

„EXPRESSED EMOTION“ (EE) UND EHELICHE INTERAKTION: EINE PROSPEKTIVE STUDIE MIT DEPRESSIVEN PATIENTEN UND IHREN PARTNERN¹

*Matthias Backenstraß, Peter Fiedler,
Klaus-Thomas Kronmüller, Corinna Reck und Christoph Mundt*

Zusammenfassung

Den zwischenmenschlichen Beziehungen und insbesondere dem partnerschaftlichen Interaktionsverhalten depressiver Patienten und ihrer Partner wird in den letzten Jahren vermehrt Forschungsinteresse entgegengebracht. Im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen steht dabei die Frage, inwieweit dem ehelichen Interaktionsverhalten und dem emotionalen Klima in den Familien depressiver Patienten Bedeutung in Bezug auf Ätiologie, Prognose und Verlauf der Störung zukommt. Ziel der vorliegenden Studie ist es deshalb zu überprüfen, ob sich der Expressed-Emotion (EE)-Status und das eheliche Interaktionsverhalten in Abhängigkeit unterschiedlicher Krankheitsverläufe verändern. Hierzu wurden in einer prospektiven Verlaufsstudie 27 depressive Patienten und deren Partner in einem Zeitraum von zwei Jahren nach stationär-psychiatrischer Behandlung wiederholt untersucht. Der EE-Status der Partner erwies sich als sehr variabel. Er war unabhängig davon, ob die Patienten im weiteren Verlauf einen Rückfall erlitten oder rückfallfrei blieben. In ihrem Interaktionsverhalten, das während sog. Partner-Konflikt-Gespräche direkt beobachtet und mit Hilfe der „Structural Analysis of Social Behavior“ (SASB; Benjamin 1974) untersucht wurde, zeigten die Patienten und ihre Partner nur wenig Veränderungen. Das Beziehungsverhalten der Paare schien bei wiederholter Beobachtung durch eher konfliktvermeidendes Verhalten geprägt. In der Diskussion wird auf klinische und psychotherapeutische Aspekte der Ergebnisse eingegangen.

Schlüsselwörter Depression - Partnerschaftliche Interaktion - Expressed Emotion - Structural Analysis of Social Behavior (SASB) - Krankheitsverlauf - Prospektivstudie

Summary

The importance of marital interaction between depressed patients and their spouses for etiology, prognosis, and course of illness is still unclear. Therefore, the aim of the present study is to investigate the course of expressed emotion (EE) and marital interaction and its relation to the course of depression. Twenty-seven depressed patients and their partners were repeatedly examined in a prospective study over two years. Nearly all possible EE combinations were found in the two-year course irrespective of whether patients suffered from a relapse or not. Standardized dialogues of each couple (focussing on conflict issues) were videotaped at the end of the treatment and two years later. Subsequent analysis using „Structural Analysis of Social Behavior“ (SASB; Benjamin 1974) showed only a small change in marital interaction over the two years. In both dialogues the interpersonal behavior is seen to be avoiding conflicts and displayed a dysfunctional coping pattern. Implications for research in affective disorders and clinical practice are discussed.

Keywords Depression - marital interaction - expressed emotion - Structural Analysis of Social Behavior (SASB) - course of illness - prospective study

Einleitung

Den zwischenmenschlichen Beziehungen depressiver Patienten wird bei der Diskussion um Ätiologie, Therapie und Prognose der affektiven Störung erhebliche Bedeutung beigemessen (im Überblick Backenstraß 1998; Hahlweg 1996; Kronmüller und Mundt 1999). Obgleich unter den Begriffen „mangelnde soziale Fertigkeit“, „sozial inkompetentes Verhalten“ und „interpersonell dysfunktionales Verhalten“ auch außerfamiliäre Beziehungen Depressiver als problematisch aufgefallen sind, nehmen in Forschungsarbeiten aus nahe lie-

genden Gründen die Interaktionen depressiver Patienten in Ehe, Partnerschaft und Familie breiten Raum ein (vgl. Blöschl 1993; Mundt et al. 1996). So konnte in einer Reihe von Querschnittsuntersuchungen anhand von Fragebogen gezeigt werden, dass depressive Patienten und auch deren Partner über dysfunktionale und wenig befriedigende Partnerschaften berichten (z.B. Crowther 1985, im Überblick Backenstraß 1998). Zudem unterscheidet sich das eheliche Interaktionsverhalten Depressiver in Fremdbeobachtungsstudien sowohl von gesun-

¹gefördert vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (FKZ 0701478)

den Kontrollgruppen als auch von anderen psychiatrischen Störungsgruppen (vgl. Backenstraß et al. 1998; Jacob und Leonard 1992; Schmalting und Jacobson 1990): Depressive Patienten bringen häufiger negative Gefühle zum Ausdruck, äußern mehr Selbstabwertungen und sprechen häufiger über negative Zukunftsaussichten (Hautzinger et al. 1982). Zudem scheinen sich auch die Partner depressiver Patienten bei Querschnittsanalysen des Interaktionsverhaltens von Kontrollpersonen zu unterscheiden; sie äußern mehr positive Selbstbewertungen und machen häufiger Problemlösungsvorschläge (Biglan et al. 1985). Sind depressive Patienten und ihre Partner zusätzlich mit ihrer Partnerschaft unzufrieden, kompliziert sich deren Interaktion weiter: Selbstöffnungen und unterstützende Verhaltensweisen sind selten, negative, aggressiv getönte Interaktionen dagegen treten besonders oft auf (Schmalting und Jacobson 1990).

Im Hinblick auf den Verlauf depressiver Störungen haben vor allem Befunde zum Expressed-Emotion-Konzept (EE) besondere Bedeutung erlangt: So legen die Ergebnisse früherer Studien nahe, dass depressive Patienten, die nach stationärer Behandlung zu einem kritisierenden Partner zurückkehren, ein erhöhtes Rückfallrisiko haben (Vaughn und Leff 1976a; Hooley et al. 1986). Auch wenn neuere Untersuchungen die Befunde zum Partner-EE und der Rückfallgefährdung depressiver Patienten nicht bestätigen können (Fiedler et al. 1998a; Hayhurst et al. 1997, im Überblick Kronmüller et al. 1999), bleibt dieses Forschungsparadigma von besonderer Relevanz. Zum einen scheinen neue konzeptionelle Erweiterungen, z.B. das der wahrgenommenen Kritik von Hooley und Teasdale (1989), die Rückfallprädiktion weiter zu verbessern, zum anderen lassen sich aus dem EE-Paradigma familienorientierte Interventionsstrategien ableiten, die bisher zumindest im Schizophreniebereich nachgewiesenermaßen deutlich die Rezidivraten verringern helfen (z.B. Hahlweg et al. 1995).

Trotz der mittlerweile breiten Befundlage zum Zusammenhang von Depression und partnerschaftlicher Interaktion im Querschnitt und den Studien zur rückfallprädiktiven Bedeutung der familiären Beziehungen liegen bisher nur vereinzelte Untersuchungen zum Verlauf von Partnerschaftsmerkmalen und Depression vor. So konnten z.B. Steiner et al. (1992) zeigen, dass sich bei einer Patientengruppe mit chronifizierender Symptomatik, ganz im Gegensatz zu Patienten mit remittierender Depression, die Partnerschaftszufriedenheit im Verlauf eines Jahres weiter verschlechterte. In eine ähnliche Richtung weisen die Befunde von Hayhurst et al. (1997): In ihrer Untersuchung reduzierte sich im Verlauf von 15 Monaten die Anzahl kritischer Äußerungen bei der Erhebung des EE-Status der Partner, sofern es sich bei der Exazerbation der depressiven Symptomatik um eine klar abgegrenzte Episode mit nahezu vollständiger Remission handelte. Bei Patienten mit Residualsymptomatik dagegen blieben die Partner im weiteren Verlauf der Untersuchung deutlich kritischer.

Da Verlaufsuntersuchungen zum ehelichen Interaktionsverhalten depressiver Patienten und ihrer Partner vollständig fehlen, zudem außer der Studie von Hayhurst et al. (1997) keine Daten zum Verlauf des EE-Index nach stationärer Behandlung vorliegen, waren wir an der Frage interessiert, ob

sich auch an einer deutschsprachigen Stichprobe unter Verwendung einer anderen Erhebungsmethodik unterschiedliche EE-Verläufe in Abhängigkeit vom Störungsverlauf zeigen. Darüber hinaus wollten wir untersuchen, inwieweit sich das partnerschaftliche Interaktionsverhalten nach stationärer Behandlung möglicherweise in Abhängigkeit vom weiteren Störungsverlauf verändert.

Methode

Studiendesign

Die hier dargestellte Untersuchung wurde an einer Teilstichprobe der Heidelberger Depressionsstudie durchgeführt, einer naturalistisch-prospektiven Studie zur Rückfallprädiktion und dem Verlauf depressiver Störungen (Mundt et al. 1998). Einschlusskriterien zur Aufnahme der Patienten in die Studie waren die Diagnose einer Major Depression nach DSM-III-R (296.2 und 296.3), ermittelt mit Hilfe des strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R (SKID), und die Diagnose einer endogenen Depression (ICD-9: 296.1). Ausschlusskriterien waren Chronizität, Dysthymie, Substanzmissbrauch, organische Grunderkrankungen und bipolare affektive Störungen. Zudem wurden ausschließlich Patienten in die Studie aufgenommen, die verheiratet waren oder mindestens zwei Jahre in fester Partnerschaft lebten, da die Frage nach dem Einfluss der partnerschaftlichen Beziehungen auf den weiteren Störungsverlauf ein Schwerpunkt der Studie war. Die Untersuchung der Studienteilnehmer fand ab dem Zeitpunkt der Klinikentlassung in drei- und sechsmonatigen Abständen zu insgesamt neun Zeitpunkten und einer Zeitdauer von insgesamt zwei Jahren statt.

Rückfalldefinition

Zur Kategorisierung der Studienteilnehmer als Rückfallpatienten mussten folgende Kriterien erfüllt sein: stationäre Wiederaufnahme bei depressiver Hauptsymptomatik oder Vorliegen einer Major Depression nach DSM-III-R im Zweijahresverlauf oder Suizidversuch bzw. parasuizidale Geste oder ausgeprägte Symptomatik während einer der vierteljährlich stattfindenden Nachuntersuchungen. Ausgeprägte Symptomatik definierten wir anhand der Gesamtwerte im Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck et al. 1961; Hautzinger et al. 1995) oder der Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD, Baumann 1976): Zwanzig und mehr Punkte im Gesamtscore einer dieser beiden Instrumente führten zu der Klassifizierung als Rückfallpatient.

Bestimmung des EE-Index

Zur Bestimmung des EE-Index verwendeten wir nicht das in früheren Rückfallstudien eingesetzte Camberwell-Family-Interview (CFI, Vaughn und Leff 1976b), sondern das sog. Five-Minute-Speech-Sample (FMSS, Magana et al. 1986; Leeb et al. 1991). Wir entschieden uns aus zwei Gründen für das FMSS: Zum einen wegen der Dauer der Erhebung. (Das CFI in seiner mehrstündigen Durchführung wäre für die Partner der Patienten sehr anstrengend gewesen, deshalb befürchteten wir, dass die Teilnahmemotivation der Partner im Rah-

men unserer eher umfangreichen Studie bei wiederholten Befragungen nicht hätte ausreichen können.) Zum anderen haben wir uns aus methodischen Gründen für das FMSS entschieden, da wir zumindest drei Erhebungen im Zweijahresverlauf durchführen wollten. Das CFI thematisiert zu einem großen Teil die Krankheit des Patienten. Erleidet der Patient im Verlauf der Studie keinen Rückfall, wären viele Fragen entfallen. Das FMSS ist vor allem aus diesen Gründen entwickelt worden: Es ist sowohl zeitökonomisch als auch für Wiederholungsmessungen geeignet. Zur Durchführung des FMSS werden die Partner instruiert, fünf Minuten darüber zu reden, was für ein Mensch der in Behandlung befindliche Partner ist und wie er mit ihm zurechtkommt. Diese „Sprechstichprobe“ wird auf Tonkassette aufgezeichnet und im Hinblick auf die geäußerte Kritik, die Qualität der Beziehung und mögliches emotionales Überengagement ausgewertet (Leeb et al. 1991). Anhand dieser Auswertung werden die Partner als hoch-EE bzw. niedrig-EE klassifiziert, wobei unterschiedliche Cut-off-Werte für die einzelnen Kriterien über verschiedene Studien existieren (vgl. Kronmüller et al. 1999). Zur Bestimmung des EE-Status der Partner im Verlauf wurde das FMSS bei Klinikentlassung der Patienten, ein Jahr und zwei Jahre später erhoben.

Bei ersten Auswertungen der erhobenen FMSS gab es nach den von Magana und Mitarbeitern (Magna et al. 1986) formulierten Kriterien nur ganz vereinzelt Hinweise auf hoch-EE-relevante Kritik. Zugleich hatten die Rater den Eindruck, dass durchaus unterschwellige Kritik der Partner in den FMSS zu identifizieren war. Dies gab uns Anlass, eine etwas abgeschwächte Form von kritischen Äußerungen mit zu erheben und als „verdeckte Kritik“ (Leeb et al. 1993) zur Bestimmung des EE-Index hinzuzuziehen. Hinsichtlich der Reliabilität ließen sich auch mit dem neu entwickelten Kriterium gute bis sehr gute Übereinstimmungen zwischen mehreren Ratern mit Kappa-Werten von .74 bis 1.00 erreichen (Leeb et al. 1993). Zudem konnten wir zeigen, dass sich anhand der mit dem neuen Kriterium durchgeführten Unterteilung in hoch-EE- und niedrig-EE-Paare deren partnerschaftliches Interaktionsverhalten signifikant unterscheidet (Fiedler et al. 1994). Die Gruppierung in hoch-EE- und niedrig-EE-Partner basierte dabei, ähnlich den o.g. Studien, weitestgehend auf dem Kriterium Kritik, wobei nun in unserer Studie zumeist verdeckte Kritik ausschlaggebend war.

Partner-Konflikt-Gespräch und Analyse des Interaktionsverhaltens

Zur möglichst objektiven Erfassung des Interaktionsverhaltens depressiver Patienten und ihrer Partner, die den Vergleich der Paare untereinander gewährleisten sollte, setzten wir das sog. Partner-Konflikt-Gespräch (PKG; vgl. z.B. Hahlweg und Jacobson 1984) ein. Hierfür wurden Patienten und Partner zunächst am Ende des stationären Aufenthaltes und ein zweites Mal nach zwei Jahren gebeten, vor laufender Videokamera ein solches Konflikt-Gespräch aufzunehmen. Vorher sollten sie getrennt voneinander eine Liste mit Problembereichen bearbeiten (Hahlweg et al. 1980). Auf der Basis der Problemliste wurde dann gemeinsam mit dem Versuchsleiter ein Konfliktthema ausgewählt, das für beide Partner „einen mit-

telschweren Konflikt“ darstellte. Dieses Thema sollte im Anschluss ca. 15 Minuten in einem mit Videokamera ausgestatteten Raum diskutiert werden.

Das im PKG gezeigte und videographierte Interaktionsverhalten der Paare wurde mit der „Strukturellen Analyse sozialen Verhaltens“ (Structural Analysis of Social Behavior [SASB]; Benjamin 1974) kodiert. Die SASB basiert auf interpersonellen Theorien der Persönlichkeit (Fiedler 1995; Kiesler 1996). Die Videoanalyse der Partnerinteraktionen beruht auf sog. „complete thoughts“ (vollständig geäußerte Gedanken der Sprecher). Diese werden nach drei Fokusperspektiven des interpersonellen Verhaltens dimensional auf einer Zuneigungsdimension (horizontale Achse; vgl. Abb. 1) und einer Statusdimension (vertikale Achse) eingeschätzt. Die dimensionale Einschätzung führt eindeutig zu einem der acht Cluster im Circumplex-Raum. Die dritte Fokusperspektive bezieht sich auf intrapsychisches Verhalten und bleibt in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt. Die beiden Fokusbereiche „Selbst“ und „Andere“ sind zur Beschreibung des Interaktionsverhaltens vorgesehen. Durch die Aufspaltung in zwei Foci können somit insgesamt 16 Cluster oder acht Quadranten zur kategorialen Einordnung des Verhaltens unterschieden werden (vgl. Abb. 1; zur genaueren Beschreibung der deutschsprachigen SASB siehe auch Fiedler 1995; Tress 1993).

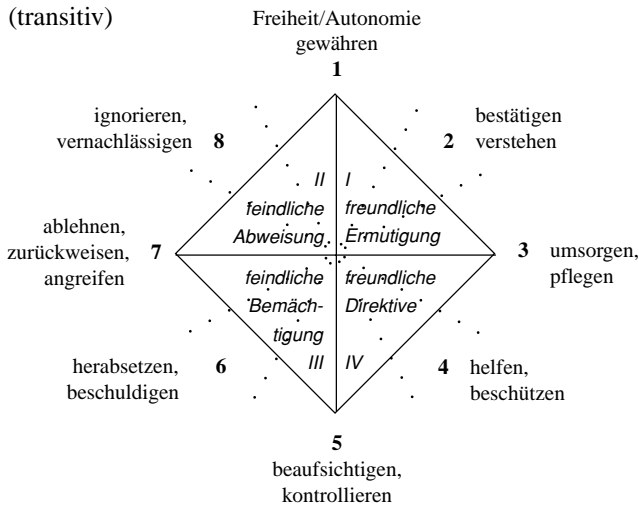
Wegen des zeitlichen Aufwandes und der anzunehmenden Belastung der Patienten und ihrer Partner durch das PKG sah unser Versuchsplan ein PKG zum Zeitpunkt der Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlung und ein weiteres PKG bei Studienabschluss nach zwei Jahren vor. Die erhobenen Konflikt-Gespräche wurden von drei Psychologiestudentinnen in höherem Semester mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie nach 14-tägigem Training bei einem der Autoren (P. F.) kodiert. Die Interrater-Reliabilitäten lagen zwischen .60 und .80 (gewichtete Kappa-Koeffizienten) für die Clusterkodierungen (siehe auch Fiedler et al. 1998b).

Zur statistischen Analyse der SASB-Daten können jeweils für Patienten und Partner getrennt relative Häufigkeiten der kodierten Cluster pro PKG berechnet werden. Die relativen Häufigkeiten werden anschließend zur Überprüfung von Zusammenhangs- und Unterschiedshypothesen nach entsprechender Transformation (vgl. Backenstraß et al. 1998) korrelationsstatistisch und varianzanalytisch weiterverarbeitet.

Stichprobenbeschreibung

Die ursprüngliche Stichprobe der Heidelberger Depressionsstudie bestand aus 50 Patienten und ihren Partnern. Von 27 dieser Paare liegen Daten zum EE-Status der Partner über die drei Erhebungszeitpunkte vor. 18 Paare waren zusätzlich bereit, sowohl zu Studienbeginn als auch am Ende der Untersuchung ein PKG durchzuführen. Das Alter der 27 Patienten zum Zeitpunkt der stationären Behandlung lag zwischen 27 und 63 Jahren ($M=46$; $SD=9$), das der Partner zwischen 26 und 67 Jahren ($M=45$; $SD=11$). Die Paare waren zwischen vier und 40 Jahren verheiratet. Von den 27 Patienten waren 18 weiblich (67 %), neun männlich (33 %). Zu Beginn der Untersuchung hatten die Patienten einen durchschnittlichen BDI-Wert

Fokus
ANDERE
(transitiv)



Fokus
SELBST
(intransitiv)

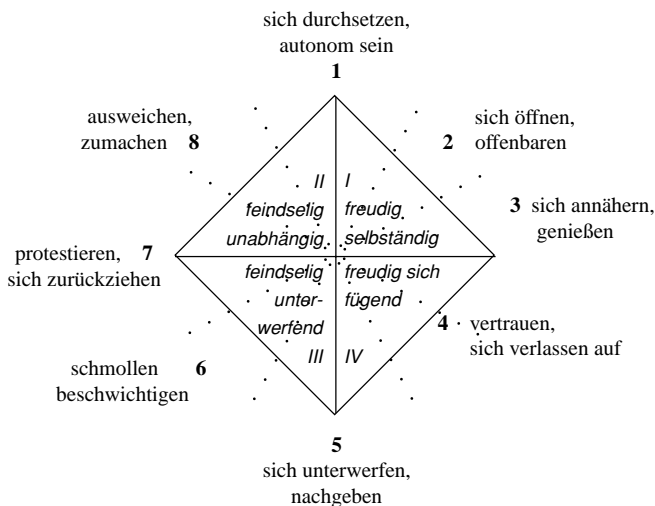


Abbildung 1: Die „Structural Analysis of Social Behavior“ (SASB): Cluster- und Quadrantenversion der beiden Fokusbereiche „Selbst“ und „Andere“ (in deutscher Übersetzung nach Fiedler und Rogge 1990; Tress und Junkert 1993)

von neun Punkten (SD=8), der Mittelwert auf der HAMD-Skala lag ebenfalls bei neun Punkten (SD=9). Bei der Wiederholungsmessung nach einem Jahr gab es keine Veränderung im mittleren BDI-Wert (M=9; SD=8), der Wert in der HAMD verbesserte sich etwas auf M=5 (SD=7). Im zweiten Jahr der Untersuchung reduzierte sich auch der mittlere BDI-Wert auf schließlich sieben Punkte (SD=10), ebenso der Mittelwert in der HAMD (M=4; SD=7). Zu Studienbeginn waren acht der 27 Patienten (30 %) erstmals an einer Depression erkrankt, die übrigen Patienten (70 %) litten zum wiederholten Mal an einer depressiven Störung. Der Mittelwert der Episodenzahl aller Patienten lag bei drei (Range: 0 bis 10).

Im Hinblick auf die Ausgangsstichprobe der Heidelberger Depressionsstudie lassen sich für die hier untersuchte Teilstichprobe bis auf die Schulbildung der Partner keine systematischen Selektionseffekte nachweisen: Bei den Paaren, die auch noch nach zwei Jahren bereit sind, ein PKG durchzuführen, haben die Partner einen höheren Schulabschluss als die „PKG-Verweigerer“.

Ergebnisse

Partner-EE im Zweijahresverlauf

Bei Entlassung der Patienten aus stationärer Behandlung ließen sich 14 Partner als hoch-EE klassifizieren. Die Klassifikation beruhte dabei zumeist auf der Anzahl „verdeckt kritischer“ Kommentare, wobei wir als Cut-off-Wert das Vorhandensein von wenigstens zwei kritischen Äußerungen im FMSS festlegten.

Bei der Einjahresuntersuchung wurden von 27 Partnern insgesamt 17 als hoch-EE klassifiziert und zum Abschluss der Untersuchung nach zwei Jahren fiel die Zahl der hoch-EE-Partner auf neun ab. Betrachtet man die in Abb. 2 dargestellten EE-Verläufe, so ist festzustellen, dass von den acht möglichen Kombinationen im Zweijahresverlauf (z.B. hoch-EE – niedrig-EE – hoch-EE) nur eine empirisch nicht vorzufinden ist, nämlich niedrig-EE – niedrig-EE – hoch-EE. Alle übrigen möglichen Verläufe im Merkmal Expressed Emotion sind trotz relativ kleiner Fallzahlen beobachtbar. Dies deutet darauf hin, dass während der zwei Untersuchungsjahre das Partner-EE wenig stabil zu sein scheint und womöglich durch viele situative Einflüsse mitbestimmt wird.

Abbildung 2: Expressed-Emotion (EE)-Status der Partner im Verlauf von zwei Jahren bei drei Erhebungen (Klinikentlassung, Einjahres- und Zweijahreskatamnese)

Krankheitsverlauf und Partner-EE

Die hohe Fluktuation beim Partner-EE gab uns Anlass zu untersuchen, inwieweit dies möglicherweise mit dem Depressionsverlauf bei den Patienten im Follow-up einhergeht. Hierzu wurden die Patienten entsprechend der o.g. Kriterien in zwei Gruppen unterteilt: Von den 27 Patienten erlitten 13 Patienten einen depressiven Rückfall im Zweijahresverlauf, die übrigen 14 Patienten blieben im Untersuchungszeitraum rückfallfrei. Da die Klassifikation in hoch-EE- und niedrig-EE-Partner im Wesentlichen auf die Anzahl verdeckt kritischer Äußerungen zurückzuführen war, berechneten wir zur Untersuchung der Hypothese eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit einem Messwiederholungsfaktor für die drei Erhebungen im Zweijahresverlauf und einem zweifach gestuften Faktor für die beiden Gruppen (Rückfall vs. ohne Rückfall).

Während sich weder für den varianzanalytischen Interaktionseffekt ($F[2,50]=0,10$) noch für den Gruppenfaktor ($F[1,25]=0,01$) ein signifikanter F-Wert ergab, ließ sich für den Messwiederholungsfaktor eine signifikante Veränderung beobachten ($F[2,50]=5,24$; $p=.02$). Ein Vergleich der Mittelwerte der Anzahl verdeckt kritischer Äußerungen zeigte, dass diese Veränderung auf einer Abnahme kritischer Kommentare von der Einjahres- zur Zweijahreserhebung beruht: Zum Zeitpunkt der Entlassung wurden von allen Partnern im Mittel insgesamt $M=2,37$ ($SD=2,37$) kritische Kommentare geäußert. Dieser Wert wurde zur Einjahreserhebung etwas größer ($M=2,52$; $SD=2,23$), um dann bei der letzten Erhebung nach zwei Jahren auf $M=0,93$ ($SD=0,87$) abzufallen.

Krankheitsverlauf und partnerschaftliches Interaktionsverhalten

Zur Untersuchung des partnerschaftlichen Interaktionsverhaltens wurde am Ende der stationären Behandlung und zwei Jahre danach ein PKG durchgeführt. Von den 27 Paaren, bei denen ein FMSS für diesen Untersuchungszeitraum vorlag, waren 18 bereit, zusätzlich die beiden Konfliktgespräche vor laufender Videokamera durchzuführen. Von diesen 18 Paaren erlitten neun Patienten im Untersuchungszeitraum eine erneute depressive Episode, die Übrigen blieben rückfallfrei. Zunächst berechneten wir über alle 18 Paare Korrelationen zwischen den relativen Häufigkeiten der einzelnen SASB-Cluster zu den zwei Erhebungszeitpunkten, um Hinweise auf die Stabilität des Interaktionsverhaltens zu erhalten. Bei der Auswertung der SASB-Daten zeigte sich zunächst, dass die Cluster im Fokusbereich „Andere“ „umsorgen, pflegen“, „herabsetzen, beschuldigen“, „ablehnen, zurückweisen, angreifen“ und „ignorieren, vernachlässigen“ sowie die Cluster des Fokusbereichs „Selbst“ „sich annähern, genießen“, „protestieren, sich zurückziehen“ und „ausweichen, zumachen“ überhaupt nicht oder nur äußerst selten vorkamen, so dass sie statistisch nicht verrechnet werden konnten. Bis auf die SASB-Cluster „umsorgen, pflegen“ und „sich annähern, genießen“ liegen die übrigen genannten Cluster im negativen Zuneigungsbereich (vgl. Abb. 1). Dies bedeutet, dass emotional negativ gefärbte Interaktionen zwischen den Patienten und ihren Partnern während der Konfliktgesprächen äußerst selten zu beobachten sind.

SASB-Cluster	Patienten (N=18)	Partner (N=18)
Fokus „Andere“		
Freiheit/Autonomie gewähren	.16	-.03
Bestätigen, verstehen	.69 **	.53 *
Helfen, beschützen	.58 **	.78 **
Beaufsichtigen, kontrollieren	.49 **	.48 *
Fokus „Selbst“		
Sich durchsetzen, autonom sein	.51 *	.57 **
Sich öffnen, offenbaren	.50 *	.55 *
Vertrauen, sich verlassen auf	.71 **	.44 +
Sich unterwerfen, nachgeben	.10	.43 +
Schmollen, beschwichtigen	-.13	.49 *

+ $p<.10$; * $p<.05$; ** $p<.01$

Tabelle 1: Korrelationskoeffizienten zwischen den relativen SASB-Clusterhäufigkeiten während der Partner-Konflikt-Gespräche zu Klinikentlassung und zur Zweijahreskatamnese

In Tab. 1 sind die Korrelationskoeffizienten, die zwischen den Häufigkeiten der einzelnen SASB-Cluster im PKG bei Entlassung und zum Abschluss der Studie berechnet wurden, dargestellt. Es ergeben sich für die Mehrzahl der interaktionellen Verhaltensweisen erstaunlich hohe Korrelationskoeffizienten, angesichts der Tatsache, dass zwei Jahre zwischen der Aufzeichnung der jeweiligen Konfliktgespräche lag. Bei den Patienten liegt die höchste Korrelation mit $r=.71$ im Cluster „vertrauen, sich verlassen auf“ und bei den Partnern mit einem Wert von $r=.78$ im SASB-Cluster „helfen, beschützen“. Dies bedeutet, wenn ein Patient zu Behandlungsende im PKG häufig mit „vertrauen, sich verlassen auf“ interagierte, dann tat er dies auch wieder in dem Konfliktgespräch zwei Jahre später. Genauso die Partner: Ein Partner, der häufig „helfen, beschützen“ im ersten PKG zeigte, verhielt sich so auch bei der Wiederholung des PKG am Ende des Untersuchungszeitraumes von zwei Jahren.

Zur Überprüfung der Hypothese, dass sich das Interaktionsverhalten der Paare in Abhängigkeit vom Verlauf der Depression ändert, berechneten wir getrennt für Patienten und deren Partner zweifaktorielle multivariate Varianzanalysen pro Fokusbereich. Abhängige Variablen waren dabei die transformierten relativen Häufigkeiten der einzelnen SASB-Cluster; der erste Faktor bildete die Messwiederholung (zwei PKG) und der zweite Faktor die Aufteilung in Rückfall- und Nicht-rückfallpatienten ab. Es ergaben sich für das Interaktionsverhalten der Partner im Fokusbereich „Selbst“ keine signifikanten Effekte. Im Fokusbereich „Andere“ war der Messwiederholungsfaktor bei einem F-Wert von $F[3,14]=2,87$ tendenziell signifikant ($p=.07$). Angesichts der geringen Stichprobengröße und des eher explorativen Charakters der Untersuchung haben wir diesen Effekt durch univariate Varianzanalysen der einzelnen Cluster weiter analysiert. Da-

bei ergab sich für das SASB-Cluster „Freiheit/Autonomie gewähren“ ein signifikanter Messzeitpunkteffekt ($F[1,16]=6,90$; $p=.02$): Im PKG zur Follow-up-Untersuchung nach zwei Jahren zeigten die Partner seltener autonomes interaktionelles Verhalten. Zudem ergab sich bei den univariaten Analysen ein signifikanter Interaktionseffekt für das Cluster „helfen, beschützen“ ($F[1,16]=5,59$; $p=.03$): Während die Partner von Rückfallpatienten eine deutliche Zunahme von „helfen und beschützen“ im Vergleich der zwei PKG zeigten, reduzierte sich diese Verhaltensweise bei den Partnern, deren früher depressive Partner keine erneute Episode im Verlauf des Katamnesezeitraumes erlitten. Bei den Patienten selbst ergaben sich im Fokusbereich „Andere“ keine signifikanten Effekte bei der multivariaten Varianzanalyse. Im Fokusbereich „Selbst“ war mit einem F-Wert von $F[4,13]=3,21$ der Messzeitpunkteffekt signifikant ($p=.05$). Anschließend univariate Varianzanalysen zeigten, dass dieser Effekt auf eine Zunahme von „vertrauen, sich verlassen auf“ ($F[1,16]=8,39$; $p=.01$) und eine Abnahme von „sich durchsetzen, autonom sein“ ($F[1,16]=8,23$; $p=.01$) zurückzuführen ist. Die Häufigkeiten beider Verhaltensweisen änderten sich unabhängig davon, ob die Patienten im Untersuchungszeitraum einen Rückfall erlitten oder nicht.

Diskussion

Bei den von uns im Rahmen einer prospektiv-naturalistischen Verlaufsstudie untersuchten depressiven Patienten und ihrer Partner erwies sich die wiederholte Erhebung des EE-Index mit der FMSS-Methode als wenig zeitstabil. Bei drei Erhebungen im Abstand von jeweils einem Jahr waren nahezu alle möglichen Kombinationen des EE-Status der Partner zu beobachten. Die Anzahl verdeckt kritischer Äußerungen nahm für die gesamte Stichprobe zwischen der Erhebung zur Einjahres- und der Zweijahreskatamnese ab, unabhängig davon, ob die Patienten im gesamten Erhebungszeitraum einen depressiven Rückfall erlitten oder rückfallfrei blieben. Somit stehen unsere Ergebnisse zum EE-Status nur zum Teil in Einklang mit den Befunden von Hayhurst und Mitarbeitern (1997). Bei der untersuchten Stichprobe von Hayhurst et al. (1997) reduzierte sich im Untersuchungszeitraum von 15 Monaten ebenfalls die Anzahl kritischer Kommentare der Angehörigen. Im Gegensatz zu unserer Untersuchung nahm die Anzahl kritischer Äußerungen aber bereits innerhalb von drei Monaten signifikant ab. Zudem konnten Hayhurst und Mitarbeiter zeigen, dass die Partner von Patienten mit chronifizierender Depression im Verlauf von 15 Monaten relativ kritisch bleiben, die Partner von Patienten mit deutlicher Remission der Symptomatik dagegen im selben Zeitraum immer weniger Kritik äußern. Die Unterschiede zwischen den beiden Studien sind sicherlich nicht alleine auf die verschiedenen Erhebungsmethoden zurückzuführen (CFI bei Hayhurst et al. 1997; FMSS in unserer Untersuchung). Denn die beiden Studien ergeben denselben negativen Befund im Hinblick auf die rückfallprädiktive Bedeutung des EE-Status der Partner (Fiedler et al. 1998a).

Beide EE-Erhebungsmethoden (CFI und FMSS) scheinen zu einem großen Teil sensibel auf situative Bedingungen anzusprechen. Diese sind vor allem in Zusammenhang mit den unterschiedlichen Belastungen der Angehörigen bei unterschiedlichen Krankheitsverläufen zu sehen. Insbesondere bei chronifizierenden affektiven Störungen dürften die Partner- und Familienbeziehungen deutlich belastet sein (Hayhurst et al. 1997). Bei früheren Untersuchungen zum EE im Bereich affektiver Störungen konnte wiederholt auch ein Zusammenhang der Schwere der Depression mit dem Partner-EE gefunden werden (z.B. Florin et al. 1992). In der Zusammenschau der Befunde zum EE-Status der Angehörigen von Patienten mit affektiven Störungen spricht jedoch einiges dafür, dass weniger die Schwere der Erkrankung als vielmehr die Dauer der jeweiligen Episode von Bedeutung ist (Kronmüller et al. 1999).

Die Ergebnisse zum Interaktionsverhalten depressiver Patienten und ihrer Partner deuten auf relativ stabile eheliche Interaktionsmuster hin. Angesichts des Zeitintervalls von zwei Jahren sind die zwischen den SASB-Clusterhäufigkeiten berechneten Korrelationskoeffizienten als hoch bis sehr hoch zu beurteilen. Ein Großteil der interaktionellen Verhaltensweisen, die von Patienten und deren Partnern während der Konfliktdiskussion am Ende der stationären Behandlung gezeigt werden, sind demnach bei denselben Interaktionspartnern zwei Jahre später in ähnlicher Häufigkeit zu beobachten. Zudem gibt es im Vergleich der zwei PKG im Untersuchungsverlauf auch nur in Teilaspekten des interpersonellen Verhaltens signifikante Mittelwertsveränderungen der Häufigkeiten. Interaktionelle Verhaltensweisen, die in der SASB auf der negativen Zuneigungsdimension zu kodieren sind, werden bei der Konfliktdiskussion zur Zweijahreskatamnese noch seltener gezeigt als zu Behandlungsende. Die Patienten interagieren beim Zweijahres-Follow-up im Vergleich zum PKG, das zum Zeitpunkt der stationären Entlassung durchgeführt wurde, häufiger mit „vertrauen, sich verlassen auf“ und seltener mit „sich durchsetzen, autonom sein“. Bei den Partnern reduziert sich die Häufigkeit von „Freiheit/Autonomie gewähren“ von dem ersten PKG zum zweiten. Insgesamt sprechen diese Ergebnisse dafür, dass die Konfliktgespräche zur Zweijahreskatamnese in noch freundlicherer, auf Konfliktvermeidung abzielender Atmosphäre durchgeführt wurden (vgl. Backenstraß et al. 1998).

Auch beim direkt beobachteten Interaktionsverhalten gibt es nur wenig Hinweise auf Veränderungen in Abhängigkeit vom Verlauf der Depression der Patienten. So zeigten die Partner von Patienten, die im Untersuchungszeitraum einen Rückfall erlitten, eine Zunahme von „helfen, beschützen“, während diese Verhaltensweise bei den Partnern rückfallfreier Patienten nach zwei Jahren abnahm. Alle übrigen untersuchten interaktionellen Verhaltensweisen veränderten sich nicht signifikant im Zweijahresverlauf in Abhängigkeit vom Störungsverlauf.

Vergleicht man die Ergebnisse zum Expressed Emotion und dem direkt beobachteten Interaktionsverhalten, so steht sich eine relativ hohe Variabilität im Verlauf aufseiten des EE-Status der Partner und ein relativ stabiles partnerschaftliches

Interaktionsverhalten der Paare gegenüber. Dies könnte darin begründet sein, dass durch das FMSS die emotionale Zuwendung der Partner erhoben wird (Stark und Buchkremer 1992), die erheblich von situativen Einflüssen, nicht zuletzt dem jeweiligen Krankheitsstadium und der -dauer, beeinflusst sein kann. Das Interaktionsverhalten der Paare in Konfliktgesprächen dagegen scheint von kurzfristigen Veränderungen weniger beeinflusst zu sein. Möglicherweise steht dies mit der von Tellenbach als Typus melancholicus bezeichneten Persönlichkeitsstruktur und die sie auszeichnende Rigidität (vgl. Kraus 1977; Tellenbach 1983) im Einklang. Besonders bedeutsam ist, dass sich auch das interpersonelle Verhalten der Patienten und Partner ohne depressiven Rückfall im Untersuchungszeitraum kaum ändert. Dies könnte darauf hindeuten, dass es den Paaren nur wenig gelingt, sich den wechselnden Belastungen der episodenhaft verlaufenden affektiven Störung in ihrem Interaktionsverhalten anzupassen. Bevor hier aber weiterführende Schlussfolgerungen gezogen werden, müssen weitere Studien mit sog. sequentiellen Analysen des Interaktionsverhaltens zur genaueren Untersuchung von Interaktionsmustern (vgl. Backenstraß 1998) durchgeführt werden.

Die hier vorgestellte Untersuchung unterliegt einigen methodischen Einschränkungen, die bei der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Zunächst ist festzuhalten, dass die Stichprobengröße relativ gering ist. Insbesondere bei der Aufteilung in zwei Verlaufsgruppen resultiert daraus eine geringe Teststärke, die dazu führen könnte, dass tatsächlich vorhandene Unterschiede zwischen beiden Verlaufsgruppen statistisch nicht gesichert werden können. Zudem ist nur ein Teil der Paare, die ursprünglich zur Teilnahme an der Gesamtstudie motiviert werden konnten, bereit, den vollständigen Studienplan, der drei FMSS-Erhebungen und zwei PKG beinhaltete, zu durchlaufen. Gründe für das Ablehnen eines zweiten Konfliktgesprächs waren vor allem die erlebten Belastungen durch die zurückliegende Konfliktgesprächsdiskussion und die anderen Befragungen im Rahmen der Studie. Somit sind Selektionseffekte nicht auszuschließen, wenn auch der Vergleich von denjenigen Paaren, die die vollständige Untersuchung durchlaufen haben, mit den Completern bis auf das Bildungsniveau der Partner keinen systematischen Unterschied ergab. Schließlich muss überlegt werden, ob zur Untersuchung des Interaktionsverhaltens und der partnerschaftlichen Beziehungen nicht engmaschigere Erhebungen vonnöten sind, um differentielle Belastungs-Bewältigungsmuster beobachten und im Hinblick auf ihre Funktionalität auf die Krankheitsbewältigung und Rückfallprophylaxe beurteilen zu können.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen lassen sich in Zusammenhang mit den Ergebnissen anderer Studien erste Konsequenzen auch für die psychotherapeutische Praxis ableiten: Das durch direkte Beobachtung erhobene Interaktionsverhalten von depressiven Patienten und ihren Partnern scheint weniger State- als Trait-Marker zu sein. Es ist zudem durch auffallend wenig negative Interaktionen gekennzeichnet, was insgesamt als konfliktvermeidendes und dysfunktionales Coping-Verhalten interpretiert werden kann (vgl. auch Backenstraß et al. 1998). Besonders zu berücksichtigen ist

dabei der jeweilige von beiden Partnern mitgetragene Interaktionsstil. Die Ergebnisse sprechen somit gegen eine Viktimisierung der Patienten (Fiedler et al. 1994), ganz im Gegenteil scheinen sie ebenso wie ihre Partner die auf Konfliktvermeidung ausgerichtete Beziehungsgestaltung mit zu verantworten. Angesichts der hohen Stabilität des Interaktionsverhaltens ist davon auszugehen, dass sich nur durch gezielte paartherapeutische Interventionen in diesem Bereich Veränderungen bewirken lassen. Von den untersuchten Paaren waren im Katamnesezeitraum vier in paartherapeutischer Behandlung, davon nur ein Paar über mehrere Sitzungen (vgl. Backenstraß et al. 1997). Sollten Partnerschaftsprobleme und das eheliche Interaktionsverhalten mit zur Depressionsentwicklung und -aufrechterhaltung beitragen, wäre es sinnvoll, die Behandlung durch eine Paartherapie zu ergänzen, da nicht davon auszugehen ist, dass sich die Partnerschaftskonflikte nach Remission der depressiven Symptomatik quasi „von selbst“ lösen (vgl. auch die Studien zur Paartherapie depressiver Störungen von Beach 1996; Jacobson et al. 1991; Jacobson et al. 1993).

Literatur

- Backenstraß M: Depression und partnerschaftliche Interaktion. Münster, Waxmann, 1998.
- Backenstraß M, Fiedler P, Kronmüller K-T, Mundt Ch: Zur Frage der Depressionsspezifität von partnerschaftlichem Interaktionsverhalten: Eine SASB-Studie ehelicher Beziehungsmuster. *Z Klin Psychol* 1998;27:271-280.
- Backenstraß M, Kronmüller K-T, Mundt Ch, Fiedler P: Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie von Patienten mit endogener Depression nach stationär-psychiatrischer Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997;47:234-239.
- Baumann U: Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depressions-Skala. *Arch Psychiat Nervenkr* 1976;222:359-375.
- Beach SRH: Marital therapy in the treatment of depression. In: Mundt Ch, Goldstein MJ, Hahlweg K, Fiedler P (eds.): *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. London, Gaskell, 1996,341-361.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
- Benjamin LS: Structural Analysis of Social Behavior. *Psychol Rev* 1974;81:392-425.
- Biglan A, Hops H, Sherman L, Friedman LS, Arthur J, Osteen V: Problem-solving interactions of depressed women and their husbands. *Behav Ther* 1985;16:431-451.
- Blöschl L: Interpersonelles Verhalten und Depression: Befunde, Probleme, Perspektiven. In: Montada L (ed.): *Bericht über den 38. Kongress der DGPs in Trier 1992*. Göttingen, Hogrefe, 1993,134-140.
- Crowther JH: The relationship between depression and marital maladjustment: A descriptive study. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173:227-231.
- Fiedler P: *Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1995.
- Fiedler P, Backenstraß M, Kronmüller K-T, Mundt Ch: „Expressed Emotion“ (EE), Ehequalität und das Rückfallrisiko depressiver Patienten. *Nervenarzt* 1998a;69:600-608.
- Fiedler P, Backenstraß M, Kronmüller K-T, Mundt Ch: Eheliche Interaktion und das Rückfallrisiko depressiver Patienten. Eine Strukturanalyse ehelicher Beziehungsmuster mittels SASB. *Verhaltenstherapie* 1998b;8:4-13.

- Fiedler P, Leeb B, Ernst S, Kohlhoff A, Mundt Ch: „Verdeckte Kritik“ als „Expressed Emotion“ (EE) in der Partnerschaft depressiver Patienten: eine Konstruktvalidierung mittels SASB. *Z Klin Psychol* 1994;23:52-60.
- Fiedler P, Rogge K-E: Veränderung durch Beziehung. Studien über Empathie und Lenkung in der kognitiven Psychotherapie. In: Tschuschke V, Czogalik D (eds.): *Psychotherapie - welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin, Springer, 1990,139-154.
- Florin I, Nostadt A, Reck C, Franzen U, Jenkins M: Expressed emotion in depressed patients and their partners. *Fam Process* 1992;31:163-172.
- Hahlweg K: Interaktionelle Aspekte psychischer Störungen. In: Ehlers A, Hahlweg K (eds.): *Enzyklopädie der Psychologie. Grundlagen der Klinischen Psychologie (Band 1)*. Göttingen, Hogrefe, 1996,585-648.
- Hahlweg K, Dürr H, Müller U: Familienbetreuung schizophrener Patienten. *Materialien für die psychosoziale Praxis*. Weinheim, Psychologie Verlags Union, 1995.
- Hahlweg K, Jacobson NS: *Marital interaction*. New York, Guilford Press, 1984.
- Hahlweg K, Kraemer M, Schindler L, Revenstorf D: Partnerschaftsprobleme: Eine empirische Analyse. *Z Klin Psychol* 1980;9:159-169.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F: *Beck-Depression-Inventory (BDI), Testhandbuch (2. Aufl.)*. Bern, Huber, 1995.
- Hautzinger M, Linden M, Hoffmann N: Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982;13:307-314.
- Hayhurst H, Cooper Z, Paykel ES, Vearnals S, Ramana R: Expressed emotion and depression: A longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1997;171:439-443.
- Hooley JM, Orley J, Teasdale JD: Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry* 1986;148:642-647.
- Hooley JM, Teasdale JD: Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J Abnorm Psychol* 1989;98:229-235.
- Jacob T, Leonard K: Sequential analysis of marital interactions involving alcoholic, depressed, and nondistressed men. *J Abnorm Psychol* 1992;101:647-656.
- Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmalings KB, Salusky S: Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:547-557.
- Jacobson NS, Fruzzetti AE, Dobson K, Whisman M, Hops H: Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:516-519.
- Kiesler DJ: From communications to interpersonal theory: A personal odyssey. *J Pers Assess* 1996;66:267-282.
- Kraus A: *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*. Stuttgart, Enke, 1977.
- Kronmüller K-T, Backenstraß M, Fiedler P, Mundt Ch: Zum Stand der Expressed-Emotion-Forschung bei affektiven Störungen. In: Hacker W, Rinck M (eds.): *Zukunft gestalten. Bericht über den 41. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Dresden 1998*. Lengerich, Pabst Science Publishers, 1999,373-383.
- Kronmüller K-T, Mundt Ch: Interaktionsmuster. In: Maneros A (ed.): *Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen*. Stuttgart, Thieme, 1999,390-431.
- Leeb B, Hahlweg K, Goldstein MJ, Feinstein E, Müller U, Dose M, Magana-Amato A: Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Res* 1991;39:25-31.
- Leeb B, Mundt Ch, Fiedler P, Ernst S, Lober H, Münzel C: „Verdeckte Kritik“ - ein neues Kriterium zur Bestimmung des Expressed Emotion Index nach dem Five-Minute Speech Sample bei Partnern depressiver Patienten. *Nervenarzt* 1993;64:727-729.
- Magana AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IRH: A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res* 1986;17:203-212.
- Mundt Ch, Goldstein MJ, Hahlweg K, Fiedler P (eds.): *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. London, Gaskell, 1996.
- Mundt Ch, Kronmüller K-T, Backenstraß M, Reck C, Fiedler P: The influence of psychopathology, personality, and marital interaction on the short-term course of major depression. *Psychopathology* 1998;31:29-36.
- Schmalings KB, Jacobson NS: Marital interaction and depression. *J Abnorm Psychol* 1990;99:229-236.
- Stark F-M, Buchkremer G: Das Fünfminuteninterview. Eine Kurzfassung zur Erfassung des Expressed Emotion Status. *Nervenarzt* 1992;63:42-45.
- Steiner B, Keller F, Wolfersdorf M, Hautzinger M, Hole G: Psychosoziale Faktoren und Verlauf depressiver Erkrankungen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1992;143:507-524.
- Tellenbach H: *Melancholie (4. Aufl.)*. Heidelberg, Springer, 1983.
- Tress W (ed.): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens - SASB*. Heidelberg, Asanger, 1993.
- Tress W, Junkert B: Das SASB-Modell. In: Tress W (ed.): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens - SASB*. Heidelberg, Asanger, 1993,35-121.
- Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry* 1976a;129:125-137.
- Vaughn CE, Leff JP: The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976b; 15:157-165.

Dr. phil. Matthias Backenstraß

Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg

Voßstr. 4 • 69115 Heidelberg

E-Mail: Matthias_Backenstrass@med.uni-heidelberg.de