

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat

Poststationäre Einflussfaktoren auf das Sechs-Monats- Outcome einer vollstationären allgemeinpsychiatrischen Behandlung bei unipolar depressiven Patienten – eine prospektive Katamnesestudie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Marc Dörner
aus Gummersbach

Hamburg 2021

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 23.11.2021**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Reinhard Maß

Prüfungsausschuss, zweiter Gutachter: Prof. Dr. Martin Lambert

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Stand der Forschung.....	5
1.1 Mentale Gesundheit	5
1.2 Unipolare Depression.....	6
1.3 Allgemeinpsychiatrische Behandlung.....	10
1.3.1 Allgemein	10
1.3.2 Untersuchungen zu Effekten (stationärer) allgemeinpsychiatrischer Behandlung.....	11
1.3.3 Follow-Up-Behandlung unipolar depressiver Patient*innen nach vollstationärer psychiatrischer Behandlung.....	19
2. Fragestellung und Ziele	22
3. Methodik.....	24
3.1 Setting.....	24
3.2 Messinstrumente.....	24
3.2.1 Internationale Diagnosen-Checklisten (IDCL).....	24
3.2.2 Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)	25
3.2.3 Beck-Depressions-Inventar – Revision (BDI-II)	25
3.2.4 GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD-17)	26
3.2.5 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ).....	27
3.2.6 Semistrukturiertes Katamnese-Interview	27
3.3 Stichprobe	28
3.4 Ablauf der Studie.....	28
3.5 Belastungen und Risiken für die Patient*innen	29
3.6 Pseudonymisierung der Daten	30
3.7 Auswertungsstrategien.....	30
4. Ergebnisse	32
4.1 Stichprobe	32
4.1.1 Drop-out-Analyse	32
4.2 Outcome-Daten zum Entlassungs- und Katamnese-Zeitpunkt	33
4.3 Vergleich der Outcome-Daten zum Katamnesezeitpunkt zwischen verschiedenen Gruppen.....	33
4.4 Darstellung der Katamnese-Daten	36
4.4.1 Zeitpunkt der Katamnese-Erhebungen	36
4.4.2 Einschätzung des Behandlungserfolges	36
4.4.3 Interview-Daten und Kategorienbildung	36
4.5 Einfluss der poststationären Faktoren auf das Sechs-Monats-Outcome.	39

5. Diskussion	41
5.1 Poststationäre Einflussfaktoren auf das Sechs-Monats-Outcome	41
5.1.1 Soziale unterstützende und belastende Faktoren nach Entlassung .	41
5.1.2 Poststationäre positive und negative Life Events.....	43
5.1.3 Poststationäre Behandlungen.....	43
5.2 Outcome-Daten zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt	44
5.3 Limitationen.....	45
5.4 Ausblick.....	46
6. Zusammenfassung	47
7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	49
7.1 Abbildungsverzeichnis	49
7.2 Tabellenverzeichnis	49
8. Literaturverzeichnis	50
9. Danksagung	59
10. Lebenslauf	60
11. Anhang	63
12. Eidesstattliche Erklärung	65

1. Einleitung und Stand der Forschung

1.1 Mentale Gesundheit

Psychische Erkrankungen spielen eine große Rolle in der primären Gesundheitsversorgung, je nach Studie bzw. Untersuchung sind bis zu 45 Prozent der Patient*innen davon betroffen, viele auch mit chronischem Verlauf und schwerwiegender Beeinträchtigung, was die Wichtigkeit dieser Zahl unterstreicht (Vásquez-Barquero et al. 1997, Alonso et al. 2004, Serrano-Blanco et al. 2010). Eine Untersuchung in Deutschland aus dem Jahre 2014 ergab, dass immerhin fast ein Drittel der Bevölkerung die Kriterien für mindestens eine psychische Erkrankung während der letzten zwölf Monate erfüllte, von den Betroffenen sogar mehr als 40 Prozent an mindestens zwei und mehr als 20 Prozent an wenigstens drei dieser Krankheiten litten bzw. leiden (Jacobi et al. 2014).

Bei 50 bis 75 Prozent der Patient*innen in der primären Gesundheitsversorgung wird eine manifeste psychische Erkrankung erst gar nicht erkannt oder behandelt (Anseau et al. 2004), und bei denen, die sich einer Behandlung unterziehen, weisen auch Monate nach Therapieende noch 20 bis 50 Prozent keine signifikanten Verbesserungen auf (Pini et al. 1999, Reuter et al. 2014).

Psychische Störungen verursachen die größte Krankheitsbelastung im Vergleich zu anderen Leiden (Linden et al. 2015), was sich unter anderem in den sogenannten „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) widerspiegelt, einem Index, der abschätzt, wie viel Lebensqualität und wie viele Lebensjahre durch eine Erkrankung verloren gehen (Sobocki et al. 2006, Wittchen et al. 2011).

Dem öffentlichen Gesundheitswesen entstehen dadurch enorme Kosten, ca. 800 Milliarden Euro waren es in Europa im Jahre 2010 (alle Krankheiten des Gehirns eingeschlossen), mehr als für Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes zusammengenommen (Gustavsson et al. 2011, Smith 2011). Umso wichtiger erscheint es, die Betroffenen adäquat zu versorgen und bestehende Beschwerden frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, zumal eine Vorgeschichte psychischer Probleme es weniger wahrscheinlich macht, erfolgreich in den Arbeitsmarkt integriert zu werden (Veldman et al. 2017).

1.2 Unipolare Depression

Der folgende Abschnitt gibt einen kurzen Überblick über die unipolare Depression und bezieht sich dabei auf die S3-Leitlinie aus dem Jahre 2015 (S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015, Version 5.), insofern nicht anders angegeben. Es sei jedoch auch auf die Arbeit von Plöderl und Hengartner (2019) hingewiesen, die zahlreiche Schwachstellen der aktuellen S3-Leitlinie, insbesondere hinsichtlich der Ausführungen zur psychopharmakologischen Therapie mit Antidepressiva, analysierte.

Bei Depressionen handelt es sich um psychische Störungen, die sich durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust bzw. Freudlosigkeit und verminderten Antrieb mit erhöhter Ermüdbarkeit kennzeichnen, welche über einen längeren Zeitraum bestehen und mit zusätzlichen körperlichen Beschwerden assoziiert sein können. Die Betroffenen stehen unter einem hohen Leidensdruck, zumal deren Selbstwertgefühl und Wohlbefinden stark beeinträchtigt sind, was zu Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und einer Neigung zum Grübeln führt – alltägliche Aufgaben können dabei oft nicht mehr adäquat bewältigt werden. Einen weiteren Indikator für die Schwere der Erkrankung stellen die DALYs dar, wobei die unipolare Depression einen der vordersten Ränge einnimmt. Bis 2030 soll sie gemäß der World Health Organization (WHO) sogar die größte Bedeutung unter den das Leben beeinträchtigenden oder verkürzenden Krankheiten haben (siehe **Abbildung 1**; siehe auch Lépine und Briley 2011).

Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen, so beträgt die Jahresinzidenz aller Formen circa ein bis zwei Prozent, die Lebenszeitprävalenz in Deutschland sowie international ungefähr zehn bis 20 Prozent (siehe auch Lépine und Briley 2011) und die Zwölf-Monats-Prävalenz der unipolaren Depression sieben bis acht Prozent. Somit sind mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland in einem Zeitraum von zwölf Monaten von einer unipolaren Depression betroffen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass 50 Prozent der Betroffenen in Deutschland schon vor dem 31. Lebensjahr erstmalig erkranken. Frauen leiden deutlich häufiger als Männer an depressiven Störungen. So ist die Zwölf-Monats-Prävalenz für die unipolare Depression bei Frauen prozentual mehr als doppelt so hoch wie bei Männern.

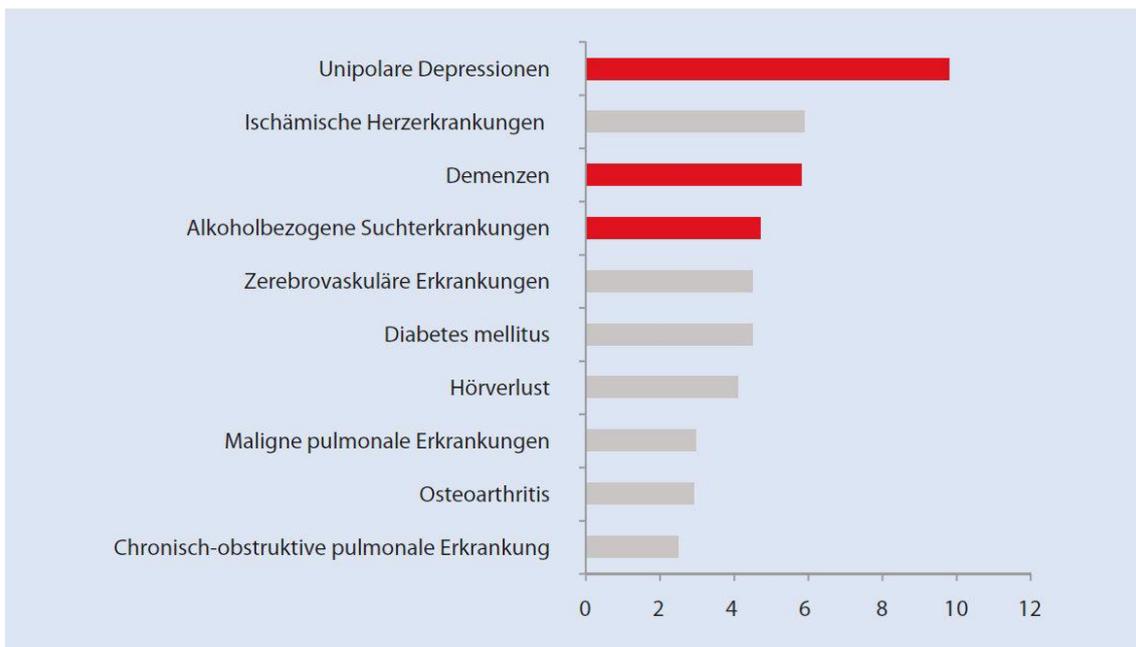


Abbildung 1. Hochrechnung der World Health Organization (WHO): Burden of Disease 2030 der Industrieländer für Zwölf-Monatsprävalenzen.

Depressive Störungen sind nicht als homogenes Krankheitsbild zu verstehen, sondern vielmehr als breites Spektrum psychischer Störungen. Es lassen sich verschiedene Erklärungsansätze zur Entstehung einer Depression finden, die eine multifaktorielle Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren umschließen. Genetisch vulnerable Menschen sind anfälliger für affektive Störungen (Tsuang und Faraone 1990), was im Zusammenspiel mit anderen Faktoren wie z. B. körperlichen Erkrankungen oder psychosozialen Ereignissen (z. B. Trennungen, Beziehungskonflikten) bzw. mangelnder sozialer Unterstützung die Krankheit auslösen kann. Weitere Modelle betonen die Wichtigkeit der Stressreaktion bzw. -bewältigung und dem Gefühl erlernter Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes, sowie der Abnahme potenziell verstärkender Erlebnisse vor Depressionsbeginn, also dem Wegfall von Belohnungen, die eine Resignation fördert und wiederum einen Rückgang von Verhaltensweisen bedingt, die für alternative Verstärker notwendig wären. Des Weiteren wird auf die Bedeutung der frühen Beziehungserfahrungen und fehlerhafter Kognitionen hingewiesen. Dysfunktionale Einstellungen und negative realitätsfremde verzerrte Gedanken über sich, die Umwelt und die Zukunft werden als mögliche Auslöser einer Depression betrachtet.

Im Rahmen einer Depression kann es zu erheblichen Störungen in den sozialen Beziehungen und der Arbeitsfähigkeit kommen. Nicht selten werden dabei familiäre und partnerschaftliche Beziehungen auf die Probe gestellt.

Ebenso kann eine Depression eines Elternteils zu einer gravierenden Verunsicherung und Vernachlässigung der Kinder führen, unter anderem können eine verlangsamte motorische und geistige Entwicklung, Schulprobleme und Verhaltensauffälligkeiten folgen. Eine Depression verursacht hohe direkte und indirekte Kosten durch Inanspruchnahme von medizinischen Heilbehandlungen bzw. RehaMaßnahmen und vermehrten Arbeitsunfähigkeitstagen.

Zur unipolaren Depression gehören depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, die rezidivierende kurze depressive Störung, die Dysthymie und zyklusassoziierte Störungen wie z. B. Depressionen in der Peripartalzeit oder prämenstruelle dysphorische Störungen. Bei rund einem Fünftel der Patienten mit depressiven Episoden sind auch hypomanische, manische und gemischte Episoden zu beobachten. Diese sind als bipolare Störungen von der unipolaren Depression abzugrenzen.

In der Regel verläuft eine Depression episodisch, das heißt zeitlich begrenzt und nicht immer eine Therapie benötigend. Sie kann vollständig remittieren, ebenso jedoch Residualsymptomatik zeigen oder rezidivieren. Eine seit mindestens zwei Jahren bestehende depressive Symptomatik, die nicht die Diagnosekriterien einer Depression erfüllt, heißt Dysthymie, woraus sich eine Depression entwickeln kann und dann als „doppelte Depression“ bezeichnet wird. Als chronisch wird eine seit mindestens zwei Jahren bestehende Depression ohne Remission bezeichnet (siehe **Abbildung 2**).

Depressive Episoden lassen sich in „leicht“, „mittelgradig“ und „schwer“ einteilen, unter Berücksichtigung der Haupt- und Zusatzsymptome. 14 Tage sollte die Zeitdauer der Symptomatik nicht unterschreiten. Lediglich bei schweren depressiven Episoden stellt dieser Rahmen je nach Symptomatik keine obligate Voraussetzung dar. Die Hauptsymptome setzen sich aus gedrückter Stimmung, Interessenverlust und Antriebsverminderung zusammen, während zu den Zusatzsymptomen unter anderem eine verminderte Konzentration, vermindertes Selbstwertgefühl, negative Zukunftsgedanken und suizidale Gedanken, Schuldgefühle, Schlafstörungen und verminderter Appetit gehören. Ungefähr 16 Wochen beträgt die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen (in ca. 90 Prozent der Fälle mittelschwer bis schwer) und in mindestens 50 Prozent der Fälle kommt es im Lebensverlauf zu mindestens einer weiteren depressiven Episode. Im Mittel treten bei unipolaren

Depressionen vier bis sechs Episoden auf. Faktoren, die sich ungünstig auf die Genesung der Patient*innen auswirken, sind eine längere Episodendauer, eine unvollständige Remission, somatische oder psychische Komorbiditäten, junges Alter bei Ersterkrankung, weibliches Geschlecht, lediger Familienstatus und mangelnde soziale Unterstützung sowie ein später Behandlungsbeginn.

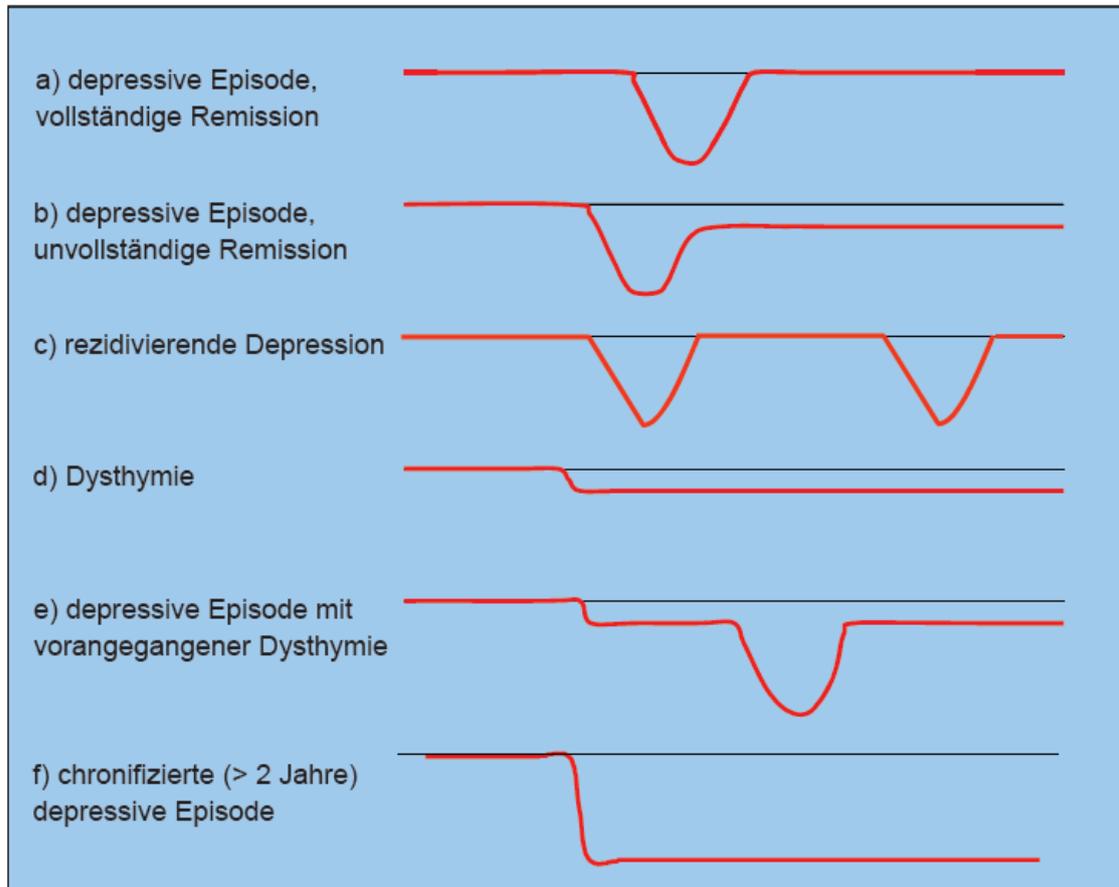


Abbildung 2. Verläufe unipolarer depressiver Störungen.

Diagnostisch steht die aktive Exploration der Patient*innen im Gespräch nach Ausschluss organischer Ursachen im Vordergrund. Bei leichten depressiven Episoden kann auf eine Behandlung unter Umständen verzichtet werden, falls Patient*innen diese ablehnen oder zu erwarten ist, dass sich die Symptomatik ohne Therapie zurückbildet („watchful waiting“). Insbesondere sollen keine Antidepressiva verwendet werden, da hierfür kein statistisch nachweisbarer Unterschied zwischen Placebo und Medikament besteht. Ansonsten gliedert sich die Behandlung in drei Abschnitte – die Akuttherapie, die Erhaltungstherapie und die Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe (siehe **Abbildung 3**). Mittelgradige Depressionen sollen mit Antidepressiva oder Psychotherapie behandelt werden, schwergradig betroffene Patient*innen sollen hingegen eine Kombination aus Psycho- und Psychopharmakotherapie

erhalten. Als weitere adjuvante Behandlungsmöglichkeiten sind unter anderem, wie in Abschnitt 1.3 dargelegt, die elektrokonvulsive Therapie, körperliches Training, Entspannungsverfahren sowie Ergo- und Musiktherapie zu nennen.

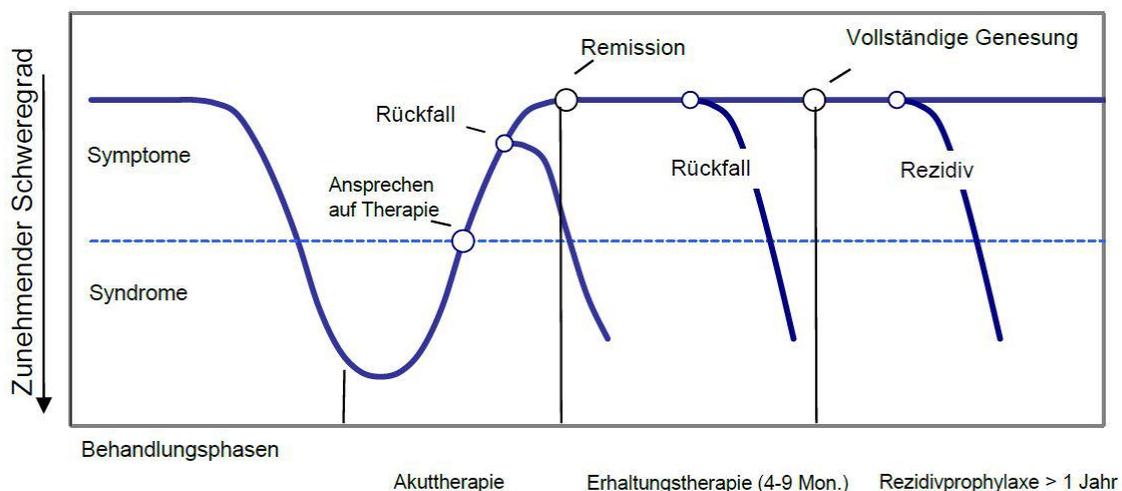


Abbildung 3. Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte der unipolaren Depression.

1.3 Allgemeipsychiatrische Behandlung

1.3.1 Allgemein

Geeignete und empirisch belegte Behandlungsmethoden von psychischen Erkrankungen stellen die Pharmako- und Psychotherapie dar (Liebherz und Rabung 2013, Steinert et al. 2017, Cipriani et al. 2018).

Seit den 1950er-Jahren werden Psychopharmaka regelmäßig eingesetzt (Möller et al. 2014). Diese brachten fundamentale Veränderungen in der modernen Psychiatrie mit sich, nicht bloß in der Behandlung, sondern auch bezüglich der Konzeptionalisierung von und Forschung an psychischen Erkrankungen, sowie der Wahrnehmung der Psychiatrie als akademische und klinische medizinische Fachdisziplin (Baldessarini 2014). In den letzten Jahren kam es zu einem deutlichen Anstieg der Verordnungen von Psychopharmaka zur Behandlung von psychiatrischen Patient*innen. Dieser Trend wurde nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern beobachtet (Duffy et al. 2005, Patten et al. 2012, Gallego et al. 2012, Sneider et al. 2015, Abbas et al. 2016).

Die Psychotherapie als weiterer Behandlungszweig erfolgt ambulant, teil- und vollstationär. Ungefähr 40.000 stationäre Behandlungsplätze stehen in Deutschland zur Verfügung, und ca. 450.000 Patient*innen können jährlich

stationär psychotherapeutisch behandelt werden (Spitzer et al. 2016). Eine Untersuchung aus dem Jahre 2009 ergab, dass ca. sieben Prozent oder fast sechs Millionen der in Deutschland lebenden Menschen sich innerhalb der vorherigen sechs Jahre in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befand (Albani et al. 2009). Zwischen den verschiedenen „Bona-fide“-Psychotherapien (Therapien, die einer kohärenten theoretischen Struktur folgen, bereits über einen längeren Zeitraum überregional praktiziert und intensiver erforscht wurden; Messer 2002) existieren hinsichtlich der primären Endpunkte (Symptombefreiheit) geringe signifikante Unterschiede, bezüglich der sekundären Endpunkte (Änderung der generellen Lebensgewohnheiten) konnten keine Unterschiede gefunden werden (Marcus et al. 2014).

Jedoch stellen die Pharmako- und Psychotherapie nicht die einzigen Behandlungsansätze in der Psychiatrie dar. Weitere ergänzende Therapieformen sind z. B. körperliche Aktivität, u. a. in Form strukturierter, von den Mitarbeiter*innen der Einrichtung angeleiteter Übungsprogramme (z. B. Sport oder Spaziergänge; Richardson et al. 2005, Stanton und Happell 2013, Pearsall et al. 2014, Rosenbaum et al. 2014), Musiktherapie (Erkkilä et al. 2011, Maratos et al. 2011, Carr et al. 2013, Solanki et al. 2013, Raglio et al. 2015), Ergo- bzw. Beschäftigungstherapie (Mocellin 1979, Kubny-Lüke 2017) und Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson sowie autogenes Training (Kanji und Ernst 2000, Golombek 2001, Jorm et al. 2008, Safi 2015). Außerdem sei noch die Elektrokonvulsionstherapie genannt, die vor allen Dingen bei schwerer und behandlungsresistenter Depression Anwendung findet (Blease 2013, Zilles et al. 2015).

1.3.2 Untersuchungen zu Effekten (stationärer) allgemeinspsychiatrischer Behandlung

Da sich recht viele Studien zu Effekten allgemeinspsychiatrischer Behandlung finden lassen, sind im Folgenden beispielhaft einige aufgeführt - überwiegend zu stationärer psychiatrischer Behandlung bei depressiven Patient*innen. Manche dieser Studien beleuchten einzelne Therapiemethoden, wiederum andere gehen auf die Effekte multimodaler Behandlung ein.

Psychopharmakotherapeutische Effekte

Cipriani et al. (2018) verglichen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit und Meta-Analyse die Wirksamkeit von verschiedenen Antidepressiva in der Behandlung von Erwachsenen mit unipolarer Depression. Hierbei waren alle Antidepressiva wirksamer als im Vergleich zu Placebo mit insgesamt überwiegenden moderaten Effektstärken. Zudem gab es Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen den einzelnen Antidepressiva. Die Qualität der Evidenz der einzelnen Studien schwankte von „sehr niedrig“ bis „moderat“. Im Grunde replizierten Cipriani et al. die Arbeit von Kirsch et al. (2008), die Antidepressiva eine starke Placebo-Response attestierte und den klinischen Nutzen von Antidepressiva in Frage stellte. Eine Meta-Analyse (Kirsch et al. 2002) zu Daten klinischer Studien, die an die U.S. Food and Drug Administration (FDA) übermittelt wurden, offenbarte eine mittlere Antidepressiva-Placebo-Differenz von 1,8 Punkten in der Hamilton Depression Scale (HAMD), wohingegen das National Institute for Clinical Excellence (NICE) eine Antidepressiva-Placebo-Differenz von drei Punkten in der HAMD als Kriterium für klinische Signifikanz im Rahmen der Leitlinien-Erstellung in der Behandlung von Depressionen im Vereinigten Königreich verwendete (NICE 2004). Da konventionelle Meta-Analysen sich in der Regel auf publizierte Daten beschränken, resultieren oftmals erhebliche Verzerrungen in der Darstellung der Wirksamkeit antidepressiver Medikation (publication bias). Zudem werden eher positive Resultate veröffentlicht und gemeldet, insbesondere durch pharmazeutische Unternehmen (reporting bias). Patient*innen mit schwergradiger Depression zeigen tendenziell die größten Antidepressiva-Placebo-Differenzen, wobei der Effekt eher auf einer Abnahme der Placebo-Response als auf einer Zunahme der Medikamenten-Response beruht (Kirsch et al. 2008).

Für weitere Studien zu den Effekten psychopharmakologischer Behandlung siehe z. B. Elliott et al. 1998, Nunes et al. 1998, Rabkin et al. 1999 und Rush et al. 2008.

Psychotherapeutische Effekte

Dinger et al. (2015) untersuchten die Wirksamkeit von stationärer und tagesklinischer Psychotherapie (primäre psychodynamische Ausrichtung mit Integration von verhaltenstherapeutischen und systemischen Elementen) bei depressiven Patient*innen und verglichen diese miteinander. Neben den

Befunden nach Therapieende und einer Patient*inneneinschätzung zum Behandlungserfolg kam es zu einer Katamneseerhebung vier Wochen und sechs Monate nach Entlassung. Als Fragebögen zur Erhebung der Ergebnisse kamen zur Abschätzung der Depressivität das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II), zur Bewertung der allgemeinen Symptombelastung das Brief Symptom Inventory (BSI) und zur Messung der interpersonellen Probleme das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) zum Einsatz. Im Behandlungsverlauf kam es zu einer Abnahme der depressiven Symptomatik und interpersoneller Probleme, nach sechs Monaten konnte jedoch wieder ein Anstieg der Werte verzeichnet werden, die allerdings unter dem Ausgangsniveau blieben. Zudem fanden sich keine Unterschiede zwischen der stationären und tagesklinischen Psychotherapie.

Eine Meta-Analyse von Liebherz und Rabung (2013) zur Wirksamkeit stationärer psychotherapeutischer Behandlung im deutschsprachigen Raum mit über 100 eingeschlossenen Studien zeigte mittelstarke Effektstärken zum Entlassungszeitpunkt (0,71) sowie mittelstarke bis starke katamnestische Effektstärken (0,80) - Effektstärken von 0,20 bis 0,50 gelten als schwach, von 0,50 bis 0,80 als mittelstark und über 0,80 als stark. Letztlich sollte die Interpretierbarkeit der Effekte jedoch u. a. aufgrund der Heterogenität der untersuchten Patient*innen, der verschiedenen Messinstrumente und der unterschiedlichen Studienqualität kritisch betrachtet werden.

Seit einigen Jahren wird auch vermehrt nach Misserfolg in der Psychotherapie geforscht. Übersichtsartikel schätzen, dass ungefähr drei bis 15 Prozent die Psychotherapie in einem verschlechterten Zustande beenden, und dass in mindestens 20 Prozent der Fälle keine signifikante Verbesserung eintritt (Berk und Parker 2009, Linden 2013, Reuter et al. 2014). Diese Zahlen werden durch Studien bzw. Befragungen zu dem Thema unterstützt (Jacobi et al. 2011, Nelson und Hiller 2013, Crawford et al. 2016). Jedoch existiert keine einheitliche Definition davon, was genau Misserfolg sein soll, oder was unter einer Verschlechterung zu verstehen ist, die Erklärungen der Autoren unterscheiden sich teilweise (Roback 2000, Linden 2013).

Es sei noch auf weitere Untersuchungen zu den Effekten von Psychotherapie hingewiesen, wie z. B. Scott et al. 2000, Brown et al. 2001 und Mufson et al. 2004.

Kombinierte Studien zu Effekten von Psychopharmako- und Psychotherapie

Davidson et al. (2004) verglichen die Wirksamkeit des selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmers Fluoxetin (FLU), umfassender kognitiver verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie (comprehensive cognitive behavioral group therapy; CCBT), von Placebo (PBO), und von den Kombinationen CCBT/ FLU und CCBT/ PBO an ambulanten Patient*innen mit sozialer Phobie. Die CCBT unterscheidet sich von herkömmlicher kognitiver verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie insofern, als auch soziale Fertigkeiten trainiert werden, also wie z.B. eine Konversation mit einem Fremden begonnen werden kann. Die Behandlung dauerte 14 Wochen, das Medikament wurde täglich verabreicht, die Psychotherapie im wöchentlichen Rhythmus abgehalten. Insgesamt zeigten sich mit jeder Behandlungsmethode signifikant bessere und effektivere Antwortraten als bei alleiniger Placebo-Therapie, allerdings gab es keine Unterschiede zwischen den aktiven Therapien. Die kombinierten Behandlungen ergaben also keinen Vorteil gegenüber Monotherapie. Hingegen waren auch nach 14 Wochen noch wesentliche Symptome bei vielen Patient*innen zu verzeichnen, die eventuell mit länger andauernder Medikation oder Veränderungen in der Ausführung der CCBT hätten gelindert werden können.

Es lässt sich noch eine ganze Reihe weiterer kombinierter Studien zu den Effekten von Psychopharmako- und Psychotherapie finden (z. B. DeRubeis et al. 2005, Schatzberg et al. 2005 und Dobson et al. 2008).

Effekte anderer Therapieformen

Erkkilä et al. (2011) beobachteten die Effekte von Musiktherapie zusätzlich zur Standardtherapie im Vergleich zur alleinigen Standardversorgung bei Patient*innen mit unipolarer Depression. Kontrolliert wurden die Patient*innen zu Therapiebeginn, sowie unmittelbar nach Behandlungsende und drei Monate später. Alle zwei Wochen fand die Musiktherapie statt (insgesamt 20 Einheiten). Endpunkte bezogen sich u. a. auf die Depressivität, auf das generelle Funktionsniveau, Angstsymptomatik und Lebensqualität. Patient*innen, welche zusätzlich zur Standardversorgung Musiktherapie in Anspruch nahmen, zeigten signifikante größere Verbesserungen zu Therapieende als solche ohne Musiktherapie (depressive Symptomatik, Angstsymptome, Funktionsniveau).

Hingegen waren die Unterschiede zur Nachuntersuchung nicht mehr statistisch signifikant.

In einer systematischen Übersichtsarbeit zur Musiktherapie von erwachsenen stationären psychiatrischen Patient*innen wird die in Studien beobachtete Wirksamkeit auf eine Vielfalt von Symptomen hervorgehoben, allerdings die kleinen Stichproben bemängelt. Des Weiteren existiert bislang kein klar definiertes Modell für die Musiktherapie von erwachsenen stationären psychiatrischen Patient*innen, somit bedarf es weiterer Forschung auf diesem Gebiete (Carr et al. 2013).

Eine circa zweijährige Studie zur progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) – einem Entspannungsverfahren zur Reduktion von Stress auf kognitiv-emotionaler, psychovegetativer und muskulärer Ebene – bei Patient*innen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung zeigte bei fast 70 Prozent der Patient*innen positive Effekte, wie z. B. ein Gefühl der Entspannung und Beruhigung, sowie Aktivierung und Vitalität. Bei 15 Prozent der Teilnehmer*innen kam es u. a. zu Ängsten, Zittern, Angespanntsein, Herzklopfen - die erlebten Veränderungen wurden also negativ bewertet. Der Rest reagierte unspezifisch und konnte zu dieser Therapiemethode eher keinen Zugang finden. Insgesamt wird die progressive Muskelrelaxation vom Autor als sinnvolles ergänzendes psychotherapeutisches Verfahren bewertet (Golombek 2001).

Eine weitere Untersuchung offenbarte, dass die PMR wirksam Depressionen bei Patientinnen mit multipler Sklerose reduzieren konnte (Safi 2015).

Kanji und Ernst (2000) evaluierten in einer systematischen Übersichtsarbeit kontrollierte Studien zu autogenem Training - einem weiteren Entspannungsverfahren, welches in autohypnotischer Manier zu physischer und psychischer Entspannung führen soll. Insgesamt zeigten sich positive Effekte, so konnte das autogene Training Stress wirksam reduzieren. Jedoch war die Mehrzahl der Studien methodisch fehlerbehaftet.

In einer systematischen Übersichtsarbeit zu Entspannungsverfahren (u. a. PMR, autogenes Training) konkludierten die Autoren (Jorm et al. 2008), dass Entspannungsverfahren depressive Symptome wirksam reduzieren konnten im Vergleich zu keiner Behandlung. Allerdings waren diese nicht so wirksam wie

psychotherapeutische Intervention. Es seien weitere Forschungsergebnisse nötig, um Entspannungsverfahren als mögliche Erstlinientherapie bei Depression analysieren zu können, besonders bei jüngeren Patient*innen und erster depressiver Episode, bei denen die Schwelle zu psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung erhöht sein kann.

Meta-Analysen zu der Wirksamkeit körperlicher Aktivität bei psychischen Erkrankungen sind teils widersprüchlich.

Rosenbaum et al. (2014) schlussfolgern in ihrer Meta-Analyse, dass sich starke Effekte bei Patient*innen aus dem Schizophrenie-Spektrum (Symptomreduzierung) und moderate Effekte für die allgemeine Lebensqualität finden ließen, und dass körperliche Aktivität insgesamt depressive Symptomatik reduziere – stärkere Effekte waren jedoch mit Studien schlechterer methodischer Qualität assoziiert.

Eine systematische Übersicht zu den Effekten körperlicher Aktivität von hospitalisierten psychiatrischen Patient*innen hebt die positiven Ergebnisse bei Depression hervor, während weniger, wenngleich immer noch positive Belege für Patient*innen mit Schizophrenie-Spektrum-Störung, bipolarer Störung und Angststörungen vorhanden waren. Die Autoren kritisieren den generellen Mangel an Literatur zu dem Thema und erachten es als notwendig, in zukünftigen Studien vor allen Dingen die optimale Dosis und Ausführung der körperlichen Aktivität für psychisch erkrankte Menschen zu thematisieren (Stanton und Happell 2013).

Pearsall et al. (2014) resümieren hingegen in ihrer Meta-Analyse, dass keine nutzbringenden Effekte für positive und negative Symptome bei Schizophrenie-Spektrum-Störungen gefunden werden konnten, zudem weder bei depressiven Symptomen und Angstsymptomen, noch betrefflich der allgemeinen Lebensqualität.

Die Ergo- und Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie macht sich zum Ziel, Fertigkeiten des täglichen Lebens zu trainieren, die Kommunikation mit anderen zu verbessern, und die sozialen Kompetenzen allgemein zu erweitern. Des Weiteren sollen Menschen mit psychischer Erkrankung mithilfe der Ergotherapie einfacher in die Gesellschaft integriert werden und die Fähigkeit zurückerlangen, ihre normativen Lebensrollen zu finden bzw. auszufüllen – das

alles durch einen Prozess, der die Person, die Umwelt und deren komplexen Interaktionen berücksichtigt. In diesen Prozess eingeschlossen sind die Aktivitäten und Fertigkeiten des täglichen Lebens, körperliche Aktivität wie Sport, Freizeit, soziale Partizipation, Arbeit und Bildung (Gibson et al. 2011, Yamashita et al. 2012).

Systematische Übersichten zur Ergo- bzw. Beschäftigungstherapie von psychisch erkrankten Menschen heben die moderate bis starke Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings, die moderaten Effekte auf die allgemeinen Lebensfertigkeiten, auf die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die soziale Partizipation und Bereiche der Arbeit hervor (Gibson et al. 2011, Arbesman und Logsdon 2011).

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit der Ergotherapie bei Patient*innen mit Angststörungen und stressbezogenen Störungen betont das Potenzial, das individuelle Funktionsniveau und die psychische Symptomatik im Allgemeinen verbessern zu können, merkt jedoch außerdem an, dass bislang nur sehr wenige standardisierte Ergotherapieinterventionen existieren, und es mehr hochqualitativer Studien bedürfe (Fox et al. 2017).

In einem anderen Artikel wird auf die bislang geringe Anzahl an systematischen Arbeiten zur Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen hingewiesen (Bannigan und Spring 2012).

In besonders schweren Fällen und bei Behandlungsresistenz depressiver und bipolarer Störungen (sowie Schizophrenie-Spektrum-Störungen), stellt die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) einen weiteren möglichen Therapieansatz dar. Erstmals 1938 angewendet, werden bei der Methode Elektroden bilateral am Schädel befestigt, die einen generalisierten zerebralen Krampfanfall in Patient*innen auslösen. Diese befinden sich während der Prozedur unter Allgemeinanästhesie mit Muskelrelaxation. Lediglich ca. 40-45 Prozent der psychiatrischen Kliniken in Deutschland setzen das Verfahren ein.

Eine Literaturrecherche unter Berücksichtigung von Metaanalysen, systematischen Übersichtsartikeln und nationaler sowie internationaler Leitlinien stellte heraus, dass die Elektrokonvulsionstherapie eine wirksame und sichere Behandlung depressiver Episoden mit nachgewiesener Überlegenheit gegenüber antidepressiver Psychopharmakotherapie ermöglicht. Jedoch treten

recht häufig vorübergehende kognitive Störungen auf, in Einzelfällen auch anhaltende Beeinträchtigungen des autobiographischen Gedächtnisses – die richtige Durchführung der Intervention ist wichtig (Blease 2013, Zilles et al. 2015).

Effekte multimodaler vollstationärer psychiatrischer Behandlung

Wooderson et al. (2014) analysierten das langfristige symptomatische und funktionelle Outcome einer stationären multimodalen Intervention für behandlungsresistente Depression. Die mittlere Dauer der Hospitalisation betrug sieben Monate, die katamnestischen Befragungen erfolgten drei Jahre nach Entlassung (Median). Es zeigte sich ein starker Rückgang der depressiven Symptome von Aufnahme bis Entlassung und Katamnesezeitpunkt, gemessen mit der HAMD. Drei Faktoren waren mit nicht-remittierender Depression assoziiert: Angst, kognitive Schwierigkeiten und Schlafstörungen. Die therapeutischen Effekte blieben über den gesamten Beobachtungszeitraum stabil und demonstrierten somit einen langfristigen Nutzen. Der prozentuale Anteil an Respondern und Patient*innen in Remission nahm zum Katamnesezeitpunkt gegenüber dem Entlassungszeitpunkt sogar zu (45% vs. 53% bzw. 41% vs. 45%). Der HAMD-Score war zudem weiterhin rückläufig (Median: 13 vs. 11 Punkte). Kritisch betrachtet werden muss die variable Follow-Up-Dauer, die zwischen einem Jahr und sieben Jahren lag und wichtige Symptomfluktuationen somit möglicherweise übersehen wurden.

Zeeck et al. (2013 und 2015) verglichen die Wirksamkeit von multimodaler stationärer und tagesklinischer Therapie depressiver Patient*innen in acht psychosomatischen Kliniken. Es kam zur signifikanten Reduktion der Depressivität von Behandlungsbeginn bis zur Katamneseerhebung drei Monate poststationär. Bezüglich der sekundären Endpunkte wie Funktionsniveau und Lebensqualität wurden ebenso signifikante positive Veränderungen nachgewiesen. Stationäre Patient*innen erhielten öfters antidepressive Medikation und wurden signifikant länger behandelt. Bei schwerwiegenderer Depression und somatischen Nebendiagnosen wurde eine stationäre Behandlung eher bevorzugt, ein Unterschied in der Wirksamkeit zwischen stationärer und tagesklinischer Einrichtung bestand ansonsten nicht. Auch in dieser Studie blieben die therapeutischen Effekte überwiegend stabil, wenngleich zwischen Entlassung und Drei-Monats-Katamnese ein leichter

Anstieg der depressiven Symptomatik zu beobachten war. Zudem respondi­erten auch drei Monate nach Entlassung ein Drittel der Patient*innen nicht auf die Behandlung. In einer nachfolgenden Untersuchung mit den Daten dieser Studie konnte hingegen zur Zwölf-Monats-Katamnese ein erneuter Rückgang der Depressivität beobachtet werden, die auf das Niveau zum Entlassungszeitpunkt fiel und damit weitestgehend langfristig stabile therapeutische Effekte der vollstationären Behandlung identifiziert werden konnten (von Wietersheim et al. 2020).

Maß et al. (2019) führten eine Studie zur Evaluation vollstationärer allgemeins­psychiatrischer Behandlung bei Patient*innen mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie, ausgenommen Abhängigkeitserkrankungen und Demenzen, durch. Ungefähr zwei Drittel der Patient*innen hatten eine unipolare Depression als Hauptdiagnose. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) wurde zur Erfassung der Symptombelastung verwendet. Zur Entlassung und in einer Halbjahres-Katamnese erfolgte die Beurteilung des Behandlungsergebnisses. Dabei wurde von der Aufnahme bis zur Entlassung ein starker Rückgang der Depressivität beobachtet (31,5 vs. 13,2 Punkte), zum Katamnesezeitpunkt stieg der BDI-II-Wert wieder leicht an (18,3 Punkte). Der mittlere BDI-II-Wert korrespondierte mit einer leichten Depression zum Katamnesezeitpunkt. Antidepressiva hatten keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg. In der Einschätzung der Patient*innen bezüglich der wichtigsten Therapie­konzepte hoben über 80 Prozent die Psychotherapie hervor, die Hälfte betonte das stationäre Setting, wohingegen die Medikation von lediglich knapp zwei Prozent als wichtig erachtet wurde. Mehr als 70% der therapeutischen Effekte konnten auch sechs Monate nach Entlassung aufrechterhalten werden. Welche Faktoren zum erneuten Anstieg der Depressivität zum Katamnesezeitpunkt führten, wurde jedoch nicht untersucht. Denkbar sind psychosoziale Stressoren, die möglicherweise bereits Einfluss auf die Entstehung der Depression hatten.

1.3.3 Follow-Up-Behandlung unipolar depressiver Patient*innen nach vollstationärer psychiatrischer Behandlung

Wie bereits in Kapitel 1.2 erörtert, gliedert sich die Behandlung der unipolaren Depression in die Akuttherapie (direkte Maßnahme zur Reduktion der Symptomatik, z. B. im Rahmen einer vollstationären allgemeins­psychiatrischen

Behandlung), die Erhaltungstherapie (innerhalb des ersten Jahres poststationär) und die Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe (> ein Jahr poststationär). Die Erhaltungstherapie zielt darauf ab, Therapiefortschritte der stationären Behandlung aufrechtzuerhalten und ist somit von besonderem Interesse für das vorliegende Promotionsprojekt. Die deutsche S3-Leitlinie (2015) zur unipolaren Depression empfiehlt die folgenden poststationären Behandlungen:

- Ambulante Psychotherapie für mindestens acht bis zwölf Monate in niedrigerer Frequenz als in der Akuttherapie
- Eine Fortführung antidepressiver Medikation: a) im Falle einer ersten depressiven Episode sollte die Medikation über einen Zeitraum von vier bis neun Monaten (in der Dosis der Akuttherapie) beibehalten werden; b) im Falle einer rezidivierenden oder chronischen Depression sollte die Medikation mindestens für zwei Jahre (in der Dosis der Akuttherapie) fortgesetzt werden
- Falls die Akuttherapie eine Kombination von Psychotherapie und Antidepressivum beinhaltete, sollte auch die Erhaltungstherapie auf diese Kombination zurückgreifen

Weiß et al. (2020) untersuchten, wie viele Patient*innen mit unipolarer Depression im Anschluss der stationären Therapie gemäß der deutschen S3-Leitlinien behandelt wurden und ob eine Abweichung von den Leitlinien-Empfehlungen zu einem weniger günstigen Symptomverlauf führte. Über 500 Patient*innen wurden aus acht psychosomatischen Kliniken bei Entlassung und zur Drei-Monats- und Zwölf-Monats-Katamnese untersucht (siehe auch Zeeck et al. 2015). Anhand telefonischer Interviews wurden der klinische Verlauf und die poststationären Behandlungen beurteilt. 79 Prozent der poststationären Behandlungen waren in Einklang mit den Leitlinien-Empfehlungen. Elf Prozent der Patient*innen erhielten ausschließlich Antidepressiva, 60 Prozent lediglich ambulante Psychotherapie und 28 Prozent eine Kombination beider Therapien. Hinsichtlich des klinischen Outcomes (Depressionsschweregrad) ergaben sich keine Unterschiede zwischen Leitlinien-Compliance und Abweichungen von den Leitlinien-Empfehlungen. Die Patient*innen, die von den Leitlinien-Empfehlungen abwichen (21 Prozent), waren tendenziell jünger und hatten eine

weniger schwerwiegende depressive Symptomatik vor und nach der
Behandlung.

2. Fragestellung und Ziele

Die meisten Studien zum Thema allgemeinspsychiatrischer Behandlung fokussieren sich auf einzelne Behandlungsmethoden. Studien zur Wirksamkeit vollstationärer allgemeinspsychiatrischer Behandlung im Ganzen sind selten, bilden jedoch eher die klinische Realität ab. Auch Letztere konnten in der Vergangenheit bereits die signifikante Reduktion depressiver Symptome belegen (Zeeck et al. 2013 und 2015, Wooderson et al. 2014, Maß et al. 2019, von Wietersheim et al. 2020).

Unklar blieb in der zitierten Studie von Maß et al. (2019), ob und welche Faktoren – neben der stationären Behandlung selbst - bedeutsam für das Outcome nach sechs Monaten waren. Es existieren einige Hinweise für die langfristigen Effekte multimodaler vollstationärer allgemeinspsychiatrischer Behandlung bei unipolar depressiven Patient*innen, die selbst Monate bzw. Jahre nach Entlassung noch relative Stabilität aufweisen (siehe Kapitel **1.3.2**). Dies gilt jedoch nicht für alle Patient*innen. Wie poststationäre Symptomfluktuationen zustande kommen bzw. welche poststationären Faktoren Einfluss auf den Symptomverlauf depressiver Patient*innen nehmen und somit mitverantwortlich für einen erneuten Anstieg oder einen weiteren Rückgang der Depressivität nach Entlassung sind, ist hingegen nur unzureichend untersucht. Somit bedarf es weiterer Analysen möglicher Prädiktoren für das mittel- und langfristige Outcome multimodaler vollstationärer allgemeinspsychiatrischer Behandlung, die Gegenstand der vorliegenden Promotion sind.

In der vorliegenden prospektiven Studie wird der Einfluss poststationärer Faktoren auf das Sechs-Monats-Outcome einer multimodalen vollstationären allgemeinspsychiatrischen Behandlung bei unipolar depressiven Patient*innen beurteilt. Im Rahmen eines semistrukturierten Interviews sechs Monate nach Entlassung werden die Patient*innen u. a. über den weiteren Lebensverlauf mit soziodemographischen Aspekten, bedeutenden Life Events und poststationären Behandlungen befragt. Im Anschluss erfolgt die Bildung von Kategorien, die potenzielle poststationäre Einflussfaktoren bzw. mögliche Prädiktoren für das Outcome darstellen sollen. Diese Faktoren sollen anschließend mit dem Depressionsschweregrad und der Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt korreliert werden.

Prinzipiell handelt es sich bei der Studie um eine Moderator- bzw. Mediatoranalyse (Kraemer et al. 2002), bei der entweder:

- mögliche Einflüsse einer dritten Variable (Moderator/ Interaktion) zwischen einer abhängigen (Endpunkte Depression und Lebenszufriedenheit sechs Monate nach Entlassung) und unabhängigen Variable (Wirksamkeit der vollstationären allgemeinpsychiatrischen Behandlung) untersucht werden sollen
- der Grund für die Existenz der Beziehung zwischen abhängiger und unabhängiger Variable erklärt werden soll (Mediator/ erklärendes Bindeglied)

3. Methodik

3.1 Setting

Um eine hohe externe Validität zu erreichen, wurde ein naturalistisches Design verwendet. Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein (Nr. 2018008) genehmigt.

Die Behandlung der Patient*innen erfolgte auf einer offenen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten 20-Betten-Station der allgemeinspsychiatrischen Abteilung des Zentrums für Seelische Gesundheit Marienheide, das zur Klinikum Oberberg GmbH gehört (vgl. Maß et al. 2019). Das multimodale Therapieangebot umfasst neben der Psychotherapie u. a. Psychopharmakotherapie, Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation und autogenes Training, körperliche Aktivität in Sportgruppen, Ergo- und Beschäftigungstherapie und ein Training sozialer Kompetenzen (<https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/zsg-zentrum-fuer-seelische-gesundheit-klinik-marienheide/fachabteilungen/klinik-fuer-allgemeinspsychiatrie-und-psychotherapie/stationaeres-angebot/station-aaron-t-beck/>). Die Therapie erfolgt in einem interdisziplinären Team, bestehend aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pflegepersonal, Ergotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen. Die Zuordnung von Therapeut*innen erfolgt zufällig in der Reihenfolge der Aufnahmen. Alle Formen psychischer Störungen außer Demenzen und Abhängigkeitserkrankungen werden behandelt, so z. B. unipolare Depressionen (ca. zwei Drittel aller Patient*innen) sowie Angst- und Zwangsstörungen, bipolare Störungen, Schizophrenie-Spektrum-Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

3.2 Messinstrumente

3.2.1 Internationale Diagnosen-Checklisten (IDCL)

Zur Bestätigung der Diagnosen wurden die Internationalen Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bzw. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) eingesetzt.

Bei den IDCL handelt es sich um ein halbstrukturiertes Instrument zur klinischen Bewertung der Diagnosekriterien von psychiatrischen Störungen, welches den Therapeut*innen Entscheidungshilfen und -regeln anbietet, um

spezifische Diagnosen gemäß ICD-10 bzw. DSM-IV zu stellen. Dabei sind die Checklisten nicht auf das Vier-Augen-Gespräch beschränkt. Vielmehr ist es den Therapeut*innen möglich, andere Informationsquellen als die Patient*innen heranzuziehen, so z. B. Familienangehörige oder Bekannte, medizinische Dokumentation wie Fallnotizen oder auch Verhaltensbeobachtungen. Insgesamt zeigten die IDCL in Studien eine gute klinische Durchführbarkeit und zufriedenstellende bis exzellente diagnostische Reliabilität (Hiller et al. 1993, Janca und Hiller 1996).

3.2.2 Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)

Bei der Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R) handelt es sich um ein oft verwendetes Inventar im Bereich der Psychiatrie, welche aus 90 Items besteht. Es erfasst eine breite Reihe psychischer Probleme und ermittelt, wie sehr Patient*innen an den eigenen psychischen und körperlichen Symptomen leiden. Ferner ermöglicht die SCL-90-R eine Differenzierung zwischen psychisch erkrankten und gesunden Menschen (Schmitz et al. 2000, Paap et al. 2012).

Jedes dieser Items wird auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ bewertet und bezieht sich auf die vergangenen sieben Tage. Die Antworten werden in neun primäre Symptomkomplexe zusammengefasst, so in Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken sowie Psychotizismus. Drei globale Indizes liefern darüber hinaus Messwerte für das psychologische Gesamtleid. Der Global Severity Index (GSI) gibt die durchschnittliche psychische Belastung an, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) stellt die Schwere der Beeinträchtigung der einzelnen psychischen Symptome dar, und Positive Symptom Total (PST) fasst die Anzahl aller Aussagen zusammen, bei denen eine psychische Belastung vorliegt.

Im Rahmen der Studie wurde die Depressionsunterskala der SCL-90-R herangezogen.

3.2.3 Beck-Depressions-Inventar – Revision (BDI-II)

Das BDI-II ist ein weltweit verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Depressionsschweregrades (Beck et al. 1996).

Es enthält 21 Gruppen von Aussagen mit jeweils unterschiedlichen Punktwerten. Dabei wird die Objektivität der Durchführung, Auswertung und Interpretation durch standardisierte Vorgaben zur Bestimmung und Interpretation des Summenwertes gewährleistet. Der Beurteilungszeitraum umfasst die letzten zwei Wochen. Die Cut-Off-Werte zur Schwere der Depression sind **Tabelle 1** zu entnehmen. In Studien wies das BDI-II gute Reliabilitäts- und Validitätswerte auf (Kühner et al. 2007).

Tabelle 1. Cut-Off-Werte BDI-II.

Schweregrad	keine/ minimal	leicht	moderat	schwer
Cut-Off-Wert	0-13	14-19	20-28	29-63

3.2.4 GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAMD-17)

Die GRID-HAMD ist eine Fremdbewertungsskala, um den Schweregrad depressiver Symptome während der vergangenen sieben Tage zu messen. Sie ist eine leicht abgeänderte Version der HAMD, welche seit 1960 (Hamilton 1960), dem Jahr ihres Erscheinens, den Gold-Standard zur Beurteilung einer Depression darstellt (Bagby et al. 2004, Worboys 2012).

In ihrer modifizierten Form soll sie es den Anwender*innen erleichtern, zwei wichtige Dimensionen der Symptomschwere, so die Intensität und Häufigkeit, zu einer Bewertung zusammenzuführen. Hierbei zeichnet sich die Intensität durch eine überwiegend fünfstufige, die Häufigkeit durch eine vierstufige Skala aus. Der zusammengerechnete Gesamtwert ergibt sich aus 17 verschiedenen Items, wie z. B. depressive Stimmung, Schuldgefühle, Beeinträchtigungen der Arbeit/ Aktivitäten und allgemeine körperliche Symptome. Zimmerman et al. (2013) schlagen in ihrer Arbeit die in **Tabelle 2** dargestellten Cut-Off-Werte für die HAMD (17 Items) vor. Jedoch sollte angemerkt werden, dass die HAMD aufgrund teilweise nur unzureichender psychometrischer Eigenschaften und einer nicht mehr zeitgemäßen Konzeption in der Kritik steht (Bagby et al. 2004, Worboys 2012).

Da die Erhebung der Katamnese-Daten und die Behandlung der Patient*innen von unterschiedlichen Personen durchgeführt wurde, ist eine Beurteilung des eigenen Behandlungserfolges ausgeschlossen.

Tabelle 2. Cut-Off-Werte HAMD.

Schweregrad	keine	leicht	moderat	schwer
Cut-Off-Wert	0-7	8-16	17-23	≥ 24

3.2.5 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg et al. (2000) umfasst 70 Aussagen zu unterschiedlichen Lebensbereichen (mit jeweils sieben Items), namentlich Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzieller Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigener Person, Sexualität, Freunde, Bekannte und Verwandte, sowie Wohnung. Anhand einer siebenstufigen Skala (von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“) lassen sich die Aussagen ergänzen. Die Lebenszufriedenheit soll durch den errechneten Gesamtsummenwert wiedergespiegelt werden. Zusätzlich lässt sich mit dem FLZ jedoch auch die Zufriedenheit der einzelnen Lebensaspekte abschätzen (Śliwiński et al. 2014, Ziólkowski et al. 2015).

Für die Studie wurde der Gesamtsummenwert berechnet.

3.2.6 Semistrukturiertes Katamnese-Interview

Für die Studie wurde ein eigenes semistrukturiertes Katamnese-Interview entwickelt. Es wurde darauf verzichtet, auf bereits etablierte Interview-Instrumente zurückzugreifen (Life Events Questionnaire, Social Support Questionnaire oder Life Experiences Survey; Sarason et al 1978, Pocnet et al. 2016), um eine breite Reihe an Informationen zu erhalten, die möglichst viele potenzielle poststationäre Einflüsse abdecken sollen, ohne die Patient*innen durch die Quantität verschiedener Fragebögen zu überfordern. Das Katamnese-Interview beinhaltet festgelegte Fragen, auf die die Patient*innen in einem offenen Stil antworten können. Eine Frage wurde zudem mit vorgegebener Antwortskala gestellt. Die Antworten der Patient*innen wurden stichpunktartig schriftlich festgehalten. Inhaltlich befasst sich das Interview schwerpunktmäßig mit folgenden Punkten (siehe auch Anhang):

- wie stark von der stationären Behandlung profitiert wurde (Antwortskala: „sehr stark“, „etwas“, „kaum“, „gar nicht“, „eher geschadet“)

- Entwicklung und Darstellung der allgemeinen Lebenssituation nach Entlassung (u. a. Familie, Partnerschaft, Freundschaften, Arbeit) – offene Frage
- bedeutende poststationäre Life Events zwischen Entlassungszeitpunkt und Katamnese (inklusive neu aufgetretener körperlicher oder psychischer Erkrankungen) – offene Frage
- erfolgte poststationäre Behandlungen zwischen Entlassungszeitpunkt und Katamnese (ambulante, teil- oder vollstationäre Therapien inklusive Tagesklinik und Rehamaßnahmen, Einnahme von Antidepressiva) – offene Frage

3.3 Stichprobe

In die Studie eingeschlossen wurden über den Zeitraum April 2018 bis September 2019 N=49 konsekutiv aufgenommene unipolar depressive Patient*innen. Einschlusskriterien für die geplanten Untersuchungen waren eine unipolare Depression als Hauptdiagnose, das Vorliegen der psychometrischen Daten zu Behandlungsbeginn, die fortgeführte Evaluation bis zur Entlassung und ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Patient*innen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und Schizophrenie-Spektrum-Störungen, mangelnder Kenntnis der deutschen Sprache und deren Behandlung nicht regulär endete (Behandlungsabbrüche, Verlegungen), wurden nicht eingeschlossen.

Nach ausführlicher Aufklärung über die Studie gaben die Patient*innen zu Therapiebeginn ihre schriftliche Einwilligung zur wissenschaftlichen Verwendung ihrer Daten.

3.4 Ablauf der Studie

Der Beitrag des Promovenden an der Studie wird durch die **fett** markierten Punkte ersichtlich.

Aufnahme:

- Einverständniserklärung Teilnahme an der Studie und wissenschaftliche Verwendung der Daten
- IDCL

- SCL-90-R
- BDI-II

Während der Behandlung:

- **Begrüßung der Patient*innen durch Promovenden und Austausch der Kontaktdaten zur späteren Vereinbarung des Katamnesetermines**

Entlassung:

- Dokumentation der Medikation
- Dokumentation der Behandlung
- SCL-90-R
- BDI-II

6-Monats-Katamnese:

- **Terminvereinbarung**
- **Patient*inneneinschätzung zum Behandlungserfolg**
- **Semistrukturiertes Katamnese-Interview (Dauer ca. 60 Minuten)**
- **Durchführung GRID-HAMD-17**
- **Einsammeln der zuvor zugeschickten und von den Patient*innen ausgefüllten Fragebögen (SCL-90-R, BDI-II und FLZ)**

3.5 Belastungen und Risiken für die Patient*innen

Da die Methodik ausschließlich die Exploration von Symptomen und soziodemographischen Rahmenbedingungen sowie die Vorgabe klinischer Fragebögen umfasste, die ohnehin Teil diagnostischer Routine sind, brachte die Durchführung für die Patient*innen nur geringe Belastungen. Erfahrungsgemäß erleben Patient*innen solche Befragungen als Zeichen der Wertschätzung. Angesichts des non-invasiven Vorgehens (Interview, Fragebögen) waren unerwünschte Effekte der Teilnahme an der Studie nicht zu erwarten.

3.6 Pseudonymisierung der Daten

Die Forschungsdaten wurden mit höchster Diskretion behandelt und waren nur für autorisiertes Personal zugänglich, die Zugang zu den Daten benötigten, um ihre Pflichten im Rahmen des Forschungsprojektes zu erfüllen.

Alle Unterlagen mit personenbezogenen Angaben (sowohl in Papierform als auch als elektronische Dateien) wurden mit einer laufenden ID-Nummer versehen. Unter dieser Nummer wurden die Daten verwaltet und ausgewertet. Die Zuordnung personenbezogener Daten zu der ID-Nummer erfolgte in einer gesonderten Liste, die ausschließlich der Kontaktaufnahme bzw. dem Versand der Bögen zum Follow-up-Termin sechs Monate nach Entlassung diente. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden sowohl die ausgefüllten Originalbögen als auch die Liste vernichtet, sodass die Daten dann vollständig anonymisiert waren.

3.7 Auswertungsstrategien

Die erhobenen Interview-Daten wurden mithilfe der Software Microsoft Excel (Bestandteil von Microsoft Office Professional Plus 2016) tabellarisch zusammengefasst. In einem qualitativen, iterativen Vorgehen soll die Gesamtheit aller offenen Antworten mit dem Ziel der Datenreduktion in Kategorien aufgeteilt werden. Die Anzahl der Kategorien soll einerseits so klein wie möglich sein, andererseits die Antworten so gut wie möglich abbilden (siehe auch Kapitel **4.4.3**).

Die ermittelten Kategorien (potenzielle poststationäre Einflussfaktoren) und die Outcome-Daten zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt (SCL-90-R, BDI-II, GRID-HAMD-17, FLZ-Gesamtwert) wurden mithilfe der Software IBM SPSS 22 für Windows ausgewertet. Es wurde analysiert, inwiefern die poststationären Faktoren Einfluss auf das Outcome sechs Monate nach Entlassung hatten. Neben deskriptiven Statistiken (Anzahl, prozentualer Anteil, arithmetischer Mittelwert, Standardabweichung) wurden hierfür Korrelationen (Pearson Korrelationskoeffizient r ; zweiseitige Fragestellung) berechnet. Zudem kamen weitere gruppenstatistische Prozeduren zum Einsatz (t-Tests bei unabhängigen und abhängigen Stichproben), um zu vergleichen, ob sich die Mittelwerte der Outcome-Daten verschiedener untersuchter Gruppen voneinander unterscheiden (z. B. Antidepressiva-Einnahme ja vs. nein) bzw. ob

ein Unterschied zwischen den Mittelwerten der Outcome-Daten zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt existiert. Das Signifikanzniveau wurde aufgrund der kleinen Stichprobe auf $p < 0,01$ festgesetzt.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobe

Von den 49 rekrutierten Patient*innen konnten zur Nachuntersuchung 38 erreicht werden (77,6%). Davon nahmen 36 Patient*innen (73,5%) am Interview teil. Mehr als die Hälfte dieser 36 Patient*innen waren weiblich (N=20). Das Durchschnittsalter betrug 40,9 Jahre (SD=14,0, Range 19-64). Von den in einem Angestellten-Verhältnis stehenden Patient*innen (N=23) waren zehn aufgrund ihrer unipolaren Depression zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitsunfähig. Sechs Patient*innen befanden sich in Ausbildung oder studierten an einer Hochschule, vier Patient*innen waren arbeitslos, zwei frühzeitig berentet und ein Patient regulär berentet. 15 Patient*innen waren jeweils ledig und verheiratet, fünf geschieden und eine Patientin verwitwet. Von den nicht verheirateten Patient*innen (N=21) befanden sich fünf in Partnerschaft und 16 ohne Partner*in. Acht Patient*innen hatten die allgemeine Hochschulreife (davon N=3 mit abgeschlossenem Hochschulstudium), neun Patient*innen die Fachhochschulreife, zwölf Patient*innen die Fachoberschulreife, vier Patient*innen einen Hauptschulabschluss und ein Patient keinen Schulabschluss (N=2 ohne Angabe).

4.1.1 Drop-out-Analyse

Die 13 Patient*innen, die nicht an dem Interview teilnahmen, waren durchschnittlich jünger als die 36 teilnehmenden Patient*innen: 29,1 vs. 40,9 Jahre (SD=11,7 vs. 14,0), $t=-2,702$, $df=47$, $p=0,01$. In den Variablen Geschlecht, Behandlungsdauer, Verordnung von Antidepressiva bei Entlassung sowie Depressivität bei Entlassung (gemessen mit BDI-II bzw. SCL-90-R) unterschieden sich die Abbrecher*innen nicht von den Teilnehmer*innen.

Einige Gründe für die fehlende Teilnahme am Interview waren: Nicht-Erreichbarkeit der Patient*innen, Absage ohne Angabe von Gründen, Angabe von Stress und fehlender Motivation bzw. depressiver Symptomatik, die nicht zur Teilnahme am Interview befähigte. Die beiden Patient*innen, die die Outcome-Bögen zur Katamnese zukommen ließen, jedoch nicht das Interview durchführten, gaben vermehrten Stress im sozialen Umfeld als Grund für die fehlende Teilnahme an.

4.2 Outcome-Daten zum Entlassungs- und Katamnese-Zeitpunkt

Zum Entlassungszeitpunkt zeigten die Patient*innen einen mittleren BDI-II-Score von 9,97 Punkten (SD=9,30, N=37), der eine Remission der depressiven Symptomatik bedeutet. Sechs Monate nach Entlassung hatten die Patient*innen einen mittleren BDI-II-Score von 18,32 Punkten (SD=14,43, N=37). Von Entlassung bis zur Katamnese stieg der mittlere BDI-II-Score also um 8,35 Punkte ($t=-4,72$, $df=36$, $p<0,001$) und entsprach einer leichten Depression. Der mittlere HAMD-17-Wert bei Katamnese (M=10,81 Punkte, SD=7,93, N=36) entsprach ebenso einer leichten Depression.

Zur Bewertung der Gesamt-Lebenszufriedenheit bzw. der Depressions-Unterskala der SCL-90-R müssen die Rohwerte in Standard-Skalen umgewandelt werden, wobei Einflüsse von Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Die mittlere Lebenszufriedenheit lag zur Katamnese mit einem Stanine-Wert von 3,35 (SD=2,07, Range 1-8, N=37) unterhalb des Mittelwertes der Eichstichprobe (M=5), jedoch innerhalb einer Standardabweichung (SD=2). Hinsichtlich der mit der SCL-90-R gemessenen Depressivität fand sich bei den untersuchten Patient*innen bei Entlassung im Durchschnitt ein T-Wert von 57,62 (SD=10,56, Range 36-78, N=37), der somit innerhalb einer Standardabweichung (SD=10) der Eichstichprobe (M=50) liegt. Zur Katamnese konnte, wie im Falle des BDI-II-Scores, ein statistisch signifikanter Anstieg der Depressivität beobachtet werden: M=62,54 (SD=13,05, Range 36-80, N=37), $t=-3,02$, $df=36$, $p=0,005$.

4.3 Vergleich der Outcome-Daten zum Katamnesezeitpunkt zwischen verschiedenen Gruppen

Tabelle 3 demonstriert Unterschiede der Mittelwerte der Outcome-Daten (BDI-II, HAMD-17 und FLZ) zum Katamnesezeitpunkt zwischen Patient*innen, die Antidepressiva, ambulante Psychotherapie oder (teil-) stationäre Behandlungen poststationär erhielten und solchen, die die entsprechende Therapie nicht in Anspruch nahmen.

Patient*innen, die zwischen Entlassungszeitpunkt und Katamnesetermin Antidepressiva einnahmen, hatten im Vergleich zu Patient*innen ohne Antidepressiva-Einnahme höhere Depressionswerte. Im Falle ambulanter

Psychotherapie zeigen sich gegenteilige Ergebnisse. Die Depressionswerte von Patient*innen, die eine poststationäre ambulante Psychotherapie nutzten, waren durchschnittlich niedriger als bei denen, die keine ambulante Psychotherapie wahrnahmen. Patient*innen ohne poststationäre (teil-)stationäre Behandlungen zeigten tendenziell leicht niedrigere Werte im BDI-II und (marginal) höhere Werte in der HAMD-17. Patient*innen ohne Antidepressiva-Einnahme bzw. ohne poststationäre (teil-)stationäre Behandlungen sowie Patient*innen, bei denen eine ambulante Psychotherapie erfolgte, zeigten zudem im Durchschnitt eine leicht höhere Lebenszufriedenheit. Statistisch signifikant waren jedoch keine der Beobachtungen.

Tabelle 3. Vergleich der Mittelwerte von BDI-II, HAMD-17 und FLZ zur Katamnese zwischen verschiedenen Gruppen.

		N	M	SD	t	df	Mittelwertdifferenz
AD							
BDI-II	nein	26	16,12	14,06	-1,443	32	-8,135
	ja	8	24,25	13,52			
HAMD-17	nein	28	9,93	8,03	-1,251	34	-3,946
	ja	8	13,88	7,20			
FLZSum	nein	28	31,90	6,88	,422	34	1,147
	ja	8	30,75	6,40			
Ambulante Psychotherapie							
BDI-II	nein	9	21,78	15,64	,924	32	5,098
	ja	25	16,68	13,68			
HAMD-17	nein	9	14,56	9,41	1,680	34	5,000
	ja	27	9,56	7,13			
FLZSum	nein	9	30,75	6,23	-,458	34	-1,195
	ja	27	31,94	6,93			
(teil-)stationäre Behandlungen							
BDI-II	nein	27	17,74	14,79	-,230	32	-1,402
	ja	7	19,14	12,43			
HAMD-17	nein	28	10,86	7,91	,072	34	,232
	ja	8	10,63	8,59			
FLZSum	nein	28	31,97	6,87	,549	34	1,492
	ja	8	30,48	6,39			

Anmerkungen: N: Anzahl; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: t-Wert; df: Freiheitsgrade; AD: Antidepressiva; FLZSum: Gesamtwert FLZ zur Katamnese.

4.4 Darstellung der Katamnese-Daten

4.4.1 Zeitpunkt der Katamnese-Erhebungen

Die Erhebung der Katamnese-Daten fand im Schnitt 6,7 Monate nach Entlassung statt (SD=0,8, Range 6-9). 21 Patient*innen kamen zur Befragung in die Klinik, zwölf Interviews wurden in der Wohnung der Patient*innen durchgeführt und in wenigen Ausnahmefällen – z. B. bei größerer Entfernung vom Wohnort – wurde ein telefonisches Gespräch vereinbart (N=3).

4.4.2 Einschätzung des Behandlungserfolges

26 der Befragten (72,2%) gaben zum Katamnese-Zeitpunkt an, dass sie „sehr stark“ von der stationären Behandlung profitiert hätten. Neun Patient*innen (25%) hätten „etwas“ profitieren können und ein Patient (2,8%) habe keinen Nutzen aus der Behandlung gezogen. Geschadet habe die Behandlung hingegen niemandem.

4.4.3 Interview-Daten und Kategorienbildung

Die **Tabellen 4 und 5** stellen die im Rahmen des Interviews erhobenen Daten sowie die Zuordnung der einzelnen Daten bzw. Variablen zu daraus abgeleiteten Kategorien dar. Diese Kategorien wurden als potenzielle poststationäre Einflussfaktoren auf das Sechs-Monats-Outcome identifiziert.

Poststationäre Behandlungen wurden dichotomisierten Kategorien zugeordnet (ja vs. nein), um zu beurteilen, ob eine solche Behandlung an sich Einfluss auf das Sechs-Monats-Outcome genommen hat. Patient*innen können somit prinzipiell mehrere Therapien einer Kategorie in Anspruch genommen haben (z. B. ambulante Einzel- und Gruppenpsychotherapie für die Kategorie ambulante Psychotherapie). Insgesamt erhielten 27 Patient*innen (75%) ambulante Psychotherapie, acht (22,2%) (teil-)stationäre Behandlungen und acht Antidepressiva.

Eine Patientin (2,8%) wurde poststationär ausschließlich mit Antidepressiva behandelt. 15 Patient*innen (41,7%) nahmen eine ambulante Psychotherapie als alleinige poststationäre Therapieform in Anspruch und sechs Patient*innen (16,7%) erhielten eine Kombination aus ambulanter Psychotherapie und Antidepressiva. Sechs Patient*innen (16,7%) wurden poststationär nicht behandelt.

Positive und negative Life Events sowie soziale unterstützende und belastende Faktoren wurden aufgrund der Vielzahl der verschiedenen Variablen hingegen numerisch kategorisiert. Während Life Events bedeutende punktuelle Ereignisse im Leben der Patient*innen darstellen sollen, handelt es sich bei den sozialen unterstützenden und belastenden Faktoren um längerfristige Gegebenheiten im sozialen Umfeld. Die Zuordnung der Interview-Daten bzw. Variablen zu diesen Kategorien erschien aus den Aussagen der Patient*innen offensichtlich (z. B. eine neue Arbeitsstelle als bedeutendes positives Life Event oder ein Arbeitsplatzverlust als bedeutendes negatives Life Event wahrgenommen). „Gute Freundschaften“ oder „gutes Verhältnis zu Eltern“ als Beispiele für soziale unterstützende Faktoren bilden die Wahrnehmung der Patient*innen ab, durch Freundschaften oder die Eltern in besonderem Maße unterstützt bzw. positiv beeinflusst zu werden. Eine belastende Freundschaft oder ein belastendes Verhältnis zu den Eltern als Beispiele für soziale belastende Faktoren sollen das Gegenteil illustrieren – eine als fehlende oder mangelhafte wahrgenommene Unterstützung bzw. negative Beeinflussung auf das Befinden.

20 Patient*innen (55,6%) erlebten in der Zeit zwischen Entlassung und Katamnesegespräch weder positive noch negative Life Events. 13 Patient*innen (36,1%) berichteten von mindestens einem, zwei Patient*innen (5,6%) von zwei und eine Patientin (2,8%) von drei positiven Life Events ($M=0,56$, $SD=0,73$, Range 0-3). 14 Patient*innen (38,9%) nannten ein negatives und zwei Patient*innen (5,6%) zwei negative Life Events ($M=0,5$, $SD=0,61$, Range 0-2). Bezüglich poststationärer sozialer Unterstützung führten vier Patient*innen (11,1%) keinen Faktor, zwölf Patient*innen einen (33,3%), 15 Patient*innen (41,7%) zwei und fünf Patient*innen (13,9%) drei Faktoren auf ($M=1,58$, $SD=0,87$, Range 0-3). Acht Patient*innen (22,2%) nahmen keine sozialen belastenden Faktoren wahr, hingegen gaben 13 Patient*innen (36,1%) mindestens einen, neun Patient*innen (25%) zwei und sechs Patient*innen (16,7%) drei belastende Faktoren an ($M=1,36$, $SD=1,02$, Range 0-3).

Tabelle 4. Poststationäre Behandlungen und Life Events zwischen Entlassungszeitpunkt und Katamnesetermin.

Interview-Daten	Häufigkeit in N (%)	Kategorien
Ambulante Einzelpsychotherapie	26 (72,2)	Ambulante Psychotherapie (ja vs. nein)
Ambulante Gruppenpsychotherapie	5 (13,9)	
Vollstationäre allgemeinspsychiatrische Behandlung	3 (8,3)	(teil-)stationäre Behandlungen (ja vs. nein)
Tagesklinische Behandlung	3 (8,3)	
Psychosomatische/psychiatrische Rehabilitationsbehandlung	3 (8,3)	
Einnahme von Antidepressiva	8 (22,2)	Einnahme von Antidepressiva (ja vs. nein)
Einnahme weiterer Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepine, Neuroleptika)	6 (16,7)	
Neue Arbeitsstelle	5 (13,9)	Positive Life Events (Anzahl)
Geburt Enkel	2 (5,6)	
Hochzeit	2 (5,6)	
Schwangerschaft	1 (2,8)	
Umzug	6 (16,7)	
Neue Partnerschaft	1 (2,8)	
Beginn Rente	1 (2,8)	
Einzug einer Bekannten	1 (2,8)	
Neue Geschlechtsidentität	1 (2,8)	
Arbeitsplatzverlust	2 (5,6)	Negative Life Events (Anzahl)
Tod naher Angehöriger	3 (8,3)	
Trennung Partner	2 (5,6)	
Erneuter akuter stationärer psychiatrischer Aufenthalt	3 (8,3)	
Neue körperliche Erkrankung	7 (19,4)	
Tod des Haustieres	1 (2,8)	

Anmerkungen: N: Anzahl.

Tabelle 5. Soziale unterstützende und belastende Faktoren nach Entlassung.

Interview-Daten	Häufigkeit in N (%)	Kategorien
Gute Freundschaften	20 (55,6)	Soziale unterstützende Faktoren (Anzahl)
Gutes Verhältnis zu Eltern	10 (27,8)	
Gutes Verhältnis zu Kindern	9 (25)	
Gutes Verhältnis zum Partner	8 (22,2)	
Gutes Verhältnis zu Geschwistern	1 (2,8)	
Gutes Arbeitsklima/ Verhältnis zu Arbeitskollegen	9 (25)	
Fehlende/ belastende Freundschaften	11 (30,6)	Soziale belastende Faktoren (Anzahl)
Belastendes Verhältnis zu Eltern	5 (13,9)	
Belastendes Verhältnis zu Kindern	5 (13,9)	
Fehlende/ belastende Partnerschaft	6 (16,7)	
Belastendes Verhältnis zu Geschwistern	2 (5,6)	
Belastendes Arbeitsklima/ Verhältnis zu Arbeitskollegen	5 (13,9)	
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Depression/ Arbeitslosigkeit	14 (38,9)	
Frührente	1 (2,8)	

Anmerkungen: N: Anzahl.

4.5 Einfluss der poststationären Faktoren auf das Sechs-Monats-Outcome

Die Korrelationen der poststationären Faktoren (siehe **4.4.3** sowie **Tabellen 4 und 5**) mit dem Depressionsschweregrad und der Lebenszufriedenheit zum Katamnese-Zeitpunkt sind in **Tabelle 6** veranschaulicht. Es zeigt sich, dass die sozialen unterstützenden und belastenden Faktoren eine signifikante mittlere bis hohe Korrelation mit dem Outcome sechs Monate nach Entlassung

aufweisen. Hingegen werden weder die poststationären Life Events, noch die poststationären Behandlungen signifikant für das Outcome.

Tabelle 6. Korrelationen (r) der poststationären Faktoren mit dem Outcome zum Katamnese-Zeitpunkt.

Poststationäre Faktoren			BDI-II ¹	HAMD-17 ²	SCLDep ²	FLZSum ²
Positive (Anzahl)	Life Events		-,081	-,104	-,104	,243
Negative (Anzahl)	Life Events		,087	0,304	,123	-,013
soziale Faktoren (Anzahl)	unterstützende		-,434*	-,449*	-,509*	,497*
soziale Faktoren (Anzahl)	belastende		,440*	,430*	,531*	-,433*
Ambulante Psychotherapie (teil-)stationäre Behandlungen nein)	(ja vs.		-,177	-,277	-,195	,078
			,057	-,012	,037	-,094
Antidepressiva nein)	(ja vs.		,260	,210	,181	-,072

Anmerkungen: ¹ N=35; ² N=36; SCLDep: Gesamtwert Depressionsskala der SCL-90-R zur Katamnese; FLZSum: Gesamtwert FLZ zur Katamnese; fettgedruckt: signifikant; * p<0,01 (zweiseitig).

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden naturalistischen Studie war es, den Einfluss poststationärer Faktoren auf das Sechs-Monats-Outcome einer vollstationären allgemeipsychiatrischen Behandlung bei unipolar depressiven Patient*innen zu analysieren.

Es wurden poststationäre Variablen im Rahmen eines Katamnese-Interviews sechs Monate nach Entlassung erhoben. Aus diesen Variablen wurden anschließend Kategorien gebildet, die potenzielle poststationäre Einflussfaktoren darstellen sollten. Einige der gebildeten Kategorien waren mit höheren bzw. niedrigeren Depressions- sowie Lebenszufriedenheitswerten sechs Monate nach Entlassung assoziiert. Hierbei fanden sich Kategorien, die besonders stark und signifikant mit dem Sechs-Monats-Outcome korrelieren: soziale unterstützende und belastende Faktoren. Diese Faktoren moderieren die Beziehung zwischen der Wirksamkeit der vollstationären allgemeipsychiatrischen Behandlung und der depressiven Symptomatik sowie der Lebenszufriedenheit sechs Monate nach Entlassung. Poststationäre Life Events und Behandlungen konnten weder als Moderator noch als Mediator identifiziert werden.

5.1 Poststationäre Einflussfaktoren auf das Sechs-Monats-Outcome

5.1.1 Soziale unterstützende und belastende Faktoren nach Entlassung

In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass soziale unterstützende Faktoren einen positiven und soziale belastende Faktoren einen ungünstigen Einfluss auf den Symptomverlauf depressiver Patient*innen von Entlassung bis sechs Monate nach Behandlung haben bzw. die Wirksamkeit der Behandlung auf das Outcome moderieren (interaktiver Effekt). Größere soziale Unterstützung, z. B. durch die Familie (Eltern, Geschwister und Kinder) und Freundschaften sowie eine stabile Partnerschaft, korreliert mit niedrigeren Depressionswerten und einer höheren Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt, während soziale Belastungsfaktoren (z. B. fehlende Freundschaften oder mangelhafte Unterstützung durch die Familie, schwierige Partnerschaft) mit höheren Depressionswerten und niedrigerer Lebenszufriedenheit einhergehen.

Unsere Ergebnisse bestätigen die Resultate von Zeeck et al. (2016), die soziale Unterstützung als wichtigen Prädiktor für den poststationären Symptomverlauf bei stationär behandelten depressiven Patient*innen hervorheben. Die wahrgenommene soziale Unterstützung sei eine wichtige Voraussetzung, um Therapiefortschritte nach Entlassung aufrechterhalten zu können. Allerdings sei soziale Unterstützung nicht mit Fortschritten während der stationären Behandlung an sich assoziiert. Im Unterschied zu unserer Studie untersuchten Zeeck et al. (2016) das Drei-Monats-Outcome.

Eine weitere Studie beleuchtet, dass depressive Patient*innen mit schwächerer sozialer Unterstützung mehr Zeit brauchen, um sich von ihrer depressiven Episode zu erholen (Alexopoulos et al. 1996). Soziale Unterstützung konnte zudem als Prädiktor für die Genesung stationärer depressiver Patient*innen sechs bis zwölf Monate nach initialer Evaluation identifiziert werden (Brugha et al. 1997). Lindfors et al. (2014) konnten nachweisen, dass soziale Unterstützung das Outcome von Psychotherapie bei depressiven Störungen und Angststörungen vorhersagen kann. Patient*innen mit größerer sozialer Unterstützung profitierten deutlich besser von Psychotherapie zum Drei-Jahres-Follow-Up als Patient*innen mit geringer sozialer Unterstützung.

Santini et al. (2015) betonen in ihrer systematischen Analyse den Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung, vielfältigen sozialen Netzwerken und Depressionen. Wahrgenommene soziale Unterstützung und größere soziale Netzwerke spielten eine wichtige protektive Rolle gegen Depressionen. Insbesondere die Vielfältigkeit an sozialen Netzwerken habe einen günstigen Einfluss auf das Outcome von Depressionen, wie z. B. enge familiäre Beziehungen im Zusammenspiel mit anderen sozialen Beziehungen aus verschiedenen Kontexten. Arbeitsbezogene soziale Unterstützung scheint ebenso wichtigen Einfluss auf die Entwicklung von Depressionen zu haben. Die vorliegende Studie stützt diese Vermutung. So gaben viele Patient*innen an, dass ein angenehmes Arbeitsklima zu langfristig positiver Stimmung führte und ein schlechtes Arbeitsklima oder auch eine Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit wiederum ein belastender sozialer Faktor seien und sich negativ auf das Befinden auswirkten. Die letzteren beiden Faktoren belasteten die Patient*innen insofern, als arbeitsunfähigen oder

arbeitslosen Patient*innen die tägliche soziale Interaktion und der Austausch mit den Zeitgenossen fehlten.

5.1.2 Poststationäre positive und negative Life Events

Poststationäre negative oder positive Life Events konnten hingegen nicht als Prädiktoren für das Outcome sechs Monate nach Entlassung identifiziert werden.

Konträr dazu konnte in einer Studie an 130 depressiven Männern und Frauen Stress durch Life Events als Prädiktor für den klinischen Verlauf von depressiven Episoden ausgemacht werden. Allerdings handelte es sich um keine poststationären Life Events, sondern um Life Events, die der initialen Evaluation sechs bis zwölf Monate vorausgingen (Brugha et al. 1997). Verschiedene Life Events konnten in einer anderen Studie als Prädiktoren für den Beginn, Symptomverbesserungen und die Stabilität einer Depression identifiziert werden. Insbesondere negative Life Events begünstigten den Beginn einer Depression, während die Abwesenheit negativer Life Events wiederum mit einer Symptomverbesserung im Verlauf assoziiert war (Friis et al. 2002). Auch weitere Studien demonstrierten, dass positive und negative Life Events eine protektive bzw. begünstigende Rolle für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Depressionen spielen (Sarubin et al. 2020).

Pocnet et al. (2016) zeigten, dass Life Events und soziale Unterstützung nicht nur Einfluss auf den Symptomverlauf von depressiven Patient*innen haben können. So waren kritische Life Events negativ und die wahrgenommene soziale Unterstützung positiv mit der Lebensqualität in der allgemeinen Bevölkerung assoziiert.

5.1.3 Poststationäre Behandlungen

Wie bereits in einer Vorstudie von Maß et al. (2019) gab es in unseren Daten keinen Hinweis darauf, dass Antidepressiva einen Beitrag zum Behandlungsergebnis leisteten. Naturalistische Studien zeigten schon in der Vergangenheit im Vergleich zu randomisiert kontrollierten Studien eine geringere Wirksamkeit von Antidepressiva (Kirsch et al. 2018). Zum einen liegen Gründe im Publikationsbias, das heißt in einer bevorzugten Veröffentlichung von positiven Resultaten (Turner et al. 2008), zum anderen im „breaking blind“-Effekt. Die nachgewiesene Durchbrechung der Doppelblind-

Bedingung in randomisiert kontrollierten Studien mit Antidepressiva führt wahrscheinlich zu einer Erhöhung des Placebo-Effektes in den Verum-Gruppen, wodurch der therapeutische Effekt von Antidepressiva überschätzt wird. Die Erwartung, eine aktive Behandlung durch Antidepressiva zu erhalten, kann Einfluss auf die wahrgenommene Wirksamkeit haben. Auch eine klinische Verbesserung kann Patient*innen zur Vermutung veranlassen, aktiv behandelt zu werden. Nebenwirkungen, die mit Antidepressiva assoziiert sind, können ebenso zur Entblindung führen (Baethge et al. 2013).

Doch auch die anderen untersuchten poststationären Behandlungen, ambulante Psychotherapie und (teil-)stationäre Behandlungen, hatten keinen bedeutenden Einfluss auf das Outcome. Der fehlende Einfluss der poststationären Behandlungen auf das Sechs-Monats-Outcome könnte u. a. damit zusammenhängen, dass die Patient*innen bereits von der vollstationären Behandlung an sich sehr gut profitierten. Zudem bedeuten die Ergebnisse nicht unbedingt, dass die poststationären Behandlungen wirkungslos waren. Eventuell tendierten stärker depressive Patient*innen eher dazu, weitere Behandlungen in Anspruch zu nehmen, sodass sich beide Faktoren (Selektion der stärker depressiven Patient*innen und therapeutischer Benefit) aufgehoben haben.

5.2 Outcome-Daten zum Entlassungs- und Katamnesezeitpunkt

Das untersuchte Patient*innenkollektiv hatte - analog zu Maß et al. (2019) - zum Katamnesezeitpunkt im Durchschnitt einen Depressionsschweregrad, der einer leichten Depression entspricht. Die Summenwerte des BDI-II bei Katamnese sind in beiden Studien nahezu identisch. Im Unterschied zu Maß et al. (2019) ergaben sich in der vorliegenden Studie zum Entlassungszeitpunkt jedoch niedrigere Depressionswerte im BDI-II, die im Durchschnitt sogar einer Remission entsprachen. Die unterschiedlichen Werte zum Entlassungszeitpunkt können dadurch erklärt werden, dass Maß et al. (2019) auch andere Diagnosen, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen, einschlossen, die in der Regel weniger gut auf die Therapie ansprechen. Es ist bekannt, dass das BDI-II anfällig für maladaptive Persönlichkeitseigenschaften ist und Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen somit theoretisch zu höheren BDI-II-Werten neigen (Svanborg und Åsberg 2001, Schneibel et al. 2012). Der Anstieg der

depressiven Symptomatik zur Katamnese kann, wie in der vorliegenden Studie demonstriert, u. a. durch psychosoziale Stressoren erklärt werden (soziale Belastungsfaktoren).

Eine weitere Beobachtung der vorliegenden Studie sind höhere Depressionswerte zum Katamnesezeitpunkt bei poststationärer Antidepressivaeinnahme bzw. geringere Depressionswerte bei poststationär in Anspruch genommener ambulanter Psychotherapie. Im BDI-II macht dies jeweils einen Unterschied zwischen leichter und moderater Depressionsschwere aus (Kühner et al. 2007). Für die HAMD-17 bleiben die Punktwerte trotz der mittleren Unterschiede im Bereich der leichten Depression (Zimmerman et al. 2013). Je depressiver Patient*innen sind, desto wahrscheinlicher erscheint eine Verordnung von Antidepressiva. Im Falle von weniger ausgeprägten Symptomen wird tendenziell anscheinend zunächst Psychotherapie in Anspruch genommen. Diese Resultate fanden sich bereits in anderen Studien (vgl. u. a. Zeeck et al. 2015 und Maß et al. 2019).

5.3 Limitationen

Die Ergebnisse der Studie sind u. a. limitiert durch die geringe Fallzahl. So fanden sich zwar signifikante Korrelationen mit dem Outcome für soziale unterstützende und belastende Faktoren, eine höhere Fallzahl hätte jedoch eventuell auch für die anderen untersuchten Kategorien signifikante Ergebnisse erbracht.

Dass poststationäre Behandlungen und Life Events keinen Einfluss auf das Outcome sechs Monate nach Entlassung hatten, kann durch einen zu kurzen Zeitraum zwischen Beginn der poststationären Behandlung bzw. Eintreten des Life Events und Erhebung der Katamnese-Daten bedingt sein. Die poststationären Behandlungen begannen teilweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten und nicht immer unverzüglich nach Entlassung. Es wurde zudem nicht untersucht, welche Patient*innen-Subgruppe (leichte, moderate oder schwergradige Depression) welche poststationären Behandlungen in Anspruch genommen hat bzw. über welche sozialen Faktoren oder Life Events berichtete. Möglicherweise waren einige Life Events für die Patient*innen auch nicht kritisch genug. Der Schweregrad der Life Events wurde in unserer Studie nicht erhoben bzw. quantifiziert. Des Weiteren könnten die depressiven Patient*innen

aufgrund ihrer tendenziell negativen Bewertung der Umwelt einige eigentlich vorhandenen sozialen unterstützenden Faktoren oder positiven Life Events als fehlend wahrgenommen haben. Zudem existieren keine einheitlichen Definitionen von Life Events oder sozialen Faktoren, wodurch die Vergleichbarkeit mit anderen Studien erschwert wird (siehe u. a. Brugha et al. 1997, Friis et al. 2002, Zeeck et al. 2016, Sarubin et al. 2020). Somit besteht eine gewisse Willkürlichkeit, was als sozialer Faktor oder Life Event bewertet wird. Die Verwendung anderer potenzieller Prädiktoren oder Outcome-Kriterien hätte eventuell zu anderen Resultaten geführt.

Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass bei der Erhebung der Katamnese-Daten auf kein etabliertes, sondern auf ein eigenes konstruiertes semistrukturiertes Interview zurückgegriffen wurde, das in dieser Studie zum ersten Mal eingesetzt wurde. Die Resultate der Studie sind außerdem nicht unbedingt auf Länder mit anderen Gesundheitssystemen übertragbar.

5.4 Ausblick

Da soziale Unterstützung und soziale Belastungsfaktoren wichtige Prädiktoren für das Outcome in der Behandlung von Depressionen sind, sollte sich zukünftige Forschung darauf konzentrieren, wie eine gezielte Förderung von sozialer Unterstützung zur Erhaltung von Therapiefortschritten beitragen und Rückfällen vorbeugen kann und wie soziale Belastungsfaktoren reduziert werden können. Die Einbeziehung der Familie und Freund*innen, ein Training sozialer Kompetenzen und Selbsthilfegruppen sind mögliche Ideen. Die Persönlichkeitsstruktur und das interpersonale Verhalten scheinen zudem wichtig für soziale Unterstützung zu sein. Persönlichkeitsstörungen sowie selbstkritische und perfektionistische Eigenschaften waren in der Vergangenheit mit weniger sozialer Unterstützung assoziiert, während fürsorgliche und unselbstständige Charaktereigenschaften mit größerer sozialer Unterstützung einhergingen. Zukünftige prospektive Studien könnten also berücksichtigen, wie diese Eigenschaften der Persönlichkeit den therapeutischen Prozess und das Outcome beeinflussen und wie diese mit sozialer Unterstützung im Allgemeinen interagieren. Um mögliche Symptomfluktuationen zu beschreiben, sollten zukünftige Studien zudem Messungen zu mehreren Zeitpunkten integrieren (Zeeck et al. 2016).

6. Zusammenfassung

Ziel der Studie: Untersuchung poststationärer Einflussfaktoren auf das Sechs-Monats-Outcome einer vollstationären allgemeinspsychiatrischen Behandlung bei unipolar depressiven Patienten*innen.

Methodik: 36 konsekutiv aufgenommene unipolar depressive Patient*innen wurden sechs Monate nach Entlassung im Rahmen eines semistrukturierten Interviews über den weiteren Lebensverlauf mit soziodemographischen Aspekten, bedeutenden Life Events und poststationären Behandlungen befragt. Aus den erhobenen Daten sollte die Bildung von Kategorien folgen, die potenzielle poststationäre Einflussfaktoren auf das Sechs-Monats-Outcome darstellen. Diese Faktoren wurden anschließend mit dem Depressionsschweregrad und der Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt korreliert.

Ergebnisse: Sieben poststationäre Einflussfaktoren kristallisierten sich aus den Interviewdaten der Patient*innen heraus:

- 1) Positive Life Events
- 2) Negative Life Events
- 3) Ambulante Psychotherapie
- 4) (teil-)stationäre Behandlungen
- 5) Einnahme von Antidepressiva
- 6) Soziale unterstützende Faktoren
- 7) Soziale belastende Faktoren

Soziale belastende und unterstützende Faktoren korrelierten signifikant mit dem Outcome sechs Monate nach Entlassung ($p < 0,01$). Poststationäre Behandlungen und Life Events hatten hingegen keinen Einfluss auf das Outcome.

Schlussfolgerung: Soziale Faktoren spielen eine wichtige Rolle für den Symptomverlauf von depressiven Patient*innen. Zukünftige Studien sollten das berücksichtigen, um die Therapie von depressiven Patient*innen zu optimieren. Dies könnte durch eine gezielte Förderung von sozialer Unterstützung zur Erhaltung von Therapiefortschritten und einer Reduktion von sozialen Belastungsfaktoren geschehen.

Abstract

Objective: Analysis of post-inpatient factors that might influence the six-month outcome of a psychiatric inpatient treatment in patients with depression.

Methods: 36 consecutive admitted patients with unipolar depressive disorder have been interviewed six months after inpatient treatment on the following life course with sociodemographical aspects, important life events and further treatment. Subsequently, categories were constructed from the collected data, that might depict potential post-inpatient predictors on the six-month outcome. Finally, these potential predictors have been correlated with the degree of depression and life satisfaction at the time of catamnesis.

Results: Seven potential post-inpatient predictors were constructed from the collected data:

- 1) Positive life events
- 2) Negative life events
- 3) Outpatient psychotherapy
- 4) Inpatient or day hospital treatment
- 5) Use of antidepressants
- 6) Social support
- 7) Social burden

Social burden and social support correlated significantly with the outcome six months after inpatient treatment ($p < 0.01$). However, post-inpatient treatment and life events had no influence on the outcome.

Conclusion: Social factors play an important role in the symptom course of depressive patients. Future studies should take this into account to optimize the therapy of depressed patients.

7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hochrechnung der World Health Organization (WHO): Burden of Disease 2030 der Industrieländer für Zwölf-Monatsprävalenzen. (aus S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015, Version 5. Seite 22.)

Abbildung 2: Verläufe unipolarer depressiver Störungen. (aus S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015, Version 5. Seite 26.)

Abbildung 3: Erkrankungsphasen und Behandlungsabschnitte der unipolaren Depression. (aus S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, 2015, Version 5. Seite 46.)

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Cut-Off-Werte BDI-II.

Tabelle 2: Cut-Off-Werte HAMD.

Tabelle 3: Vergleich der Mittelwerte von BDI-II, HAMD-17 und FLZ zur Katamnese zwischen verschiedenen Gruppen.

Tabelle 4: Poststationäre Behandlungen und Life Events zwischen Entlassungszeitpunkt und Katamnesetermin.

Tabelle 5: Soziale unterstützende und belastende Faktoren nach Entlassung.

Tabelle 6: Korrelationen (r) der poststationären Faktoren mit dem Outcome zum Katamnese-Zeitpunkt.

8. Literaturverzeichnis

- Abbas S, Ihle P, Adler J-B, Engel S, Günster C, Linder R, Lehmkuhl G, Schubert I. Psychopharmaka-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Dtsch Arztebl.* 2016; 113: 396-403.
- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Goldschmidt S, Brähler E. Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *Psychother Psych Med.* 2009; 59: 281-283.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Feder M, Einhorn A, Rosendahl E. Recovery in Geriatric Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 53: 305-312.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Gaquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínéz-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WAM. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 109(Suppl. 420): 21-27.
- Arbesman M, Logsdon DW. Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Am J Occ Ther.* 2011; 65: 238-246.
- Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D. High Prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2004; 78: 49-55.
- Baethge C, Assal OP, Baldessarini RJ. Systematic Review of Blinding Assessment in Randomized Controlled Trials in Schizophrenia and Affective Disorders 2000-2010. *Psychother Psychosom.* 2013; 82: 152-160.
- Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *Am J Psychiatry.* 2004; 161: 2163-2177.
- Baldessarini RJ. The Impact of Psychopharmacology on Contemporary Psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2014; 59(8): 401-405.
- Bannigan K, Spring H. The Evidence Base for Occupational Therapy in Mental Health: More Systematic Reviews Are Needed. *Occupational Therapy in Mental Health.* 2012; 28(4): 321-339.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1996.
- Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009; 43: 787-794.
- Blease CR. Electroconvulsive therapy, the placebo effect and informed consent. *J Med Ethics.* 2013; 39: 166-170.
- Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE, Goldstein MG, Burgess ES, Miller IW. Cognitive-Behavioral Treatment for Depression in Smoking Cessation. *J Consult Psychol.* 2001; 69(3): 471-480.
- Brugha TS, Bebbington PE, Stretch DD, MacCarthy B, Wykes T. Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depres-

- sion: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58(7): 298-306.
- Carr C, Odell-Miller H, Priebe S. A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE*. 2013; 8(8): e70252.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018; 391: 1357-66.
- Crawford MJ, Thana L, Farquharson L, Palmer L, Hancock E, Bassett P, Clarke J, Parry GD. Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *Br J Psychiatry*. 2016; 208: 260-265.
- Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, Zhao N, Connor KM, Lynch TR, Gadde KM. Fluoxetine, Comprehensive Cognitive Behavioral Therapy, and Placebo in Generalized Social Phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 1005-1013.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL, Gallopp R. Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 409-416.
- Dinger U, Köhling J, Ehrenthal JC, Nikendei C, Herzog W, Schauenburg H. Tagesklinische und stationäre Psychotherapie der Depression (DIP-D) – Sekundäre Erfolgsmaße und Katamneseergebnis einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie. *Psychother Psych Med*. 2015; 65: 261-267.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmalting KB, Kohlenberg RJ, Gallopp R, Rizvi SL, Gollan JK, Dunner DL, Jacobson NS. Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(3) 468-477.
- Duffy FF, Narrow WE, Rae DS, West JC, Zarin DA, Rubio-Stipec M, Pincus HA, Regier DA. Concomitant Pharmacotherapy among Youths Treated in Routine Psychiatric Practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005; 15(1): 12-25.
- Elliott AJ, Uldall KK, Bergam K, Russo J, Claypoole K, Roy-Byrne PP. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Paroxetine Versus Imipramine in Depressed HIV-Positive Outpatients. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 367-372.
- Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pöntiö I, Tervaniemi M, Vanhala M, Gold C. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 132-139.
- Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe 2000.
- Fox J, Erlandsson L-K, Shiel A. A Systematic review of the effectiveness of Occupational Therapy interventions for improving functioning and mental health for individuals with anxiety and stress-related disorders. *Front Psychiatry*. Conference Abstract: ISAD LONDON 2017: Perspectives on Mood and Anxiety Disorders: Looking to the future.

- Friis RH, Wittchen H-U, Pfister H, Lieb R. Life events and changes in the course of depression in young adults. *Eur Psychiatry*. 2002; 17(5): 241-53.
- Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, Kane JM, Correll CU. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: A systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res*. 2012; 138: 18-28.
- Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational Therapy Interventions for Recovery in the Areas of Community Integration and Normative Life Roles for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2011; 65: 247-256.
- Golombek U. Progressive Muskelentspannung nach Jacobson in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung – empirische Ergebnisse. *Psychiat Prax*. 2001; 25: 402-404.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Dodel R, Ekman M, Faravelli C, Fratiglioni L, Gannon B, Jones DH, Jennum P, Jordanova A, Jönsson L, Karampampa K, Knapp M, Kobelt G, Kurth T, Lieb R, Linde M, Ljungcrantz C, Maercker A, Melin B, Moscarelli M, Musayev A, Norwood F, Preisig M, Pugliatti M, Rehm J, Salvador-Carulla L, Schlehofer B, Simon R, Steinhausen H-C, Stovner LJ, Vallat J-M, Van den Bergh P, van Os J, Vos P, Xu W, Wittchen H-U, Jönsson B, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21: 718-779.
- Hamilton M. A Rating Scale For Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960; 23: 56-62.
- Hiller W, Zaudig M, Bronisch T. Routine psychiatric examinations guided by ICD-10 diagnostic checklists (International Diagnostic Checklists). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993; 242(4): 218-223.
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014; 23(3): 304-319.
- Jacobi F, Uhlmann S, Hoyer J. Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Z Klin Psychol Psychother*. 2011; 40(4): 246-256.
- Janca A, Hiller W. ICD-10 Checklists – A Tool for Clinicians' Use of the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. *Compr Psychiatry*. 1996; 37(3): 180-187.
- Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; Issue 4. Art. No.: CD007142.
- Kanji N, Ernst E. Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complement Ther Med*. 2000; 8: 106-110.
- Keefe RSE, Sweeney JA, Gu H, Hamer RM, Perkins DO, McEvoy JP, Lieberman JA. Effects of Olanzapine, Quetiapine, and Risperidone on Neurocognitive Function in Early Psychosis: A Randomized, Double-Blind 52-Week Comparison. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 1061-1071.

- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 2008; 5(2): e45.
- Kirsch I, Huedo-Medina TB, Pigott HE, Johnson BT. Do outcomes of clinical trials resemble those of “real world” patients? A reanalysis of the STAR*D antidepressant data set. *Psychol Conscious (Wash D C).* 2018; 5(4): 339–345.
- Kirsch I, Moore TJ, Scoboria A, Nicholls SS. The emperor’s new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prev Treat.* 2002; 5(1): Article 23.
- Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CH, Agras WS. Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59: 877-883.
- Kubny-Lüke B, Mentrup C, Schulte D, le Granse M, Flotho W, Scholz A, Schöpplein I, Hofmann M, Iwama MK, Winkelmann I, Lagemann H, Döring A, Stein AM, Schlicht C, Köhler K, Köser P, Konrad A, Creek J, Sinclair K, Hirsekorn B, Timmer A, Wortelkamp S, Landmann H, Wilms R, Madsack T. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie 2017*; Stuttgart: Thieme.
- Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-inventars (BDI-II). *Nervenarzt.* 2007; 78: 651-656.
- Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsych Dis Treat.* 2011; 7: 3-7.
- Liebherz S, Rabung R. Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psych Med.* 2013; 63: 355-364.
- Linden M. How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clin Psychol Psychother.* 2013; 20: 286-286.
- Linden M, Linden U, Schwantes U. Disability and functional burden of disease because of mental in comparison to somatic disorders in general practice patients. *Eur Psychiatry.* 2015; 30: 789-792.
- Lindfors O, Ojanen S, Jääskeläinen T, Knekt P. Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. *Psychiatry Res.* 2014; 216(1): 44-51.
- Maratos A, Crawford MJ, Procter S. Music therapy for depression: it seems to work, but how? *Br J Psychiatry.* 2011; 199: 92-93.
- Marcus DK, O’Connell D, Norris AL, Sawaqdeh A. Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies *Clin Psychol Rev.* 2014; 34: 519-530.
- Maß R, Backhaus K, Hestermann D, Balzer C, Szeliés M. Inpatient treatment decreases depression but antidepressants may not contribute. A quasi-experimental study. *Compr Psychiatry.* 2019; 94: 152124.
- McCormack R, Moriarty J, Mellers JD, Shotbolt P, Pastena R, Landes N, Goldstein L, Fleminger S, David AS. Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: a retrospective comparative study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2014; 85: 893-898.

- Messer SB. Empirically Supported Treatments: Cautionary Notes. *MedGen-Med*.2002; 4(4).
- Mocellin G. Occupational Therapy and Psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*. 1979; 25(1): 29-37.
- Möller H-J, Seemüller F, Schennach-Wolff R, Stübner S, Rütger E, Grohmann R. History, background, concepts and current use of comedication and polypharmacy in psychiatry. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014; 17: 983-996.
- Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U, Dannecker K. A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity. *PLoS ONE*. 2014; 9(11): e112348.
- Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olfson M, Weissman MM. A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 577-584.
- Nelson NE, Hiller W. Therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie. Daten aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Z Klin Psychol Psychother*. 2013; 42(4): 217-229.
- National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline No. 23. London: National Institute for Clinical Excellence 2004.
- Nunes EV, Quitkin FM, Donovan SJ, Deliyannides D, Ocepek-Welikson K, Koenig T, Brady R, McGrath PJ, Woody G. Imipramine Treatment of Opiate-Dependent Patients With Depressive Disorders. A Placebo-Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55: 153-160.
- Paap MCS, Meijer RR, Cohen-Kettenis PT, Richter-Appelt H, de Cuyper G, Kreukels BPC, Pedersen G, Karterud S, Malt UF, Haraldsen IR. Why the factorial structure of the SCL-90-R is unstable: Comparing patient groups with different levels of psychological distress using Mokken Scale Analysis. *Psychiatry Res*. 2012; 200: 819-826.
- Parker G, Fletcher K, Berk M, Paterson A. Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Res*. 2013; 206: 293-301.
- Patten SB, Waheed W, Bresee L. A Review of Pharmacoepidemiologic Studies of Antipsychotic Use in Children and Adolescents. *Can J Psychiatry*. 2012; 57(12): 717-721.
- Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 117.
- Pini S, Perkonig A, Tansella M, Wittchen H-U. Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 1999; 56: 37-48.
- Plöderl M, Hengartner MP. Guidelines for the pharmacological acute treatment of major depression: conflicts with current evidence as demonstrated with the German S3-guidelines. *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 265
- Pocnet C, Antonietti J-P, Strippoli M-P F, Glaus J, Preisig M, Rossier J. Individuals`quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits. *Qual Life Res*. 2016; 25(11): 2897-2908.

- Priebe S, Barnicot K, McCabe R, Kiejna A, Nawka P, Raboch J, Schützwohl M, Kallert T. Patients' subjective initial response and the outcome of inpatient and day hospital treatment. *Eur Psychiatry*. 2011; 26: 408-413.
- Rabkin JG, Wagner GJ, Rabkin R. Fluoxetine Treatment for Depression in Patients With HIV and AIDS: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 101-107.
- Raglio A, Attardo L, Gontero G, Rollino S, Groppo E, Granieri E. Effects of music and music therapy on mood in neurological patients. *World J Psychiatry*. 2015; 5(1): 68-78.
- Reuter L, Bengel J, Scheidt CE. Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation – Eine systematische Übersicht. *Z Psychosom Med Psychother*. 2014; 60: 121-145.
- Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2005; 56(3): 324-331.
- Roback HB. Adverse Outcomes in Group Psychotherapy. Risk Factors, Prevention, and Research Directions. *J Psychother Pract Res*. 2000; 9: 113-22.
- Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75(9): 964-974.
- Rush AJ, Wisniewski SR, Warden D, Luther JF, Davis LL, Fava M, Nierenberg AA, Trivedi MH. Selecting Among Second-Step Antidepressant Medication Monotherapies. Predictive Value of Clinical, Demographic, or First-Step Treatment Features. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65(8): 870-881.
- Safi SZ. A Fresh Look at the Potential Mechanisms of Progressive Muscle Relaxation Therapy on Depression in Female Patients With Multiple Sclerosis. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2015; 9(1): e340.
- Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015; 175: 53-65.
- Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *J Consult Clin Psychol*. 1978; 46(5): 932-946.
- Sarubin N, Goerigk S, Padberg F, Übleis A, Jobst A, Erfurt L, Schumann C, Nadjiri A, Dewald-Kaufmann J, Falkai P, Bühner M, Naumann F, Hilbert S. Self-esteem fully mediates positive life events and depressive symptoms in a sample of 173 patients with affective disorders. *Psychol Psychother*. 2020; 93: 21-35.
- Schatzberg AF, Rush AJ, Arnow BA, Banks PLC, Blalock JA, Borian FE, Howland R, Klein DN, Kocsis JH, Kornstein SG, Manber R, Markowitz JC, Miller I, Ninan PT, Rothbaum BO, Thase ME, Trivedi MH, Keller MB. Chronic Depression. Medication (Nefazodone) or Psychotherapy (CBASP) Is Effective When the Other Is Not. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 53: 513-520.
- Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke GH, Reister G, Tress W. The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Qual Life Res*. 2000; 9: 185-193.
- Schneibel R, Brakemeier E-L, Wilbertz G, Dykieriek P, Zobel I, Schramm E. Sensitivity to detect change and the correlation of clinical factors with the

- Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. *Psychiatry Res.* 2012; 198: 62–67.
- Scott J, Teasdale JD, Paykel ES, Johnson AL, Abbott R, Hayhurst H, Moore R, Garland A. Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 440-446.
- Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, Roura P, Bertsch J, Mercader M, Haro JM. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiat Epidemiol.* 2010; 45: 201-210.
- Śliwiński Z, Starczyńska M, Kotela I, Kowalski T, Kryś-Noszczyk K, Lietz-Kijak D, Kijak E, Makara-Studzińska M. Burnout Among Physiotherapists And Length Of Service. *Int J Occup Med Environ Health.* 2014; 27(2): 224-235.
- Smith K. Trillion-dollar brain drain. *Nature.* 2011; 478: 15.
- Sneider B, Pristed SG, Correll CU, Nielsen J. Frequency and correlates of anti-psychotic polypharmacy among patients with schizophrenia in Denmark: A nation-wide pharmacoepidemiological study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2015; 25: 1669-1676.
- Sobocki P, Lekander I, Berwick S, Olesen J, Jönsson B. Ressource allocation to brain research in Europe (RABRE). *Eur J Neurosci.* 2006; 24: 2691-2693.
- Solanki MS, Zafar M, Rastogi R. Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian J Psychiatr.* 2013; 6: 193-199.
- Spitzer C, Rullkötter N, Dally A. Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt.* 2016; 87: 99-110.
- Stanton R, Happell B. Exercise for mental illness: A systematic review of inpatient studies. *Int J Ment Health Nurs.* 2014; 23: 232-242.
- Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *Am J Psychiatry* 2017; 174(10): 943-953.
- Svanborg P, Åsberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Dis.* 2001; 64: 203–216.
- Tsuang MT, Faraone SV. *The genetics of mood disorders.* Baltimore: John Hopkins University Press 1990.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med.* 2008; 358: 252-60.
- Vásquez-Barquero JL, Garcíá J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dunn G. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry.* 1997; 170: 529-535.
- Veldman K, Reijneveld SA, Verhulst FC, Ortiz JA, Bültman U. A life course perspective on mental health problems, employment, and work outcomes. *Scand J Work Environ Health.* 2017; doi: 10.5271/ sjweh.3651.
- von Wietersheim J, Knoblauch JD, Rottler E, Weiß H, Hartmann A, Rochlitz P, Völker A, Scheldt CE, Beutel ME, Eckhardt-Henn A, Zeeck A. Therapeutischer Aufwand in stationärer oder tagesklinischer Behandlung

- und Therapieerfolg bei Patienten mit depressiven Störungen. *Psychother Psych Med.* 2020; 70: 283-291.
- Weiß L, Zeeck A, Rottler E, Weiß H, Hartmann A, von Wietersheim J and the INDDEP Study Group. Follow-Up Treatment After Inpatient Therapy of Patients With Unipolar Depression – Compliance With the Guidelines? *Front Psychiatry.* 2020; 11: 796.
- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla, Simon R, Steinhausen H-C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21: 655-679.
- Wooderson SC, Fekadu A, Markopoulou K, Rane LJ, Poon L, Juruena MF, Strawbridge R, Cleare AJ. Long-term symptomatic and functional outcome following an intensive inpatient multidisciplinary intervention for treatment-resistant affective disorders. *J Affect Disord.* 2014; 166: 344-342.
- Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980. *Chronic Illn.* 2012; 9(3): 202-219.
- Yamashita H, Terao T, Mizokami Y. The Effects of Single and Repeated Psychiatric Occupational Therapy on Psychiatric Symptoms: Assessment Using a Visual Analogue Scale. *Stress Health.* 2012; 28: 98-101.
- Zeeck A, von Wietersheim J, Weiß H, Beutel M, Hartmann A. The INDDEP-Study: inpatient and day hospital treatment for depression – symptom course and predictors of change. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 100.
- Zeeck A, von Wietersheim J, Weiß H, Scheidt CE, Völker A, Helesic A, Eckhardt-Henn A, Beutel M, Endorf K, Knoblauch J, Rochlitz P, Hartmann A. Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *J Affect Disord.* 2015; 187: 34-44.
- Zeeck A, von Wietersheim J, Weiss H, Scheidt CE, Völker A, Helesic A, Eckhardt-Henn A, Beutel M, Endorf K, Treiber F, Rochlitz P, Hartmann A. Prognostic and prescriptive predictors of improvement in a naturalistic study on inpatient and day hospital treatment of depression. *J Affect Disord.* 2016; 197: 205-214.
- Zilles D, Wolff-Menzler C, Wiltfang J. Elektrokonvulsionstherapie zur Behandlung unipolar depressiver Störungen. *Nervenarzt.* 2015; 86: 549-556.
- Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I. Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *J Affect Disord.* 2013; 150: 384-388.
- Ziółkowski A, Błachnio A, Paçhalska M. An evaluation of life satisfaction and health – Quality of life of senior citizens. *Ann Agric Environ Med.* 2015; 22(1): 147-151.

Weitere Quellen

<https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/zsg-zentrum-fuer-seelische-gesundheit-klinik-marienheide/fachabteilungen/klinik-fuer-allgemeinpsychiatrie-und-psychotherapie/stationaeres-angebot/station-aaron-t-beck/>
(zuletzt abgerufen am 01.06.2021)

S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression.
Langfassung. 2. Auflage, 2015, Version 5.

9. Danksagung

Ich möchte mich bei den nachfolgenden Personen für die vielfältige Unterstützung bedanken, ohne welche die Erstellung der vorliegenden Dissertationsschrift nicht möglich gewesen wäre:

Meinen Eltern für die Unterstützung während meines Studiums.

Herrn Prof. Dr. Reinhard Maß für die Möglichkeit zur Promotion und Überlassung des Themas, für die gute Betreuung während meines Forschungsprojektes, die zahlreichen Ratschläge und die Unterstützung bei der Erstellung und Korrektur dieser Dissertationsschrift.

Herrn Prof. Dr. Martin Lambert für die Möglichkeit zur Promotion und die Korrektur der vorliegenden Arbeit.

10. Lebenslauf

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

11. Anhang

ID-Nummer:

Datum:

Interview zur katamnestischen Überprüfung des stationären Behandlungserfolges

6-Monats-Outcome einer vollstationären allgemeinspsychiatrischen Behandlung.
Eine Follow-up-Studie

1.) Wie hat sich Ihre allgemeine Lebenssituation (Familie, Arbeit, Freunde etc.) nach der Entlassung entwickelt, wie sieht sie heute aus? (offene Frage, Stichworte notieren)

2.) Haben Sie aus heutiger Sicht von der Behandlung der Station „Aaron T. Beck“ profitiert? (ankreuzen)

sehr stark etwas kaum gar nicht hat eher geschadet

3.) Wenn Sie profitiert haben: Auf welche Weise? Was hat sich konkret im Verhalten oder in der Einstellung geändert? Welche Probleme konnten Sie lösen? Welche Therapiemethoden empfanden Sie als besonders erfolgsversprechend bzw. wichtig? Weshalb genau? (offene Frage, Stichworte notieren)

4.) Wenn Sie nicht profitiert haben oder die Behandlung Ihnen sogar geschadet hat: Warum ist das so? (offene Frage, Stichworte notieren)

5.) Welche Behandlungen seelischer Probleme haben Sie nach der Entlassung bekommen? (zielt auf ambulante, teil- oder vollstationäre Behandlungen, auch Psychopharmakotherapie; chronologische Abfolge notieren)

6.) Falls Sie bei der Entlassung Medikamente (gemeint sind Psychopharmaka) bekommen haben: Wie beurteilen Sie deren Wirkung aus heutiger Sicht? (offene Frage, Stichworte notieren)

7.) Sind nach der Entlassung weitere körperliche oder seelische Erkrankungen aufgetreten, wenn ja, wie wurden diese behandelt? (offene Frage, Stichworte notieren)

8.) Fühlten Sie sich generell gut aufgehoben auf der Station? Wie empfanden Sie die Interaktion mit den Mitarbeitern? Was ließe sich in der Behandlung im Allgemeinen noch verbessern, welche Wünsche hätten Sie noch gehabt? (offene Frage, Stichworte notieren)

9.) Gab es in dem halben Jahr nach der Entlassung wichtige Lebensveränderungen, die sich auf Ihr Befinden positiv oder negativ ausgewirkt haben könnten (z.B. Umzug, Trennung, Wechsel oder Verlust des Arbeitsplatzes, Berentung)? Wenn „ja“, wann genau, mit welchen Folgen? (offene Frage, Stichworte notieren)

10.) Soweit Sie sich erinnern: Welche Medikamente (Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva) haben Sie in den vier Wochen vor der stationären Aufnahme eingenommen?

12. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

Man Dörner