

INTERAKTION VON CHRONISCH DEPRESSIVEN MIT DEM ENGSTEN ANGEHÖRIGEN. EINE EMPIRISCHE VERGLEICHSTUDIE

Carmen Morawetz, Friederike T. Zimmer

Zusammenfassung

Es wird geschätzt, daß etwa 12 % der Erwachsenen einmal in ihrem Leben an einer Depression leiden. Klinische Erfahrungen und zahlreiche Untersuchungen zeigen, daß die meisten depressiven Erkrankungen phasisch verlaufen. Bei einem Teil der Patienten nimmt die Depression jedoch einen chronischen Fortgang. Dabei sind die Ursachen der Chronifizierung bislang weitgehend ungeklärt. Der Identifikation von Faktoren, die eine chronische Depression kennzeichnen und ihre Entstehung und Aufrechterhaltung beeinflussen, kommt somit große Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund wurde in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche interaktionellen Auffälligkeiten mit einer chronisch depressiven Erkrankung einhergehen. Zur Abklärung dieser Fragestellung wurden 20 depressive Patienten (11 chronisch Depressive und 9 akut Depressive) mit ihren nächsten Angehörigen in einer Interaktionssituation mit Hilfe eines Ratingsystems untersucht, ihr beobachtbares Interaktionsverhalten analysiert und verglichen. Es konnte gezeigt werden, daß depressive Patienten in der beobachtbaren Interaktion mit dem Angehörigen mangelhafte soziale Fertigkeiten und eine ungünstige Kommunikation aufweisen.

Schlüsselwörter chronische Depression - partnerschaftliche Interaktion - interpersonelles Verhalten - INDA

Summary

The life time prevalence of depression is about 12 %. Clinical experience and a number of studies have revealed that the majority of depressive disorders show an episodic pattern however, some of the patients suffer from chronic depression. Little is known about the factors predisposing and maintaining chronic depression. In our study we investigated interactional patterns in conjunction with chronic depressive illness. Interactional behaviour of 20 depressive patients (11 chronically and 9 acutely depressed) was rated and compared during an interview situation with the INDA rating system. The patients showed impaired social competence and deficits in communication patterns.

Keywords chronic depression - marital interaction - interpersonal behavior - INDA

Einleitung

Ca. 12 % der Erwachsenen erkranken einmal in ihrem Leben an einer klinisch bedeutsamen, phasischen Depression. Bei ca. 15 % der Patienten nimmt die Depression einen chronischen Verlauf (Weissman, Akiskal 1984), an einer dysthymen Störung leiden weltweit 3 % der Bevölkerung (Akiskal 1996). Nach DSM-III-R wird eine chronische Depression diagnostiziert, wenn die Störung seit mindestens zwei Jahren vorliegt, in Teilremission weiterbesteht oder die Dysthymiekriterien erfüllt sind. Im Gegensatz zu einer akuten Depression zeichnet sich eine chronische Erkrankung aus durch multiple Symptome geringerer Intensität und Schwere (Brieger, Marneros 1995, Akiskal 1996). Interpersonelle Schwierigkeiten sind sowohl Merkmal der akuten als auch der chronisch depressiven Erkrankung (Coyne 1984, Segrin und Abramson 1994). Zahlreiche Studien untersuchten das konkret beobachtbare Interaktionsverhalten von akut Depressiven. In ihren Interaktionen findet sich mehr negatives und weniger positives verbales und nonverbales Verhalten im Vergleich zu nichtdepressiven Paaren (Schröder et al. 1996). Auch

die Partnerschaften chronisch Depressiver erscheinen problematisch und unglücklich (Coyne 1984, Akiskal 1996). Neben multiplen Verlusten, Tod oder Krankheit naher Angehöriger sind bei verheirateten Paaren häufig ambivalente Gefühle beteiligt: positive Affekte, Schuldgefühle, aggressive und depressive Reaktionen wechseln einander ab (Zimmer FT und Heimann 1995). Im Vergleich zu akut Depressiven ist jedoch interessanterweise über das tatsächliche, beobachtbare Interaktionsverhalten chronisch Depressiver wenig bekannt. Vor diesem Hintergrund sollte in der vorliegenden Studie die Analyse konkreter Interaktionen von akut und chronisch depressiven Patienten mit ihren Angehörigen aufzeigen, welche Verhaltensweisen für partnerschaftliche Konflikte verantwortlich sein könnten. Ziel der Interaktionsanalyse war zum einen, die Ergebnisse der Interaktionsstudien bei Depressiven mit ihren Partnern bei unseren Stichproben zu replizieren, zum anderen zu erkunden, ob bzw. welche problematischen Interaktionsmuster mit einer chronischen Depression verknüpft sind.

Der Untersuchung lagen folgende Hypothesen zu Haupt- und Nebenfragestellungen zugrunde:

1. Hinsichtlich Qualität und Quantität der Beeinträchtigung des partnerschaftlichen Interaktionsverhaltens zeigen chronisch Depressive im Vergleich zu akut Depressiven stärkere Auffälligkeiten.
2. Es werden Unterschiede im Interaktionsverhalten zwischen depressiven Frauen und Männern erwartet, wobei die Richtung derselben jedoch offen bleibt.
3. Es soll geprüft werden, ob sich Unterschiede im Interaktionsverhalten der Angehörigen von chronisch depressiven Patienten im Vergleich zu Angehörigen von akut depressiven Patienten aufzeigen lassen. Hierfür läßt sich jedoch keine spezifische Hypothese formulieren.
4. Hinsichtlich Qualität und Quantität des Interaktionsverhaltens zeigen Depressive im Vergleich zu ihren Angehörigen stärkere Auffälligkeiten.

Methoden

Die Untersuchung stellt einen kontrollierten Vergleich zwischen dem Interaktionsverhalten von chronisch und akut depressiven Patienten, deren Partnern und männlichen bzw. weiblichen Patienten dar. Sie wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen unter der Leitung von F.T. Zimmer im Rahmen der vom BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) geförderten Studie „Chronische und therapieresistente Depression“ durchgeführt. Aufgenommen wurden Patienten mit der Diagnose einer primären, unipolaren, nichtpsychotischen Depression, die mit mindestens einem Partner zusammenlebten. Die Einschlusskriterien für eine chronische Depression waren wie folgt definiert: Major Depression bzw. Dysthyme Störung nach DSM-

III-R; Depressive Disorder und (oder) Major Depressive Disorder nach RDC und nach ICD-9 300.4 (neurotische Depression) oder 296.1 (monopolare Depression). Dauer: mindestens zwei Jahre. Für eine akute Depression mußten folgende Kriterien erfüllt sein: Major Depression bzw. Dysthyme Störung (DSM-III-R); Depressive Disorder und (oder) Major Depressive Disorder nach RDC und nach ICD-9 300.4 (neurotische Depression) oder 296.1 (monopolare Depression) mit einer Dauer von weniger als zwei Jahren. Der Schweregrad der Depression wird anhand von Fremdbeurteilung nach der Hamilton-Depressionsskala (Hamilton 1967) (MHRSD 12) und Selbstbeurteilung mit dem Beck Depressionsinventar (Beck 1961) (BDI 16) erfaßt. Aufgenommen wurden Männer und Frauen im Alter zwischen 21 und 60 Jahren. Ausgeschlossen wurden Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen, bipolaren, psychotischen oder sekundären Merkmalen einer Depression, internistischen oder neurologischen Erkrankungen, Intelligenzmangel oder unzureichenden Sprachkenntnissen.

Teilnehmer

Soziodemographische Merkmale

Insgesamt nahmen 20 depressive Patienten sowie deren nächster Angehöriger (Ehepartner) an der Untersuchung teil (13 Frauen, sieben Männer). Bei elf Paaren litt ein Partner an einer chronischen Depression, 10 von ihnen waren Frauen. Bei neun Paaren war ein Partner an einer akuten Depression erkrankt (sechs Männer, drei Frauen). Die Partner der chronisch depressiven Patienten waren durchschnittlich 47.7 Jahre alt (SD = 8.8), die der akut Depressiven 46.2 Jahre (SD = 8.1). Der Altersunterschied zwischen den beiden Patientengruppen war statistisch nicht signifikant. Gleiches gilt für Ehedauer und Ausbildungsvariablen (Tab.1).

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale chronisch und akut depressiver Patienten

Merkmal	chronisch Depressive N = 11	akut Depressive N = 9	p
Alter (Jahre)			
M	45.5	45.2	
SD	7.9	9.3	.84
Ehedauer (Jahre)			
M	21.9	17.8	
SD	10.1	11.6	.21
höchste Schulbildung			
VS	6	4	
RS	4	3	
Gymnasium	1	2	.46

Anmerkung: VS: Volksschule; RS: Realschule; p: statistischer Effekt

Auch zwischen den Geschlechtern ergibt sich kein bedeutsamer Unterschied in der Ausbildung (Tab. 2).

Tabelle 2: Ausbildungsdaten männliche und weibliche Patienten

höchste Schulbildung	Männer N = 7	Frauen N = 13	p
VS	4	6	
RS	2	4	.55
Gymnasium	1	3	

Anmerkung: VS: Volksschule; RS: Realschule; p: statistischer Effekt

Krankheitsspezifische Merkmale

Die Patienten der chronischen Gruppe zeigten in den Depressionsmaßen der Modified Hamilton Rating Scale for Depression (MHRSD, Miller et al. 1985) bzw. dem Depressionsinventar nach Beck (BDI, Beck et al. 1961) keine statistisch bedeutsamen Differenzen im Vergleich zur Akut-Gruppe (MHRSD: M = 14.7; SD = 6.8 vs. M = 13.2; SD = 5.5; BDI: M = 24.2; SD = 13.3 vs. 23.1; SD = 11.7) (Tab. 3). Auch die männlichen und weiblichen Patienten unterschieden sich nicht im Ausmaß der Depression (MHRSD: M = 11.6; SD = 5.5 vs. M = 15.4; SD = 6.3; BDI: M = 19.4; SD = 11.6 vs. M = 26.0; SD = 12.4) (Tab.4).

Tabelle 3: Schwere der Depression bei chronisch und akut Depressiven

Test	chronisch Depressive N = 11	akut Depressive N = 9	p
MHRSD			
M	14.7	13.2	.30
SD	6.8	5.5	
BDI			
M	24.2	23.1	.43
SD	13.3	11.7	

Anmerkung: MHRSD: Modified Hamilton Rating Scale for Depression; BDI: Beck Depressions-Inventar

Tabelle 4: Schwere der Depression bei männlichen und weiblichen Patienten

Test	Männer N = 7	Frauen N = 13	p
MHRSD			
M	11.6	15.4	.19
SD	5.5	6.3	
BDI			
M	19.4	26.0	.26
SD	11.6	12.4	

Anmerkung: MHRSD: Modified Hamilton Rating Scale for Depression; BDI: Beck Depressions-Inventar

Untersuchungsinstrumente

Zur Fremdbeurteilung der depressiven Symptomatik wurde die Hamilton-Depression-Skala (HAMD, Hamilton 1967) in der modifizierten Form von Miller et al. (1985) eingesetzt. Um neben den objektiven auch die subjektiven Aspekte der Depression zu erfassen, wurde zur Selbsteinschätzung das Depressions-Inventar von Beck et al. (1961) hinzugezogen. Zur Erfassung der verbalen und nichtverbalen Interaktionsmuster zwischen depressiven Patienten und Partner wurde aufgrund der Literatur bei schizophrenen Patienten (Valone, Goldstein und Norton 1984; Miklowitz, Goldstein und Falloon 1984), Depressiven (Vaughn und Leff 1976; Hooley und Hahlweg (1986) sowie Partnern in Ehetherapie (Zimmer D 1983, 1985) eine Aufgabensituation weiterentwickelt (INDA - Interaktion Depressiver mit dem engsten Angehörigen). Der Aufgabe zur Analyse des konkreten Interaktionsverhaltens bei chronisch und akut depressiven Patienten bestand aus zwei

Teilen: Jedem Paar wurde eine Reihe von Themen geboten, die in einer Partnerschaft relevant sein bzw. zu Problemen führen können. Als Beispiele seien genannt: „Wie wir die Freizeit gestalten“, „Wie wir über positive Gefühle sprechen“, „Ob und wie wir persönliche Eigenheiten des jeweils anderen annehmen und akzeptieren können“. Die Partner wurden gebeten, sich auf ein für sie wichtiges, bedeutsames Thema für das anschließende Gespräch zu einigen (Konsensbildungsaufgabe). Über dieses Thema sollte das Paar 10 Minuten diskutieren. Die mit Video aufgezeichneten Interaktionen wurden mit einem Ratingsystem zur Erfassung partnerschaftlicher Interaktion (INDA) analysiert. Die Kodierung erfolgt durch die globale Einschätzung der Ausprägung eines zu beobachtenden Merkmals auf einer bestimmten Dimension. Die Einstufung der Urteile wird auf einer 7-teiligen Skala vorgenommen. In unserer Arbeit wurden allein die Dimensionen verwendet, die in der o. g. Studie (Zimmer D 1983) zwischen depressiven und nichtdepressiven Problem- und Kontrollpaaren differenzieren und in der Arbeit von Endriss (1986) bereits bei chronisch Depressiven Verwendung fanden und sich in der Studie von Rupp (1985) als Schätzer für eine gute bzw. schlechte Kommunikation bestätigt haben. Dies ergibt folgende Zusammenstellung (Dimensionen 1 bis 15): D1: aktiv - passiv; D2: direkt - indirekt; D3: Körper: entspannt - angespannt; D4: Blick: zugewandt - abgewandt; D5: Klientenrolle - Helferrolle; D6: rational -emotional; D7: Selbstachtung - Selbstabwertung; D8: Selbstöffnung negativer Gefühle; D9: Empathie: niedrig -hoch; D10: Mimik: kongruent - inkongruent; D11: Stimme: sicher - unsicher; D12: Stimme: kongruent -inkongruent; D13: Stimme: positiv - negativ; D14: Steuerung (Sender); D15: Steuerung (Empfänger).

Die Dimensionen, die Rückschlüsse auf das positive bzw. negative Interaktionsverhalten erlauben, wurden in unserer Studie im Anschluß an das 10minütige Gespräch als Gesamtabschätzung erhoben, mit Ausnahme der beiden quantitativen Dimensionen D14 und D15 Steuerung als Sender / Empfänger. Diese Dimensionen wurden alle zwei Minuten erfaßt, so daß insgesamt fünf Urteile pro Teilnehmer vorliegen. Auf diese Weise ist eine eindeutige Reliabilitätsprüfung aller erhobenen Daten gewährleistet.

Statistische Auswertung

Über die eingeschätzten Ausprägungen der Dimensionen wurde für jede Person ein arithmetischer Mittelwert berechnet. Diese Mittelwerte gehen in die weiteren Berechnungen ein. Die Auswertung des INDA-Ratings wurde mit dem Statistikprogramm SAS durchgeführt. Für den Vergleich der verschiedenen Patienten- und Partnergruppen wurden multivariate parametrische Verfahren gewählt, d. h. ein multivariater Vergleich von Mittelwertsunterschieden bei den Gruppen auf den genannten Dimensionen.

Durch die interessierenden Fragestellungen wird eine Bestimmung bzw. Interpretation von Einzelunterschieden zwischen den beiden Gruppen im Hinblick auf die verschiedenen Dimensionen nahegelegt. Damit ist das Problem der Bestimmung des -Niveaus angesprochen, d. h. die Frage, wie groß die

Überschreitungswahrscheinlichkeit sein muß, wenn trotz mehrfacher Tests, die im Hinblick auf eine inhaltliche Hypothese durchgeführt werden, von einem nicht lediglich zufällig „signifikantem“ Ergebnis ausgegangen werden kann. Hierzu erfolgt eine Anpassung des nominellen Signifikanzniveaus (i. d. R. = .05) entsprechend der Anzahl der durchgeführten Tests. In der vorliegenden Arbeit wird dafür das Verfahren von Holm (1979) herangezogen. Dargestellt werden die Ergebnisse der Einzelvergleiche. Um darüber hinaus die zufallskritische Beurteilung der Ergebnisse zu ermöglichen, wird die Adjustierung des -Niveaus nach Holm (1979) ebenfalls aufgeführt.

Es sei darauf hingewiesen, daß die Daten nicht als unabhängig voneinander betrachtet werden können. Es wäre möglich, daß über die Partner ein gemeinsamer Wert berechnet wird. Aus folgenden Gründen wurde jedoch darauf verzichtet: Mit einem Paarwert wird ein zu großer Informationsverlust in Kauf genommen. Es konnte gezeigt werden, daß bei den einzelnen Dimensionen der Ratingskalen sowohl positive als auch negative Korrelationen zwischen den Partnern auftreten (Zimmer D 1985). Dies bedeutet, daß die Partner nicht grundsätzlich dieselbe Tendenz innerhalb der Dimension aufweisen, daß somit durch einen gemeinsamen Mittelwert Informationen verloren gingen. Zum anderen würde durch einen Paarwert die ohnehin schon schmale Datenbasis von 40 Per-

sonen auf die Hälfte reduziert und die Interpretation dadurch weiter erschwert.

Rater, Ratertraining und Reliabilitätsberechnung

Es nahmen acht Psychologiestudenten höheren Semesters als Rater an der Auswertung der Videoaufnahmen teil. Sie absolvierten zunächst ein dreistündiges Ratertraining. Dabei blieben die Rater gegenüber den Fragestellungen und Hypothesen der Studie blind. Jeweils zwei Rater beobachteten drei bzw. vier Dimensionen. Im Anschluß an die Demonstration eines Videos wurden die (Gesamt-)Beurteilungen abgegeben. Der Zeitbedarf pro zehnminütigem Gespräch betrug so ca. 15 (10 + 5) Minuten Auswertungszeit.

Um die Reliabilität der Beobachtungen zu bestimmen, wurde die intersubjektive Übereinstimmung der Rater getrennt für Männer und Frauen berechnet. Jedes Intervall wurde danach beurteilt, ob die Beobachter in ihrer Signierung einer bestimmten Kategorie jeweils übereinstimmen oder nicht. Dabei wurden Abweichungen der beiden Rater um einen Punkt auf der siebenstufigen Skala noch als Übereinstimmung gewertet (außer bei den beiden letzten Dimensionen). In Tabelle 5 finden sich die Ergebnisse der Reliabilitätsberechnung.

Tabelle 5: Ergebnisse der Reliabilitätsberechnung

Dimension	Mann	Frau	GW
1. aktiv - passiv	89.5	100.0	94.7
2. direkt - indirekt	68.4	73.7	71.0
3. Körperhaltung: entspannt - angespannt	78.9	73.7	76.3
4. Blick: zugewandt - abgewandt	78.9	89.5	84.2
5. Klient - Helfer	90.0	95.0	92.5
6. rational - emotional	85.0	95.0	90.0
7. Selbstachtung - Selbstabwertung	90.0	95.0	92.5
8. negative Selbstöffnung	100.0	80.0	90.0
9. Empathie	95.0	97.5	96.3
10. Mimik: kongruent - inkongruent	80.0	95.0	87.5
11. Stimme: sicher - unsicher	80.0	95.0	87.5
12. Stimme: kongruent - inkongruent	80.0	80.0	80.0
13. Stimme: positiv - negativ	80.0	85.0	82.5
14. Steuerung (Sender)	77.0	74.0	77.5
15. Steuerung (Empfänger)	60.0	72.0	66.0

Anmerkung: GW: Gesamtwert

Eine Übereinstimmung von 70 - 80 % wird als kritischer Grenzwert für eine ausreichende Reliabilität angesehen. Bei der vergleichsweisen geringen Reliabilität der Dimensionen D14 und D15 ist zu beachten, daß hier bei der Reliabilitätsberechnung der „Bonus der Abweichung um einen Skalenwert“ nicht praktiziert wurde.

Ergebnisse

1. Vergleich chronisch Depressive vs. akut Depressive

Vor dem Hintergrund der in der Literatur berichteten stärkeren psychosozialen Beeinträchtigung bei chronisch Depressiven wurde erwartet, daß sie im Vergleich zu akut Depressiven auch im tatsächlich beobachtbaren Interaktionsverhalten mit dem Angehörigen stärkere Auffälligkeiten zeigen. Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, ist im Einzelvergleich des INDA-Ratings auf der Dimension D3 (Körper entspannt - angespannt) ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zu finden. Auf den anderen Dimensionen finden sich keine bedeutsamen Unterschiede. Im Gesamtvergleich (-Adjustierung) erreicht kein Unterschied statistische Signifikanz.

2. Vergleich männliche vs. weibliche Depressive

Im Einzelvergleich zeigte sich, daß depressive Männer im Vergleich zu depressiven Frauen in der Interaktion mit dem Angehörigen ein indirekteres Verhalten zeigen (Dimension D2: direkt - indirekt) und weibliche Patienten sich emotionaler verhalten (Dimension D6: rational - emotional). Auf den anderen Dimensionen finden sich keine Unterschiede. Auch im Gesamtvergleich bleibt der Unterschied auf der Dimension D6 signifikant ($p = .0025$). Damit liegt er unter dem adjustierten -Niveau von $p = .0033$ bei $n = 15$ für den stärksten Effekt. Der Unterschied auf der Dimension D2 findet sich im Gesamtvergleich nicht mehr (Tab. 7).

Tabelle 6: Vergleich chronisch vs. akut depressive Patienten INDA-Rating

Dimensionen D1 bis D 15	chronisch Depressive N = 11		akut Depressive N = 9		p	pcrit'
	M	SD	M	SD		
D1	3.2	1.3	3.0	1.3	.7600	.0100
D2	3.8	0.8	3.8	0.9	.8700	.0250
D3	5.0	0.9	3.8	1.0	.0100*	.0033
D4	3.6	1.2	3.1	0.6	.2300	.0042
D5	3.9	0.7	4.2	0.9	.4200	.0055
D6	4.5	0.9	3.8	1.2	.1700	.0040
D7	4.3	1.3	3.6	1.0	.2700	.0050
D8	3.6	1.2	3.4	1.0	.7700	.0130
D9	3.0	1.0	2.9	1.0	.7500	.0080
D10	3.3	1.0	3.4	0.7	.0700	.0036
D11	5.0	1.5	4.2	1.3	.2400	.0050
D12	3.9	1.1	3.6	1.0	.6100	.0070
D13	5.2	1.2	5.2	1.1	.9900	.0500
D14	1.5	0.3	1.6	0.5	.7900	.0200
D15	2.2	0.9	1.9	0.7	.4800	.0060

Anmerkung:
D1 bis D15: Dimensionen des
INDA-Ratings;
p: Überschreitungswahrscheinlichkeit im
Einzelvergleich (einseitig);
pcrit': Adjustierung des α -Niveaus nach
Holm (1979);
* $p \leq .05$.

Tabelle 7: Vergleich männliche vs. weibliche Patienten INDA-Rating

Dimensionen D1 bis D 15	Männer N = 7		Frauen N = 13		p	pcrit'
	M	SD	M	SD		
D1	3.4	1.3	2.9	1.3	.4000	.0070
D2	4.3	0.3	3.5	0.9	.0100*	.0036
D3	4.1	1.0	4.7	1.1	.2300	.0050
D4	3.4	0.7	3.4	1.2	.9000	.0500
D5	3.9	1.0	4.0	0.7	.8000	.0200
D6	3.3	0.8	4.7	0.8	.0025**	.0033**
D7	3.6	1.1	4.2	1.2	.2500	.0050
D8	3.1	1.0	3.7	1.1	.2600	.0055
D9	2.7	0.5	3.2	1.1	.2100	.0042
D10	3.5	0.7	3.2	0.9	.5200	.0080
D11	4.1	1.2	4.8	1.6	.3200	.0060
D12	3.9	0.9	3.6	1.2	.5900	.0100
D13	5.1	1.3	5.3	1.1	.8100	.0250
D14	1.4	0.3	1.6	0.4	.1400	.0040
D15	2.1	0.7	2.0	0.8	.7500	.0130

Anmerkung:
D1 bis D15: Dimensionen des
INDA-Ratings;
p: Überschreitungswahrscheinlichkeit im
Einzelvergleich (einseitig);
pcrit': Adjustierung des α -Niveaus nach
Holm (1979);
* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Tabelle 8: Vergleich Angehörige von chronisch Depressiven vs. Angehörige von akut Depressiven INDA-Rating

Dimensionen D1 bis D 15	Angehörige von chronisch Depressiven N = 11		Angehörige von akut Depressiven N = 9		p	pcrit'
	M	SD	M	SD		
D1	3.2	1.2	3.1	1.2	.8300	.0100
D2	3.6	1.0	3.4	0.8	.7200	.0080
D3	4.7	0.8	4.7	0.7	.9800	.0500
D4	4.3	1.6	4.4	1.0	.8700	.0130
D5	5.0	0.9	4.5	0.7	.1600	.0040
D6	3.2	1.3	3.1	1.3	.9000	.0200
D7	2.7	0.3	2.9	0.7	.5000	.0050
D8	2.6	0.7	2.8	1.0	.5300	.0060
D9	3.0	0.7	2.6	0.4	.1400	.0036
D10	2.8	0.6	3.6	1.0	.0700	.0033
D11	3.4	1.0	3.5	1.1	.9200	.0200
D12	3.6	1.0	3.5	1.2	.9400	.0250
D13	4.3	1.5	4.5	0.9	.6900	.0070
D14	1.7	0.7	1.5	0.6	.4100	.0042
D15	2.2	1.1	1.8	0.8	.5200	.0055

Anmerkung:
D1 bis D15: Dimensionen des INDA-Ratings;
p: Überschreitungswahrscheinlichkeit im Einzelvergleich (einseitig);
pcrit': α -Adjustierung nach Holm (1979);
*p \leq .05; **p \leq .01.

3. Vergleich Angehörige von chronisch Depressiven mit Angehörigen von akut Depressiven

Weder im Einzel- noch im Gesamtvergleich des INDA-Ratings finden sich zwischen den beiden Partnergruppen statistisch signifikante Unterschiede. Alle p-Werte der T-Tests und die der Rangsummenwerte liegen über dem entsprechenden angepassten -Niveau. Die Angehörigen von chronisch Depressiven unterscheiden sich nicht von den Angehörigen der akut depressiven Patienten im Interaktionsverhalten mit dem erkrankten Partner (Tab. 8).

4. Vergleich Depressive und Angehörige

Vor dem Hintergrund der in der Literatur berichteten interaktionellen Auffälligkeiten bei depressiv erkrankten Patienten wurde erwartet, daß sich auch in dieser Studie bei der beobachteten Interaktion mit dem Angehörigen bei Depressiven interaktionelle Auffälligkeiten nachweisen lassen. Es zeigte sich, daß die Patienten im Einzelvergleich auf folgenden Dimensionen des Ratingsystems interaktionelle Auffälligkeiten aufweisen: D4 (Blick: zugewandt - abgewandt), D5 (Klientenrolle - Helferrolle), D6 (rational - emotional), D7 (Selbstachtung -Selbstabwertung), D8 (Selbstöffnung negativer Gefühle), D11 (Stimme: sicher - unsicher) und D13 (Stimme: positiv - negativ). Im Vergleich zum unauffälligen

Tabelle 9: Vergleich depressive Patienten vs. Angehörige

Dimensionen D1 bis D 15	Patienten N = 20		Angehörige N = 20		p	pcrit'
	M	SD	M	SD		
D1	3.1	1.3	3.2	1.2	.8400	.0250
D2	3.8	0.8	3.5	0.9	.3100	.0055
D3	4.5	1.1	4.7	0.8	.3200	.0060
D4	3.4	1.0	4.3	1.4	.0200*	.0050
D5	4.0	0.8	4.8	0.9	.0040**	.0040*
D6	4.2	1.1	3.1	1.3	.0070**	.0042
D7	4.0	1.2	2.9	0.5	.0006***	.0033**
D8	3.5	1.1	2.8	0.8	.0010**	.0036**
D9	3.0	1.0	2.9	0.6	.4400	.0070
D10	3.3	0.9	3.2	0.9	.6500	.0100
D11	4.6	1.5	3.5	1.0	.0080**	.0050
D12	3.8	1.1	3.6	1.1	.6000	.0080
D13	5.2	1.1	4.4	1.2	.0200*	.0050
D14	1.6	0.4	1.6	0.7	.7900	.0200
D15	2.0	0.8	2.0	1.0	1.0000	.0500

Anmerkung:
D1 bis D15: Dimensionen des INDA-Ratings;
p: Überschreitungswahrscheinlichkeit im Einzelvergleich (einseitig);
pcrit': α -Adjustierung nach Holm (1979);
*p \leq .05; **p \leq .01; ***p \leq .001.

Angehörigen zeigen Depressive im Einzelvergleich mehr Blickkontakt, fühlen sich mehr für Schwierigkeiten in der Beziehung verantwortlich („Klientenverhalten“), sind emotionaler, zeigen mehr Selbstabwertung, dabei mehr Selbstöffnung negativer Gefühle, sprechen mit einer unsicheren negativeren Stimme. Im Gesamtvergleich wird der Unterschied auf der Dimension D7 (Selbstachtung - Selbstabwertung) statistisch signifikant ($p = .0006$). Damit liegt er unter dem adjustierten -Niveau von $p = .0034$ bei $n = 15$ für den stärksten Effekt (Tab. 9).

Diskussion

Der Vergleich des Interaktionsverhaltens von chronisch und akut Depressiven zeigte, daß chronisch Depressive im Einzelvergleich eine signifikant angespanntere Körperhaltung aufwiesen als akut Depressive. Auch Biglan et al. (1985) fanden, daß gestörte Paare und Paare mit einem (akut) depressiven Partner die größte körperliche Anspannung aufwiesen. Möglicherweise wird die Interaktion mit dem Partner belastend erlebt (Zimmer D 1985), was zu einer Hemmung im körperlichen Ausdruck führt.

Bzgl. vermuteter Geschlechterunterschiede fand sich zum einen, daß depressive Männer zu einer indirekteren Interaktion neigen als depressive Frauen. Die Dimension „depressiver Einfluß-Stil“ scheint wiederum v. a. Ausdruck depressiver Stimmung und Belastung in der Beziehung zu sein. Depressive Männer versuchen vermehrt, ihre Angehörigen durch den Ausdruck des eigenen Leidens zu beeinflussen. Zumindest während der depressiven Phase zeigen depressive Männer eine geringere Selbstachtung als depressive Frauen. Aus der Literatur ist uns kein entsprechender Befund bekannt. Depressive Frauen zeigen hingegen sowohl im Einzel- als auch im Gesamtvergleich ein emotionaleres Verhalten als depressive Männer. In den Äußerungen depressiver Frauen finden sich mehr Äußerungen über Vorlieben und Abneigungen, persönliche Bewertungen spielen eine große Rolle. Dies könnte der Geschlechtertypisierung „Beziehungssensibilität der Frau“ vs. „Sachbezogenheit des Mannes“ entsprechen. Auch in einer Studie von Johnson und Jacob (1997) fanden sich Unterschiede im Interaktionsverhalten depressiver Frauen und Männer. Sollten sich ähnliche Geschlechterunterschiede in weiteren Studien aufzeigen lassen, könnte darauf in entsprechenden paartherapeutischen Interventionen eingegangen werden.

Hingegen konnten keine bedeutsamen Unterschiede im Interaktionsverhalten der beiden Angehörigengruppen gefunden werden. Interessant wäre es, in diesem Zusammenhang zu erfahren, ob sich Angehörige von Depressiven von anderen Patientenangehörigen unterscheiden.

Die meisten Unterschiede fanden sich erwartungsgemäß im Interaktionsverhalten der Patienten- und Angehörigengruppen. Zum einen zeigen Depressive in der Interaktion mit dem Partner mehr Blickkontakt. Möglicherweise lösen die depressiven Äußerungen beim nichtdepressiven Partner Schuldgefühle aus, die verhindern, daß er Ärger bzw. negative Gefühle offen äußert. Der reduzierte Blickkontakt als Defizit im direkten Gefühlsausdruck des Angehörigen könnte auf diesen Kon-

flikt hinweisen (Zimmer D 1985, Fiedler et al. 1998). Der Befund, daß Depressive mehr Blickkontakt zeigen, steht im Gegensatz zu Ergebnissen von Gotlib und Whiffen (1989) oder Hinchcliffe et al. (1978). Hier zeigen Depressive weniger Blickkontakt. Das Ergebnis, daß Depressive sich eher bei der Lösung von Schwierigkeiten hilflos zeigen, entspricht den Studien von Hautzinger et al. (1982) und Biglan et al. (1985), die ebenfalls ein geringeres Problemlöseverhalten bei ehelichen Interaktionen Depressiver fanden. Depressive sind in der Interaktion emotionaler. Auch Hinchcliffe et al. (1978) fanden, daß Depressive mehr (negativen) emotionalen Ausdruck zeigen. Dieses Verhalten könnte den Angehörigen seinerseits hindern, selbst (negative) Gefühle zu äußern, da der Depressive ihm zu schwach und hilflos erscheint, als daß er die negativen Gefühle des Partners ertragen könnte. Daß Depressive im Vergleich zu ihren Angehörigen mehr Selbstöffnung negativer Gefühle zeigen, entspricht z. B. Ergebnissen bei Hautzinger et al. (1982) oder Gotlib und Whiffen (1989). Auch hier können möglicherweise Schuldgefühle dazu dienen, den offenen Ausdruck von ‚Feindseligkeit‘ bei den Partnern depressiver Patienten zu verhindern (Fiedler et al. 1998). Depressive sprechen mit einer unsicheren und negativ getönten Stimme: dieser Befund entspricht tendenziell denen von Hinchcliffe et al. (1978) oder Gotlib (1982). Ein negativer Stimmaffekt kann Ausdruck depressiver Stimmung und Belastung in der Beziehung sein, wobei er auf Defizite im direkten Gefühlsausdruck schließen läßt. Eine unsichere Stimme läßt wiederum auf mangelndes Selbstbewußtsein bei den depressiven Patienten schließen (Zimmer D 1983).

Zusammengefaßt zeigen auch in dieser Studie depressive Patienten in der direkten Interaktion mit dem Partner eine ungünstige Kommunikationsstruktur. Die in der Literatur berichteten psychosozialen Beeinträchtigungen bei chronisch Depressiven ließen sich in einer Dimension konkretisieren, in dem Sinne, daß chronisch Depressive im Einzelvergleich eine angespanntere Körperhaltung als akut Depressive zeigen.

Abschließend ist zu sagen, daß die vorliegende Studie einigen Einschränkungen unterliegt. Mit insgesamt 40 Teilnehmern muß die Stichprobengröße als gering bezeichnet werden. Es wurden hier nur zwei Patientengruppen in einer Interaktionssituation mit einander verglichen. Somit läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob die beobachteten Auffälligkeiten spezifisch sind für Paare mit einem (chronisch) depressiven Partner. Aus diesem Grunde wäre es sinnvoll, weitere (Kontroll-)Gruppen hinzuzuziehen: glückliche Paare ohne Erkrankung, Paare mit einer anderen chronischen psychischen oder physischen Erkrankung, unglückliche Paare ohne Erkrankung. Dies bleiben zu klärende Fragen.

Literatur

- Akiskal HS: Dysthymia as a temperamental variant of affective disorder. *Europ Psychiat* 1996; 11:117-122.
 Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 1961; 4:561-571.
 Biglan A, Hops H, Sherman L, Friedman LS, Thorsen C, Arthur J, Osteen V: Problem solving interactions of depressed women and their spouses. *Beh Ther* 1985; 16:431-451.

- Brieger P, Marneros A: Das Dysthymiekonzept: Aktuelles und Geschichtliches - ein Überblick. *Fortschr Neurol Psychiat* 1996; 63:411-420.
- Coyne JC: Strategic therapy with depressed married persons. Initial agenda, themes and interventions. *J Mar Fam Ther* 1984; 10:53-62.
- Endriss G: Eine empirische Studie zur familiären Interaktion chronisch depressiver Patienten. Unver. Dipl. Arb. Universität Tübingen 1986.
- Fiedler P, Backenstass M, Konmüller K, Mundt C: Eheleiche Interaktion und das Rückfallrisiko depressiver Patienten. Eine Strukturanalyse ehelicher Beziehungsmuster mittels SASB. *Verhaltenstherapie* 1998; 8:4-13.
- Gotlib IH: Self reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *J Abn Psychol* 1982; 91: 3-13.
- Gotlib IH, Whiffen NV: Depression and marital dysfunctioning: an examination of specificity and gender difference. *J Abn Psychol* 1989; 98:23-30.
- Hamilton M: Development of a rating scale for primary depressive illness. *Brit J Soc Clin* 1967; 6:287-296.
- Hautzinger M, Hoffmann N, Linden M: Interaktionsanalysen depressiver und nichtdepressiver Patienten und ihrer Sozialpartner. *Z f exper angew Psychol* 1982; 29:246-263.
- Hinchliffe MK, Hooper D, Roberts FJ: *The Melancholy Marriage: Depression in marriage and psychosocial approaches to therapy.* New York, Wiley, 1978.
- Holm S: A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scand J Stat* 1979; 6:65-70.
- Hooley J, Hahlweg K: The marriages and interaction pattern of depressed patients and their spouses: Comparing high and low EE dyads. In: Goldstein MJ, Hand K, Hahlweg K (eds) : *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention.* Berlin, Springer, 1986.
- Johnson SL, Jacob T: Marital interactions of depressed men and women. *J Cons Clin Psycho* 1997; 65:15-23.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ; Falloon IRH, Doane GA: Interactional correlate of expressed emotion in families of schizophrenics. *Brit J Psychiat* 1984; 144: 482-487.
- Miller IW, Bishop S, Norman WH: The modified Hamilton Rating Scale for Depression. Reliability and validity. *Psychiat Res* 1985; 14:131-142.
- Rupp V: Die Erfassung partnerschaftlicher Interaktion durch direkte Verhaltensbeobachtung. Unver. Dipl. Arb. Universität Tübingen 1985.
- Schröder B, Hahlweg K, Fiedler P, Mundt C: Marital interaction in couples with a depressed or schizophrenic patient. London, Gaskell, 1996.
- Segrin C, Abramson LY: Negative reactions to depressive behavior: A communication theories analysis. *J Abn Psychol* 1994; 103:655-688.
- Valone K, Goldstein MJ, Norton JP: Parental expressed emotion and psychophysiological reactivity in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorders. *J Abn Psychol* 1984; 93: 448-457.
- Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors on course of psychiatric illness. *Brit J Psychiat* 1976; 129: 125-137.
- Weissman MM, Akiskal HS: The role of psychotherapy in chronic depressions: A proposal. *Comp Psychiat* 1984; 25: 23-31.
- Zimmer D: Interaction patterns and communication skills in sexually distressed, maritally distressed and normal couples: two experimental studies. *J Sex Mar Ther* 1983; 9:251-265.
- Zimmer D: *Sexualität und Partnerschaft.* München, Urban und Schwarzenberg, 1985.
- Zimmer FT, Heimann H: Forschungsstand und Strategie kognitiver Verhaltenstherapie bei chronischen und therapieresistenten Depressionen. In: Lenz G, Fischer P (Hrsg) *Behandlungsstrategien bei therapieresistenter Depression.* Stuttgart, New York, Thieme, 1995.

Dr. Dipl. - Psych. Carmen Morawetz
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Osianderstraße 22 • D-72076 Tübingen
Germany
Tel.: 07071- 2985222
Fax: 07071-294141