langen Zeit ihrer Erkrankung schon sehr häufig in Krankenhäusern behandelt, konnte also, wie man interpretieren könnte, nur durch häufige stationäre Behandlung die Zeiten schwererer Symptomatik überstehen. Der andere Patient, der allein lebt, war zwei Jahre vor dem jetzigen Aufenthalt erstmalig erkrankt und dennoch nun schon zum zweiten Mal in diesem Zeitraum in stationärer Behandlung. Es wäre die These zu prüfen, ob allein Wohnende in Zeiten vermehrter Symptomatik häufiger stationäre Behandlung in Anspruch nehmen als nicht allein Wohnende.

Die vorliegenden Daten stützen also weder die Hypothese, dass es sich bei chronisch-therapieresistenten Depressiven hauptsächlich um allein lebende, „vereinsamte“ Patienten handelt, noch leben der Stichprobe zufolge viele davon in Einrichtungen oder betreutem Wohnen.

Ergebnisse zur Berufssituation

Tabelle 53: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Soziodemographische Merkmale III: Berufssituation

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	
Berufssituation				
1 berufstätig, Vollzeit	47 (36%)	39 (35%)	8 (40%)	
2 berufstätig, Teilzeit	10 (8%)	9 (8%)	1 (5%)	
3 berufstätig, gelegentlich	4 (3%)	4 (4%)	0	
4 mithelfender Familienangehöriger	4 (3%)	4 (4%)	0	
5 Hausfrau/mann, nicht berufstätig	15 (11%)	15 (13%)	0	
6 Ausbildung, Umschulung	2 (2%)	2 (2%)	0	
7 Wehr-/Zivildienst, Freiw. Soz. Jahr	0	0	0	
8 geschützt beschäftigt	0	0	0	
9 arbeitslos gemeldet	11 (8%)	9 (8%)	2 (10%)	
10 Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente	24 (18%)	17 (15%)	7 (35%)	
11 Altersrente, Pension	11 (8%) 0	10 (9%) 0	1 (5%) 0	
12 Witwen/r-Rente				
13 anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	4 (3%) 0	3 (3%) 0	1 (5%) 0	
99 unbekannt/unklar				
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente	24 (18%)	17 (15%)	7 (35%)	n.s. (p=.054 Trend)
vs. andere	108 (82%)	95 (85%)	13 (65%)	

Da bei nur 20 Patienten in einer Subgruppe und 13 möglichen Itemausprägungen die Wahrscheinlichkeit von leeren Zellen relativ groß ist, soll hier nur auf zusammengefasste Gruppen eingegangen werden.

Ein vergleichbar großer Prozentsatz (43 bzw.45%) ist bei beiden betrachteten Gruppen Voll- oder Teilzeit berufstätig. Allerdings erhöht sich dieser Prozentsatz in Gruppe 1, wenn

man die Patienten hinzuzählt, die einer der Berufstätigkeit vergleichbaren Beschäftigung nachgehen (gelegentlich berufstätig, mithelfender Familienangehöriger, Hausfrau/mann, Ausbildung/Umschulung) auf 65% (n = 73), während die der Gruppe 2 gleich bleibt (n = 9, 45%). Der Vergleich wird nicht signifikant, ergibt aber einen Trend im χ^2 Test (p = .087). Auch hinsichtlich des Prozentsatzes einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit bzw. eines laufenden Rentenverfahrens unterscheiden sich die Gruppen (15% vs. 35%), wenngleich nicht statistisch signifikant, da sich auch hier nur ein Trend ergibt (p = .054). Die Zahl der Arbeitslosen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stünden, also als nicht eingeschränkt anzusehen ist, ist in beiden Gruppen in etwa gleichgroß (8% bzw. 10%) und wurde deshalb hier nicht gesondert aufgeführt.

Diskussion

Chronisch-therapieresistente Depressionen werfen häufig die Frage nach der Notwendigkeit einer vorzeitigen Berentung auf, und zwar dann, wenn die Belastbarkeit des Patienten für die Anforderungen an seinem Arbeitsplatz nicht mehr ausreichend ist.

Dies scheinen die referierten Daten dem Trend nach zu bestätigen. Allerdings ist hier bei der Interpretation Vorsicht geboten: Da wie oben ausgeführt auch die Altersverteilung in beiden Gruppen unterschiedlich ist und es sich bei der betrachteten Fragestellung um ein Sammelitem einschließlich der Ausprägung „Frührente“ handelt, könnten auch Alterseffekte eine Rolle spielen. Der Unterschied in den Prozentzahlen muss also zurückhaltend interpretiert werden. Man kann jedoch sagen, dass mehr als ein Drittel der Untersuchten und damit mehr als prozentual doppelt so viele Patienten wie in der Vergleichsgruppe aufgrund ihrer Erkrankung vorzeitig berentet wurden. Eine vorzeitige Berentung aufgrund der Erkrankung kommt also in der Stichprobe bei den chronisch-therapieresistenten Depressiven häufiger vor als in der Vergleichsgruppe.

Obwohl in etwa gleich viele Patienten in beiden Gruppen im Berufsleben stehen, gehen doch vergleichsweise mehr der Patienten in Gruppe 1 einer Tätigkeit nach, die als berufstätig oder damit vergleichbar eingeschätzt werden kann, nämlich fast 2/3, während in der Vergleichsgruppe der chronisch-therapieresistent Depressiven dies nur bei 45% der Fall ist.

Trotz der angeführten Einwände und Gründe zur Vorsicht kann man zusammenfassend sagen, dass in der untersuchten Stichprobe in der Gruppe der chronisch-therapieresistenten Depressiven mehr Patienten nicht mehr als voll erwerbsfähig zu betrachten sind als in der Vergleichsgruppe.

Ergebnisse zu krankheitsauslösenden oder –fördernden psychosozialen Belastungen nach ICD-10 Kategorie Z 00- Z91

Tabelle 54: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten:

Krankheitsauslösende oder –fördernde psychosoziale Belastungen nach ICD-10 - Kategorie Z 00- Z91

Krankheitsauslösende oder –fördernde psychosoziale Belastungen nach ICD-10 Kategorie Z 00-Z 91	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistent depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
Z 56 Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit	25 (19%)	18 (17%)	7 (35%)
Z 59 Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen	1 (1%)	1 (1%)	0
Z 60 Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung	17 (13%)	16 (15%)	1 (5%)
Z 61 Probleme durch negative Kindheitserlebnisse	5 (4%)	4 (4%)	1 (5%)
Z 62 sonstige Probleme bei der Erziehung	2 (2%)	2 (2%)	0
Z 63 sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe, einschließlich familiärer Umstände	44 (34%)	39 (36%)	5 (25%)
Z 64 Probleme bei bestimmten psychosozialen Umständen	1 (1%)	0	1 (5%)
Z 65 Probleme bei sonstigen psychosozialen Umständen	1 (1%)	1 (1%)	0
Z 72 Probleme bei der Lebensführung	4 (3%)	3 (3%)	1 (5%)
Z 73 Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	28 (22%)	24 (22%)	4 (20%)

Die krankheitsauslösenden oder –fördernden psychosozialen Belastungen sind wieder ein zehnfach gestuftes Item, sodass von einem zahlenmäßigen Vergleich abgesehen werden muss. Ein Drittel der Patienten in Gruppe 2 hatte Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit, in der Vergleichsgruppe waren es 17%. Ein Viertel gab an „sonstige Probleme“ in der primären Bezugsgruppe zu haben, einschließlich familiärer Umstände (Vergleichsgruppe 36%). Ein Fünftel hatte Probleme verbunden mit Schwierigkeiten in der Lebensführung (Vergleichsgruppe 22%). Die übrigen 20% verteilten sich (je ein Patient) auf die anderen Items.

Diskussion

Da dieses Item zum Teil sehr vage formuliert ist und wenig Aufschluss über genaue Inhalte liefert, für die Untersuchung auch nur die Grobkategorien benützt wurden, sollen nur die drei größten Gruppen in der Übersicht interpretiert werden.

Die drei großen Gruppen Beruf, Familie und allgemeine Lebensbewältigung sind bei den chronisch-therapieresistenten Patienten diejenigen Kategorien, die bei 80% die größten Belastungen verursachen. In der Vergleichsgruppe ist dies ähnlich, jedoch kommt hier fast ebenso häufig (15%) wie Berufsprobleme (17%) das Item „Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung“ vor, die in Gruppe 2 nur bei einer Patienten (entspricht 5%) als wichtigste Belastung genannt wird.

Dass Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit in der zweiten Gruppe für mehr als ein Drittel der Patienten eine wichtige Art von Belastung darstellen, verwundert nicht: Die oben angesprochene häufig zu beobachtende verminderte Belastbarkeit bzw. auch die Aufgabe, eine vorzeitige Berentung beantragen zu müssen, kann eine enorme Überlastung mit sich bringen, wie viele Patienten beschreiben. Tatsächlich waren zwei derjenigen, bei denen diese Kategorie als krankheitsauslösend oder mitbedingend eingeschätzt wurde, noch im Erwerbsleben stehend, einer war arbeitslos gemeldet, drei erhielten eine vorzeitige Rente oder hatten eine solche beantragt, einer war anderweitig ohne berufliche Beschäftigung. Während in dieser Gruppe die Geschlechter ähnlich verteilt waren (drei Frauen, vier Männer), nannten v.a. Frauen familiäre Faktoren als wichtigste Belastung (4 von 5 dieser Gruppe). Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung traten wieder in beiden Geschlechtsgruppen gleich häufig auf (2:2).

Ergebnisse zur Suizidalität

Tabelle 55: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Suizidalität

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	
Suizidalität				
jemals Suizidversuch:				
nein	97 (73%)	82 (73%)	15 (75%)	n.s.
ja	35 (27%)	30 (27%)	5 (25%)	(χ^2)
Anzahl:				
1	22 (17%)	19 (17%)	3 (15%)	
2	6 (5%)	5 (4%)	1 (5%)	
3	6 (5%)	5 (4%)	1 (5%)	
4	1 (1%)	1 (1%)	0	
Suizidversuch/ Selbstschädigung im Vorfeld der jetzigen Episode				
nein	112 (85%)	93 (83%)	19 (95%)	n.s.
ja	20 (15%)	19 (17%)	1 (5%)	(F.e.)
1 sicher gefährlicher Suizidversuch	15 (11%)	14 (13%)	1 (5%)	
2 sonstiger SV	5 (4%)	5 (4%)	0	
3 vorsätzliche Selbst- schädigung ohne Suizidabsicht	0	0	0	
9 unbekannt	0	0	0	
Suizidalität im Vor- feld der jetzigen Episode				
nein	48 (36%)	38 (34%)	10 (50%)	n.s.
ja	84 (64%)	74 (66%)	10 (50%)	(χ^2)

In den untersuchten Stichproben fanden sich hinsichtlich der Kenndaten zur Suizidalität keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Subgruppen: Weder die Anzahl derjenigen, die jemals einen Suizidversuche unternahmen (27% zu 25%), noch die Zahl derjenigen, die dies im Vorfeld der jetzigen Episode taten (17% vs. 5%), noch auch derjenigen, die im Vorfeld der jetzigen Episode suizidal waren (66% v. 50%) unterschied sich stark zwischen den Gruppen.

Diskussion

Suizidalität wird in der Literatur als Risikofaktor besonders von rezidivierenden und chronischen Verläufen genannt (vgl. Kapitel 1.3.2.). Diese These kann durch die vorliegenden Daten nicht gestützt werden. Im Gegenteil liegen die Werte der Gruppe 2 hinsichtlich ihrer suizidalen Gefährdung eher unter denen der anderen Gruppe, wenngleich diese Unterschiede auch nie Signifikanzniveau erreichen.

Ergebnisse zur Art der Vorbehandlung

Tabelle 56: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Art der Vorbehandlung

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistent depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistent depressive Patienten</i>	
Medikamentöse Vorbehandlung				-
(nur medikamentös vorbehandelte Patienten: n=114 = 86%)				
Vorbehandlung mit...				
...Neuroleptika				
nein	86 (75%)	74 (79%)	12 (60%)	n.s.
ja	28 (25%)	20 (21%)	8 (40%)	(p=.091, Trend, F.e)
...Antidepressiva				
nein	2 (2%)	2 (2%)	0	
ja	112 (98%)	92 (98%)	20 (100%)	
...Benzodiazepinen				
nein	68 (60%)	54 (57%)	14 (70%)	n.s.
ja	46 (40%)	40 (43%)	6 (30%)	(χ^2)
...Phasenprophylaktiku				
m	107 (94%)	89 (95%)	18 (90%)	n.s.
nein	7 (6%)	5 (5%)	2 (10%)	(F.e.)
ja				
Psychotherapeutische Vorbehandlung				
nein	105 (80%)	90 (80%)	15 (75%)	n.s.
ja	27 (20%)	22 (20%)	5 (25%)	(F.e.)

Alle Patienten der Gruppe 2 waren – laut Einteilungskriterium dieser Gruppe – adäquat medikamentös vorbehandelt. In der Gesamtgruppe waren 18 Patienten dies nicht. 12 davon hatten eine Diagnose aus der Gruppe der F32er Störungen, drei litten laut Diagnose an einer Anpassungsstörung, die übrigen drei an einer Depression vom Typ F33.2.

In der Art der Vorbehandlung unterschieden sich die beiden Subgruppen nicht signifikant, lediglich bei der Vorbehandlung mit Neuroleptika ergab sich ein Trend ($p = .091$): In Gruppe 1 wurden 21% der Patienten mit Neuroleptika vorbehandelt, in Gruppe 2 40%.

Auch waren nicht mehr chronisch/therapieresistente Patienten in psychotherapeutischer Vorbehandlung als in der anderen Gruppe.

Diskussion

Die Art der medikamentösen und psychotherapeutischen Vorbehandlung unterscheidet die Gruppen also nicht auffallend. Allerdings scheint in der Vorbehandlung bei chronisch-therapieresistenten Patienten etwas häufiger das Antidepressivum mit einem Neuroleptikum kombiniert worden zu sein und etwas seltener mit einem Benzodiazepin. Letzteres könnte damit begründet werden, dass sich viele der Beschriebenen aus Gruppe 2 schon länger in psychiatrischer Vorbehandlung befinden könnten und deshalb evtl. häufiger versucht worden ist, eine Medikation zu finden, die mit geringerem Risiko über längere Zeiträume gegeben werden kann als dies bei einer Kombination mit Benzodiazepinen der Fall ist. Allerdings kann hier nicht unterschieden werden, wie lange die Patienten schon die Vormedikation einnahmen.

Ernüchternd ist der Befund, dass auch in Gruppe 2 der Anteil derjenigen Patienten, die noch keine psychotherapeutische Vorbehandlung erfahren haben, ähnlich hoch ist wie in der anderen Gruppe (75%) – gerade bei chronisch-therapieresistenten Störungen ergibt sich aus diesem Befund ein wichtiger Hinweis darauf, dass bei vielen dieser Patienten im eigentlichen Sinn noch nicht von „absoluter“ Therapieresistenz gesprochen werden kann, da eine wichtige Möglichkeit der Behandlung noch nicht erprobt wurde. Da eine Kombination von medikamentöser und Psychotherapie mittlerweile als Goldstandard der Behandlung von Depressionen angesehen werden kann (vgl. 1.3.1.2.2.5.), wurden diese 75% der Patienten (wie auch bei den 80% der anderen Gruppe) noch nicht optimal behandelt.

Ergebnisse zur Behandlung

Tabelle 57: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Behandlung I

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	
Behandlung				
Wechsel des Antidepressivums (nur Patienten, die vor oder während des Aufenthaltes mit AD behandelt wurden; n=128)				
nein	96 (75%)	85 (79%)	11 (55%)	*
ja	32 (25%)	23 (21%)	9 (45%)	(p = .025 ($\chi^2 = 5,057$))
Kombinationsbehandlung (MD=2, n=130)				
nein	4 (3%)	3 (3%)	1 (5%)	n.s.
ja	126 (97%)	107 (97%)	19 (95%)	(F.e.)

In Gruppe 2 wurde bei signifikant mehr Patienten das Antidepressivum während der stationären Behandlung gewechselt.

Mit Kombinationen wurden dagegen fast alle Patienten in beiden Gruppen behandelt (97% und 95%). Ein Großteil erhielt mehrfache Kombinationen: Bei nur 22% von Gruppe 1 und 10% von Gruppe 2 wurde das Antidepressivum mit nur einem anderen Präparat (ebenfalls Antidepressivum oder Neuroleptikum oder Phasenprophylaktikum oder Benzodiazepin oder andere) kombiniert, in der Mehrzahl der Fälle wurden Medikamente aus mehreren Psychopharmakagruppen gegeben. Die größte Einzelgruppe und damit die häufigste Art der Behandlung bestand in Gruppe 1 in einer Kombination mehrerer Antidepressiva mit einem Neuroleptikum und Benzodiazepinen (30%). Diese Kombination kam in der Gruppe 2 seltener (10%) vor, die hier häufigste Kombination (15%) war die mehrerer Antidepressiva mit einem Neuroleptikum.

Tabelle 58: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Behandlung II

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
„einfache Kombinationen“:			
1 mehr als 1 Antidepressivum	2 (2%)	2 (2%)	0
2 Antidepressivum + Neuroleptikum	15 (12%)	13 (12%)	2 (10%)
3 Antidepressivum + Phasenprophylaxe	1 (1%)	1 (1%)	0
4 Antidepressivum + Neuroleptikum + Phasenprophylaxe	1 (1%)	1 (1%)	0
5 Antidepressivum + Benzodiazepin	5 (4%)	5 (5%)	0
6 Antidepressivum + andere	1 (1%)	1 (1%)	0
9 unbekannt	0	0	0

Tabelle 59: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Behandlung III

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
mehrfache Kombinationen:			
1+2 (1: mehr als ein AD 2: AD + NL)	18 (14%)	15 (14%)	3 (15%)
1+3 (1 mehr als ein AD 3 AD + PP)	1 (1%)	0	1 (5%)
1+5 (1 mehr als ein AD 5 AD + Benzo.)	10 (8%)	7 (6%)	3 (15%)
1+6 (1 mehr als ein AD 6 AD + andere)	3 (2%)	3 (3%)	0
2+5 (2 AD + NL 5 AD + Benzo.)	12 (9%)	11 (10%)	1 (5%)

2.3 Ergebnisse und Diskussion

4+5 (4 AD + NL + PP) 5 AD + Benzo.)	2 (2%)	2 (2%)	0
5+6 (5 AD + Benzo. 6 AD + andere)	2 (2%)	2 (2%)	0
1+2+5 (1: mehr als ein AD 2: AD + NL 5 AD + Benzo.)	35 (27%)	33 (30%)	2 (10%)
1+2+6 (1 mehr als ein AD 2 AD + NL 6 AD + andere)	3 (2%)	1 (1%)	2 (10%)
1+3+5 (1 mehr als ein AD 3 AD + PP 5 AD + Benzo.)	2 (2%)	2 (2%)	0
1+4+5 (1 mehr als ein AD 4 AD+NL+PP 5 AD+Beno.)	4 (3%)	3 (3%)	1 (5%)
2+4+5 (2 AD + NL 4 AD + NL+ 5 AD + Benzos.)	1 (1%)	0	1 (5%)
1+2+4+5 (1 mehr als ein AD 2 AD + NL 4 AD + NL + PP)	5 (4%)	3 (3%)	2 (10%)
1+2+5+6 (1 mehr als ein AD 2 AD + NL 5 AD + Benzo. 6 AD + andere)	1 (1%)	1 (1%)	0
1+3+4+5+ (1 mehr als ein AD 3 AD + PP 4 AD + NL + PP 5 AD + Benzo.)	2 (2%)	1 (1%)	1 (5%)

Diskussion

Der signifikant häufigere Wechsel der Antidepressiva in Gruppe 2 geht mit der pharmakologischen Definition von Therapieresistenz konform, wonach Patienten als therapieresistent gelten, die eine „... fehlende Response auf wenigstens zwei Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkungsschwerpunkten bei ausreichender Dosierung und Therapiedauer (mindestens 150 mg eines Trizyklikums über 4-6 Wochen).“ (Möller, 1997, S.3, vgl. oben) aufweisen. Anzumerken ist hier allerdings Folgendes: Bei der Einteilung in diese Gruppe wurde neben der Erkrankungsdauer nur darauf geachtet, ob die Patienten adäquat medikamentös vorbehandelt waren oder nicht, sowie der Verlauf ihrer Besserung bzw. hier ihrer ausbleibenden oder nicht ausreichenden Besserung während der Behandlung. Die Art der Behandlung – hier also der Wechsel des Antidepressivums - spielte bei dieser Einteilung keine Rolle. Dennoch bestätigt sich hier, dass bei diesen Patienten häufiger die Notwendigkeit gesehen wurde, das Antidepressivum zu wechseln – allerdings auch nicht bei der großen Mehrzahl oder gar bei allen, was sonst die Interpretation nahe legen würde, dass der Wechsel bei nicht ausreichender Befundbesserung bei allen Patienten als unumgänglich angesehen würde. Häufigerer Wechsel des Antidepressivums wurde also auch bei der hier vorgestellten Krankenhausbehandlung bei fast der Hälfte der Patienten als notwendig betrachtet.

Tabelle 60: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Behandlung IV

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	
Probleme bei der Psychopharmakatherapie				
nein	88 (68%)	78 (70%)	10 (50%)	n.s. (p=.066 Trend ($\chi^2=3,383$))
ja	42 (32%)	32 (30%)	10 (50%)	
1 Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung	21 (16%)	16 (15%)	5 (25%)	
2 erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkung	6 (5%)	5 (5%)	1 (5%)	
3 mangelnde Compliance des Patienten	2 (2%)	2 (2%)	0	
4 sonstige (z.B. Leukopenie etc.)	6 (5%)	5 (5%)	1 (5%)	
1+2	5 (4%)	3 (3%)	2 (10%)	
(1 Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung 2 erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkung)	2 (2%)	1 (1%)	1 (5%)	
1+3				
1 Therapieresistenz/ mangelnde Wirkung 3 mangelnde Compliance des Patienten				

Bei Gruppe 2 kam es dem Trend nach häufiger zu Problemen bei der Psychopharmakatherapie. Am häufigsten wurde mangelnde Wirkung, auch in Kombination mit erheblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen genannt.

Diskussion

Obwohl Therapieresistenz das am häufigsten (25%) genannte Problem bei der Psychopharmakatherapie war (im Gegensatz zu 15% in der Vergleichsgruppe), schien bei 50% der beschriebenen Patienten die Psychopharmakatherapie die gewünschte Wirkung zu

erbringen bzw. ohne Probleme zu verlaufen. In Anbetracht der Beschreibung der Subgruppe wäre bei einer größeren Anzahl mit Problemen zu rechnen gewesen. Wenn man inkorrekte Daten als Begründung ausschließt, könnte man interpretieren, dass das, was als „Probleme bei der Pharmakotherapie“ bezeichnet wird, unterschiedliche Betrachtungsweisen zulässt: So könnte man z.B. annehmen, dass die dokumentierenden Therapeuten auch eine geringe Verbesserung des Befindens als Zeichen für eine Response des Patienten betrachteten, im Gesamtverlauf der Patient jedoch auch nach der Behandlung noch als chronisch-therapieresistent angesehen werden muss. Auch wäre vorstellbar, dass sich die Einschätzung des Therapeuten dadurch verändert haben könnte, dass er den Fall des Patienten – sei es aus Berichten von Vorbehandlungen oder weil der Patient schon früher auf der Station behandelt wurde – bereits kannte und seine Erwartungen an die Wirkung der Pharmakotherapie deshalb nach unten korrigiert hat: Es handelte sich also um einen „schwierigen Verlauf“, angesichts dessen sich der Erfolg der Pharmakotherapie noch vergleichsweise gut ausnahm bzw. bei dem das Therapieziel der Psychopharmakotherapie eher darin bestand, den zwar noch nicht befriedigenden Zustand zu erhalten und eine weitere Verschlechterung zu verhindern.

Ergebnisse zum Schweregrad der Störung

Vor Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zu Schweregradsdaten sei hier erneut darauf hingewiesen, dass eines der Kriterien für Aufnahme in Gruppe 2 die Therapeuteinschätzung gewesen ist, dass diese Patienten nicht, nur unzureichend oder teilweise gebessert entlassen wurden. Diese Meinung wurde anhand der Krankengeschichten überprüft. Allerdings wurden auch Patienten in der Gruppe belassen, die durch die Behandlung eine Besserung erfuhren. Ausschlusskriterium war ausschließlich die Einschätzung, dass der Patient als „nicht mehr depressiv“ entlassen wurde.

Tabelle 61: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Schweregrad der Störung I

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	
Schweregrad der Störung				
Bei Aufnahme				
HAMD				
MW, s	24,6 (6,3)	24,4 (6,2)	25,6 (6,7)	n.s. (t-Test)
Median	25	25	25	
Min-Max	10-43	10-37	15-43	
25%-75%-Perzentil	20-29	20-29	21-29	
HAMD Gruppen Aufnahme				
MD=0				
1: 0-6 Punkte	0	0	0	
2: 7-17 Punkte	18 (14%)	15 (13%)	3 (15%)	
3: 18-24 Punkte	42 (32%)	38 (34%)	4 (20%)	
4: über 24 Punkte	72 (55%)	59 (53%)	13 (65%)	
BDI				
MW, s	28,8 (9,5)	28,4 (9,0)	30,9 (11,6)	n.s. (t-Test)
Median	29	29	31	
Min-Max	6-51	6-50	8-51	
25%-75%-Perzentil	22,5-35	22-35	23-39	
BDI Gruppen Aufnahme				
MD=2				
1: 0-6	4 (3%)	3 (3%)	1 (5%)	
2: 7-17	10 (8%)	9 (8%)	1 (5%)	
3: ab 18	116 (89%)	98 (89%)	18 (90%)	

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
CGI-Aufnahmewert			
MD=0			
1 Patient ist nicht krank	0	0	0
2 Grenzfall psych. Erkr.	0	0	0
3 leicht krank	1 (1%)	1 (1%)	0
4 mäßig krank	5 (4%)	3 (3%)	2 (10%)
5 deutlich krank	39 (30%)	34 (30%)	5 (25%)
6 schwer krank	80 (61%)	70 (63%)	10 (50%)
7 extrem schwer krank	7 (5%)	4 (4%)	3 (15%)

Die Mittelwerte der HAMD- und BDI-Summscores der beiden Subgruppen wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Die Voraussetzungen für dieses Verfahren wurden geprüft: Normalverteilungsannahme und Varianzhomogenität waren jeweils gegeben (χ^2 Test bzw. Levene`s Test für Varianzhomogenität).

Abbildung 21 HAMD-Wert bei Aufnahme : Gruppe 1
Gruppe2

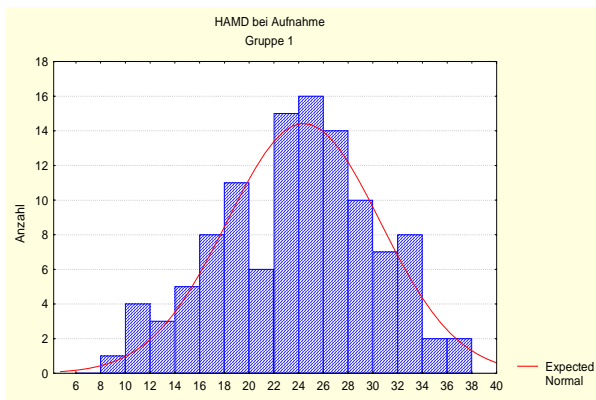
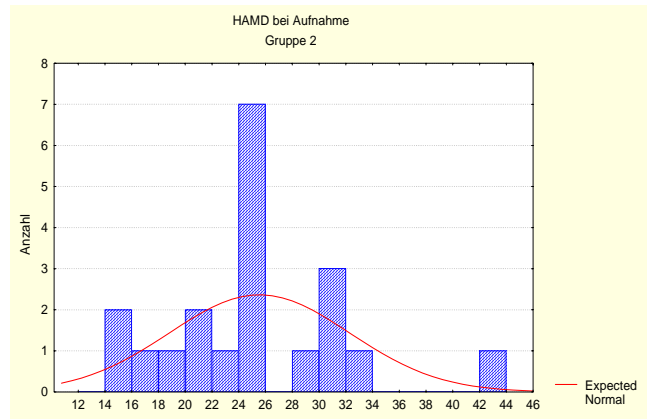


Abbildung 22: HAMD-Wert (b. A.):



Die Hamilton-Aufnahmewerte unterscheiden sich nicht signifikant in beiden Gruppen. Die Mittelwerte liegen bei 24,4 (s = 6,2) in Gruppe 1 und bei 25,6 (s = 6,7) in Gruppe 2, der Median jeweils bei 25. Wie aus den anderen Kennwerten (siehe Tabelle 61) sowie aus den Abbildungen erkennbar, liegen die Hälfte der Werte zwischen 20 und 29 bzw. zwischen 21 und 29. Der höchste HAMD-Wert wurde in Gruppe 2 beschrieben (43), er stellt einen Extremwert dar, der nächstkleinere Wert ist 33. Auch bei der Einteilung in Gruppen nach HAMD und BDI (vgl. Tabelle 61) glichen sich die beiden Patientengruppen.

Abbildung 23 BDI-Wert bei Aufnahme: Gruppe 1

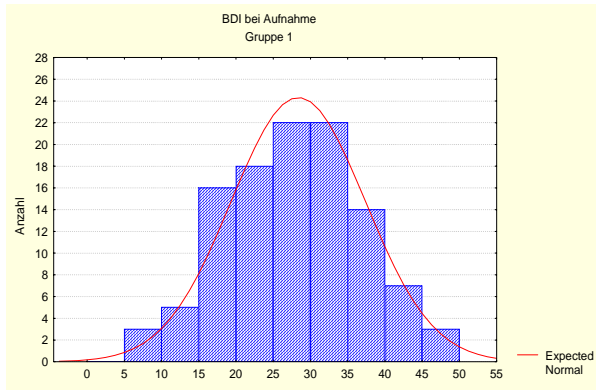
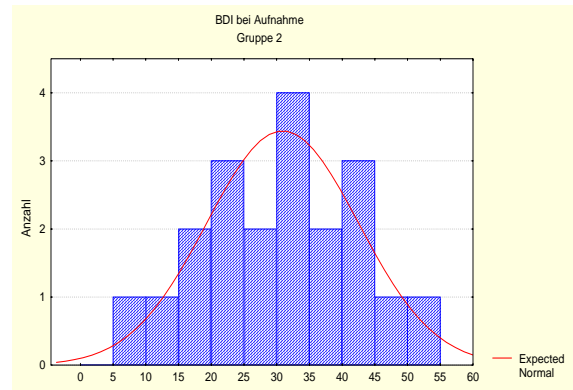


Abbildung 24: BDI-Wert (b.A.): Gruppe 2



Die Mittelwerte der BDI-Summenscores unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant. Sie liegen bei 28,4 ($s = 9,0$) in Gruppe 1 und bei 30,9 ($s = 11,6$) in Gruppe 2. Der Median liegt bei 29 bzw. 31. Die Hälfte aller Messwerte zwischen 22 und 35 (Gruppe 1) bzw. zwischen 23 und 39 verteilen sich also ähnlich, wie auch die graphische Darstellung (s.o.) zeigt.

Die CGI-Werte (Clinical Global Impression) zeichnen ein ähnliches Bild: In beiden Gruppen sind ca. ein Drittel der Patienten bei Aufnahme leicht, mäßig bis deutlich krank, zwei Drittel schwer oder extrem schwer krank.

Diskussion

Die beiden Subgruppen unterscheiden sich bei Aufnahme nicht im Schweregrad ihrer Störung. Diese Beobachtung deckt sich sowohl in der Beurteilung des psychischen Zustandes allgemein (CGI), wie auch in der Fremdbeurteilung (HAMD) und der Selbstbeurteilung (BDI) der Symptomschwere. Die in der Literatur v.a. früher oft vertretene These, dass es sich bei chronisch bzw. therapieresistenten Depressiven hauptsächlich um leichter Kranke handelt, wird durch die vorliegenden Daten also nicht gestützt, vielmehr sprechen die referierten Zahlen dafür, dass in dieser Gruppe die Schweregrade nahezu gleich verteilt sind wie in anderen Gruppen depressiv gestörter Patienten. Die Ausgangslage der Behandlung ist also für beide Subgruppen ähnlich, die chronisch und therapieresistent Kranken sind also weder durchgehend leichter noch schwerer krank als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 62: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Schweregrad der Störung II

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
Schweregrad der Störung			
Bei Entlassung			
HAMD			
MW, s	5,8 (5,6)	5,3 (5,4)	8,8 (5,7)
Median	4	4	8
Min-Max	0-31	0-31	0-21
25%-75%-Perzentil	2-8	2-7	4-12

Tabelle 63: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Schweregrad der Störung III

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
Schweregrad der Störung			
HAMD Gruppen Aufnahme³⁴			
MD=0			
1: 0-6 Punkte	0	0	0
2: 7-17 Punkte	18 (14%)	15 (13%)	3 (15%)
3: 18-24 Punkte	42 (32%)	38 (34%)	4 (20%)
4: über 24 Punkte	72 (55%)	59 (53%)	13 (65%)
bei Entlassung			
MD=4			
1: 0-6 Punkte	88 (69%)	80 (74%)	8 (40%)
2: 7-17 Punkte	34 (27%)	24 (22%)	10 (50%)
3: 18-24 Punkte	4 (3%)	2 (2%)	2 (10%)
4: über 24 Punkte	2 (2%)	2 (2%)	0
Veränderung			
MD=4			
Gleichgeblieben:	5 (4%)	3 (3%)	2 (10%)
4 nach 4	2 (2%)	2 (2%)	0
3 nach 3	0	0	0
2 nach 2	3 (2%)	1 (1%)	2 (10%)
Verschlechtert	0	0	0

³⁴ Die oben bereits dargestellten Aufnahmedaten werden hier noch einmal eingefügt, um einen besseren Vergleich zu ermöglichen.

Verbessert:	123 (96%)	105 (97%)	18 (90%)
4 nach 1	44 (34%)	39 (36%)	5 (25%)
3 nach 1	29 (23%)	27 (25%)	2 (10%)
2 nach 1	15 (12%)	14 (13%)	1 (5%)
4 nach 2	20 (16%)	14 (13%)	6 (30%)
3 nach 2	11 (9%)	9 (8%)	2 (10%)
4 nach 3	4 (3%)	2 (2%)	2 (10%)

Abbildung 25 HAMD-E-Wert Gruppe 1

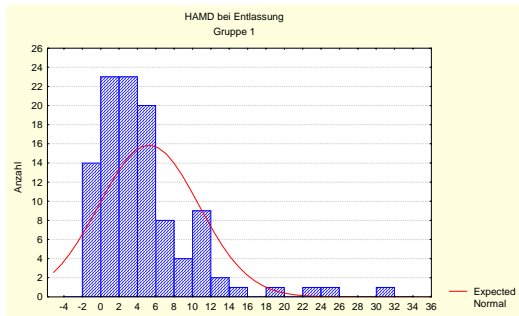
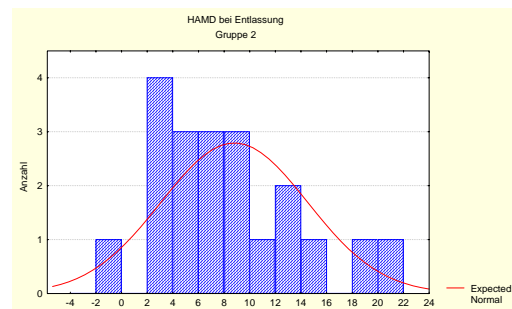


Abbildung 26: HAMD-E-Wert Gruppe 2



Die HAMD-Entlasswerte unterscheiden deutlich zwischen den beiden Gruppen.

Der Mittelwert liegt in Subgruppe 1 bei 5,3 ($s = 5,4$), der Median bei 4, die Hälfte aller Werte liegen zwischen 2 und 7. In Subgruppe 2 dagegen liegt der Mittelwert bei 8,8 ($s = 5,7$), der Median bei 8, die Hälfte der Werte zwischen 4 und 12. In der Gruppe „nach HAMD nicht mehr als depressiv einzustufen“ (HAMD-Gruppe 1: Werte unter 7) sind in Subgruppe 1 74% der Patienten, in Subgruppe 2 40%. Betrachtet man die Veränderung von Aufnahme zu Entlassung, so zeigt sich, dass sich in Subgruppe 1 97% verbesserten, davon mehr als ein Drittel von HAMD-Gruppe 4 (sehr schwer krank, über 24 Punkte im HAMD) nach HAMD-Gruppe 1 (nach HAMD-Score nicht mehr als krank einzustufen). In Gruppe 2 besserten sich 90%, hier wurden ein Viertel der ursprünglich als sehr schwer krank eingestuft als nach der Behandlung nach HAMD nicht mehr krank eingestuft. Ein Patient aus Subgruppe 1 war bei Entlassung unverändert sehr schwer krank (HAMD-Gruppe 4: über 24 Punkte). Dagegen waren in Subgruppe 2 zwei der Patienten bei Entlassung noch in HAMD-Gruppe 3 (von ursprünglich Gruppe 4); d.h. sie wiesen bei Entlassung Werte auf, die als schwer depressiv bezeichnet werden müssen (zwischen 18 und 24 Punkten). Aus HAMD-Gruppe 2 besserten sich 40% der Subgruppe 2 (30% von 4 nach 3, 10% von 3 nach 2) und 2 weitere Patienten (entsprechend 10%) blieben in HAMD-Gruppe 2 wie bei Aufnahme, sodass hier 60% bei Entlassung Werte zwischen 7 und 17 Punkten erreichten und demnach nach HAMD als depressiv eingestuft werden mussten. In der Ver-

gleichsgruppe waren dies 26% (darunter der oben erwähnte eine Patient, der in Gruppe 4 blieb).

Diskussion

Dass die HAMD-Entlasswerte der Patienten der Subgruppe 2 höher liegen als in der Vergleichsgruppe, kann lediglich als Bestätigung der Gruppeneinteilung angesehen werden, da - wie ausgeführt – ein Kriterium keine, mangelnde oder nur teilweise Besserung der depressiven Symptome war.

Deshalb wurde hier auch logischerweise auf eine statistische Signifikanzprüfung (etwa ein t-Test für abhängige Stichproben, da Messwiederholung) verzichtet. Allerdings war dieses Kriterium wie oben beschrieben in diesem Teil der Untersuchung relativ weit definiert: Einziges absolutes Ausschlusskriterium war, wie erwähnt, die Einschätzung des Therapeuten, dass der Patient bei Entlassung als symptomfrei einzustufen war. Wegen dieses Kriteriums musste allerdings keiner der als potentiell chronisch-therapieresistent eingestuften aus der Subgruppe eliminiert werden – diejenigen, die herausgenommen werden mussten, wurden ausschließlich aufgrund des nicht erfüllten Zeitkriteriums aus der Gruppe genommen (vgl. oben). Die von den Therapeuten ursprünglich als potentiell chronisch und therapieresistent bezeichneten Patienten erwiesen sich also auch in der Einschätzung nach HAMD als diejenigen, die weniger gut von der Therapie profitierten und im Vergleich mehr Symptomatik aufwiesen. Dass sich auch in dieser Subgruppe Patienten fanden, die keinen klinisch relevanten HAMD-Score mehr aufwiesen, könnte u.a. damit begründet werden, dass die HAMD-Skala nicht alle depressionsbezogenen Symptome aufweist, sondern ihren Schwerpunkt im Bereich physiologisch-vegetative Symptomatik hat. So wären verschiedene Ausprägung z.B. einer Dysthymia (nach F34.1 ICD-10) vorstellbar, die im HAMD nur einen Wert zwischen 1 und 3 Punkten erreichen würden: Eine Person, die

- „anhaltend oder häufig wiederkehrend unter depressiver Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit“ (Kriterium A für Dysthymia in der IDCL) leidet, was im HAMD unter Item 1 kodiert würde zwischen :

Wert 1 „nur auf Befragen geäußert“ über 2 „Vom Patienten/Patientin spontan geäußert bis zu

Wert 3 „Aus dem Verhalten zu erkennen“)(bei leichter Ausprägung scheidet

Wert 4 aus: „Patient/Patientin drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner/ihrer verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus“)

und zusätzlich mindestens drei der folgenden Merkmale aufweist³⁵:

- Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl der Unzulänglichkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten (nur, soweit aus dem Verhalten als Verlangsamung erkennbar, nicht in der Selbstschilderung, da es sich hierbei um ein Fremdbeurteilungssitem handelt)
- Häufiges Weinen
- Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung
- Pessimismus bzgl. der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit
- Sozialer Rückzug
- Verminderte Gesprächigkeit

All diese Symptome werden im HAMD nicht – oder nur unter dem oben zitierten „Sammelitem“ „Depressive Stimmung“ erfasst und können so auch nur dort (mit maximal 3, nur bei extremer Ausprägung 4) geratet werden.

Es ist sogar eine depressive Episode in leichter Ausprägung (nach ICD-10) konstruierbar, die ebenfalls zwischen 3 und 6 Punkten in der HAMD-Skala erreichen würde:

Ein Patient, der leidet unter

- depressiver Stimmung (vgl. oben: HAMD-Item 1)
- Freudlosigkeit (ebenfalls nur in 1 codierbar)
- Ermüdbarkeit (Item 7, evtl. auch Item 13. Körperliche Symptome)
- verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit (soweit nicht in der Exploration durch Verlangsamung unmittelbar ersichtlich)
- vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen oder
- negativen und pessimistischen Zukunftsperspektiven.

Auch andere depressionsspezifische Symptome (vgl. oben) werden vom HAMD nicht erfasst, z.B. innere Leere, Unzufriedenheit, negative Selbstbewertung (außer Schuldgefühlen), negative Bewertung anderer Personen, negative Bewertung der Zukunft, Selbstunsicherheit, Einfallsarmut, mühsames Denken (solange nicht aus der Verhaltensexploration unmittelbar ersichtlich), Grübeln allgemein, Erwartung von Strafen oder Katastrophen (außer in wahnhafter Ausprägung, dann unter 2. Schuldgefühle, 15. Hypochondrie, 19.

³⁵ Die anderen der 11 Items – verminderte Energie oder Aktivität, Schlafstörungen, Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten, erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden – finden sich dagegen in den HAMD-Items umschrieben wieder.

Depersonalisation/Derealisation oder 20. Paranoide Symptome jeweils in der dort beschriebenen Art als schwerste Ausprägung codierbar), Verarmungswahn, Misserfolgsorientierung, Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit (außer in Item 1), Verstärkerverlust, Entschlussunfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Zunahme der Abhängigkeit von anderen.

So ist von einer Überlegenheit der therapeutischen Einschätzung in der Beurteilung der Gesamtsymptomatik eines Patienten auszugehen, Fragebogenwerte können dazu zwar einen Beitrag leisten, jedoch die umfassende Beurteilung nicht ersetzen. Hierbei ist auch immer zu bedenken, dass sowohl HAMD als auch BDI sich als Instrumente verstehen, mittels derer sich der Schweregrad einer depressiven Erkrankung besser einschätzen lassen soll, nachdem ein Therapeut die Diagnose Depression gestellt hat und nicht als Instrument zur Feststellung, ob eine Depression vorliegt oder nicht.

Tabelle 64: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Schweregrad der Störung IV

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
Schweregrad der Störung bei Entlassung BDI			
MW, s	9,1 (9,3)	8,2 (9,3)	13,6 (8,5)
Median	6	5	12
Min-Max	0-46	0-46	0-29
25%-75%-Perzentil	2-13	2-11	5,5-29
BDI Gruppen Aufnahme			
MD=2			
1: 0-10	4 (3%)	3 (3%)	1 (5%)
2: 11-17	10 (8%)	9 (8%)	1 (5%)
3: ab 18	116 (89%)	98 (89%)	18 (90%)
Bei Entlassung			
MD=8			
1: 0-10	83 (67%)	77 (73%)	6 (32%)
2: 11-17	22 (18%)	14 (13%)	8 (42%)
3: ab 18	19 (15%)	14 (13%)	5 (26%)
Veränderung: (MD=10)			
Gleichgeblieben	23 (19%)	18 (17%)	5 (26%)
3 nach 3	18 (15%)	14 (14%)	4 (21%)
2 nach 2	2 (2%)	2 (2%)	0
1 nach 1	3 (3%)	2 (2%)	1 (5%)
Verschlechtert (2→3)	1 (1%)	0	1 (5%)
Verbessert	98 (74%)	85 (83%)	13 (68%)
3 nach 1	71 (58%)	66 (64%)	5 (26%)
2 nach 1	7 (6%)	7 (7%)	0
3 nach 2	20 (16%)	12 (12%)	8 (42%)

Abbildung 27 Entlasswert BDI Gruppe 1

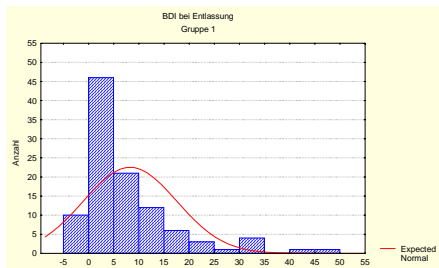
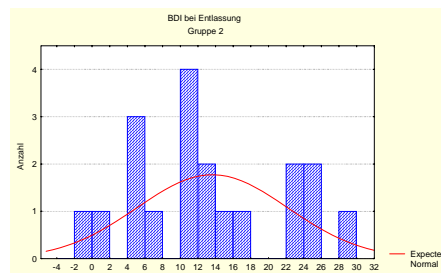


Abbildung 28: Entlasswert BDI Gruppe 2



Die Ergebnisse der Selbstbeurteilungsskala – die Summenscores des Beck-Depressionsinventars – bei Entlassung unterscheiden sich von der Fremdbeurteilung (HAMD, vgl. oben) im Gesamtergebnis des Gruppenvergleichs nicht auffallend: Auch hier erreicht Subgruppe 2 höhere Ausprägungen: In Subgruppe 1 liegt der Mittelwert bei 8,2 mit einer Standardabweichung von 5,4, der Median bei 4, in Subgruppe 2 dagegen bei 13,6 (s = 8,5), der Median bei 12. Unterschiedlich verteilen sich jedoch die Gruppenwerte:

Während in Subgruppe 1 die große Mehrheit (73%) sich selbst mit Werten unter 6 beschrieb, damit also mit „nicht mehr depressiv laut Score“, fallen in der Vergleichsgruppe der chronisch-therapieresistent Depressiven nur 32% (n = 6) in diese Kategorie. BDI-Gruppe 2 kam in Subgruppe 1 bei 13%, bei Subgruppe 2 bei 42% vor, BDI-Gruppe 3 und damit schwer depressiv erschienen im Messwert 13% der Gruppe 1 und 26% (n = 5) der Gruppe 2 (von einem Patient der Subgruppe 2 lag kein BDI vor).

Ein Patient in Subgruppe 2 hatte sich im Vergleich zur Aufnahme verschlechtert (von 2 nach 3), in Subgruppe 1 keiner. Gleichgeblieben waren in Subgruppe 1 17%, wovon 14% in schlechterer Verfassung blieben (BDI-Gruppe 3). In Subgruppe 2 blieben 26% (n = 5) in der gleichen BDI-Gruppe wie bei Aufnahme. Hier war es ein Patient (5%), der in der symptomreichsten BDI-Gruppe (3) verblieb. Es besserten sich auch nur 26% (n = 5) von BDI-Gruppe 3 nach BDI-Gruppe 1, 42% (n = 8) verbesserten sich nur auf BDI-Gruppe 2.

In der Vergleichsgruppe der nicht chronisch und therapieresistent Depressiven verbesserten sich fast zwei Drittel (64%) von BDI-Gruppe 3 nach 1, 7% von 2 nach 1 und 12% nur von BDI-Gruppe 3 auf 2.

Diskussion

Für die BDI-Scores gilt analog das oben für die HAMD-Werte Ausgeführte: Überraschend ist nicht, dass die BDI-Werte der Subgruppe 2 höher liegen als in der Vergleichsgruppe,

vielmehr ist auch dies als Beleg anzusehen, dass die Gruppeneinteilung tatsächlich diejenigen Patienten zumindest im Groben mehr erfasst hat, auf die die Beschreibung therapieresistent zutrifft, da sie im Vergleich deutlich weniger von der Behandlung profitierten als die große Vergleichsgruppe. Doch auch hier lassen sich einige Anmerkungen machen: Noch deutlicher als im HAMD-Score fällt der Unterschied der Subgruppen auf, wenn man die Verteilung auf die Schweregradgruppen betrachtet: Der Unterschied der Prozentzahlen von nach der Behandlung als symptomarm bzw. -frei (laut BDI) Beschriebenen ist in der kleineren Gruppe deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe (32% vs. 73%). Auch der Unterschied in der Anzahl derjenigen, die sich bis zu BDI-Gruppe 1 besserten, ist sehr stark ausgeprägt (Subgruppe 1: 64% + 7% = 71%, Subgruppe 2: nur 26%). In der Selbstbeurteilungsskala BDI beschrieben sich also die Patienten der Subgruppe 2 so, dass man interpretieren kann: Starke Besserung trat nur bei einem Viertel (26%) der Patienten ein, mehr als zwei Drittel (42% + 26% = 68%) blieben nach den Summenscores depressiv im klinischen Sinn.

Immerhin waren aber auch hier wieder 6 Patienten (32%) der Subgruppe laut Testergebnis „symptomfrei“ oder nahezu symptomfrei.

Tabelle 65: Vergleich der chronisch-therapieresistent depressiven mit den nicht chronisch-therapieresistent depressiven Patienten: Schweregrad der Störung V

	<i>Gesamtstichprobe</i>	<i>Nicht chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>	<i>Chronisch-therapieresistente depressive Patienten</i>
Schweregrad der Störung			
CGI-Entlasswert			
MD=2			
1 Patient ist nicht krank	28 (22%)	28 (25%)	0
2 Grenzfall psych. Erkr.	21 (%)	17 (15%)	4 (20%)
3 leicht krank	39 (30%)	36 (32%)	3 (15%)
4 mäßig krank	25 (19%)	16 (15%)	9 (45%)
5 deutlich krank	14 (11%)	10 (9%)	4 (20%)
6 schwer krank	2 (2%)	2 (2%)	0
7 extrem schwer krank	1 (1%)	1 (1%)	0
CGI-Veränderung			
MD=2			
Zustand ist...			
1 sehr viel besser	51 (39%)	47 (43%)	4 (20%)
2 viel besser	60 45(%)	50 (45%)	10 (50%)
3 nur wenig besser	16 (12%)	11 (10%)	5 (25%)
4 unverändert	1 (1%)	0	1 (5%)
5 etwas schlechter	1 1(%)	1 (1%)	0
6 viel schlechter	0	0	0

7 sehr viel schlechter	1 (1%)	1 (1%)	0
------------------------	--------	--------	---

In der Erfassung des globalen klinischen Eindrucks (clinical global impression) bei Entlassung fallen in der ersten Subgruppe 41% (25% + 15% + 1% Rundungungenauigkeit) in die Kategorien 1 und 2, sind also als nicht krank oder als Grenzfall einer Erkrankung zu betrachten, in der kleineren Vergleichsgruppe ist dies kein Patient in Gruppe 1 und 4 in Gruppe 2, was 20% entspricht. Entsprechend fallen 59% in Subgruppe 1 in die „kranken“ Gruppen (4 - 7), in der Vergleichsgruppe dagegen 80%.

Eine deutliche Zustandsverbesserung erfuhren 88% in der Gruppe der nicht chronisch-therapieresistenten Patienten, in der Vergleichsgruppe 70%, allerdings war der Anteil der Gruppe 1 („sehr viel besser“) hier nur weniger als halb so groß (20% vs. 43%). „Nur wenig besser“ und „unverändert“ waren hier 30%, in der größeren Vergleichsgruppe 10%, wobei anzumerken ist, dass hier auch die einzigen beiden verschlechterten Patienten vorkamen.

Diskussion

Die oben gemachten Ausführungen gelten auch hier wieder wie bei dem HAMD- und BDI-Summenscorevergleich. Es zeigt sich, dass auch in dieser Einschätzungsskala die chronisch-therapieresistenten Patienten, wie zu erwarten war, ein insgesamt vom klinischen Eindruck her schlechteres Bild bieten. Allerdings fällt dies nicht so extrem aus, wie man erwarten könnte: Immerhin 95% erfuhren nach diesem Score eine Verbesserung, wengleich nur 20% eine sehr große. D.h. auch die von den Therapeuten selbst als chronisch und therapieresistent eingeschätzten Patienten profitieren dem klinischen Eindruck nach dennoch von der Behandlung, sie sind zwar nicht als „nicht mehr krank“ entlassbar, sondern haben noch z.T. schwerwiegende Symptome, aber erfuhren durch die Behandlung eine Besserung des Befindens, erwiesen sich also zumindest als therapeutisch ansprechbar. Dies deckt sich mit dem Eindruck, dass die Einschätzung der Therapieresistenz häufig eine Teilresponse beinhaltet, die zwar hinter dem zurückbleibt, was bei anderen Patienten erreichbar ist, jedoch auf den individuellen Fall bezogen immerhin eine subjektive Verbesserung bedeutet.

Abschließende Diskussion des Gruppenvergleiches

Zunächst soll noch einmal auf die Faktoren hingewiesen werden, die die Interpretierbarkeit der Daten einschränken: Aufgrund der relativ kleinen Gruppengröße von Subgruppe 2 ($n = 20$) ist von einer begrenzten Repräsentierbarkeit auszugehen. Außerdem handelt es sich, wie oben für die Umfrageuntersuchung angemerkt, um eine vorselektierte Gruppe – die unipolar depressiven Patienten, die sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums in stationärer Behandlung zweier Stationen für depressive Patienten befanden. Bei den Gruppen handelte es sich um retrospektiv nach der Behandlung vorgenommene Einteilungen. Diese Tatsache lag darin begründet, dass die zu untersuchenden Kriterien erst zu diesem Zeitpunkt vollständig erhoben werden konnten: Therapieresistenz im oben ausgeführten Sinn konnte erst konstatiert bzw. diagnostiziert werden, wenn sich nach Abschluss der Behandlung herausstellte, dass diese nicht in ausreichendem Ausmaß erfolgreich verlaufen war. Bei Aufnahme der Behandlung konnte hier nur auf adäquate medikamentöse Vorbehandlung geachtet werden, wobei adäquat hier nur hieß: adäquat für einen durchschnittlichen depressiven Patienten, nicht adäquat für einen Patienten mit Verdacht auf Therapieresistenz. In einer verbesserten Wiederholung der Untersuchung könnte dies evtl. auf die folgende Weise als prospektive Studie angelegt werden, die somit die Nachteile retrospektiver Betrachtungsweise vermeidet: Bei Aufnahme könnte eine Kombination von noch genauer auszuarbeitenden Kriterien festgelegt werden, die den Verdacht auf Therapieresistenz exakter begründen würde, z.B. könnten diejenigen Patienten ausgewählt werden, die eine Behandlung wie in Abbildung 11 dargestellt (siehe 1. Theoretischer Teil) erhalten hatten und dennoch noch als klinisch relevant depressiv gelten würden. Hinzuweisen ist hier besonders auch auf den Punkt der gleichzeitig erfolgenden Psychotherapie (siehe Abbildung 11, linker Kasten), wobei hier festzulegen und zu operationalisieren wäre, wann diese als „adäquat“ einzustufen wäre (vgl. dazu Kapitel 1.3.1.2.2.4. Therapieresistenz auf Psychotherapie). Wie aus der Schilderung deutlich, wäre ein solches Vorgehen mit erheblich größerem Aufwand verbunden und würde auch größere Stichproben erfordern, um eine ausreichend große Gruppe zu ergeben, bei der diese strengen Kriterien als sicher nachgewiesen betrachtet werden könnten. Ein anderes Vorgehen wäre die Begleitung von all jenen Patienten, die unge bessert aus der adäquaten stationären Behandlung entlassen werden mussten, über längere Zeiträume – auch dies ein Design, das das Ausmaß dieser Arbeit überstiegen hätte und mit immensem Aufwand verbunden wäre, wengleich die

Ergebnisse als sehr interessant eingeschätzt werden könnten.

Da hier bei Aufnahme wie ausgeführt nur ein gröberes Screening der bisherigen Behandlung möglich war, war nur eine retrospektive Untersuchung möglich, da nur so die adäquate bisherige Behandlung der interessierenden Subgruppe sowie deren Misserfolg oder nur Teilerfolg als sichergestellt betrachtet werden konnten.

Diese Einschränkungen vorausgesetzt konnten folgende Ergebnisse – in einem abschließenden Überblick - erbracht werden, wobei hier gleichzeitig Anregungen für eine evtl. verbesserte Wiederholung der Studie gegeben werden:

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung fanden sich keine der in der Literatur postulierten Unterschiede, die Altersverteilung könnte hingegen so interpretiert werden, dass chronische und therapieresistente Depressionen in jüngeren Jahren seltener vorkommen als in älteren, wobei aus den weiter oben ausgeführten Gründen (Stichprobeneinschränkung durch Zielgruppe der Stationen im Gegensatz zur im gleichen Haus vorhandenen „Altersdepressionsstation“) keine Angaben über Patienten des sog. höheren Lebensalters (über 65 Jahre) gemacht werden können.

Die Wohnsituation beider Gruppen ergab keine auffallenden Unterschiede, die Berufssituation unterschied sich dagegen tendenziell dahingehend, dass weniger chronisch-therapieresistente Patienten erwerbstätig bzw. –fähig waren als in der Vergleichsgruppe.

Die Belastungsfaktoren, die als krankheitsauslösend oder fördernd eingeschätzt wurden, sollten in einer Wiederholung der Untersuchung nicht – wie hier – bei Aufnahme erhoben werden, da oft erst im Verlauf mehrerer Kontakte oder der Gesamtbehandlung die tatsächlichen Stressoren deutlich bzw. oft auch erst in bezugstherapeutischen oder bezugspflegerischen Gesprächen erst detaillierter herausgearbeitet werden - so etwa, wenn sie dem Patienten nicht bewusst sind oder er anfangs evtl. auch noch nicht darüber zu sprechen wagt, sondern erst nach Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung willens und in der Lage ist, über die oft sehr belastenden oder auch als beschämend empfundenen Lebensumstände oder –ereignisse zu sprechen. So sollte diese Einschätzung erst zu Ende der Behandlung vorgenommen werden sowie auch in anderer Form: Wie oben ausgeführt, waren die hier verwendeten Kategorien wenig spezifisch. Eine genauere Unterscheidung würde hier erheblichen Erkenntnisgewinn bringen, so etwa, wie in einer Nachfolgeuntersuchung zu Qualitätssicherung und –management in einem Fragebogen verwendet, eine Untertei-

lung in akute und länger andauernde Belastungen sowie eine Einschätzung nach dem Schweregrad. Außerdem könnte eine Unterscheidung in Selbst- und Fremdbeurteilung durch einerseits Patient, andererseits Therapeut und/oder behandelndes Team eine gute Weiterentwicklung darstellen, da sich in der klinischen Praxis hier oft Unterschiede ergeben (vgl. Einzelfallstudie Frau AB01 unten: Patienteneinschätzung des Auslösers der Depression (somatische Immunschwächeerkrankung) vs. Einschätzung des Behandlungsteams (Ehe- und Familiensituation etc., somatische Erkrankung eher „Nebenschauplatz“). Die vorliegenden Daten lassen hier keine Unterscheidung der Subgruppen bezüglich der Stressoren zu, wobei dies, wie ausgeführt, auch auf die Mängel der Einteilung zurückgehen könnte.

Die Suizidalität dagegen wurde detailliert und adäquat durch den Fragebogen abgebildet, hier ergaben sich aber ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Hinsichtlich der Vorbehandlung unterschieden sich die Gruppen ebenfalls nicht, was v.a. – wie ausgeführt – einen Hinweis auf noch auszuschöpfendes Potential bietet: Da in beiden (!) Gruppen mindestens 75% noch keine psychotherapeutische Vorbehandlung erfahren hatten – und das, obwohl die Patienten der Subgruppe 2 wie bekannt schon seit zwei Jahren vor der Aufnahme unter depressiven Störungen litten! – wäre hier eine Möglichkeit zu sehen, wie auch der Prozentsatz der Langzeitverläufe und Therapieresistenz evtl. schon vor und bei Erfolg sogar anstatt einer stationären Behandlung verkleinert werden könnte. Allerdings stellt das geringe Angebot freier Psychotherapieplätze (nach Berichten von Patienten in der klinischen Praxis, hier: Raum Oberfranken) gerade in ländlichen Gebieten ein großes Problem dar: Wenn Patienten zwischen drei und sechs Monaten auf einen Psychotherapieplatz warten müssen, ist diese Zeit oft zu lange, um einer beginnenden Chronifizierung rechtzeitig zu begegnen, ganz abgesehen von der demotivierenden Wirkung dieser Aussicht langer Wartezeit auf Patienten, die sich oft sehr überwinden mussten, um den Schritt in die Psychotherapie überhaupt in Erwägung zu ziehen (vgl. auch die im Theorie-Teil unter 1.3.1.1. gemachten Ausführungen zu Therapieverweigerung im Vorfeld der Behandlung).

Die Daten zur Art der Behandlung sind insofern mit Vorsicht zu interpretieren, da es sich wie ausgeführt um eine retrospektive Einteilung handelte, bei der der Therapieerfolg eines der Einteilungskriterien war, und hier der Erfolg eines der Therapiebestandteile (Pharmakotherapie) eingeschätzt wurde. Dennoch überrascht, dass nicht bei allen die medikamentöse Behandlung als sehr schwierig bzw. problembehaftet gesehen wurde, sondern „nur“

bei 50%. Dies könnte einerseits als Hinweis auf die Heterogenität der Gruppe gesehen werden – auch hier gab es demnach Patienten, deren medikamentöse Behandlung wie geplant und ohne größere Probleme ablief -, andererseits sollten evtl. in einer Nachfolgeuntersuchung die Kriterien für dieses Item präziser formuliert werden: Wie oben ausgeführt, könnten Therapeuten hier intraindividuelle Vergleiche angestellt und Ziele angelegt haben, etwa dahingehend, dass bei bekannt schwierigem Verlauf der Erkrankung der Patientin XY die Pharmakotherapie *vergleichsweise* problemlos verlief bzw. das von vornherein hier niedriger angesetzte Ziel – etwa Stuserhalt und Verbesserung zumindest einiger Symptome wie z.B. Wiederherstellung einer adäquaten Schlaf-Wach-Rhythmik o.ä. – erreicht wurde. Dies sind allerdings Spekulationen, die noch näher untersucht werden müssten.

Beim Vergleich der Schweregrade bestätigte sich, dass chronisch-therapieresistente Kranke in allen Schweregraden – auch und gerade schwer- und schwerst depressiv Kranke – vorkommen.

Die Entlasswerte, die - wie ausgeführt - vor dem Hintergrund der Gruppeneinteilung gesehen werden müssen, weisen erneut darauf hin, dass es sich bei der Gruppe der chronisch-therapieresistenten Patienten um sehr heterogene Verläufe handelt: Absolut therapieresistent im Sinne von „keinerlei Verbesserung der Symptomatik“, Ausgangszustand ebenso schlecht wie Entlasszustand - kommt zwar vor, ist aber selbst in dieser Subgruppe der chronisch-therapie“resistenten“ Patienten (definiert als Non- oder Teilresponse bzw. als diejenigen, die bei Entlassung als „noch depressiv“ gelten s.o.) die Ausnahme, viel häufiger sind diejenigen, die zwar als noch depressiv entlassen werden, deren Zustand aber zumindest besser als zu Beginn der Behandlung war (wobei hier einschränkend angemerkt werden muss, dass nicht aus den Daten hervorgeht, wie lange die erreichte teilweise Symptombesserung der Patienten nach Entlassung anhielt).

2.3.1.4. Ergebnisse und Diskussion der Subgruppenuntersuchung therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen

Tabelle 66: Übersicht über die Ergebnisse der Subgruppenuntersuchung therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen: Patienten 1-3

RISIKOFAKTOR/ PRÄDISPONIERENDER FAKTOR	Ausprägung, die laut Literatur mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko einhergeht (leer: wird in der Literatur nicht oder gänzlich kontrovers diskutiert)	Patient Nr. 1 AB01		Patient Nr. 2 CD02		Patient Nr. 3 EF03	
		Kriterium erfüllt?	ja = + nein = - unklar = ?	Kriterium erfüllt?	ja = + nein = - unklar = ?	Kriterium erfüllt?	ja = + nein = - unklar = ?
(wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Angaben auf die Umstände bei Entlassung aus der stationären Behandlung.)							
SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN							
LEBENSALTER (BEI ENTLASSUNG)	„höheres“ (mindestens 60 Jahre)	59 Jahre („mittleres Lebensalter“)	-	56 Jahre („mittleres Lebensalter“)	-	66 Jahre („höheres Lebensalter“)	+
GESCHLECHT	unklar; weibliches Geschlecht von einigen Autoren genannt	weiblich	+	männlich	-	weiblich	+

2.3 Ergebnisse und Diskussion

FAMILIÄRE SITUATION							
FAMILIENSTAND	Verheiratetsein als nicht-protektiver, evtl. sogar Risikofaktor	verheiratet	+	unverheiratet	-	unverheiratet	-
AKTUELL IN PARTNERSCHAFT LEBEND		nein, lebt getrennt vom Ehemann, keine weitere Partnerschaft		nein		nein	
BELASTUNGSGRAD DER BEZIEHUNG DURCH KONFLIKTE	viele partnerschaftliche bzw. eheliche Konflikte	hochbelastet (durch Trennungswunsch des Mannes, dem die Patientin nicht zustimmen will) (I ³⁷ : 90) <i>f-u: Ptin. kann sich mit der Trennung besser abfinden, äußert aber nach wie vor den Wunsch, wieder mit dem Mann zusammenzuleben</i>	+ +	entfällt	0	entfällt	0
BELASTUNGSGRAD DURCH KRANKEN/PFLEGEBEDÜRFTIGEN PARTNER	Partner krank oder pflegebedürftig	nein	-	entfällt	0	entfällt	0
EVTL. BESONDERHEITEN DER PARTNERBEZIEHUNG		Scheidung ist geplant, wird von Patientin als		entfällt		entfällt	

³⁷ I = Einschätzung durch Interviewer: 0 = unbelastet, 100 = extrem stark belastet;

2.3 Ergebnisse und Diskussion

		sehr belastend erlebt				
KINDER		3		nein		nein
DAVON MIT PATIENT ZUSAMMENLEBEND		Tochter (Patientin wohnt mit in deren Haus) <i>f-u: - (Patientin lebt in eigener Wohnung)</i>		entfällt		entfällt
BELASTUNGSGRAD DER BEZIEHUNG ZU DEN KINDERN		hochbelastet (I: 80) <i>f-u: entspanntere Situation (I: 50)</i>		entfällt		entfällt
EVTL. BESONDERHEITEN DER BEZIEHUNG ZU DEN KINDERN		Sorge um die zeitweise hochsuizidale Mutter, Ängste, Befürchtungen, Spannungen, Belastungen durch die Verantwortung für sie <i>f-u: Patientin beschreibt Besserung selbst</i>		entfällt		entfällt
WEITERE SIGNIFIKANTE VERWANDTE		1) Schwägerin 2) Mutter		4 Geschwister (älterer Bruder, gleichaltriger Bruder, 2 jüngere Schwestern), da-		2 Tanten, 1 Onkel, 2 Cousinen

						leichte Depressionen, Großtante depressiv („an Schwermut gestorben“), Halbbruder: Alkoholmissbrauch	
SOZIALES NETZWERK							
FAMILIENANGEHÖRIGE / VERWANDTE SIND HAUPTSÄCHLICHE BEZUGSPERSONEN		ja		ja		ja	
BEZUGSPERSONEN AUßERHALB DER FAMILIE/ VERWANDTSCHAFT		Sozialberaterin (vom SPD <i>i</i>) Cousine <i>f-u: Psychotherapeut (Kontakte in ca. zwei- bis dreiwöchigem Abstand)</i>		keine bekannt (frühere Kontakte abgebrochen) <i>f-u: Besuchsdienst der Diakonie wird als sehr hilfreich beschrieben (wöchentliche bis zweiwöchentliche Termine)</i>		keine engeren Bezugspersonen	
DAVON ENGE VERTRAUTE/ ANSPRECHPARTNER BEI PROBLEMEN		Sozialberaterin (vom SPD <i>i</i>) Cousine <i>f-u: Schwägerin Psychotherapeut</i>		keine bekannt <i>f-u: Besuchsdienst (s.o.)</i>		keine bekannt <i>f-u: gleichgeblieben</i>	
GESAMTEINSCHÄTZUNG DES „SOZIALEN NETZWERKES“ (DURCH INTERVIEWER)	Unklar; mangelnde soziale Ressourcen/ soziale Unterstützung als Risikofaktor	eher schlechte soziale Unterstützung (außerhalb der Familie)	+	eher schlechte soziale Unterstützung (außerhalb der Familie) <i>f-u: leichte Besserung der sozialen</i>	+	schlechte soziale Unterstützung <i>f-u: gleichgeblieben</i>	+

2.3 Ergebnisse und Diskussion

				<i>Einbindung</i>			
SUBJEKTIVE ZUFRIEDENHEIT MIT DEM SOZ. NETZWERK		eher unzufrieden (Bedürfnis nach mehr sozialen Kontakten be- steht)		Patient gibt an, zufried- den mit seinen Sozial- kontakten zu sein		eher unzufrieden (Bedürfnis nach mehr sozialen Kontakten besteht)	
STÖRUNGSSPEZIFISCHE MERKMALE/ SYMPTOMATIK							
DIAGNOSE (ICD-10) (BEI AUFNAHME)		F 33.3		F 33.3		F33.2	
DIAGNOSE (ICD-10) (FALLS VERSCHIEDEN VON AUFNAHMEDIAGNOSE)							
SYMPTOMSCHWERE	unklar, ob Einfluss vor- handen; Annahme stets symptomär- merer Zustände (= +) steht vs. An- nahme auch schwererer Aus- prägungen	große Symptomschwere	-	große Symptom- schwere, gegen Ende der Behandlung etwas ge- bessert	-	große Symptomschwere, bei Ende der Behandlung deutlich gebessert (Anm.: Begründung, warum dennoch als „chro- nisch/therapieresistent“ eingestuft: siehe unten!)	-
JETZIGER AUFENTHALT:							
SYMPTOMSCHWERE BEI AUFNAHME:		schwerst depressiv	-	schwerst depressiv	-	schwer depressiv	-
HAMD-A		43	-	32	-	22	-

2.3 Ergebnisse und Diskussion

BDI-A		24	-	49	-	30	-
CGI-A		7	-	7	-	6	-
SYMPTOMSCHWERE BEI ENT- LASSUNG:		schwer depressiv	-	mittelschwer depressiv	-	kurzzeitig (vgl. unten) keine depressiven Symptome mehr feststellbar	+
HAMD-E		20		13		0	
BDI-E		11		26		0	
CGI-E		5		4		3	
CGI-VERÄNDERUNG (PUNKTWERTDIFFERENZ)		2		3		3	
CGI II (ZUSTANDSÄNDERUNG)		3		2		1	
DAUER DER JETZIGEN PHASE (VOR AUFNAHME)	laut Definition der Subgruppe mindestens 2 Jahre (also alle +) (deshalb zusätzlich hier: wenn länger als 2 Jahre: ++)	3 Jahre	++	2 Jahre	+	2 Jahre (schwer abgrenzbar: Depressionen mit nur kurzen Phasen besseren Befindens seit dem 19. Lebensjahr (seit 46 Jahren)	+ (+)
WAHNSYMPТОМАТИК A) DERZEIT (JETZIGE BE- HANDLUNG) a) JEMALS	Vorliegen psychotischer Symptomatik (auch gegenteilige Meinung wird vertreten)	wahnhaft bis wahnnahe hypochondrische Befürchtungen schon seit mehreren Jahren wahnnahe Befürchtungen aufgrund der körperlichen Erkrankung	+	wahnhaft Überzeugungen, nihilistisch und hypochondrisch ausgeprägt (körperliche Begleiterkrankung)	+	derzeit keine wahnhaft Symptome werden in Krankengeschichte beschrieben („schwere Wahnvorstellungen“ im Vorfeld)	+

2.3 Ergebnisse und Diskussion

SUIZIDALITÄT:	wenig Angaben in der Literatur; Hinweis auf Gefahr der Entwicklung von „sog. chronischer Suizidalität“ ³⁸	häufige suizidale Krisen	+	suizidale Krisen während des Aufenthaltes	+	Suizidalität im Vorfeld des Aufenthaltes	+
SUIZIDVERSUCH IM VORFELD DER AUFNAHME		nein		nein		nein	
SUIZIDAL BEI AUFNAHME		ja (mehrfach Suizidvorbereitungen: Tablettsammlung)		nein		ja	
SUIZIDVERSUCH WÄHREND STATIONÄRER BEHANDLUNG		1 (Tabletten) (mehrfach Suizidvorbereitungen)		nein		nein	
SUIZIDVERSUCH NACH ENTLASSUNG		nein		nein		nein	
„HYPOCHONDRIE“-ITEM/ GESUNDHEITSSORGE (HAMD-ITEM 15.: 0 KEINE 4 STARKE)	evtl. schlechte prognostische Bedeutung	ja: A: 4 E: 3 <i>f-u: 1</i>	+	ja: A: 4 E: 1 <i>f-u: 2</i>	+	nein: A: 0 E: 0 <i>f-u: 0</i>	-

³⁸ i.S.v. „gehäufte[m] Auftreten suizidaler Krisen , d.h. der Ankündigungen suizidalen Verhaltens bzw. von zwei und mehr Suizidversuchen im engen zeitlichen Zusammenhang“ (nach Wolfersdorf, 2000, S. 33)

2.3 Ergebnisse und Diskussion

VORGÄNGIGER KRANKHEITSVERLAUF:							
ERSTERKRANKUNGS-ALTER	umstritten; höheres Ersterkrankungsalter wird genannt (hier: über 40 Jahren)	53	+	53	+	19	-
EPISODENANZAHL (EINSCHLIEßLICH JETZIGER)	umstritten; „höhere Episodenanzahl“ wird mehrfach genannt	5		2		> 20 (unklar, da schwer von einander abgrenzbare Phasen; derzeit 23. Krankenhausaufenthalt; Depressionen mit nur selten kurzen besseren Phasen seit 46 Jahren)	
DAUER VORGÄNGIGER PHASEN	längere Dauer; hier: bisher längste Phase (ausschließlich der jetzigen) länger als „durchschnittliche depressive Phase“ von < 3 Monate) ³⁹	ca. 3-6 Monate	+	unklar (schwer als Episode abzugrenzen)	0	unklar, da schwer voneinander abzugrenzende Phasen; Krankenhausaufenthalte unterbrochen von nichtstationären Phasen < 2 Monate: ca. 6 Monate	+/-
JEMALS SUIZIDVERSUCH		ja		nein		nein	
KOMORBIDITÄT:							

³⁹ nach Tölle (1994, S.247) rechne man bei 40-50% der Phasen mit bis zu 3 Monaten Dauer, bei 25-30% bis zu einem Jahr, bei 20-25% über ein Jahr.

2.3 Ergebnisse und Diskussion

MIT PSYCHISCHER STÖRUNG	vorhanden = +	nein	-	nein	-	nein (akzentuierte Persönlichkeit)	
MIT SOMATISCHER STÖRUNG	vorhanden = +	Sicca-Syndrom (M 35.0)	+	Benigne Prostatahypertrophie	+	Z. n. Strumektomie (OP im Vorjahr) <i>f-u:</i> <i>Endometriumkarzinom</i>	- +
MIT CHRONISCHER SOMATISCHER STÖRUNG	vorhanden = +	Sicca-Syndrom (M 35.0)	+	Benigne Prostatahypertrophie	+	nein	-
BISHERIGE BEHANDLUNG	inadäquate Behandlung zu späte Behandlung	soweit aus KG ersichtlich: frühzeitige adäquate Behandlung (nervenärztlich)	- -	soweit aus KG ersichtlich: frühzeitige adäquate Behandlung (nervenärztlich)	- -	adäquat mit zu dieser Zeit (1952) möglichen Mitteln; frühzeitige Behandlung: stationär psychiatrisch (Nervenkrankenhaus)	- -
ANZAHL DER BISHERIGEN HOSPITALISIERUNGEN (OHNE JETZIGEN AUFENTHALT)	hohe Anzahl von Hospitalisierungen (hier: >4)	5	+	6	+	22	++
KUMULIERTE HOSPITALISIERUNGS-DAUER (PSYCHIATRISCHES KRANKENHAUS)		36 Monate (innerhalb von 6 Jahren: 50% der Zeit seit Erstaufnahme)		13 Monate (innerhalb von 3 Jahren: 36% der Zeit seit Erstaufnahme)		28 Monate (innerhalb der letzten 22 Jahre (seit Erstaufnahme im BKH Bayreuth: 11% der Zeit seit Erstaufnahme dort) (Anmerkung: im Alter von 19 Jahren: Einmaliger Aufenthalt in anderem Nervenkrankenhaus (Dauer unbekannt);	

						dann 24 Jahre keine stationäre Behandlung mehr, somit 5 % der Zeit seit Erstaufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus (sehr häufige Behandlung stationär für jeweils kurze Zeit (eine Woche bis max. 3,5 Monate), Wiederaufnahmen z.T. bereits innerhalb einer Woche)	
LEBENSEREIGNISSE:	(belastende) Lebensereignisse	ja (s.u.)	+	ja (s.u.)	+	ja (s.u.)	+
IM LEBEN BISHER (EINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN/DER PATIENTIN ALS BELASTEND)		Erkrankung am Sicca-Syndrom Trennung vom Ehemann		Somatische Erkrankung Verlust des Arbeitsplatzes und sozialer Bindungen		Miterleben des Krieges und der Nachkriegszeit (geb. 1934) Patientin schildert Zugunfall (s.u.) im Alter von 18 Jahren, den sie als auslösend ansieht; Vergleich mit KG: fraglicher sexueller Missbrauch durch Verwandten bei länger zurückliegenden Aufenthalten als Grund angegeben; Verlust des Vaters im Kindesalter	

					<p>Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der Depressionen</p> <p>Tod der Mutter vor 8 Jahren</p> <p>erzwungener Auszug aus eigener Wohnung</p> <p><i>f-u:</i> <i>Gynäkologische OP</i></p>	
IM VORFELD EINER ERKRANKUNGSEPISE		Erkrankung am Sicca-Syndrom Trennung vom Ehemann		Somatische Erkrankung Verlust des Arbeitsplatzes u. sozialer Bindungen	s.o. (alle beschriebenen Lebensereignisse geschahen im Vorfeld von Erkrankungsepisoden)	
SUBJEKTIV ERLEBTER ZUSAMMENHANG MIT DEM AUSBRUCH DER DEPRESSION		ja: subjektive Überzeugung, ohne Sicca-Syndrom nicht depressiv geworden zu sein		ja, hypochondrische Befürchtungen und Trauer um Arbeitsplatzverlust	ja, Patientin schildert Verschlechterung des Befindens jeweils im Zusammenhang mit beschriebenen Ereignissen	
VOM THERAPEUTEN/DER THERAPEUTIN ODER INTERVIEWER INTERPRETIERTER ZUSAMMENHANG MIT DEM AUSBRUCH DER DEPRESSION		körperliche Komorbidität mitbestimmend, aber nicht allein auslösend (Trennung vom Ehemann wohl bedeutsameres kritisches Lebensereignis)		Zusammenhang scheint plausibel, wird in Arztbriefen beschrieben;	ja, Vulnerabilität bei Veränderungen der äußeren Lebensumstände wohl gegeben, Krankenhausaufenthalte jeweils nach Belastungssituationen (zunehmend geringere Auslöser ausreichend für Verschlechterung)	
CHRONISCHE BELASTUNGEN						

2.3 Ergebnisse und Diskussion

MEHRERE JÜNGERE KINDER IM HAUSHALT		nein	-	nein	-	nein	-
FEHLEN EINER BEZAHLTEN BESCHÄFTIGUNG		(berentet) ja	+	(berentet) ja	+	(berentet) ja	+
FEHLEN VON UNTERSTÜTZUNG DURCH NAHE BEZUGSPERSONEN		nein (Kinder unterstützen Mutter)	-	nein (Geschwister unterstützen den Patienten gut)	-	ja (wenig nahe Bezugspersonen vorhanden)	+
ANDERE CHRONISCHE BELASTUNGEN		Trennung vom Ehemann/Leben als Alleinstehende wird als fortwährend belastend erlebt	+	ja, Arbeitslosigkeit bzw. Berentung wird als fortwährend belastend erlebt	+	ja, Vereinsamung	+
PERSÖNLICHKEITSFAKTOREN	Persönlichkeitsvariablen komme wichtige Rolle zu (viele Autoren sprechen sich dafür aus)						
PRÄMORBIDE PERSÖNLICHKEIT	habe Einfluss						
SELBSTEINSCHÄTZUNG PATIENT (AUS SELBSTBESCHREIBUNG; ÜBERTRAGUNG IN PSYCHOLOGISCHE FACHTERMINI DURCH INTERVIEWER):	Emotionale Stabilität als Prädiktor für gute Prognose → em. labil = +; Introversion = +	extravertiert emotional labil wenig ängstlich leistungsorientiert	- +	introvertiert emotional labil („sensibel“) ängstlich	+ +	extravertiert emotional labil nicht ängstlich	- +

WEITERE QUELLEN (KG, GESPRÄCHSEINDRUCK, BERICHTE DES BEHANDELNDEN THERAPEUTEN)		im stationären Setting: Patientin sehr zurückgezogen, eher introvertiert, distanziert von Mitpatienten		introvertiert („ein eher zurückhaltender Mensch“ in Selbstbeschreibung (KG)) „Vorbestehen einer selbstunsicherehemmten Persönlichkeit“ (KG)		wirkt im Umgang mit Mitpatienten extravertiert, fordert viel emotionale Zuwendung ein, nimmt Grenzen z.T. nicht wahr	
PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN ZUM ZEITPUNKT DER ERHEBUNG							
SELBSTEINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN: („SKALA“: 0-100)							
SELBSTVERTRAUEN	verringertes Selbstwertgefühl [(unter 30) = +]	50 <i>f-u: 50</i>	- -	70 <i>f-u: 40</i>	-	80 <i>f-u: 10</i>	- +
ÄNGSTLICHKEIT	(unklar: Einfluss wird bestritten) [(über 50) = +]	30 <i>f-u: 30</i>	- -	50 <i>f-u: 80</i>	- +	01 <i>f-u: 99</i>	- +
„SCHÜCHTERNHEIT“ (INTROVERSION)	Introversion =+ [(über 50) = +]	unter 30 <i>f-u: 01</i>	- -	60 <i>f-u: 90</i>	+ +	01 <i>f-u: 50</i>	- -
ANDERE QUELLEN		im stationären Setting: Patientin sehr zurückgezogen, daher schwer einzuschätzen; allg. Ängstlichkeit nicht auffallend (außer bei aku-		im stationären Setting: Patient sehr introvertiert; nimmt aber nach Aufforderung an Aktivitäten der Mitpatienten teil; Ängstlichkeit		im stationären Setting: Patientin wirkt extravertiert, wendet sich bei schlechtem Befinden an andere, sucht bei gutem Befinden Kontakt zu anderen, z.T. fällt es ihr dabei	

		ten Verschlechterungen: hypochondrische Ängste), eher introvertiert wirkend; → Selbstvertrauen: - Ängstlichkeit: - Introvertiertheit: +		schwer einschätzbar (außer bei akuten Ver- schlechterungen: hy- pochondrische und nihilistische Ängste), eher höher als gerin- ger: Selbsteinschätzung zum Selbstvertrauen (s.o. 70) überraschend; → Selbstvertrauen: -/+ Ängstlichkeit:+ Introvertiertheit: +		schwer, die Grenzen der ande- ren wahrzunehmen	
INTELLIGENZ	niedrige Intelligenz wird als Risikofaktor kontrovers diskutiert (hier: niedrige I = geschätzter IQ unter 90 = +)	normal (Gesprächseindruck, psy- chopathologischer Befund in KG)	-	normal (Gesprächseindruck, psychopathologischer Befund in KG, Test- wert im MWT in vor- behandelnder Klinik)	-	normal (Gesprächseindruck, psycho- pathologischer Befund in KG)	-
PSYCHOLOGISCHE TESTUNG (FPI-R) (1. WERT = ALTERS- UND GESCHLECHTS- VERGLEICHSGRUPPE, 2. WERT IN KLAMMERN = NORMSTICHPROBE)		(Offenheit: 3 → Werte evtl. nicht aussagekräf- tig!)					
LEBENSZUFRIEDENHEIT		3 (3)		3 (4)		4 (4)	
SOZIALE ORIENTIERUNG		8 (8)		7 (7)		4 (5)	
LEISTUNGSORIENTIERUNG		3 (3)		4 (3)		6 (5)	
GEHEMMTHEIT		4 (5)		8 (8)		4 (5)	
ERREGBARKEIT		3 (4)		3 (3)		1 (1)	

2.3 Ergebnisse und Diskussion

AGGRESSIVITÄT		3 (3)		3 (4)		6 (4)	
BEANSPRUCHUNG		2 (3)		4 (4)		8 (8)	
KÖRPERLICHE BESCHWERDEN		2 (3)		3 (3)		1 (3)	
GESUNDHEITSSORGEN		3 (4)		6 (6)		4 (5)	
OFFENHEIT		3 (3)		4 (4)		6 (5)	
EXTRAVERSION		4 (4)		1 (1)		6 (5)	
EMOTIONALITÄT		3 (4)		5 (5)		7 (7)	

Tabelle 67: Übersicht über die Ergebnisse der Subgruppenuntersuchung therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen: Patienten 4 und 5

RISIKOFAKTOR/ PRÄDISPONIERENDER FAKTOR	Ausprägung, die laut Literatur mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko einhergeht (leer: wird in der Lit. nicht oder gänzlich kontrovers diskutiert)	Patient Nr. 4 Herr GH04		Patient Nr. 5 Herr IK05	
SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN					
LEBENSALTER (BEI ENTLASSUNG)	„höheres“ (mindestens 60 Jahre)	53 Jahre („mittleres Lebensalter“)	-	54 Jahre („mittleres Lebensalter“)	-
GESCHLECHT	unklar; weibliches Geschlecht von einigen Autoren genannt	männlich	-	männlich	-
BERUF		Bankkaufmann		Gymnasiallehrer	
EINKOMMEN / FINANZIELLE PROBLEME	„schlechtes Einkommen“	derzeit krankgeschrieben, Berentung beantragt; ist mit finanzieller Situation zufrieden	-	derzeit krankgeschrieben,; ist mit finanzieller Situation zufrieden, gibt aber an, sich dennoch Sorgen zu machen, die er selbst als überzogen beurteilt	-

2.3 Ergebnisse und Diskussion

WOHNVERHÄLTNISSE	„schlechtere“	gute Wohnsituation, Pt. auch subjektiv zufrieden	-	gute Wohnsituation, Pt. auch subjektiv zufrieden	-
FAMILIÄRE SITUATION					
FAMILIENSTAND	Verheiratetsein als nicht-protektiver, evtl. sogar Risikofaktor	verheiratet	+	verheiratet	+
AKTUELL IN PARTNERSCHAFT LEBEND		ja		ja	
BELASTUNGSGRAD DER BEZIEHUNG DURCH KONFLIKT	viele partnerschaftliche bzw. eheliche Konflikte	nein, Partnerschaft wird als harmonisch und unterstützend beschrieben		nein, Partnerschaft wird als harmonisch und unterstützend beschrieben	
BELASTUNGSGRAD DURCH KRANKEN/PFLEGEBEDÜRFTIGEN PARTNER	Partner krank oder pflegebedürftig	nein	-	nein	-
EVTL. BESONDERHEITEN DER PARTNERBEZIEHUNG					
KINDER		2 Söhne (erwachsen), 2 Enkelkinder		3 Kinder 2 Töchter, 1 Sohn (zwischen 9 und 21 Jahre alt)	
DAVON MIT PATIENT ZUSAMMENLEBEND		keiner		3	
BELASTUNGSGRAD DER BEZIEHUNG ZU DEN KINDERN		unbelastet, Beziehung wird als stützend beschrieben		unbelastet, Beziehung wird als stützend beschrieben	
EVTL. BESONDERHEITEN DER BEZIEHUNG ZU DEN KINDERN		-		-	

2.3 Ergebnisse und Diskussion

WEITERE SIGNIFIKANTE VERWANDTE		Mutter (wohnt im selben Haus), Verwandtschaft der Frau als soziales Netzwerk		keine	
BELASTUNGSGRAD DER BEZIEHUNG ZU DIESEN VERWANDTEN	mehr Spannungen, mehr Streit, mehr Auseinandersetzungen	Spannungen zwischen Frau und Mutter, die den Patienten aber nach seinen Angaben nicht belasten		entfällt	
FAMILIENANAMNESE	positive Familienanamnese				
PSYCH. ERKRANKUNGEN		keine	-	ja: Mutter depressiv	+
DEPRESSIONEN		keine	-	ja: Mutter depressiv	+
SOZIALES NETZWERK					
FAMILIENANGEHÖRIGE / VERWANDTE SIND HAUPTSÄCHLICHE BEZUGSPERSONEN		nein, gute Freunde und viele Bekannte lt. Patient (zudem große Verwandtschaft der Frau)		ja, bezeichnet Frau als Hauptbezugsperson, Bekanntenkreis eher klein, aber stabil lt. Patient	
BEZUGSPERSONEN AUßERHALB DER FAMILIE/VERWANDTSCHAFT		ja: gute Freunde und viele Bekannte lt. Patient		nein	
DAVON ENGE VERTRAUTE/ ANSPRECH-PARTNER BEI PROBLEMEN		2 Freunde			
GESAMTEINSCHÄTZUNG DES „SOZIALEN NETZWERKES“ (DURCH INTERVIEWER)	unklar; mangelnde soziale Ressourcen/soziale Unterstützung als Risikofaktor	gutes soziales Netzwerk	-	zu kleines soziales Netzwerk, Patient selbst unzufrieden damit	+
SUBJEKTIVE ZUFRIEDENHEIT MIT DEM SOZ. NETZ-		zufrieden		unzufrieden, will es verändern	

2.3 Ergebnisse und Diskussion

WERK					
STÖRUNGSSPEZIFISCHE MERKMALE/ SYMPTOMATIK					
DIAGNOSE (ICD-10) (BEI AUFNAHME)		F 33.2		F33.2	
DIAGNOSE (ICD-10) (FALLS VERSCHIEDEN VON AUFNAHMEDIAGNOSE)				F33.21 F13.10 Benzodiazepinabusus Z.n. Schilddrüsen- Carzinom-Operation	
SYMPTOMSCHWERE	unklar, ob Einfluss vorhanden; Annahme stets symptomär- merer Zustände (= +) steht vs. Annahme auch schwererer Ausprägungen	große Symptomschwere abwechselnd mit leichteren Ausprägungen		große Symptomschwere	
JETZIGER AUFENTHALT					
SYMPTOMSCHWERE BEI AUFNAHME		schwer depressiv	-	schwer depressiv	-
HAMD-A		14		26	
BDI-A		18		25	
CGI-A		5		6	
SYMPTOMSCHWERE BEI ENTLASSUNG:		depressiv		leicht depressiv	
HAMD-E		14		12	

2.3 Ergebnisse und Diskussion

BDI-E		14		14	
CGI-E		4		3	
CGI-VERÄNDERUNG (PUNKTWERTDIFFERENZ)		1		3	
CGI II (ZUSTANDSÄNDERUNG)		2		2	
DAUER DER JETZIGEN PHASE (VOR AUFNAHME)	laut Definition der Subgruppe mindes- tens 2 Jahre (also alle +) (deshalb zusätzlich hier: wenn länger als 2 Jahre: ++)	2,5 Jahre	++	2 Jahre	+
WAHNSYMPТОМАТИК A) DERZEIT (JETZIGE BE- HANDLUNG)	Vorliegen psychotischer Symptomatik (auch gegenteilige Meinung wird ver- treten)	nein	-	nein	-
a) JEMALS		nein		nein	
SUIZIDALITÄТ	wenig Angaben in der Literatur; Hinweis auf Ge- fahr der Entwick- lung von „sog. chronischer Suizi- dalität“ ⁴⁰	nein		nein	
SUIZIDVERSUCH IM VOR- FELD DER AUFNAHME		nein		nein	
SUIZIDAL BEI AUFNAHME		nein		nein	
SUIZIDVERSUCH WÄHREND STATIONÄRER BEHAND- LUNG		nein		nein	

⁴⁰ i.S.v. „gehäufte[m] Auftreten suizidaler Krisen , d.h. der Ankündigungen suizidalen Verhaltens bzw. von zwei und mehr Suizidversuchen im engen zeitlichen Zusammenhang“ (nach Wolfersdorf, 2000, S. 33)

2.3 Ergebnisse und Diskussion

SUIZIDVERSUCH NACH ENTLASSUNG		nein		nein	
HYPOCHONDRIE/ GESUNDHEITSSORGEN- ITEM (HAMD-ITEM 15.: 0 KEINE 4 STARKE)	evtl. schlechte prognostische Be- deutung	A: 1 E: 1 f-u: 1	-	A: 2 E: 0 f-u: 1	-
VORGÄNGIGER KRANK- HEITSVERLAUF:					
ERSTERKRANKUNGS- ALTER	umstritten; höheres Erster- krankungsalter wird genannt (hier: über 40 Jah- ren)	35 Jahre	-	35 Jahre	-
EPISODENANZAHL (EINSCHLIEßLICH JETZI- GER)	umstritten; „höhere Episoden- anzahl“ wird mehrfach genannt	unklar (lt. Patient seit 20 Jahren keine längeren symptom- freien Intervalle >8 Wo- chen)		2 (lt. Patient seit Beginn der jetzigen Episode keine längeren symptomärmeren/ -freien Phasen >3-4 Wo- chen)	
DAUER VORGÄNGIGER PHASEN	längere Dauer; hier: bisher längste Phase (ausschließ- lich der jetzigen) länger als „durch-	lt. Patient seit 20 Jahre depressive Verstimmungen	+	4 Jahre	+

⁴¹ nach Tölle (1994, S.247) rechne man bei 40-50% der Phasen mit bis zu 3 Monaten Dauer, bei 25-30% bis zu einem Jahr, bei 20-25% über ein Jahr.

	schnittliche depressive Phase“ von < 3 Monate) ⁴¹				
JEMALS SUIZIDVERSUCH		nein		nein	
KOMORBIDITÄT					
MIT PSYCHISCHER STÖRUNG	vorhanden = +	ja: Analgetikaabusus (wegen chronischer Kopfschmerzen)	+	ja: Benzodiazepinabusus F13.10	+
MIT SOMATISCHER STÖRUNG	vorhanden = +	ja: arterielle Hypertonie, Z. nach Ulcus ventriculi, blutend, bei Analgetikaabusus im Rahmen chronischer Cephalgien	+	nein (Z.n. Schilddrüsen- Carzinom-Operation)	
MIT CHRONISCHER SOMATISCHER STÖRUNG	vorhanden = +	ja: arterielle Hypertonie		nein (Z.n. Schilddrüsen- Carzinom-Operation)	
BISHERIGE BEHANDLUNG	inadäquate Behandlung zu späte Behandlung	adäquat, aber relativ spät (Pt. leidet seit ca. 20 Jahren unter depressiven Symptomen, wurde erstmals vor 2,5 Jahren (nach Verschlechterung des Zustands) nervenärztlich behandelt	- +	adäquat nein (allerdings erfolgte Erst- behandlung ambulant vornehmlich mit Benzodiazepinen (Bromazepam = Lexotanil®):	- -

2.3 Ergebnisse und Diskussion

				zwei Trizyklika (Doxepin = Aponal® bzw. Dibenzepin = Noveril®) hätten die Symptomatik lt. Patient eher verschlimmert, seien deshalb nur zeitweilig zur Anwendung gekommen.	
ANZAHL DER BISHERIGEN HOSPITALISIERUNGEN (OHNE JETZIGEN AUFENTHALT)	hohe Anzahl von Hospitalisierungen (hier: >4)	2	-	3	-
KUMULIERTE HOSPITALISIERUNGS-DAUER (PSYCHIATRISCHES KH BZW. PSYCHOSOMATISCHE KLINIK: AUFENTHALT WEGEN PSYCHISCHER ERKRANKUNG)		1 Jahr 1 Monat = 13 Monate (innerhalb von 2 Jahren: 54% der Zeit seit Erstaufnahme)		(knapp 1 Jahr =) 13,25 Monate (innerhalb von 19 Jahren: 6% der Zeit seit Erstaufnahme)	
LEBENSEREIGNISSE:	(belastende) Lebensereignisse				
IM LEBEN BISHER (EINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN/DER PATIENTIN ALS BELASTEND)		Tod des Vaters (Patient 13jährig) Hausbau (als sehr anstrengend erlebt) Beförderung im Beruf mit Überlastung Selbständigmachenwollen (hat lt. Patient „nie ganz geklappt“)		Überlastung durch Hausbau, der lt. Patient allerdings eher Spaß gemacht habe (andere mögliche KLE (Tod der Eltern, Schilddrüsen-CA-OP) werden vom Patient als nicht belastend eingeschätzt)	

2.3 Ergebnisse und Diskussion

IM VORFELD EINER ERKRANKUNGSEPISE		Selbständigmachenwollen direkt vor Ausbruch der Depression		Hausbau	
SUBJ. ERLEBTER ZUSAMMENHANG MIT DEM AUSBRUCH DER DEPRESSION		ja, könnte eine Rolle gespielt haben lt. Patient		könnte lt. Pt. „evtl. Überlastung gewesen sein“, klingt eher nicht überzeugt	
VOM THERAPEUTEN/DER THERAPEUTIN/ ODER INTERVIEWER INTERPRETIERTER ZUSAMMENHANG MIT DEM AUSBRUCH DER DEPRESSION		Zusammenhang scheint plausibel (Interviewer)		Zusammenhang möglich, nicht gesichert, vom Pt. eher als unwahrscheinlich eingeschätzt	
CHRONISCHE BELASTUNGEN					
MEHRERE JÜNGERE KINDER IM HAUSHALT		nein	-	ja: (2)	+
FEHLEN EINER BEZAHLTEN BESCHÄFTIGUNG		nein	-	nein	-
FEHLEN VON UNTERSTÜTZUNG DURCH NAHE BEZUGSPERSONEN		nein	-	nein	-
ANDERE CHRONISCHE BELASTUNGEN, NÄMLICH		Arbeitsüberlastung in Beruf		nein	
PERSÖNLICHKEITSFAKTOREN	Persönlichkeitsvariablen kommt wichtige Rolle zu (viele Autoren sprechen sich dafür aus)				
PRÄMORBIDE PERSÖNLICHKEIT	habe Einfluss				
SELBSTEINSCHÄTZUNG PATIENT	Emotionale Stabilität als Prädiktor für	emotional stabil extravertiert	-	emotional labil, introvertiert	+

2.3 Ergebnisse und Diskussion

(AUS SELBSTBESCHREIBUNG; ÜBERTRAGUNG IN PSYCHOL. FACHTERMINI DURCH INTERVIEWER):	gute Prognose → em. labil= +; Introversion =+	(im f-u beschreibt sich Pt. eher als introvertiert) ängstlich gewissenhaft	-	(Pt.selbstbeschreibung) ängstlich	+
WEITERE QUELLEN (KG, BERICHTE DES BEHANDLENDEN THERAPEUTEN)					
PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN ZUM ZEITPUNKT DER ERHEBUNG					
SELBSTEINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN:					
SELBSTVERTRAUEN	verringertes Selbstwertgefühl [(unter 30) = +]	80 f-u: 70	-	20 f-u: 30	+
ÄNGSTLICHKEIT	(unklar: Einfluss wird bestritten) [(über 50) = +]	20 (in Selbstbeschreibung allerdings „ängstlich“) f-u: 40	-/+	90 f-u: 70	+
„SCHÜCHTERNHEIT“ (INTROVERSION)	Introversion [(über 50) = +]	30 f-u: 30	-	80 f-u: 60	+
ANDERE QUELLEN:					
INTELLIGENZ	niedrige Intelligenz wird als Risikofaktor kontrovers diskutiert (hier: niedrige I = geschätzter	mindestens normale Intelligenz (Gesprächseindruck, kein anderslautender Befund in KG)	-	mindestens normale Intelligenz (Gesprächseindruck, kein anderslautender Befund in KG)	-

	IQ unter 90 = +)				
PSYCHOLOGISCHE TESTUNG (FPI-R) (1. WERT = ALTERS- UND GESCHLECHTS-VERGLEICHSGRUPPE, 2. WERT IN KLAMMERN = NORMSTICHPROBE)					
LEBENSZUFRIEDENHEIT		3 (3)		2 (3)	
SOZIALE ORIENTIERUNG		7 (7)		3 (3)	
LEISTUNGSORIENTIERUNG		3 (3)		3 (3)	
GEHEMMTHEIT		6 (6)		8 (8)	
ERREGBARKEIT		7 (7)		9 (9)	
AGGRESSIVITÄT		5 (6)		4 (4)	
BEANSPRUCHUNG		5 (5)		8 (8)	
KÖRPERLICHE BESCHWERDEN		7 (7)		6 (5)	
GESUNDHEITSSORGEN		6 (7)		5 (6)	

2.3 Ergebnisse und Diskussion

OFFENHEIT		4 (4)		7 (7)	
EXTRAVERSION		4 (4)		1 (2)	
EMOTIONALITÄT		8 (8)		9 (9)	

Frau AB01

Einschlusskriterien für die Untersuchung erfüllt:

- Episodendauer mindestens zwei Jahre (laut Eigen- und Fremdanamnese: nach Entlassung aus der Behandlung in einer anderen psychiatrischen Klinik (6 Monate vor der Aufnahme ins BKH Bayreuth) nur kurze Zeit der Besserung;)
- Adäquate psychopharmakologische Vorbehandlung (fachärztlich stationär und ambulant)
- Persistieren der Symptome während der Behandlung

Die Patientin wurde 1941 als zweites Kind (von dreien) ihrer Eltern geboren, war zum Zeitpunkt der Entlassung also 59 Jahre alt. Mutter und Vater waren zu dieser Zeit berufstätig. Sie schloss die Hauptschule ab, machte dann eine Näherinnenausbildung und arbeitete bis zum 54. Lebensjahr für eine Fabrik in Heimarbeit.

Die Patientin ist verheiratet, das Ehepaar hat drei Kinder, die ein selbständiges Leben führen. 1993 traten erstmals leichte bis mittelschwere depressive und ängstliche Symptome auf (u.a. Höhenangst). Sie wurde fachärztlich medikamentös behandelt, allerdings mit geringem Erfolg, wobei die Compliance unsicher war.

1995 wurde bei der Patientin in einer somatischen Klinik ein Sicca-Syndrom diagnostiziert (Autoimmunerkrankung, die mit vermindertem Speichelfluss einhergeht). Es wurde symptomatisch mit künstlichem Speichel behandelt, der in den Mund gesprüht werden muss; daraufhin kam es zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik bis zu wahnhaften Zuständen: Die Patientin befürchtete, bald gar keinen Speichel mehr zu haben, zu „vertrocknen“ und nicht mehr sprechen zu können. Sie traf Vorbereitungen für einen Suizidversuch (Tabletten und Alkohol), führte diesen aber nicht durch. Sie musste 1995 aufgrund der depressiven Beschwerden ihren Beruf aufgeben. Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen folgten: Zwischen 1995 und 1998 war Frau AB01 insgesamt sieben Mal in stationärer Behandlung (kumulierte Aufenthaltsdauer: 18 Monate).

Ein halbes Jahr darauf kam die Patientin nach einem Suizidversuch zur stationären Aufnahme ins BKH Bayreuth, wo sie (abgesehen von einer viertägigen Verlegung in ein somatisches Krankenhaus nach einem erneuten Suizidversuch) bis zum Mai 2000 behandelt wurde.

Beschreibung der stationären Behandlung

Auffallend war bei Frau AB die Einengung des Denkens auf die körperliche Erkrankung, auf die sie ihre Beschwerden insgesamt zurückführte. Je schlechter das Befinden der Patientin war, desto deutlicher schränkten sich ihre Wahrnehmung und ihr Denken auf diese Symptomatik ein, man konnte darin gleichsam einen Gradmesser ihrer Befindlichkeit sehen. Wie beschrieben erreichte diese Einengung zeitweise sogar wahnhafte Ausprägungen.

Der zweite große Problembereich in der Behandlung war die Ehesituation und damit verbunden auch die Wohnperspektive der Patientin: Der Ehemann hatte sich zunehmend von ihr distanziert, während der stationären Behandlung dann von ihr getrennt und bestand auf Scheidung. Die Patientin dagegen hätte die Ehe gern fortgesetzt. Es fiel ihr sehr schwer, Alternativen zu ihrer bisherigen Lebensweise wahrzunehmen oder gar für sich in Betracht zu ziehen. Es wurden ihr im Lauf der Behandlung zahlreiche Alternativen aufgezeigt und angeboten, worauf sich die Patientin aber nur schwer einlassen konnte, wie sich immer wieder herausstellte: So musste z.B. eine geplante Entlassung in eine betreute Wohngemeinschaft wieder abgesagt werden, da es unmittelbar im Vorfeld zu einer suizidalen Krise gekommen war.

Schwierig war auch die schwankende Compliance der Patientin: Eine therapeutische Allianz war schwer herzustellen und erwies sich als zeitweise nur wenig tragfähig. V.a. die medikamentöse Therapie war problematisch: Frau AB01 nahm über längere Strecken ihre Medikamente nur teilweise ein und sammelte ihre Tabletten in der Absicht, sich bei Verschlechterung ihres Zustandes das Leben zu nehmen.

So war die Betreuung von Frau AB01 sowohl von pflegerischer wie auch von therapeutischer Seite sehr aufwändig.

Die stationäre Behandlung besserte die Symptomatik zwar, es blieben aber noch erhebliche depressive Symptome bestehen (vgl. auch unten: Psychometrische Messungen!).

Nach der Entlassung wurde Frau AB01 von einem Therapeuten der Ambulanz des BKH betreut, der auch lange als Stationsarzt ihr Bezugstherapeut gewesen war. Wie vor der Entlassung in zahlreichen Angehörigengesprächen vorbereitet, zog die Patientin vorübergehend zu ihrer Tochter ins Haus; später nahm sie sich im selben Ort eine eigene kleine Wohnung, mit der sie nun sehr zufrieden ist. Die Trennung vom Ehemann blieb bestehen, ein Scheidungstermin wurde festgelegt. Das Verhältnis zu den Kindern beschreibt die Patientin im follow-up-Interview als gebessert im Vergleich zu der Zeit des stationären Aufenthaltes, ebenso das

Verhältnis zu ihrer Mutter.

Die Patientin nennt als Hauptbezugspersonen außerhalb der Familie die Mitarbeiterin vom SPDi, die sie betreut, sowie eine Cousine. Sie beschreibt sich als eher unzufrieden mit ihrem sozialen Netzwerk und meint, sie hätte gern mehr Freunde und Ansprechpartner, was aber schwierig sei, weil alle in Frage kommenden Bekannte und Nachbarinnen „selbst Familie hätten“.

Medikamentöse Behandlung⁴²:

Erster Behandlungstag: (Aufnahmemedikation)

Trimipramin	(Stangyl®)	0-0-0-100 mg	wg. ausgeprägter Schlafstörungen
Olanzapin	(Zyprexa®)	0-0-5-5 mg	wg. wahnhafter Symptomatik
Zopiclon	(Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.	als Einschlafhilfe
Lorazepam	(Tavor®)	0-0-1-1 mg	wg. massiver Unruhe und Gequältheit mit ausgeprägten To- deswünschen zur affektiven Dis- tanzierung

2. Behandlungstag:

Citalopram	(Cipramil®)	20-0-0-0 mg	im Lauf der Woche erhöht bis
------------	-------------	-------------	---------------------------------

2. Behandlungswoche

Citalopram	(Cipramil®)	40-0-0-0 mg	
------------	-------------	-------------	--

Teilremission unter dieser Medikation;

Insgesamt erhebliche Schwankungen im Befinden:

Symptomreichere Phasen häufig begleitet von wahnhaften bis wahnhaften Befürchtungen vor dem „Austrocknen“ (vgl. oben), sowie von Lebensüberdruß.

Große Probleme bei der medikamentösen Compliance:

Die Patientin sammelte häufig ihre Medikamente, so dass ein ausreichender Wirkspiegel nicht verlässlich sichergestellt werden konnte: Auffällig werden dieser Problematik durch:

⁴² Anmerkung: Da es sich im Fall AB01 um eine sehr lange Krankenhausbehandlung handelt, wird hier auf die Angaben der verschiedenen Dosierungsänderungen weitgehend verzichtet und nur die Aufnahme- und Entlass-

14. Behandlungswoche

Nach notwendiger Konfrontation mit anstehenden Problemen kam es zu einem Suizidversuch durch Tabletteningestion. Frau AB wurde für drei Tage in ein somatisches Krankenhaus verlegt. Danach Überwachung in der intensivmedizinischer Abteilung des eigenen Hauses, anschließend Rückverlegung auf die Station.

Anschließend noch stärkere Kontrolle der Tabletteneinnahme (Nachtrinken, später mörsern), in Phasen dieser „rigiden Kontrolle“ (Zitat Entlassbrief) stets befriedigende Besserungen des Befindens, in Zeiten weniger strenger Kontrolle bzw. größerer Eigenverantwortlichkeit häufig Verschlechterung des psychischen Befindens, wie in der Retrospektive (durch erneute Tablettenfunde etc.) festzustellen war.

16. Behandlungswoche

Lithiumacetat (Quilonum ret.®)

im Sinne einer antisuizidale Behandlung, Augmentation und ggfs. Rezidivprophylaxe
 → Spiegelbestimmung einfach
 → Hinweise auf Non-Compliance

18. Behandlungswoche

Reboxetin (Edronax®)

nach 2-3 Wochen Nonresponse auf Lithium (fehlender Augmentationseffekt): Kombination von Citalopram mit Reboxetin; wochenweise: Lorazepam (Tavor®)

Pipamperon (Dipiperon®)

zur „Einsparung“ von Benzodiazepinen; deutlich geringerer Effekt als Lorazepam

38. Behandlungswoche:

L-Thyroxin (Euthyrox®)

zunehmende hypothyreotische Stoffwechsellage bei rechtsseitiger erstgradiger Struma diffusa; Ziel: maximale Suppression des TSH basal

(Lithiumcarbonat (Hypnorex ret.®)

statt Lithiumcarbonat (Quilonum ret.®))

Chlorprothixen (Truxal®)

statt Pipamperon (Dipiperon®)

62. Behandlungswoche

Lithiumcarbonat (Hypnorex ret.®)

abgesetzt; fehlender antisuizidaler Effekt in vergangenen 10 Monaten, bei erneuter Suizidalität nach geplanter Entlassung ggfs. drohende erhebliche vitale Gefährdung durch Lithiumin-

medikation vollständig mit Dosisangaben aufgeführt.

gestion;

71. Behandlungswoche**Letzte Medikation, Therapieempfehlung (Psychopharmaka):**

Citalopram	(Cipramil®)	40 - 0 - 0 - 0	mg
Reboxetin	(Edronax®)	4 - 4 - 0 - 0	mg
Chlorprothixen	(Truxal®)	0 - 0 - 0 - 50	mg
Olanzapin	(Zyprexa®)	5 - 0 - 0 - 10	mg
Lorazepam	(Tavor®)	1 - 1 - 1 - 1	mg
L-Thyroxin	(Euthyrox®)	100 - 0 - 0 - 0	µg

Ausschleichen und Absetzen des Lorazepam (Tavor®) wurde dem Weiterbehandelnden empfohlen.

Fluktuationen in der Behandlung waren im wesentlichen von externen Belastungsfaktoren und dem Umgang der Patientin damit sowie von der Compliance abhängig. Bei regelmäßiger Einnahme der verordneten Medikation wird (E-Brief) von Symptomsuppression ausgegangen.

Psychometrische Messungen:

Bei Aufnahme wurde ein HAMD-Wert (17-Item-Version) von 43 Punkten gemessen, bei Entlassung waren es noch 20. Der follow-up-Wert betrug 13. Auch in der Selbsteinschätzung kam es zu Verbesserungen: Der BDI-Wert bei Aufnahme betrug 24 Punkte, der bei Entlassung 11, im follow-up 17.

HAMD:

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
bei Aufnahme	4	1	4	2	2	2	4	3	3	4	3	2	1	1	4	1	2	0	0	1	0
bei Entlassung	2	0	2	2	2	2	2	0	0	1	0	0	0	2	3	0	2	0		0	0
im follow-up	3	1	2	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0

BDI:

In der Selbsteinschätzungsskala (BDI) beschrieb sich die Patientin bei Aufnahme mit einem Summenwert von 23 Punkten, bei Entlassung 11 (bei 20 ausgefüllten Items, gewichteter Wert 11), im follow-up mit 17.

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
bei Aufnahme	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	3	2	1	1	3	0
bei Entlassung	1	-	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	1
im follow-up	2	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	3

Follow-up-Untersuchung:

(6,5 Monate nach Entlassung

weitere Katamnese 11 Monate nach Entlassung)

(Anmerkung: Die psychometrische Untersuchung (s.o.: follow-up-Werte) konnte erst am 09.02.01 durch den behandelnden ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt werden.

Da die Patientin zwei Monate später erneut stationär für 18 Tage aufgenommen wurde und die Referentin dabei ihre Bezugstherapeutin war, wird im Anschluss an die Eindrücke des ersten follow-ups hier zusätzlich ein weiteres (bzw. genauer formuliert: eine Katamnese (nicht-systematisch, narrativ, ohne Testungen etc.) ergänzend referiert.)

Das follow-up-Gespräch fand auf der Station statt, wohin die Patientin freundlicherweise gekommen war. Sie hatte diese Möglichkeit dem Angebot der Referentin, zu ihr nach Hause zu kommen, vorgezogen.

Sie wirkte im Gespräch ruhig und gelassen, wenngleich auch etwas verschlossen, gab aber bereitwillig Auskunft und bemühte sich, alle Fragen zu beantworten. Manchmal entstand der Eindruck, als wolle Frau AB01 sich eher „bedeckt“ halten bzw. sozial erwünschte Antworten geben.

Als nach wie vor belastend schilderte Frau AB01 die eheliche Situation: Die Scheidung sei nun beschlossene Sache, sie selbst sei immer noch dagegen. Auf die „Wunderfrage“ antwortet sie: Einer ihrer Wünsche sei, dass ihr Mann wieder zurückkomme (neben dem Wunsch, eine Wohnung in Bad Reichenhall zu haben und dort zu leben („weil es da so schön ist“), sowie „nicht mehr sprühen müssen“ (künstlichen Speichel, vgl. oben: Autoimmunerkrankung)).

Viel Freude habe sie dagegen an der neuen, eigenen Wohnung, in der sie sich sehr wohl fühle. Dies sei eines der drei Dinge, die sich seit der Entlassung verändert hätten, daneben habe sie

nun auch eine engere Beziehung zu ihren Kindern und zu ihrer Mutter. Sie sehe diese häufiger und man unternehme mehr zusammen. Auch das „Sich-sprühen-Müssen“ habe sie nun annehmen können.

Sie fühle sich „noch nicht ganz gesund“, doch der Zustand sei besser als bei der Entlassung. Schwankungen seien in den vergangenen Monaten keine aufgetreten. Sie sei alle drei Wochen zur Psychotherapie (VT) bei dem ärztlichen Kollegen, der sie nach der Entlassung aus dem BKH weiterbetreue, und einmal wöchentlich käme der Fachpfleger der Institutsambulanz zu ihr. Auch die Besuche der Frau vom SPD_i des kirchlichen Trägers erlebe sie als hilfreich. Ihre Tagesstruktur beschrieb Frau AB01 als gut ausgefüllt, es sei für jeden Tag der Woche etwas geplant.

Sie fühle sich nicht „unter Stress“, worunter sie, wie im Gespräch deutlich wurde, hauptsächlich Zeitstress versteht; als belastend erlebe sie allerdings, wie oben erwähnt, die Scheidungssituation. Außerdem wünsche sie sich noch etwas mehr Kontakt zur älteren Tochter und den Enkeln (die weiter entfernt wohnten und die sie deshalb seltener sehe) sowie mehr soziale Kontakte insgesamt: Da alle eine Familie hätten, sie selbst aber nicht mehr, sei dies schwierig und werde von ihr als nicht beeinflussbar angesehen. Auf Nachfrage räumte Frau AB01 ein, dass es ihr auch schwer falle, auf neue Menschen zuzugehen. Als Freundin erlebe sie ihre Schwägerin, mit der sie reden könne.

Am Einkommen (Rente) habe sich nichts verändert, es sei ausreichend, wenngleich die nun neu dazugekommene Miete für die eigene Wohnung die finanzielle Situation etwas verschlechtert habe. Sie habe aber keine finanziellen Probleme.

Zum Zeitpunkt der follow-up-Untersuchung war die Patientin also als nicht stabil gebessert einzuschätzen, sie erfüllte damit die Kriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn.

Fall 1 stützt Hypothese H₁.

Nachbemerkung:

Fünf Monate nach dem Gespräch musste Frau AB01 erneut stationär behandelt werden. Die Einweisung erfolgte über den Hausarzt: Frau AB01 kam zwar freiwillig zur Aufnahme, habe sich aber – wie sie berichtete - vom Besuch des Hausarztes eigentlich nur eine medikamentöse Entlastung gewünscht, dieser habe aber auf einer stationären Behandlung bestanden.

Ihre Stimmung habe sich seit ca. drei Monaten wieder verschlechtert, sie habe sich sozial zurückgezogen, könne schlecht schlafen und kaum etwas essen und trinken. Sie habe große

Angst, „innerlich auszutrocknen“. Während des dreiwöchigen Aufenthaltes äußerte Frau AB01 großen Zuwendungsbedarf und häufig den Wunsch nach Bedarfsmedikation (niederpotentes Neuroleptikum als erste Wahl, um Benzodiazepingabe möglichst zu vermeiden), sowie den Wunsch, bald wieder „nach Hause zu dürfen“ – ihre schöne Wohnung zähle zu den Dingen, über die sie sich freuen könne.

In einem Angehörigengespräch der Referentin sowie des mitbetreuenden ambulanten Fachpflegers mit der Schwiegertochter (in Einbeziehung der Patientin) äußerte diese, sie sei froh, dass Frau AB01 im Gegensatz zu früher nun eher in der Lage sei zu äußern, wenn es ihr schlechter gehe. Sie und die Kinder Frau AB01s seien auch gern bereit, die (Schwieger-)Mutter z.B. bei Bedarf zur Behandlung nach Bayreuth zu fahren oder sie auch anderweitig zu unterstützen. Die Schwiegermutter nehme dies aber nicht so oft in Anspruch, weil sie „nicht lästig fallen“ wolle.

Für die Zeit nach der Entlassung wurde vereinbart, die Anbindung an die Institutsambulanz weiterzuführen, sowie die Kontaktfrequenz mit dem behandelnden ärztlichen Psychotherapeuten zu erhöhen.

Herr CD02

Einschlusskriterien für die Untersuchung erfüllt:

- Episodendauer mindestens zwei Jahre
- Adäquate psychopharmakologische Vorbehandlung (fachärztlich stationär und ambulant)
- Persistieren der Symptome während der Behandlung

Herr CD02 wurde 1945 als zweites von 5 Kindern in einem kleinen Ort der damaligen DDR geboren. Er lebt seit seiner Kindheit mit seinem gleichaltrigen Bruder (Zwillinge lt. Patient, in KG wird Pt. als „jüngerer Bruder“ bezeichnet) zusammen im elterlichen Haus. Die Eltern sind nun bereits verstorben, der Patient bewohnt das Haus seither mit dem Bruder allein, beide sind unverheiratet. Zu den anderen Geschwistern besteht ebenfalls guter Kontakt, v.a. zu den beiden Schwestern, die im selben Ort leben.

Familienanamnestisch gab es laut Herrn CD02 keine psychischen Erkrankungen, weder in der näheren, noch in der weiteren Verwandtschaft.

Der Patient war bis 1993 vollzeitig als Gärtner tätig, ein Beruf, der ihm viel Freude bereitet und aus dem er nach eigenen Angaben auch viel Selbstwert bezog. 1993 wurde der Betrieb geschlossen, der Patient war von da an in verschiedenen, saisonal befristeten AB-Maßnahmen tätig. Seit demselben Jahr habe er jeweils im Winter an Antriebsmangel, Anhedonie und schlechter Stimmung gelitten. Die massivere depressive Symptomatik habe seinen eigenen Angaben nach schlagartig am letzten Tag der letzten AB-Maßnahme eingesetzt – er führte dies selbst auf die fehlende berufliche Tätigkeit zurück. Seither war der Patient sechsmal in stationärer bzw. teilstationärer Behandlung. Leider konnte jeweils keine durchschlagende Besserung der Symptomatik, sondern nur eine unterschiedlich ausgeprägte Milderung der Beschwerden erzielt werden: Obwohl der Patient mehrmals in leicht bis gut gebessertem Zustand aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte, kam es meist bereits wenige Tage oder Wochen später wieder zu massiven Verschlechterungen des Befindens, die zu einer Wiederaufnahme führten.

Der Arbeitsplatzverlust, damit auch das Fehlen finanzieller Sicherheit und der Verlust weiterer haltgebender sozialer Strukturen (z.B. Einbindung in einen an die damaligen politischen Verhältnisse gebundenen Verein) bedeuteten für den Patienten eine massive Entwertung: Die-

se früher selbstwertstabilisierenden Faktoren fielen weitgehend weg; die sonst vorhandenen Strukturen (Einbindung in die Familie) konnten dies allein nicht auffangen. Die wirtschaftlich-berufliche Situation ließ sich auch bis zum Ende des stationären Aufenthaltes nicht stabilisieren (Rentenverfahren lief noch, im follow-up: berentet). So stellten die Unsicherheit der weiteren Lebensplanung und die bis dahin nicht erfolgreiche Suche nach anderen sinnstiftenden Lebensinhalten Faktoren dar, die für die Aufrechterhaltung der Störung mitbedingend waren. Diese Inhalte konnten in der Therapie erst gegen Ende vertiefter bearbeitet werden, da der Patient bedingt durch die Schwere seiner Symptomatik anfangs dazu noch nicht in der Lage war.

Beschreibung der stationären Behandlung:

Im stationären Setting wirkte der Patient sehr zurückhaltend und introvertiert, nahm aber am verordneten Therapieangebot bereitwillig teil. Dazu gehörten Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (s.u.), Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren und Kochgruppe zur Besserung der alltagspraktischen Kompetenz.

Als besonders hilfreich erwies sich die Arbeitstherapie in der hauseigenen Gärtnerei, an der der Patient regelmäßig teilnahm und die ihm Freude bereitete.

Ein besonders wichtiger Therapiebestandteil war die Einbeziehung der sehr kooperationsbereiten und interessierten Angehörigen: Sie wurden in die Angehörigengruppe der Station eingeladen, an der sie – trotz eines sehr weiten Anfahrtsweges - regelmäßig teilnahmen: Hier zeigte sich, dass das stete Bemühen um Herrn CD02 weniger ein Ausdruck überprotektiven Verhaltens war (wie ursprünglich angenommen) als vielmehr ein Ausdruck von Hilflosigkeit angesichts der fehlenden Initiative und Aktivität des Patienten. So konnte durch die Gruppe ein größeres Verständnis für die depressive Symptomatik aufgebaut und den Angehörigen Möglichkeiten vermittelt werden, den Patienten besser zu unterstützen.

Medikamentöse Behandlung lt. Entlassungsbrief

(Anmerkung: Auf Dosierung wird nur eingegangen, wenn begründete Veränderungen sonst üblicher Dosismengen vorlagen; Aufdosierungen bzw. Ein-/Ausschleichen wird aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht vermerkt.)

Erster Behandlungstag: (Aufnahmemedikation)

Reboxetin (Edronax®)	0-0-6mg	
Risperidon (Risperdal®)	0-0-1mg	
Pipamperon (Dipiperon®)	0-0-40-0mg	leichte Sedierung intendiert

3. Behandlungstag:

Lorazepam (Tavor®)		niedrig dosiert, bei Verschlechterung nach Aufnahme
--------------------	--	---

4. Behandlungswoche

Lithiumcarbonat (Quilonum ret.)

13. Behandlungswoche:

Risperidon (Risperdal®)		erhöht (nach Tavorreduktion → Verschlechterung)
-------------------------	--	---

14. Behandlungswoche:

Gladem (Sertralin®)		ersetzt Reboxetin (Edronax®)
---------------------	--	------------------------------

18. Behandlungswoche:

Thybon Belladonnysat-Saft		Schilddrüsenaugmentation wg. Unerwünschter Arzneimittelwirkung (UAW)(Erhöhung von Gladem/Risperdal) vermehrter Speichelfluss
------------------------------	--	---

19. Behandlungswoche:

Clozapin (Leponex®)		überlappend ausgewechselt gegen Risperidon (Risperdal®)
---------------------	--	--

22. Behandlungswoche:

Clozapin (Leponex®)		Reduktion (75mg → 50mg) (wg. Anstieg der Leberwerte)
---------------------	--	---

23. Behandlungswoche:

Paroxetin (Seroxat®)		statt Gladem (Sertralin®):
Zotepin (Nipolept®)		statt Clozapin (Leponex®):
Lorazepam (Tavor®)	(1-0,5-0-0,5)	Wiederansetzen und Umstellung wegen Verschlechterung (reaktiv auf bevorstehende Verlegung in Tagesklinik (TKL) Nähe Heimatort)

28. Behandlungswoche:

Zotepin (Nipolept®)		Reduktion wg. erneutem passageren Anstieg der Leberwerte
---------------------	--	---

29. Behandlungswoche:

Letzte Medikation, Therapieempfehlung (Psychopharmaka):

Paroxetin (Seroxat®)	40-0-0-0 mg
Zotepin (Nipolept®)	0-0-0-50mg
Lithiumcarbonat (Quilonum ret.)	0-0-0-1,5 Tbl.
Lorazepam (Tavor®)	0-0,5-0-0,5mg

(Anmerkung:
Vor Verlegung deshalb nicht ausgeschlichen, weil sonst eine zu befürchtende Verschlechterung (vgl. Verlauf) den Verlegungszeitpunkt deutlich nach hinten verschoben hätte;
die Abhängigkeitsgefährdung wird aufgrund des Verlaufs (mehrwöchige Stabilität ohne Benzodiazepin) als gering eingeschätzt.
Empfehlung: Ausschleichen nach problemlos verlaufener Verlegung;

Psychometrische Messungen

HAMD:

Der Hamilton-Summenscore bei Aufnahme betrug 32 Punkte, bei Entlassung 13, im follow-up 11 Punkte.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
bei Aufnahme	4	2	2	1	1	0	4	3	0	3	1	1	3	2	4	1	1	0	0	0	0
bei Entlassung	0	1	0	0	0	0	4	2	0	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
im follow-up	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0

BDI:

In der Selbsteinschätzungsskala (BDI) ergab sich bei Aufnahme ein Summenwert von 49 Punkten, bei Entlassung 26, im follow-up 20.

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
bei Aufnahme	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	1	1	0	0	3	3
bei Entlassung	0	0	2	1	3	1	2	2	0	3	0	1	2	1	2	0	1	0	0	2	3
im follow-up	0	1	3	1	2	1	1	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	2	3

Follow-up-Untersuchung:

(11 Monate nach Entlassung)

In der follow-up-Untersuchung erlebte die Interviewerin den Patienten, den sie von der stationären Behandlung her kannte, als deutlich gebessert: Er beschrieb sich zwar als „noch depressiv“ und berichtete über verschiedene persistierende Symptome wie Einschlafstörungen, Erschöpfbarkeit, Ängste vor der Zukunft und Sorgen um die Gesundheit, Selbstvorwürfe, Selbstabwertungen und Entscheidungsunfähigkeit; jedoch gehe es ihm im Vergleich zur Entlassung deutlich besser: Die sich an die vollstationäre Behandlung im BKH anschließende teilstationäre Behandlung in einer wohnortnahen psychiatrischen Tagesklinik habe ihm noch gut weitergeholfen. Besonders auch die nun unbegrenzt laufende EU-Rente habe ihm viel Sorge um seine finanzielle Versorgung genommen, die ihn vorher extrem belastet habe.

Schwankungen im Befinden träten tageweise noch auf, es gebe aus seiner Sicht keine äußeren Bedingungen, die damit in Zusammenhang stünden. Im Grunde sei er mit seiner Lebenssituation nun zufrieden.

Der Patient wirkte im Kontakt in der Mimik offener und zugewandter und erzählte sehr bereitwillig und entgegenkommend.

Insgesamt ist zwar noch von einem Weiterbestehen der Symptomatik auszugehen, jedoch auf einem weniger stark ausgeprägtem Niveau als noch zu den Zeiten der stationären Behandlung.

Zum Zeitpunkt der follow-up-Untersuchung war der Patient also als nicht stabil gebessert zu betrachten, er erfüllte damit die Kriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn – wenngleich hier die Einschränkung gemacht werden muss, dass zwar keine komplette Symptomremission eingetreten war, jedoch eine Symptombesserung. Allerdings trat diese erst einige Zeit nach der Entlassung aus der stationären Behandlung auf, nachdem der Patient wohnortnah tagesklinisch und ambulant weiterbehandelt wurde.

Fall 2 stützt Hypothese H_1 , allerdings mit Einschränkungen.

Frau EF03

Einschlusskriterien für die Untersuchung erfüllt:

- Episodendauer mindestens zwei Jahre
- Adäquate psychopharmakologische Vorbehandlung (fachärztlich stationär und ambulant)
- Persistieren der Symptome (mit Schwankungen der Intensität) bei kurzzeitigen Besserungen durch stationären Aufenthalt

Frau EF03 als Einzelfallpatientin in die vorliegende Untersuchung aufzunehmen, war eine Entscheidung, die auch anders hätte ausfallen können: Das dritte Einschlusskriterium – Persistieren der Symptome während der stationären Therapie trotz adäquater Behandlung - ist bei sehr enger Auslegung bei ihr nicht erfüllt, wurde sie doch symptomatisch sehr gut gebessert (vgl. HAMD, CGI und BDI-Werte!) entlassen. Aus den Voraufenthalten der Patientin sowie ihren Schilderungen ist allerdings bekannt, dass diese Phasen guten Befindens nur von kurzer Dauer sind (mehrere Tage bis maximal einige Wochen) und dass sich das Befinden schnell und deutlich verschlechtert, sobald Belastungen auftreten. Auch seien die Phasen, in denen sie eine „normale ausgeglichene Stimmung“ erreiche, selten – sie unterscheide jedoch zwischen Phasen sehr schlechten Befindens, wenn sie nicht mehr allein zurechtkommen könne und in denen sie sich stationär behandeln lassen müsse, und solchen, in denen sie zurechtkommen und sich „selbst heilen“ könne; erstere bezeichnet sie als ihre „endogene Depression“, letztere als „die andere Depression“.

Auch nach dem hier beschriebenen Aufenthalt kam es nach einigen Wochen (unter 8 Wochen gebesserter Zustand, siehe Kriterien für Remission) zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik: Ein notwendiger Umbau in ihrer Wohnung habe sie sehr belastet, daraufhin sei es ihr wieder deutlich schlechter gegangen; diese Schwankung konnte aber noch durch eine Dosiserhöhung des Antidepressivums durch den behandelnden Nervenarzt ohne stationäre Behandlung aufgefangen werden. Eine weitere Verschlechterung trat ein, nachdem bei Frau EF03 ein Endometriumkarzinom festgestellt worden war – die Angst vor der anstehenden OP sowie vor einem ungünstigen Befund habe die „endogene Depression“ erneut zum Ausbruch gebracht, Frau EF03 ließ sich daraufhin erneut stationär ins BKH aufnehmen.

Die Durchsicht der umfangreichen Krankengeschichte erbrachte ein Krankheitsbild, das deutlich chronifizierte Züge zeigt: So kam es in den letzten 20 Jahren zu zahlreichen (23) stationären Aufenthalten der Patientin, die meist durch anstehende Belastungen mitausgelöst wurden. Die stationäre Behandlung entlastete Frau EF03 meist recht rasch, sodass sie häufig nach kurzer Zeit wieder entlassen werden konnte – allerdings mehrmals auch gegen ärztlichen Rat. Die Verschlechterungen traten häufig bereits nach kurzer Zeit wieder ein.

Zur weiteren Anamnese:

Frau EF wurde 1934 als einziges Kind ihrer Eltern geboren (zu einem 15 Jahre jüngeren Halbbruder mütterlicherseits hatte Frau EF keinen näheren Kontakt). Der Vater, von Beruf Kaufmann, fiel 1943 im Krieg. Als Frau EF zwei Jahre alt war, zog ihre Mutter mit ihr zur Familie der Großeltern (mütterlicherseits) zurück, in der auch die sieben Geschwister der Mutter lebten. Der Kontakt zur Mutter war bis zu deren Tod (1992) eng. Familienanamnestisch habe es psychische Auffälligkeiten gegeben: Der Vater sei ebenfalls depressiv gewesen, ebenso die Großmutter, ein Onkel (Bruder der Mutter) habe unter leichten Depressionen gelitten, eine Großtante sei „an Schwermut gestorben“, der Halbbruder habe Alkoholabusus betrieben.

Nach der Volksschule und einer gut bestandenen mittleren Reife wollte Frau EF zuerst in den Staatsdienst gehen, entschied sich dann aber auf Anraten eines Onkels dafür, in dessen Geschäft mitzuarbeiten. Erste psychische Probleme traten auf, als Frau EF 18 Jahre alt war: Sie schildert heute (1999) die erste depressive Episode als durch einen Bahnunfall ausgelöst, bei dem ein Kind getötet worden sei. Sie habe daraufhin Angstzustände bekommen, sei stark erschöpft nach Hause gekommen und habe anschließend 14 Tage nicht mehr aufstehen können. Alles habe sich fremd angefühlt, sie sei „nicht mehr ich“ gewesen. Der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass Frau EF im Alter von 19 Jahren erstmals stationär in einer benachbarten Klinik behandelt wurde. Damals schilderte sie als auslösendes Ereignis einen sexuellen Missbrauch bzw. einen versuchten Missbrauch durch einen Verwandten. Zwei Monate nach der dortigen Entlassung folgte wegen mangelnder Besserung eine Behandlung in einer weiter entfernten psychiatrischen Klinik. Anschließend sei sie ambulant behandelt worden. Beruflich war Frau EF nach der Behandlung als Sekretärin und Buchhalterin jeweils über mehrere Jahre in verschiedenen Firmen und Betrieben tätig, bis ihr 1983 von ihrem letzten Arbeitgeber gekündigt wurde. Ein sich über vier Jahre hinziehender Arbeitsgerichtsprozess schloss sich an, da Frau EF die Kündigung nicht als rechtens ansah. Frau EF wurde anschließend berentet. Frau EF ist ledig und lebt allein, eine Beziehung zu einem Partner, der alkoholabhängig war, scheiterte, weitere Partnerschaften werden nicht berichtet.

terte, weitere Partnerschaften werden nicht berichtet.

Frau EF befand sich seit ihrem 19. Lebensjahr immer wieder (bis 1999 23 mal) in stationärer psychiatrischer Behandlung, die zwischen einer und 14 Wochen dauerten.

Meist finden sich konkrete Auslöser in der Vorgeschichte der einzelnen Behandlungen. Frau EF sprach anfangs auf Antidepressivabehandlung gut an, die Rückfälle folgten jedoch trotz Einstellung auf Lithium (Quilonum ret.[®]) seit 1978 immer häufiger aufeinander; es genügten – wie oben ausgeführt - zunehmend kleinere Geschehnisse, um eine erneute Phase auszulösen.

Beschreibung der stationären Behandlung

Im Mittelpunkt der einzeltherapeutischen Gespräche stand die Bewältigung der Einsamkeitsgefühle und der übersteigerten Sorgen bezüglich der Wohnsituation, die im Verlauf der Behandlung zurückgingen. Frau EF benötigte v.a. zu Beginn der Behandlung viele stützende Gespräche, um mit dem hohen Leidensdruck fertig zu werden. Nach ca. 3 Wochen besserten sich Stimmung, Antrieb, Unruhe und Angstgefühle allmählich. Nach weiterer Stabilisierung und positiv verlaufenen therapeutischen Belastungserprobungen wurde die Behandlung teilstationär weitergeführt. Die Entlassung erfolgte in stark gebessertem Zustand.

Medikamentöse Behandlung lt. Entlassungsbrief:

Erster Behandlungstag: (Aufnahmemedikation)

Sertralin	(Gladem [®])	0 – 50 – 0 – 0 mg (2. Tag: 50-50-0-0 mg)
Lithiumsalz	(Quilonum ret. [®])	1/2 - 0 - 0 - 1 Tbl.
		0 – 0 – 0 – 0 – 1 Tbl. (tageweise abwechselnd)
		Reduktion wg. zeitweise nebenwirkungsbehaftetem Spiegel im oberen Normbe- reich
Promethazin	(Atosil [®])	0 - 50 - 50 - 50 mg
Zopiclon	(Ximovan [®])	0 – 0 - 0 - 1 Tbl.

3. Behandlungstag:

zusätzlich

Levothyroxin	(Euthyrox [®])	100-0-0-0 mg
--------------	--------------------------	--------------

6. Behandlungstag:

Promethazin (Atosil®) 25 - 50 - 50 - 50 mg

2. Behandlungswoche:

Sertralin	(Gladem®)	0 - 50 - 0 - 0 mg	
Lithiumsalz	(Quilonum ret.®)	1/2 - 0 - 0 - 1 Tbl.	
		0 - 0 - 0 - 0 - 1 Tbl.	tageweise abwechselnd
Promethazin	(Atosil®)	25 - 50 - 50 - 50 mg	
Zopiclon	(Ximovan®)	0 - 0 - 0 - 1 Tbl.	
Levothyroxin	(Euthyrox®)	100 - 0 - 0 - 0 mg	
Lorazepam	(Tavor®)	0 - 0,5 - 0 - 0,5mg	zusätzlich

4. Behandlungswoche:

erhöht:
 Sertralin (Gladem®) 75 - 50 - 0 - 0 mg erhöht

5. Behandlungswoche:

zusätzlich
 Olanzapin (Zyprexa®) 0 - 0 - 0 - 5 mg wegen des positiven Effekts auf die emotionale Stabilität (aus Voraufenthalt bekannt)

6. Behandlungswoche:

Lorazepam (Tavor®) 0 - 0 - 0 - 0,5 mg reduziert

7. Behandlungswoche:

abgesetzt:
 Lorazepam (Tavor®)
 Promethazin (Atosil®) 25 - 25 - 50 - 50 mg reduziert

8. Behandlungswoche:

Promethazin (Atosil®) 25 - 25 - 25 - 50 mg reduziert
 25 - 25 - 25 - 25 mg reduziert

10. Behandlungswoche:

abgesetzt:
 Zopiclon (Ximovan®) (erst Reduktion, dann abgesetzt)

11. Behandlungswoche:

Promethazin (Atosil®) 25 - 0 - 25 - 50 mg reduziert

12. Behandlungswoche:

Levothyroxin (Euthyrox®) 125 - 0 - 0 - 0 mg erhöht

Letzte Medikation, Therapieempfehlung (Psychopharmaka):

Sertralin	(Gladem®)	75 - 50 - 0 - 0 mg	
Lithiumsalz	(Quilonum ret.®)	0 - 0 - 0 - 1 1/2 Tbl.	
		0 - 0 - 0 - 0 - 1 Tbl	(tageweise abwechselnd)
Promethazin	(Atosil®)	25 - 0 - 25 - 25 mg	
Levothyroxin	(Euthyrox®)	125 - 0 - 0 - 0 mg	
Olanzapin	(Zyprexa®)	0 - 0 - 0 - 5 mg	

Psychometrische Messungen

HAMD

Der Hamilton-Summenscore bei Aufnahme betrug 22 Punkte, bei Entlassung erschien die Patientin symptomfrei, in der follow-up-Untersuchung ergaben sich 28 Punkte.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
bei Aufnahme	4	0	2	0	0	0	4	0	2	4	2	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0
bei Entlassung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
im follow-up	4	0	2	2	2		4	1	1	4	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0

BDI:

In der Selbsteinschätzungsskala (BDI) ergab sich bei Aufnahme ein Summenwert von 30, bei Entlassung beschrieb sich die Patientin als symptomfrei (0 Punkte), im follow-up ergab sich ein Score von 29 Punkten.

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
bei Aufnahme	2	2	0	2	0	0	0	0	1	3	2	0	3	2	2	1	2	3	2	0	3
bei Entlassung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
im follow-up	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	3	2	2	1	1	3

Follow-up-Untersuchung:**(7 Monate nach Entlassung)**

Frau EF wurde sieben Monate nach Entlassung wieder aufgenommen, im Rahmen dieser Behandlung fand die follow-up-Untersuchung statt.

Nach der Entlassung Mitte März sei es ihr einige Wochen besser gegangen, im Mai trat dann die nächste depressive Schwankung auf, ihr Nervenarzt habe daraufhin die Dosis des Antidepressivums (Atosil®) erhöht. Anschließend habe sie sich etwas besser, wenngleich noch depressiv gefühlt – allerdings sei dies keine „endogene Depression“ gewesen, bei der sie sich nicht selber helfen könne, sondern eine leichtere Form, die sie besser aushalten könne. Die nächste nicht tolerierbare Verschlechterung habe sie im September erlebt, sie habe sie aber noch ohne stationären Aufenthalt, wieder mit Hilfe des Nervenarztes überstehen können. „Ganz gut“ sei es ihr nur direkt nach dem Aufenthalt im BKH gegangen, anschließend habe ein anstehender Umbau der Wohnung, bei dem sie z.T. auf dem Fußboden schlafen musste, doch recht belastet und sie nicht ganz zur Ruhe kommen lassen. Dies sei nun zwar besser, da der Umbau abgeschlossen sei, doch nun seien andere Probleme aufgetreten:

Anlässlich einer neu aufgetretenen Postmenopausenblutung sei in einer gynäkologischen Abklärung ein Endometriumkarzinom festgestellt worden, eine Hysterektomie sei nötig. Dies habe sie sehr getroffen, die depressive Symptomatik habe sich daraufhin wieder deutlich verschlechtert. Eine stationäre Krisenintervention war indiziert. Frau EF war durch die stationäre Aufnahme nach kurzer Zeit deutlich entlastet, die Symptomatik besserte sich soweit, dass eine anschließende Verlegung in das somatische Krankenhaus zur vorgesehenen OP möglich

war. Die durch die somatische Erkrankung ausgelösten Ängste persistierten, was angesichts deren Lebensbedrohlichkeit aber nachvollziehbar war und diese somit nicht als pathologische Ängste einzustufen waren.

Im Gespräch (zweiter Tag nach Wiederaufnahme) wirkte Frau EF noch deutlich depressiv, die Stimmung war stark gedrückt, jedoch gut auslenkbar. Sie äußerte große Angst vor der Operation sowie vor möglichen Metastasen und davor, aufgrund dieser somatischen Erkrankung „nie mehr aus der Depression rauszukommen“.

An ihren Lebensumständen habe sich seit der Entlassung nur geändert, dass nun endlich der Umbau der Wohnung fast abgeschlossen sei, sonst sei alles noch wie vorher. Zusätzlich zur bisherigen Behandlung beim Psychiater sei sie nun bei einem Allgemeinarzt in Behandlung, der auch Psychotherapeut sei und ihr homöopathische Mittel verschrieben habe, die ihr guttäten. Sie sei einmal im Monat bei ihm zum Gespräch.

Zum Zeitpunkt der follow-up-Untersuchung war die Patientin also nicht stabil gebessert, sie erfüllte damit die Kriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es sich auch hier um einen Grenzfall handelt: Wie eingangs ausgeführt, profitierte die Patientin zunächst durchaus von der stationären Behandlung, verschlechterte sich jedoch, als die erste Belastungssituation nach Entlassung auftrat, wie dies schon früher häufig der Fall gewesen war.

Fall 3 stützt Hypothese H_1 , allerdings mit Einschränkungen.

Herr GH04

Einschlusskriterien für die Untersuchung erfüllt:

- Episodendauer mindestens zwei Jahre (lt. Patient fast permanent Symptome seit 20 Jahren, keine Unterbrechung länger als 8 Wochen)
- Adäquate psychopharmakologische Vorbehandlung (fachärztlich stationär und ambulant)
- Persistieren der Symptome (mit Schwankungen der Intensität)

Über die frühere Kindheit Herrn GH04s ist nichts Auffallendes bekannt, allerdings verlor er als Jugendlicher (im Alter von 13 Jahren) seinen Vater durch Krankheit. Nach dem Hauptschulabschluss machte Herr GH04 eine Bankkaufmannslehre und ist seither in diesem Beruf tätig. Er ist verheiratet, hat zwei Kinder, die nicht mehr im Haus leben und zwei Enkelkinder. Seine Beziehungen zu seiner Familie beschreibt er als harmonisch und stützend, v.a. mit seiner Frau (die halbtags als Hauswirtschafterin tätig sei) könne er über alles reden, sie habe sich auch über seine Krankheit informiert und bringe ihm viel Verständnis entgegen. Zwar verstehe sie seine Frau „nicht so gut“ mit der im selben Haus wohnenden Mutter von Herrn GH04, er fühle sich dadurch aber nicht belastet, da das „die Frauen unter sich ausmachen“. Mit seinem weiteren sozialen Umfeld ist er zufrieden, er habe viele Bekannte und einige gute Freunde, mit denen er auch über persönliche Probleme reden könne.

Herr GH04 leidet nach eigenen Angaben seit 20 Jahren an depressiven Verstimmungen, die schleichend begonnen hätten, sowie an migräneartigen Kopfschmerzen (kein pathologischer Befund im CCT). Wegen letzterer habe er früher erheblichen Analgetikaabusus betrieben (Medikation beim ersten Aufenthalt weitgehend komplikationslos ausgeschlichen), was die Schmerzen aber kaum gedämpft habe. Angefangen hätten die Beschwerden, als er sich (vor 20 Jahren) habe selbständig machen wollen, dies aber „nicht ganz geklappt“ habe. Vor zehn Jahren sei er in seinem Beruf als Bankkaufmann befördert worden, habe einen anderen Aufgabenbereich übernommen, seither habe sich sein Befinden kontinuierlich verschlechtert. 1997 habe er dann nach erneuter Zunahme des beruflichen Druckes (und vermutlich im Zusammenhang mit dem Analgetikaabusus) ein Magengeschwür entwickelt, die Depression sei danach noch schlimmer geworden. Durch einen „Test“ in einer Zeitschrift habe er dann er-

kannt, dass er möglicherweise unter Depressionen leiden könnte. Er habe sich daraufhin erstmals in nervenärztliche Behandlung begeben. Nach einem Aufenthalt im BKH erfolgte eine berufliche Wiedereingliederung, die mit einer Zurückstufung verbunden war. Zuerst habe ihm diese nichts ausgemacht, später aber habe er dies zunehmend als Degradierung empfunden, habe den Eindruck gehabt, dass die Kollegen abfällig über ihn sprächen. Das Befinden verschlechterte sich wieder aufgrund dessen und aufgrund des als sehr belastend empfundenen Arbeitsdruckes noch in der Zeit der Wiedereingliederung rapide, auch die Kopfschmerzen kehrten wieder. Seither habe er oft mehrere Tage im Bett verbracht, schlafe auch sehr viel. Herr GH04 war seit dem letzten Aufenthalt krank geschrieben, bekam dann Übergangsgeld. Er hatte sich entschlossen, nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückzukehren, ein Renten Antrag wurde abgelehnt.

Als Hauptauslöser sieht er selbst, dass er sich beruflich sehr unter Druck gesetzt habe - er arbeite sehr gewissenhaft und „halse sich viel selbst auf“.

Besonderheiten im Verlauf

Die stationäre Therapie während des ersten stationären Aufenthaltes verlief laut Arztbericht sehr schwankend, auch beim zweiten Aufenthalt kam es zu Besserungen und anschließenden Einbrüchen im Befinden.

Medikamentöse Behandlung

Erster Behandlungstag

Hypertonie-Medikation

3. Behandlungstag

Nortryptilin (Nortrilen®)	0-25-0 mg
Opipramol (Insidon®)	50-50-0 mg

4. Behandlungstag

Nortryptilin (Nortrilen®)	25-25-0 mg
Opipramol (Insidon®)	50-50-50 mg
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.

5. Behandlungstag

Nortryptilin (Nortrilen®)	50-25-0 mg
Opipramol (Insidon®)	50-50-50-50 mg
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.

2. Behandlungswoche

Nortryptilin (Nortrilen®)	50-50-0-0 mg	erhöht
Opipramol (Insidon®)	50-50-50-50 mg	
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.	

3. Behandlungswoche

Nortryptilin (Nortrilen®)	75-75-0-0 mg	erhöht	
Opipramol (Insidon®)	50-50-50-50 mg		
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.		
Olanzapin (Zyprexa®) auf	0-0-0-2,5 mg	neu angesetzt	wg. Fixierung negative Denkinhalte

5. Behandlungswoche

Nortryptilin (Nortrilen®)	75-75-0-0 mg	abgesetzt	wegen
Opipramol (Insidon®)	50-50-50-50 mg	abgesetzt	kardialer
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.		Neben-
Olanzapin (Zyprexa®)	0-0-0-2,5 mg	abgesetzt	wirkungen bzw. leichter Sprechstörungen
Reboxetin (Edronax®)	2-0-0-0 mg, dann 2-2-0-0 mg		neu angesetzt
Sertralin (Zoloft®)	0-0-0-50 mg, dann 0-0-0-100 mg		neu angesetzt
Lorazepam (Tavor®)	0-0-0,5-0,5 mg (1d), dann 0,5-0,5-0,5-0,5 mg (1d), dann 0,5-0,5-0-0,5 (3d), dann 0,5-0-0-0,5 mg		neu angesetzt

Leichte Befundbesserung, Stimmungsaufhellung, aktive Teilnahme am Stationsleben, Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus;

6. Behandlungswoche und Entlassmedikation

Reboxetin (Edronax®)	4-2-0-0 mg	erhöht
Sertralin (Zoloft®)	0-0-0-150 mg	erhöht
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.	
Lorazepam (Tavor®)	0,5-0-0-0,5 mg	

Entlassung auf eigenen Wunsch des Patienten (Patient gibt an, er müsse versuchen, daheim wieder zurechtzukommen, könne doch nicht wieder so lange im Krankenhaus bleiben.)

Stimmung und Antrieb wenig gebessert, noch deutlich reduziert.

Wiederaufnahme nach einer Woche:

Nach deutlicher Befundverschlechterung, Reduktion der Stimmungs- und Antriebslage mit Interesselosigkeit und Rückzugstendenzen;

bestehende Cephalgien erneut erheblich zugenommen.

Erster Behandlungstag nach Wiederaufnahme: (Aufnahmemedikation)

Reboxetin (Edronax®)	4-0-0-0 mg	Reduktion um 2mg wg. Miktionsstörungen;
Sertralin (Zoloft®)	0-0-0-150 mg	
Lorazepam (Tavor®)	0,5-0-0,5 mg	
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.	

(+ Hypertonie-Medikation)

3. Behandlungstag:

Reboxetin (Edronax®)	4-0-0-0 mg	reduziert
Sertralin (Zoloft®)	0-0-0-150 mg	
Lorazepam (Tavor®)	0,5-0-0-0 mg	
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.	

4. Behandlungstag:

Reboxetin (Edronax®)		abgesetzt
Sertralin (Zoloft®)	0-0-0-200 mg	erhöht
Lorazepam (Tavor®)		abgesetzt
Zopiclon (Ximovan®)	0-0-0-1 Tbl.	

3. Behandlungswoche:

Sertralin (Gladem®) 0-0-0-200 mg (Sertralin (Zoloft®) durch Sertralin (Gladem®) ersetzt)
 Zopiclon (Ximovan®) 0-0-0-1 Tbl.

4. Behandlungswoche:

Sertralin (Gladem®) 0-0-0-200 mg
 Zopiclon (Ximovan®) 0-0-0- ½ Tbl. (4d), dann abgesetzt

6. Behandlungswoche:

Letzte Medikation, Therapieempfehlung (Psychopharmaka):

Sertralin (Gladem®) 0-0-0-200 mg
 (+ Hypertonie-Medikation)

Deutliche Befundbesserung, weitgehend normalisierte Antriebslage, Stimmung zeitweise noch subdepressiv bei größerer Schwingungsfähigkeit, keine volle Belastbarkeit.

Noch sporadisch auftretende Migräneattacken, kein Spannungskopfschmerz.

Psychometrische Messung

HAMD:

Der Hamilton-Summenscore bei der Aufnahmeuntersuchung lag bei 15, bei Entlassung betrug er 13, im follow-up 15 Punkte.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Bei Aufnahme	3	0	0	0	0	0	2	1	0	2	2	0	2	2	1	0	0	1	1	0	0
Bei Entlassung	2	0	0	1	0	1	2	0	0	1	2	0	2	1	1	0 ⁴³	0	2	0	0	0
im follow-up	3	0	0	1	0	1	3	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0

BDI:

⁴³ lt. BDI-Item S, Zusatz: absichtlich weniger essen, um abzunehmen, deshalb Gewichtsverlust von 0,5

Bei Aufnahme beschrieb sich der Patient im BDI so, dass sich ein Summenwert von 18 ergab, bei Entlassung mit 14, im follow-up mit 17.

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
bei Aufnahme	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	0	2	0	0	2	2	
bei Entlassung	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	0	2	0	0 ⁴⁴	1	2	
im follow-up	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	2	0	2	0	0	1	2

Follow-up-Untersuchung

(10 Monate nach Entlassung)

Das Gespräch fand bei Herrn GH zu Hause statt. Die Gesprächsatmosphäre war sehr angenehm, Herr GH gab bereitwillig auf alle Fragen Auskunft.

Herr GH fühlte sich noch immer depressiv, das Befinden habe sich seit der Entlassung aus dem BKH wieder verschlechtert, v.a. im Vormonat habe es eine erneute schwierigere Zeit gegeben. Bessere „Phasen“ seien nicht vorgekommen, allenfalls gebe es „Momentaufnahmen“ von Glücks- oder Freudeempfinden, z.B. wenn er mit Freunden zusammen sei oder beim „kräftigen Arbeiten“. Er fühle sich noch sehr erschöpfbar, das Gefühlsleben lasse zu wünschen übrig. Er nehme nach wie vor seine Medikation regelmäßig, sei wieder bei der niedergelassenen Nervenärztin in Behandlung, die ihn vor dem Aufenthalt im BKH auch psychotherapeutisch mitbetreut hatte, nun versorge sie ihn allerdings nur noch medizinisch. Beruflich laufe immer noch das Rentenverfahren, worüber er sich Sorgen mache. Derzeit lebe er vom Arbeitslosen- bzw. Übergangsgeld und eigenen finanziellen Reserven. Familiär habe sich nichts verändert, seine Frau habe nach wie vor viel Verständnis, sie hätten ein gutes Verhältnis zueinander. Was ihm manchmal Freude mache, sei, wenn seine beiden Enkel sich bei ihm zu Hause wohlfühlten. Das Verhältnis zu den Kindern und den anderen Verwandten sei auch nach wie vor gut.

Im Vergleich zu der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt habe er nun eher weniger Belastungen; an „guten“ Tagen könne er sich gut beschäftigen – er lese die Zeitung, sehe sich im Internet um, helfe dem Sohn bei der Buchhaltung u.ä.. An „schlechten“ Tagen bleibe er im Bett, es gebe dann nichts, was wirklich helfe, weder sich ablenken, noch irgendetwas tun wie Spaziergehen o.ä..

kg/Woche nicht geratet

⁴⁴ BDI-Item S, Zusatz: absichtlich weniger essen, um abzunehmen → Abnahme um „mehr als 5kg“ nicht geratet

Als dauerhafte Belastung nennt Herr GH die Sorge um das Rentenverfahren, auch träume er viel von der Arbeit, diese Träume seien eher negativ getönt. Sein Verhältnis dazu sei zwiespältig: Einerseits sage er sich „Nun musst du dich nicht mehr rumärgern.“, andererseits belastete ihn die Situation aber auch.

Im Grunde würde er seine Lebenssituation als „zufriedenstellend“ bezeichnen, wenn die Depression nicht wäre. Mit seiner Frau könne er über alles reden, auch mit „Kollegen“ aus der Klinik; andere Menschen hingegen verstünden seine Erkrankung nicht.

Zum Zeitpunkt der follow-up-Untersuchung ist der Patient also als nicht stabil gebessert einzuschätzen, er erfüllt die Kriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn.

Fall 4 stützt Hypothese H₁.

Herr IK05

Einschlusskriterien für die Untersuchung erfüllt:

- Episodendauer mindestens zwei Jahre
- Adäquate psychopharmakologische Vorbehandlung (fachärztlich stationär und ambulant)
- Persistieren der Symptome

Herr IK05 wurde 1946 geboren und wuchs als Einzelkind auf. Die Mutter betrieb am dörflichen Wohnort ein kleines Geschäft, der Vater war Hausmeister. Letzterer habe sich kaum in seine Erziehung eingebracht, sei eher gleichgültig und ruhig gewesen, die Mutter wird als dominant geschildert; aufgrund einer Trigeminusneuralgie sei sie auch belastet gewesen und habe unter depressiven Verstimmungen gelitten. Herr IK05 beschreibt seine Kindheit als eher belastet: Durch den Laden habe viel Rücksicht auf Kunden genommen werden müssen, er selbst habe oft zurückstecken müssen. Obwohl er während der gesamten Schulzeit gute bis sehr gute Leistungen erbracht habe, sei er nie gelobt worden.

Die Gymnasialzeit verbrachte Herr IK05 in einem Internat in der nächstgrößeren Stadt, in dem es sehr streng zugegangen sei.

Nach dem Abitur studierte Herr IK05 Lehramt. Er ist seit 1975 verheiratet, seine Frau ist ebenfalls berufstätig. Das Paar hat 3 Kinder im Alter zwischen 9 und 21 Jahren.

Herr IK05 berichtete, dass er etwa seit dem 14. Lebensjahr unter Angstzuständen gelitten habe, insbesondere habe er vor Prüfungen Angst gehabt.

Die erste umschriebene depressive Phase wurde von ihm auf 1981/82 datiert – sie sei verbunden gewesen mit Schluckkrämpfen und Angstzuständen: 1981 habe er einen – möglicherweise tetanischen – Anfall erlitten, seither seien die Ängste massiver geworden, und er habe sich sehr niedergeschlagen gefühlt. Er sei dann ca. ¼ Jahr vom Nervenarzt behandelt worden: ambulant vornehmlich mit einem Benzodiazepin (Bromazepam = Lexotanil®) bzw. mit zwei Trizyklika (Doxepin = Aponal® bzw. Dibenzepin = Noveril®). Letztere hätten die Symptomatik lt. Patient aber eher verschlimmert und seien deshalb nur zeitweilig zur Anwendung gekommen, regelmäßig habe er damals nur das Benzodiazepin eingenommen.

1982 erfolgte die erste stationäre Behandlung im damaligen Nervenkrankenhaus (heute Bezirkskrankenhaus) Bayreuth, die vier Monate dauerte (Diagnose: Abnorme depressive Entwicklung ICD-9: 300.4, Tranquilizer-Abusus). Danach ambulante Behandlung einmal wö-

chentlich durch eine Nervenärztin, die er als hilfreich erlebte, ebenso einen zehnwöchigen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik, der sich ein Vierteljahr später anschloss. Diese Krankheitsphase dauerte, so Herr IK05, bis ca. 1985 an, danach sei er bis 1998 „stabil“ gewesen (von 1992-1995 ambulante Psychotherapie bei erwähnter Nervenärztin, danach nervenärztliche Behandlung bei einem anderem Arzt). Anfang 1998 Beginn einer weiteren depressiven Phase, Wechsel zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Prof. Wolfersdorf. Im Frühjahr 1999 weitere Verschlechterung, bis im August 1999 eine erneute stationäre Behandlung indiziert war, die gut einen Monat dauerte. Anschließend erneute Behandlung in der psychosomatischen Klinik (sechswöchige Behandlung). Nach ca. ½ Jahr erneute Verschlechterung, nach 3 Monaten Aufnahme im BKH.

Medikamentöse Behandlung lt. Entlassungsbrief:

Erster Behandlungstag: (Aufnahmemedikation)

Opipramol	(Insidon®)	0 – 50 – 50 – 50 mg
Lithiumsalz	(Quilonum ret.®)	0 - 0 - 0 - 1 Tbl.
Lorazepam	(Tavor®)	0 - 0,5 - 0,5 - 0,5 mg (Anm.: 2.Tag 4 x 0,5mg)
Zopiclon	(Ximovan®)	0 – 0 - 0 - 7,5 mg.
Levothyroxin	(Euthyrox®)	225 – 0 - 0 - 0 µg
Betahistindimesilat	(Aequamen forte)	1 - 1 - 1 - 0 Tbl.

3. Behandlungstag

Carbamazepin	(Tegretal®)	begleitend zum Benzodiazepinentzug
Lorazepam	(Tavor®)	ausschleichend bis

12. Behandlungstag:

Lorazepam	(Tavor®)	abgesetzt
Nefazodon	(Nefadar®)	wegen ausgeprägter Unruhe ergänzend zum Opipramol (Insidon®)

3. Behandlungswoche

Carbamazepin	(Tegretal®)	ausgeschlichen
--------------	-------------	----------------

5. Behandlungswoche

Nefazodon	(Nefadar®)	abgesetzt
Reboxetin	(Edronax®)	Umstellung aufgrund unzureichender Befund-
Sertralin	(Zoloft®)	besserung

7. Behandlungswoche

Reboxetin	(Edronax®)	abgesetzt wg. UAWen (zunehmende Unruhe
Sertralin	(Zoloft®)	bei gleichbleibender Symptomatik)
Amitryptilin	(Saroten ret.®)	

daraufhin deutliche Befundbesserung

8. Behandlungswoche

Lithiumsalz	(Quilonum ret.®)	abgesetzt wegen UAW (ausgeprägter Tremor)
-------------	------------------	---

15. Behandlungswoche:**Letzte Medikation, Therapieempfehlung:**

Opipramol	(Insidon®)	50 – 50 – 50 – 50	mg
Amitryptilin	(Saroten ret.®)	25-25-25-100	mg
Zopiclon	(Ximovan®)	0 – 0 - 0 - 7,5	mg
Levothyroxin	(Euthyrox®)	225 – 0 - 0 - 0	µg
Betahistindimesilat (Aequamen forte)		1 - 1 - 1 - 0	Tbl.
Chlorprothixen	(Truxal®)	30 mg bei Bedarf	(seit 11.BW b.B. verordnet)
Zaleplon	(Sonata®)	10 mg bei Bedarf	(seit 1. BW b.B. verordnet)

Herr IK05 nahm am Stationsprogramm teil, das u.a. Beschäftigungs-, Bewegungs-, Mal- und physikalische Therapie umfasste. Außerdem wurde ab dem ersten Tag Lichttherapie verordnet, der sich Herr IK05 täglich unterzog.

Ab der 10. bzw. 11. Behandlungswoche zeigte sich eine Besserung im Befinden: die Stimmung wird im Entlassbrief als ausgeglichen bezeichnet. Er habe sehr aktiv am Stationsalltag teilgenommen und sei wieder seinen Interessen und Hobbys nachgegangen.

Psychometrische Messung

HAMD

Der Hamilton-Summenscore bei der Aufnahmeuntersuchung lag bei 26, bei Entlassung betrug er 12, im follow-up 15 Punkte.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Bei Aufnahme	4	0	1	2	1	1	4	1	1	4	3	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Bei Entlassung	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0
im follow-up	3	0	0	0	0	1	2	1	1	1	3	0	0	2	1	0	0	1	0	1	1

BDI

Bei Aufnahme beschrieb sich der Patient im BDI so, dass sich ein Summenwert von 24 ergab, bei Entlassung 14 (Anmerkung: Der BDI des follow-up liegt nicht vor.)

Item	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
bei Aufnahme	2	1	0	2	0	0	1	1	1	0	1	1	2	1	2	3	1	1	0	2	2
bei Entlassung	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1
im follow-up	(liegt nicht vor)																				

Follow-up-Interview

(13 Monate nach Entlassung)

Das follow-up-Gespräch fand in den Räumlichkeiten des BKH statt, Herr IK05 war freundlicherweise dazu nach Bayreuth gekommen. Er wirkte dabei zugewandt und freundlich sowie bemüht, die Fragen offen und genau zu beantworten.

Nervenärztlich befand sich Herr IK05 einmal monatlich ambulant in Behandlung bei Professor Wolfersdorf, psychotherapeutisch betreute ihn ein niedergelassener Kollege mit verhaltenstherapeutischer Orientierung. Derzeit gebe es etwas Probleme mit der Medikation, die unerwünschte Arzneimittelwirkung Unruhe sei erneut wieder aufgetreten (unter 100 mg/d Amitriptylin (Saroten®) bzw. 150mg/d Opipramol (Insidon®), die Medikation sei deshalb

derzeit in Absprache „ausgesetzt“.

Herr IK05 berichtet über das vergangene Jahr, dass er kurz vor Weihnachten entlassen worden sei, im Jahr darauf nach Ostern wieder stufenweise in die Arbeit eingestiegen sei, nun also nicht mehr krankgeschrieben sei, sondern wieder Vollzeit arbeite. Die Arbeit selbst mache ihm keine Sorgen, da er dies gut könne, schwieriger sei es, wenn es mit Kollegen Probleme gebe: Er könne dies noch nicht so „managen“, wie er sich das wünsche, z.B. mit aggressivem Verhalten umgehen etc..

Ehe und Familie erlebe er nach wie vor als stützend, wenngleich es ihm Schuldgefühle mache, dass er „nicht mehr so mitwirken“ könne, wie er sich das wünsche. So müsse die Frau mehr übernehmen. Auch wolle er gern den beiden jüngeren Töchtern helfen, die derzeit in der Schule mit Schwierigkeiten zu kämpfen hätten, was ihn auch belaste.

Nach seinen Copingstrategien für Stress befragt berichtet Herr IK05, dass er Sport treibe, allerdings eher „verordnet“, weniger aus reiner Freude daran und gern Musik höre. Probleme suche er dadurch zu lösen, dass er „ein Ding nach dem anderen“ angehe und lerne, bei einem Problem zu bleiben.

Außergewöhnliche Ereignisse habe es im letzten Jahr nicht gegeben. Derzeit habe er das Gefühl, dass die Medikamente nicht mehr weiterhelfen würden; nach der Psychotherapie (40 Sitzungen Verhaltenstherapie, bei der der Therapeut „sein Möglichstes getan“ habe) habe er den Eindruck, dass es keine Möglichkeit gebe, etwas „von außen“ zu bewegen; was er selbst tun könne, tue er.

Mit den sozialen Kontakten außerhalb der Familie sei er zwar zufrieden, möchte aber mehr Kontakt finden, u.a. deshalb nehme er auch an der seit zwei Wochen am Haus laufenden Selbsthilfegruppe teil.

Insgesamt betrachtet komme er sowohl beruflich als auch familiär zurecht, wenngleich er die Situation vom Befinden her im Moment als „statisch“ empfinde.

Er fühle sich zwar besser als noch nach der Entlassung, aber nicht viel und würde sich noch als „depressiv“ beschreiben. Es habe geringe Schwankungen im Befinden gegeben mit auch „schlechteren Tagen“ (Phasen von ca. ein bis zwei Tagen Dauer), die aber „von selbst“ kämen und gingen, ohne äußeren Anlass.

Im Vergleich zu der Zeit vor der Aufnahme im Bezirkskrankenhaus habe sich verändert, dass er nicht mehr benzodiazepinabhängig sei und dass er nicht mehr „alles so total negativ“ sehe.

Zum Zeitpunkt der follow-up-Untersuchung war der Patient also nicht stabil gebessert hinsichtlich der depressiven Symptomatik, er erfüllt demnach die Kriterien einer chronisch-

therapieresistenten Depression im definierten Sinn.

Fall 5 stützt Hypothese H_1 .

Zusammenfassung der Einzelfälle hinsichtlich der aufgestellten Hypothese

Fall 1, 4 und 5 stützen die Hypothese H_1 uneingeschränkt:

(Ex) F_x : Es gibt mindestens einen Patienten ($F_a \cup F_b \cup F_c \cup F_d \cup F_e$), der die Eingangskriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn erfüllt und der von einer lege artis durchgeführten stationären Behandlung nicht durch eine stabil bleibende Verbesserung seines Befindens profitiert, d.h. es gibt in der untersuchten Gruppe (mindestens einen) „chronisch-therapieresistente“ Patienten im definierten Sinn.

In den Fällen 2 und 3 gelten die aufgeführten Einschränkungen:

Patient 2 erfuhr einige Zeit nach dem stationären Aufenthalt – unter weiterer adäquater Behandlung - eine merkliche Besserung, wenngleich er immer noch ausreichend Symptome zeigt, um als depressiv eingeschätzt zu werden.

Bei Patientin 3 bewirkte der stationäre Aufenthalt zumindest eine kurzzeitige Symptomfreiheit, die Beschwerden traten jedoch vor Ablauf des Kriteriumszeitraums (8 Wochen) erneut in ähnlicher Stärke wieder auf, die Besserung war also nicht von Dauer.

Insgesamt hat sich also die Hypothese H_0 in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigen lassen:

Nicht alle betrachteten Patienten, die die Eingangskriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im definierten Sinn erfüllen, profitieren von einer lege artis durchgeführten stationären Behandlung durch eine stabil bleibende Verbesserung ihres Befindens.

Übersicht über die Daten der fünf Patienten und Patientinnen im Vergleich

SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Vier der fünf Patienten der Einzelfalluntersuchung waren im mittleren Lebensalter, alle waren über 52 Jahre alt. Obwohl also nicht alle dem höheren Lebensalter zuzurechnen waren, das in der Literatur häufig als Risikofaktor bezeichnet wird, so fällt doch auf, dass keine(r) der Untersuchten dem frühen oder jungen Erwachsenenalter zuzurechnen ist. Die fünfte Patientin war 66 Jahre alt. Sie war damit die einzige Person der Untersuchung, die das übliche Rentenalter erreicht hätte, allerdings wurde sie schon vorher aufgrund der Erkrankung berentet. Außer ihr war eine weitere Patientin bereits berentet, bei zweien der anderen drei Untersuchten waren Rentenverfahren bereits eingeleitet worden. Nur einer der fünf Patienten war krankgeschrieben, ohne dass eine Berentung angestrebt wurde. Die u.a. auch daraus resultierende finanzielle Situation bedarf zweier Betrachtungsebenen: Objektiv schienen bei drei der Befragten hier keine akuten Probleme zu bestehen, allerdings gab ein Patient an, dass er sich wider besseren Wissens dennoch Sorgen um seine finanzielle Lage mache, die er selbst als überzogen und krankheitsbedingt einstufte. Umgekehrt verhielt es sich bei einem der anderen beiden Patienten: Dieser gab in der Erstuntersuchung an, sich trotz objektiv bestehender Probleme keine Sorgen zu machen. Im follow-up-Gespräch korrigierte er allerdings diese Aussage dahingehend, dass ihn die nun unbegrenzt gewährte Erwerbsunfähigkeits (EU) -Rente doch sehr entlastet habe. Denkbar ist hier, dass der Patient in der Erstuntersuchungssituation derart von anderen, ihn damals weit mehr beängstigenden Sorgen belastet war (vgl. Fallbeschreibung: sehr schwere Depression mit wahnhaften Zügen hypochondrischer und nihilistischer Ausprägung), dass ihm die finanziellen Probleme damit verglichen wenig ängstigten. Die fünfte Patientin gab an, dass sie mit ihrer Rente zwar „auskomme“, ihre finanzielle Situation könne aber besser sein – auch rein objektiv betrachtet (Einschätzung Interviewerin) lagen hier finanzielle Probleme vor. So waren also bei zwei der fünf Untersuchten finanzielle Probleme gegeben, bei dreien nicht, drei machten sich Sorgen um ihre finanzielle Lage, zwei nicht.

Tabelle 68: Übersicht über die soziodemographischen Faktoren der fünf Patienten und Patientinnen

LEBENSALTER (BEI ENTLAS- SUNG)	59 Jahre („mittleres Le- bensalter“)	-	56 Jahre („mittleres Le- bensalter“)	-	66 Jahre („höheres Lebens- alter“)	+	53 Jahre („mittleres Le- bensalter“)	-	54 Jahre („mittleres Le- bensalter“)	-
GESCHLECHT	weiblich	+	männlich	-	weiblich	+	männlich	-	männlich	-
BERUF	Porzellandrucke- rin (erlernter Beruf: Näherin) jetzt berentet		Gärtner, arbeitslos, Be- rentungsverfahren läuft <i>f-u: berentet (EU-Rente)</i>		Buchhalterin & Sekretärin (erlern- ter Beruf) Verwaltungsange- stellte, jetzt beren- tet aufgrund der Depression		Bankkaufmann		Lehrer	
EINKOMMEN / FINANZIELLE PROBLEME	keine finanziellen Probleme nach eigenen Angaben (lebt von Rente)	-	finanziell eher unsichere Lage (Rentenverfah- ren noch nicht abgeschlossen), Patient gibt aber an, keine finan- ziellen Probleme zu sehen <i>f-u: EU-Rente (unbegrenzt)</i>	+/-	Patientin be- schreibt, dass sie durch die Rente zwar ihr „Aus- kommen“ habe, die finanzielle Situati- on „könnte aber besser sein“: Finanzielle Prob- leme gegeben (Ein- schätzung Inter- viewer)	+	derzeit krank- geschrieben, Berentung be- antragt; ist mit finanzieller Situation zu- frieden	-	derzeit krankge- schrieben; ist mit finanziel- ler Situation zu- frieden, gibt aber an, sich dennoch Sorgen zu ma- chen, die er selbst als über- zogen beurteilt	-

Tabelle 69: Übersicht über die Wohnverhältnisse der fünf Patienten und Patientinnen

WOHNVERHÄLTNISSE	Ptin. lebt im Haushalt der Tochter mit: (noch) nicht wie gewünscht von Patientin (Übergangslösung, bis eigene Wohnung gefunden wird) <i>f-u: gut (lebt nun in eigener Wohnung)</i>	+ -	lebt zusammen mit Bruder in Haus, erlebt Wohnsituation als befriedigend <i>f-u: unverändert</i>	- -	beschreibt sich als zufrieden mit der Wohnsituation (nach ursprünglich schwieriger Eingewöhnungszeit) <i>f-u: unverändert</i>	- -	gute Wohnsituation, Pt. auch subjektiv zufrieden <i>f-u: unverändert</i>	-	gute Wohnsituation, Pt. auch subjektiv zufrieden <i>f-u: unverändert</i>	-
------------------	---	------------	--	------------	--	------------	---	---	---	---

Bis auf eine Patientin waren die Untersuchten mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Diese Patientin lebte nach der Trennung vom Ehemann, die evtl. als ein depressionsmitauslösender Faktor betrachtet werden kann, mit in der Wohnung einer der Töchter. Die Suche nach einer befriedigenden Lösung des Wohnproblems war eines der Themen während der stationären Behandlung (vgl. Fallbeschreibung Nr. 1) Auch diese Patientin fühlte sich nach dem Umzug in eine eigene Wohnung (follow-up) wohl. Eine andere Patientin (Fallbeschreibung Nr.3) gab als ein belastendes Lebensereignis im Zusammenhang mit depressiven Phasen den Umzug in eine von ihr nicht gewollte Wohnung an: Dieser Umzug habe sie vor mehreren Jahren sehr belastet; mittlerweile fühle sie sich aber sehr wohl in ihrer Wohnung.

Tabelle 70: Übersicht über die Partnersituation der fünf Patienten und Patientinnen

FAMILIENSTAND	verheiratet	+	unverheiratet	-	unverheiratet	-	verheiratet	+	verheiratet	+
AKTUELL IN PARTNERSCHAFT LEBEND	nein, lebt getrennt vom Ehemann, keine weitere Partnerschaft		nein		nein		ja		ja	
BELASTUNGS-GRAD DER BEZIEHUNG DURCH KONFLIKTE	hochbelastet (durch Trennungswunsch des Mannes, dem die Patientin nicht zustimmen will) (I ⁴⁵ : 90) <i>f-u.: Ptin. kann sich mit der Trennung besser abfinden, äußert aber nach wie vor den Wunsch, wieder mit dem Mann zusammenzuleben</i>	+	entfällt	0	entfällt	0	nein, Partnerschaft wird als harmonisch und unterstützend beschrieben		nein, Partnerschaft wird als harmonisch und unterstützend beschrieben	
BELASTUNGS-GRAD DURCH KRANKEN/PFLEGE-BEDÜRFTIGEN PARTNER	nein	-	entfällt	0	entfällt	0	nein	-	nein	-
EVTL. BESONDERHEITEN DER PARTNER-BEZIEHUNG	Scheidung ist geplant, wird von Patientin als sehr belastend erlebt		entfällt		entfällt					

⁴⁵ I = Einschätzung durch Interviewer

Drei der Untersuchten waren verheiratet, zwei nicht. Von den Verheirateten lebte eine der Patientinnen getrennt vom Ehemann, sie schilderte die Beziehung als extrem belastet. Sie wolle die Ehe aufrechterhalten, ihr Mann wolle sich scheiden lassen. Diese Thematik bildete einen der Schwerpunkte der psychotherapeutischen Arbeit, da hiervon auch die weitere Lebensplanung – Wohnort und Wohnverhältnisse, damit auch die Beziehungen zu den Kindern, die z.T. am Ort lebten, zu den Nachbarn, Freunden und Bekannten mitbeeinflusst wurde. Die beiden anderen verheirateten Patienten beschrieben ihre Ehe als sehr stützend und harmonisch, die Ehefrauen seien eine große Hilfe, auch und gerade im Bewältigen der Erkrankung. Die beiden unverheirateten Patienten – ein Mann und eine Frau – waren beide ledig, die Patientin berichtet von einer früheren Beziehung zu einem Mann, der Patient lebte nach eigenen Angaben nie in einer festen Beziehung, sei damit aber zufrieden und habe nicht den Wunsch nach einer Partnerschaft.

Es kommen in der betrachteten Patientengruppe also verschiedenste Konstellationen vor: schon immer allein lebend, allein lebend nach Beziehung, verheiratet und in Trennung lebend.

Tabelle 71: Übersicht über die Verhältnisse bzgl. der Kinder der fünf Patienten und Patientinnen

KINDER	3	nein	nein	2 Söhne (erwachsen), 2 Enkelkinder	3 Kinder (zwischen 9 und 21 Jahre alt)
DAVON MIT PATIENT ZUSAMMEN LEBEND	Tochter (Patientin wohnt mit in deren Haus) <i>f-u: - (Patientin lebt in eigener Wohnung)</i>	entfällt	entfällt	keiner	4
BELASTUNGS-GRAD DER BEZIEHUNG ZU DEN KINDERN	hochbelastet (I: 80) <i>f-u: entspanntere Situation (I: 50)</i>	entfällt	entfällt	unbelastet, Beziehung wird als stützend beschrieben	unbelastet, Beziehung wird als stützend beschrieben
EVTL. BESONDERHEITEN DER BEZIEHUNG ZU DEN KINDERN	Sorge der Kinder um die zeitweise hochsuizidale Mutter, Ängste, Befürchtungen, Spannungen, Belastungen durch die Verantwortung für sie <i>f-u: Patientin beschreibt Besserung selbst</i>	entfällt	entfällt	-	

Alle Verheirateten hatten mehrere Kinder, die Unverheirateten waren kinderlos. Die beiden verheirateten Männer beschrieben die Beziehungen zu den Kindern ähnlich wie die zu ihren Ehefrauen als stützend, es wurden hier keine Belastungen gesehen, weder durch diejenigen Kinder, die schon eigene Familien hatten, noch durch die, die noch im Haus lebten. Die Patientin, die in Trennung lebte, beschrieb während der Zeit des Aufenthaltes die Beziehung zu ihren Töchtern als angespannt, was u.a. damit zusammenhängen könnte, dass die Patientin nach dem Auszug aus dem gemeinsamen Haus mit dem Ehemann vorübergehend bei einer der Töchter wohnte. Da die Patientin zeitweise als hochsuizidal eingestuft werden musste, bedeutete dies eine Belastung für die Kinder, die sich um sie sorgten. Nach dem Umzug in eine eigene Wohnung besserte sich das Verhältnis wieder und wurde im follow-up als gut und stützend beschrieben.

Weitere Verwandte spielten bei vier der fünf Patienten eine signifikante Rolle. Bei zwei der Patienten wurde die Mutter explizit erwähnt, einmal als wichtige Bezugsperson, mit der allerdings zeitweise auch starke Spannungen bestanden hätten, einmal als Mitbewohnerin eines gemeinsamen Hauses, wodurch es zu Spannungen zwischen Mutter und Ehefrau gekommen sei, die aber für den Patienten selbst nicht belastend gewesen seien. Bei zwei Patienten wurden die „weiteren Verwandten“ als wichtigste Bezugspersonen genannt. Bei einem davon handelte es sich um die Geschwister, v.a. um den Bruder, mit dem der Patient zusammenlebte. Bei der anderen Patientin waren es Onkel, Tanten und Cousinen, zu denen der Kontakt einerseits sehr gut war, es aber andererseits auch zu massiven Kränkungen kam, die die Patientin als sehr belastend erlebte.

Tabelle 73: Übersicht über die psychopathologische Familienanamnese der fünf Patienten und Patientinnen

FAMILIEN-ANAMNESE										
PSYCH. ERKRANKUNGEN	keine bekannt	-	keine bekannt	-	lt. Patientin positive Familienanamnese: Vater depressiv Großmutter depressiv Onkel (Bruder der Mutter) leichte Depressionen Großtante depressiv („an Schwermut gestorben“) Halbbruder: Alkoholmissbrauch	+	keine	-	ja: Mutter depressiv	+
DEPRESSIONEN	keine bekannt	-	keine bekannt	-	lt. Patientin positive Familienanamnese: Vater depressiv Großmutter depressiv Onkel (Bruder der Mutter) leichte Depressionen Großtante depressiv („an Schwermut gestorben“)	+	keine	-	ja: Mutter depressiv	+

Bei dreien der fünf Patienten waren laut deren Angaben keine psychischen Erkrankungen in der Familienanamnese bekannt, bei zweien gab es psychische Erkrankungen bei nahestehenden Verwandten. Bei einem davon war auch die Mutter bereits depressiv erkrankt, bei der anderen Patientin seien sowohl Vater als auch Großmutter, Onkel und Großtante depressiv gewesen, auch habe der Halbbruder Alkoholmissbrauch betrieben.

Dass bei dreien der fünf Untersuchten laut deren Eigenanamnese keinerlei genetische Disposition bestanden zu haben scheint, könnte man dahingehend interpretieren, dass es durchaus auch Fälle von länger andauernden und schwereren Verläufen bei Depressionen gibt, die nicht durch eine wie auch immer geartete „Vorbelastung“ auffallen, sondern dass auch diese chronische Form der Erkrankung bei genetisch „unbelasteten“ Patienten auftreten kann.

Tabelle 74: Übersicht über das soziale Netzwerk der fünf Patienten und Patientinnen

SOZ. NETZWERK								
FAMILIEN-ANGEHÖRIGE / VERWANDTE SIND HAUPTSÄCHLICHE BEZUGSPERSONEN	ja		ja		ja		nein, gute Freunde und viele Bekannte lt. Patient (zudem große Verwandtschaft der Frau)	ja, bezeichnet Frau als Hauptbezugsperson, Bekanntenkreis eher klein, aber stabil lt. Patient
BEZUGSPERSONEN AUßERHALB DER FAMILIE/ VERWANDTSCHAFT	Sozialberaterin (vom SPD) Cousine <i>f-u: Psychotherapeut (Kontakte in ca. zwei- bis dreiwöchigem Abstand)</i>		keine bekannt (frühere Kontakte abgebrochen) <i>f-u: Besuchsdienst der Diakonie wird als sehr hilfreich beschrieben (wöchentliche bis zweiwöchentliche Termine)</i>		keine engeren Bezugspersonen		ja: gute Freunde und viele Bekannte lt. Patient	nein
DAVON ENGE VERTRAUTE/ ANSPRECHPARTNER BEI PROBLEMEN	Sozialberaterin (vom SPD) Cousine <i>f-u: Schwägerin Psychotherapeut</i>		keine bekannt <i>f-u: Besuchsdienst (s.o.)</i>		keine bekannt <i>f-u: gleichgeblieben</i>		2 Freunde	
GESAMTEINSCHÄTZUNG DES „SOZIALEN NETZWERKES“ (DURCH INTERVIEWER)	eher schlechte soziale Unterstützung (außerhalb der Familie)	+	eher schlechte soziale Unterstützung (außerhalb der Familie) <i>f-u: leichte Besserung der sozialen Einbindung</i>	+	schlechte soziale Unterstützung <i>f-u: gleichgeblieben</i>	+	gutes soziales Netzwerk	- zu kleines soz. Netzwerk, Pt. selbst unzufrieden damit
SUBJEKTIVE ZUFRIEDENHEIT MIT DEM SOZ. NETZWERK	eher unzufrieden (Bedürfnis nach mehr sozialen Kontakten)		Pt. gibt an, zufrieden mit seinen Sozialkontakten zu sein		eher unzufrieden (Bedürfnis nach mehr sozialen Kontakten besteht)		zufrieden	unzufrieden, will es verändern

Auch beim sozialen Netzwerk ergab sich kein ganz einheitliches Bild. Von sozial isoliert bis sozial voll integriert kamen verschiedene Ausprägungen vor. Auch in der Zufriedenheit mit der eigenen sozialen Situation unterschieden sich die Patienten: So war ein Patient mit seinem sehr kleinen sozialen Netz zufrieden und wünschte sich keine Veränderung, ein anderer gab an, einen stabilen, wenn auch kleinen Bekanntenkreis zu haben, den er gern etwas vergrößern würde, zwei Patientinnen waren unzufrieden mit ihrer sehr kleinen Zahl von Bezugspersonen und wünschten sich mehr enge Ansprechpartner, ein Patient war zufrieden mit seinen mehreren Freunden und Bekannten und wünschte sich keine Veränderung. Bei dreien bestand also der Wunsch nach einem größeren sozialen Netz, bei zweien nicht, wobei die Haltung des einen davon auch als ein sich Eingerichtethaben mit einer eher isolierten sozialen Stellung interpretiert werden könnte. Dies unterstellt, könnte man der Mehrzahl der Patienten den Bedarf nach einer besseren sozialen Unterstützung außerhalb der Familie zuschreiben.

Tabelle 75: Übersicht über störungsspezifische Merkmale/Symptomatik der fünf Patienten und Patientinnen

STÖRUNGS-SPEZIFISCHE MERKMALE/ SYMPTOMATIK									
DIAGNOSE (ICD-10) (BEI AUFNAHME)	F 33.3		F 33.3		F33.2		F 33.2		F33.2
DIAGNOSE (ICD-10) (FALLS VERSCHIEDEN VON AUFNAHME-DIAGNOSE)									F33.21 F13.10 Benzodiazepinabusus Z.n. Schilddrüsen-Ca-Operation
GRUPPE I, II, III	III		III		II		II		III
SYMPTOM-SCHWERE	große Symptom-schwere -		große Symptom-schwere, gegen Ende der Behandlung et-was gebessert -		große Symptom-schwere, bei Ende der Behand-lung deutlich gebessert (Anm.: Begründung, warum dennoch als „chronisch/ therapie-resistant“ eingestuft: siehe oben!) -		große Symptomschwere abwechselnd mit leichteren Ausprägungen -		große Symptomschwere -
JETZIGER AUFENT.:									
SYMPTOM-SCHWERE BEI AUFNAHME:	schwerst depressiv -		schwerst depres-siv -		schwer depressiv -		schwer depressiv -		schwer depressiv -
HAMD-A	43 -		32 -		22 -		14 -		26 -
BDI-A	24 -		49 -		30 -		18 -		25 -
CGI-A	7 -		7 -		6 -		5 -		6 -

Störungsspezifisch kommen als Erstdiagnose durchgängig rezidivierende depressive Störungen vor, es war also keiner der Betrachteten in seiner ersten Krankheitsphase chronisch depressiv im oben definierten Sinn erkrankt, sondern hatte in der Vorgeschichte bereits depressive Phasen erlebt.

Zwei der Patienten wurden in die Gruppe II der Prävalenzuntersuchung eingeteilt, drei in Gruppe III, d.h. zwei litten im Indexzeitraum unter einer so genannten „double depression“ mit schwankender Symptomschwere, drei an einer durchgängigen depressiven Episode, die mindestens den Schweregrad einer leichten Episode nach ICD-10-Kriterien erfüllte, keiner litt unter einer reinen Dysthymia mit durchgängig leichter Ausprägung der Symptomatik. Zu Beginn der Behandlung waren alle schwer bis schwerst depressiv, es wurde also niemand mit der Aufnahmediagnose einer leichteren depressiven Auslenkung aufgenommen, allerdings wurden bei einem der fünf Patienten im Fremdbeurteilungsverfahren HAMD Werte erreicht, die mit „mittelschwere Depression“ beschrieben werden (zwischen 15-24 Punkte), bei einem weiteren sogar ein Wert, der isoliert betrachtet als „leichte Depression“ eingestuft werden müsste. In der Selbstbeurteilungsskala BDI dagegen beschrieben sich alle mit Werten, die nicht mehr als milde bis mäßige Ausprägung der Störung eingestuft wird, sondern als „klinisch relevant“ (ab 18 Punkten). Im CGI wurde nur einer – der im HAMD als leicht depressiv beschriebene Patient – mit 5 („deutlich krank“) eingestuft, alle anderen wurden als „schwer“ (6) oder „extrem schwer krank“ (7) bezeichnet. Hier zeigt sich, dass für die Bestimmung des Schweregrades bzw. überhaupt für die diagnostische Einschätzung ein Messwert in einer Skala allein irreführend sein kann und es einer mehrdimensionalen Betrachtung bedarf.

So litten alle Patienten bis auf einen unter schweren Depressionen; dieser eine war ein Grenzfall zwischen mittelschwerer und schwerer Ausprägung der Symptomatik.

Tabelle 76: Übersicht über Symptomschwere bei Entlassung der fünf Patienten und Patientinnen

SYMPTOM- SCHWERE BEI ENT- LASSUNG:	schwer depressiv	-	mittelschwer depressiv	-	kurzzeitig (vgl. unten) keine depressiven Symptome mehr fest- stellbar	depressiv	leicht depressiv
HAMD-E	20		13		0	14	12
BDI-E	11		26		0	14	14
CGI-E	5		4		3	4	3
CGI- VERÄNDERUNG (PUNKTWERT- DIFFERENZ)	2		3		3	1	3
CGI II (ZUSTANDS- ÄNDERUNG)	3		2		1	2	2

Bei Entlassung bot sich ein deutlich anderes Bild: Nur noch eine Patientin wurde als schwer depressiv eingeschätzt, bei allen anderen zeigte sich zumindest eine Besserung der Symptom-schwere. Eine der Patientinnen war kurzzeitig sogar symptomfrei (vgl. Einzelfallschilderung!). Die HAMD-Werte besserten sich bei vier der fünf Betrachteten, bei einem, und zwar dem hier schon bei Aufnahme im Fragebogen als „leicht depressiv“ eingeschätzten Patienten, blieben sie gleich (14). Die BDI-Werte besserten sich bei allen, einer fiel demnach noch in die Gruppe der Schwerkranken, bei dreien waren die Symptome laut BDI als mäßig anzusehen, die eben erwähnte symptomfreie Patientin beschrieb sich mit dem Wert 0. Zwei der Patientinnen wurden im CGI als „leicht krank“ eingestuft, beide waren vorher als „schwer krank“ beschrieben. Zwei wurden mit 4 (mäßig krank) bezeichnet, wovon einer vorher mit „extrem schwer krank“ (7), der andere mit „deutlich krank“ (5) beschrieben war. Eine Patientin war auch bei Entlassung nach CGI noch „deutlich krank“ (5), sie war vorher mit 7 (extrem schwer krank) bezeichnet worden. Es kam also zu einer CGI-Punktedifferenz um 1 bis 3 Grade, jeweils zum Besseren hin. Im CGI-II, der die Zustandsänderung explizit beschreibt, kam es zu Veränderungen zwischen 1 („sehr viel besser“, einmal, von ursprünglich 6 auf 3), 2 („viel besser“, dreimal, von 7 auf 4, von 5 auf 4 und von 5 auf 3) und 3 „nur wenig besser“ (einmal, von 7 auf 5).

Es ging also allen Betrachteten nach der Behandlung besser, wenngleich nur eine der Patientinnen kurzzeitig als symptomfrei bezeichnet werden konnte.

Tabelle 77: Übersicht über störungsspezifische Merkmale/Symptomatik der fünf Patienten und Patientinnen: Wahnsymptomatik

WAHNSYMPТОМАТИК		+		+		+		-		-
A) DERZEIT (JETZIGE BEHANDLUNG)	wahnhaft bis wahnnahe hypochondrische Befürchtungen		wahnhaft Überzeugungen, nihilistisch und hypochondrisch ausgeprägt (körperliche Begleiterkrankung)		derzeit keine			nein		nein
B) JEMALS	schon seit mehreren Jahren wahnnahe Befürchtungen aufgrund der körperl. Erkrankung				wahnhaft Symptome werden in Krankengeschichte beschrieben („schwere Wahnvorstellungen“ im Vorfeld)			nein		nein

Tabelle 78: Übersicht über störungsspezifische Merkmale/Symptomatik der fünf Patienten und Patientinnen: Suizidalität

SUIZIDALITÄT:	häufige suizidale Krisen	+	suizidale Krisen während des Aufenthaltes	+	Suizidalität im Vorfeld des Aufenthaltes	+		nein	-		nein	-
SUIZIDVERSUCH IM VORFELD DER AUFNAHME	nein		nein		nein			nein			nein	
SUIZIDAL BEI AUFNAHME	ja (mehrfach Suizidvorbereitungen: Tablettsammlung)		nein		ja			nein			nein	
SUIZIDVERSUCH WÄHREND STATIОNÄRER BEHANDLUNG	1 (Tabletts) (mehrfach Suizidvorbereitungen)		nein		nein			nein			nein	
SUIZIDVERSUCH NACH ENTLASUNG	nein		nein		nein			nein			nein	

Bei drei der fünf Patienten trat im Verlauf der Erkrankung Wahnsymptomatik auf, bei zweien davon während des beschriebenen Aufenthaltes. Es handelte sich um synthyme Wahninhalte, bei zweien der Patienten mit hypochondrischen Wahninhalten, bei einem davon auch mit nihilistischen Inhalten. Im follow-up waren bei keinem Patienten mehr Wahninhalte feststellbar.

Keiner der Patienten hatte im Vorfeld der Aufnahme einen Suizidversuch unternommen, zwei waren bei Aufnahme allerdings suizidal. Während der stationären Behandlung kam es bei einer Patientin zu einem Suizidversuch sowie zu Vorbereitungen zu einem Suizidversuch. Nach der Entlassung hat (bis zum Zeitpunkt des follow-up-Interviews) keiner der Patienten einen Suizidversuch unternommen.

Tabelle 79: Übersicht über störungsspezifische Merkmale/Symptomatik der fünf Patienten und Patientinnen: Hypochondrie

„HYPOCHONDRIE“- ITEM/ GESUNDHEITS- SORGE (HAMD-ITEM 15.: 0 KEINE 4 STARKE)	ja:	+	ja:	+	nein:	-	ja:	+	ja:	+
	A: 4		A: 4		A:0		A: 1		A: 2	
	E: 3		E: 1		E:0		E: 1		E: 0	
	<i>f-u: 1</i>		<i>f-u: 2</i>		<i>f-u:0</i>		<i>f-u: 1</i>		<i>f-u: 1</i>	

Hypochondrische Symptome werden bei Aufnahme im HAMD-Fragebogen bei vier der fünf Patienten beschrieben, wobei bei zweien davon diese hypochondrischen Symptome ein extremes Ausmaß (Itemhöchstwert) erreichten: Es handelte sich, wie oben beschrieben, um hypochondrische Wahnvorstellungen. Diese standen zentral im Mittelpunkt der Erkrankung. Es lagen jeweils objektive somatische Beschwerden vor, deren Ausmaß durch die Patienten weit größer eingeschätzt wurde bzw. die von den Patienten als inadäquat große Bedrohung und Einschränkung erlebt wurden. Bei einer Patientin fiel der Wert bei Entlassung nur auf 3, im follow-up dann auf 1. Der andere Patient war bei Entlassung weniger durch Gesundheitsorgen in Anspruch genommen (1) als beim follow-up. Bei einem Patienten blieb der Wert zu allen drei Messzeitpunkten bei 1, bei einem fiel er zuerst auf 0, stieg dann wieder auf 1 im follow-up. Eine Patientin klagte nie in hypochondrischer Weise über gesundheitliche Sorgen (da die follow-up-Untersuchung direkt vor einer Karzinom-Operation stattfand, wurde die Sorge und Klage über diese Operation nicht als überwertig eingeschätzt).

Tabelle 80: Übersicht über den vorgängigen Krankheitsverlauf der fünf Patienten und Patientinnen

VORGÄNGIGER KRANKHEITSVERLAUF:										
ERSTERKRANKUNGSALTER	53	+	53	+	19	-	35 Jahre	-	35 Jahre	-
EPISODENANZAHL (EINSCHLIEßLICH JETZIGER)	5		2		> 20 (unklar, da schwer von einander abgrenzbare Phasen; derzeit 23. Krankenhausaufenthalt; Depressionen mit nur seltenen kurzen besseren Phasen seit 46 Jahren)		unklar (lt. Patient seit 20 Jahren keine längeren symptomfreien Intervalle >8 Wochen)		2 (lt. Patient seit Beginn der jetzigen Episode keine längeren symptomärmeren/-freien Phasen >3-4 Wochen)	
DAUER VORGÄNGIGER PHASEN	ca. 3-6 Monate	+	unklar (schwer als Episode abzugrenzen)	0	unklar, da schwer voneinander abzugrenzende Phasen; Krankenhausaufenthalte unterbrochen von nicht-stationären Phasen < 2 Monate: ca. 6 Monate	+/-	lt. Patient seit 20 Jahre depressive Verstimmungen	+	4 Jahre	+
JEMALS SUIZIDVERSUCH	ja		nein		nein		nein		nein	

Der vorgängige Krankheitsverlauf war unterschiedlich: Während zwei der Patienten im Alter von 53 Jahren erkrankten, also im höheren Erwachsenenalter, wurden zwei der Patienten im Alter von 35 Jahren erstmals krank. Eine Patientin erkrankte bereits im Alter von 19 Jahren. Die Episodenzahl schwankt zwischen zwei und mehr als 20 Krankheitsphasen, z.T. war es schwer, hier genaue Angaben zu erhalten, da die Phasen nicht klar voneinander abgrenzbar waren. Bei allen Patienten außer einem dauerten die vorgängigen Phasen länger als eine „typische depressive Episode“, ein Patient gab an, seit 20 Jahren ohne längere symptomfreie Zeiten zu leben. Nur eine Patientin hatte jemals einen Suizidversuch unternommen.

Tabelle 81: Übersicht über störungsspezifische Merkmale/Symptomatik der fünf Patienten und Patientinnen: Komorbidität

Komorbidität:										
MIT PSYCHISCHER STÖRUNG	nein (Anmerkung: vgl. Fallschilderung unten: im weiteren Verlauf (>1Jahr) Symptomwechsel, psychische Komorbidität gegeben: F41.0, F62.1)	-	nein	-	nein (akzentuierte Persönlichkeit)		ja: Analgetikaabusus (wg. chron. Kopfschmerzen)	+	ja: Benzodiazepinabusus F13.10	+
MIT SOMATISCHER STÖRUNG	Sicca-Syndrom (M 35.0)	+	Benigne Prostat hypertrophie	+	Z. n. Strumektomie (OP im Vorjahr) <i>f-u:</i> <i>Endometriumkarzinom</i>	- +	ja: arterielle Hypertonie, Z. nach Ulcus ventriculi, blutend bei Analgetikaabusus im Rahmen chronischer Cephalgien	+	nein (Z.n. Schilddrüsen-Carzinom-Operation vor 7 Jahren)	
MIT CHRONISCHER SOMATISCHER STÖRUNG	Sicca-Syndrom (M 35.0)	+	Benigne Prostat hypertrophie	+	nein		ja: arterielle Hypertonie		nein (Z.n. Schilddrüsen-Carzinom-Operation vor 7 Jahren)	

Bei zwei der Patienten bestand eine psychische Komorbidität, jeweils aus dem Bereich des schädlichen Gebrauchs von Medikamenten (Analgetika bzw. Benzodiazepine). Über eine Komorbidität aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen wurde bei zwei der Patienten diskutiert, gipfelte jedoch nicht in einer Zweitdiagnose. Somatische Erkrankungen bestanden bei allen Patienten. Bei einem Patienten lag eine Carzinomoperation mehrere Jahre zurück, bei einer weiteren stand eine solche bevor. Ein Patient litt unter arterieller Hypertonie und litt in der Vorgeschichte nach Analgetikaabusus unter blutendem Ulcus ventriculi. Ein Patient litt unter benigner Prostatahypertrophie, war sonst gesund. Bei einer Patientin wurde ein Sicca-Syndrom diagnostiziert, eine Autoimmunerkrankung, von der bekannt ist, dass sie mit einem depressiven Syndrom einhergehen kann. (vgl. Tabelle 16: Hirnorganische und systemische organische Erkrankungen, die mit einem depressiven Syndrom einhergehen können).

Tabelle 82: Übersicht über die bisherige Behandlung der fünf Patienten und Patientinnen

BISHERIGE BEHANDLUNG	soweit aus KG ersichtlich: frühzeitige adäquate Behandlung (nervenärztlich)	-	soweit aus KG ersichtlich: frühzeitige adäquate Behandlung (nervenärztlich)	-	adäquat mit zu dieser Zeit (1952) möglichen Mitteln; frühzeitige Behandlung: stationär psychiatrisch (Nervenkrankenhaus)	-	adäquat, aber relativ spät (Pt. leidet seit ca. 20 Jahren unter depressiven Symptomen, wurde erstmals vor 2,5 Jahren (nach Verschlechterung des Zustands) nervenärztlich behandelt	-	adäquat (allerdings erfolgte Erstbehandlung ambulant vornehmlich mit Benzodiazepin (Bromazepam = Lexotanil®), zwei Trizyklika (Doxepin = Aponal® bzw. Dibenzepin = Novenril®) hätten die Symptomatik lt. Patient eher verschlimmert, seien deshalb nur zeitweilig zur Anwendung gekommen.	-
ANZAHL D. BISHERIGEN. HOSPITAL.	5	+	6	+	22	+	2	-	3	-
KUMULIERTE HOSPITALISIERUNGSDAUER (PSYCHIATRISCHES KH)	36 Monate (innerhalb von 6 Jahren: 50% der Zeit seit Erstaufnahme)		13 Monate (innerhalb von 3 Jahren: 36% der Zeit seit Erstaufnahme)		28 Monate (innerhalb der letzten 22 Jahre (seit Erstaufnahme im BKH BT: 11% der Zeit seit Erstaufnahme im BKH Bayreuth (Anmerkung: im Alter von 19 Jahren: Einmaliger Aufenthalt in anderem Nervenkrankenhaus (Dauer unbekannt); dann 24 Jahre keine stationäre Behandlung mehr) 5 % der Zeit seit Erstaufnahme (sehr häufige Behandlung stationär für jeweils kurze Zeit (eine Woche bis max. 3,5 Monate), Wiederaufnahmen z.T. bereits innerhalb einer Woche)		1 Jahr 1 Monat = 13 Monate (innerhalb von 2 Jahren: 54% der Zeit seit Erstaufnahme)		13,25 Monate (innerhalb von 19 Jahren: 6% der Zeit seit Erstaufnahme)	

Alle Patienten wurden, soweit dies aus den Krankengeschichten bzw. den Schilderungen ersichtlich war, bereits adäquat behandelt, vier davon von Anfang an, einer erst relativ spät (nach seinen Angaben ca. erst 17 Jahre nach Auftreten der ersten depressiven Symptome nervenärztlich). Bei einem der zuerst erwähnten vier Patienten wurden allerdings zu Beginn vornehmlich Benzodiazepine verordnet, da die gleichzeitig angesetzten Antidepressiva die Symptome eher verschlimmert hätten, so der Patient. Ob man dies auch nach heutigen Standards als adäquate Behandlung ansehen würde, muss bezweifelt werden. Alle Patienten waren zum wiederholten Male in stationärer Behandlung, vier waren bereits mehr als zweimal stationär, eine Patientin sogar zweiundzwanzigmal. Die kumulierte Hospitalisierungsdauer betrug zwischen 13 und 36 Monaten: Drei der Patienten hatten eine kumulierte Hospitalisierungsdauer von rund 13 Monaten, allerdings verteilten sich diese auf ganz unterschiedliche Zeiträume: Bei zweien waren es wenige Jahre (2 bzw. 3 Jahre), bei einem waren seit der Erstaufnahme 19 Jahre vergangen. Eine Patientin war innerhalb von 22 Jahren insgesamt 28 Monate stationär, eine andere innerhalb von sechs Jahren bereits 36 Monate. Bezogen auf die Zeit seit der ersten stationären Aufnahme waren das 6%, 11%, 36%, 50% und 54% der Zeit, die die Patienten im Krankenhaus verbrachten.

Tabelle 83: Übersicht über kritische Lebensereignisse der fünf Patienten und Patientinnen

LEBENS-EREIGNISSE:	ja (s.u.)	+	ja (s.u.)	+	ja (s.u.)	+	ja (s.u.)	evtl. ja (s.u.)
IM LEBEN BISHER (EINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN/DER PATIENTIN ALS BELASTEND)	Erkrankung am Sicca-Syndrom Trennung vom Ehemann		Somatische Erkrankung Verlust des Arbeitsplatzes und sozialer Bindungen		Miterleben des Krieges und der Nachkriegszeit (geb. 1934) Patientin schildert Zugunfall im Alter von 18 Jahren, den sie als auslösend ansieht; Vergleich mit KG: fraglicher sexueller Missbrauch durch Verwandten bei länger zurückliegenden Aufenthalt als Grund angegeben; Verlust des Vaters im Kindesalter Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der Depressionen Tod der Mutter vor 8 Jahren erzwungener Auszug aus eigener Wohnung <i>f-u:</i> <i>Gynäkologische OP</i>		Tod des Vaters (Patient 13jährig) Hausbau (als sehr anstrengend erlebt) Beförderung im Beruf mit Überlastung selbständig machen wollen (hat lt. Patient „nie ganz geklappt“)	Überlastung durch Hausbau, der lt. Patient allerdings eher Spaß gemacht habe (andere mögliche KLE (Tod der Eltern, Schilddrüsen-CA-OP) werden vom Patient als nicht belastend eingeschätzt)
IM VORFELD EINER ERKRANKUNGSEPISEDE	Erkrankung am Sicca-Syndrom Trennung vom Ehemann		Somatische Erkrankung Verlust des Arbeitsplatzes und sozialer Bindungen		Miterleben des Krieges und der Nachkriegszeit (geb. 1934) Patientin schildert Zugunfall (s.u.) im Alter von 18 Jahren, den sie als auslösend ansieht; Vergleich mit		selbständig machen wollen direkt vor Ausbruch der Depression	Hausbau

				<p>KG: fraglicher sex. Missbrauch durch Verwandten bei länger zurückliegenden Aufenthalt als Grund angegeben; Verlust des Vaters im Kindesalter Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der Depressionen Tod der Mutter vor 8 Jahren erzwungener Auszug aus eigener Wohnung <i>f-u:</i> <i>Gynäkologische OP</i></p>			
<p>SUBJ. ERLEBTER ZUSAMMENHANG MIT DEM AUSBRUCH DER DEPRESSION</p>	<p>ja: subjektive Überzeugung, ohne Sicca-Syndrom nicht depressiv geworden zu sein</p>	<p>ja, hypochondrische Befürchtungen und Trauer um Arbeitsplatzverlust</p>	<p>ja, Patientin schildert Verschlechterung des Befindens jeweils im Zusammenhang mit beschriebenen Ereignissen</p>	<p>ja, könnte eine Rolle gespielt haben lt. Patient</p>	<p>könnte lt. Pt. „evtl. Überlastung gewesen sein“, klingt eher nicht überzeugt</p>		
<p>VOM THERAPEUTEN/ DER THERAPEUTIN/ ODER INTERVIEWER INTERPRETIERTER ZUSAMMENHANG MIT DEM AUSBRUCH DER DEPRESSION</p>	<p>körperliche Komorbidität mitbestimmend, aber nicht allein auslösend (Trennung vom Ehemann wohl bedeutsameres KLE)</p>	<p>Zusammenhang scheint plausibel, wird in Arztbriefen beschrieben;</p>	<p>ja, Vulnerabilität bei Veränderungen der äußeren Lebensumstände wohl gegeben, Krankenhausaufenthalte jeweils nach Belastungssituationen (zunehmend geringere Auslöser ausreichend für Verschlechterung)</p>	<p>Zusammenhang scheint plausibel (Interviewer)</p>	<p>Zusammenhang möglich, nicht gesichert, vom Pt. eher als unwahrscheinlich eingeschätzt</p>		

Alle Patienten berichten im Vorfeld der Ersterkrankung von kritischen Lebensereignissen bzw. Überlastungssituationen, die in einem Zusammenhang mit dem Ausbruch der Behandlung gesehen werden. Allerdings unterscheiden sich die Patienten sehr darin, für wie entscheidend sie diesen Einfluss auf den Ausbruch der Erkrankung halten bzw. für wie gesichert sie den Zusammenhang halten. Zwei der Patienten berichten von sich aus, nach dem Beginn ihrer Erkrankung befragt, dass sie dieses Ereignis – einmal die Erkrankung am Sicca-Syndrom bzw. den Verlust des Arbeitsplatzes – als Auslöser ansehen. Bei einer weiteren Patientin ist die Sachlage etwas unklar: Sie selbst schildert im Interview einen Zugunfall, nachdem sie die erste depressive Episode erlebt hat, in den alten Krankengeschichten wird dies nicht erwähnt; stattdessen wird hier die Patientin zitiert, die einen versuchten sexuellen Missbrauch durch einen Verwandten als auslösendes Ereignis schildert. Zwei der Patienten schildern erst auf die Frage, ob es außergewöhnliche Ereignisse oder Belastungen im Vorfeld ihrer Ersterkrankung gegeben hätte, eine berufliche (Hausbau, überlastende Beförderung und Versuch, sich selbständig zu machen) bzw. private Überlastung (Hausbau, den der Patient aber als nicht sehr belastend erlebte; weitere zeitnahe KLE wie Tod der Eltern oder Schilddrüsen-OP werden vom Patient ebenso als nicht belastend eingestuft).

Tabelle 84: Übersicht über chronische Belastungen der fünf Patienten und Patientinnen

CHRONISCHE BE- LASTUNGEN										
MEHRERE JÜNGERE KINDER IM HAUS- HALT	nein	-	nein	-	nein	-	nein	-	ja: (2)	+
FEHLEN EINER BEZAHLTEN BE- SCHÄFTIGUNG	(berentet) ja	+	(berentet) ja	+	(berentet) ja	+	nein	-	nein	-
FEHLEN VON UN- TERSTÜTZUNG DURCH NAHE BE- ZUGSPERSONEN	nein (Kinder unterstützen Mut- ter)	-	nein (Geschwister unterstützen den Patienten gut)	-	ja (wenig nahe Bezugs- personen vorhanden)	+	nein	-	nein	-
ANDERE CHRONI- SCHE BELASTUN- GEN, NÄMLICH	ja, Trennung vom Ehemann/ Leben als Allein- stehende wird als fortwährend belas- tend erlebt	+	ja, Arbeitslosigkeit bzw. Berentung wird als fortwäh- rend belastend erlebt	+	ja, Vereinsamung	+	ja, Arbeitsüberlastung im Beruf		nein	+

Bei den chronischen Belastungen werden in der Literatur u.a. mehrere jüngere Kinder im Haushalt erwähnt. Dies traf nur auf einen der Patienten zu, wobei es sich auch hier nicht unbedingt um „jüngere“ Kinder handelt (10 und 12 Jahre). Das Fehlen einer bezahlten Beschäftigung, ebenfalls ein Kriterium in einigen Literaturübersichten, traf auf drei der fünf Patienten zu, allerdings sind alle berentet, keiner arbeitslos. Bis auf eine Patientin werden alle von den nächsten Bezugspersonen gut unterstützt. Weitere chronische Belastungen sind bei einer Patientin die Trennung vom Ehemann, die als fortwährende Belastung erlebt wird, Vereinsamung sowie Arbeitsüberlastung im Beruf. Bei einem der Patienten lässt sich keine von ihm als bedeutsam erachtete fortdauernde Belastung erkennen.

Tabelle 85: Übersicht über Persönlichkeitsfaktoren der fünf Patienten und Patientinnen

PERSÖNLICHKEITSFAKTOREN										
PRÄMORBIDE PERSÖNLICHKEIT										
SELBST-EINSCHÄTZUNG PATIENT	extravertiert emotional labil wenig ängstlich leistungsorientiert	- +	introvertiert emotional labil („sensibel“) ängstlich	+ +	extravertiert emotional labil nicht ängstlich	- +	emotional stabil extravertiert (<i>im f-u beschreibt sich Pt. eher als introvertiert</i>) ängstlich gewissenhaft	- -	emotional labil, introvertiert ängstlich	+ +
WEITERE QUELLEN (KG, GESPRÄCHS-EINDRUCK, BERICHTE DES BEHANDELNDEN THERAPEUTEN)	im stationären Setting: Pt. sehr zurückgezogen, eher introvertiert, distanziert von Mitpatienten		introvertiert („ein eher zurückhaltender Mensch“ in Selbstbeschreibung (KG)) „Vorbestehen einer selbstunsicherehemmten Persönlichkeit“ (KG)		wirkt im Umgang mit Mitpatienten extravertiert, fordert viel emotionale Zuwendung ein, nimmt Grenzen z.T. nicht wahr					
PERSÖNLICHKEITSVARIABLEN ZUM ZEITPUNKT DER ERHEBUNG										
SELBSTEINSCHÄTZUNG DES PATIENTEN:										
SELBST-VERTRAUEN	50 <i>f-u: 50</i>	- -	70 <i>f-u: 40</i>	-	80 <i>f-u: 10</i>	- +	80 <i>f-u: 70</i>	-	20 <i>f-u: 30</i>	+

2.3 Ergebnisse und Diskussion

ÄNGSTLICHKEIT	30 <i>f-u: 30</i>	- -	50 <i>f-u: 80</i>	- +	01 <i>f-u: 99</i>	- +	20 (in Selbstbeschreibung allerdings „ängstlich“) <i>f-u: 40</i>	- / +	90 <i>f-u: 70</i>	+
„SCHÜCHTERNHEIT“ (INTROVERSION)	unter 30 <i>f-u: 01</i>	- -	60 <i>f-u: 90</i>	+ +	01 <i>f-u: 50</i>	- -	30 <i>f-u: 30</i>	-	80 <i>f-u: 60</i>	+
ANDERE QUELLEN:	im stationären Setting: Pt. sehr zurückgezogen, daher schwer einzuschätzen; allgemeine Ängstlichkeit nicht auffallend (außer bei akuten Verschlechterungen: hypochondrische Ängste), eher introvertiert wirkend; → Selbstvertrauen: - Ängstlichkeit: - Introvertiertheit: +		im stationären Setting: Pt. sehr introvertiert; nimmt aber nach Aufforderung an Aktivitäten der Mitpatienten teil; Ängstlichkeit schwer einschätzbar (außer bei akuten Verschlechterungen: hypochondrische und nihilistische Ängste), eher höher als geringer: Selbsteinschätzung zum Selbstvertrauen (s.o. 70) überraschend; → Selbstvertrauen: -/+ Ängstlichkeit: + Introvertiertheit: +		in stationären Setting: Patientin wirkt extravertiert, wendet sich bei schlechtem Befinden an andere, sucht bei gutem Befinden Kontakt zu anderen, z.T. fällt es ihr dabei schwer, die Grenzen der anderen wahrzunehmen					
INTELLIGENZ	normal (Gesprächseindruck, psychopathologischer Befund in KG)	-	normal (Gesprächseindruck, psychopathologischer Befund in KG, Testwert im MWT in vorbehandelnder Klinik)	-	normal (Gesprächseindruck, psychopathologischer Befund in KG)		normal (Gesprächseindruck, kein anderslautender Befund in KG)	-	normal (Gesprächseindruck, kein anderslautender Befund in KG)	-

Die Patienten beschrieben sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsvariablen höchst unterschiedlich: Drei davon schrieben sich ein hohes Selbstvertrauen zu (70 bzw. 80 von 100 möglichen Punkten), was bei der Diagnose Depression etwas überraschend wirkt, eine beschrieb sich mit einem Wert von 50, nur einer gab ein deutlich unterdurchschnittliches Selbstvertrauen an (20). Im follow-up blieb dagegen nur einer der drei Erstgenannten bei seiner überdurchschnittlichen Einschätzung (nun: 70), die beiden anderen gaben nun deutlich unterdurchschnittliche Werte an (40 und 10), die Patientin im Mittelbereich blieb bei ihrem Wert von 50, der letztbeschriebene Patient blieb bei seiner Einschätzung seines Selbstvertrauens als deutlich unterdurchschnittlich (nun: 30). Auch in Bezug auf die Ängstlichkeit variierten die Werte stark: zwischen 1 und 90 von 100 kamen verschiedenste Einschätzungen vor: 20, 30, 50). Davon blieben drei im follow-up in ähnlichen Größenordnungen (90 auf 70, 20 auf 40, und zweimal 30), zwei veränderten sich stark (1 auf 99, 50 auf 80). Auch empfanden sich die Patienten als unterschiedlich „schüchtern“, womit eine Neigung zur Introversion umschrieben wurde: Hier wurden Werte zwischen 01 und 80 genannt, die sich im follow-up z.T. ebenso stark veränderten: So beschrieb sich eine Patienten zunächst mit 30, im f-u dann mit 1, eine weitere umgekehrt zuerst mit 1, später mit 50. Ein Patient beschrieb sich während der Behandlung mit 60, im follow-up mit 90, ein anderer zuerst mit 80, dann mit 60, einer schließlich beide Male mit 30. Drei der Patienten waren der Referentin im Stationssetting persönlich bekannt, wodurch sich eine klinische Einschätzung ergänzen lässt: zwei der drei Patienten waren sehr zurückgezogen und nahmen nur nach Aufforderung an gemeinsamen Aktivitäten teil, wirkten eher introvertiert. Diese beiden Patienten wirkten nicht übermäßig ängstlich, außer dann, wenn sich innerhalb der Symptomatik Verschlechterungen zeigten, die oft wahnhaft verarbeitet wurden. Diese beiden Patienten erweckten so den Eindruck größerer Introvertiertheit und Ängstlichkeit und eines eher geringen Selbstvertrauens, soweit dies einschätzbar war. Die dritte Patientin dagegen wirkte eher extravertiert, ängstlich nur im Rahmen ihrer Symptomatik, dann eher klammernd und hilfesuchend, ansonsten eher selbstbewusst und kontaktfreudig, wobei es ihr manchmal nicht gelang, die Grenzen anderer wahrzunehmen.

Tabelle 86: Ergebnisse der psychologischen Testung mittels FPI-R

PSYCHOLOGISCHE TESTUNG (FPI-R) (1. WERT = ALTERS- UND GESCHLECHTSVERGLEICHSGRUPPE, 2. WERT IN KLAMMERN = NORMSTICHPROBE)	(Offenheit: 3 → Werte evtl. nicht aussagekräftig!)								
LEBENSZUFRIEDENHEIT	3 (3)		3 (4)		4 (4)		3 (3)		2 (3)
SOZ. ORIENTIER.	8 (8)		7 (7)		4 (5)		7 (7)		3 (3)
LEISTUNGSORIENT.	3 (3)		4 (3)		6 (5)		3 (3)		3 (3)
GEHEMMTHEIT	4 (5)		8 (8)		4 (5)		6 (6)		8 (8)
ERREGBARKEIT	3 (4)		3 (3)		1 (1)		7 (7)		9 (9)
AGGRESSIVITÄT	3 (3)		3 (4)		6 (4)		5 (6)		4 (4)
BEANSPRUCHUNG	2 (3)		4 (4)		8 (8)		5 (5)		8 (8)
KÖRP. BESCHW.	2 (3)		3 (3)		1 (3)		7 (7)		6 (5)
GES.SORGEN	3 (4)		6 (6)		4 (5)		6 (7)		5 (6)
OFFENHEIT	3 (3)		4 (4)		6 (5)		4 (4)		7 (7)
EXTRAVERSION	4 (4)		1 (1)		6 (5)		4 (4)		1 (2)
EMOTIONALITÄT	3 (4)		5 (5)		7 (7)		8 (8)		9 (9)

Beim Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R), der den Patienten kurz vor oder bei Entlassung ausgeteilt wurde, ergab sich folgendes Bild:

Zunächst werden nun die FPI-Rohwerte behandelt (Werte, die auf eine unspezifische Normstichprobe bezogen sind; es werden Prozentwerte bezogen auf die Normstichprobe und als Stanine-Werte angegeben:)

Im ersten Fall lag der Mittelwert also bei 50 (in der Tabelle: 20% in der Mitte der Tabelle), der gekennzeichnete Bereich umschließt die 54%, die innerhalb je einer Standardabweichung vom Mittelwert liegen. Der Mittelwert in Stanine (= Standard nine)-Werten liegt also bei 5, die Standardabweichung beträgt demnach 2, also Staninewerte von 4-6.

Im folgenden Text werden Werte innerhalb der erwähnten 54% als „Norm“ bzw. als „unauffällig“ bezeichnet, Werte außerhalb davon als „von der Norm abweichend“ bzw. „auffällig“. Diese Wortwahl soll weder wertend noch nach dem alltäglichen Sprachgebrauch verstanden werden, sondern als Abkürzung für die rein statistischen Häufigkeitsaussagen gebraucht werden, um so die leichtere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten.

Tabelle 87: Übersicht über FPI-R-Testwerte der fünf Patienten und Patientinnen: Rohwerte

Normstichprobe	4	7	12	17	20	17	12	7	4	Prozent
Standardwert	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Stanine
1. Lebenszufriedenheit						2 3	1 4 5			
2. Soziale Orientierung		1	2 4		3		5			
3. Leistungsorientierung					3		1 2 4 5			
4. Gehemmtheit		2 5		4	1 3					
5. Erregbarkeit	5		4			1	2		3	
6. Aggressivität				4		2 3 5	1			
7. Beanspruchung		3 5			4	2	1			
8. Körperliche Beschwerden			4		5		1 2 3			
9. Gesundheitssorgen			4	2 5	3	1				
10. Offenheit			5		3	2 4	1			
E Extraversion					3	1 4		5	2	
N Emotionalität		4 5	3		2	1				

Tabelle 88: Übersicht über FPI-R-Testwerte der fünf Patienten und Patientinnen: Standardwerte (alters- und geschlechtskorrigiert):

Normstich- probe	4	7	12	17	20	17	12	7	4	Prozent
Standardwert	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Stanine
1. Lebenszu- friedenheit						3	1 2 4	5		
2. Soziale Orientierung		1	2 4			3	5			
3. Leistungs- orientierung				3		2	1 4 5			
4. Gehemmt- heit		2 5		4		1 3				
5. Erregbar- keit	5		4				1 2		3	
6. Aggressivi- tät				3	4	5	1 2			
7. Beanspru- chung		3 5			4	2		1		
8. Körperliche Beschwerden			4	5			2	1	3	
9. Gesund- heitssorgen				2 4	5	3	1			
10. Offenheit			5	3		2 4	1			
E Extraversi- on				3		1 4			2 5	
N Emotionali- tät	5	4	3		2		1			

Alle Patienten gaben im ersten Item an, den Test offen bearbeiten zu wollen („Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten), die Skala 10, „Offenheit“, ergab bei vieren der fünf Patienten unbedenkliche Werte, Patientin 1 allerdings kam hier auf einen Staninewert von 3, der – den Testautoren zufolge – das Ergebnis des Tests infrage stellt: Die Autoren empfehlen, Tests, bei denen Probanden einen Staninewert unter 4 erreichen, nur „vorsichtig und möglichst erst nach Einholen zusätzlicher Informationen zu interpretieren“ (Fahrenberg et al., 1984, S. 35). Patientin 1 erweckte auch in der Verhaltensbeobachtung während der Behandlung sowie im klinischen Gespräch den Eindruck von Verslossenheit. Besonders in der Frage der Absprachefähigkeit hinsichtlich suizidalen Verhaltens bzw. Suizidvorbereitungen war die Patientin häufig nicht in der Lage, sich dem Personal anzuvertrauen und ehrlich Auskunft über ihre Absichten zu geben. Im Gespräch mit der Referentin erweckte sie den Eindruck, zwar präzise antworten zu wollen, jedoch nicht mehr preiszugeben, als unbedingt nötig war. Die Möglichkeit, dass sie den Test im Sinne der sozialen Erwünschtheit bearbeitet hat, scheint somit gegeben. Die unten referierten Ergebnisse sind also für die Probandin 1 vor diesem Hintergrund zu betrachten.

Die Lebenszufriedenheit von drei der Patienten liegt unterhalb der Norm, im korrigierten Wert trifft das auf vier der fünf Patienten zu. Probanden mit niedrigem Skalenwert werden in der Testanleitung als unzufrieden mit ihren Lebensbedingungen, ihrer Partnerbeziehung und ihrem Beruf in Vergangenheit und Gegenwart beschrieben, sie seien der Ansicht, sich nicht verwirklicht haben zu können. Sie äußerten bedrückte Stimmung, Depressivität und negative Lebenseinstellung (ebd., S.37). Eine Patientin kreuzte im korrigierten Wert zwar auch tendenziell Werte an, die vom Mittelwert in die „unzufriedene“ Richtung abweichen, die aber noch in die unauffällige Gruppe fallen (54% um den Mittelwert, Stanine 4). Es handelt sich um diejenige, die – vgl. oben! – sich bei Entlassung als völlig symptomfrei beschrieb. Hier wäre eine Messwiederholung zu einem anderen Zeitpunkt evtl. interessant gewesen, jedoch sollte der Messzeitpunkt bei allen Patienten vergleichbar sein, sodass darauf verzichtet wurde. Insgesamt lassen sich die Patienten also als tendenziell unzufrieden mit ihrem Leben, bedrückt und dem Leben gegenüber negativ eingestellt beschreiben, was angesichts der Diagnose nicht verwundert: Handelt es sich doch bei einer Depression um eine Störung, deren hauptsächliches Merkmal eine Störung in der Affektivität und eine pessimistische Weltsicht ist.

Hinsichtlich der sozialen Orientierung der Patienten ergab sich in beiden Werten ein sehr gemischtes Bild: Drei der Patienten kreuzten die diesbezüglichen Items so an, dass sie hilfsbereit

und voll sozialem Verantwortungsgefühl erschienen, beschrieben aber auch ein schlechtes Gewissen über eigenen Wohlstand und Konsum im Vergleich zu anderen (vgl. ebd., S.38). Ein Patient beschrieb sich dagegen eher als selbstbezogen und betonte in seinen Antworten eher die Verantwortung des Einzelnen für seine Lebensbedingungen. Die dritte Patientin wich nicht von der Norm ab.

Hinsichtlich der Leistungsorientierung beschrieben sich vier der Patienten (Rohwert) bzw. drei (Standardwert) als wenig leistungsorientiert oder energisch, wenig ehrgeizig-konkurrierend. Zwei bzw. eine der Patientinnen lagen im Normbereich, keiner beschrieb sich als außergewöhnlich leistungsorientiert, aktiv und schnellhandelnd. Diese Werte scheinen vor dem Hintergrund der langen Erkrankungsdauer und der oft schmerzhaft erfahrenen Begrenztheit der eigenen Leistungsfähigkeit plausibel und der Lebenssituation angepasst. Obwohl viele depressive Patienten oft hohe Erwartungen an sich stellen – oft auch unerfüllbar hohe –, scheinen die beschriebenen Patienten nach Interpretation der hier referierten Werte zu einer realistischeren oder auch resignativeren Einschätzung der Bedeutung von Leistung in ihrem Leben gelangt zu sein.

Die Werte bezüglich der Gehemmtheit sind zweigeteilt: Während drei Patienten hier unauffällig waren, beschreiben sich zwei der Männer als deutlich gehemmt, unsicher und kontaktscheu. Niemand beschrieb sich hingegen als ausgesprochen ungezwungen, selbstsicher und kontaktbereit. Von den drei als unauffällig geltenden lag einer im unteren Normbereich, die beiden anderen im oberen: Eine davon war die Patientin, die sich bei Entlassung als symptomfrei beschrieb, die andere Patientin war die eher verschlossen wirkende Frau. Sucht man eine Erklärung für diese eher depressions-unspezifischen Antworten, so könnte man interpretieren, dass beide evtl. einerseits sozial erwünscht oder andererseits aus einem kurzdauernden Ausnahmezustand (kurzzeitige Symptombesserung bei Entlassung) heraus rateten.

Die Werte stimmen insofern mit den oben referierten, direkt gefragten Einschätzungen zur Selbstsicherheit überein, als die drei Unauffälligen auch in der zeitgleich erhobenen ersten Selbstbeschreibung keine unterdurchschnittlichen Zahlen angaben (50, 80 und 80 von 100). Der zweite Patient allerdings gab eine deutlich überdurchschnittliche Zahl (70) an, erreichte im Fragebogen dagegen nur eine sehr niedrige Einschätzung (Stanine 8). Beim anderen Patienten sind verbale Selbsteinschätzung und Testwert konsistent (20 von 100 und Testwert Stanine 8).

So zeigen die gemessenen Persönlichkeitstestwerte Ergebnisse, die den ersten Erwartungen an Patienten mit Depressionen besser entsprechen als das die verbalen Einschätzungen z.T. ergaben: Von der Norm eher zum Pol (Selbst-)Unsicherheit und Gehemmtheit abweichend als zum Pol ungezwungen, selbstsicher und kontaktfreudig.

In der Skala „Erregbarkeit“ gab es erneut sehr unterschiedliche Messwerte, die von extrem erregbar, empfindlich und unbeherrscht (Patient 5: jeweils Stanine 9) über eine immer noch sichtbare, wenn auch weniger ausgeprägte Einschätzung (Patient 4: jeweils Stanine 7) hin zu durchschnittlichen bzw. korrigiert unterdurchschnittlichen Werten (Patientin 1: Rohwert durchschnittlich bei Stanine 4, Standardwert unterdurchschnittlich bei 3 bzw. Patient 2 jeweils 3, Patientin 3 jeweils Extremwert 1). Die Patienten beschrieben sich also als ganz unterschiedlich beherrscht, gelassen oder ruhig.

Auch hinsichtlich der Aggressivität unterschieden sich die Messwerte: Keiner der Patienten beschrieb sich als außergewöhnlich aggressiv, drei lagen im Normbereich (Stanine 4,5,6), zwei beschrieben sich (im korrigierten Wert) als etwas unterdurchschnittlich aggressiv (Stanine 3), also eher kontrolliert, zurückhaltend und passiv, allerdings handelt es sich bei einer davon um die Patientin mit der evtl. Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, die hier das Ergebnis vielleicht in diese Richtung beeinflusst haben könnte.

Den Grad der Beanspruchung empfinden die Patienten offenbar als sehr unterschiedlich: Von großer Beanspruchung (jeweils Stanine 7), über durchschnittliche Beanspruchung (Stanine 5 und 4) kommt auch wenig (Rohwert Stanine 3) bis geringe (Standardwert Stanine 2) vor, den die erste Patientin angegeben hatte. Auch hier war es wieder die Patientin 1, die hier den weniger erwarteten Wert angekreuzt hat, was auch in diesem Fall unter dem Gesichtspunkt der sozialen Erwünschtheit gesehen werden kann (sich den Anforderungen gewachsen fühlen, Aufgaben bewältigen können).

Drei der Patienten äußerten unterdurchschnittlich wenig körperliche Beschwerden, eine davon sogar extrem wenig im korrigierten Wert (Stanine 1), was evtl. vor dem Hintergrund der außergewöhnlichen Situation der Symptombesserung bei Entlassung gesehen werden kann (Patientin 3). Ein Patient beschrieb sich als durchschnittlich, einer als etwas mehr als durchschnittlich von Beschwerden psychosomatisch gestört. Obwohl in den Items viele Bereiche abgefragt werden, die auch als Depressionssymptome betrachtet werden können (Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Verstopfung, empfindlicher Magen, Engegefühl in der Brust, Kloß im Hals, vgl. ebd., S.40), beschrieben sich die Patienten hier als überraschend ungestört.

Die Antworten im Bereich Gesundheitsorgen überraschen ebenso: Bis auf eine Patientin lagen hier alle im Normbereich (bzw. im unkorrigierten Wert wich ein Patient zum Pol „mehr Sorgen“ um einen Standardwert ab), die eine Patientin beschrieb sich sogar als gesundheitlich unbekümmerter als der Durchschnitt (Stanine 3), allerdings handelte es sich auch hier wieder um die Patientin mit der evtl. Tendenz zu sozial erwünschten Antworten. Wie oben ausgeführt, werden Hypochondrie und übertriebene Gesundheitsorgen in manchen Literaturbeiträ-

gen als ein bei chronisch Depressiven häufig auftretendes Symptom bezeichnet – bei den hier beschriebenen ließ sich dies also nicht durch Testwerte im FPI belegen. Dies deckt sich in vier der fünf Fälle mit der Einschätzung im HAMD-Item Nr. 15: Hier gaben vier der fünf Patienten in der Entlassungsuntersuchung Antworten, die zu Punktwerten von 0 bis 1 (von 4 möglichen) führten. Die fünfte Patientin war Patientin 1, die mit 3 („Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.“) geratet wurde. Diese Einschätzung stützt wiederum die Annahme, dass die Patientin im FPI eher sozial erwünscht geantwortet hat.

Zur Offenheit (Skala 10) wurde oben schon Stellung genommen: Eine Patientin gab wie referiert Antworten, die an ihrer Offenheit Zweifel aufkommen lassen und den Gedanken an eine Beantwortung im Sinn der sozialen Erwünschtheit nahe legen, drei weitere gaben durchschnittlich offen kleinere Fehler und Schwächen zu, ein Patient (Nr. 5) gab sogar überdurchschnittlich „ungeniert“ (Text FPI, ebd. S.41) Auskunft über Abweichungen von der gängigen Norm.

Alle Patienten beschrieben sich als nicht extravertiert: Patientin 3, die sich in der Selbstbeschreibung als extrem „nicht schüchtern“ (01 auf einer Skala von 0 „nicht schüchtern“ bis 100 „extrem schüchtern“) bezeichnete, beschrieb sich hier mit durchschnittlichen Werten (Stanine 5 im Rohwert, Stanine 6 im Standardwert), zwei der anderen Patienten beschrieben sich ebenfalls als im Normbereich liegend, was etwas von ihrer Selbsteinschätzung im Interview abweicht (jeweils 30 von 100, also eher „schüchtern“, introvertiert, jedoch dieselbe Tendenz hat („eher intro- als extravertiert“)). Zwei der Patienten – Nr. 2 und 5 – beschrieben sich als extrem introvertiert (Stanine 1-2), was sich bei einem tendenziell (60), beim anderen sehr gut (80) mit der Einschätzung zur „Schüchternheit“ oder Introversion im Interview deckt.

Emotionale Stabilität bzw. Labilität kann mit der Persönlichkeitsbeschreibung „Neurotizismus“ in Verbindung gebracht werden, der in vielen Literaturbeiträgen als wichtiger Prädiktor oder als Charakterisierung von chronisch bzw. therapieresistenten Depressiven genannt wird. In der Selbstbeschreibung im FPI fanden sich tatsächlich drei Patienten, die sich als eher labil, empfindlich, ängstlich mit vielen Problemen und Beschwerden belastet beschrieben, darunter interessanterweise auch die Patientin, die in den anderen Skalen sowie im Interview ihr Befinden als sehr gut und symptomfrei einschätzt (Patientin 3: Standardwert Stanine 7)). Ein Patient beschreibt sich als extrem reiz- und erregbar, angespannt, matt und teilnahmslos, „im Stress“ und nervös, sowie eher unverstanden von seinen Bezugspersonen (Stanine 9). Ein anderer beschreibt sich ähnlich, wenngleich weniger ausgeprägt (Stanine 8). Ein Patient schildert sich als durchschnittlich emotional stabil (5), eine Patientin wird mit dem etwas überdurchschnittlichen Wert 3 eingeschätzt, was wiederum vor dem Hintergrund evtl. sozial

erwünschter Antworten (stabil, gelassen, lebensvertrauend, leichtnehmend) zu interpretieren wäre.

Abschließende Diskussion der Einzelfallanalysen

Wie oben bereits ausgeführt, sprechen drei der fünf hier dargestellten Einzelfälle uneingeschränkt dafür, dass Therapieresistenz bei chronischen Depressionen vorkommt, selbst, wenn man die Kriterien für diese Bezeichnung sehr eng wählt: Diese drei Patienten erlebten auch nach der stationären Behandlung keine Änderung der Symptomatik, die als stabile Besserung bezeichnet werden kann. Auch die anderen beiden Patienten, die die Hypothese H_1 „mit Einschränkung“ bestätigten (vgl. oben), erfüllen noch diese Kriterien.

Doch hier wird deutlich, wie sich bereits bei dieser einfach wirkenden Entscheidung – bestätigt dieser Einzelfall die Hypothese oder tut er dies nicht? – eine differenziertere Betrachtung notwendig ist, wie auch hier jeder Fall ein Fall für sich ist, bei dem diese Entscheidung mit verschiedenen Anmerkungen, wenn nicht sogar Einschränkungen zu versehen ist.

Die oben jeweils nach den Fällen angegebene Entscheidung pro oder contra war bei jedem Einzelfall das Ergebnis eines Abwägungsprozesses, bei dem es bei einigen Patienten jeweils auch Argumente für die gegenteilige Meinung gab. Einige dieser Erwägungen sollen im Folgenden dargestellt werden, ergänzt um einige Betrachtungen, was gerade an diesem Einzelfall als charakteristisch oder unterschiedlich zu den anderen auffiel.

Wie ausgeführt, waren ursprünglich zwei weitere Patienten für die Untersuchung vorgesehen. Sie mussten aus der Stichprobe genommen werden, weil sich herausstellte, dass sie die Eingangskriterien (nicht länger als acht Wochen Symptomfreiheit) bei genauerer Durchsicht der Krankengeschichten nicht erfüllten. Schon hier zeigte sich also, dass Fälle, die ursprünglich für die Untersuchung vorgesehen waren und der ersten Einschätzung nach gut in die Kategorie „chronisch/therapieresistent“ passten, bei genauer Prüfung die Voraussetzungen nicht erfüllten. Es empfiehlt sich also, bei Diskussionen über Chronizität und Therapieresistenz genau nachzuprüfen, ob die (im voraus!) festgelegten Kriterien tatsächlich gegeben sind (wobei es sich hier nicht zwangsläufig um die oben ausgeführten, sehr engen Kriterien der wissenschaftlichen Betrachtung handeln muss, für den klinischen Alltag sind auch weniger strikte Vorgaben denkbar). Der klinische Eindruck kann hier täuschend sein: Patienten, die als „lange krank“ und „schwierig“ eingeschätzt werden, laufen leicht Gefahr, fälschlich etikettiert zu werden, was auch Auswirkungen auf das therapeutische Vorgehen haben kann: Wie oben ausgeführt, steht bei tatsächlich als chronisch/therapieresistent anzusehenden Patienten die Entscheidung Akuttherapie vs. Langzeitbegleitung an. Wird ein Patient vorschnell etikettiert, besteht die Gefahr, dass ihm durchaus erfolgversprechende akuttherapeutische Maßnahmen

vorenthalten werden könnten. Eine genaue Prüfung der Anamnese und der vorliegenden Symptomatik ist also geboten, um derartige falsch positive Urteile auszuschließen bzw. unwahrscheinlicher zu machen.

Bei den fünf verbliebenen Patienten waren diese Voraussetzungen zwar gegeben, es gab jedoch andere Einschränkungen, die erst nach sorgfältiger Abwägung als nicht ausreichend angesehen wurden, um für eine Verfehlung der Eingangskriterien und/oder für eine Nichtbestätigung von H_1 zu genügen.

Im Fall AB01 betrafen diese Einschränkungen die Compliance der Patientin. Wie ausgeführt, war es für sie im Verlauf der Behandlung oft nicht möglich, sich dem Behandlungsteam anzuvertrauen, was ihre suizidalen Absichten betraf. Durch das so motivierte Tablettensammeln entstanden auch in der medikamentösen Behandlung Einnahmelücken, die eine Gefährdung des Therapieerfolges darstellten. Konnte dennoch von einer adäquat durchgeführten Therapie gesprochen werden, zu der eine Befolgung der angeordneten Maßnahmen zu gehören scheint? Aus zwei Gründen war dies der Fall: So gehören Zeiten mangelnder Compliance, Phasen, in denen Symptome auftreten, die die Offenheit des Patienten gegenüber dem Behandlungsteam erschweren, sowie auch Meinungsverschiedenheiten zwischen Behandler und Patient durchaus zu adäquat durchgeführten Therapien – gerade im Verlauf längerer und komplizierterer Behandlungen wie im Fall Frau AB01 ist dies nicht selten.

Zudem hatte es den Anschein, als könne sich die Patientin gegen Ende der Behandlung auf die verordneten Maßnahmen einlassen, es gab also während der langen Zeit der Behandlung auch ausreichend lange Phasen, in denen die Patientin sich compliant verhielt. Die Patientin konnte also trotz zeitweise unsicherer oder nicht gegebener Compliance in der Untersuchung verbleiben, da die Zeiten, in denen sie als compliant eingeschätzt wurde, für die Einschätzung einer adäquat durchführbaren Therapie ausreichend erschienen.

Diese Noncompliance wie auch grundsätzlich die Schwierigkeit der Patientin, ausreichend Vertrauen zum Behandlungsteam aufzubauen, fiel in ihrer Behandlung besonders auf. Sie könnte in Zusammenhang gebracht werden mit der mangelnden Bereitschaft der Patientin, diejenigen Lösungsvorschläge und Zukunftsperspektiven in Erwägung zu ziehen, die von ihrem Ziel (wieder mit dem Mann zusammenleben) abwichen. Da diese Zielperspektive vom behandelnden Team nicht als realistisch eingeschätzt werden konnte, befand sich die Patientin in permanenter Opposition zum Team, das sie in ihrem Festhalten an ihrem Wunsch nicht unterstützten konnte. Bei dieser Patientin war also der im Theorieteil beschriebene Abschied von eigenen Lebens- und Zukunftsplänen ein Kernpunkt der Therapie; solange dieser Abschied nicht als notwendig akzeptiert werden konnte, war kaum eine Veränderung der Situation möglich. Hierin könnte man

einen Hinweis auf die im Theorieteil ebenfalls beschriebene Unflexibilität und Rigidität sehen, die mit chronischen Verläufen in der Literatur in Verbindung gebracht werden: Die Anpassung an eine große Veränderung im privaten Lebensbereich war für Frau AB01 eine Überforderung, auf die sie mit anhaltenden depressiven Symptomen reagierte. Man könnte interpretieren, dass sie an einer Copingstrategie festhielt, einen einmal eingeschlagenen Weg nicht aufzugeben, sondern immer wieder mit allen Mitteln das Ziel zu erreichen zu versuchen. Diese Mittel hatten sich in ihrer Vergangenheit vermutlich einmal oder des öfteren als zielführend erwiesen und wurden dadurch (negativ) verstärkt (€). In der Trennungssituation bedeutete dies für die Patientin, immer wieder den Versuch zu machen, den Mann zurückzugewinnen, ohne wahrzunehmen, dass diese Strategie hier nicht mehr zielführend war. Der Unterschied zwischen den Lebenssituationen, in denen sich die Strategie bewährt hatte, und der jetzigen war für sie nicht wahrnehmbar, die Vorstellung, ein Leben außerhalb der Ehe zu führen zu neu, im Wortsinn „un-denk-bar“ und bedrohlich. Ein Wechsel der Perspektive, das Zulassen auch anderer Möglichkeiten des Weiterlebens waren während langer Phasen der Behandlung nicht oder nur scheinbar möglich. Voraussetzung dieser Betrachtungsweise wäre gewesen, das endgültige Scheitern der Beziehung anzunehmen, was der Patientin lange nicht möglich war. Damit konnte sie vorerst auch nicht darüber und über das Scheitern all der Lebenspläne, die damit einhergingen, trauern und so die Voraussetzungen für einen Neubeginn schaffen.

Erst gegen Ende der Behandlung gelang es, einen auch für Frau AB01 mittragbaren Kompromiss zu finden: Ein Leben im selben Ort wie zu Zeiten ihrer Ehe – nicht also weiter weg in einer Einrichtung des betreuten Wohnens, sondern vorerst bei einer der Töchter im Haus, später allein wohnend mit engem Kontakt zu den Kindern, was diese viel stärker einbezog als die ursprünglich geplante Lösung und woran auch diese sich erst gewöhnen mussten.

Im Fall CD02 war nach der Entlassung, wie sich im follow-up zeigte, eine Verbesserung des Befindens eingetreten. Ihn dennoch als therapieresistent im Sinne der Definition zu betrachten, war eine Entscheidung, die sich darauf stützte, dass sich Herr CD02 trotz dieser Besserung immer noch als depressiv bezeichnete und Symptome beschrieb, die eine solche Einschätzung bestätigten. Er war nach wie vor erwerbsunfähig berentet. Auch trat die leichte Besserung nicht direkt auf die im Design als Treatment B) bezeichnete Behandlung auf der Depressionsstation ein, wie das im Sinne der Versuchsanordnung für einen Ausschluss aus dem Sample hätte der Fall sein müssen, sondern erst nach einer daran angeschlossenen wohnortnahen tagesklinischen Behandlung, wie die Unterschiede zwischen den Entlasswerten und den follow-up-Werten der psychometrischen Messungen belegen.

Auch bei Herrn CD02 könnte man interpretierend von einer mangelnden Fähigkeit ausgehen, sich an veränderte Lebensbedingungen anzupassen: Der Verlust der Arbeit, aus der er viel Befriedigung und Selbstwert bezog, war anfangs von ihm nicht kompensierbar. Erst nach längerer Behandlung konnte er erste kleine Schritte tun, andere Formen der Beschäftigung zu finden. Auch hier könnte also Rigidität im oben beschriebenen Sinn eine Rolle in der Krankheitsentwicklung gespielt haben, diesmal in der Anpassung an Veränderungen im beruflichen Umfeld.

Im Unterschied zu den beiden eben beschriebenen Fällen war Frau EF03 bei der Entlassung kurzfristig symptomfrei. Sie profitierte also zunächst durchaus von der stationären Behandlung, war also allem Anschein nach nicht „resistent“ auf diese Form der Therapie. Der Grund, sie dennoch in der Gruppe zu belassen, bestand darin (vgl. oben), dass diese Besserung nicht von Dauer war, genauer: Dass sie kürzer war als in den Kriterien für stabile Besserung gefordert (8 Wochen symptomfrei). Die erste Belastung, die Frau EF03 nach Entlastung zu bestehen hatte, brachte die ursprünglichen Symptome erneut hervor. Wie eine Analyse der Krankengeschichte ergab, war dieser Ablauf die Regel, nicht die Ausnahme: Die Patientin war schon 23 Mal in stationärer Behandlung, wonach es ihr kurzzeitig meist besser gegangen war, bis erneut eine Belastung auftrat, die die nächste Verschlechterung auslöste. Die dritte Fallgeschichte illustriert also recht deutlich den Übergang von einem chronisch therapieresistenten Zustandsbild im definierten Sinn hin zu einer chronisch rezidivierenden depressiven Störung. Frau EF03s Krankheitsphasen, die früher noch durch deutliche symptomfreie Zwischenphasen unterbrochen wurden, waren in den letzten Jahren derart zeitlich nahe zusammengerückt, dass sie mittlerweile auch die Kriterien einer chronisch-therapieresistenten Depression im ursprünglich definierten Sinn (keine abgrenzbaren „Phasen“, sondern permanent keine Symptomfreiheit) erfüllte.

Anders die letzten beiden Patienten: Herr GH04 beschrieb seinen Krankheitsverlauf als permanentes Vorhandensein von Symptomen, die einmal stärker, einmal schwächer spürbar seien, Herr IK05 äußerte sich ähnlich dahingehend, dass es nur geringe Schwankungen im insgesamt schlechten Befinden gebe. Diese beiden Patienten erfüllten die Kriterien der Untersuchung gänzlich ohne Einschränkungen. Auffallend war hier, dass in beiden Fällen die berufliche Situation als extrem belastend und überfordernd geschildert wurde. Gleichzeitig schildern beide Patienten, dass sich das depressive Befinden gleichsam „verselbständigt“ habe, es bestehe kaum mehr ein Zusammenhang zwischen Symptomatik und äußeren Auslösern, es sei permanent schlecht und nur noch selten von Momenten besserer Stimmung etc. unterbrochen. Diese Beschreibung stützt das im Theorieteil referierte Modell des Kindling bzw. der Narbenbildung:

Wie beschrieben könnte man interpretieren, dass die Auslöser, die zu erneuten depressiven Symptomen führten bzw. zu einer Aufrechterhaltung der Symptomatik beitrugen, immer kleiner, die dazu nötigen Reize immer weniger prägnant wurden und schließlich selbst von den Betroffenen nicht mehr als solche wahrnehmbar waren, da deren Sensibilität diesbezüglich sehr groß geworden war und sie auf ein „vernarbttes Gewebe“ trafen, d.h. auf eine vulnerable Psyche, die nicht mehr so belastbar war wie zu Beginn der Erkrankung geschweige denn wie bei einem gesunden Menschen.

Insgesamt fällt auf, dass bereits bei einer derart kleinen Gruppe eine große Heterogenität vorherrscht – schon bei fünf Patienten wird deutlich, dass sich fast ebenso viele „Gruppen chronischer Patienten“ bilden ließen. In der Ausprägung kaum eines Merkmals – abgesehen von den Kriterien selbst – gleichen sich diese fünf Patienten vollkommen, es ergeben sich meist völlig verschiedene Profile.

Es könnte sich bei den chronisch-therapieresistenten Patienten also um eine ausgesprochen heterogene Gruppe handeln, die sich hinsichtlich ihrer Psychopathogenese, ihrer Symptomatik, ihrer soziodemographischen Kenndaten wie auch ihrer Prognose enorm unterscheiden können. Ein Anliegen der Forschung könnte es dennoch in Zukunft sein, Subgruppen zu identifizieren, für die sich präzisere Bedingungsmodelle aufstellen lassen.

3. Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden mehrteiligen Untersuchung hat sich folgendes Bild der chronischen bzw. therapieresistenten depressiven Patienten ergeben:

Es gibt eine Gruppe von Patienten, auf die die Bezeichnung „chronisch wie auch therapieresistent depressiv“ zutrifft. Sie ist einerseits abzugrenzen von Verläufen, die aufgrund ungenauer Betrachtungsweise und nur oberflächlicher Einschätzung fälschlich in diese Gruppen eingeteilt werden und die besser und zutreffender mit einer anderen Bezeichnung belegt werden sollten – etwa die Gruppe der häufig rezidivierend Kranken oder derjenigen, die häufiger oder längere Zeit symptomfrei sind, jedoch nicht – oder noch nicht – die oben ausgeführten Kriterien erfüllen. „Noch nicht“ deshalb, weil auch die eben geschilderten Verläufe in die jeweils anderen Formen übergehen können, so etwa, wenn Rezidive so zeitlich nah aneinander gereiht sind, dass sie das achtwöchige Symptomfreiheitsintervall unterschreiten.

Abzugrenzen ist andererseits auch die eine Gruppe von der anderen – so sollte unter chronisch nicht gleichzeitig therapieresistent verstanden werden: Chronizität sollte nach einem Zeitkriterium definiert werden, während bei Therapieresistenz genauer spezifiziert werden sollte, gegenüber welcher Art von Behandlung sich die Störung als resistent erwiesen hat.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Schnittmenge beider Gruppen näher beschrieben: Eine Gruppe von Patienten wurde mittels verschiedener methodischer Zugänge (Gruppenbeschreibungen und Einzelfallanalysen) dargestellt, die sowohl die Kriterien der Chronizität erfüllte sowie die der Therapieresistenz auf adäquate medikamentöse, psycho- und soziotherapeutische stationäre Behandlung. Dabei zeigte es sich, dass sowohl im Gruppenvergleich wie auch unter den noch enger gezogenen Grenzen der Einzelfallbetrachtung Therapieresistenz nicht gleichbedeutend ist mit völliger Unbeeinflussbarkeit oder grundsätzlicher Nicht-Behandelbarkeit der Störung: Im Gegenteil wurde deutlich, dass sich die Symptomatik der beschriebenen Patienten zwar weniger gut besserte als das bei anderen Patienten der Fall war, sich jedoch durch die Behandlung durchweg Besserungen im Umgang mit der Erkrankung ergaben, die im besseren Symptommanagement, in einer im Vergleich größeren Lebensqualität und in besseren Perspektiven für die weitere Lebensführung trotz Krankheit deutlich wurden.

Diese Ergebnisse fußen auf einer Darstellung des in der Literatur beschriebenen Wissens zu diesen Sonderformen des Störungsbildes Depression, wobei deutlich wurde, dass hier noch immenser Forschungsbedarf besteht sowie eine Konsensusbildung über genaue begriffliche Abgrenzungen und weitere Vorgehensweisen hinsichtlich des dann exakt beschriebenen Störungsbildes noch aussteht. V.a. im Bereich der ätiopathogenetischen Modelle und damit auch der geeigneten Maßnahmen zur Verhinderung dieser Verläufe besteht noch großer Bedarf an auch langfristiger Forschung, die prospektive Längsschnittstudien und Einzelfallbetrachtungen einschließen sollte.

Die Koordination verschiedener Forschungsprogramme und Vernetzungen innerhalb ihrer Teilbereiche könnte u.a. in sog. Kompetenznetzen erfolgen, wie dies beispielsweise im „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“ bereits der Fall ist: Dabei handelt es sich um eines von vierzehn vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzen in der Medizin. Ziel ist es, „die Kooperation und den Wissenstransfer zwischen den Forschungseinrichtungen und den verschiedenen Ebenen der Patientenversorgung zu verbessern.“ (Kompetenznetz Depression, Suizidalität, 2004). Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die Einbindung der niedergelassenen, insbesondere hausärztlich tätigen Ärzte gelegt (vgl. dazu auch unten!).

Im Theorieteil wurden Volk et al. (1998) zitiert, die die vorgestellten Ergebnisse zu Epidemiologie und Verlauf dahingehend zusammenfassen, dass die zentrale therapeutische Herausforderung in der Verhinderung dieser Ausgänge – Chronifizierung und Rezidive – bestehe. Zumindest für erstere muss als Ergebnis dieser Arbeit hinzugefügt werden: „... wo dies möglich ist“. Denn nach Betrachtung der in der Literatur referierten Beiträge und der eigenen Untersuchungen wie auch der eigenen klinischen Arbeit wird deutlich, dass eine Verhinderung von Chronifizierung wie auch von therapieresistenten Verläufen auch bei gut durchgeführter Behandlung nach heutigem Standard nicht immer möglich ist und dass es immer wieder Patienten geben wird, deren Störung nicht – vielleicht noch nicht? – einer grundsätzlichen Besserung zugänglich ist; dass deren Erkrankung somit länger als die anderer Patienten und mit schlechterer Aussicht auf Besserung verlaufen wird.

So lässt sich die weitere Herausforderung an den Therapeuten bzw. den „therapeutischen Begleiter“ so formulieren: In den Fällen, in denen sich trotz guter und adäquater Therapie eine Chronifizierung oder Therapieresistenz nicht verhindern lässt, sollte der Therapeut dem Patienten Hilfe und Begleitung an die Hand geben, die es ihm ermöglicht, die schwierige Situation als chronisch Kranker auszuhalten, ihm helfen, sich selbst zu helfen und trotz mancher

Einschränkungen eine erträglich scheinende Lebensperspektive aufzeigen. Dazu kann oft ein Umdenken und eine Erweiterung bzw. Einschränkung des Therapiebegriffes im eigentlichen Sinn nötig sein hin zu einem Begleiter und Ansprechpartner über längere Zeiträume hinweg.

Die hier skizzierten Konzepte können dazu nur ein erster Anhaltspunkt sein, auch hier sind weitere Forschung und die Auswertung praktischer Erfahrungen anderer Therapeuten einzufordern. Die Anwendbarkeit bereits gut etablierter Konzepte aus der „Akuttherapie“ bzw. ihre Modifizierbarkeit für die besonderen Gegebenheiten dieser Patientengruppen wurde in Beispielen aufgezeigt; es spricht nichts dagegen, auch andere Konzepte dahingehend zu überarbeiten und empirisch zu erproben. Ein hier nicht weiter ausgeführtes Feld kann die Arbeit mit anderen Langzeitkranken aus dem somatischen wie auch psychischen Bereich sowie die Arbeit mit Behinderten bieten: Auch hier liegen bewährte Konzepte vor, von denen einige an die Gegebenheiten depressiv Langzeitkranker angepasst werden könnten. Eine multiprofessionelle und multidisziplinäre Zusammenarbeit ist hier im theoretischen wie auch im oben teilweise ausgeführten praktischen Arbeiten ein erfolgversprechender Weg, an dem niemand vorbeigehen kann, der sich die Komplexität der Auswirkungen chronischer und therapieresistenter Depressionen und ihrer Folgen für nahezu alle Lebensbereiche vor Augen geführt hat.

Dies gilt zuerst für die oben skizzierten individuellen Beeinträchtigungen des einzelnen chronisch depressiven oder therapieresistenten Patienten, für seine verminderte Lebensqualität und die Folgen für die Lebensgestaltung des Betroffenen wie auch seiner Angehörigen.

Diese fachlich psychiatrisch-psychotherapeutische Betrachtungsweise stand im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit. Davon ausgehend lassen sich Überschneidungen mit anderen Disziplinen aufzeigen, für die die Problematik hoch relevant erscheint, so die epidemiologische, volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Dimension:

Wie oben ausgeführt, zählt die Depression nicht nur zu den häufigsten *psychischen* Erkrankungen, sondern zu den häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung überhaupt (vgl. 1.2.1.2. Epidemiologie und Verlauf); gemessen am Indikator YLD (years lived with disability) nimmt sie die erste Stelle vor allen anderen Volkskrankheiten ein (vgl. oben, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, S.169).

Nach dem Weltbankreport (Murray et al., 1996, zit. nach Gaebel, 2002) führt die unipolare Major Depression die Liste der häufigsten zur Behinderung führenden Erkrankungen an; eine Prognose der Weltbank und der Harvard University zum „Global burden of disease“ ergab, dass im Jahr 2020 fünf psychische Störungsbilder unter den zehn wichtigsten Erkrankungen rangieren werden, an erster Stelle stand auch hier die unipolare Depression (Murray et al., 1996 a,b, zit. nach Ber-

ger, 2004). Geht man von der oben beschriebenen Größenordnung der Subgruppe chronisch/therapieresistente Depressionen aus, wird deutlich, dass die Behandlung gerade dieser Patienten eine nicht zu unterschätzende Aufgabe darstellt – v.a. auch diese Gruppe wird es sein, die einen hohen YLD - Wert und ein erhöhtes Risiko haben, eine Behinderung davonzutragen.

Diese große und weiterhin zunehmende epidemiologische Bedeutung des Störungsbildes Depression und damit auch der chronischen und therapieresistenten Depression ist erst in den letzten Jahren in das Bewusstsein der Fachwelt gerückt, ebenso wird man sich erst in jüngster Zeit der Folgen dieser großen Verbreitung der Erkrankung sowie der sich daraus ergebenden volkswirtschaftlichen Implikationen bewusst:

Gaebel (2002) zählt die psychischen Störungen zu den teuersten Erkrankungen überhaupt: In Deutschland würden ca. 10% des Bruttosozialproduktes für das Gesundheitswesen ausgegeben, ca. 15% davon entfielen auf psychische Störungen (DGPPN, 1997, zit. nach Gaebel, 2002). Laux (2002) geht davon aus, dass v.a. die Depression in den nächsten Jahren eine der Erkrankungen sein wird, für deren Therapie und weiteren Kosten Ressourcen größten Umfangs bereitgestellt werden müssen (ebd., S.3):

„Die Gesundheitskosten für depressive Erkrankungen werden in den USA auf 44 Mrd. Dollar jährlich geschätzt, in Deutschland werden allein die Kosten von depressionsbedingten Frühberentungen auf 3 Mrd. DM/Jahr veranschlagt, durch Arbeitsunfähigkeit werden bei über 300 000 depressiven Erkrankungsfällen ca. 11 Millionen Fehlzeittage verursacht.“ (ebd., S.3).

Der DAK-Gesundheitsreport aus dem Jahr 2002 weist auf eine Zunahme der psychischen Erkrankungen unter den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen hin (ebd., S.50). Auch hier sind die affektiven Störungen eine der beiden wichtigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen in Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit - ein Kriterium, dessen Bedeutung gerade für die Subgruppen chronisch und therapieresistent Kranker nicht eigens betont werden muss.

Im Vergleich zum Jahr 1997 stiegen die Krankheitstage wegen affektiver Störungen im Jahr 2001 um 91% an (ebd.). Einschränkend führen die Autoren hier allerdings an, dass diese große Steigerung z.T. auch darin begründet liegen könnte, dass die Krankheit im Vergleich zu früher nun zunehmend richtig diagnostiziert werden kann. Allerdings weisen sie gleichzeitig darauf hin, dass immer noch viele depressive Störungen in Hausarztpraxen nicht erkannt und diagnostiziert werden. Dies stellt auch der oben bereits zitierte Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ fest:

„Von den antwortenden Organisationen wurde übereinstimmend festgestellt, dass depressive Erkrankungen von den behandelnden Ärzten häufig nicht oder zu spät diagnostiziert würden. Als Folge der Unter- und Fehldiagnostik würden die Patienten einer notwendigen antidepressiven

Therapie (in Form einer adäquaten antidepressiven Medikation und/oder Psychotherapie) nicht oder verspätet zugeführt (Unter- und Fehlversorgung). Umgekehrt ergäben sich aus nicht entdeckten oder fehlinterpretierten Depressionen unnötige, belastende und potenziell schädliche (somatische) Diagnostik und Therapie (Über- und Fehlversorgung). Hierzu gehöre u.a. eine nicht indizierte Dauertherapie mit Benzodiazepinen. Es wurde ferner auf den Zusammenhang zwischen der Unter- und Fehldiagnostik depressiver Störungen einerseits und der Unter- und Fehleinschätzung des Suizidrisikos andererseits hingewiesen.“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, S.170).

Die möglichen negativen Auswirkungen dieser Unter- und Fehldiagnostik gerade für den Verlauf von Depressionen wurden in der vorliegenden Arbeit mehrfach angesprochen: Eine späte und/oder inadäquate Behandlung scheint ein Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung zu sein, das Chronifizierungsrisiko steigt.

Bereits diese kursorische Auflistung epidemiologischer, volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Tatsachen unterstreicht die eingangs erhobenen Forderungen noch einmal aus einem anderen Blickwinkel als dem rein fachlich psychiatrisch-psychotherapeutischem:

Die erwähnten Daten zeigen unmissverständlich auf, dass eine fundierte Planung im Gesundheitswesen vonnöten ist, die sich der Bedeutung des Störungsbildes Depression bewusst ist – seiner Größenordnung, der sich daraus ergebenden notwendigen Maßnahmen und auch der dafür aufzuwendenden finanziellen Mittel. Letztere würden mit hoher Wahrscheinlichkeit noch höher ausfallen, wenn nicht rechtzeitig gehandelt werden würde; eine langfristige und weitsichtige Planung sowie eine gute Koordination von gesundheitspolitischen Maßnahmen dagegen könnten dazu beitragen, die Kosten so gering wie möglich zu halten.

Dazu einige Beispiele: Die Zahl derjenigen, die als chronisch oder therapieresistent angesehen werden müssen, wird - wie u.a. aus den Untersuchungen dieser Arbeit deutlich wird - häufig zu hoch eingeschätzt (vgl. 2.3.1. Ergebnisse und Diskussion der Erhebung auf Depressionsstationen zum Anteil therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver an den behandelnden Patientenpopulationen). Oft handelt es sich um Patienten, die fehldiagnostiziert wurden, die noch nicht einer adäquaten Therapie zugeführt wurden oder die zu spät mit der für sie adäquaten Therapie behandelt wurden. Stünden ausreichende Ressourcen bereit, sodass jeder Betroffene möglichst schnell Zugang bekäme zu adäquater Diagnostik und Therapie, könnten einerseits unnötige Kosten durch Fehlbehandlungen (vgl. oben: z.B. unnötige somatische Diagnostik, nicht indizierte Dauertherapie mit Benzodiazepinen, etc.) vermieden werden und evtl. ebenso Kosten durch Krankheitstage und im Extremfall Arbeitsunfähigkeit.

Diejenigen, die tatsächlich chronisch oder therapieresistent depressiv im oben ausgeführten Sinne sind, könnten umgekehrt durch eine optimale Anpassung der Therapie bzw. Begleitung das für sie maximale Ausmaß an Lebensqualität trotz Erkrankung erreichen. Es scheint nicht

unplausibel, dass dadurch auch Folgekosten verringert werden könnten, so beispielsweise, wenn durch ein gut angepasstes Netz verschiedener Hilfsangebote im ambulanten Setting weitere Krankenhausaufenthalte seltener notwendig würden oder wenn es möglich wäre, dass ein chronisch Kranker durch eine längerfristige, niederschwellige ambulante Begleitung in Krisensituationen schnell Hilfe in engmaschigen ambulanten Kontakten erhalten würde, die therapeutischen Maßnahmen zu seiner Behandlung entsprechend zeitnah an die Verschlechterung angepasst und so längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit evtl. vermieden würden.

Doch griffe eine rein kostentechnisch geführte Diskussion über die Behandlung psychisch Kranker zu kurz, wie u.a. Gaebel (2002) richtig anmerkt: Stattdessen müssen die im Sozialgesetzbuch V (SGB V) niedergelegten Forderungen nach qualitätsgesicherter, evidenzbasierter Behandlung und Versorgung ernst genommen und gegenüber den Kostenträgern engagiert vertreten werden (Gaebel 2002, S.13).

Tatsächlich ist angesichts der Kostenrestriktionen im Gesundheitssystem eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung der angespannten Situation zu befürchten. Besonders die Gruppe der chronisch Kranken läuft Gefahr, einer der „Verlierer“ bei den anstehenden Veränderungen zu werden. Da, wie oben ausgeführt, die Behandlung chronisch und therapieresistent Kranker oft längere und z.T. auch intensivere therapeutische Maßnahmen umfassen muss, um effektiv zu sein, wird ein pauschalisiertes Abrechnungssystem wie das in der somatischen Medizin bereits eingeführte DRG – System (DRG steht für Diagnostic Related Groups) diesen Patienten nur dann gerecht werden können, wenn dieser besondere Bedarf in die Berechnungen mit einbezogen wird bzw. wenn für diese Gruppe eine dem erhöhten Bedarf angepasste Pauschalierung erfolgt.

So lassen sich zur Prävention oder Behandlung von chronischen und/oder therapieresistenten Verläufen zusammenfassend folgende behandlungsorientierte Forderungen aufstellen, die die eingangs aufgeführten, mehr forschungsbezogenen ergänzen sollten:

- Um Chronifizierungen zu vermeiden, sollte die Behandlung so früh wie möglich beginnen, d.h. die Diagnose sollte frühzeitig gestellt und erste adäquate Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Dazu sei auf die oben erwähnte „Hausarztproblematik“ verwiesen: Da sich die Mehrzahl der depressiv kranken Patienten in hausärztlicher Behandlung befindet und dabei mindestens bei einem Drittel die Depression nicht erkannt wird (vgl. Sachverständigenrat 2000/2001, S.175), könnte hier durch gezielte Maßnahmen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Hausärzte ein wichtiger Fortschritt erzielt werden (vgl. dazu auch die Empfehlungen des Sachverständigenrates, ebd., S.176). U.a.

im Rahmen des oben erwähnten Kompetenznetzes Depression wurden hier interessante Projekte mit sehr ermutigenden Ergebnissen durchgeführt (vgl. Kompetenznetz Depression, 2004: Nürnberger Bündnis gegen Depression). Besonders das derzeit geltende „Hausarztssystem“ in der allgemeinen Krankenversorgung setzt voraus, dass der Hausarzt die Leitsymptome nicht nur der somatischen, sondern auch der psychischen Erkrankungen gut kennt und eine psychiatrische Störung grundsätzlich mit in Betracht zieht und dementsprechend auch die Anamneseerhebung gestaltet. Diese Kenntnis und Bereitschaft scheint den oben referierten Zahlen nach zumindest hinsichtlich der affektiven Störungen noch verbesserungsfähig. Hier wären z.B. Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen sowohl zur Symptomatik als auch zu speziellen Techniken der Gesprächsführung von Nutzen: In letzteren könnte u.a. gelehrt werden, auf welche Weise dem Patienten eine psychiatrische Diagnose so vermittelt werden kann, dass seine Bereitschaft, sich damit auseinander zusetzen, möglichst groß ist. Die Gefahr, durch eine ungeschickte Darstellung beim Patienten Ablehnung, Angst und Verstörung auszulösen, ist gerade bei den psychiatrischen Krankheitsbildern groß und kann sich gleichzeitig besonders nachteilig auf den Verlauf der weiteren Behandlung auswirken. Eine genaue Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten und Verlauf der Störung sind hier zusätzlich von Nutzen, da so dem Patient eine verständliche Angst genommen werden kann, die er z.B. aufgrund bestehender Vorurteile hat (z.B. „Der Arzt glaubt, dass ich verrückt bin und kann mir nicht helfen.“ etc.) oder aufgrund seiner Unkenntnis bzgl. der Behandlungsmaßnahmen (z.B. „Geistesgestörte werden in psychiatrischen Kliniken eingesperrt und nie mehr herausgelassen.“ etc.). Hier kann der erstdiagnostizierende Arzt bereits viele Weichen für die folgende Behandlung stellen – zum Guten wie zum Schlechten hin.

- Der behandelnde Therapeut sollte über ein breites Wissen zur Störung und ein ausreichendes Wissen über Methoden verfügen, die sich bei der Behandlung depressiver Störungen bewährt haben. Außerdem sollte er in den Fällen, in denen er nicht selbst die geeigneten Maßnahmen anwenden kann, frühzeitig Kollegen anderer Fachrichtungen und –berufe zur Behandlung zuziehen (so etwa der Psychologische Psychotherapeut einen Arzt für die somatische Abklärung und Behandlung evtl. somatischer Komorbidität bzw. einen Psychiater, um ggfs. medikamentös zu behandeln, umgekehrt der Arzt ohne psychotherapeutische Zusatzqualifikation einen Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeuten, beide Gruppen ggfs. Sozialpädagogen für sozialrechtliche Fragestellungen, ggfs. Ergotherapeuten für ergotherapeutische Diagnostik und Behandlung, ebenso ggfs. Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapeuten etc.)

- Bei Indikation stationärer Behandlung sollte der Patient beim Verdacht auf chronische oder therapieresistente Depression in einer Klinik mit Spezialstation („Depressionsstation“) behandelt werden, die, wie oben ausgeführt, eine Verdichtung der bewährten Behandlungsmaßnahmen bei Depressionen vorhalten können, durch die Spezialisierung über ein ausreichendes Maß an Erfahrungen mit dem Störungsbild verfügen und so mit hoher Wahrscheinlichkeit gewährleisten, dass die erforderlichen Möglichkeiten zur Verfügung stehen.
- Nach Entlassung sollte der Patient vertraut sein mit den Möglichkeiten ambulanter Therapie. Er sollte ambulante Anlaufstellen für regelmäßige, zuerst enger- dann weitermaschige Kontakte haben. So sollte eine längerfristige Begleitung des Patienten gewährleistet werden. Da, wie oben ausgeführt, die Therapie dabei häufig in eine Langzeitbegleitung umgewandelt werden sollte, wäre zu klären, wie und von wem ein derartiges niederschwelliges Angebot am effektivsten vorgehalten werden kann. Die derzeitigen Regelungen zur Richtlinienpsychotherapie arbeiten mit anderen theoretischen Vorgaben und sehen diese Art von Begleitung nicht vor.
- Eine Vernetzung der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Stellen sollte eine hohe Flexibilität der Behandlung sowie unbürokratische Wechsel des Settings (ambulant-teilstationär-stationär) ermöglichen.

Chronifizierung und Therapieresistenz werden trotz aller beschriebenen Maßnahmen der Diagnostik und Therapie höchstwahrscheinlich immer *einen* möglichen Verlauf der depressiven Störung darstellen. Durch eine optimale Ausschöpfung der oben skizzierten Möglichkeiten wäre es jedoch denkbar, diesen ungünstigen Verlauf seltener zu machen, den Zustand für die verbleibenden dennoch Betroffenen und deren Umfeld erträglicher zu gestalten und die dadurch entstehenden negativen Auswirkungen zu verringern.

Literatur

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 49-74.

Ahrens, B.(2000). Die suizidale Störung: Ärger ohne Hoffnung? In M. Wolfersdorf, C. Franke (Hrsg.), *Suizidforschung und Suizidprävention am Ende des 20. Jahrhunderts – theologische, epidemiologische, ökonomische, therapeutische Aspekte*, Regensburg: Roderer.

Ahrens, B., Linden, M. (1992). Faktoren der Chronifizierung von Depressionen. In H. Helmchen, H. Hippus (Hrsg.), *Psychiatrie für die Praxis*, München: Medizin Verlag.

Akiskal, H.S., Mc Kinney, W.T. (1975). Overview of recent research in depression. *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 285 – 304.

Akiskal, H.S., King, D., Rosenthal, T., Robinson, D., Scott-Strauss, A. (1981). Chronic depression – Part I. Clinical and familial characteristics in 137 probands. *J. Affect. Disord.*, 3, pp. 297-315.

Akiskal, H.S. (1982). Factors associated with incomplete recovery in primary depressive illness. *J. Clin. Psychiatry* 43, pp. 266 – 271.

Akiskal, H.S. (1995). Mood disorders. Clinical features. In H.I. Kaplan, B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/XI*, Vol. 1, Baltimore, USA: Williams & Wilkins, pp. 1123 – 1152.

Akiskal, H.S., Cassano, G.B. (1997). *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. London, New York: The Guilford Press.

Alloy, L.B., Abramson, L.Y. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology, General*, 108, pp. 441-485.

Alloy, L.B., Abramson, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression*, New York, Guilford Press, pp. 223-265.

Amann, G. (1995). „Ausgebrannt, wertlos und zu nichts mehr nütze!“ - Therapie einer chronischen Depression. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 16. Jg., 3, S. 245-277.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4th edition)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association [deutsch: (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV*. Göttingen: Hogrefe].

Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ* 322: 419 – 421.

Angst, J. (1988). Risikofaktoren für den Verlauf affektiver Störungen. In D. v. Zerssen, H.-J. Möller (Hrsg.), *Affektive Störungen*. Stuttgart: Springer.

Angst, J., Preissig, M. (1995). Course of unipolar, bipolar affective and schizoaffective disorders. Results from a prospective study from 1959 to 1985. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* 146, pp. 5 – 16.

Arnold, W., Meili, R., Eysenck, H.-J. (1987). *Lexikon der Psychologie*. Freiburg i.Br.: Herder.

Bachelor, A., Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, S.137-193.

Baghai, T.C., Marcuse, A., Möller, H.-J., Rupprecht, R. (2004). Elektrokonvulsionstherapie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München. Entwicklung in den Jahren 1995-2002. *Der Nervenarzt*, online publiziert 23. September 2004.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of bahavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.

Bartussek, D. (1987). Neurotizismus. In W. Arnold, R. Meili, H.-J. Eysenck (Hrsg.). Lexikon der Psychologie. Freiburg i.Br.: Herder, S.1480.

Bauer, M. (1999). Behandlung therapieresistenter Depressionen. In Helmchen, H., Möller, H.-J. (Hrsg.), Psychiatrie für die Praxis; 29; München, Urban & Vogel Medien- und Medizin-Verlag.

Bauer, M, Berghöfer, A. (Hrsg.)(1997). Therapieresistente Depressionen: aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis. Berlin: Springer.

Benazzi, F. (1998). Chronic depression: a case series of 203 outpatients treated at a private practice. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 1998, 23 (1), pp. 51-55.

Berger, M. (2005). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches „Psychiatrie und Psychotherapie“. In M. Berger, J. Fritze, C. Roth-Sackenheim, U. Voderholzer (Hrsg.), Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Aktuelle Stellungnahme der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Berger, M, Fritze, J., Roth-Sackenheim, C., Voderholzer, U. (Hrsg.)(2005). Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Aktuelle Stellungnahme der DGPPN 2003-2004. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Birnbacher, D., Kottje-Birnbacher, L. (1996). Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Thieme.

Blöschl, L. (1996). Zum Vergleich und zur Kombination psychologischer und medikamentöser Depressionsbehandlung: Zwischenbilanz und Ausblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (2) S. 79-82.

Bothwell, S., Weissmann, M.M. (1977). Social impairments four years after an acute depressive episode. *American Journal of Orthopsychiatrie*, 47, , pp. 231-237.

Brieger, P., Marneros, A. (1995). Das Dysthymiekonzept. Aktuelles und Geschichtliches - ein Überblick. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 63 (10), 411-420.

Brodaty, H., Luscombe, G., Peisah, C., Anstey, K., Andrews, G. (2001). A 25 year longitudinal comparison study of the outcome of depression. Psychol Med 31 (8), pp. 1347 – 1359.

Bronisch, T. (Hrsg.)(2002). Psychotherapie der Suizidalität. Stuttgart, New York: Thieme.

Brown, G.W., Harris, T.O. (1978). Social origins of depression. London: Tavistock Publications.

Brown, G.W., Harris, T.O. (1986). Establishing causal links: The Bedford College studies of depression. In H. Katschnig (ed.), Life events and psychiatric disorders: Controversial issues. Cambridge: University Press, pp. 107 – 187.

Burchard, J., M. (1987). Therapieresistente Depressionen aus klinischer Sicht. In: J.M. Burchard, O. Seufert (Hrsg.)(1987). Therapieresistente Depressionen. 2. Hamburger Psychopharmaka-Seminar. München: Zuckerschwerdt.

Burchard, J.M., Seufert, O. (Hrsg.)(1987). Therapieresistente Depressionen. 2. Hamburger Psychopharmakologie-Seminar. München: Zuckerschwerdt.

Burton, S. W., Akiskal, H. S. (Eds.)(1990). Dysthymic Disorder. London: Gaskell.

Caspar, F. (1990). Was hat Psychotherapie mit typischen Langzeitpatienten bisher gebracht? GwG-Zeitschrift 80.

Ceroni, G.B., Neri, C., Pezzoli, A. (1984). Chronicity in major depression. J. Affect. Dis., 7, pp. 123-132.

Collegium Internationale Psychiatriae Scalearum (CIPS)(Hrsg.)(1986). Internationale Skalen für Psychiatrie (3., veränd. Aufl.). Clinical Global Impression - Klinischer Gesamteindruck. Weinheim: Beltz.

Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., et al. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. Spektrum Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde, 24, 3-41.

Coryell, W., Lavori, P., Endicott, J., Keller, M., VanEerdewegh, M. (1984). Outcome in schizoaffective, psychotic and nonpsychotic depression. Course during a six to 24-month follow-up. Arch. Gen. Psychiatry 41, pp. 787-791.

DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.)(2002). DAK Gesundheitsreport 2002. Berlin: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.

Davison, G.C., Neale, J.M. (Hrsg.)(1988). Klinische Psychologie: Ein Lehrbuch. München: Psychologie Verlags Union.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.)(2000). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie - Band 5: Behandlungsrichtlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.)(1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber.

Dubovsky, S.L., Thomas, M. (1992). Psychotic depression: advances in conceptualization and treatment. Hosp. Community Psychiatry 43, pp. 1189-1198.

Duncan, B. L., Hubble M. A., Miller S. D. (1998). „Aussichtslose Fälle“ - Die wirksame Behandlung von Psychotherapie-Veteranen. Übersetzung von Krege W. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ebel, H., Steinmeyer, E.M., Houben, I., Saß, H. (1997). Die Bedeutung präorbider Persönlichkeitsstruktur für die Entwicklung therapieresistenter Depressionen. In M. Bauer, A. Berg-höfer (Hrsg.), *Therapieresistente Depressionen: aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis*. Berlin: Springer.

Erfurth, A., Möller, H.-J. (2000). Vorgehen bei Antidepressiva-Nonrespondern. In: H.-J. Moeller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart New York: Thieme. S. 407 – 413.

Ernst, C. (1996). Unipolar and bipolar disorder: premorbid personality inpatients and in community samples. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Halweg, B. Fiedler (eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. London: Gaskell, pp. 89 – 100.

Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), revidierte Fassung (FPI-R)*. Göttingen: Hubert & Co.

Faravelli, C., Ambonetti, A., Pallanti, S., Pazzagali, A. (1986). Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *Am J Psychiatry* 143, pp. 888 – 891.

Fava, M. (2001). Vortrag: Pharmacological treatment options. Treatment-resistant depression across the lifespan. APA 154th Annual Meeting, 06. Mai 2001, New Orleans, USA].

Foa, E.B., Emmelkamp, P.M.G. (Eds.)(1983). *Failures in behavior therapy*. New York: J. Wiley.

Felber, W. (2003). Affektive Störungen. In M.T. Gastpar, S. Kasper, M. Linden, (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*, Wien, New York: Springer.

Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D., Sorgatz, H. (1989). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: ein Übungsbuch*. München: Psychologie Verlags Union.

Freisleder, F.J. (1996). Therapieresistente Depressionen: Internationale Tagung in Kalifornien über Ursachen und verbesserte Behandlungsstrategien. *Psycho* 22, Nr. 4, 300.

Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. In Gesammelte Werke Band X (1967). Frankfurt: Fischer.

Gaebel, W. (2002). Standortbestimmung und Thesen zur künftigen Entwicklung in Psychiatrie und Psychotherapie. In W. Gaebel (Hrsg.), Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie, Internationales wissenschaftliches Symposium 24. und 25. Oktober 2001. Darmstadt: Steinkopff.

Gaebel, W. (Hrsg.)(2002). Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie. Internationales wissenschaftliches Symposium 24. und 25. Oktober 2001. Darmstadt: Steinkopff.

Gall, M. (1992). Psychiatrische Rentenbegutachtung von chronischer Depressivität. *Psycho*, Stuttgart, 1992, 18 (12), S.825-831.

Gastpar, M.T., Kasper, S., Linden, M. (Hrsg.)(2003). Psychiatrie und Psychotherapie. Wien, New York: Springer.

Goodnick, P.J. (1996). Predictors of treatment response in mood disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Grunhaus, L., Greden, J.F. (eds.)(1994). Severe depressive disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Press Inc..

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 23, 56-62.

Harris, T.O., Brown, G.W. (1996). Social courses of depression. *Curr. Opin. Psychiatry* 9, pp. 3 – 10.

Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Hautzinger, M. (2000). Depression. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Berlin, Heidelberg: Springer, S.123-136.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1993). Das Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.

Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R. (Hrsg.)(1996). Themenheft Depression. Zeitschrift für Klinische Psychologie - Forschung und Praxis 25 (2).

Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R. (1996b). Zwei Multizenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten: Einführung, Rahmenbedingungen und Aufgabenstellung. Zeitschrift für Klinische Psychologie - Forschung und Praxis 25 (2), S. 83-92.

Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G.A.E., Thien, U. (1996c). Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25 (2), S. 130-145.

Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Heigmann, H., Zimmer, F.T. (Hrsg.)(1987). Chronisch psychisch Kranke. Stuttgart: Fischer.

Heimann, H., Zimmer, F.T. (1992). Chronifizierte Depression. In H. Helmchen, H. Hippus (Hrsg.), Psychiatrie für die Praxis 15, München: Medizin Verlag GmbH.

Heindl, A. (1998). Die stationäre Behandlung von Depressionen. Ergebnisse einer Qualitätssicherungsuntersuchung an zwei Einrichtungen. Diplomarbeit im Studiengang Psychologie in der Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.

Heindl, A. (2000). Management of Depression - Depression und Lebenszufriedenheit. Schriftenreihe Aventis (Hrsg.: Wolfersdorf, M.), Letter 12, 4/2000, 5. Jahrgang.

Heindl, A. (2001). Wie häufig sind chronische bzw. sog. therapieresistente Depressionen? Ergebnisse einer Umfrage auf Depressionsstationen. Krankenhauspsychiatrie 12 (Sonderheft 1): S. 28 – S. 33.

Hell, D. (1992). Welchen Sinn macht Depression? Das depressive Geschehen als Schutz und Botschaft. Ein integrativer Ansatz. Hamburg: Rowohlt.

Helmchen, H. (1990). Gestuftes Vorgehen bei Resistenz gegen Antidepressiva-Therapie. In H.J. Möller (Hrsg.), Therapieresistenz unter Antidepressiva-Behandlung, Berlin, Springer.

Helmchen, H., Hippus, H. (Hrsg.)(1992). Psychiatrie für die Praxis. München: Medizin Verlag.

Helmchen, H., Möller, H.-J. (1999)(Hrsg.). Psychiatrie für die Praxis; 29; München, Urban & Vogel Medien- und Medizin-Verlag.

Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (1996). ICD-10 Checklists (IDCL). Bern: Huber.

Hinterhuber, H. (2002). Epidemiologie dysthymischer Störungen. In P. Hofmann (Hrsg.), Dysthymie – Diagnostik und Therapie der chronisch depressiven Verstimmung, Wien: Springer.

Hippus, H., Ortner, M., Rüther, E. (Hrsg.)(1988). Angst - Depression - Schmerz und ihre Behandlung in der ärztlichen Praxis. [2. Psychiatrische Gespräche am Gasteig.] Berlin: Springer.

Hippus, H., Stefanis, C., Müller-Spahn, F. (Eds.)(1994). Research in Mood Disorders: An Update. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Hirschfeld, R.M.A., Klerman, Andreasen, N.C., Clayton, P.J., Keller, M.B. (1986). Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients. Brit. J. Psychiatry, 148, pp. 648-654.

Hoffmann, N., Schauenburg, H. (2000). Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Thieme.

Hofmann, P. (Hrsg.)(2002). Dysthymie – Diagnostik und Therapie der chronisch depressiven Verstimmung, Wien: Springer.

Hofmann, P. (2003). Weitere psychiatrische Therapieverfahren. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 413-428.

Hole, G. (1997). Depression und Melancholie – Tiefpunkt des Lebens aus theologischer und anthropologischer Sicht. In M. Wolfersdorf (Hrsg.), Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung, Berlin: Springer, S. 101-112.

Holsboer-Trachsler, E., Vanoni, C. (1998). Depression und Schlafstörungen in der Allgemeinpraxis. Binningen, Schweiz: Medical Congress MCG-Verlag.

Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Hrsg.)(2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Hübner-Liebermann B., Spießl H., Cording C. (2001). Unterschiede zwischen chronischen und nicht-chronischen Depressionen im Spiegel der DGPPN-BADO. Krankenhauspsychiatrie 12 (Sonderheft 1): S. 10 – S. 14.

Joart, J. (1995). Krankheitsverlauf, Behandlung und Lebensereignisse bei chronisch Depressiven. Ergebnisse einer einjährigen Verlaufsuntersuchung. Dissertation an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Eberhard – Karls - Universität Tübingen.

de Jong, R. (1986). Das Ansprechen auf verhaltenstherapeutisch-kognitive Behandlung bei Untergruppen depressiver Patienten mit einer ungünstigen Prognose. Verhaltensmodifikation, 7. Jg., Heft 3, 152-168.

de Jong, R. (1987). *Neurotische Depression und psychologische Therapie*. Frankfurt, Bern: P.Lang.

de Jong, R., Treiber, R., Henrich, G. (1986). Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. *Cognitive Therapy and Research*, 10 (6), 645-663.

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M. (1996). Ausblick und erste Folgerungen aus dem Ergebnisvergleich der beiden Therapiestudien bei endogen und nicht-endogen depressiven Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (2), S. 155-160.

Judd, L.L., Akiskal, H.S. (2000). Delineating the longitudinal structure of depressive illness: Beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry* 33, pp. 3 – 7.

Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (eds.)(1995). *Comprehensive textbook of psychiatry/XI*, Vol. 1. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, pp. 1123 – 1152.

Kasper, S. (1998). Die Wirksamkeit von Antidepressiva bei der Behandlung von schweren Depressionen. *Psychopharmakotherapie*, 1998, 5 (3), S. 99-108 (Sonderdruck).

Kasper, S., Buchkremer, G., Dilling, H., Gaebel, W., Hautzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Linden, M., Möller, H.-J., Pöldinger, W, Wittchen, H.-U., Wolfersdorf, M. (1994). *Depressive Störungen erkennen und behandeln*. Basel, Freiburg, Paris, London, New York: Karger.

Katschnig, H. (ed.)(1986). *Life events and psychiatric disorders: Controversial issues*. Cambridge: University Press, pp. 107 – 187.

Keller, F. (1995). Kritische Lebensereignisse und Depression. *extracta psychiatrica*, 1995, 9 (3), S. 20-29.

- Keller, F., Spieß, M., Hautzinger, M. (1996). Statische und dynamische Prädiktoren für den Verlauf depressiver Erkrankungen: eine Auswertung mittels verallgemeinerter Schätzgleichungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1996, 25 (3), S. 234-243, Sonderdruck, Göttingen: Hogrefe.
- Keller, F. (1997). *Belastende Lebensereignisse und Verlauf von Depressionen*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Keller, M.B. (2001). Long-term treatment of recurrent and chronic depression. *J Clin Psychiatry* 62 (Suppl. 24): pp. 3 – 5.
- Keller, M.B., Shapiro, R.W. (1982). Double depression: Superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. A double-blind randomized trial. *J Affect Disord* 55, 203-213.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Rice, J. Coryell, W. Hirschfeld, R.M.A. (1986). The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: A prospective follow-up. *Amer. J. Psychiatry*, 143, pp. 24-29.
- Kern, H.J. (1997). *Einzelfallforschung*. Weinheim: PVU.
- Klerman, G.L., Rounsaville, B., Chevron, E., Neu, C., Weissman, M. (1978). *Manual for short-term interpersonal therapy (IPT) of depression*. Manuscript. New Haven/CT.
- Kocsis, J.H., Klein, D.N. (1995). *Diagnosis and Treatment of Chronic Depression*. New York: The Guilford Press.
- Kocsis, J.H. (2000). New strategies for treating chronic depression. *J Clin. Psychiatry* 61 (suppl. 11), pp. 42 – 45.
- Köhler, T. (1999). *Affektive Störungen: klinisches Bild, Erklärungsansätze, Therapien*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

König, F. (1997). Die Psychopharmakotherapie der schweren Depression unter klinischen Bedingungen. In M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung*, Berlin: Springer.

Kompetenznetz Depression, Suizidalität (2004). Website (www.kompetenznetz-depression.de), Sprecher und Koordinator: Hegerl, U., LMU München.

Kopittke, W. (1989). Chronische Depression. Krankheit oder Lebensgeschichte? In W. Kopittke, E. Rutka, M. Wolfersdorf (Hrsg.), *10 Jahre Weissenauer Depressionsstation. Zwischen Versorgungsauftrag und Forschung – ein Rückblick*. Regensburg: Roderer. S. 75 – 94.

Kornacher, J., Wolfersdorf, M. (2000). Zur Psychopharmakotherapie in der klinischen Depressionsbehandlung. *Management of Depression. Letter Nr. 13* (Hrsg. M. Wolfersdorf), München: ARCIS-Verlag.

Kratochwill, T.R. (1978). Single Subject designs: A perspective on the controversy over employing statistical interference and implications for research and training in behavior modification. *Behavior modification*, Vol. 2 (3), pp. 291-307.

Krüger, E., Nitzsche, M., Kühn, J., Sasse, L.-P., Nitzsche, G. (1988). Überlegungen zur sog. „chronischen“ bzw. therapieresistenten Depression. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. 40, 9, S.523-531.

Kupfer, D.J. (1991). Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 52 (suppl. 5), pp. 28 – 34.

Kupfer, D.J. (1993). Management of recurrent depression. *J Clin Psychiatry* 54: (Suppl. 2), pp. 29 – 33.

Langer, G., Schoenbeck, G., König, G., Stonitsch, A. (1987). Die „therapieresistente Depression“: Zur Problematik ihrer Konzeption und Pharmakotherapie. In: J. M. Burchard, O. Seufert (Hrsg.)(1987). *Therapieresistente Depressionen*. 2. Hamburger Psychopharmaka-Seminar. München: Zuckschwerdt (S.24-37).

Lara, M.E., Klein, D.M. (1999). Psychosocial processes underlying the maintenance and persistence of depression: implications for understanding chronic depression. *Clinical Psychology Review*, 19, pp. 553-570.

Laux, G. (1986). *Chronifizierte Depressionen*. Stuttgart: Enke.

Laux, G. (Hrsg.)(2002). : *Depression 2000*. Berlin: Springer.

Laux, G. (2002). Epidemiologische, volkswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Bedeutung von Depression. In G. Laux (Hrsg.), *Depression 2000*. Berlin: Springer.

Laux, G. (2002). Ausblick – Depressionsbehandlung in der Zukunft. In G. Laux (Hrsg.), *Depression 2000*. Berlin: Springer.

Laux, L. (1991). Bewältigung von Belastungen in der Familie. Memorandum Nr. 19, Lehrstuhl Psychologie IV, Universität Bamberg.

Laux, L., Schütz, A. (1996). *Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie*. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Lazarus, R.S. (1981). Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In S.H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaption*. Oxford: Oxford University Press.

Lenz, G., Fischer, P. (Hrsg.)(1995). *Behandlungsstrategien bei therapieresistenter Depression*. Stuttgart: Thieme.

Lyness, J.M., Caine, E.D., King D.A., Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C. (2002). Depressive disorders and symptoms in older primary care patients: one-year outcomes. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 10 (3), pp. 275 – 282.

Madhukar, H., Trivedi, M.D., Kleiber, B.A. (2001). Algorithm for the Treatment of Chronic Depression. *J Clin. Psychiatry* 2001; 62 (suppl 6), pp. 22-29.

Mahnkopf, A., Rahn, E. (1997). Angehörigenarbeit in der Depressionsbehandlung. In M. Wolfersdorf (Hrsg.). *Depressionsstationen. Stationäre Depressionsbehandlung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Mahnkopf, A. (2001). Besonderheiten im Umgang mit chronisch Depressiven. *Krankenhauspsychiatrie, Sonderheft Chronische Depression*, 12. Jahrgang, September 2001, S. S46 – S49

Margraf, J.(Hrsg.)(2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Marneros, A., Deister, A. (1990). Chronische Depression – Psychopathologie, Verlaufsaspekte und prädisponierende Faktoren. In H.J. Möller, (Hrsg.), *Therapieresistenz unter Antidepressiva-Behandlung*. Berlin: Springer.

Mauthe, J.-H. (Hrsg.)(1998). *Rehabilitationspsychiatrie*. Stuttgart: Enke.

Möller, H.-J. (Hrsg.)(1990). *Therapieresistenz unter Antidepressiva-Behandlung*. Berlin: Springer.

Möller, H.-J. (1997). Therapieresistenz unter Antidepressiva: Definition, Epidemiologie und Risikofaktoren. In M. Bauer, A. Berghöfer (Hrsg.), *Therapieresistente Depressionen: aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis*. Berlin: Springer.

Mojtabai, R. (2001). Residual symptoms and impairment in major depression in the community. *Am J Psychiatry* 158, pp. 1645 – 1651.

Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of upservational follow-up. *Am J Psychiatry* 156, pp. 1000 – 1006.

Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J of Psychiatry* 159 (3), pp. 359 – 371.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)(2000). Tipps für die Arbeit von Selbsthilfegruppen – Aus Erfahrungen lernen. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Faltblatt).

National Institute of Mental Health (1970). Clinical Global Impression. In W. Guy, R.R. Bonato (Eds.), *Manual for the ECDEU Assessment Battery* (2. rev. ed.). Maryland: Chevy Chase.

Nissen, G. (Hrsg.)(1999). *Depressionen: Ursachen, Erkennung, Behandlung*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Petermann, F., Hehl, F.J. (Hrsg.)(1979). *Einzelfallanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg.

Petermann, F. (Hrsg.)(1996). *Einzelfallanalyse*. München: Oldenbourg.

Pflug, B.(2002). Zur Bedeutung der Gesamtpersönlichkeit in der Somato- und Psychotherapie im Langzeitverlauf affektiver Erkrankungen. In H. Boeker, D. Hell (Hrsg.), *Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven*, Schattauer: Stuttgart. S. 246-264.

Poehlke, T. (2003). *GK 3 Psychiatrie. Original-Prüfungsfragen mit Kommentar*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Post, R.M. (1990). Sensitization and kindling perspectives for the course of affective illness: toward a new treatment with the anticonvulsant carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 23 (1), pp. 3 – 17.

Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 149, pp. 999 – 1010.

Prunnelechner-Neumann, R. (1995). In G. Lenz, P. Fischer (Hrsg.), *Behandlungsstrategien bei therapieresistenter Depression*, Stuttgart: Thieme, S. 66-71.

Reinecker, H. (1982). Grundlagen, Versuchsplanung und Auswertungsmöglichkeiten von Einzelfallanalysen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 2, S. 120-140.

Reinecker, H. (1987). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Psychologie-Verlags-Union.

Reinecker, H. (1991). *Zwänge: Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern: Huber.

Reinecker, H. (1993a). Einzelfallanalyse. In E. Roth (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Methoden: Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis*. München: Oldenbourg.

Reinecker, H. (1993b). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe.

Reinecker, H. (1998). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Riemann, D. (1995). Therapeutischer Schlafentzug. In G. Lenz, P. Fischer (Hrsg.), *Behandlungsstrategien bei therapieresistenter Depression*, Stuttgart: Thieme, S. 72-82.

Rössler, W. (2002). Versorgungsbedarf und Versorgungsperspektiven. In W. Gaebel (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie*, Internationales wissenschaftliches Symposium 24. und 25. Oktober 2001. Darmstadt: Steinkopff.

Roth, E. (Hrsg.)(1993). *Sozialwissenschaftliche Methoden: Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis*. München: Oldenbourg.

Rowan, T., O'Hanlon, B. (1999). *Solution-oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York: John Wiley & Sons, Inc..

Ruhwinkel, B., Tölle, R. (1995). Die „kleine“ Insulinbehandlung bei therapieresistenten Depressionen. *Psychiatrische Praxis*, 22 (2), 64-67.

Ruppe, A. (1996). Langzeitverlauf von Depressionen. Psychopathologische Faktoren als Risikofaktoren und Prädiktoren. Ergebnisse einer prospektiven 6-Jahres-Katamnese. Regensburg: Roderer.

Rush, A.J., Khatami, M., Beck, A.T. (1975). Kognitive und Verhaltenstherapie bei chronischer Depression. *Behavioral Therapy*, 6, 398-404.

Rush, A., Laux, G. et al. (1995). Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 1995, 34, pp. 25-32.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn: BMGS.

Saß, H., Houben, I. (Hrsg.)(1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verl. f. Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verl. f. Psychologie.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV.

Schaller, S., Schmidtke, A. (2001). Verhaltenstheoretische Überlegungen zur Chronifizierung depressiver Erkrankungen. *Krankenhauspsychiatrie, Sonderheft Chronische Depression*, 12. Jahrgang, September 2001, S. S25-S27.

Schell, G. (2001). Überlegungen zu Chronifizierungsprozessen depressiver Störungen aus psychoanalytischer Sicht. *Krankenhauspsychiatrie 12 (Sonderheft 1)*: S. S15-S24.

Schmauss, M., Meller, I. (1988). Die Therapie der „therapieresistenten“ Depression. In H. Hippus, M. Ortner, E. Rüther (Hrsg.), *Angst - Depression - Schmerz und ihre Behandlung in der ärztlichen Praxis*. [2. Psychiatrische Gespräche am Gasteig.] Berlin: Springer.

Schmauss, M., Meller, I. (1989). Die „therapieresistente“ Depression - Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. *Psychiatrische Praxis*, 16, 3, S. 101-108.

Schmauss, M., Erfurth, A. (1996). Kombinationstherapien bei Therapieresistenz auf Antidepressiva - eine Übersicht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 64 (10), 390-402.

Schöny, W. (1987). Die Behandlung therapieresistenter Depressionen. In J. M. Burchard, O. Seufert (Hrsg.)(1987). *Therapieresistente Depressionen*. 2. Hamburger Psychopharmaka-Seminar. München: Zuckschwerdt, S. 38-51.

Schuler, B., Grünewald, I. (1997). Wege entstehen, wenn man sie geht – Sozialarbeit auf einer Depressionsstation. In M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Depressionsstationen. Stationäre Depressionsbehandlung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Schulte, N. (1996). Niedersächsischen Landeskrankenhaus Wehnen: Konzept und Ergebnisse der stationären Depressionsbehandlung. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 1996, 69. Jahrgang, Heft 8, S. 11-16.

Schramm, E. (Hrsg.)(1998). *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*.

Scott, J. (1988). Chronic depression. *Brit. J. Psychiatry*, 153, pp. 287-297.

Seifritz, E., Hemmeter, U., Pöldinger, W. (1994). Lithium-Augmentation bei therapieresistenten Depressionen. *TW Neurologie Psychiatrie* 8, 180-184.

Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness*. San Francisco: Freeman and Company.

Seligman, M.E.P (1986). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.

Senf, W., Broda, M. (Hrsg.)(1996). *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.

Sorgatz, H. (1999). Verhaltenstheoretische Konzepte und Modelle psychischer Störungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Tübingen: Dgvt-Verlag.

Spießl, H., Hübner-Liebermann, B., Cording, C. (2001). Zur Häufigkeit chronischer Depressionen im klinischen Bereich. *Ergebnisse der Basisdokumentation. Krankenhauspsychiatrie* 12 (Sonderheft 1): S. 6 – S. 9.

Sperling, W., Franzek E. (1994). Die chronisch rezidivierende Depression. *psycho* 20 (1994, 11), S.565-570.

Spreti, F.v. (1996). Ein hoffnungsloser Fall? Kunsttherapie mit einer chronisch depressiven Patientin. In W. Kraus (Hrsg.), *Die Heilkraft des Malens: Einführung in die Kunsttherapie*. München: Beck.

Steiner, B. (1989). Der Verlauf depressiver Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung sozialer Faktoren. Ergebnisse einer einjährigen prospektiven Katamnese studie. Dissertation, Fakultät für Theoretische Medizin der Universität Ulm.

Steiner, B., Keller, F., Wolfersdorf, M., Hautzinger, M., v.Nostitz, E. (1992). Zum Stellenwert unterschiedlicher psychosozialer Faktoren für den Verlauf depressiver Erkrankungen. In B. Steiner, F. Keller, M. Wolfersdorf (Hrsg.)(1992). *Katamnese-Studien in der Psychiatrie*. Göttingen: Hogrefe, S. 21-40

Szàdòczy, E., Fazekas, I., Rihmer, Z., Arato, M. (1994). The role of psychosocial and biological variables in separating chronic and non-chronic major depression and early-late-onset dysthymia. *J. Affekt. Disord.*, 32, pp. 1-11.

Tellenbach, H. (1976). *Melancholie*. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Tellenbach, H. (1988). Verschränkung natürlichen und geschichtlichen Daseins im Typus Melancholicus. In M. Wolfersdorf, W. Kopittke, G. Hole (Hrsg.), *Klinische Diagnostik und Therapie der Depression*. Regensburg: Roderer, S. 23 – 34.

Trivedi, M.H, Kleiber B.A. (2001). Algorithm for the treatment of chronic depression. *J Clin Psychiatry* 62 (Suppl. 6): 22 – 29.

Volk, S., Travers, H., Neubig, W. (1998). *Depressive Störungen: Diagnostik, Ursachen, Psycho- und Pharmakotherapie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Volz, H.-P., Faltus, F., Magyar, I., Möller, H.-J. (1994). Brofaromine in treatment-resistant depressed patients - a comparative trial versus tranclypromine. *Journal of Affective Disorders* 30, 209-217.

Volz, H.-P. (2001). Psychopharmakotherapeutische Ansätze bei chronischer Depression. *Krankenhauspsychiatrie* 12 (Sonderheft 1): S. S34—S37.

Wedel, S. (1982). Psychotherapie bei Frauen mit chronifizierter Depression. In H. Helmchen, M.R. Linden, *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Berlin: Springer.

Weiß, H., Schütz, A. (1996). Bewältigung von Belastungen. In L. Laux, A. Schütz, *Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S.159-167.

Weissman, M.M., Klerman, G.L. (1977). The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 6.

Westmeyer, H. (1996). Wissenschaftliche Grundlagen der Einzelfallanalyse. In F. Petermann (Hrsg.), *Einzelfallanalyse*, München, Wien: Oldenbourg.

Wittchen, H.-U., Müller, N., Schmidtkunz, B., Winter, S., Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depression. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin* 118 (Sonderheft I/2000), S. 4 – 10.

White, O.R. (1974). *The split-middle – a „quickie“ method of trend estimation*. Washington: Experimental Education Unit: Child development and Retardation.

Winokur, G., Morrison, J. (1973). The Iowa 500: follow-up of 225 depressives. *Br. J. Psychiatry* 123, pp. 543-548.

Woggon, B. (1995). Wie findet man das richtige Antidepressivum? In G. Lenz, P. Fischer (Hrsg.), *Behandlungsstrategien bei therapieresistenter Depression*, Stuttgart: Thieme, S. 2-15.

Wolfersdorf, M. (Hrsg.)(1992). *Hilfreicher Umgang mit Depressiven*. Göttingen: Hogrefe Verlag f. Angewandte Psychologie.

Wolfersdorf, M. (Hrsg.)(1997). *Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung*. Berlin: Springer.

Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*. Stuttgart: Wiss. Verl. Ges..

Wolfersdorf, M. (2001). *Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2. Auflage.

Wolfersdorf, M., Wohlt, R., Hole, G. (Hrsg.)(1985). *Depressionsstationen: Erfahrungen, Probleme und Untersuchungsergebnisse bei der Behandlung stationär depressiv Kranker*. Regensburg: Roderer.

Wolfersdorf, M., Kopittke, W., Hole, G. (1988). Gesprächsführung bei Depression, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität. In H. Helmchen, H. Hippus (Hrsg.), *Psychiatrie für die Praxis*. München: MMV, Medizin-Verlag.

Wolfersdorf, M., Grünewald, I., König, F. (1993). Die chronische Depression. Diagnostisches und therapeutisches Ärgernis? *Therapiewoche* 43 (39), S. 1976 – 1983.

Wolfersdorf, M., Keller, F., Steiner, B., Hautzinger, M., Hole, G. (1990). Psychosoziale Faktoren als Risiko für Therapieresistenz auf Antidepressiva. In H.J. Möller (Hrsg.), *Therapieresistenz unter Antidepressiva-Behandlung*. Berlin: Springer.

Wolfersdorf, M., Bretschneider, S., Demhartner, D., Grünewald, I., Hegemann, T., Hecht, S., Hölzel, A., Holsboer, E., König, F., Konen, A., Lehle, B., Nagel, I., Plotz, J., Rahn, E., Schulte, N., Szczesny, R., Wehmöller, B., Wiegand, W. (1995). Standards stationärer Depressionsbehandlung auf Depressionsstationen. *Krankenhauspsychiatrie*, 6, 63-69.

Wolfersdorf, M., AK Depressionsstationen (1997a). Depressionsstationen- ein Überblick zum Stand 1996. In M. Wolfersdorf (Hrsg.), *Depressionsstationen, stationäre Depressionsbehandlung: Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung*. Berlin: Springer.

Wolfersdorf, M., Ruppe, A., Heindl, A., Keller, F., Stieglitz, R.-D. (1997b). Chronisch, rezidivierend und erstmals erkrankte Depressive. Zur Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlung bei drei depressiven Subgruppen. *Nervenheilkunde*, 1997, 16, 451-7.

Wolfersdorf, M., Ruppe, A., Keller, F., König, F. (1997c). Chronifizierung bei depressiven Erkrankungen und psychosozialen Faktoren. In M. Bauer, A. Berghöfer (Hrsg.), *Therapieresistente Depressionen. Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis*. Berlin: Springer.

Wolfersdorf, M., Felber, W. (2000). Chronische Suizidalität (Workshop 21.-22.01.2000). *Krankenhauspsychiatrie*, 2000, 11 (9), S.67-110, Sonderheft.

Wolfersdorf, M., Rupprecht, U., Heß, H., Weishaupt-Langer, G., Kornacher, J., Schuh, B. (2000). Stationäre Psychotherapie depressiver Störungen. In N. Hoffmann, H. Schauenburg, (Hrsg.). *Psychotherapie der Depression*. Stuttgart: Thieme.

Wolfersdorf, M., Heindl, A. (2001). Chronische Depression – Anmerkungen zum Krankheitsverlauf bei der Depression. *Krankenhauspsychiatrie* S1, 12. Jahrgang.

Wolfersdorf, M., Heindl, A. (2001). Chronische Depression. Editorial. *Krankenhauspsychiatrie* 12 (Sonderheft S1): S. S1.

Wolfersdorf, M., Heindl, A. (2003). Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Wolfersdorf, M., Rupprecht, U. (2001). Depressive Störung – psychopathologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie im Dialog* 4, S. 389 – 396.

World Health Organization (1990). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR). Geneva: WHO.

World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO.

Zerssen, D.v. (1999). Der „Typus melancholicus“ (Tellenbach) – neuere Aspekte. In G. Nissen (Hrsg.), *Depressionen: Ursachen, Erkennung, Behandlung*, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 55-65.

Zimmer, F.T. (1995). Forschungsstand und Strategien Kognitiver Verhaltenstherapie bei chronischen und therapieresistenten Depressionen. In G. Lenz, P. Fischer (Hrsg.), *Behandlungsstrategien bei therapieresistenter Depression*. Stuttgart: Thieme.

Zimmer, F.D. (1999). Verhaltenstherapeutische Strategien bei Depression – unter dem Gesichtspunkt der Zeit. In P. Hartwich, S. Haas, K. Maurer, B. Pflug (Hrsg.), *Affektive Erkrankungen und Lebensalter*. Berlin: Wissenschaft & Praxis, S. 113 – 128.

Anhang

zu 2.1.1. Erhebung auf Depressionsstationen zum Anteil therapieresistenter bzw. chronisch Depressiver an den behandelten Patientenpopulationen

Umfragebogen

Erläuterung zum Umfragebogen

Umfragebogen

II. Übersicht über die am Stichtag (□ 15.02.00, wahlweise auch □ 15.03.00) auf der Depressionsstation behandelten Patienten

1. Alle auf der Depressionsstation am Stichtag behandelten Patienten

2. Primär depressive Patienten

3. Personen, die nicht als primär depressiv diagnostiziert wurden (z.B. primär Persönlichkeitsgestörte, suchtkranke Patienten, Pt. mit Angststörungen, etc.)

4. bipolare Störungen

5. unipolare Störungen

Erkrankungsdauer vor Aufnahme unter 2 Jahren

Erkrankungsdauer vor Aufnahme mindestens 2 Jahre

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre kürzer als 8 Wochen

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre 8 Wochen oder länger

6. medikamentös nicht oder nicht adäquat vorbehandelt

bereits vor Aufnahme medikamentös adäquat vorbehandelt

[Besserung durch med. Vorbehandl.]

keine Besserung durch med. Vorbehandl.

7. geringe Symptom-schwere (Dys-thymia)

8. gemischte Symptom-schwere („double depression“)

9. größere Symptom-schwere (mind-estens leichte depr. Episode, minor d.)

behandelt

unbehandelt

beh.

unbeh.

10. gebessert

11. ungebessert

12. geb.

13. ungeb.

14. geb.

15. ungeb.

Störungs-bild

Verlauf

Zeit-kriterium

Unterbrechungs-kriterium

medika-mentöse Vorbe-handlung

Behand-erfolg d. medik. Vorbehandl.

Schwere-grad der Störung (Aufnahme-befund)

bisherige Behandlung auf Station

bisheriger Beh.-erfolg

Übersicht über die im Jahr 1999 auf der Depressionsstation behandelten Patienten (□ Schätzwerte (S) □ exakte Zahlen (E) □ gemischt (siehe jew. Feld))

1. Alle auf der Depressionsstation im Jahr 1999 behandelten Patienten

2. Primär depressive Patienten

3. Personen, die nicht als primär depressiv diagnostiziert wurden (z.B. primär Persönlichkeitsgestörte, suchtkranke Patienten, Pt. mit Angststörungen, etc.)

4. bipolare Störungen

5. unipolare Störungen

Erkrankungsdauer vor Aufnahme unter 2 Jahren

Erkrankungsdauer vor Aufnahme mindestens 2 Jahre

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre kürzer als 8 Wochen

Symptomfreie Zeit innerhalb der 2 Jahre 8 Wochen oder länger

6. medikamentös nicht oder nicht adäquat vorbehandelt

bereits vor Aufnahme medikamentös adäquat vorbehandelt

[Besserung]

keine Besserung durch med. Vorbehandl.

7. geringe Symptom-schwere (Dys-thymia)

8. gemischte Symptom-schwere (Double depression)

9. größere Symptom-schwere (mind-estens leichte depr. Episode, minor d.)

behandelt

unbehandelt

beh.

unbeh.

10. gebessert

11. ungebessert

12. geb.

13. ungeb.

14. geb.

15. ungeb.

Störungs-bild

Verlauf

Zeit-kriterium

Unterbrechungs-kriterium

medika-mentöse Vorbe-handlung

Behand-erfolg d. med. Vor-behandlung

Schwere-grad der Störung (Aufnahme-befund)

Behandlung auf Station (medikam., psychother.)

Behand-lungs-erfolg

Erläuterungen zum Umfragebogen

Erläuterungen

Bitte senden Sie nur die Seite mit den Übersichten (I und II) und die Einverständniserklärung auf dem Faxdeckblatt (auch bei Postzusendung!) ausgefüllt zurück.

Bitte füllen Sie in den beiden Übersichten (I und II) die dafür vorgesehenen Felder aus, indem Sie angeben, wie viele Ihrer Patienten im jeweiligen Zeitraum (Übersicht I: im Zeitraum 1999 bzw. Übersicht II: am Stichtag) in die jeweils beschriebene Kategorie fielen. Bitte verwenden Sie keine Prozentangaben, sondern absolute Zahlen (geschätzte oder exakte)!

Das Baumdiagramm beginnt jeweils oben mit allen Patienten, die auf der Depressionsstation behandelt wurden. Auf der linken Seite stehen jeweils in den Kästen die Kriterien der Aufspaltungen („Aste“) in verschiedene Patientensubgruppen, (z.B. Verlauf der Erkrankung: uni- oder bipolar, Zeitkriterium: wie lange litten die Patienten schon unter Depressionen, etc.). Sie sollen nicht zu allen „Ästen“ Zahlenangaben machen, sondern nur zu denjenigen, bei denen ein Feld unter der Beschreibung steht (diese „Äste“ sind zusätzlich auch numeriert.)

Zu I.:
Übersicht über die im Jahr 1999 auf der Depressionsstation behandelten Patienten
(bitte den Namen Ihrer Station eintragen)
(Schätzwerte (S) exakte Zahlen (E) gemischt (siehe jew. Feld))

Bitte ankreuzen
(wenn „gemischt“ bitte jeweils „S“ (für „Schätzung“) oder „E“ (für „exakt“) hinter das jeweilige Feld in der Übersicht schreiben)

Alle verlangten Angaben sollten in absoluten Zahlen bestehen
Bitte tragen Sie diese in die Felder ein (pro Übersicht, je 15, von 1.-15. durchnummeriert). (Es wird berücksichtigt werden, daß diese Schätzungen im Nachhinein schwer bestimmbar sind - bitte versuchen Sie dennoch, Zahlen anzugeben und auch einzutragen, wenn im Jahr 1999 keiner Ihrer Patienten unter die jeweilige Kategorie fiel (dann bitte „0“ angeben!))

Die Kästen auf der linken Seite gehen an, nach welchen Kriterien die Patienten auszuwählen sind, deren Anzahl in die jeweiligen Felder einzutragen sind

medikamentöse Vorbehandlung
Behandlungserfolg
d. med. Vorbeh.

„Bisheriger Behandlungserfolg: keine Besserung“ definiert als: fehlende Response auf wenigstens 2 Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkungsschwerpunkten bei ausreichender Dosierung und Therapiedauer (z.B. mindestens 150mg eines Trizyklikums über 4-6 Wochen oder eine adäquate Tagesdosis z.B. eines SSRIs oder neueren Antidepressivums)
[Nicht-adäquate Vorbehandlung gilt als „nicht vorbehandelt“.]

7., 8., 9.
definiert nach ICD-10 (Kriterien siehe dort oder auf dem Fragebogen vom 31.01.00!) (wobei Double depression: Dysthymia und zusätzlich schwere depressive Episode(n))

Der im ersten Fragebogen erwogene Versuch, Prozentangaben zu machen, scheint aufgrund der dafür jeweils nötigen Angabe, „wovon“ die Prozente gerechnet werden sollen, wenig sinnvoll bzw. eher verwirrend.

Behandlung auf Station (medikamentös, psychotherapeutisch)

Behandlungserfolg

Die wichtigste Zeile der Übersicht ist die unterste, aufteilbar in zwei Teile: Gebesserte (10., 12. und 14) bzw. ungebesserte (11., 13. und 15):

„Gebesserte“:
Es geht um diejenigen unipolar depressiven Patienten, die seit mindestens 2 Jahren nahezu ununterbrochen an einer depressiven Störung der jeweiligen Ausprägung litten, obwohl sie bereits medikamentös (erfolgslos) vorbehandelt waren, die aber nach der Behandlung auf der Depressionsstation (pharmakologisch, psycho- und soziotherapeutisch adäquat) als gebessert entlassen werden konnten (d.h. der Entlassungszustand erfüllte nicht mehr die Kriterien der jeweiligen Störung nach ICD-10 (z.B. nachlesbar dort oder im Fragebogen vom 31.01.00). Bei Dysthymia und double depression: Die Patienten wurden ohne oder mit höchstens zwei der Symptome entlassen, die im Fragebogen vom 31.01.00 unter „Ib) Patienten mit Dysthymia. C) Symptomatik“ (z.B. Verminderte Energie, Schlafstörungen, Verlust des Selbstvertrauens, etc.) beschrieben wurden.)

„Ungebessert“:
Es geht um diejenigen unipolar depressiven Patienten, die seit mindestens 2 Jahren nahezu ununterbrochen an einer depressiven Störung der jeweiligen Ausprägung litten, und obwohl sie bereits medikamentös (erfolgslos) vorbehandelt und auf der Depressionsstation sowohl pharmakologisch als auch psycho- und soziotherapeutisch adäquat behandelt worden sind, dennoch mit nahezu gleichschwerer Symptomatik entlassen werden mußten² = „Therapieresistent“ im Sinne der vorliegenden Untersuchung.

Zu II: Übersicht über die am Stichtag (15.02.00, wahlweise auch 10.03.00) auf der Depressionsstation behandelten Patienten

Die zweite Übersicht bezieht sich nicht auf das vergangene Jahr, sondern auf einen Stichtag. Bitte wählen Sie entweder den 15.02.00 (Stichtag des ursprünglichen Fragebogens) oder den 15.03.00 aus, je nachdem, welche Daten für Sie leichter zugänglich sind. Ansonsten gelten die für die erste Übersicht gemachten Angaben hier analog für die Patientengruppe am Stichtag mit einer Ausnahme.

bisherige Behandlung auf Station

Sind Patienten darunter, die alle genannten Kriterien erfüllen, aber noch nicht ausreichend lange genug auf Station behandelt wurden, sollten diese als (noch) „unbehandelt“ betrachtet werden. Von den übrigen schätzen Sie bitte anhand des bisherigen Verlaufes grob ab, bei wem mit einer Besserung (bis zur Entlassung) zu rechnen ist („gebessert“) und bei wem nicht („ungebessert“).

² bzw. wenn sie seit 1999 bis heute noch nicht entlassen worden sind - bei denen abzusehen ist, daß sie relativ ungebessert entlassen werden müssen.

Qualitätssicherung Depressionsbehandlung

Dokumentationsbogen Aufnahme / Seite 1

Anzahl Aufenthalte in dieser Klinik
seit Projektbeginn (01.06.98)

inkl. des aktuellen

DOKU - A

Geburtsjahr

Geschlecht 1 = weiblich
2 = männlich

Aufnahmedatum
(TTMMJJ)

1. Lebenssituation (A5)

- 01 = allein in Privatwohnung
- 02 = In Institution oder betreutem Wohnen
- 03 = Eltern(teil)
- 04 = (Ehe)Partner
- 05 = Kind(ern)
- 06 = Schwester/Bruder
- 07 = andere Verwandte
- 08 = Bekannte, Wohngemeinschaft o.ä.
- 09 = ohne festen Wohnsitz
- 99 = unbekannt / unklar / Sonstiges

2. Anzahl anderer (teil-)stationärer Behandlungen in anderen Kliniken

(00 = keine)
(99 = unbekannt)

2. Muttersprache (ZA5)

- 1 = Deutsch
- 2 = andere Muttersprache, gute deutsche Sprachkenntnisse
- 3 = andere Muttersprache, schlechte deutsche Sprachkenntnisse
- 9 = unbekannt / unklar

3. Anzahl anderer (teil-)stationärer Behandlungen in der eigenen Klinik

(00 = keine)
(99 = unbekannt)

3. Jetzige berufliche Situation: (A8)

- 01 = berufstätig, Vollzeit
- 02 = berufstätig, Teilzeit
- 03 = berufstätig, gelegentlich
- 04 = mithelfender Familienangehöriger
- 05 = Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- 06 = Ausbildung, Umschulung
- 07 = Wehr-/ Zivildienst / Freiw. Soz. Jahr
- 08 = geschützt beschäftigt
- 09 = arbeitslos gemeldet
- 10 = Erwerb-/ Berufsunfähigkeitsrente
Rentenverfahren, Frührente
- 11 = Altersrente, Pension
- 12 = Witwen/r Rente
- 13 = andersweitig ohne berufliche Beschäftigung
- 99 = unbekannt, unklar

4. Zeitraum seit der letzten Entlassung aus (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung:

- 0 = entfällt (1. Aufenthalt)
- 1 = bis zu 1 Woche
- 2 = >1 bis 4 Wochen
- 3 = > 4 Wo bis 3 Monate
- 4 = > 3 Monate bis 6 Monate
- 5 = > 6 Monate bis 1 Jahr
- 6 = 1 bis 5 Jahre
- 7 = > 5 Jahre
- 9 = unbekannt / unklar

4. Jahr der ersten psych. Auffälligkeit:

(unbekannt = 9999)

5. Art des zur Aufnahme führenden Zustandes

- 1 = Erstmaliges Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung
- 2 = Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes (mind. 1 Jahr)
- 3 = Verschlechterung eines chronischen Zustandes
- 4 = Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes
- 5 = Deutliches Abweichen von früheren Zuständen
- 9 = unbekannt / unklar

4. Jahr der ersten psych. Auffälligkeit:

(unbekannt = 9999)

6. Episodenzahl (inkl. jetziger):

depressiv

manisch

(00 = keine)
(99 = unbekannt)

Qualitätssicherung Depressionsbehandlung

Dokumentationsbogen **Aufnahme** / Seite 2

DOKU - A

(nach ICD-10 Kategorie Z55ff (vgl. Manual Anhang B))
Rangreihe nach Wichtigkeit aus Sicht des Therapeuten

1. **Z**

2. **Z**

3. **Z**

11. Vorbehandlung während der aktuellen Episode:

ambulant

stationär

0 = nein
1 = ja
9 = unbekannt/unklar

12. Vorbehandlung (ggf. seit letzter Episode / Klinikentlassung)
(Mehrfachnennung möglich)

0 = nein
1 = ja
9 = unbekannt/unklar

Vorbehandlung:

wenn ja:

medikamentös:

wenn ja:

Neuroleptika

Antidepressiva

Benzodiazepine

Phasenprophylaxe:

wenn ja:

Lithium:

Carbamazepin / Valproat:

Psychotherapie:

andere: (Klartext)

13. Letzter Suizidversuch (A18)

Anzahl
(00 = keiner)
(99 = unbekannt)

14. Suizidhalt im Vorfeld der letzten Episode:

0 = nein
1 = ja
9 = unbekannt/unklar

15. Suizidversuch/Selbstschädigung im Vorfeld der letzten Episode:

0 = keiner
1 = sicher gefährlicher Suizidversuch
2 = sonstiger Suizidversuch
3 = vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidabsicht
9 = unbekannt

16. Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme (nach CGI Teil 1): (A22)

1 = Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal
2 = Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
3 = Patient ist nur leicht krank
4 = Patient ist mäßig krank
5 = Patient ist deutlich krank
6 = Patient ist schwer krank
7 = Patient gehört zu den extrem schwer Kranken
9 = nicht beurteilbar

Bitte unbedingt eintragen:
(Manual beachten!)

17. HAMD-A Score (Items 1-17)

Bitte unbedingt eintragen:
(Manual beachten!)

18. BDEFA Score

HAMD - A

Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!	
1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit) SF	7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten SF
Keine <input type="checkbox"/> 0	Keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> 0
Nur auf Befragen geäußert <input type="checkbox"/> 1	Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend. <input type="checkbox"/> 1
Vom Patienten spontan geäußert <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 2
Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen) <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 3
Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 4
2. Schuldgefühle S	8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik) F
Keine <input type="checkbox"/> 0	Sprache und Denken normal <input type="checkbox"/> 0
Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben <input type="checkbox"/> 1	Geringe Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 1
Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“ <input type="checkbox"/> 2	Deutliche Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 2
Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn <input type="checkbox"/> 3	Exploration schwierig <input type="checkbox"/> 3
Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen <input type="checkbox"/> 4	Ausgeprägter Stupor <input type="checkbox"/> 4
3. Suizid Sf	9. Erregung F
Keiner <input type="checkbox"/> 0	Keine <input type="checkbox"/> 0
Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> 1	Zappeligkeit <input type="checkbox"/> 1
Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod <input type="checkbox"/> 2	Spielen mit den Fingern, Haaren usw. <input type="checkbox"/> 2
Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten <input type="checkbox"/> 3	Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können <input type="checkbox"/> 3
Suizidversuche (jeder ernste Versuch ≙ 4) <input type="checkbox"/> 4	Händeringen, Nägelbeißen, Haareraufen, Lippenbeißen usw. <input type="checkbox"/> 4
4. Einschlafstörung Sf	10. Angst – psychisch SF
Keine <input type="checkbox"/> 0	Keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> 0
Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde) <input type="checkbox"/> 1	Subjektive Spannung und Reizbarkeit <input type="checkbox"/> 1
Regelmäßige Einschlafstörung <input type="checkbox"/> 2	Sorgt sich um Nichtigkeiten <input type="checkbox"/> 2
5. Durchschlafstörung Sf	Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert <input type="checkbox"/> 3
Keine <input type="checkbox"/> 0	Ängste werden spontan vorgebracht <input type="checkbox"/> 4
Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf <input type="checkbox"/> 1	11. Angst – somatisch S
Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung) <input type="checkbox"/> 2	Körperliche Begleiterscheinungen der Angst wie: Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Pollakisurie – Schwitzen
6. Schlafstörungen am Morgen Sf	Keine <input type="checkbox"/> 0
Keine <input type="checkbox"/> 0	Geringe <input type="checkbox"/> 1
Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2
Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3
	Extreme (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4

© modifizierter Nachdruck mit Genehmigung der Beltz Test GmbH

HAMD - A

12. Körperliche Symptome – gastrointestinale		17. Krankheitseinsicht	
	SF		Sf
Keine	0	Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist	0
Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch. Schweregefühle im Abdomen	1	Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück	1
Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate	2	Leugnet Krankheit ab	2
13. Körperliche Symptome – allgemeine		Score Items 1 - 17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	S		
Keine	0		
Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit	1		
Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen	2		
14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.		18. Tagesschwankungen	
	S	a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (≙ keine Tagesschwankungen) anzukreuzen.	
Keine	0		SF
Geringe	1	Keine Tagesschwankungen	0
Starke	2	Symptome schlimmer am Morgen	1
15. Hypochondrie		Symptome schlimmer am Abend	2
	Sf	b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an. Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (≙ keine) an.	
Keine	0	Keine	0
Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)	1	Gering	1
Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit	2	Stark	2
Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.	3	19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen	
Hypochondrische Wahnvorstellungen	4		S
16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)		Keine	0
a. Aus Anamnese		Gering	1
Kein Gewichtsverlust	0	Mäßig	2
Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit jetziger Krankheit	1	Stark	3
Sicherer Gewichtsverlust laut Patient	2	Extrem (Patient ist handlungsunfähig)	4
b. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust		20. Paranoide Symptome	
	SF		SF
weniger als 0,5 kg/Woche	0	Keine	0
mehr als 0,5 kg/Woche	1	Mißtrauisch	1
mehr als 1 kg/Woche	2	Beziehungsideen	2
		Beziehungs- und Verfolgungswahn	3
			4
		21. Zwangssymptome	
			SF
		Keine	0
Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!		Gering	1
		Stark	2

© modifizierter Nachdruck mit Genehmigung der Beitz Test GmbH



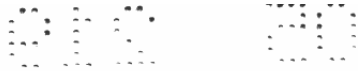
BDI - Aufnahmebogen

Seite 1

BDI - A

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig.
 - 1 Ich bin traurig.
 - 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.
- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 - 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 - 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 - 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.
- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 - 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 - 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 - 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 - 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 - 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 - 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
 - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.
- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 - 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
 - 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
 - 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 - 1 Ich bin von mir enttäuscht.
 - 2 Ich finde mich fürchterlich.
 - 3 Ich hasse mich.



BDI - Aufnahmebogen

Seite 2

BDI - A

- H**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
 - 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 - 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 - 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefeht.

- I**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 - 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 - 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

- J**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 - 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 - 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 - 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

- K**
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 - 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 - 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 - 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

- L**
- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
 - 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 - 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 - 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

- M**
- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
 - 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
 - 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 - 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

- N**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
 - 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
 - 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
 - 3 Ich finde mich häßlich.

BDI - Aufnahmebogen

Seite 3

BDI - A

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

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.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

JA

NEIN

6. Psychiatrisches / psychologisches Gespräch	
mehr als 20 Minuten	
	Anzahl (00 = keine) (99 = unbekannt)
mit Patient	30 <input type="text"/> <input type="text"/>
mit Partner	31 <input type="text"/> <input type="text"/>
mit Familie	32 <input type="text"/> <input type="text"/>

7. Diagnostik durchgeführt (E10)	
	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Psychologische Diagnostik	
Leistungsdiagnostik	34 <input type="text"/> <input type="text"/>
Persönlichkeitsdiagnostik	35 <input type="text"/> <input type="text"/>
Neuropsychologische Diagnostik	36 <input type="text"/> <input type="text"/>
andere	37 <input type="text"/> <input type="text"/>
Klartext: _____	
somatisches Konsil	38 <input type="text"/> <input type="text"/>
	0 = nein 1 = ja, mit relevantem Befund 2 = ja, ohne relevanten Befund 9 = unbekannt
EKG	40 <input type="text"/> <input type="text"/>
EEG	41 <input type="text"/> <input type="text"/>
Röntgen-Thorax	42 <input type="text"/> <input type="text"/>
CCT	43 <input type="text"/> <input type="text"/>
MR (Schädel)	44 <input type="text"/> <input type="text"/>
Liquordiagnostik	45 <input type="text"/> <input type="text"/>
EMG / NLG	46 <input type="text"/> <input type="text"/>
Evozierte Potentiale	47 <input type="text"/> <input type="text"/>
Dopplersonographie	48 <input type="text"/> <input type="text"/>
Schlafpolygraphie	49 <input type="text"/> <input type="text"/>
PET	50 <input type="text"/> <input type="text"/>
SPECT	51 <input type="text"/> <input type="text"/>
sonstige	52 <input type="text"/> <input type="text"/>
Klartext: _____	

8. Psychotherapie:	
	Anzahl Sitzungen (00 = keine) (99 = unbekannt)
Einzeltherapie	
Kognitive und/oder Verhaltenstherapie	54 <input type="text"/> <input type="text"/>
Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	55 <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesprächspsychotherapie (GT)	56 <input type="text"/> <input type="text"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	57 <input type="text"/> <input type="text"/>
Psychoanalytisch orientierte Therapie	58 <input type="text"/> <input type="text"/>
Entspannungstraining	59 <input type="text"/> <input type="text"/>
Körpertherapie	60 <input type="text"/> <input type="text"/>
andere:	61 <input type="text"/> <input type="text"/>
Klartext: _____	
Gruppentherapie	
Kognitive und/oder Verhaltenstherapie	63 <input type="text"/> <input type="text"/>
Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	64 <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesprächspsychotherapie (GT)	65 <input type="text"/> <input type="text"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	66 <input type="text"/> <input type="text"/>
Psychoanalytisch orientierte Therapie	67 <input type="text"/> <input type="text"/>
Entspannungstraining	68 <input type="text"/> <input type="text"/>
Körpertherapie	69 <input type="text"/> <input type="text"/>
Psychoedukative Gruppen	70 <input type="text"/> <input type="text"/>
andere:	71 <input type="text"/> <input type="text"/>
Klartext: _____	
Paartherapie	73 <input type="text"/> <input type="text"/>
Famillientherapie	74 <input type="text"/> <input type="text"/>

9. Sonstige Therapien	
(Mehrfachnennung möglich)	
0 = keine	
1 = Ergotherapie	
2 = Arbeitstherapie	
3 = Bewegungstherapie (Sport, Reiten)	
4 = Sozialtherapeutische Methoden	
5 = Kunst/Musik	

10. Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes: (E11)	
	80 <input type="text"/> <input type="text"/>
0 = keiner	
1 = Suizid	
2 = sicher gefährlicher Suizidversuch	
3 = sonstiger Suizidversuch	
4 = vorsätzliche Selbstschädigung ohne Suizidversuch	
9 = unbekannt / unklar	

11. Die Behandlungszeit in der Klinik war für den Patienten / die Patientin aus der Sicht des Therapeuten: 81 | |

1 = angemessen
2 = zu kurz
3 = zu lang

12. Pflege

Pflegeplanung 82 | |
Bezugspflege 83 | |

0 = nein
1 = ja
9 = unbekannt

13. Entlassungsart: 84 | |

1 = reguläre Entlassung / Verlegung
2 = Entweichung (ohne Wiederaufnahme)
3 = Entlassung gegen ärztlichen Rat / Abbruch der Behandlung durch den Patienten
4 = Entlassung wegen mangelnder Motivation / Kooperation
5 = verstorben aus natürlicher Ursache
6 = verstorben nach Suizidversuch
7 = verstorben nach Unfall / Fremdeinwirkung
9 = unbekannt / unklar

falls verstorben: weiter mit Frage 22 (Diagnosen, Seite 4)

14. Ambulante Nachbetreuung / Weiterbehandlung durch: (E16c)

85 | | 86 | | 87 | | 88 | |

(Mehrfachnennung möglich)

01 = keine
02 = Praktischer Arzt / Allgemeinarzt / Hausarzt / Internist
03 = niedergelassener Psychiater
04 = niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut
05 = sonstiger niedergelassener Arzt
06 = eigene psych. Ambulanz / Poliklinik
07 = andere psych. Ambulanz / Poliklinik
08 = andere nicht psych. Ambulanz / Poliklinik
09 = sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt
10 = Arzt anderer öffentlicher Stellen, z.B. Truppenarzt
11 = freiberuflicher Psychologe / nichtärztlicher Psychotherapeut
12 = psychosozialer Dienst, psychiatrische Beratungsstelle
13 = Suchtberatung
14 = sonstige Beratungsstelle
15 = allgemeine soziale Dienste / Sozialstation
16 = Selbsthilfegruppen / Laiendienste
17 = sonstige
Klartext: _____
99 = unbekannt / unklar

HAMD-E Score
BDI-E Score



Bitte unbedingt eintragen:
(Manual beachten!)

15. HAMD-E Score (Items 1-17) 90 | | |

Bitte unbedingt eintragen:
(Manual beachten!)

16. BDI-E Score 91 | | |



17. Eingeleitete pharmakologische Weiterbehandlung:

92 | | 93 | | 94 | | 95 | | 96 | | 97 | |

(Mehrfachnennung möglich):

00 = keine oder nur Bedarfsmedikation

Antidepressiva

01 = TCA/Maprotilin/Mianserin
02 = TCA/Maprotilin per Infusionen
03 = SSRI
04 = MAOH
05 = NAS(S)A
06 = Andere (z.B. Phytopharmaka)

Neuroleptika

07 = Neuroleptika hochpotent
08 = Neuroleptika mittel/niederpotent
09 = Clozapin/Atypica
10 = Depot - Neuroleptika

Andere

11 = Benzodiazepine/andere Tranquilizer/Hypnotica
12 = Lithium
13 = Cabamazepin
14 = andere Antiepileptika (z.B. Valproat)
15 = Betablocker
16 = Clomethiazol
17 = Schilddrüsenhormone
18 = Antiparkinsonmittel
19 = Sonstige
Klartext: _____



18. Eingeleitete ambulante Psychotherapie:

99 | | | 100 | | | 101 | | |

(Mehrfachnennung möglich)
00 = keine

Einzeltherapie

- 01 = Kognitive und/oder Verhaltenstherapie
- 02 = Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- 03 = Gesprächspsychotherapie (GT)
- 04 = Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- 05 = Psychoanalytisch orientierte Therapie
- 06 = Entspannungstraining
- 07 = Körpertherapie
- 08 = andere:

Klartext: _____

Gruppentherapie

- 09 = Kognitive und/oder Verhaltenstherapie
- 10 = Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- 11 = Gesprächspsychotherapie (GT)
- 12 = Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- 13 = Psychoanalytisch orientierte Therapie
- 14 = Entspannungstraining
- 15 = Körpertherapie
- 16 = Psychoedukative Gruppen
- 17 = andere:

Klartext: _____

- 18 = Paartherapie
- 19 = Familientherapie
- 20 = andere

Klartext: _____

99 = unbekannt

19. Berufliche Situation nach Entlassung: (E20)

106 | | |

- 1 = unverändert
- 2 = vorher Vollzeit, jetzt Teilzeit
- 3 = vorher berufstätig, jetzt arbeitslos
- 4 = vorher berufstätig, jetzt berentet
- 5 = Abnahme der (beruflichen) Tätigkeit aus anderem Grund, z.B. vorher berufstätig, jetzt in Ausbildung, Hausfrau/-mann etc.
- 6 = vorher arbeitslos, jetzt berufstätig
- 7 = vorher Teilzeit, jetzt Vollzeit
- 8 = Zunahme der beruflichen Tätigkeit aus anderem Grund, z.B. vorher in Ausbildung oder Hausfrau/-mann, jetzt berufstätig
- 9 = unbekannt / unklar

20. Schweregrad der Krankheit bei Entlassung

(nach CGI Teil 1): (E21)

106 | | |

- 1 = Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal
- 2 = Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung
- 3 = Patient ist nur leicht krank
- 4 = Patient ist mäßig krank
- 5 = Patient ist deutlich krank
- 6 = Patient ist schwer krank
- 7 = Patient gehört zu den extrem schwer Kranken
- 9 = nicht beurteilbar

21. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung

seit Aufnahme (CGI Teil 2): (E21)

107 | | |

- 1 = Zustand sehr viel besser
- 2 = Zustand ist viel besser
- 3 = Zustand ist nur wenig besser
- 4 = Zustand ist unverändert
- 5 = Zustand ist etwas schlechter
- 6 = Zustand ist viel schlechter
- 7 = Zustand ist sehr viel schlechter
- 9 = nicht beurteilbar

22. Psychiatrische Diagnosen bei Entlassung (E23)

ICD - 9

108 | | | | | . | | |

109 | | | | | . | | |

110 | | | | | . | | |

23. Psychiatrische Diagnosen bei Entlassung (ZE12)

ICD - 10

F 111 | | | | | . | | |

F 112 | | | | | . | | |

F 113 | | | | | . | | |

24. Zusätzliche neurologische Diagnosen nach ICD-9 oder ICD-10 (bei Entlassung):

Anzahl: 114 | | |

Anzahl
(00 = keine)
(99 = unbekannt)

wenn zutreffend „Gesamt-Beeinträchtigung“ 115 | | |

1 = leicht
2 = mittel
3 = schwer
9 = unbekannt

25. Zusätzliche somatische Diagnosen nach ICD-9 oder ICD-10 (bei Entlassung):

Anzahl: 116 | | |

Anzahl
(00 = keine)
(99 = unbekannt)

wenn zutreffend „Gesamt-Beeinträchtigung“ 117 | | |

1 = leicht
2 = mittel
3 = schwer
9 = unbekannt

26. Ggf. Todesursache nach ICD - 9 (E26)

118 | | | | | . | | |

HAMD - E

Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!	
1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit) SF	7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten SF
Keine <input type="checkbox"/> 0	Keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> 0
Nur auf Befragen geäußert <input type="checkbox"/> 1	Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend. <input type="checkbox"/> 1
Vom Patienten spontan geäußert <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 2
Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen) <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 3
Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 4
2. Schuldgefühle S	8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik) F
Keine <input type="checkbox"/> 0	Sprache und Denken normal <input type="checkbox"/> 0
Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben <input type="checkbox"/> 1	Geringe Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 1
Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“ <input type="checkbox"/> 2	Deutliche Verlangsamung bei der Exploration <input type="checkbox"/> 2
Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn <input type="checkbox"/> 3	Exploration schwierig <input type="checkbox"/> 3
Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen <input type="checkbox"/> 4	Ausgeprägter Stupor <input type="checkbox"/> 4
3. Suizid Sf	9. Erregung F
Keiner <input type="checkbox"/> 0	Keine <input type="checkbox"/> 0
Lebensüberdruß <input type="checkbox"/> 1	Zappeligkeit <input type="checkbox"/> 1
Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod <input type="checkbox"/> 2	Spielen mit den Fingern, Haaren usw. <input type="checkbox"/> 2
Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten <input type="checkbox"/> 3	Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können <input type="checkbox"/> 3
Suizidversuche (jeder ernste Versuch = 4) <input type="checkbox"/> 4	Händeringen, Nägelbeißen, Haareraufen, Lippenbeißen usw. <input type="checkbox"/> 4
4. Einschlafstörung Sf	10. Angst – psychisch SF
Keine <input type="checkbox"/> 0	Keine Schwierigkeit <input type="checkbox"/> 0
Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde) <input type="checkbox"/> 1	Subjektive Spannung und Reizbarkeit <input type="checkbox"/> 1
Regelmäßige Einschlafstörung <input type="checkbox"/> 2	Sorgt sich um Nichtigkeiten <input type="checkbox"/> 2
5. Durchschlafstörung Sf	Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert <input type="checkbox"/> 3
Keine <input type="checkbox"/> 0	Ängste werden spontan vorgebracht <input type="checkbox"/> 4
Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf <input type="checkbox"/> 1	11. Angst – somatisch S
Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung) <input type="checkbox"/> 2	Körperliche Begleiterscheinungen der Angst wie: Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Pollakisurie – Schwitzen
6. Schlafstörungen am Morgen Sf	Keine <input type="checkbox"/> 0
Keine <input type="checkbox"/> 0	Geringe <input type="checkbox"/> 1
Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 1	Mäßige <input type="checkbox"/> 2
Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen <input type="checkbox"/> 2	Starke <input type="checkbox"/> 3
	Extreme (Patient ist handlungsunfähig) <input type="checkbox"/> 4

© modifizierter Nachdruck mit Genehmigung der Beltz Test GmbH

HAMD - E

12. Körperliche Symptome – gastrointestinale		17. Krankheitseinsicht	
	SF		Sf
Keine	0	Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist	0
Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch. Schweregefühle im Abdomen	1	Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück	1
Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darmpräparate	2	Leugnet Krankheit ab	2
13. Körperliche Symptome – allgemeine		Score Items 1 - 17 _ _ 	
	S		
Keine	0		
Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit	1		
Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen	2		
14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.		18. Tagesschwankungen	
	S	a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern KEINE Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (≠ keine Tagesschwankungen) anzukreuzen.	
Keine	0		SF
Geringe	1	Keine Tagesschwankungen	0
Starke	2	Symptome schlimmer am Morgen	1
15. Hypochondrie		Symptome schlimmer am Abend	2
	Sf	b. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der SCHWANKUNGEN an. Falls es KEINE gibt, kreuzen Sie 0 (≠ keine) an.	
Keine	0	Keine	0
Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)	1	Gering	1
Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit	2	Stark	2
Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.	3	19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen	
Hypochondrische Wahnvorstellungen	4		S
16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)		Keine	0
a. Aus Anamnese		Gering	1
Kein Gewichtsverlust	0	Mäßig	2
Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit jetziger Krankheit	1	Stark	3
Sicherer Gewichtsverlust laut Patient	2	Extrem (Patient ist handlungsunfähig)	4
b. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust		20. Paranoide Symptome	
	SF		SF
weniger als 0,5 kg/Woche	0	Keine	0
mehr als 0,5 kg/Woche	1	Mißtrauisch	1
mehr als 1 kg/Woche	2	Beziehungsideen	2
		Beziehungs- und Verfolgungswahn	3
			□
		21. Zwangssymptome	
			SF
		Keine	0
Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Feststellungen zutreffend beantwortet haben!		Gering	1
		Stark	2

© modifizierter Nachdruck mit Genehmigung der Beitz Test GmbH

BDI - Entlassungsbogen

Seite 1

BDI - E

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig.
 - 1 Ich bin traurig.
 - 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 - 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 - 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 - 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 - 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 - 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 - 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 - 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 - 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 - 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 - 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
 - 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 - 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 - 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 - 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
 - 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
 - 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 - 1 Ich bin von mir enttäuscht.
 - 2 Ich finde mich fürchterlich.
 - 3 Ich hasse mich.

© nachgedruckt mit Genehmigung des Verlags Hans Huber, Bern

BDI - Entlassungsbogen

Seite 2

BDI - E

- H**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
 - 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 - 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 - 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefliegt.

- I**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 - 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 - 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 - 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

- J**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 - 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 - 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 - 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

- K**
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 - 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 - 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 - 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

- L**
- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
 - 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 - 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 - 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

- M**
- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
 - 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
 - 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 - 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

- N**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
 - 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
 - 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
 - 3 Ich finde mich häßlich.

BDI - Entlassungsbogen

Seite 3

BDI - E

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

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.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

JA

NEIN

Beurteilung des Behandlungsangebotes / Seite 1

BBA

Wie hilfreich waren die folgenden Behandlungsangebote und Möglichkeiten für eine Besserung Ihrer Beschwerden? Bitte bei jedem Punkt das Zutreffende ankreuzen.

NR	Therapieangebot	nicht stattgefunden bzw. verordnet	sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
1	Einzeltherapeutische Gespräche mit Ärzten /- innen / Psychologen / innen	o	①	②	③	④
2	Zuwendung und Gespräche mit dem Pflegepersonal	o	①	②	③	④
3	Gruppenpsychotherapie	o	①	②	③	④
4	Ergotherapie / Beschäftigungstherapie / Arbeitstherapie	o	①	②	③	④
5	Bewegungstherapie / Krankengymnastik / Sport	o	①	②	③	④
6	Musiktherapie	o	①	②	③	④
7	Entspannungstraining	o	①	②	③	④
8	Medikamente	o	①	②	③	④
9	Kontakt mit dem/der Sozialarbeiter/ -in	o	①	②	③	④
10	Einbeziehung von Angehörigen (Paar- und Familiengespräche, Angehörigengruppen)	o	①	②	③	④

NR	Zwischenmenschliche Kontakte	nicht stattgefunden bzw. verordnet	sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
11	Besuche durch Angehörige / Freunde	o	①	②	③	④
12	Kontakt zu Mitpatienten	o	①	②	③	④

NR	Stationsablauf, -programm, -atmosphäre	sehr hilfreich	ziemlich hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
13	Atmosphäre auf Station	①	②	③	④
14	Strukturierter Tagesablauf	①	②	③	④
15	Angebote / Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung	①	②	③	④
16	Sich mit seinen Problemen verstanden / ernstgenommen fühlen	①	②	③	④
17	Abstand von zu Hause	①	②	③	④

18 Welcher der oben genannten Punkte (Nummer 1-17) erschien Ihnen am wichtigsten??

|||

(Bitte die entsprechende Zahl hier eintragen!)

Beurteilung des Behandlungsangebotes / Seite 2

BBA

Bitte bei den folgenden Fragen das Zutreffende ankreuzen!

¹⁹ **Wie schätzen Sie Ihre Aufenthaltsdauer in der Klinik ein?**

① angemessen

② zu kurz

③ zu lang

²⁰ **Wie beurteilen Sie das Ergebnis der Behandlung?**

Ich fühle mich

① sehr viel besser

② viel besser

③ nur wenig besser

④ unverändert

⑤ etwas schlechter

⑥ viel schlechter

⑦ sehr viel schlechter

Was ließe sich Ihrer Meinung nach in der Klinik noch verbessern?

Was hat Ihnen während der Behandlungszeit gefehlt?

Zufriedenheit mit der Behandlung

Z U F 8 - Fragebogen

ZUF - 8

Zutreffendes bitte ankreuzen!

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet ①	gut ②	weniger gut ③	schlecht ④
2. Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht ①	eigentlich nicht ②	im allgemeinen ja ③	eindeutig ja ④
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen ①	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen ②	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen ③	sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen ④
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht ①	eigentlich nicht ②	im allgemeinen ja ③	eindeutig ja ④
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden ①	leidlich oder leicht unzufrieden ②	weitgehend zufrieden ③	sehr zufrieden ④
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhalten haben, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge ①	ja, sie half etwas ②	nein, sie half eigentlich gar nicht ③	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht ④
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im großen und ganzen?			
sehr zufrieden ①	weitgehend zufrieden ②	leidlich oder leicht unzufrieden ③	ziemlich unzufrieden ④
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht ①	eigentlich nicht ②	im allgemeinen ja ③	eindeutig ja ④

**zu 2.2.2.1. Untersuchung einer am Bezirkskrankenhaus erhobenen
Patientenstichprobe: Subgruppe therapieresistenter bzw. chronisch
Depressiver anhand von fünf Einzelfallanalysen:**

**Fragebogen zur Erfassung von Prädiktoren für Therapieresis-
tenz/Chronifizierung**

Interviewleitfäden

Fragebogen zur Erfassung von Prädiktoren für Therapieresistenz/Chronifizierung

Name des/der Patienten/in:

Komorbidität

a) mit anderen psychischen Störungen:

_____ F .

b) mit chronischen somatischen Krankheiten:

c) mit sonstigen somatischen Krankheiten:

Kritische Lebensereignisse in der Vorgeschichte:

Art und Zeitpunkt: _____

Art und Zeitpunkt: _____

Art und Zeitpunkt: _____

Positive Familienanamnese:

Psychische Erkrankungen/Störungen in der Familie / der näheren (Bluts-) Verwandtschaft:

Verwandtschaftsgrad: Art der Störung

Problematische Familiensituation

(z.B. häufige / starke eheliche Konflikte, kranker / pflegebedürftiger Partner)

Interviewleitfaden bei Entlassung

- **Alter bei Erstmanifestation:**

*Wenn Sie zurückdenken an den Anfang Ihrer Erkrankung:
Wann traten das erste Mal Depressionen bei Ihnen auf?
(Jahr/Lebensalter)*

_____ Jahre

- **Behandlung:**

Von wem wurde Ihre Erkrankung/Störung bisher behandelt?

- Hausarzt/ärztin*
- Nervenarzt/ärztin*
- PsychotherapeutIn*
- Psychiatrisches Krankenhaus*
- anderes Krankenhaus*
- andere, nämlich:* _____

Wie wurde die Depression behandelt?

- mit Psychopharmaka:* _____

- mit Psychotherapie:* _____
- anders, nämlich:* _____

Wurden Sie schon einmal mit Schlafentzug behandelt?

- nein* *ja*

Wenn ja, mit welchem Erfolg? (Besserung ja/nein und wie lange anhaltend)

Zu später Beginn der Behandlung?

*Wie viel Zeit ist vergangen zwischen dem Beginn der Depression und der ersten Behandlung?
a) beim Hausarzt:*

Wie hat er Ihre Erkrankung behandelt? (Medikamente etc.)

a) beim Nervenarzt: Wie behandelt?

b) evtl. Psychotherapeut? (Wer? Falls bekannt: Welche Therapierichtung? Wie oft? Wie lange?)

c) stationäre Behandlung? Wann, wo?

• **Anzahl Hospitalisierung:**

Wie oft waren Sie schon in stationärer Behandlung?

Mal

Wo/wann/wie lange?

• **Beruf:**

Üben (übten) Sie einen Beruf aus?

nein ja früher ja, jetzt nicht mehr (Grund: Berentung
 andere: _____)

Welchen?

Welchen Beruf hatten Sie vor dem Ausbruch der Depression?

Familie:

Bitte beschreiben Sie Ihre familiäre Situation.

(Einschätzung Interviewer:

Fam. Situation: Belastungsgrad 1-100

(1 unbelastet (im Sinne von „nicht mehr Belastungen durch die familiäre Situation als in ‘Durchschnittsfamilie’“),

100 stärkste Belastung):

(nur **familiäre** Belastungen wie z.B. häufige familiäre Konflikte, Versorgung einer großen Familie etc. , wenn nicht in Partnerschaft/Familie lebend: 999)

Leben Sie in einer Partnerschaft?

nein

ja:

zusammenwohnend

getrennt wohnend

Lebten Sie früher in einer Partnerschaft?

nein

ja: Zeitraum: Von _____ bis _____

Von _____ bis _____

Von _____ bis _____

Wenn nicht in Partnerschaft lebend:

Würden Sie gerne in einer Partnerschaft leben?

nein

ja

Wenn ja:

Belastet Sie der Zustand des Alleinlebens?

nein

ja

Wenn in Partnerschaft lebend:

Bitte beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin!

(Pflegebedürftiger Partner? Viele ehelichen/partnerschaftlichen Konflikte?)

(Einschätzung Interviewer:

Partner-Situation: Belastungsgrad 1-100 (1 unbelastet, 100 stärkste Belastung):

*Haben Sie **Kinder**?*

nein *ja*

Bitte beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Kindern!

(Einschätzung Interviewer:

Verhältnis zu Kindern: Belastungsgrad 1-100 (1 unbelastet, 100 stärkste Belastung)

*Weitere (für Ihr Leben wichtige) **Verwandte**?*

nein *ja* _____

Wie ist das Verhältnis zu diesen Verwandten?

Einschätzung Interviewer: Belastungsgrad des Verhältnisse zu den Verwandten: (1-100)

*Bitte beschreiben Sie Ihre **Herkunftsfamilie**/die Familie, aus der Sie stammen.
(„Broken home-Situation“?)*

Einschätzung Interviewer: Situation in der Herkunftsfamilie: 1-100
(1 „normale“ Verhältnisse, 100 stark belastende Verhältnisse)

• **Chronische Belastungen:**

Bitte beschreiben Sie einen „typischen Tag“ in Ihrem Leben / Ihren Alltag.

Einschätzung Interviewer: Belastungsgrad 1-100:

Gibt es etwas, das Sie dauerhaft belastet, wie z.B.

- mehrere jüngere Kinder im Haushalt,
- Fehlen einer bezahlten Beschäftigung,
- Fehlen von Unterstützung durch eine nahe Bezugsperson,
- reduziertes Selbstwertgefühl?

nein ja, nämlich: _____

• **Coping:**

Wie gehen Sie mit Stress um? Was tun Sie, wenn Sie sich von etwas (Arbeit, Familie, etc.) sehr belastet fühlen? Was hilft Ihnen? Wie gut hilft es?

Einschätzung Interviewer:

Hilfreiche Coping-Strategien (quantitativ und qualitativ) (100)

- wenig hilfreiche Coping-Strategien bzw. zu wenige Coping-Möglichkeiten (1):

• **Lebensereignisse:**

(v.a. auch Tod naher Angehöriger)

Welche außergewöhnlichen Ereignisse gab es in Ihrem Leben bisher? (Gute und schlechte, z.B. überraschende Erbschaft oder schlimmer Unfall etc.)

Trat eines/traten einige davon zu Beginn oder im Verlauf der jetzigen Erkrankung auf?

Gab es andere größere Veränderungen in Ihrem Leben, die zu Beginn oder im Verlauf der Erkrankung auftraten?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen einem/einigen der Ereignisse und Ihrer Erkrankung?

Mussten Sie den Verlust naher Angehöriger erleben? (Wann? Wer? Wie?)

Einschätzung Interviewer:
relevante KLE

- nein
- ja

• **Lebenssituation allgemein?**

*Wie würden Sie Ihre Lebenssituation beschreiben? Sind Sie zufrieden damit?
Wenn nicht: Was müsste sich daran ändern, damit Sie zufrieden damit sein könnten?*

Einschätzung Interviewer:
Lebenssituation:
1 = problemlos
100 = sehr problematisch

Prämorbidie Persönlichkeit:

Was waren Sie vor Ausbruch der Depression für ein Mensch?

(z.B. schwernehmend/fröhlich/leicht aus der Fassung zu bringen/ängstlich/...)

Einschätzung Interviewer:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extraversion | <input type="checkbox"/> Introversion |
| <input type="checkbox"/> Neurotizismus niedrig | <input type="checkbox"/> hoch |
| <input type="checkbox"/> emotional stabil | <input type="checkbox"/> labil |
| <input type="checkbox"/> wenig ängstlich | <input type="checkbox"/> ängstlich |

• Persönlichkeitsvariablen:

Selbstvertrauen 1-100 einschätzen

*Bitte versuchen Sie, auf einer Skala von 1-100 Ihr Selbstvertrauen einzuschätzen!
(1 fast keines, 100 sehr großes)*

Ängstlichkeit 1-100 einschätzen
(*analog*)

„Schüchternheit“
(*analog*)

• Soziales Netzwerk:

*Wie viele Freunde/Bekannte haben Sie?
Wie ist Ihr Verhältnis zu ihnen?*

Wie viele davon würden Sie als „gute Freunde“ beschreiben?

*Gibt es jemanden, mit dem Sie über alles reden können?
Wen?*

Haben Sie jemanden, mit dem Sie insbesondere über Ihre Probleme reden können?

Sind Sie zufrieden mit Ihren sozialen Kontakten (außerhalb der Familie)?

(Wenn nein: Was sollte anders werden?)

Einschätzung Interviewer:
Soziales Netzwerk:

1= wenig soziales Netzwerk, wenig soziale Unterstützung
100 = gutes soziales Netzwerk, gute soziale Unterstützung

• **Einkommen:**

Beruf des Patienten:

Patient arbeitet in diesem Beruf ja nein, sondern:

Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden?

Gibt es finanzielle Probleme?

Einschätzung Interviewer:
1= keine finanziellen Probleme
100 große finanzielle Probleme

• **Wohnverhältnisse**

Wie viele Menschen leben in Ihrer Wohnung?

Wie groß ist sie?

Sind Sie mit Ihrer Wohnung zufrieden?

Einschätzung Interviewer:

1= keine Probleme bzgl. der Wohnsituation

100 große Probleme die Wohnsituation betreffend

• **Soziale Kompetenz:**

*Sind Sie im Kontakt mit anderen eher „schüchtern“ und zurückhaltend?
(War das in der Zeit vor der Erkrankung anders?)*

*Fällt es Ihnen schwer, Kontakte mit anderen Menschen herzustellen und/oder sie aufrechtzu-
erhalten?*

Können Sie auch mal „neinsagen“, wenn jemand etwas von Ihnen erbittet/verlangt/fordert?

Können Sie eigene Forderungen vertreten und durchsetzen?

Einschätzung Interviewer:

Soziale Kompetenz des Patienten/der Patientin:

1 = keine/kaum soziale Kompetenz, große Probleme im sozialen Bereich

100 = große soziale Kompetenz, große Probleme im sozialen Bereich

• **Störungsspezifische Merkmale:**

(Verlauf/Therapeut)

(Anhedonie siehe BDI)

Episodenlänge (Per def. > 2 Jahre!)

Hatten Sie schon früher depressive Phasen?

Wie oft?

Wie lange dauert es, bis eine depressive Phase wieder besser wird?

Einzelfalluntersuchung: Interviewleitfaden im Follow-up

Interviewleitfaden: Follow-up

• **Behandlung:**

Von wem wurde Ihre Erkrankung/Störung seit der Entlassung weiterbehandelt?

- Hausarzt/ärztin
- Nervenarzt/ärztin
- PsychotherapeutIn
- Psychiatrisches Krankenhaus
- anderes Krankenhaus
- andere, nämlich: _____

Wie wurde die Depression behandelt?

- mit Psychopharmaka: _____

- mit Psychotherapie: _____
- anders, nämlich: _____

• **Beruf:**

Hat sich im beruflichen Bereich seit der Entlassung etwas verändert?

- nein ja
- vorher nicht berufstätig, jetzt berufstätig
- vorher berufstätig jetzt nicht mehr berufstätig
- vorher Vollzeit, jetzt Teilzeit
- anderes:

• **Familie:**

Hat sich im familiären Bereich etwas verändert?
(Alleinleben, Partnerschaft, Kinder, etc.)

(Einschätzung Interviewer:

Fam. Situation: Belastungsgrad 1-100 (1 unbelastet (im Sinne von „nicht mehr Belastungen durch die familiäre Situation als in ‘Durchschnittsfamilie’“), 100 stärkste Belastung):

(nur **familiäre** Belastungen wie z.B. häufige familiäre Konflikte, Versorgung einer großen Familie etc. , wenn nicht in Partnerschaft/Familie lebend: 999)

Veränderung? ja nein

Wenn in Partnerschaft lebend:

Bitte beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin!

(Pflegebedürftiger Partner? Viele ehelichen/partnerschaftlichen Konflikte?)

(Einschätzung Interviewer:

Partner-Situation: Belastungsgrad 1-100 (1 unbelastet, 100 stärkste Belastung):

Veränderung? ja nein

Bitte beschreiben Sie das Verhältnis zu Ihren Kindern!

(Einschätzung Interviewer:

Verhältnis zu Kindern: Belastungsgrad 1-100 (1 unbelastet, 100 stärkste Belastung):

Veränderung? ja nein

Weitere (für Ihr Leben wichtige) Verwandte?

nein ja _____

Wie ist das Verhältnis zu diesen Verwandten?

Einschätzung Interviewer: Belastungsgrad des Verhältnisse zu den Verwandten: (1-100)

Veränderung? ja nein

• **Chronische Belastungen:**

Bitte beschreiben Sie einen „typischen Tag“ in Ihrem Leben / Ihren Alltag.

Einschätzung Interviewer: Belastungsgrad 1-100:

Veränderung? ja nein

Gibt es etwas, das Sie dauerhaft belastet, wie z.B.

- mehrere jüngere Kinder im Haushalt,*
- Fehlen einer bezahlten Beschäftigung,*
- Fehlen von Unterstützung durch eine nahe Bezugsperson,*

nein *ja, nämlich:* _____

Veränderung? ja nein

• **Coping:**

Wie gehen Sie mit Stress um? Was tun Sie, wenn Sie sich von etwas (Arbeit, Familie, etc.) sehr belastet fühlen? Was hilft Ihnen? Wie gut hilft es?

Einschätzung Interviewer:

Hilfreiche Coping-Strategien (quantitativ und qualitativ) (100)

- wenig hilfreiche Coping-Strategien bzw. zu wenige Coping-Möglichkeiten (1):

Veränderung? ja nein

• **Lebensereignisse:**

(v.a. auch Tod naher Angehöriger)

Gab es im letzten halben Jahr außergewöhnlichen Ereignisse? (Gute und schlechte, z.B. überraschende Erbschaft oder schlimmer Unfall etc.)

Einschätzung Interviewer:
relevante KLE

- nein
- ja

• **Lebenssituation allgemein?**

Wie würden Sie Ihre Lebenssituation beschreiben? Sind Sie zufrieden damit? Wenn nicht: Was müsste sich daran ändern, damit Sie zufrieden damit sein könnten?

Einschätzung Interviewer:
Lebenssituation:

1 = problemlos

100 = sehr problematisch („aussichtslos“)

Veränderung? ja nein

- **Persönlichkeitsvariablen:**

Selbstvertrauen 1-100 einschätzen

*Bitte versuchen Sie, auf einer Skala von 1-100 Ihr Selbstvertrauen einzuschätzen!
(1 fast keines, 100 sehr großes)*

Veränderung? ja nein

Ängstlichkeit 1-100 einschätzen

(analog)

Veränderung? ja nein

„Schüchternheit“

(analog)

Veränderung? ja nein

- **Soziales Netzwerk:**

Wie viele Freunde/Bekannte haben Sie?

Wie ist Ihr Verhältnis zu ihnen?

Veränderung? ja nein

Wie viele davon würden Sie als „gute Freunde“ beschreiben?

Veränderung? ja nein

Gibt es jemanden, mit dem Sie über alles reden können?

Wen?

Veränderung? ja nein

Haben Sie jemanden, mit dem Sie insbesondere über Ihre Probleme reden können?

Veränderung? ja nein

Sind Sie zufrieden mit Ihren sozialen Kontakten (außerhalb der Familie)?

Veränderung? ja nein

(Wenn nein: Was sollte anders werden?)

Einschätzung Interviewer:

Soziales Netzwerk:

1= wenig soziales Netzwerk, wenig soziale Unterstützung

100 = gutes soziales Netzwerk, gute soziale Unterstützung

Veränderung? ja nein

• **Einkommen:**

Beruf des Patienten:

Patient arbeitet in diesem Beruf ja nein, sondern:

Veränderung? ja nein

Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden?

Veränderung? ja nein

Gibt es finanzielle Probleme?

Veränderung? ja nein

Einschätzung Interviewer:

1= keine finanziellen Probleme

100 große finanzielle Probleme

Veränderung? ja nein

- **Wohnverhältnisse**

Wie viele Menschen leben in Ihrer Wohnung?

Wie groß ist sie?

Sind Sie mit Ihrer Wohnung zufrieden?

Einschätzung Interviewer:

1= keine Probleme bzgl. der Wohnsituation

100 = große Probleme die Wohnsituation betreffend

Veränderung? ja nein

- **Soziale Kompetenz:**

Einschätzung Interviewer:

Soziale Kompetenz des Patienten/der Patientin:

1 = keine/kaum soziale Kompetenz, große Probleme im sozialen Bereich

100 = große soziale Kompetenz, große Probleme im sozialen Bereich

Veränderung? ja nein

Gesundheitszustand seit der Entlassung

Wie geht es Ihnen heute?

Fühlen Sie sich noch depressiv?

ja

nein, sondern gesund

Ihr Befinden seit der Entlassung ist

- gleichbleibend seit Entlassung: (gleichbleibend gut schlecht mittelmäßig)
- besser
- schlechter

Traten seit der Entlassung bessere oder schlechtere Phasen im Befinden auf?

Wie stark waren sie?

- 1 = sehr geringe Schwankungen
- 100 = extrem starke Schwankungen

Wie lange dauerten sie?

Gab es etwas, das mit der Verbesserung/Verschlechterung in Zusammenhang stand?
Äußere Ereignisse?

Wenn Sie zurückblicken auf die letzten 6 Monate - was hat sich verändert im Vergleich zu der Zeit, kurz bevor Sie ins BKH gekommen sind?