

Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Lebens- qualitätsbereiche

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der
Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

Vorgelegt von
Adrian Frei

von
Rüthi SG

Angenommen auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste
Vorsteher des Medizinischen Direktoriums und Klinischer Direktor

Arbeit unter Leitung von
Frau PD Dr. med. Dominique Eich-Höchli und
Herrn Dr. phil. Vladeta Ajdacic

Universität Zürich, August 2003

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei all denjenigen bedanken, die mich bei der Anfertigung der vorliegenden Arbeit unterstützten.

Mein Dank gilt in erster Linie Frau PD Dr. med. D. Eich-Höchli und Herrn Dr. Phil. V. Ajdacic für die kompetente und liebenswürdige fachliche Begleitung sowie für die Freiheit, die sie mir bei der Bearbeitung des Themas zugestanden haben.

Herrn med. prakt. R. Traber danke ich für die Durchsicht der Arbeit und die hilfreichen Anmerkungen.

Nicht zuletzt bin ich für den Zugang zu den Daten der von Herrn Prof. Dr. med. J. Angst initiierten „Zürich-Studie“ sowie für die Gelegenheit, einen Einblick in die psychiatrisch-epidemiologische Forschung erhalten zu haben, sehr dankbar.

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG	4
2. EINLEITUNG	7
2.1. Historischer Abriss der Lebensqualitätsforschung	7
2.2. Forschungszusammenhang und Problemstellung	10
2.3. Theoretischer Hintergrund	13
2.3.1. Zum Begriff der Lebensqualität	14
2.3.2. Modelle der Lebensqualität	16
2.3.3. Subjektive und objektive Indikatoren der Lebensqualität in der psychiatrischen Forschung	21
2.3.4. Korrelation zwischen subjektiver und objektiver Lebensqualität	23
2.3.5. Instrumente zur Messung der Lebensqualität	27
2.3.5.1. Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von psychiatrischen Patienten ...	28
2.3.5.2. Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit affektiven Störungen	30
2.4. Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Parameter der Lebensqualität: bisherige Studienergebnisse	34
3. FRAGESTELLUNGEN	45
4. METHODE	60
4.1. Literaturrecherche	60
4.2. Stichprobe	61
4.3. Instrumente	68
4.4. Untersuchungsdesign	70
4.5. Statistische Analysen	75
5. ERGEBNISSE	77
5.1. Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität	78
5.2. Zusammenhänge zwischen Subkategorien von depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität	81

5.3.	Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität	85
5.4.	Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der Ersterkrankung und objektiven Parametern der Lebensqualität	92
5.5.	Zusammenhänge zwischen Hospitalisierungen wegen depressiver Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität	94
5.6.	Zusammenhänge zwischen der Einnahme von Antidepressiva und objektiven Parametern der Lebensqualität	97
5.7.	Die objektive Lebensqualität von Personen mit depressiver Störung im Vergleich mit der objektiven Lebensqualität von Personen mit depressiver Störung und zusätzlicher Angst- oder phobischer Störung	100
5.8.	Zusammenhänge zwischen der Belastung durch depressive Symptome und objektiven Parametern der Lebensqualität	102
5.9.	Zusammenfassung der Ergebnisse	113
6.	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	123
6.1.	Allgemeine Bewertung der ermittelten Ergebnisse	123
6.2.	Vergleich mit bisherigen Studienergebnissen	131
6.3.	Methodische Einschränkungen	141
6.4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Psychotherapie von depressiven Störungen	144
6.5.	Vorschläge für weiterführende Forschungsarbeiten	146
7.	LITERATURVERZEICHNIS	149
8.	CURRICULUM VITAE DES AUTORS	159

1. Zusammenfassung

Ausgangslage und Zielsetzung: Depressive Störungen gehören sowohl unter den Patienten von Psychiatern und Psychotherapeuten als auch in der unbehandelten Allgemeinbevölkerung zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. In scharfem Kontrast zur Prävalenz und zur gesundheitspolitischen Bedeutung von depressiven Störungen steht der beschränkte Wissensstand über ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu überprüfen, inwiefern sich depressive Störungen auf bestimmte objektivierbare Parameter der Lebensqualität auswirken. Die im Langzeitverlauf untersuchten Parameter der Lebensqualität betreffen soziale und materielle Ressourcen der Befragten. Insbesondere wurde den Fragen nachgegangen, ob zwischen depressiven und nichtdepressiven Personen Unterschiede in Bezug auf die untersuchten Parameter der Lebensqualität bestehen und ob sich bestimmte Subkategorien von depressiven Störungen im Verlauf unterschiedlich auf diese Parameter auswirken.

Methode: Die den statistischen Auswertungen zu Grunde liegenden Daten entstammen der von J. Angst 1979 initiierten, longitudinalen „Zürich-Studie“. Die untersuchte Stichprobe umfasst 278 Personen, welche zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr anlässlich von sechs strukturierten Interviews über allfällige gesundheitliche Beschwerden befragt wurden (1979 bis 1999). Das dabei verwendete psychodiagnostische Instrument SPIKE erfasst unter zahlreichen gesundheitsbezogenen Daten auch depressive Symptome sowie eine Auswahl an objektiven Parametern der Lebensqualität. Zur Untersuchung der Auswirkungen von depressiven Störungen auf die objektiven Parameter der Lebensqualität wurden lineare und logistische Regressionen durchgeführt. Es wurde für

das Geschlecht und für die Ausgangslage der Befragten, das heisst für die in den Jahren 1979 und 1981 erhobenen Werte der Lebensqualität kontrolliert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse weisen zwar in Richtung der postulierten Hypothesen, wonach das Erleiden einer depressiven Störung zu einer Verminderung der an objektiven Merkmalen gemessenen Lebensqualität führt. Hinsichtlich der Anzahl der infolge der Erkrankung beeinträchtigten Lebensqualitätsbereiche liegen die Ergebnisse jedoch unter den Erwartungen.

Je schwerer die Störung und je häufiger die Anzahl der erlittenen Episoden, desto eher zeigen sich Auswirkungen auf einzelne Parameter der Lebensqualität. Die Betroffenen müssen vorwiegend im Bereich ihrer sozialen Ressourcen Benachteiligungen hinnehmen. Depressiv Erkrankte unterscheiden sich von nichtdepressiven Personen hinsichtlich ihrer Wohnsituation und ihres Zivilstandes sowie in Bezug auf die Anzahl ihrer Kinder. Die folgenden Befunde können als Hauptergebnisse der Studie festgehalten werden:

- Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr an einer einmaligen oder rezidivierenden depressiven Störung erkrankten, waren im Alter von ca. 40 Jahren im Vergleich mit Personen ohne depressive Störungen signifikant häufiger unverheiratet und wohnten signifikant häufiger alleine.
- Der negative Zusammenhang mit dem objektiven Parameter der Wohnsituation zeigt sich bereits bei Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr mehrere leichtere depressive Episoden erlitten haben. Bei den Betroffenen besteht eine beinahe fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen.

-
- Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr genau eine Episode einer Major Depression erlitten haben, weisen eine beinahe sechsfach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen.
 - Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr zwei oder mehr Episoden einer Major Depression erlitten haben, weisen ein signifikant erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren von ihren Partnern geschieden oder getrennt zu sein sowie alleine zu wohnen. Zudem ist die durchschnittliche Anzahl ihrer Kinder im Vergleich mit Personen, die keine depressiven Störungen erleiden mussten, signifikant geringer.

Schlussfolgerungen: Negative Auswirkungen von depressiven Störungen zeigen sich gemäss Ergebnissen dieser Studie langfristig vor allem darin, dass die Betroffenen häufiger alleine wohnen. Dieser Befund verweist auf eventuelle soziale Rückzugstendenzen der Betroffenen. Sofern festgestellt wird, dass beim einzelnen Betroffenen tatsächlich soziale Rückzugstendenzen vorliegen, sollte diesen durch Aufrechterhaltung oder Ausgestaltung eines tragfähigen Beziehungsnetzes möglichst entgegengewirkt werden. Ehen, in denen einer der Partner an einer schweren depressiven Störung erkrankt, scheinen angesichts der ermittelten erhöhten Scheidungs- und Trennungsraten stark belastet zu sein. In der psychosozialen und psychotherapeutischen Betreuung von depressiv Erkrankten sollte deshalb ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung von Ehekrisen oder –konflikten gesetzt werden, um Trennungen oder Scheidungen möglichst vorbeugend entgegenzuwirken.

2. Einleitung

2.1. Historischer Abriss der Lebensqualitätsforschung

Lebensqualität ist ein Konstrukt, das in den letzten Jahrzehnten im Bereich der Soziologie, der Psychologie, der Medizin und insbesondere in der interdisziplinären Forschung zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Trotz umfangreicher Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet konnten sich die einzelnen Forscher¹ bis jetzt auf keine einheitliche Definition oder Theorie zur Lebensqualität einigen. Auch zur Messung beziehungsweise Operationalisierung von Lebensqualität liegen verschiedene, miteinander konkurrierende Konzepte vor (Katschnig, 1998; Pukrop et al., 1999; Rupprecht, 1993).

Die *Soziologie* versucht mit dem Konstrukt der Lebensqualität, verschiedene Populationen oder Gesellschaften miteinander zu vergleichen. Eine Unterdisziplin der Soziologie, die Sozialindikatorenforschung, hat sich besonders mit dem Begriff der Lebensqualität auseinandergesetzt. Diese Forschungsrichtung entstand in den dreissiger Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA. Ihr Ziel ist die Beschreibung von Gesellschaften mit Hilfe objektiver Beschreibungsparameter, wie zum Beispiel dem Bruttosozialprodukt als Indikator für den Wohlstand. Zunächst benutzte die Sozialindikatorenforschung rein ökonomische Beschreibungskriterien,

¹ Sämtliche Funktionen und Personenbezeichnungen, die im vorliegenden Bericht in der männlichen Form abgefasst sind, schliessen falls nicht explizit anders erwähnt das weibliche Geschlecht mit ein.

später wurden auch Indikatoren aus dem sozialen Bereich verwendet, z. B. die Anzahl der Einwohner pro Arzt als objektiver Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung (Rupprecht, 1993).

Die Auseinandersetzung der *Psychologie* mit dem Thema der Lebensqualität basiert auf den Forschungen zur Lebenszufriedenheit und zum subjektiven Wohlbefinden, die im grossen Umfang in den sechziger Jahren begannen. Zum Beispiel wurde Lebenszufriedenheit als Indikator für geglücktes Altern angesehen. Lebensqualität wurde gerade im Bereich der Gerontopsychologie zum Massstab für Behandlung und Forschung. Einigkeit zum Konstrukt der Lebensqualität in der Psychologie besteht darin, dass diese nur im Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt verstanden werden kann und sowohl die objektiven Lebensumstände als auch deren subjektive Bewertung mitberücksichtigt werden müssen (Rupprecht, 1993).

In der *somatischen Medizin* wird der Begriff "Lebensqualität" weitgehend mit dem vom Patienten subjektiv eingeschätzten Wohlbefinden gleichgesetzt. Dieses Wohlbefinden kann einerseits durch die Behandlung verbessert, andererseits aber auch auf Grund von Nebenwirkungen beeinträchtigt werden. Ausgangspunkt der Verwendung dieses subjektiven Konzepts der Lebensqualität war die Onkologie, wo in den achtziger Jahren die Frage auftauchte, inwiefern sich Chemo- oder Strahlentherapie auf das Wohlbefinden des Patienten auswirkte (Katschnig, 1998). Aber auch im Bereich der Organtransplantation tauchte der Begriff der Lebensqualität zu einem relativ frühen Zeitpunkt auf – vielleicht auf Grund der Erkenntnis, dass Massnahmen zwar medizinisch wirksam sein konnten, aber nicht in gleicher Weise zu einer Zunahme der subjektiven Zufriedenheit der Betroffenen führte. Die

Einführung des Lebensqualitätsbegriffs als Bewertungskriterium in der Medizin stellt einen Paradigmenwechsel dar, da die subjektive Sichtweise des Patienten über seine Lebenssituation und die Zufriedenheit mit dieser Situation stärker in den Vordergrund gerückt wird und nicht mehr nur die Meinung von Experten als Bewertungskriterium ausreichend erscheint. In der Medizin haben Fragestellungen zur Lebensqualität bei chronischen somatischen Erkrankungen mittlerweile eine solide Tradition entwickelt. Therapeutische Entscheidungen sind kaum ohne Einbezug der Lebensqualität der Patienten möglich (Lauer, 1995). Dabei spricht man von "quality of life", wenn Lebensqualität generell gemeint ist, und von "health related quality of life", wenn die gesundheits- beziehungsweise krankheitsbezogene Lebensqualität gegenüber dem generellen Konzept der Lebensqualität hervorgehoben werden soll. In Bezug auf Gesundheit und Krankheit hat der Begriff der Lebensqualität etwas mit der ganzheitlichen Sicht des Menschen zu tun und erinnert an die vor über 40 Jahren von der WHO aufgestellte Definition von Gesundheit, wonach diese nicht nur in der Abwesenheit von Krankheit sondern im völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden besteht (Pschyrembel, 1994).

Im Bereich der *Psychiatrie* hat die Lebensqualitätsforschung erst seit den achtziger Jahren grössere Popularität erlangt. Die Erforschung des mit der Lebensqualität inhaltlich in Zusammenhang stehenden Thema der Behinderung besitzt jedoch bereits eine längere Geschichte. Katschnig (1998) weist darauf hin, dass "Behinderung" mit dem Begriff der Lebensqualität zwar inhaltlich verknüpft ist, jedoch eine negative Konnotation besitzt, während "Lebensqualität" neutral ist, das heisst sowohl schlecht wie gute Lebensqualität umfassen kann. Die Entwicklung von der gemeindefernen Anstaltspsychiatrie zur gemeindenahen Psychiatrie hat wesentlich dazu beigetragen, dass Patienten und ihre Angehörige von der Medizin und

der Gesellschaft vermehrt verlangen, dass nicht nur Symptome zum Verschwinden gebracht werden, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert wird (Katschnig, 1998). Nach Lauer (1995) lassen sich rückblickend drei Phasen der Entwicklung der psychiatrischen Lebensqualitätsforschung unterscheiden: In der ersten Phase der programmatischen Forderungen der siebziger Jahren tauchte in zahlreichen Arbeiten zur Entinstitutionalisierung und Behandlungsevaluation der Hinweis auf, neben klassischen Erfolgsparametern, wie dem psychopathologischen Befund, der Rückfälligkeit oder dem Beschäftigungsgrad, auch die Lebensqualität chronisch psychisch Kranker zu berücksichtigen. Die zweite Phase begann anfangs der achtziger Jahre und ist gekennzeichnet durch die Entwicklung von ersten Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität ambulant betreuter Patienten (Malm et al., 1981). Heutzutage befinden wir uns in der dritten Phase der psychiatrischen Lebensqualitätsforschung, in welcher klinisch relevante Fragestellungen untersucht und kritisch beurteilt werden.

2.2. Forschungszusammenhang und Problemstellung

Aus der oben geschilderten historischen Entwicklung der Lebensqualitätsforschung resultiert leider eine grosse Unklarheit hinsichtlich der verwendeten Begriffe und Definitionen. Der Terminus der Lebensqualität ist nicht nur Gegenstand unterschiedlichster Fragestellungen aus den Bereichen der Soziologie, Psychologie, somatischen Medizin und Psychiatrie, er umfasst auch ein weites Spektrum von Bedeutungen wie "well-being", "life satisfaction" usw. Dass die Lebensqualitätsforschung ein weites Feld abdeckt, kommt u. a. auch darin zum Ausdruck, dass im Fachzeitschriften jährlich über 2000 neue Veröffentlichungen zum Thema

publiziert werden (Katschnig et al., 1997). Ein wichtiger gemeinsamer Nenner dieser zahlreichen Publikation liegt darin, dass sich die Mehrheit davon mit dem von Personen *subjektiv* eingeschätzten Wohlbefinden befassen, einem Aspekt der Lebensqualität also der gerade in der Geschichte der Medizin lange vernachlässigt wurde. Diese, in den letzten Jahren zunehmende Berücksichtigung des subjektiven Wohlbefindens von Patienten ist auf dem Gebiet der somatischen Medizin durchaus als grosser Fortschritt zu betrachten. Einige Autoren wie beispielsweise Katschnig (1997) und Atkinson (1997) warnen jedoch davor, sich im Felde der Psychiatrie ausschliesslich auf subjektive Einschätzungen der Betroffenen abzustützen. Diesen Autoren zufolge drängt sich nämlich die Frage auf, wie es um die Zuverlässigkeit der von einer psychisch kranken Personen selbsteingeschätzten Lebensqualität steht. Zum Beispiel ist es naheliegend, dass die Wahrnehmung von Depressiven auf Grund ihrer negativen Sicht der Welt erheblichen Verzerrungen unterliegen dürfte. Ähnliches gilt ebenso für den manischen Patienten, der sich und die Welt als grossartig empfindet, obwohl seine Lebenssituation wenig Anlass dazu geben dürfte. Wenn ein Patient mit einer körperlichen Erkrankung seine Lebensqualität einschätzt, besteht hingegen keine oder nur eine geringe Gefahr einer solchen Fehlbeurteilung. Angesichts dieser Umstände ist es von erheblicher Bedeutung bei der Einschätzung der Lebensqualität von Psychiatriepatienten einen *multidimensionalen Ansatz* zu verfolgen. Einen Ansatz also, der nicht nur subjektive sondern auch objektive Parameter der Lebensqualität berücksichtigt. Solche objektiven Parameter umfassen zum Beispiel den materiellen Lebensstandard der Betroffenen (Einkommen, Wohnsituation) oder ihr soziales Netz (Partnerschaft, Anzahl Kinder, Freundes- und Bekanntenkreis, Arbeitssituation).

Negative Effekte von depressiven Störungen auf die *subjektive* Lebensqualität von Betroffenen wurden in bisherigen Studien verschiedentlich nachgewiesen (u. a. von Barge-Schaapveld et al., 1999; Goldney et al., 2000; Rudolf & Priebe, 1999). Hingegen wurde der Frage, ob und inwiefern depressive Störungen auch *objektive* Lebensqualitätsbereiche beeinträchtigen, bis anhin noch zu wenig Beachtung geschenkt (z. B. Coyne, 1976; Merikangas, 1984). Insbesondere besteht ein Mangel an prospektiven Langzeitstudien, in denen Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen einerseits und ihren Auswirkungen auf objektive Lebensqualitätsbereiche andererseits beleuchtet werden (Katschnig & Angermeyer, 1997). Die im Rahmen der longitudinal angelegten Zürich-Studie (Angst et al., 1984; Angst & Dobler-Mikola 1984a; Angst & Dobler-Mikola 1984b; Angst & Dobler-Mikola, 1985) gewonnenen Daten über eine 591 Personen umfassende Stichprobe aus dem Kanton Zürich bietet jedoch einen idealen Rahmen, um einer solchen Fragestellung nachzugehen. Mit den Personen aus dieser Stichprobe wurden zwischen 1979 und 1999 sechs strukturierte psychiatrische Interviews durchgeführt. Das dabei verwendete psychodiagnostische Instrument SPIKE (PUK, 1979) erfasst unter zahlreichen gesundheitsbezogenen und soziobiographischen Daten auch depressive Symptome sowie eine Auswahl an objektiven Indikatoren der Lebensqualität. Auf Grund dieser Datenlage sowie angesichts des beschränkten Wissensstandes über die Auswirkungen von Depressionen auf die Lebensqualität der Betroffenen entstand der Gedanke, im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Frage zu erörtern, ob sich im Laufe des Lebens auftretende depressive Störungen negativ auf objektivierbare Lebensqualitätsbereiche auswirken. Insbesondere wurde untersucht, ob zwischen Depressiven und Gesunden Unterschiede in Bezug auf objektive Parameter der Lebensqualität bestehen und

ob sich Subkategorien von depressiven Störungen im Verlauf unterschiedlich auf diese Parameter auswirken. Auf Grund der Ergebnisse wurden Risikobereiche im Leben von depressiv Erkrankten identifiziert und Empfehlungen für die Psychotherapie und psychosoziale Betreuung von Betroffenen formuliert (siehe Kapitel 6).

2.3. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden in einem ersten Schritt mehrere, zum Teil recht unterschiedliche Aspekte betonende Definitionen der Lebensqualität erörtert.

Dann werden die Hintergründe für die Empfehlung einiger Autoren dargestellt, wonach für ein zuverlässiges Gesamtbild der Lebensqualität von psychisch Kranken neben einer subjektiven Einschätzung des Wohlbefindens auch objektive Indikatoren der Lebensqualität der Betroffenen zu erheben sind (Costa et al., 1987, zit. nach Rupprecht, 1993; Katschnig, 1998).

Des Weiteren werden die wichtigsten der bis anhin entwickelten Modelle und Konzepte der Lebensqualität vorgestellt. Es sei bereits vorweggenommen, dass Lebensqualität von der Mehrheit der Autoren von einschlägigen Studien zwar durchwegs als ein bedeutungsvolles und sinnvolles Konstrukt erachtet wird, eine einheitliche Theorie und integrierende Modelle jedoch noch ausstehen.

Danach werden die wenigen Studien besprochen, in denen der Frage nachgegangen wurde, inwieweit subjektive und objektive Parameter der Lebensqualität miteinander korrelieren, um dann die Geschichte der Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität im Detail aufzurollen.

Zum Schluss des Kapitels werden bisherige Studienergebnisse über die Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Indikatoren der Lebensqualität erörtert. Bei diesen objektiven Indikatoren der Lebensqualität handelt es sich just um diejenigen, die auch im Rahmen des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit untersucht wurden. Insofern sind diese Studienergebnisse für den Vergleich mit den im Rahmen dieser Arbeit ermittelten Resultaten von besonderer Bedeutung.

2.3.1. Zum Begriff der Lebensqualität

In den zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema der Lebensqualität findet sich wenig Übereinstimmung hinsichtlich der Definition des Begriffs. Einer der Gründe für diese Vielfalt an Definitionen besteht darin, dass sich das Interesse an Lebensqualität wie bereits weiter oben geschildert aus verschiedenen Forschungstraditionen und Disziplinen herausbildete (Soziologie, Psychologie, Medizin). Viele Forscher tendieren dazu, Lebensqualität jeweils auf die eigene Untersuchungshypothese ausgerichtet zu definieren. So werden einzelne Aspekte wie Lebenszufriedenheit, subjektives Wohlbefinden, Gesundheitszustand unterschiedlich betont und zu Lebensqualität in Beziehung gesetzt werden (Rupprecht, 1993).

Im Folgenden werden einige Beispiele für Definitionen von Lebensqualität aufgeführt, die diesen Sachverhalt verdeutlichen sollen:

- “Die Funktionsfähigkeit, die krankheits- und behandlungsbedingten Symptome, das psychische Befinden sowie das Mass der sozialen Beziehungen sind wesentliche Determinanten und zum Teil zugleich Bestandteile der Lebensqualität“ (Hasford, 1991).

-
- “Quality of life is defined as an individual’s perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns. It is a broad-ranging concept, incorporating in a complex way the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features of the environment“ (WHOQOL-Group, 1994).
 - “Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität ist ein psychologisches Konstrukt zu verstehen, das die körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer Sicht beschreibt“ (Bullinger, 1996).
 - “Eine hohe Lebensqualität besteht in der Erfüllung einer intern empfundenen oder extern festgelegten Norm für das innere Erleben, das beobachtbare Verhalten und die Umweltbedingungen in körperlicher, psychischen, sozialen und alltäglichen Lebensbereichen“ (Steinmeyer et al., 1996).

Laut Rupprecht (1993) wird mit diesen unterschiedlichen, operationalen Definitionen betont, dass der Begriff der Lebensqualität als globales, übergeordnetes Konstrukt verstanden wird und das Ergebnis eines individuellen Bewertungsprozesses ist. Lebensqualität ist also nicht etwas von der Person Unabhängiges, sondern entsteht erst in der kognitiven Verarbeitung durch die Person – Lebensqualität ist somit immer individuell. Das Ergebnis der Bewertung ein und derselben Situation kann also für verschiedene Personen zu völlig unterschiedlichen “Lebensqualitäten“ führen. Dieser Bewertungsprozess ist multidimensional, d. h. es werden viele, auf verschiedene Lebensbereiche und Situationen bezogene Einzel-

bewertungen nach individuellen Gewichtungsfaktoren zu einer Gesamtlebensqualität zusammengefasst. Gegenstand dieses Bewertungsprozesses ist die Interaktion zwischen Person und Umwelt. Es werden dadurch sowohl die objektive Situation als auch die subjektive Sichtweise der Person berücksichtigt. Als Wertmassstab für diesen Bewertungsprozess kommen sowohl individuelle als auch soziale Kriterien zur Anwendung. Lebensqualität hat einen zeitlichen Aspekt. Die Bewertung erfolgt nicht nur auf die aktuelle Lebenssituation hin. Die Einschätzung der Vergangenheit und Erwartungen an die Zukunft werden ebenso miteinbezogen. Lebensqualität hat dabei sowohl kognitive als auch affektive Komponenten. Neben rationalen Bewertungsmassstäben beeinflussen auch Stimmungen und Gefühle den Verarbeitungsprozess, an dessen Ende "Lebensqualität" steht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Lebensqualität das Ergebnis eines individuellen, multidimensionalen Bewertungsprozesses der Interaktion zwischen Person und Umwelt ist. Als Bewertungskriterien können sowohl soziale Normen als auch individuelle Wertvorstellungen und affektive Faktoren herangezogen werden.

2.3.2. Modelle der Lebensqualität

Verständigungsschwierigkeiten und eingeschränkte Möglichkeiten, einschlägige Studienergebnisse miteinander zu vergleichen, entstehen nicht nur auf Grund der zahlreichen Definitionen des Begriffes, sondern auch auf Grund der grossen Anzahl an theoretischen Modellen des Konstruktes der Lebensqualität. Aus dieser mangelnden konzeptuellen Klarheit resultiert Unklarheit darüber, durch welche Dimensionen und Indikatoren Lebensqualität gemessen werden soll. Einigkeit be-

steht nur darin, dass sowohl subjektive als auch objektive Indikatoren berücksichtigt werden müssen.

In Tabelle 1 sind einige der gängigsten Modelle der Lebensqualität aufgeführt – die vorliegende Liste ist jedoch keineswegs erschöpfend.

Tabelle 1: Unterschiedliche Modelle der Lebensqualität

Bezeichnung des Modells bzw. Autorennamen (in Reihenfolge des Zeitpunktes der Veröffentlichung)	Hauptdimensionen und Indikatoren der Lebensqualität (in Originalsprache)
Composite index of well-being (Campbell et al., 1976)	Objective attributes, perceived attributes, evaluated attributes, satisfaction with specific domain, life satisfaction
Psychological determinants of quality of life (Abbey & Andrews, 1985)	Overall quality of life, enjoyment, affects, cognitions, self-esteem
PCASEE Model (Bech, 1994)	Physical axis, cognitive axis, affectiv axis, social axis, economic stressors, ego functions
Modell der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Bullinger, 1996)	Krankheit/Behandlung, personale Charakteristika, Lebensbedingungen
Facettentheoretische Validierung des Konstrukts der Lebensqualität (Steinmeyer et al., 1996)	Physis, Kognition, Emotion, Motivation, Soziales, Alltag
WHOQOL Model (WHOQOL-Group, 1996)	Physical domain, psychological domain, level of independence, social relationships, environment, spirituality/religion
Dynamic process model of quality of life in mental disorder (Angermeyer & Kilian, 1997)	Environment (general living conditions), cognitive adaptation (perceived role demands), personal variables, degree of satisfaction
Mediational model of quality of life (Barry, 1997)	Self-related constructs (self-esteem), appraisal process (objective life conditions, perceived quality of life)
Wisconsin quality of life index W-QLI (Becker & Diamond, 1997)	Satisfaction level, occupational activities, psychological well-being, physical health, social relations, economics, activities of daily living, symptoms
Multi-dimensional framework for assessing quality of life (Katschnig & Angermeyer, 1997)	Satisfaction, well-being, material and social resources, role performance
Bio-psycho-soziales Modell zur Definition von Lebensqualität (Voll, 1998) in Anlehnung an (Engel, 1977)	Biologischer Bereich, bio-psychologischer Bereich, psychologischer Bereich, psycho-sozialer Bereich, sozialer Bereich
Levels in the analysis of quality of life (Kahneman et al., 1999)	Cultural and social context, subjective well-being, persistent moods, transient emotions, pleasures/pains
Kernmodule der Lebensqualität (Pukrop et al., 1999)	Allgemeine Lebensqualität, emotionale Lebensqualität, Freizeit-Lebensqualität, gesundheitliche Lebensqualität, Vitalität, psychosoziale Lebensqualität, materielle Lebensqualität
Concept and components of quality of life (Hirschfeld et al., 2000)	Health status, impairment, disability (social functioning, physical functioning, satisfaction)

Einige der oben aufgeführten Modelle und Konzepte beruhen ausschliesslich auf theoretischen Überlegungen, während andere an grösseren Stichproben in aufwändigen Validierungsverfahren entwickelt wurden (z. B. Pukrop et al., 1999; Steinmeyer et al., 1996). Aus den in Tabelle 1 aufgeführten Dimensionen und Indi-

katoren wird ersichtlich, dass das Konstrukt der Lebensqualität keineswegs eindeutig definiert und nicht einmal bezüglich seiner Grunddimensionen Einigkeit besteht. Gewisse Forscher wie Wright (1994) sowie Katschnig und Angermeyer (1997) haben sich bemüht, die vorliegenden Teilergebnisse in ein umfassendes theoretisches Modell zu integrieren. Die Suche nach den Dimensionen von Lebensqualität wurde auch schon faktorenanalytisch angegangen (Evans et al., 1985, zit. nach Rupprecht, 1993). Dabei wurde die Struktur von vorliegenden Fragebögen mit Hilfe von Faktorenanalysen untersucht und daraus Dimensionen der Lebensqualität abgeleitet. In anderen Fällen wurden aus theoretischen Überlegungen zur Lebensqualität Dimensionen hergeleitet und erst danach zu diesen Dimensionen Items entwickelt (z. B. Katschnig & Angermeyer, 1997). Die Vorstellungen darüber, in wie viele Grunddimensionen sich Lebensqualität differenzieren lässt, gehen dabei weit auseinander (4 bis 13 Dimensionen). Zwischen einzelnen Modellen lassen sich jedoch gemeinsame Dimensionen identifizieren.

Beispielhaft wird am folgenden multidimensionalen Modell von Katschnig (1997, 1998) aufgezeigt, wie die einzelnen Dimensionen und Indikatoren der Lebensqualität im Rahmen eines Gesamtkonstruktes zueinander in Beziehung gesetzt werden können (Abbildung 1).

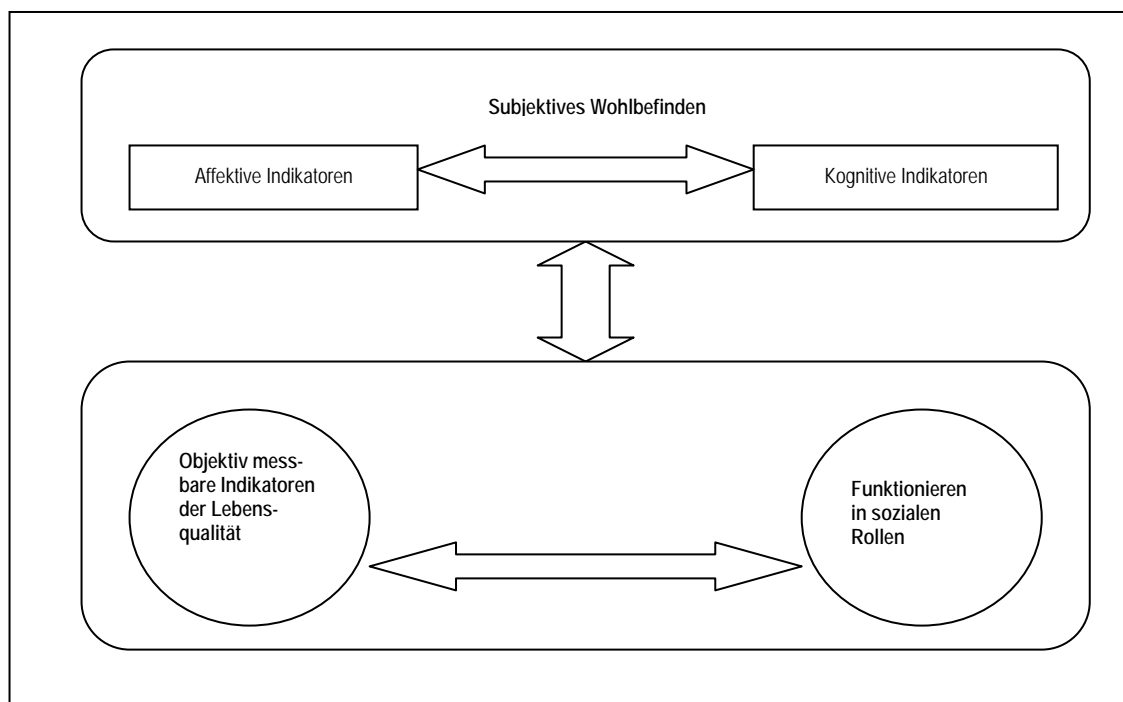


Abbildung 1: Multidimensionales Modell der Lebensqualität (in Anlehnung an Katschnig (1998, 1997); Übersetz. durch den Autor)

Nach Katschnig (1997, 1998) können somit folgende Dimensionen der Lebensqualität unterschieden werden, die in den zahlreichen Versuchen, das Konstrukt der Lebensqualität zu definieren, explizit oder implizit mit enthalten sind:

- das subjektive Wohlbefinden (affektive und kognitive Indikatoren)
- das Funktionieren in sozialen Rollen (Einschätzung auf Grund von Fremdbeobachtung)
- die *objektiv messbaren Lebensbedingungen* (materielle und soziale Ressourcen).

Zu bemerken ist, dass in einer früheren Version des Modells (Katschnig & Angermeyer, 1997) eine zusätzliche, vierte Dimension, nämlich diejenige der Selbstzufriedenheit ("satisfaction"), Erwähnung findet. Grundsätzlich ist jedoch fest-

zuhalten, dass die psychologische Dimension des subjektiven Wohlbefindens in affektive und kognitive, sich wechselseitig beeinflussende Komponenten unterteilt wird. Ist dieses Teilsystem gestört, können Pharmako- und/oder Psychotherapie zur Linderung der Symptome beigetragen. Aus dem soziologischen Bereich wurden die beiden Dimensionen der objektiv messbaren Lebensbedingungen und des Funktionierens in sozialen Rollen festgehalten. Objektiv messbare Indikatoren der Lebensqualität wie der materielle Lebensstandard oder Angaben über das soziale Netz sind unter der dritten Dimension der Lebensbedingungen zu subsumieren. Die erwähnten soziologischen Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig: Zum Beispiel können schlechte Sozialkompetenzen, also ein schlechtes Funktionieren in sozialen Rollen, die Auflösung einer Partnerschaft zur Folge haben; umgekehrt können z. B. mangelnde finanzielle Ressourcen sich negativ auf die soziale Rolle eines Familienvaters auswirken. Weiter liegt es auf der Hand, dass auch die Dimension des subjektiven Wohlbefindens und die beiden Dimensionen aus dem soziologischen Bereich wiederum miteinander in Interaktion stehen. Hier sind viele Kausalbezüge denkbar: Soziale Benachteiligungen wie Arbeitslosigkeit können psychische Störungen wie Depressionen hervorrufen. Über den umgekehrte Fall, nämlich dass eine Person auf Grund einer depressiven Störung ihre Arbeitsstelle verlor, wird aber auch häufig berichtet. Ziel und Zweck solcher Gesamtmodelle ist es, die multikausalen Beziehungen im Prozess der Entstehung von psychischen Erkrankungen zu beschreiben sowie mögliche Konsequenzen und Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen. Nach Ansicht von Katschnig (1997) ist es dringlich erforderlich, die zahlreichen Modelle der Lebensqualität im Rahmen von empirischen Studien – und speziell im Rahmen von Studien mit longitudinalem Design – zu validieren. Insbesondere sollten Hypothesen über krankheitsfördernde Teufels-

kreise wie “negative Kognitionen – Depression – soziale Unangepasstheit – soziale Benachteiligungen – Depression“ überprüft werden. Mit geeignete Interventionen könnte nachgeprüft werden, inwiefern solche Teufelskreise durchbrochen werden können.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die heutige, ausserordentlich hohe Popularität des Konstruktes der Lebensqualität deutlich mit einem theoretischen und empirischen Defizit kontrastiert und dass die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse dadurch erheblich erschwert ist. Lebensqualitätsstudien werden entweder weitgehend atheoretisch betrieben oder durch globale Modelle geleitet, deren Vielfalt und Abstraktheit die Ableitung konkret prüfbarer Hypothesen sowie die systematische Validierung des Konstrukts stark erschweren. Nichtsdestoweniger wird Lebensqualität von den Autoren durchwegs als ein bedeutungsvolles und sinnvolles Konstrukt erachtet. Zudem lassen sich aus einzelnen Modellen der Lebensqualität gemeinsame Dimensionen herauskristallisieren.

2.3.3. Subjektive und objektive Indikatoren der Lebensqualität in der psychiatrischen Forschung

Um die Lebensqualität von psychisch Kranken in einer validen und reliablen Art zu erfassen, hat es sich laut Katschnig (1998) hiermit als notwendig erwiesen, mindestens drei Dimensionen der Lebensqualität zu unterscheiden und sich nicht nur auf das subjektive Wohlbefinden zu konzentrieren, 1. das subjektive Wohlbefinden, 2. das Funktionieren in sozialen Rollen, 3. *objektivierbare Indikatoren der Lebensqualität* (d. h. externe Ressourcen wie der materieller Lebensstandard, das soziale Netz usw.).

Diese Erweiterung des Konzepts der Lebensqualität erfolgte eigens für die psychiatrische Forschung – und zwar auf Grund der Eigenart vieler psychischer Störungen: Wenn das subjektive Wohlbefinden allein zur Messung von Lebensqualität herangezogen wird, dann besteht je nach psychiatrischem Krankheitsbild und Dauer der Störung die Gefahr von unterschiedlichen Verzerrungen – eine Gefahr, die z. B. beim Vorliegen von reinen körperlichen Erkrankungen nicht besteht. Nach Katschnig (1998) beruhen diese Verzerrungen unter anderem auf folgenden Fehlbeurteilungsmöglichkeiten:

- emotionale Fehlbeurteilung (“emotional fallacy“)
- kognitive Fehlbeurteilung (“cognitive fallacy“)
- “psychotische“ Fehlbeurteilung (“reality distortion fallacy“)
- Standard-Drift-Fehlbeurteilung (“standard-drift fallacy“).

Bei einer depressiven Erkrankung würde sich eine emotionale Fehlbeurteilung der subjektiven Lebensqualität zum Beispiel auf Grund einer abnormen Stimmungssituation ergeben. Es ist bekannt, dass Depressive mit ihrer “schwarzen Brille“ sich selbst, ihre Situation sowie ihre Entwicklungsmöglichkeiten zu negativ beurteilen. Unter den kognitiven Fehlbeurteilungen sind die verfälschten Einschätzungen der eigenen Lebensqualität auf Grund der verringerten intellektuellen Leistungsfähigkeiten zu verstehen, wie sie zum Beispiel bei geistiger Behinderung oder Demenz vorliegen können. Bei psychotischen Phänomenen wie Wahn und Halluzinationen kommt es ebenso zu Fehlwahrnehmungen der Realität („psychotische“ Fehlbeurteilung). Unter der Standard-Drift-Fehlbeurteilung versteht man folgenden Sachverhalt: Es wurde beobachtet, dass psychisch Kranke mit lange

andauernden Krankheiten durch Verringerung ihrer Ansprüche die Tendenz zeigen, mit geringerer Lebensqualität zufrieden zu sein als allgemein angenommen.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten objektiven Lebensqualitätsbereiche (Partnerschaft, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahestehender Personen, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Einkommensverhältnisse etc.) betreffen die externen sozialen und materiellen Ressourcen der Probanden. Die Gefahr einer Fehlbeurteilung der Lebenssituation durch die Patienten kann somit weitgehend ausgeschlossen werden.

2.3.4. Korrelation zwischen subjektiver und objektiver Lebensqualität

Eines der Untersuchungsgegenstände der Lebensqualitätsforschung betrifft den Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität. In soziologischen Studien wurde festgestellt, dass der Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Variablen, z. B. zwischen Sozialstatus und Lebenszufriedenheit, geringer ist, als man unter der Annahme rationalen Bewertens eigentlich erwarten konnte (Zapf, 1984, zit. nach Rupprecht, 1993). Im Extremfall können diese Befunde so unterschiedlich sein, dass man vom "Zufriedenheitsparadox" bzw. vom "Unzufriedenheitsdilemma" spricht (Noll, 1989, zit. nach Rupprecht, 1993). Dies bedeutet, dass zum einen Personen mit objektiv schlechten Lebensvoraussetzungen hoch zufrieden sein können und somit subjektiv eine hohe Lebensqualität erleben (Zufriedenheitsparadox). Auf der anderen Seite kann die subjektive Lebensqualität von Personen mit objektiv guten Voraussetzungen gering sein (Unzufriedenheitsdilemma).

Der Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität erläutert Zapf (1984, zit. nach Rupprecht, 1993) mit Hilfe des folgenden Vier-Felder-Schemas (Tabelle 2).

Tabelle 2: Typen von Lebensqualitäten nach Zapf (1984)

		Subjektives Wohlbefinden	
		gut	schlecht
Objektive Lebensbedingungen	gut	Well-Being	Dissonanz
	schlecht	Adaptation	Deprivation

Wenn die Dimensionen der objektiven Lebensbedingungen und des subjektiven Wohlbefindens kombiniert werden und lediglich nach "gut" und "schlecht" dichotomisiert werden, dann ergeben sich vier Typen der Lebensqualität (Tabelle 2):

- Personen, die sowohl unter guten objektiven Lebensbedingungen leben als auch eine hohe Zufriedenheit aufweisen, befinden sich in einem Zustand, den man "Well-Being" nennen könnte.
- Personen mit guten objektiven Voraussetzungen und schlechtem Wohlbefinden leben in "Dissonanz".
- Personen mit schlechten objektiven Lebensbedingungen und hohem Wohlbefinden haben sich an die schlechte Situation angepasst (Adaptation).
- Personen mit sowohl schlechten Lebensbedingungen als auch schlechtem Wohlbefinden werden als "depriviert" bezeichnet.

Weil objektive und subjektive Lebensqualitätseinschätzungen insbesondere auch im Bereich der psychiatrischen Forschung bei ein und derselben Person zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen können, betonen Costa und Mitautoren (1987, zit. nach Rupprecht, 1993), wie wichtig die Erfassung beider Gesichtspunkte der Lebensqualität sei. Sie kritisieren den "subjektivistischen" Standpunkt der

frühen psychologischen Lebensqualitätsforschung und fordern die Einbeziehung der objektiven Lebenssituation bei der Beurteilung von Lebensqualität.

Dass die von psychisch Kranken eingeschätzte objektive und subjektive Lebensqualität in der Tat zu widersprüchlichen Ergebnissen führen kann, wird durch folgende Studienergebnisse belegt:

Kay und Mitautoren (1965) konnten in einer Stichprobe von älteren Patienten mit organischen oder funktionellen Störungen (n=128) keinen Zusammenhang zwischen dem subjektiv eingeschätzten Grad der Einsamkeit und der eigentlichen Anzahl sozialer Kontakte beobachten.

Morgado und Mitautoren (1991) untersuchten 25 psychiatrische Patienten mit depressiver Symptomatik und stellten fest, dass diese ihr Funktionieren in sozialen Rollen während der Hospitalisierung drastisch unterschätzten und diese Wahrnehmungsverzerrung mit dem Nachlassen der Krankheitssymptome und der Entlassung aus dem Krankenhaus verschwand. Zur subjektiven Beurteilung des sozialen Funktionsniveaus der Patienten wurde das "Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment SSIAM" (Gurland et al., 1972) verwendet.

Weiter fanden Barry und Mitautoren (1996) in einer Stichprobe von 29 Langzeitpsychiatriepatienten 12 Monate nach der Entlassung keine Übereinstimmung zwischen objektiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität. Obwohl in Bezug auf die Wohnsituation, die Anzahl sozialer Kontakte und die Häufigkeit von Freizeitaktivitäten seit der Entlassung objektive Verbesserungen erfolgt waren, schätzten die Patienten lediglich hinsichtlich des Indikators der Wohnsituation ihre Lebensqualität subjektiv besser ein als noch zur Zeit der Hospitalisierung. Die objek-

tiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität wurde mit Hilfe einer für psychiatrische Patienten angepassten Version des "Lehman's Quality of Life Interview" (Lehman et al., 1982) erfragt.

In einer Stichprobe 61 ambulanter, chronisch schizophrener Patienten fanden Skantze und Mitautoren (1992) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem anhand diverser Merkmale gemessenen Lebensstandard (Wohnsituation, soziales Netzwerk usw.) und der subjektiven Lebensqualität der Betroffenen. Die Autoren folgern, dass die äusseren, objektiven Lebensumstände und deren subjektive Bewertung als zwei getrennte Dimensionen zu betrachten sind.

Sainfort und Koautoren (1996) untersuchten ebenfalls eine Gruppe von ambulanten, chronisch schizophrenen Patienten (n=37) in Bezug auf die Übereinstimmung zwischen objektiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität. Zu diesem Zweck verwendeten sie zwei Instrumente: der "Quality of Life Index" (Spitzer et al., 1981) und ein eigens entwickeltes Instrument, der "Quality of Life Index – Mental Health". Zwischen den objektiven und den subjektiven Gesamtscores beider Instrumente fanden sie jedoch nur moderate Korrelationen ($r=0.51$ bzw. $r=0.47$).

Atkinson und Mitautoren (1997) verglichen drei Gruppen von ambulanten, chronisch kranken Psychatriepatienten in Bezug auf ihre Lebensqualität. Die erste Gruppe umfasste 69 schizophrene Patienten, die zweite 37 Patienten mit einer bipolaren Störung und die dritte 35 Patienten mit einer Major Depression. Die beiden Gruppen von Personen mit affektiven Störungen beurteilten ihr subjektives Wohlbefinden schlechter ein als die Gruppe der schizophrenen Patienten, obwohl erstere in Bezug auf objektive Indikatoren wie Finanzen, Arbeitssituation und sozi-

ale Kontakte höhere Werte verzeichneten als die Gruppe der Schizophrenen. Die Autoren ziehen den Schluss, dass die Validität der auf Grund von subjektiven Einschätzungen gemessenen Lebensqualität – insbesondere bei Patienten mit einer affektiven Störung – in Frage zu stellen ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in bisherigen Studien über die Lebensqualität von psychisch Kranken kein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität nachgewiesen werden konnte. Diese Befundlage untermauert die Dringlichkeit der von Katschnig (1997) aufgestellten Empfehlung, in psychiatrischen Studien zur Lebensqualität neben einer subjektiven Einschätzung des Wohlbefindens auf jeden Fall auch objektive Indikatoren der Lebensqualität zu berücksichtigen. Denn bei Vorhandensein einer psychischen Störung ist bei der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität durch die Betroffenen mit kognitiven Fehlbeurteilungen zu rechnen. Ein zuverlässiges Gesamtbild der Lebensqualität ergibt sich erst dann, wenn auch objektive Indikatoren der Lebensqualität mitberücksichtigt werden.

2.3.5. Instrumente zur Messung der Lebensqualität

Im Jahre 1977 wurde der Begriff "Quality of Life" als neues Schlüsselwort in der von der U. S. National Library of Medicine verwalteten Datenbank "Medline" aufgenommen. Seitdem hat die Anzahl der zur Erfassung der Lebensqualität entwickelten Instrumente sowie die Anzahl einschlägiger Publikationen exponential zugenommen (Jenkinson, 1994). Nach Schmeck (1998) wurden bis anhin über 800 Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität entwickelt (u. a. Kaplan et al., 1976; EuroQol, 1990). Zudem herrscht, wie bereits erwähnt, Uneinigkeit darüber,

wie das Konstrukt der Lebensqualität am besten operationalisiert werden kann. Eine "Medline"-Recherche mit dem Suchprofil "QoL – Assessment – Psychiatry" brachte für den Bereich der psychiatrischen Lebensqualitätsforschung ungefähr 25 Instrumente zutage. Im Rahmen des nächsten Kapitels finden die wichtigsten davon Erwähnung.

2.3.5.1. Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von psychiatrischen Patienten

Die Erfassung von Lebensqualität im Bereich somatischer Erkrankungen ist seit längerer Zeit von Bedeutung, während sie in der Psychiatrie erst in den letzten Jahren an Interesse gewonnen hat. Dies ist erstaunlich, da bereits vor über 40 Jahren von Seiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Bezug auf die Definition von Gesundheit der Bereich der Lebensqualität implizit angesprochen wurde. Unter "Gesundheit" wird demgemäss nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern vollumfängliches körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden (Pschyrembel, 1994). Dennoch wurde mittlerweile bereits eine ganze Reihe von Instrumenten speziell für psychiatrische Patienten entwickelt. In Tabelle 3 findet sich eine Auswahl dieser Instrumenten aufgeführt inkl. Angaben über die Anzahl Items pro Fragebogen und über die durchschnittliche Dauer eines Interviews.

Tabelle 3: Lebensqualitätsinstrumente für psychiatrische Patienten (in Anlehnung an Stieglitz, 1996, sowie Lehman, 1997)

Instrumente (in Reihenfolge des Zeitpunktes der Veröffentlichung)	Autoren	Itemzahl	Dauer
Social Interview Schedule SIS	Clare und Cairns (1978)	48	40 Min.
Community Adjustment Form CAF	Stein und Test (1980)	140	45 Min.
Satisfaction of Life Domains Scale SLDS	Baker und Intagliata (1982)	15	10 Min.
Oregon Quality of Life Questionnaire OQoLQ	Bigelow et al. (1982)	246	90 Min.
Quality of Life Interview QoLI	Lehman et al. (1982)	143	45 Min.
Client Quality of Life Interview CQLI	Goldstrom und Manderscheid (1986)	65	(keine Angaben)
California Well-Being Project Client Interview CWBPCI	Campbell et al. (1989)	304	(keine Angaben)
Quality of Life Questionnaire QoLQ	Bigelow et al. (1991)	63	90 Min.
Lancashire Quality of Life Profile LQoLP	Oliver (1991)	100	60 Min.
Quality of Life Index for Mental Health QLI-MH	Becker et al. (1993)	113	40 Min.
Berliner Lebensqualitätsprofil BeLP	Priebe et al. (1995)	66	35 Min.

Bis auf wenige Ausnahmen werden in allen in Tabelle 3 erwähnten Instrumenten körperliche, soziale, ökonomische und psychologische Merkmale erfasst. Die Instrumente unterscheiden sich insbesondere in der Anzahl ihrer Items (15 bis 304) und damit auch im Hinblick auf den zeitlichen Umfang einer Befragung (10 bis 90 Minuten). Meist werden zuerst objektive Lebensqualitätsmerkmale und anschließend eine subjektive Bewertung der Zufriedenheit verlangt. Bei einigen Instrumenten handelt es sich um Fremdbeurteilungsbögen basierend auf Patientenaussagen; andere sind Fragebögen, die von den Patienten selbst ausgefüllt werden.

Stieglitz (1996) weist darauf hin, dass hinsichtlich der psychometrischen Qualität dieser Instrumente (Reliabilität und Validität) grosse Unterschiede bestehen. Obwohl ein Konsens bezüglich des Konstruktes der Lebensqualität noch aussteht, sollten die Instrumente zumindest bezüglich ihrer konvergenten Validität (Korrelation mit anderen Lebensqualitätsskalen) und ihrer divergenten Validität (z. B.

Korrelationen mit Intelligenztests) überprüft werden, was zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht für jedes der oben aufgeführten Instrumente der Fall ist.

2.3.5.2. Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit affektiven Störungen

Unter anderem im Rahmen der Prüfung von möglichen Nebenwirkungen neuer Antidepressiva wurden in den neunziger Jahren spezifische, auf Patienten mit einer affektiven Störung zugeschnittene Lebensqualitätsinstrumente entwickelt. Ihr theoretischer Ansatz ist somit – im Vergleich mit den im vorhergehenden Kapitel besprochenen Instrumenten, mit Hilfe derer im Grossen und Ganzen die allgemeine Lebensqualität erfragt wird, eher krankheits- oder behandlungsorientiert. Tabelle 4 vermittelt einen Überblick über diese Instrumente.

Tabelle 4: Lebensqualitätsinstrumente für Patienten mit affektiven Störungen

Instrumente (in Reihenfolge des Zeitpunktes der Veröffentlichung)	Autoren	Itemzahl	Dauer
Quality of Life in Depression Scale QLDS	Hunt und McKenna (1992)	35	(keine Angaben)
SmithKline Beecham Quality of Life Scale SBQoL	Stoker et al. (1992)	28	(keine Angaben)
Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Q-LES-Q	Endicott et al. (1993)	93	(keine Angaben)

Die QLDS (Hunt & McKenna, 1992) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und wurde mit dem Ziel entwickelt, die Auswirkungen von depressiven Störungen auf die subjektive Lebensqualität der Betroffenen zu erfassen. Das Instrument wurde an einer Stichprobe von 76 depressiven Patienten validiert und umfasst sechs Dimensionen (Haushalt, soziales Netz bzw. soziale Aktivitäten, Kognitionen, Körperhygiene, Freizeitaktivitäten und Entspannung).

Die 28 Indikatoren der SBQoL (Stoker et al., 1992) sind von den Patienten auf einer 10-Punkteskala persönlich einzuschätzen. Das Instrument deckt die Bereiche des Wohlbefindens, des Sozialnetzes, der Hobbies, der Stimmung, des "Locus of Control", der Sexualität, der Arbeit, der Religion und der Finanzen ab.

Beim Q-LES-Q (Endicott et al., 1993) handelt es sich wiederum um einen Selbstbeurteilungsbogen. Sein Zweck ist es, die subjektive Genussfähigkeit und Lebenszufriedenheit der Befragten zu überprüfen. Aus den 93 Items können 5 Gesamtscores gebildet werden (Gesundheit, Stimmung, Freizeit, soziales Netz, allgemeine Aktivitäten).

Bei näherer Untersuchung der Items der oben erwähnten Instrumente, stellt sich heraus, dass diese weitgehend denjenigen klassischer Depressions-Rating-Skalen entsprechen (z. B. Verlust der Fähigkeit sich zu freuen; Entscheidungsschwierigkeiten; Gefühle der Wertlosigkeit). Dies führt unweigerlich zur Annahme, dass zwischen den Gesamtscores dieser Instrumente und der Ausprägung der depressiven Störung hohe Korrelationen bestehen müssten – eine Hypothese, die von Katschnig und Mitautoren (1996, zit. nach Katschnig & Angermeyer, 1997) überprüft und auch bestätigt wurde: In einer Stichprobe von 100 depressiven Patienten fanden sie hohe Korrelationen zwischen dem Gesamtscore des "Beck Depression Inventory" (Beck & Ward, 1961) und den genannten drei Lebensqualitätsinstrumenten für Depressive (QLDS: $r=0.69$; SBQoL $r=0.70$; Q-LES-Q: $r=0.62$). Aus diesen Befunden ziehen die Autoren den Schluss, dass subjektive Lebensqualitätseinschätzungen unter Verwendung der genannten Instrumente von zweifelhaftem Wert seien, da diese offenbar nichts Weiteres als den Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik messen würden und damit ebensogut mit den be-

reits früher entwickelten Depressionsskalen hätten eingeschätzt werden können. Es scheint somit, als ob die von Depressiven subjektiv eingeschätzte Lebensqualität und die depressive Symptomatik an sich tautologische Konzepte darstellen würden. Folglich ist nach Ansicht von Katschnig und Mitautoren (1996) die Untersuchung der Fragestellung, ob die subjektive Lebensqualität bei Depressiven vermindert sei, trivial wenn nicht gar problematisch, wenn man berücksichtigt, dass damit sogar Scheinkorrelationen zutage gefördert werden. Die Autoren fordern einerseits eine Überprüfung der Konzeptualisierung der obigen Messverfahren und andererseits die Miteinbeziehung von objektiven Parametern der Lebensqualität bei der Entwicklung und Gestaltung zukünftiger Instrumente.

Bezüglich der Erfassung von Lebensqualität bei psychiatrischen Patienten lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die entsprechenden Instrumente gängige psychometrische Standards nur bedingt erfüllen: Beispielsweise erfolgte die Entwicklung und Evaluierung der meisten Instrumente lediglich an kleinen Stichproben. Zudem widerspiegelt sich die Uneinigkeit bezüglich des Konstruktes der Lebensqualität in den unterschiedlichen Skalen und Variablen der einzelnen Instrumente. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich des theoretischen Ansatzes (allgemeine vs. krankheitsspezifische Lebensqualitätskalen) und der Methode der Datenerhebung (Selbstbeurteilungs- vs. Fremdbeurteilungsbögen). Insbesondere ist die Kritik von Katschnig und Mitautoren (1996) an den eigens für Depressive entwickelten, subjektiven Lebensqualitätsinstrumenten hervorzuheben. Die Autoren monieren, die in Frage stehenden Instrumente würden lediglich den Schweregrad der Depression und keineswegs die eigentliche Lebensqualität der Betroffenen abbilden; die bisher entwickelten Instrumente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Depressiven seien in Bezug auf ihre Itemauswahl und –for-

mulierungen mit früheren Depressionsskalen äusserst redundant und deshalb von zweifelhaftem Wert. Die Autoren empfehlen, bei der zukünftigen Entwicklung und Gestaltung von entsprechenden Messinstrumenten die Konzepte der Lebensqualität neu zu überdenken und dabei unbedingt auch objektive Indikatoren miteinzubeziehen.

2.4. Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Parameter der Lebensqualität: bisherige Studienergebnisse

Für negative Auswirkungen von depressiven Störungen auf die *subjektive* Lebensqualität von Betroffenen finden sich in bisherigen Studien zahlreiche Belege (u. a. Barge-Schaapveld et al., 1999; Rudolf & Priebe, 1999; Goldney et al., 2000). In Anbetracht der oben dargelegten Kritik von Katschnig und Mitautoren (1996), wonach die von Depressiven subjektiv eingeschätzte Lebensqualität im Grunde genommen einem Abbild des Schweregrads der depressiven Symptomatik entspricht, sind diese Ergebnisse jedoch nicht weiter überraschend. Es liegt auf der Hand, dass Depressive mit ihrer "schwarzen Brille" sich selbst und ihre Lebenssituation oft als zu negativ beurteilen (Atkinson et al., 1997).

Eine andere Ausgangslage stellt sich hinsichtlich der Frage, ob depressive Störungen auch *objektive* Lebensqualitätsbereiche beeinträchtigen. Gemäss Coyne (1976) und Merikangas (1984) wurde dieser Thematik bis anhin viel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Einige, darunter auch gross angelegte epidemiologische Studien zeigen zwar, dass Depressive im Vergleich mit Gesunden in Bezug auf einige objektive Lebensbereiche Benachteiligungen in Kauf nehmen müssen: Zum Beispiel fanden Blazer und Mitautoren (1994) im Rahmen der "US National Comorbidity Survey" unter geschiedenen Personen signifikant erhöhte Lebenszeitprävalenzen von depressiven Störungen. In der ebenfalls in den USA durchgeführten "Epidemiologic Catchment Area Study" finden sich bei Personen mit einer depressiven Störung Belege für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden oder Lohnkürzungen in Kauf nehmen zu müssen (Judd et al., 1996;

Weissman et al., 1991). Und in einer weiteren epidemiologischen Studie britischer Provenienz stellten Meltzer und Mitautoren (OPCS, 1996) fest, dass Personen mit einer depressiven Episode eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, alleinerziehend oder arbeitslos zu sein sowie in einem Einpersonenhaushalt zu leben.

In solchen Querschnittstudien ist es jedoch grundsätzlich unmöglich, zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden. Es können also zum Beispiel keine Rückschlüsse darüber gezogen werden, ob die Arbeitslosigkeit als Ursache der depressiven Störung oder umgekehrt die depressive Störung als Ursache der Arbeitslosigkeit anzusehen ist. Bemerkenswert ist zudem die Tatsache, dass in diesen epidemiologischen Studien einschneidende negative Veränderungen in der Lebenssituation von Depressiven fast durchwegs als mögliche Ursachen der depressiven Erkrankung diskutiert wurden, während ausser Acht gelassen wurde, dass Benachteiligungen in diversen sozialen Lebensqualitätsbereichen durchaus auch als Folge einer depressiven Störung in Erscheinung treten können.

Um potentielle Kausalbeziehungen zwischen depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität zu beleuchten, sind prospektive Langzeitstudien erforderlich. Solche Studien wurden bis anhin nur in geringer Zahl durchgeführt (Weissman et al., 1971; Merikangas, 1984; Wittchen & von Zerssen, 1987; Broadhead et al., 1990; Coryell et al., 1993; Dooley et al., 1994; Keller-Buff, 1995; Rudolf & Priebe, 1999). Im Folgenden werden diese Langzeitstudien umfassend besprochen. Deren Ergebnisse sind für die Herleitung der Arbeitshypothesen und für den Vergleich mit den im Rahmen der vorliegenden Studie ermittelten Resultate von Bedeutung.

Im Jahre 1971 veröffentlichten Weissman und Mitautoren die erste Studie mit longitudinalem Design, in der u. a. auch Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Lebensqualitätsbereiche analysiert wurden (siehe auch Weissman & Paykel, 1974). Die Stichprobe umfasste eine Versuchsgruppe von 40 depressiven Frauen und eine gesunde Kontrollgruppe gleichen Umfangs, ebenfalls ausschliesslich aus Frauen bestehend. Anlässlich einer Achtmonatskatamnese konnten bei den 27 Probandinnen mit einer inzwischen remittierten depressiven Störung keine negativen Nachwirkungen hinsichtlich der untersuchten objektiven Lebensqualitätsindikatoren „Anzahl ausgefallener Arbeitstage“, „Anzahl Kontakte mit Freunden und Bekannten“ und „Häufigkeit von Geschlechtsverkehr“ beobachtet werden. Hinsichtlich einiger subjektiv eingeschätzter Parameter der Lebensqualität, wie beispielsweise dem Interesse für Freizeitaktivitäten, konnten jedoch signifikant geringere Werte für depressive im Vergleich mit gesunden Frauen nachgewiesen werden. Für die Probandinnen mit einer rezidivierenden depressiven Störung, für diejenigen also, die nicht nur zum Zeitpunkt der Erstbefragung, sondern auch acht Monate danach unter depressiven Symptomen litten ($n=10$; $md=3$), liegen leider keine Angaben hinsichtlich der oben erwähnten objektiven Parameter der Lebensqualität vor.

Merikangas (1984) untersuchte 56 verheiratete Frauen und Männer mit uni- oder bipolarer Störung zum Zeitpunkt ihrer Enthospitalisierung sowie zwei Jahre später anlässlich einer Nachuntersuchung. Zum Zeitpunkt der Katamnese waren 16% der zwei Jahre zuvor noch verheirateten Patienten geschieden und 4% lebten von ihren ehemaligen Lebenspartnern getrennt. Damit wiesen diese Patienten in Folge ihrer Erkrankung im Vergleich mit der gesunden Allgemeinbevölkerung ein neunfach erhöhtes Risiko auf, geschieden zu werden oder sich von ihren Ehepartnern

zu trennen. Obwohl eine Scheidung oder eine Trennung in vereinzelt Fällen und unter bestimmten Aspekten auch als positiver Verlauf einer Beziehung angesehen werden kann, legen die Ergebnisse den Schluss nahe, dass depressive Störungen häufig schwerwiegende, negative Auswirkungen auf die Beziehung zum Lebenspartner haben können.

Wittchen und Zerssen (1987) analysierten soziale und psychosoziale Konsequenzen chronisch verlaufender, behandelter und unbehandelter depressiver Störungen in Gegenüberstellung zu einer gesunden, gematchten Kontrollgruppe (n=61). Sieben Jahre nach Aufnahme in die Langzeitstudie wurden bei den 24 untersuchten Patienten mit einer endogenen Depression (DSM-III, 296.0/2) bzw. bei den 37 untersuchten Patienten mit einer depressiven Neurose (DSM-III, 300.4) folgende negative Effekte der Erkrankung auf objektive Indikatoren der Lebensqualität beobachtet: Im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe wiesen beide Diagnosegruppen starke Benachteiligungen im Bereich der Arbeitsfähigkeit auf. Depressive hatten mit durchschnittlich 21 Tagen pro Jahr signifikant höhere Ausfallzeiten als ihre gematchte Kontrollgruppe (durchschnittlich 14 Tage). Zudem waren die Patienten mit einer depressiven Neurose zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant häufiger vorzeitig berentet (11%). Im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe zeigte sich bei den Patienten mit einer depressiven Neurose im Gegensatz zu den Patienten mit einer endogenen Depression eine weitere Benachteiligung: Der Prozentsatz verheirateter Personen war im Vergleich mit der entsprechenden gesunden Altersgruppe deutlich erniedrigt (38% vs. 84%) und gleichzeitig die Quote der geschiedenen Personen erhöht (19% vs. 7%).

Im Rahmen der "Epidemiological Catchment Area Study" (ECA) führten Broadhead und Mitautoren (1990) eine Katamnese über Kausalzusammenhänge zwischen Depressionen und Arbeitsausfällen durch. 1'997 der Probanden waren während der letzten sechs Monate vor der Befragung ohne depressive Symptomatik, während 983 innerhalb desselben Zeitraums unter einer depressiven Störung litten (Major Depression, Dysthymie, Minor Depression mit oder ohne depressive Verstimmung; Kriterien nach DSM-III). Die Autoren kommen zum Ergebnis, dass Personen mit einer Major Depression in den vergangenen drei Monaten vor der Befragung fast fünfmal häufiger wegen Krankheit gefehlt hatten als die nicht-depressiven Untersuchungsteilnehmer. Die Depressiven hatten durchschnittlich 11, die Nichtdepressiven 2 Fehltage. Ein signifikanter Effekt auf die Arbeitsausfälle zeigte sich auch in der Gruppe der Personen mit einer Minor Depression mit Stimmungsschwankungen (n=176). Zudem bleibt bei derartigen Studien die Tatsache unberücksichtigt, dass depressive Personen, auch wenn sie weiterhin arbeiten gehen, möglicherweise in der Qualität ihrer Leistung nachlassen.

In einer Langzeitstudie über den Krankheitsverlauf von 148 Patienten mit einer bipolaren Störung und von 240 Patienten mit einer oder mehreren Major Depression Episoden beleuchteten Coryell und Koautoren (1993) mögliche Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebenssituation der Betroffenen. Es wurden sowohl chronische Verläufe wie auch einmalige Episoden analysiert; die Patienten wurden teils ambulant, teils stationär behandelt und jeweils mit einer gesunden, in Bezug auf Geschlecht und Alter gemachten Kontrollgruppe verglichen. Anlässlich der Fünfjahreskatamnese ergaben sich für die Gruppe der Patienten mit einer bipolaren Störung im Vergleich mit den Gesunden in allen untersuchten objektiv messbaren Lebensqualitätsbereichen signifikante Benachteiligungen: seltenere

Steigerung des Ausbildungsstatus, häufigere Arbeitslosigkeit während der letzten 12 Monate vor der Befragung, häufigere Arbeitsausfälle sowohl seit Beginn der Untersuchung wie auch über den gesamten Verlauf des Arbeitslebens gesehen, seltenere Verbesserung der Einkommensverhältnisse und ein zweifach erhöhtes Risiko einer Scheidung oder Trennung. Für die Gruppe der Patienten mit einer oder mehreren Major Depression Episoden zeigte sich ein ähnliches Bild: In Bezug auf alle untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität ausser der Erhöhung des Ausbildungsstatus mussten die Patienten im Vergleich mit den gesunden Probanden Benachteiligungen in Kauf nehmen. Zudem zeigte sich, dass auch bereits eine einmalige Episode einer Major Depression anhaltende Nachteile nach sich ziehen kann: Die Betroffenen (n=110) schnitten hier in den Lebensbereichen der Entwicklung des Ausbildungsstatus und der Einkommensverhältnisse im Vergleich mit den Gesunden signifikant schlechter ab.

In einer weiteren, im Rahmen der "Epidemiological Catchment Area Study" (ECA) durchgeführten Einjahreskatamnese befragten Dooley und Mitautoren (1994) 4'075 Personen. Der Anteil an Personen mit einer Major Depression betrug 2.2% (n=90). Die Ergebnisse belegen, dass Arbeitslosigkeit das Risiko einer Major Depression um das zweifache erhöht. Der umgekehrte Kausalzusammenhang, nämlich die im vorliegenden Kontext relevante Fragestellung, ob auch eine Major Depression die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden, erhöht, konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis dahingehend, dass die Symptomatik von Depressionen im Vergleich mit derjenigen anderer psychischer Störungen weniger Anlass zu Entlassungen geben würde. Zum Beispiel hätten Arbeitnehmer mit missbräuchlichem Alkoholkonsum ein im Vergleich mit Gesunden signifikant erhöhtes Risiko entlassen zu werden.

In einer weiteren Langzeitstudie untersuchte Keller-Buff (medizinische Dissertation, 1995) Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen (DSM-III-R) und Parametern der Lebenssituation der Betroffenen (n=163). Die verwendeten Daten stammten aus den im Rahmen der Zürich-Studie in den Jahren 1979 und 1988 erfolgten Erhebungen (Angst et al., 1984; Angst & Dobler-Mikola, 1984a; Angst & Dobler-Mikola, 1984b). Auf Grund von nichtparametrischen statistischen Tests konnten folgende Ergebnisse ermittelt werden: Ein negativer Zusammenhang bestand zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen und den Lebensbereichen „Zivilstand“, „Anzahl Kinder“ und „Wohnsituation“. Hingegen konnten zwischen dem Ausmass der Berufstätigkeit (Anstellungsprozente) bzw. dem Ausbildungsstatus und dem Vorliegen von depressiven Verstimmungen keine negativen Zusammenhänge ermittelt werden. Anders als in der Studie von Keller-Buff (1995) wurden in den Auswertungen der vorliegenden Untersuchung alle sechs Erhebungsjahrgänge der Zürich-Studie (1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999) berücksichtigt; zudem wurden detaillierte, auch störungsspezifische Auswertungen sowie potentere, parametrische Tests durchgeführt.

Schliesslich verglichen Rudolf und Priebe (1999) in einer Sechsmonatskatamnese die Lebensqualität von 42 depressiven Patientinnen mit derjenigen zweier Kontrollgruppen (73 schizophrene Patientinnen bzw. 70 Patientinnen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit). Die Lebensqualität der depressiven Patientinnen war hinsichtlich der objektiven Indikatoren „Einkommensverhältnisse“ und „mit/ohne Partnerschaft“ im Vergleich mit den beiden Kontrollgruppen signifikant schlechter. Während in Bezug auf die Indikatoren „Arbeitssituation“ und „Wohnsituation“ keine bedeutenden Unterschiede festgestellt werden konnten.

Tabelle 5 vermittelt einen Überblick über die in den oben erörterten Langzeitstudien untersuchten Auswirkungen von affektiven Störungen auf objektive Indikatoren der Lebensqualität.

Tabelle 5: Auswirkungen von affektiven Störungen auf objektive Indikatoren der Lebensqualität (Überblick über bisherige Langzeitstudien mit Kontrollgruppen)

Autoren und Studiendesign	Affektive Störungen Diagnosen nach DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV (Anzahl Personen pro Versuchsgruppe)	Objektive Indikatoren der Lebensqualität	Negative Effekte p
Weissman und Mitautoren (1971): 8-Monatskatamnese, Versuchsgruppe n=27 Frauen, gesunde Kontrollgruppe n=40 Frauen	Depressive Störungen (n=27)	Arbeitsausfälle Anzahl Kontakte mit Freunden/Bekanntem	n. s. n. s.
Merikangas (1984): 2-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=56, Kontrollgruppe n=56	Uni- und bipolare Störungen (n=56) (keine störungsspezifische Auswertung)	Zivilstand	p ≤ 5%
Wittchen und Zerssen (1987): 7-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=61, gematchte, gesunde Kontrollgruppe n=61	Endogene Depressionen (n=24)	Zivilstand Vorzeitige Berentung Arbeitsausfälle	n. s. n. s. p ≤ 5%
	Depressive Neurosen (n=37)	Zivilstand Vorzeitige Berentung Arbeitsausfälle	p ≤ 5% p ≤ 5% p ≤ 5%
Broadhead und Mitautoren (1990): 1-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=983, gesunde Kontrollgruppe n=1'997	Major Depression (n=49)	Arbeitsausfälle	p ≤ 5%
	Dysthymie (n=62)	Arbeitsausfälle	n. s.
	Minor Depression mit depressiver Verstimmung (n=176)	Arbeitsausfälle	p ≤ 5%
	Minor Depression ohne depressive Verstimmung (n=696)	Arbeitsausfälle	n. s.
Coryell und Mitautoren (1993): 5-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=368, gematchte, gesunde Kontrollgruppe n=368	Bipolare Störungen (n=148)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Arbeitsausfälle Einkommensverhältnisse	p ≤ 1% p ≤ 5% p ≤ 0.1% p ≤ 5% p ≤ 1%
	Eine oder mehrere Major Depression Episoden (n=240)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Arbeitsausfälle Einkommensverhältnisse	p ≤ 5% n. s. p ≤ 5% p ≤ 5% p ≤ 5%
	Einmalige Major Depression Episode (n=110)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Arbeitsausfälle Einkommensverhältnisse	n. s. p ≤ 0.1% n. s. n. s. p ≤ 5%
Dooley und Mitautoren (1994): 1-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=90, nichtdepressive Kontrollgruppe n=3'085	Major Depression (n=90)	Arbeitslosigkeit	n. s.
Keller-Buff (1995): 9-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=163, gesunde Kontrollgruppe n=261	Unipolare und bipolare Störungen (n=163), (keine störungsspezifische Auswertung)	Zivilstand Ausbildungsstatus Wohnsituation Anzahl Kinder Ausmass Erwerbstätigkeit	p ≤ 5% n. s. p ≤ 5% p ≤ 5% n. s.
Rudolf und Priebe (1999): 6-Monatskatamnese, Versuchsgruppe n=42 Frauen, schizophrene Kontrollgruppe n=73 Frauen, Kontrollgruppe mit Alkoholismus n=70 Frauen	Depressive Störungen	Partnerschaft Arbeitslosigkeit Einkommensverhältnisse Wohnsituation	p ≤ 1% n. s. p ≤ 5% n. s.

- Der Übersicht halber decken die in Tabelle 5 aufgeführten Indikatoren der Lebensqualität nicht alle in den oben besprochenen Studien untersuchten Outcome-Variablen ab, sondern lediglich diejenigen, die auch in der vorliegenden Arbeit beleuchtet wurden.

Negative Auswirkungen depressiver Störungen auf die Lebensqualität wurden in bisherigen Langzeitstudien hinsichtlich folgender objektiver Indikatoren nachgewiesen (Tabelle 5):

- Zivilstand
- Anzahl Kinder
- Wohnsituation
- Ausbildungsstatus
- Ausmass der Erwerbstätigkeit
- Arbeitsausfälle
- Arbeitslosigkeit
- vorzeitige Berentung
- Einkommensverhältnisse

Je nach Studie sowie je nach untersuchter Subkategorie der depressiven Störungen zeigen sich jedoch unterschiedliche, zum Teil auch widersprüchliche Ergebnisse (siehe Tabelle 5): Zum Beispiel beobachteten Coryell und Mitautoren (1993) in einer Fünfjahreskatamnese, dass diejenigen Patienten (n=240) mit diversen, auch leichteren unipolaren Störungen keine negative Entwicklung ihres Ausbildungsstatus in Folge ihrer Erkrankung hinnehmen mussten. Während sich bei den Patienten (n=110) mit einer Major Depression auf Grund ihrer Krankheit eine negative Entwicklung ihres Ausbildungsstatus abzeichnete. Weiter konnten beispielsweise Dooley und Mitautoren (1994) bei Personen mit einer Major Depression kein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden, beobachten, während aber Coryell und Mitautoren (1993) bei Patienten mit unipolaren Störungen im Vergleich zu Gesunden signifikant erhöhte Arbeitslosenraten ermittelten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass negative Effekte von depressiven Störungen auf die hier erörterten objektiven Parameter der Lebensqualität zwar in der

Mehrheit der bisherigen Arbeiten beobachtet werden konnten. In einzelnen Studien konnten jedoch für gewisse Parameter der Lebensqualität keine negativen Auswirkungen von depressiven Störungen nachgewiesen werden, oder der Nachweis eines solchen negativen Effekts fehlt für einzelne Subkategorien der untersuchten depressiven Störungen. In Bezug auf die Mehrheit der besprochenen Studien ist zu bemängeln, dass keine gesonderten Auswertungen für einzelne Subkategorien von depressiven Störungen (z. B. Major Depression vs. Minor Depression) bzw. für unterschiedliche Krankheitsverläufe (einmalige Episoden vs. rezidivierende Störungen) vorliegen, was nicht nur die Aussagekraft der entsprechenden Studienergebnisse schmälert, sondern auch deren Vergleichbarkeit erheblich erschwert.

3. Fragestellungen

Fasst man die Ergebnisse aus den wenigen bisherigen Langzeitstudien über die Auswirkung von depressiven Störungen auf objektive Parameter der Lebensqualität zusammen, zeigt sich im Grossen und Ganzen eindrücklich, dass depressive Personen im Vergleich mit nichtdepressiven Personen als Folge ihrer Erkrankung Einbussen in ihrer objektiven Lebensqualität in Kauf nehmen müssen. Angesichts der geringen Anzahl an einschlägigen Studien sind weitere Untersuchungen zum Thema jedoch dringend erforderlich. Insbesondere stehen schlüssige Antworten auf die Fragen noch aus, ob sich auch unabhängig von der Subkategorie der depressiven Störungen bzw. unabhängig von der Häufigkeit von Rezidiven nachhaltige negative Effekte auf objektive Indikatoren der Lebensqualität ergeben.

Demnach wurde in der vorliegenden Arbeit insbesondere den Fragen nachgegangen, ob depressive Störungen die an objektiven Indikatoren gemessene Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen und ob sich bestimmte Subkategorien von depressiven Störungen sowie deren Krankheitsverlauf unterschiedlich auf diese Indikatoren auswirken.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden folgende 11 objektiv messbare Parameter der Lebensqualität beleuchtet:

- Partnerschaft
- Zivilstand
- Anzahl Kinder
- Wohnsituation
- Anzahl nahestehender Personen

- Berufsbildung
- Ausmass der Erwerbstätigkeit
- Arbeitslosigkeit
- IV-Rentenbezug
- Erhalt von Sozial- und Fürsorgegeldern
- Einkommensverhältnisse

Im Folgenden werden die einzelnen Fragestellungen, die dazugehörigen Arbeits-hypothesen und deren Operationalisierung im Detail erörtert:

Fragestellung 1.1: Wirkt sich der mit depressiven Störungen einhergehende soziale Rückzug so aus, dass Betroffene seltener in einer Partnerschaft leben als nicht-depressive, gleichaltrige Personen?

Hypothese 1.1: Personen, die zwischen 1979 und 1999² mindestens eine depressive Störung erlitten haben, leben seltener in einer Partnerschaft als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktor: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Partnerschaft (0=ohne Partner, 1=mit Partner), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Partnerschaft (0=während mehr als der Hälfte der Zeit von 1979 bis 1999 ohne Partner lebend, 1=während mindestens der Hälfte der Zeit von 1979 bis 1999 mit einem Partner zusammen lebend), Messzeitraum t=1979 bis 1999

Fragestellung 1.2: Wirkt sich der mit depressiven Störungen einhergehende soziale Rückzug auch so aus, dass Betroffene seltener verheiratet sind als nicht-depressive, gleichaltrige Personen?

² Die den statistischen Auswertungen zu Grunde liegenden Daten entstammen der von Angst im Jahre 1979 initiierten, longitudinalen Zürich-Studie. In einer repräsentativen Stichprobe von Frauen und Männern aus dem Kanton Zürich wurden in den Jahren 1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999 sechs strukturierte psychiatrische Interviews durchgeführt (für weitere Angaben betreffend der Datengrundlage siehe Kapitel 4.2, S. 60ff.).

Hypothese 1.2: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, sind seltener verheiratet als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999;
12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Zivilstand (0=ledig, getrennt, geschieden; 1=verheiratet), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Zivilstand (0=zwischen 1979 und 1999 nie verheiratet, 1=zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal verheiratet), Messzeitraum t=1979 bis 1999

Fragestellung 1.3: Wirken sich die mit einer depressiven Störung einhergehenden Verhaltensweisen so aus, dass ein allfälliger Kinderwunsch gar nicht reifen kann beziehungsweise eine Elternschaft für die Betroffenen weniger häufig realisierbar ist? Haben die depressiven Personen weniger Kinder als die nichtdepressiven Personen aus der Kontrollgruppe?

Hypothese 1.3: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, haben weniger Kinder als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999;
12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable: Anzahl Kinder, Messzeitpunkt t=1999

Fragestellung 1.4: Wirken sich die in der Praxis häufig beobachteten Symptome wie sozialer Rückzug, Ängstlichkeit, Mangel an Antrieb und Initiative auf die Wohnsituation von Depressiven aus? Wohnen Depressive häufiger in einem Einpersonenhaushalt als Gleichaltrige ohne depressive Störungen?

Hypothese 1.4: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, leben häufiger alleine als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999;
12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Wohnsituation (0=alleine, 1=mit anderen), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Wohnsituation (0=zwischen 1979 und 1999 zeitweise alleine wohnend, 1=zwischen 1979 und 1999 immer mit mindestens einer weiteren Person zusammen wohnend), Messzeitraum t=1979 bis 1999

Fragestellung 1.5: Wie sieht das Beziehungsnetz depressiver Personen im Vergleich mit nichtdepressiven, gleichaltrigen Personen aus? Sind Depressive im Vergleich mit Gesunden isolierter, kennen sie weniger Menschen, die ihnen nahe stehen?

Hypothese 1.5: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, haben im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne depressive Störungen weniger Menschen, die ihnen nahe stehen.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999;
12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Anzahl nahe stehender Personen, Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Durchschnittliche Anzahl nahe stehender Personen in der Zeit zwischen 1979 und 1999 (Messzeitraum t= 1979 bis 1999)

Fragestellung 1.6: Wirken sich depressive Störungen auch auf den beruflichen Werdegang der Betroffenen aus? Unterscheiden sich depressive und nicht-depressive Personen gleichen Alters in Bezug auf die relative Häufigkeit einer abgeschlossenen Berufsbildung?

Hypothese 1.6: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, verfügen seltener über eine abgeschlossene Berufsbildung als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable: abgeschlossene Berufsbildung (0=nein, 1=ja), Messzeitpunkt t=1999

Fragestellung 1.7: Sind Personen mit einer depressiven Störung wegen ihrer Krankheit seltener oder in geringerem Ausmass erwerbstätig als nichtdepressive, gleichaltrige Personen aus der Kontrollgruppe?

Hypothese 1.7: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, sind seltener oder zu einem geringeren Ausmass erwerbstätig als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Ausmass der Erwerbstätigkeit (0=nicht erwerbstätig, 1=Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Ausmass der Erwerbstätigkeit (0=nicht erwerbstätig, 1=Vollzeitbeschäftigung), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable III: Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (0=zeitweise ohne Beschäftigung, 1=immer erwerbstätig), Messzeitraum t=1979 bis 1999

Fragestellung 1.8: Führen depressive Störungen allenfalls auch gehäuft zu Arbeitslosigkeit?

Hypothese 1.8: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, sind häufiger arbeitslos als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Arbeitslosigkeit (0=arbeitslos, 1=erwerbstätig), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (0=zeitweise arbeitslos, 1=immer erwerbstätig), Messzeitraum t=1979 bis 1999

Fragestellung 1.9: Sind Personen mit einer depressiven Störung im Vergleich mit nichtdepressiven, gleichaltrigen Personen aus der Kontrollgruppe häufiger IV-berentet?

Hypothese 1.9: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, sind häufiger IV-berentet als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable: IV-Rentenbezug von 1988 bis 1999 (0=zeitweise mit IV-Rente, 1=ohne IV-Rente), Messzeitraum t=1988 bis 1999 (Anmerkung: Für die Messzeitpunkte 1979 und 1981 liegen keine Informationen über allfällige IV-Rentenbezüge vor).

Fragestellung 1.10: Sind Personen mit einer depressiven Störung im Vergleich mit nichtdepressiven, gleichaltrigen Personen aus der Kontrollgruppe infolge ihrer Erkrankung finanziell häufiger vom Sozialamt oder von der Fürsorge abhängig?

Hypothese 1.10: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, beziehen häufiger Sozial- oder Fürsorgegelder als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable: Erhalt von Sozial- und Fürsorgegeldern (0=ja, 1=nein), Messzeitpunkt t=1999 (Anmerkung: Für die Messzeitpunkte 1979 bis 1993 liegen keine Informationen vor).

Fragestellung 1.11: Machen Personen mit einer depressiven Störung im Vergleich mit nichtdepressiven Personen gleichen Alters infolge ihrer Erkrankung seltener Karriere? Wirkt sich dies auch auf ihre Einkommensverhältnisse aus? Verdienen sich weniger?

Hypothese 1.11: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung erlitten haben, verfügen über ein geringeres durchschnittliches Einkommen als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Depressive Störung im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 vorhanden (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Operationalisierung Kriteriumsvariable I: Höhe des durchschnittlichen monatlichen Brutto-Einkommens im Jahre 1999 (11 Gehaltskategorien, Minimum \leq SFr. 2'000.-, Maximum $>$ SFr. 5'600.-), Messzeitpunkt t=1999

Operationalisierung Kriteriumsvariable II: Höhe des durchschnittlichen monatlichen Brutto-Einkommens zwischen 1979 und 1999 (11 Gehaltskategorien, Minimum \leq SFr. 2'000.-, Maximum $>$ SFr. 5'600.-), Messzeitraum t=1979 bis 1999

Fragestellung 2: Bestehen bezüglich der in den obigen Fragestellungen 1.1. bis 1.11. beschriebenen Lebensqualitätsindikatoren Unterschiede zwischen Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten haben, und denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben?

Hypothese 2: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine Major Depression Episode erlitten haben, sind im Vergleich mit denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben, in ihrer Lebensqualität (gemessen an den in den Fragestellungen 1.1. bis 1.11. aufgeführten Lebensqualitätsindikatoren) beeinträchtigt.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten (0=nein, 1=ja); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die jeweilige Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 3: Bestehen bezüglich der in den obigen Fragestellungen 1.1. bis 1.11. beschriebenen Lebensqualitätsindikatoren Unterschiede zwischen Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine „leichtere“³ depressive Störung (d. h. eine Minor Depression, eine Recurrent Brief Depression oder eine Dysthymie, jedoch keine Major Depression Episode) erlitten haben, und denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben?

³ Unter den „leichteren“ depressiven Störungen werden in der vorliegenden Arbeit Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien zusammengefasst; sie werden deshalb als „leichter“ bezeichnet, weil deren Symptomatik im Vergleich mit derjenigen von Major Depression Episoden entweder in der Anzahl ihrer Symptome oder in der Dauer der Störung weniger ausgeprägt ist (für weitere Erläuterungen siehe Kapitel 4.2, S. 60ff.).

Hypothese 3: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine „leichtere“ depressive Störung erlitten haben, sind im Vergleich mit denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben, in ihrer Lebensqualität (gemessen an den in den Fragestellungen 1.1. bis 1.11. aufgeführten Lebensqualitätsindikatoren) beeinträchtigt.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine „leichtere“ depressive Störung erlitten (0=nein, 1=ja); Ausschluss der Personen mit Major Depression Episoden; Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 4: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der *Häufigkeit* der zwischen 1979 und 1999 erlittenen *depressiven Störungen* und den oben erwähnten Indikatoren der Lebensqualität?

Hypothese 4: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störungen und den untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Anzahl erlittener depressiver Störungen im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 (0 bis 8); berücksichtigte depressive Störungen: Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions, Dysthymien, Major Depression Episoden; jeweilige Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 5: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der *Häufigkeit* der zwischen 1979 und 1999 erlittenen *Major Depression Episoden* und den oben erwähnten Indikatoren der Lebensqualität?

Hypothese 5: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der zwischen 1979 und 1999 erlittenen Major Depression Episoden und den untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Anzahl erlittener Major Depression Episoden im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 (0 bis 8); jeweilige Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der *Häufigkeit* der zwischen 1979 und 1999 erlittenen „*leichteren*“ depressiven Störungen und den oben erwähnten Indikatoren der Lebensqualität?

Hypothese 6: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der zwischen 1979 und 1999 erlittenen „*leichteren*“ depressiven Störungen und den untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Anzahl „*leichterer*“ depressiver Störungen im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 (0 bis 8); berücksichtigte depressive Störungen: Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions, Dysthymien; jeweilige Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 7: Übt der *Zeitpunkt der Ersterkrankung* einen Einfluss auf die objektiven Indikatoren Lebensqualität aus?

Hypothese 7: Je früher der Zeitpunkt der Ersterkrankung, desto häufiger lassen sich negative Effekte auf die Indikatoren der Lebensqualität nachweisen.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Zeitpunkt der ersten depressiven Störung (t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999); berücksichtigte depressive Störungen: Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions, Dysthymien, Major Depressions

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 8: Weisen Personen, die wegen einer depressiven Störung *hospitalisiert* werden mussten, eine niedrigere Lebensqualität auf als solche, die keine depressive Störung erlitten haben?

Hypothese 8: Personen, die zwischen 1979 und 1999 auf Grund einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, weisen signifikant tiefere Werte hinsichtlich der untersuchten Indikatoren der Lebensqualität auf als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Hospitalisierung wegen einer depressiven Störung zwischen 1979 und 1999 (0=keine depressive Störungen, 1=mind. eine Hospitalisierung wegen depressiver Störungen)

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 9: Wie wirken sich *medikamentöse Therapien* von depressiven Störungen auf die Lebensqualität der Behandelten aus? Weisen diejenigen Personen, die zwischen 1979 und 1999 wegen einer Major Depression Episode mit Antidepressiva behandelt wurden, eine höhere Lebensqualität auf, als Personen, die während desselben Zeitraums ebenfalls mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten, sich jedoch keiner medikamentösen Therapie unterzogen haben?

Hypothese 9: Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine Major Depression Episode erlitten haben, gegen diese Störung jedoch nicht medikamentös behandelt wurden, weisen signifikant tiefere Werte hinsichtlich der untersuchten Indikatoren der Lebensqualität auf als Personen, die während desselben Zeitraums zwar ebenfalls eine depressive Störung erlitten haben, dagegen aber medikamentös behandelt wurden.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Zwischen 1979 und 1999 wegen einer Major Depression Episode medikamentös behandelt worden (0=Major Depression Episode erlitten, jedoch medikamentös unbehandelt geblieben, 1=Major Depression Episode erlitten und mit Antidepressiva behandelt worden)

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 10: Bestehen bezüglich der in den obigen Fragestellungen 1.1. bis 1.11. beschriebenen Lebensqualitätsindikatoren Unterschiede zwischen Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine depressive Störung erlitten haben, und denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums eine zusätzliche *komorbide Angst- oder phobische Störung* erlitten haben? Die im Rahmen der longitudinal angelegten Zürich-Studie (Angst et al., 1984) gewonnenen Daten und die relativ hohe Prävalenz von Angst- und phobischen Störungen in der Stichprobe bietet einen idealen Rahmen, um einer solchen zusätzlichen Fragestellung in einem explorativen Sinne nachzugehen.

Hypothese 10: Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Angst- oder phobische Störung erlitten haben, sind im Vergleich mit denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums ausschliesslich eine depressive Störung erlitten haben, in ihrer Lebensqualität (gemessen an den in den Fragestellungen 1.1. bis 1.11. aufgeführten Lebensqualitätsindikatoren) stärker beeinträchtigt.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Störung erlitten (0=ausschliesslich depressive Episoden ohne zusätzliche Angst- oder phobische Störung, 1=depressive Episoden mit mindestens einer zusätzlichen komorbiden Angst- oder phobischen Störung); Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die jeweilige Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Die bisher formulierten Fragestellungen betreffen die Untersuchung von allfälligen Beeinträchtigungen der Lebensqualität infolge von depressiven Störungen. Entlang dieser Fragestellungen wurde demnach erörtert, ob und inwiefern einzelne in einer *Diagnose zusammengefasste depressive Symptome* Auswirkungen auf die Lebensqualität zeitigen. Der Frage, ob und inwiefern sich depressive Erkrankungen auf die Lebensqualität auswirken, kann jedoch nicht nur auf der Ebene von Diagnosen, sondern auch auf *Symptomebene* nachgegangen werden. Mit der Formulierung der folgenden drei Fragestellungen (11 bis 13) wird diesem Umstand Rechnung getragen: Die Erörterung dieser Fragestellungen soll aufzeigen, inwiefern das unter verschiedenen Aspekten berücksichtigte Ausmass der Belastung durch depressive Symptome die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigt – und zwar unabhängig davon, ob bei den Betroffenen die DSM-III-R-Kriterien für die Diagnose einer depressiven Störung erfüllt waren oder nicht. Das Ausmass der Belastung durch depressive Symptome findet unter folgenden Aspekten Eingang in die Datenanalyse: 1. Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik, 2. Anzahl

depressiver Symptome, 3. Ausmass der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome).

Fragestellung 11: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der *Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik* in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Indikatoren der Lebensqualität?

Hypothese 11: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik in der Zeit von 1979 bis 1999 und den untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (jeweilige Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen)

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 12: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der *Anzahl vorhandener depressiver Symptome* in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Indikatoren der Lebensqualität?

Hypothese 12: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl vorhandener depressiver Symptome in der Zeit von 1979 bis 1999 und den untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Summe aller vorhandenen depressiven Symptome in der Zeit zwischen 1979 und 1999 (jeweilige Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen)

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

Fragestellung 13: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmass der *subjektiv erlebten Belastung* durch die in der Zeit zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Symptome und objektiven Indikatoren der Lebensqualität?

Hypothese 13: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmass der subjektiven Belastung durch die in der Zeit zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Symptome und den untersuchten objektiven Indikatoren der Lebensqualität.

Operationalisierung Prädiktorvariable: Summe aller zwischen 1979 und 1999 erfassten, durch die Befragten auf einer Visual-analogue-Skala eingeschätzten Belastungswerte der depressiven Symptome („Thermometer-Werte“; jeweilige Messzeitpunkte t=1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; 12-Monatsprävalenzen)

Kriteriumsvariablen: Partnerschaft, Zivilstand, Anzahl Kinder, Wohnsituation, Anzahl nahe stehender Personen, abgeschlossene Berufsbildung, Ausmass der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, IV-Rentenbezug, Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern, Einkommensverhältnisse (für Angaben über die Operationalisierung der einzelnen Variablen siehe Fragestellungen 1.1. bis 1.11.).

4. Methode

4.1. Literaturrecherche

Um einen Überblick über den Stand der Lebensqualitätsforschung zu gewinnen, wurden diverse computergestützte Literaturrecherchen durchgeführt. Es wurden zwei internationale Datenbanken, die medizinische "Medline"-Datenbank der "U. S. National Library of Medicine" und die psychologische Datenbank "PsychINFO", sowie die schweizerische NEBIS-Datenbank abgefragt. (Im NEBIS-Netzwerk haben sich über 60 Bibliotheken von Hochschulen und Forschungsanstalten aus allen Sprachregionen der Schweiz zusammengeschlossen). Die letzte On-line-Recherche wurde im Oktober 2002 durchgeführt.

Bei der Literaturrecherche wurden in den Suchprofilen auch mit dem Term der Lebensqualität verwandte Begriffe verwendet ("life quality", "well-being", "life satisfaction", "lifespan", "life course", "happiness" usw.). Weiter wurde nach Publikationen zum Thema der Auswirkungen von depressiven Störungen ("affective disorder", "depressive disorders", "depression") auf spezifische objektive Indikatoren der Lebensqualität gesucht ("partnership", "marriage", "children", "family", "social functioning", "psychosocial functioning", "social adjustment", "social role", "living accommodation", "living conditions", "friends", "social relationship", "education", "job", "work", "employment", "income", "finance", "socioeconomic status"). Es war anzunehmen, dass der Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen und den objektiven Parameter Lebensqualität u. a. auch im Rahmen von Studien

über medikamentöse antidepressive Therapien untersucht wurde. Deswegen wurden auch Suchbegriffe wie “therapy“, “antidepressants“ oder “cognitive-behavioral therapy“ in die Literatursuche miteinbezogen.

Insgesamt erfassten die Suchraster knapp 300 Einträge. Ein Grossteil der Arbeiten – mit Ausnahme der Dissertationen aus dem aussereuropäischen Raum – war für die Auswertung zugänglich. Neben vielen einzelnen Studien zum Thema der Lebensqualität psychisch Kranker wurden auch folgende Monographien identifiziert und durchgesehen: Andrews und Whitey (1976), Bellebaum und Barheier (1994), Katschnig (1994), Mukherjee (1989), Orley und Kuyken (1993), Rupprecht (1993), Tüchler und Lutz (1991). Zusätzlich wurden alle Arbeiten auf Querverweise überprüft und diese bei Eignung mit in die Literaturlauswertung einbezogen. Die so gewonnene Literatur bildet die Basis für die vorliegende Arbeit.

4.2. Stichprobe

Im Rahmen der Zürich-Studie wurden 1978 eine 4547 Personen umfassende repräsentative Stichprobe 19-jähriger junger Männer und 20-jähriger Frauen aus dem Kanton Zürich mit Hilfe der Symptom-Checklist (SCL-90-R) getestet. Für die anschließende Interviewstudie wurde auf Grund der Testergebnisse eine 591 Personen umfassende Stichprobe so ausgewählt, dass Personen mit hohen Testwerten, das heisst vermehrten psychischen Beeinträchtigungen, stark übervertreten waren (2/3 High-Scorer vs. 1/3 Low-Scorer). Diese Anreicherung mit Risikofällen sollte dazu dienen, auch relativ seltene Erkrankungen in genügend hoher Zahl erfassen zu können (Binder et al., 1981). Mit dieser Stichprobe wurden in den Jahren 1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999 sechs strukturierte psychiatrische

Interviews durchgeführt (SPIKE: Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychic Disturbances for Epidemiology; PUK, 1979). Die männlichen Probanden waren zum Zeitpunkt der Interviews 20, 22, 27, 29, 34 und 40 Jahre alt, die Probandinnen jeweils ein Jahr älter. Die Teilnehmerzahl sank im Laufe der Zeit: Im Jahre 1999 nahmen jedoch immerhin noch 365 Personen an der SPIKE-Befragung teil. Mit 278 Probanden konnten zu allen sechs Erhebungszeitpunkten eine Befragung durchgeführt werden. 162 (58.3%) der 278 untersuchten Personen sind Frauen, 116 (41.7%) sind Männer.

Bei den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Subkategorien von depressiven Störungen handelt es sich um die Major Depression, die Dysthymie, die Recurrent Brief Depression und die Minor Depression. Nach der Herausgabe des DSM-IV im Jahre 1994 erfolgte die Befragung im Jahre 1999 gemäss DSM-IV-Diagnosekriterien (1994). Der Übersicht halber wurden die Diagnosen jedoch für alle sechs Erhebungen, also auch für diejenige des Jahres 1999, gemäss Kriterien des DSM-III-R (1988) gestellt.

Eine *Major Depression Episode* wird dann diagnostiziert, wenn während mindestens zwei Wochen fünf von neun umschriebenen depressiven Symptomen vorliegen. Das Lebenszeitrisiko einer Major Depression liegt für Frauen zwischen 10% und 25%, für Männer zwischen 5% und 12%. Die Punktprävalenz dieser depressiven Störung wird bei Frauen mit 5% bis 9% und bei Männern mit 2% bis 3% beziffert. Die Häufigkeit von Major Depressions ist unabhängig von Rasse, Bildung, Einkommen und Zivilstand (Sass et al., 1998).

Unter einer *Dysthymie* wird eine chronische depressive Verstimmung während der Dauer von mindestens zwei Jahren verstanden. Während einem Grossteil dieser

Zeit müssen mindestens zwei von sechs umschriebenen depressiven Kriterien bestehen, und eine allfällige vorübergehende Remission darf nicht länger als zwei Monate andauern. Die Störung verursacht Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Bereichen; psychiatrische Hospitalisierungen können durchaus erforderlich sein. Die Dysthymie wurde 1980 als depressive Störung anerkannt (DSM-III, 1980).

Die *Recurrent Brief Depression* wurde im Rahmen der epidemiologischen Zürich-Studie (Angst & Dobler-Mikola, 1985) zum ersten Mal beschrieben. Es handelt sich um kurze depressive Episoden, die zwar die Schwere (mind. fünf Symptome), nicht aber die Dauer einer Major Depression erreichen. Interessanterweise unterscheiden sich die *Recurrent Brief Depression* und *Major Depression* nicht im Ausmass der sozialen Beeinträchtigung, sofern zur Definition der *Recurrent Brief Depression* eine Beeinträchtigung der Arbeitsleistung einbezogen wird. Hingegen weisen *Recurrent Brief Depressions* gegenüber *Major Depressions* mehr Angstsymptome auf (Angst & Dobler-Mikola, 1985).

Weist eine Person während zwei Wochen nur zwei bis vier von neun umschriebenen depressiven Symptomen auf, so wird eine *Minor Depression* diagnostiziert. Die *Minor Depression* gilt im Gegensatz zur *Major Depression* als relativ unpathologisch und wird als „vorübergehender Stimmungszustand“ betrachtet. Kessler und Mitautoren (1997) sind der Meinung, dass die *Minor Depression* jedoch zu wenig ernst genommen wird. Die Autoren stellen die Hypothese auf, dass *Minor* und *Major Depression* auf einem Kontinuum liegen. Die *Major Depression* wird manchmal in *Major Depression* mit fünf bis sechs Symptomen (MD 5-6) und *Major Depression* mit sieben bis neun Symptomen (MD 7-9) unterteilt. Wenn nun ein

Kontinuum „Minor Depression – MD(5-6) – MD (7-9)“ existiert, so sollten die Unterschiede zwischen Minor Depression und Major Depression mit fünf bis sechs Symptomen ähnlich sein wie die Unterschiede zwischen Major Depression mit fünf bis sechs Symptomen und Major Depression mit sieben bis neun Symptomen.

Tabelle 6 vermittelt einen Überblick über die im Rahmen der Zürich-Studie ermittelten Prävalenzraten von depressiven Störungen.

Tabelle 6: 12-Monatsprävalenzen von depressiven Störungen in der Zürich-Studie, Diagnosen erstellt nach DSM-III-R

	1979 DSM-III-R- Diagnosen (n=591)		1981 DSM-III-R- Diagnosen (n=456)		1986 DSM-III-R- Diagnosen (n=457)		1988 DSM-III-R- Diagnosen (n=424)		1993 DSM-III-R- Diagnosen (n=407)		1999 DSM-III-R- Diagnosen (n=365)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Major Depression	44	7.4	44	9.6	47	10.3	48	11.3	55	13.5	44	12.1
Dysthymie	-	-	-	-	19	4.2	10	2.4	13	3.2	11	3.0
Recurrent Brief Depression	58	9.8	40	8.8	60	13.1	34	8.0	24	5.9	30	8.2
Minor Depression	34	5.8	17	3.7	6	1.3	5	1.2	8	2.0	12	3.3

- Multiple Diagnosen möglich.
- Für die Erhebungen in den Jahren 1979, 1981 und 1986 wurden nach Erscheinen des DSM-III-R im Jahre 1988 unter Bezug vorhandener SCL-90-R-Belastungswerten (Derogatis, 1975) rückwirkend die entsprechenden DSM-III-R-Diagnosen ermittelt. Nach der Herausgabe des DSM-IV im Jahre 1994 erfolgte die Befragung im Jahre 1999 gemäss DSM-IV-Diagnosekriterien (1994). Der Übersicht halber werden jedoch für das Jahr 1999 die auf den entsprechenden Kriterien basierenden DSM-III-R-Diagnosen berücksichtigt.
- Die Dysthymie wurde 1980 als depressive Störung anerkannt (DSM-III, 1980). Fehlende Prävalenzraten (-) der Dysthymie in den Erhebungen der Jahre 1979 und 1981 sind auf mangelnde Angaben zurückzuführen.
- Die oben angegebenen Prävalenzraten gelten für eine stratifizierte Stichprobe von Personen mit besonders hohen psychischen Belastungswerten zu Beginn der Untersuchung (2/3 „High-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975) beziehungsweise besonders niedrigen psychischen Belastungswerten (1/3 „Low-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975). Die Prävalenzraten sind für die Grundgesamtheit der Zürcher Bevölkerung demnach nicht repräsentativ. Für epidemiologische Zwecke können die ermittelten Prävalenzraten jedoch, einem spezifischen Algorithmus folgend, in Werte für eine repräsentative Stichprobe umgewandelt werden.

Auf Grund des oben erörterten Stichprobenauswahlverfahrens (Anreicherung mit Risikofällen) fallen die Punktprävalenzraten für depressive Störungen im Vergleich mit anderen epidemiologischen Studien relativ hoch aus (z. B. 7.7% bis 13.5% bei der Major Depression; Tabelle 6). Für epidemiologische Zwecke können die ermit-

telten Prävalenzraten jedoch, einem spezifischen Algorithmus folgend, in Werte für eine repräsentative Stichprobe umgewandelt werden.

Um höchst möglichen Ansprüchen bezüglich der Datenqualität zu genügen und damit auch möglichst zuverlässige Ergebnisse zu generieren, wurden in der vorliegenden Studie ausschliesslich diejenigen Probanden in die Auswertung aufgenommen, die an allen sechs Befragungen teilnahmen (1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999). Tabelle 7 vermittelt einen Überblick über die bei diesen Probanden ermittelten Prävalenzen von depressiven Störungen.

Tabelle 7: 12-Monatsprävalenzen von depressiven Störungen in der Zürich-Studie, Diagnosen erstellt nach DSM-III-R (n=278, d. h. ausschliesslich diejenigen Probanden, die zu allen sechs Erhebungszeitpunkten befragt werden konnten)

	1979 DSM-III-R- Diagnosen		1981 DSM-III-R- Diagnosen		1986 DSM-III-R- Diagnosen		1988 DSM-III-R- Diagnosen		1993 DSM-III-R- Diagnosen		1999 DSM-III-R- Diagnosen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Major Depression	18	6.5	24	8.6	32	11.5	31	11.2	33	11.9	38	13.7
Dysthymie	-	-	-	-	9	3.2	6	2.2	5	1.8	10	3.6
Recurrent Brief Depression	24	8.6	22	7.9	36	12.9	21	7.6	16	5.8	24	8.6
Minor Depression	15	5.4	13	4.7	4	1.4	5	1.8	5	1.8	9	3.2

- Berücksichtigt sind ausschliesslich diejenigen Probanden, die zu allen sechs Erhebungszeitpunkten befragt werden konnten (n=278, d. h. 47.0% von ursprünglich 591 Personen).
- Multiple Diagnosen möglich.
- Für die Erhebungen in den Jahren 1979, 1981 und 1986 wurden nach Erscheinen des DSM-III-R im Jahre 1988 unter Beizug vorhandener SCL-90-R-Belastungswerten (Derogatis, 1975) rückwirkend die entsprechenden DSM-III-R-Diagnosen ermittelt. Nach der Herausgabe des DSM-IV im Jahre 1994 erfolgte die Befragung im Jahre 1999 gemäss DSM-IV-Diagnosekriterien (1994). Der Übersicht halber werden jedoch für das Jahr 1999 die auf den entsprechenden Kriterien basierenden DSM-III-R-Diagnosen berücksichtigt.
- Die Dysthymie wurde 1980 als depressive Störung anerkannt (DSM-III, 1980). Fehlende Prävalenzraten (-) der Dysthymie in den Erhebungen der Jahre 1979 und 1981 sind auf mangelnde Angaben zurückzuführen.
- Die oben angegebenen Prävalenzraten gelten für eine stratifizierte Stichprobe von Personen mit besonders hohen psychischen Belastungswerten zu Beginn der Untersuchung (2/3 „High-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975) beziehungsweise besonders niedrigen psychischen Belastungswerten (1/3 „Low-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975). Die Prävalenzraten sind für die Grundgesamtheit der Zürcher Bevölkerung demnach nicht repräsentativ. Für epidemiologische Zwecke können die ermittelten Prävalenzraten jedoch, einem spezifischen Algorithmus folgend, in Werte für eine repräsentative Stichprobe umgewandelt werden.

Bei einigen der Probanden wurden entweder für die einzelnen untersuchten Zeitfenster (d. h. für die jeweils letzten 12 Monate vor den Befragungen in den Jahren 1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999) oder im Laufe der Langzeituntersuchung multiple Diagnosen von depressiven Störungen gestellt. Der Tabelle 8 ist zu entnehmen, wie häufig die einzelnen depressiven Störungen diagnostiziert wurden.

Tabelle 8: Anzahl der zwischen 1979 und 1999 diagnostizierten depressiven Störungen (12-Monatsprävalenzen für die Jahre 1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; Diagnosen erstellt nach DSM-III-R; n=278)

Zwischen 1979 und 1999 diagnostizierte depressive Störungen:	Absolute Häufigkeiten (n)	Relative Häufigkeiten %
Keine depressive Störung	84	22.8
Minor Depression	45	12.1
Recurrent Brief Depression	97	26.3
Dysthymie	27	7.3
Major Depression	116	31.5
Total	369	100.0

- Auf Grund von multiplen Diagnosen entsteht eine grössere Prävalenzsumme als n=278.
- Die oben angegebenen Häufigkeiten gelten für eine stratifizierte Stichprobe von Personen mit besonders hohen psychischen Belastungswerten zu Beginn der Untersuchung (2/3 „High-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975) beziehungsweise besonders niedrigen psychischen Belastungswerten (1/3 „Low-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975). Die Prävalenzraten sind für die Grundgesamtheit der Zürcher Bevölkerung demnach nicht repräsentativ. Für epidemiologische Zwecke können die ermittelten Prävalenzraten jedoch, einem spezifischen Algorithmus folgend, in Werte für eine repräsentative Stichprobe umgewandelt werden.

Je nach Prävalenz bzw. Art der erlittenen depressiven Störung lassen sich die Probanden in drei unterschiedliche Gruppen einteilen: Die erste Gruppe umfasst diejenigen Personen, die während der sechs untersuchten 12-monatigen Zeitfenster *nie unter einer depressiven Störung gelitten haben*. Die zweite Gruppe setzt sich aus denjenigen Probanden zusammen, bei denen mindesten einmal eine „*leichtere*“ *depressive Störung* diagnostiziert wurde. Diese „*leichteren*“ Störungen wurden deshalb zusammengefasst und nicht einzeln in die Datenanalyse aufgenommen, weil ihre Prävalenzrate in der hier untersuchten Stichprobe zu gering ist, als dass verzerrungsfreie Ergebnisse garantiert werden könnten. Unter den „*leichteren*“ depressiven Störungen werden in der vorliegenden Arbeit Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien zusammengefasst; sie werden deshalb als „*leichter*“ bezeichnet, weil ihre Symptomatik im Vergleich mit derjenigen der Major Depression Episoden entweder in der Anzahl ihrer Symptome oder in der Dauer der Störung weniger ausgeprägt ist. In der dritten Gruppe sind diejenigen Probanden vertreten, die während der untersuchten Zeitfenster mindestens einmal unter einer *Major Depression Episode* gelitten haben (Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der zwischen 1979 und 1999 diagnostizierten depressiven Störungen pro Gruppe (12-Monatsprävalenzen für die Jahre 1979, 1981, 1986, 1988, 1993, 1999; Diagnosen erstellt nach DSM-III-R; n=278)

Zwischen 1979 und 1999 diagnostizierte depressive Störungen:	Absolute Häufigkeiten (n)	Relative Häufigkeiten %
Keine depressive Störung	84	30.2
Mind. 1 x Major Depression Episode	116	41.7
Mind. 1 x eine „leichtere“ depressive Störung: Minor Depression, Recurrent Brief Depression, Dysthymie (multiple Diagnosen möglich, aber keine Major Depression erlitten)	78	28.1
Total	278	100.0

- Bei 59 (53.6%) der 116 Probanden mit einer Major Depression Episode wurde während der sechs untersuchten 12-monatigen Zeitfenster eine zusätzliche Diagnose einer anderen depressiven Störung gestellt (Minor Depression, Recurrent Brief Depression, Dysthymie).
- Die oben angegebenen Häufigkeiten gelten für eine stratifizierte Stichprobe von Personen mit besonders hohen psychischen Belastungswerten zu Beginn der Untersuchung (2/3 „High-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975) beziehungsweise besonders niedrigen psychischen Belastungswerten (1/3 „Low-Scorers“ gemäss SCL-90-R, Derogatis, 1975). Die Prävalenzraten sind für die Grundgesamtheit der Zürcher Bevölkerung demnach nicht repräsentativ. Für epidemiologische Zwecke können die ermittelten Prävalenzraten jedoch, einem spezifischen Algorithmus folgend, in Werte für eine repräsentative Stichprobe umgewandelt werden.

Bei 30.2% der 278 Probanden wurde während der sechs untersuchten 12-monatigen Zeitfenster in den Jahren 1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999 nie eine depressive Störung beobachtet. Ein relativ grosser Anteil – nämlich 41.7% – erlitt mindestens einmal eine Major Depression Episode. Bei 28.1% wurde mindestens anlässlich einer der sechs Erhebungen eine andere depressive Erkrankung diagnostiziert (Minor Depression, Recurrent Brief Depression, Dysthymie).

4.3. Instrumente

Das verwendete psychiatrische Interview SPIKE erfasst etwa 25 psychische und psychosomatische Syndrome und eine Auswahl von soziodemographischen und psychologischen Variablen (SPIKE: Structured Psychopathological Interview and Rating of the Social Consequences of Psychic Disturbances for Epidemiology; PUK, 1979).

Hinsichtlich der im Rahmen der vorliegenden Studie verwerteten objektiven Lebensqualitätsdaten ist Folgendes anzumerken: Anlässlich der verschiedenen Be-

fragungen wurde zwar zusätzlich zum eigentlichen psychopathologischen Interview (SPIKE) ein dem "Quality of Life Interview" (Lehman et al., 1982; Lehman, 1988) analoges Instrument verwendet. Dieses Instrument erfasst jedoch ausschließlich subjektive Indikatoren der Lebensqualität. Ziel der vorliegenden Studie war es jedoch, objektive Indikatoren der Lebensqualität zu untersuchen. Die entsprechenden Informationen wurden anhand des demographischen Moduls des SPIKE bzw. anhand des Zusatzbogens über das Beziehungsnetz und die Partnerschaft erfragt.

4.4. Untersuchungsdesign

Abbildung 2 illustriert das Zusammenhangsgefüge der Variablen, wie es sich in

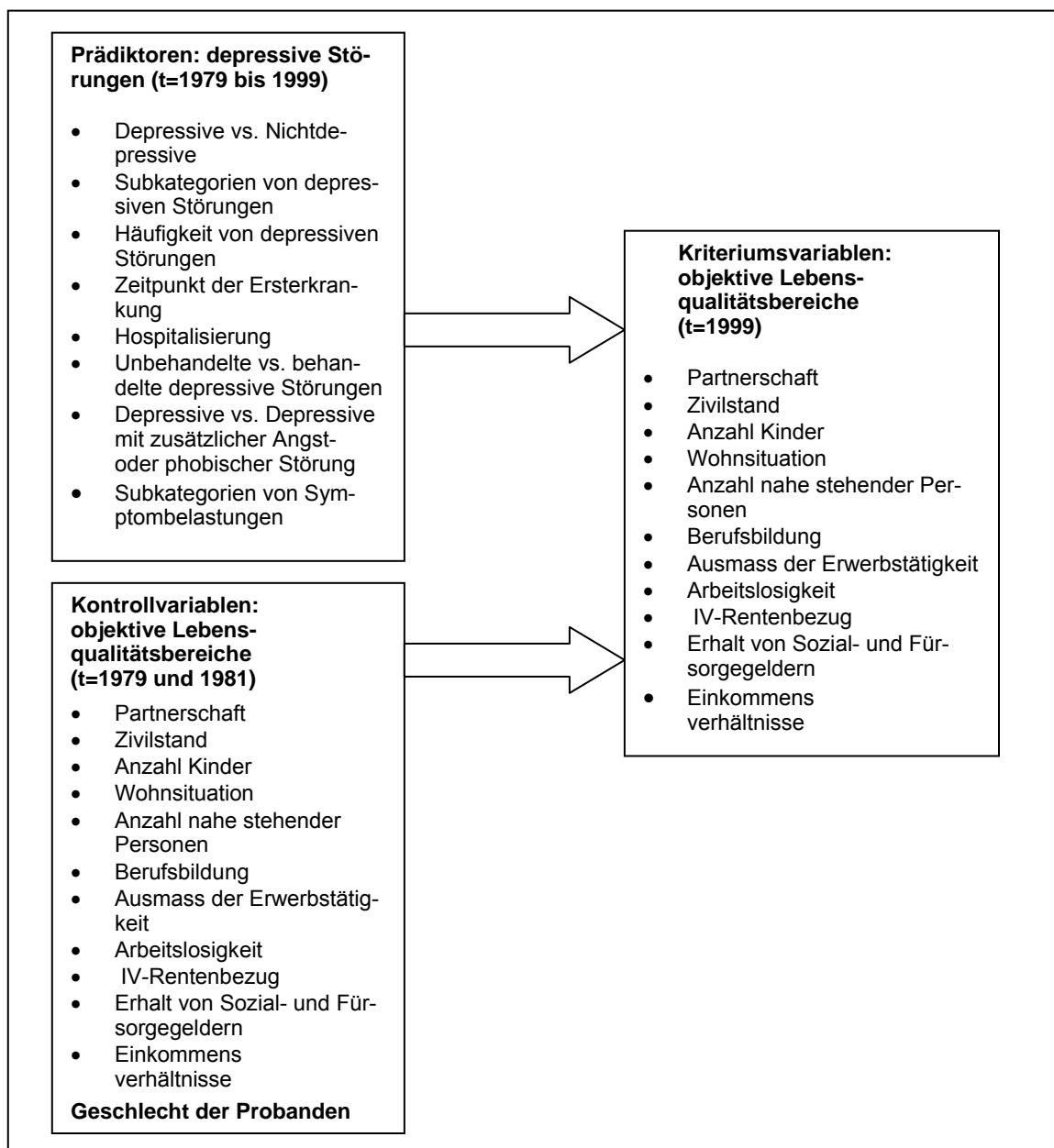


Abbildung 2: Zusammenhangsgefüge der Variablen bei der Analyse der Auswirkungen von depressiven Störungen (1979 bis 1999) auf die Lebensqualität der Befragten im Jahre 1999 (lineare und logistische Regressionen)

statistischen Regressionsmodellen zur Analyse der Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebensqualität gestaltet.

Wie in Abbildung 2 dargestellt, wurde in der vorliegenden Arbeit erörtert, ob das Vorkommen von depressiven Störungen im Zeitraum von 1979 bis 1999 (Prädiktorvariablen) in statistischem Zusammenhang mit dem Ausprägungsgrad von bestimmten objektiven Parametern der Lebenssituation der Betroffenen steht (Kriteriumsvariablen der Lebensqualität). Die im vorliegenden Modell in die Regressionsanalysen aufgenommenen Werte der Lebensqualitätsindikatoren entsprechen den Einschätzungen der Befragten im Jahre 1999, also 20 Jahre nach der Erstbefragung im Jahre 1979. Da die Erhebung der Daten über allfällige depressiven Störungen und die Befragung der Untersuchungsteilnehmer zur ihrer Lebensqualität sich auf unterschiedliche Messzeiträume beziehen (1979 bis 1999 vs. 1999), kann ein allfälliger signifikanter Zusammenhang – bei Vorliegen eines negativen Vorzeichens der Beta-Koeffizienten und unter Berücksichtigung der Variablen-Kodierungen – als möglicher negativer Kausaleffekt der depressiven Störungen auf die Lebensqualität interpretiert werden. Zusätzlich wurde bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 kontrolliert (Kontrollvariablen). Das heisst, dass die Variablenwerte von 1979 und 1981 als Prädiktoren in die Regressionen aufgenommen wurden, um zu ermitteln, ob diese einen Vorhersagewert für die entsprechenden Werte im Jahre 1999 besitzen. Zudem wurde das Geschlecht der Probandinnen und Probanden als weitere Kontrollvariable in jede einzelne Regression aufgenommen.

Abbildung 3 illustriert das Beziehungsgefüge der Variablen, wie es sich in einem statistischen Regressionsmodell zur Analyse von eventuellen Zusammenhängen zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen in den Jahren 1979 bis

1999 und der Lebensqualität der Befragten während desselben Zeitraums gestaltet.

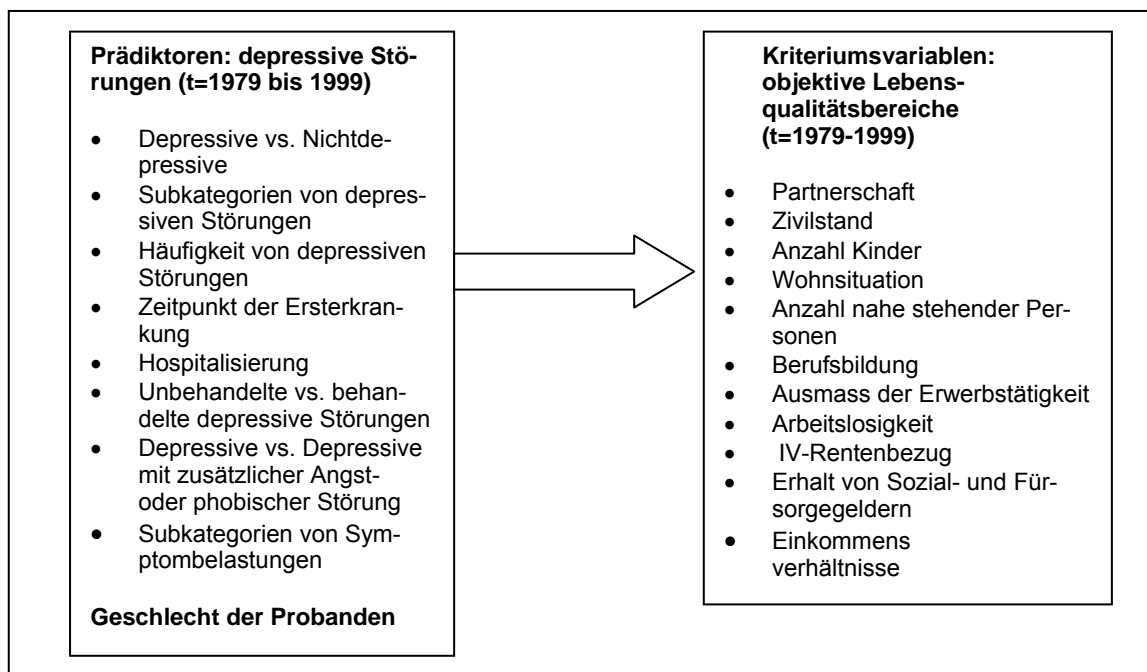


Abbildung 3: Zusammenhangsgefüge der Variablen bei der Analyse von Zusammenhängen zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen (1979 bis 1999) und der Lebensqualität der Befragten während des gleichen Zeitraums (1979 bis 1999; lineare und logistische Regressionen)

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Prädiktorenvariablen der depressiven Störungen und den Kriteriumsvariablen der Lebensqualität kann im vorliegenden Modell (Abbildung 3) nicht als Kausaleffekt der depressiven Störungen auf die Lebensqualität gedeutet werden. Sowohl die Angaben über eventuell erlittene depressive Störungen als auch die Ausprägungsgrade der Lebensqualitätsvariablen beziehen sich auf denselben Messzeitraum (1979 bis 1999). Bei Vorliegen eines statistisch signifikanten Zusammenhanges kann angesichts der für Prädiktoren- und Kriteriumsvariablen deckungsgleichen Messzeiträume demnach nicht ermittelt werden, in welche Richtung der Zusammenhang verläuft. Oder anders ausgedrückt, es kann nicht schlüssig eruiert werden, ob die Lebensqualität

der Betroffenen auf Grund der erlittenen depressiven Störungen beeinträchtigt ist oder ob ungünstige Lebensumstände zur Entstehung einer depressiven Störung beigetragen haben. Sinn und Zweck dieses Modells (Abbildung 3) war es allerdings, mehr über die Lebenssituation der Befragten während der untersuchten Zeitspanne von 20 Jahren zu erfahren: Mussten Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine oder mehrere depressive Störungen erlitten haben, bereits während dieses Zeitraumes Einbussen in ihrer Lebensqualität in Kauf nehmen (Modell gemäss Abbildung 3), oder zeitigten sich negative Folgen von eventuellen depressiven Störungen erst mit einer gewissen Verzögerung, sprich erst zum Zeitpunkt der letzten Erhebung im Jahre 1999 (Modell gemäss Abbildung 2)?

In beiden Modellen (Abbildung 2 und 3) wurden die depressiven Störungen unter folgenden Aspekten in Bezug auf ihren möglichen Einfluss auf die Lebensqualitätsbereiche untersucht (Prädiktorenvariablen):

1. Gibt es in Bezug auf die Lebensqualitätsbereiche Unterschiede zwischen Personen, die während der untersuchten Zeitfenster mindestens einmal unter einer depressiven Störung litten, und Personen, bei denen keine depressive Störung diagnostiziert wurde (d. h. Depressive vs. Nichtdepressive gemäss sechs SPIKE-Befragungen in den Jahren 1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999; 12-Monatsprävalenzen)?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der erlittenen depressiven Störung bzw. zwischen den Subkategorien von depressiven Störungen (Major Depression, Dysthymie, Recurrent Brief Depression, Minor Depression) und den Kriteriumsvariablen der Lebensqualität?

-
3. Gibt es Unterschiede je nach Häufigkeit der erlittenen depressiven Störungen?
 4. Übt der Zeitpunkt der Ersterkrankung einen Einfluss auf die Lebensqualität aus (Zeitpunkt t der Ersterkrankung)?
 5. Weisen Personen, die wegen einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, eine niedrigere Lebensqualität auf als solche ohne depressive Störungen?
 6. Können, je nachdem ob zur Behandlung einer allfälligen depressiven Störung eine medikamentöse antidepressive Therapie erfolgte oder nicht, unterschiedliche Auswirkungen auf die Indikatoren der Lebensqualität festgestellt werden?
 7. Weisen Personen mit einer depressiven Störung und einer zusätzlichen komorbiden Angst- oder phobischen Störung eine niedrigere Lebensqualität auf als solche, die zwar ebenfalls eine depressive Störung, jedoch keine zusätzliche Angst- oder phobische Störung erlitten haben?
 8. Können je nach Intensität der Symptombelastung unterschiedliche Auswirkungen auf die Indikatoren der Lebensqualität festgestellt werden? (Die Symptombelastung wurde unter drei verschiedenen Aspekten in die Datenanalysen miteinbezogen: 1. Anzahl Tage mit depressiven Symptomen, 2. Anzahl der depressiven Symptome, 3. Subjektiv erlebte Belastung durch depressive Symptome).

Für detailliertere Angaben zu den Fragestellungen und den Operationalisierungen der Variablen siehe Kapitel 3 (S. 44ff.).

4.5. Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe des Statistikpakets SPSS für Macintosh (Version 10, SPSS, 2000) durchgeführt. Da die jeweiligen Stichprobengrößen je nach dargestelltem Vergleich variieren, wird in allen Tabellen und für jede Variable jeweils als „n“ die Anzahl der Probanden in der entsprechenden Gruppe aufgeführt.

Für die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Prädiktorvariablen der depressiven Störungen und den Kriteriumsvariablen der Lebensqualität wurden lineare und logistische Regressionen gerechnet. Dabei interessierte weniger die Erklärungskraft der einzelnen Regressionsmodelle (R^2), sondern vielmehr, inwiefern der jeweilige Prädiktor in statistisch signifikantem Zusammenhang mit der untersuchten Kriteriumsvariable steht.

Die Prozedur der *linearen Regression* erlaubt u. a. Vorhersagen beliebiger Werte der abhängigen Kriteriumsvariable auf Grund der Werte der unabhängigen Prädiktorenvariablen. Die Grösse des Beta-Koeffizienten steht für dessen relativen Erklärungsbeitrag für die Regressionsgleichung; seinem Vorzeichen ist die Richtung des Zusammenhangs zwischen den Variablen abzulesen. Der jeweilige T-Wert und dessen Signifikanz zeigt die Bedeutsamkeit des untersuchten statistischen Zusammenhangs an (Brosius & Brosius, 1995).

Die Prozedur der *logistischen Regression* erlaubt es den Zusammenhang zwischen mehreren, auch polytomen Prädiktoren als unabhängige Variablen und einer dichotomen Kriteriumsvariable zu überprüfen. Als Zusammenhangsmass wird ein adjustiertes Odds-Ratio (Wahrscheinlichkeits- oder Risikoverhältnis) ange-

geben. Ein signifikantes Odds-Ratio liegt dann vor, wenn beide das Konfidenzintervall begrenzenden Werte entweder zwischen 0 und 1 oder aber zwischen 1 und ∞ zu liegen kommen. Das Konfidenzintervall gibt jeweils die Wahrscheinlichkeit dafür an, dass die Verteilung der Werte nicht zufällig zustande gekommen ist. Ein negativer Zusammenhang zwischen den untersuchten Grössen besteht dann, wenn das Odds-Ratio kleiner als eins ist oder der Regressionskoeffizient B ein negatives Vorzeichen aufweist; der Zusammenhang ist dann positiv, wenn das Odds-Ratio einen Wert grösser als eins oder der Regressionskoeffizient ein positives Vorzeichen annimmt. Das Modell hat zum Ziel, eine Vorhersage über diejenigen, das Eintreffen des jeweils untersuchten Merkmals fördernde Bedingungen zu machen. Das heisst, dass das Odds-Ratio jedes einzelnen Prädiktors – je nach Vorzeichen des Regressionskoeffizienten und dem Bedeutungsgehalt der Variable – als Risiko beziehungsweise als Chance für das Eintreffen des untersuchten Merkmals zu interpretieren ist (Rothmann, 1986; Tabachnick & Fidell, 1996). Auf die Angabe der Odds-Ratios und der Konfidenzintervalle als Teilergebnisse einer jeden logistischen Regression wurde in der vorliegenden Arbeit der Übersicht halber allerdings verzichtet. Den Tabellen in Kapitel 5 (Ergebnisse) sind jedoch p -Signifikanz-Werte als Ausdruck der Bedeutsamkeit des jeweiligen statistischen Zusammenhangs zu entnehmen.

Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren zum Zeitpunkt der sechsten Erhebung, d. h. im Jahre 1999, wurde in den linearen und logistischen Regressionen für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 kontrolliert. Zudem wurde das Geschlecht der Probandinnen und Probanden als zusätzliche Variable in jede einzelne Regression aufgenommen (siehe auch Abbildung 2, S. 68).

5. Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der statistischen Datenanalyse tabellarisch zusammengefasst und ausführlich erörtert. Anhand von Regressionsgleichungen wurde überprüft, ob sich zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen und den untersuchten objektiven Parametern der Lebensqualität Zusammenhänge nachweisen lassen.

Wie im Kapitel 4.4. (S. 68ff.) bereits erläutert, bilden die Parameter der Lebensqualität je nach Modell entweder die Situation der Befragten im Jahre 1999 oder aber deren Situation hinsichtlich des gesamten untersuchten Zeitraumes von 1979 bis 1999 ab. Für jeden der untersuchten Parameter der Lebensqualität wurden demnach – wo immer die Datengrundlage und die Grösse der untersuchten Gruppen es erlaubten – zwei Variablen mit unterschiedlichem Zeitbezug in die Datenanalyse aufgenommen:

1. Die gemäss erster Variante in die Regressionsanalysen aufgenommenen Werte der Lebensqualitätsindikatoren entsprechen den Einschätzungen der Befragten für das Jahr 1999, also für den Zeitpunkt 20 Jahre nach der Erstbefragung im Jahre 1979.
2. Die gemäss zweiter Variante in die Regressionsanalysen aufgenommenen Werte der Lebensqualitätsindikatoren bilden den gesamten untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 ab (oder genauer ausgedrückt, bilden sie alle sechs zwischen 1979 und 1999 beobachteten 12-monatigen Zeitfenster ab). In diesem Fall wurden die für jeden Messzeitpunkt zwischen 1979 und

1999 vorliegenden Angaben der Befragten entweder als Mittelwerte oder durch Aufsummierung der einzelnen Werte zusammengefasst.

5.1. Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität

Tabelle 10 fasst die Ergebnisse einzelner Regressionsgleichungen zur Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen im untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 und den untersuchten objektiven Parametern der Lebensqualität zusammen.

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität (Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=274, ohne Partner=39, mit Partner=235)	-.875	.068
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=278, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=31, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=247)	-1.031	.045
Zivilstand ⁴ im Jahre 1999 (n=269, ledig/getrennt/geschieden=99, verheiratet=170)	-.596	.040
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=272, niemals verheiratet=62, mind. einmal verheiratet=210)	-.546	.108
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=278, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert=1.4)	-.273	.094
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=268, alleine=41, mit anderen Personen=227)	-1.754	.002
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=273, zeitweise alleine=161, immer mit anderen Personen=112)	-.282	.296
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=263, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.5 Personen)	2.164E-02	.843
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=278, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.4 Personen)	5.074E-02	.545
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=276, nein=14, ja=262)	-.219	.756
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=278, Erwerbslosigkeit=35, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=243)	-.424	.362

⁴ Bei der Auswertung der Daten über den Zivilstand der Untersuchungsteilnehmer wurden zwei Personen mit homosexueller Orientierung aus den jeweiligen Regressionsanalysen ausgeklammert.

(Fortsetzung Tabelle 10)

Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=162, Erwerbslosigkeit=33, Vollzeitbeschäftigung=129)	.378	.564
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=278, zeitweise ohne Beschäftigung=175, immer erwerbstätig=103)	.063	.818
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=252, arbeitslos=11, erwerbstätig=241)	-8.532	.782
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=264, zeitweise arbeitslos=38, nie arbeitslos=226)	-.743	.095
IV-Rentenbezug von 1988 bis 1999 (n=278, zeitweise mit IV-Rente=8, ohne IV-Rente=270)	-1.123	.299
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=277, ja=36, nein =241)	-.046	.909
Einkommen im Jahre 1999 (n=270, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 5'600.-)	.329	.340
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=278, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 4'590.-)	-3.702E-02	.853

- Vorkommen von depressiven Störungen (Prädiktor oder unabhängige Variable): Während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster mindestens einmal eine depressive Störung erlitten (n=278, nein=84, ja=194).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal an einer depressiven Störung erkrankten, sind im Vergleich mit Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben, im Jahre 1999 – also im Alter von ca. 40 Jahren – signifikant häufiger ledig oder geschieden oder leben signifikant häufiger von ihren Partnern getrennt ($p \leq .040$). Zudem wohnen sie signifikant häufiger in einem Einpersonenhaushalt ($p \leq .002$). Ein negativer signifikanter Zusammenhang zeigt sich zudem zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen in der Zeit von 1979 bis 1999 und der partnerschaftlichen Situation der Befragten während desselben Zeitraums: Personen mit einer depressiven Störung waren über diese Zeit hinweggesehen insgesamt häufiger ohne Partner als solche ohne depressive Störung ($p \leq .045$). Die Richtung des Zusammenhangs kann in diesem Falle nicht schlüssig geklärt werden: Entweder führen die depressiven Störungen zu einem sozialen Rückzug, der sich unter anderem in einem Mangel an partnerschaftlichen Beziehungen äussern kann. Oder das Fehlen einer Paarbe-

ziehung kann möglicherweise zum Ausbruch einer depressiven Erkrankung beitragen.

Es könnte argumentiert werden, dass ein gewichtiger Anteil der in Tabelle 10 aufgeführten signifikanten Zusammenhänge mit den Lebensqualitätsindikatoren des Zivilstandes und der Wohnsituation im Jahre 1999 darauf zurückzuführen sein könnte, dass möglicherweise besonders viele der untersuchten Personen ihre erste depressive Störung im Jahre 1999 entwickelt haben könnten. Die Messzeitpunkte für die objektiven Lebensqualitätsindikatoren und für das Vorkommen von depressiven Störungen wären somit zumindest für diese Personengruppe dieselben. Und Ursache und Wirkung des Verhältnisses zwischen der objektiven Lebensqualität und dem Vorkommen von depressiven Störungen könnten infolgedessen für diese Personen nicht in den richtigen Zusammenhang gestellt werden. Unter Ausschluss der 23 Personen, die ihre erste depressive Störung im Jahre 1999 erlitten haben, bleiben jedoch die in Tabelle aufgeführten signifikanten Effekte auf die Lebensqualitätsindikatoren des Zivilstandes und der Wohnsituation der Befragten im Jahre 1999 erhalten ($n=255$, ohne depressive Störung= 84 , mind. eine depressive Störung zwischen 1979 und 1988= 171 ; Zivilstand, Beta-Koeffizient -0.621 , $p \leq .035$; Wohnsituation, Beta-Koeffizient -1.650 $p \leq .003$), so dass das erwähnte Argument zurückgewiesen werden kann.

5.2. Zusammenhänge zwischen Subkategorien von depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität

Berücksichtigt man bei der Untersuchung der Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebensqualität ausschliesslich die Diagnose der *Major Depression* (klammert also demzufolge Personen mit einer anderen Diagnose einer depressiven Störungen aus der Datenanalyse aus), so zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 11):

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von Major Depression Episoden in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität (Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=197, ohne Partner=27, mit Partner=170)	-.896	.077
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=200, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=21, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=179)	-1.049	.055
Zivilstand im Jahre 1999 (n=193, ledig/getrennt/geschieden=72, verheiratet=121)	-.758	.017
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=197, niemals verheiratet=43, mind. einmal verheiratet=152)	-.620	.096
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=200, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	-.343	.058
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=194, alleine=30, mit anderen Personen=164)	-2.009	.001
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=197, zeitweise alleine=115, immer mit anderen Personen=82)	-.273	.360
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=200, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	1.689E-02	.890
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=200, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	9.561E-02	.305
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=199, nein=10, ja=189)	-.495	.499
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=200, Erwerbslosigkeit=27, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=173)	-.590	.222
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=117, Erwerbslosigkeit=25, Vollzeitbeschäftigung=92)	.232	.729
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=200, zeitweise ohne Beschäftigung=129, immer erwerbstätig=71)	-.032	.916
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=178, arbeitslos=10, erwerbstätig=168)	-9.071	.768
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=188, zeitweise arbeitslos=28, nie arbeitslos=160)	-.943	.047

(Fortsetzung Tabelle 11)

IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=200, zeitweise mit IV-Rente=7, ohne IV-Rente=193)	-1.463	.184
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=200, ja=31, nein =169)	-.352	.406
Einkommen im Jahre 1999 (n=200, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	.299	.436
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=200, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.124	.576

- Vorkommen von Major Depression Episoden (Prädiktor oder unabhängige Variable): Während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster mindestens einmal eine Major Depression erlitten (n=200, nein=84, ja=116).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Personen, die während des untersuchten Zeitraums von 1979 bis 1999 mindestens eine Major Depression Episode erlitten haben, weisen im Vergleich mit Personen ohne depressive Störung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Jahre 1999 ledig, getrennt oder geschieden zu sein ($p \leq .017$) sowie alleine zu wohnen ($p \leq .001$). Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich zudem in Bezug auf das Vorkommen von Major Depression Episoden und dem Risiko, arbeitslos zu sein: Personen, die während des untersuchten Zeitraums von 1979 bis 1999 mindestens eine Major Depression Episode erlitten haben, waren während derselben Zeitspanne häufiger arbeitslos als Personen ohne depressive Störungen ($p \leq .047$; Tabelle 11).

Die in Tabelle 11 aufgeführten signifikanten Zusammenhänge mit den Lebensqualitätsindikatoren des Zivilstandes und der Wohnsituation im Jahre 1999 ergeben sich auch dann, wenn diejenigen 13 Personen, welche ihre erste Major Depression Episode im Jahre 1999 erlitten haben, aus den Regressionsgleichungen herauspartialisiert werden (Zivilstand im Jahre 1999, n=181, ledig/getrennt/geschieden=66, verheiratet=115, Beta-Koeffizient $-.705$, $p \leq .031$; Wohnsituation im Jahre 1999, n=181, alleine=14, mit anderen Personen=157, Beta-Koeffizient -1.782 ,

$p \leq .003$). Bei diesen 13 Personen kann die Kausalrichtung im Zusammenhangsgefüge von Major Depression und objektiven Lebensqualitätsmerkmalen wegen der sich überlappenden Messzeiträume in der Tat nicht ermittelt werden. Da die Zusammenhänge jedoch auch unter Ausklammerung dieser Personen erhalten bleiben, können die Ergebnisse insgesamt als potentieller negativer Kausaleffekt der depressiven Störungen auf die objektiven Lebensqualitätsindikatoren interpretiert werden.

Werden unter den untersuchten Personen mit mindestens einer Major Depression Episode ausschliesslich diejenigen berücksichtigt die zwischen 1979 und 1999 *genau eine Major Depression Episode* erlitten haben, so bleiben die in Tabelle 11 aufgeführten negativen Zusammenhänge zur Wohnsituation im Jahre 1999 und zur Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 erhalten ($n=157$, keine Major Depression=84, genau eine Major Depression Episode=73; Wohnsituation im Jahre 1999, Beta-Koeffizient -1.756 , $p \leq .004$; Arbeitslosigkeit 1979 bis 1999, Beta-Koeffizient -1.090 ; $p \leq .029$). Der negative Zusammenhang zum Zivilstand im Jahre 1999 hingegen verschwindet unter den genannten Bedingungen (Zivilstand 1999, Beta-Koeffizient $-.553$, $p \leq .117$). Erkrankt eine Person im untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 genau einmal an einer Major Depression, so weist sie demnach bereits eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür auf, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen oder zwischen 1979 und 1999 zeitweise arbeitslos zu sein.

Untersucht man hingegen ausschliesslich die „*leichteren*“ *depressiven Störungen* (Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien) und ihre Auswirkungen auf die Parameter der Lebensqualität, klammert also demzufolge die Personen, die eine Major Depression Episode erlitten haben, aus der Datenana-

lyse aus, so verschwinden die Zusammenhänge mit den Indikatoren „Zivilstand“ und „Arbeitslosigkeit“, wie sie sich noch unter Einfluss der Major Depression Episoden ergeben haben (Tabelle 11).

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von „leichteren“ depressiven Störungen in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität (Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=159, ohne Partner=18, mit Partner=141)	-.777	.161
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=152, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=15, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=147)	-.942	.113
Zivilstand im Jahre 1999 (n=159, ledig/getrennt/geschieden=50, verheiratet=109)	-.357	.302
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=150, niemals verheiratet=33, mind. einmal verheiratet=127)	-.481	.223
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=162, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	-.178	.364
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=145, alleine= 15, mit anderen Personen= 140)	-1.237	.047
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=158, zeitweise alleine=91, immer mit anderen Personen=67)	-.236	.469
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=153, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	2.924E-02	.824
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=162, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	-1.249E-02	.901
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=161, nein=7, ja=154)	.053	.954
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=162, Erwerbslosigkeit=15, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=147)	-.136	.818
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=96, Erwerbslosigkeit=15, Vollzeitbeschäftigung=81)	.595	.500
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=162, zeitweise ohne Beschäftigung=99, immer erwerbstätig=63)	.185	.570
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=157, zeitweise arbeitslos=137, nie arbeitslos=17)	-.426	.417
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=161, ja=146, nein =15)	.700	.226
Einkommen im Jahre 1999 (n=159, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	.379	.355
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=162, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	7.766E-02	.746

- Vorkommen von „leichteren“ depressiven Störungen (Prädiktor oder unabhängige Variable): Während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster mindestens einmal eine „leichtere“ depressive Störung erlitten (n=162, nie eine depressive Störung erlitten=84, mind. einmal eine „leichtere“ depressive Störung, aber nie eine Major Depression erlitten=78).
- Unter den „leichteren“ depressiven Störungen werden in der vorliegenden Arbeit Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien zusammengefasst. Sie werden deshalb als „leichter“ bezeichnet, weil deren Symptomatik im Vergleich mit derjenigen von Major Depression Episoden entweder in der Anzahl ihrer Symptome oder in der Dauer der Störung weniger ausgeprägt ist. Diese „leichteren“ Störungen wurden deshalb zusammengefasst und nicht einzeln in die Datenanalyse aufgenommen, weil ihre Prävalenzrate in der hier untersuchten Stichprobe zu gering ist, als dass verzerrungsfreie Ergebnisse garantiert werden könnten.
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Jahre 1999 alleine zu wohnen, besteht aber auch für diejenigen Personen, die zwischen 1979 und 1999 ausschliesslich an einer „leichteren“ depressiven Störung erkrankten ($p \leq .047$; Tabelle 12). Der Erklärungswert des Prädiktors „Vorkommen von leichteren depressiven Störungen“ für die Kriteriumsvariable der Wohnsituation ist allerdings geringer als derjenige des Prädiktors „Vorkommen von Major Depression Episoden“. Der p-Wert erhöht sich nämlich von $p \leq .001$ auf $p \leq .047$. Oder anders ausgedrückt, die Signifikanz wird weniger deutlich (vgl. Tabelle 11 und 12). Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Jahre 1999 alleine zu wohnen, ergibt sich bereits für diejenigen Personen, die im untersuchten Zeitraum zwischen 1979 und 1999 genau zwei „leichtere“ depressive Episoden erlitten haben ($n=108$, Beta-Koeffizient -1.578 , $p \leq .033$, Odds Ratio $.206$, 95%-CI $0.48-.884$, 4.8-fach erhöhtes Risiko, gerechnet als $1 : .206 = 4.854$).

5.3. Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität

Im Folgenden wird noch näher auf die Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von depressiven Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität eingegangen. Tabelle 13 fasst die entsprechenden Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen zusammen.

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen der Anzahl erlittener depressiver Episoden in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=274, ohne Partner=39, mit Partner=235)	-.242	.045
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=278, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=31, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=247)	-.301	.023
Zivilstand im Jahre 1999 (n=269, ledig/getrennt/geschieden=99, verheiratet=170)	-.331	.001
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=272, niemals verheiratet=62, mind. einmal verheiratet=210)	-.202	.047
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=278, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert=1.4)	-.159	.003
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=268, alleine=41, mit anderen Personen=227)	-.479	.000
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=273, zeitweise alleine=161, immer mit anderen Personen=112)	-.183	.053
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=263, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.5 Personen)	1.693E-02	.642
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=278, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.4 Personen)	3.556E-02	.201
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=276, nein=14, ja=262)	-.073	.705
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=278, Erwerbslosigkeit=35, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=243)	.038	.772
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=162, Erwerbslosigkeit=33, Vollzeitbeschäftigung=129)	.153	.428
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=278, zeitweise ohne Beschäftigung=175, immer erwerbstätig=103)	.123	.176
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=252, arbeitslos=11, erwerbstätig=241)	-.378	.051
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=264, zeitweise arbeitslos=38, nie arbeitslos=226)	-.186	.128
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=278, zeitweise mit IV-Rente=8, ohne IV-Rente=270)	-.347	.112
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=277, ja=36, nein =241)	-.189	.111
Einkommen im Jahre 1999 (n=270, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 5'600.-)	-.101	.378
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=278, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 4'590.-)	-.188	.004

- Anzahl depressiver Episoden (Prädiktor oder unabhängige Variable): Anzahl der depressiven Episoden während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=278, Minimum=0, Maximum=7, Mittelwert=1.4). Das Maximum von 7 Episoden kommt dadurch zustande, dass eine Probandin nicht nur zu jedem Messzeitpunkt eine Episode, sondern im Jahre 1993 zwei depressive Episoden erlitt.
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Es besteht ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störungen und den folgenden objektiven Indikatoren der Lebensqualität: partnerschaftliche Situation im Jahre 1999 ($p \leq .045$), partnerschaftliche Situation zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .023$), Zivilstand

im Jahre 1999 ($p \leq .001$), Zivilstand zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .047$), Anzahl Kinder ($p \leq .003$), Wohnsituation im Jahre 1999 ($p \leq .000$) und durchschnittliches Einkommen der Befragten zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .004$). Das heisst, je häufiger die Befragten im untersuchten Zeitraum zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störung erlitten haben, desto wahrscheinlicher ein Unterschied bezüglich der erwähnten objektiven Indikatoren der Lebensqualität. Der negative signifikante Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von depressiven Episoden und der Anzahl Kinder bleibt auch dann erhalten, wenn in den Auswertungen nur diejenigen Befragten berücksichtigt werden, die im Jahre 1999 verheiratet oder zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal verheiratet waren ($n=210$, Beta-Koeffizient $-.151$, $p=.014$). Der negative Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von depressiven Episoden und der Anzahl Kinder kommt folglich nicht dadurch zustande, dass sich mit steigender Anzahl depressiver Störungen auch das Risiko erhöht, geschieden, getrennt oder ledig zu sein (Tabelle 13).

Berücksichtigt man bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Anzahl depressiver Störungen und den objektiven Lebensqualitätsindikatoren ausschliesslich die Häufigkeit von *Major Depression Episoden* (klammert also demzufolge Personen mit einer anderen Diagnose einer depressiven Störungen aus der Datenanalyse aus), so zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 14):

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen der Anzahl erlittener Major Episoden in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität
(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 ($n=197$, ohne Partner=27, mit Partner=170)	-.262	.225
Partnerschaft 1979 bis 1999 ($n=200$, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=21, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=179)	-.420	.068
Zivilstand im Jahre 1999 ($n=193$, ledig/getrennt/geschieden=72, verheiratet=121)	-.453	.007

(Fortsetzung Tabelle 14)

Zivilstand 1979 bis 1999 (n=197, niemals verheiratet=43, mind. einmal verheiratet=152)	-.253	.161
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=200, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	-.316	.001
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=194, alleine=30, mit anderen Personen=164)	-.792	.000
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=197, zeitweise alleine=115, immer mit anderen Personen=82)	-.239	.150
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=200, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	1.934E-02	.770
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=200, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	4.963E-02	.311
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=199, nein=10, ja=189)	-.459	.143
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=200, Erwerbslosigkeit=27, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=173)	.054	.812
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=117, Erwerbslosigkeit=25, Vollzeitbeschäftigung=92)	.498	.176
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=200, zeitweise ohne Beschäftigung=129, immer erwerbstätig=71)	.088	.584
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=178, arbeitslos=10, erwerbstätig=168)	-.574	.079
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=188, zeitweise arbeitslos=28, nie arbeitslos=160)	-.329	.123
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=200, zeitweise mit IV-Rente=7, ohne IV-Rente=193)	-.626	.075
Erhalt von Sozial- oder Fürsorggeldern im Jahre 1999 (n=200, ja=31, nein =169)	-.147	.465
Einkommen im Jahre 1999 (n=200, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	5.284E-02	.796
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=200, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.156	.171

- Anzahl Major Depression Episoden (Prädiktor oder unabhängige Variable): Anzahl der Major Depression Episoden während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=200, Minimum=0, Maximum=4, Mittelwert=0.9, niemals eine depressive Störung erlitten=84, mind. einmal eine Major Depression Episode erlitten=116).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl erlittener Major Depression Episoden und der Lebensqualität der Befragten besteht bezüglich folgender objektiver Parameter: Zivilstand im Jahre 1999 ($p \leq .007$), Anzahl Kinder ($p \leq .001$) und Wohnsituation im Jahre 1999 ($p \leq .000$). Die Ergebnisse sind wie folgt zu interpretieren: Je häufiger die Befragten im untersuchten Zeitraum zwischen 1979 und 1999 eine Major Depression Episode erlitten haben, desto seltener sind sie im Jahre 1999 verheiratet, desto geringer ist die Anzahl ihrer Kinder und desto höher die Wahrscheinlichkeit, im Jahre 1999 in einem Einpersonenhaushalt zu wohnen. Der negative Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Major Depression Epi-

soden und der Anzahl Kinder bleibt auch dann erhalten, wenn nur diejenigen Personen berücksichtigt werden, die im Jahre 1999 verheiratet bzw. zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal verheiratet waren ($n=152$, Beta-Koeffizient $-.308$, $p \leq .004$). Der negative Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Major Depression Episoden und der Anzahl Kinder kommt folglich nicht dadurch zustande, dass sich mit steigender Anzahl Major Depression Episoden auch das Risiko signifikant erhöht, im Jahre 1999 geschieden, getrennt oder ledig zu sein.

Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Jahre 1999 alleine zu wohnen, ergibt sich bereits für diejenigen Personen, die im untersuchten Zeitraum zwischen 1979 und 1999 genau eine Episode einer Major Depression erlitten haben ($n=152$, Beta-Koeffizient -1.756 , $p \leq .004$, Odds Ratio $.173$, 95%-CI $.053-.567$, 5.7-fach erhöhtes Risiko, gerechnet als $1 : .173 = 5.780$).

Personen, die zwischen 1979 und 1999 zwei oder mehr Major Depression Episoden erlitten haben, weisen eine im Vergleich mit Personen ohne depressive Störungen erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Jahre 1999, also im Alter von ca. 40 Jahren, geschieden oder getrennt zu sein ($n=98$, Beta-Koeffizient $-.491$, $p \leq .016$, Odds Ratio $.612$, 95%-CI $.411-.913$, 1.6-fach erhöhtes Risiko, gerechnet als $1 : .612 = 1.634$) sowie alleine zu wohnen ($n=121$, Beta-Koeffizient $-.982$, $p \leq .000$, Odds Ratio $.374$, 95%-CI $.221-.636$, 2.6-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, gerechnet als $1 : .374 = 2.673$). Zudem haben Personen, die zwei oder mehr Major Depression Episoden erlitten haben, im Vergleich mit solchen ohne depressive Störungen eine signifikant geringe Anzahl Kinder ($n=127$, Beta-Koeffizient $-.311$, $p \leq .001$). Auch in diesem Fall bleibt der Zusammenhang erhalten, wenn ausschliesslich die-

jenigen Personen berücksichtigt werden, die verheiratet sind oder während des untersuchten Zeitraums mindestens einmal verheiratet waren (n=100, Beta-Koeffizient $-.303$, $p \leq .006$).

Tabelle 15 fasst die Ergebnisse der Regressionsgleichungen zur Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Häufigkeit von „leichteren“ depressiven Störungen (Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien) und den Lebensqualitätsindikatoren zusammen. Personen, die während der untersuchten Zeitspanne von 1979 bis 1999 eine oder mehrere Episoden einer Major Depression erlitten haben, wurden also nicht in die Berechnungen aufgenommen.

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen der Anzahl erlittener „leichteren“ depressiven Störungen in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität (Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=159, ohne Partner=18, mit Partner=141)	-.596	.028
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=152, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=15, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=147)	-.635	.045
Zivilstand im Jahre 1999 (n=159, ledig/getrennt/geschieden=50, verheiratet=109)	-.519	.008
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=150, niemals verheiratet=33, mind. einmal verheiratet=127)	-.432	.030
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=162, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert 1.5)	-.167	.124
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=145, alleine= 15, mit anderen Personen= 140)	-.537	.073
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=158, zeitweise alleine=91, immer mit anderen Personen=67)	-.059	.738
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=153, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	2.892E-02	.681
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=162, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	2.348E-02	.663
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=161, nein=7, ja=154)	.292	.556
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=162, Erwerbslosigkeit=15, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=147)	.285	.404
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=96, Erwerbslosigkeit=15, Vollzeitbeschäftigung=81)	.820	.106
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=162, zeitweise ohne Beschäftigung=99, immer erwerbstätig=63)	.195	.269

(Fortsetzung Tabelle 15)

Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=157, zeitweise arbeitslos=137, nie arbeitslos=17)	-.488	.054
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=161, ja=146, nein =15)	.199	.530
Einkommen im Jahre 1999 (n=159, 11 Gehaltskategorien, Minimum \leq SFr. 2'000.-, Maximum $>$ SFr. 15'500.-)	.211	.309
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=162, 11 Gehaltskategorien, Minimum \leq SFr. 2'000.-, Maximum $>$ SFr. 15'500.-)	-3.134E-02	.804

- Anzahl „leichterer“ depressiver Störungen (Prädiktor oder unabhängige Variable): Anzahl der „leichteren“ depressiven Störungen während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=162, Minimum=0, Maximum=4, Mittelwert=0.7, niemals eine depressive Störung erlitten=84, mind. einmal eine „leichtere“ depressive Störung, jedoch nie eine Major Depression Episode erlitten=78).
- Unter den „leichteren“ depressiven Störungen werden in der vorliegenden Arbeit Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien zusammengefasst; sie werden deshalb als „leichter“ bezeichnet, weil deren Symptomatik im Vergleich mit derjenigen von Major Depression Episoden entweder in der Anzahl ihrer Symptome oder in der Dauer der Störung weniger ausgeprägt ist.
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Es besteht ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen „leichteren“ depressiven Störungen und den folgenden objektiven Indikatoren der Lebensqualität: partnerschaftliche Situation im Jahre 1999 ($p \leq .028$), partnerschaftliche Situation zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .045$), Zivilstand im Jahre 1999 ($p \leq .008$) und Zivilstand zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .030$). Die Ergebnisse sind wie folgt zu interpretieren: Je häufiger die Befragten im untersuchten Zeitraum zwischen 1979 und 1999 eine „leichtere“ depressive Störung erlitten haben, desto seltener sind sie im Jahre 1999 und im gesamten untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 ohne Partner bzw. unverheiratet (Tabelle 15).

5.4. Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der Ersterkrankung und objektiven Parametern der Lebensqualität

Die in Kapitel 3 (S. 53) formulierte Hypothese geht davon aus, dass eine Person grössere Einbussen in ihrer Lebensqualität in Kauf nehmen muss, je früher sie im Laufe ihres Lebens an einer depressiven Störung erkrankt. Die Hypothese beruht auf der Annahme, dass sich ein verhängnisvoller Teufelskreis zwischen negativen Einstellungen zur eigenen Person, zur Zukunft und zur Umwelt als charakteristische Symptomatik der Depression (kognitive Triade nach Beck, 1986) und weiteren Rezidiven mit höherer Wahrscheinlichkeit einschleifen kann, je früher jemand an einer depressiven Störung erkrankt. Tabelle 16 fasst die Ergebnisse einzelner Regressionsgleichungen zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der ersten depressiven Störung und den untersuchten objektiven Indikatoren Lebensqualität zusammen.

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Ersterkrankung und objektiven Parametern der Lebensqualität

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=192, ohne Partner=33, mit Partner=159)	-.003	.918
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=194, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=26, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=168)	-.038	.225
Zivilstand im Jahre 1999 (n=186, ledig/getrennt/geschieden=76, verheiratet=110)	.011	.660
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=189, niemals verheiratet=48, mind. einmal verheiratet=141)	-.009	.739
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=194, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	6.9177E-03	.627
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=187, alleine=37, mit anderen Personen=150)	-.019	.505
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=191, zeitweise alleine=116, immer mit anderen Personen=75)	.013	.578
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=186, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	-2.138E-02	.022
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=194, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	-5.358E-03	.462
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=192, nein=11, ja=181)	.028	.622

(Fortsetzung Tabelle 16)

Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=188, Erwerbslosigkeit=28, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=166)	-.043	.179
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=111, Erwerbslosigkeit=26, Vollzeitbeschäftigung=85)	-.088	.083
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=194, zeitweise ohne Beschäftigung=122, immer erwerbstätig=72)	-.060	.022
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=176, arbeitslos=11, erwerbstätig=165)	-.104	.017
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=186, zeitweise arbeitslos=31, nie arbeitslos=155)	-.048	.103
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=194, zeitweise mit IV-Rente=7, ohne IV-Rente=187)	.049	.495
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=193, ja=26, nein =167)	.008	.810
Einkommen im Jahre 1999 (n=187, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	6.522E-03	.827
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=194, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	5.863E-03	.736

- Vorkommen von depressiven Störungen (Prädiktor oder unabhängige Variable): Während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster mindestens einmal eine depressive Störung erlitten (n=194).
- Zeitpunkt der Ersterkrankung: 1979 n=56, 1981 n=39, 1986 n=40, 1988 n=23, 1991 n=13, 1999 n=23 (Total n=194).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Die in Tabelle 16 dargestellten Ergebnisse widersprechen der Hypothese, wonach depressive Störungen mit früherem Beginn grössere Einbussen der Lebensqualität der Betroffenen zur Folge haben. Vielmehr bestehen folgende signifikante Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt der ersten depressiven Störung und objektiven Parametern der Lebensqualität: Je *später* der Zeitpunkt der ersten depressiven Störung im untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999, desto geringer die Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 ($p \leq .022$). Je *später* der Zeitpunkt der Ersterkrankung, desto geringer das Ausmass der Beschäftigung zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .022$) und desto grösser das Risiko im Jahre 1999, arbeitslos zu sein ($p \leq .017$). Übrigens bleiben die in Tabelle 16 aufgeführten, negativen Effekte auf die Parameter der Anzahl nahestehender Personen sowie der Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 erhalten, falls in den Regressionsgleichungen nur diejenigen Personen berücksichtigt werden, die während der Zeit von 1979 bis 1999

genau eine depressive Episode erlitten haben (Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999, $n=83$, Beta-Koeffizient $-2.413E-02$, $p \leq .045$; Arbeitslosigkeit im Jahre 1999, $n=79$, arbeitslos=6, erwerbstätig=73, Beta-Koeffizient $-.170$, $p \leq .022$).

Zwischen dem Zeitpunkt der Ersterkrankung und der Häufigkeit von depressiven Episoden besteht in der untersuchten Stichprobe erwartungsgemäss eine negative Korrelation (Pearson'scher Korrelationskoeffizient $-.369$): Je früher der Zeitpunkt der Ersterkrankung, desto grösser ist demnach das Risiko für Rezidive. Dies bedeutet, dass Früherkrankte höhere Belastungen auf Grund häufigerer depressiver Episoden in Kauf nehmen müssen. Obwohl bei später Erkrankten also eine geringere Anzahl Rezidive beobachtet wurde, sind bei ihnen – zumindest bezüglich der oben erwähnten Indikatoren – grössere Beeinträchtigungen der Lebensqualität festzustellen. Die aufgestellte Hypothese, derzufolge depressiv Erkrankte grössere Einbussen in ihrer Lebensqualität in Kauf nehmen müssen, je früher in ihrem Leben sich die Störung manifestiert, muss demnach zurückgewiesen werden.

5.5. Zusammenhänge zwischen Hospitalisierungen wegen depressiver Störungen und objektiven Parametern der Lebensqualität

Im folgenden Kapitel wird die Frage erörtert, ob Personen, die zwischen 1979 und 1999 auf Grund einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind, also signifikant tiefere Werte hinsichtlich der hier untersuchten Indikatoren der Lebensqualität aufweisen als Personen, die während desselben Zeitraums keine depressive Störung erlitten haben. Tabelle 17

vermittelt einen Überblick über die in einzelnen Regressionsgleichungen ermittelten Ergebnisse.

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen allfälligen Hospitalisierungen wegen depressiver Störungen in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität (Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=106, ohne Partner=15, mit Partner=91)	-1.782	.016
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=108, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=7, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=101)	-1.716	.239
Zivilstand im Jahre 1999 (n=104, ledig/getrennt/geschieden=31, verheiratet=73)	-1.022	.130
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=104, niemals verheiratet=17, mind. einmal verheiratet=87)	-.328	.706
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=108, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert=1.5)	-.617	.113
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=104, alleine=8, mit anderen Personen=96)	-1.545	.104
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=105, zeitweise alleine=58, immer mit anderen Personen=47)	-.723	.281
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=108, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	-6.117E-02	.814
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=108, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	-.122	.537
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=108, nein=5, ja=103)	-1.847	.098
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=108, Erwerbslosigkeit=12, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=96)	.156	.858
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=62, Erwerbslosigkeit=12, Vollzeitbeschäftigung=50)	.124	.928
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=108, zeitweise ohne Beschäftigung=70, immer erwerbstätig=38)	.505	.435
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=102, zeitweise arbeitslos=11, nie arbeitslos=91)	-1.606	.066
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=108, ja=15, nein =93)	-.438	.562
Einkommen im Jahre 1999 (n=108, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.679	.409
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=108, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.862	.065

- Hospitalisierungen (Prädiktor oder unabhängige Variable): Während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster mindestens einmal wegen einer depressiven Störung hospitalisiert (n=108, keine depressive Störungen=95, mind. eine Hospitalisierung wegen depressiver Störungen=13).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Bei der Prüfung der Frage, ob sich Personen, die zwischen 1979 und 1999 wegen einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, hinsichtlich ihrer Lebensqualität von denjenigen unterscheiden, die keine depressive Störung erlitten

haben und bei denen demzufolge auch keine Hospitalisierung erforderlich war, kann genau ein potentieller Kausalzusammenhang nachgewiesen werden (Tabelle 17): Personen, bei denen infolge einer depressiven Störung eine Hospitalisierung nötig war, leben im Jahre 1999 signifikant häufiger ohne Partner als solche ohne depressive Störung und ohne depressionsbedingte Hospitalisierung ($p \leq 0.016$). Die Tatsache, dass eine Person, die wegen einer depressiven Störung hospitalisiert wurde, ein erhöhtes Risiko aufweist, im Alter von ca. 40 Jahren single zu sein, ist von genügend grosser Tragweite. Jedoch muss hervorgehoben werden, dass die Erfahrung einer Hospitalisierung infolge einer depressiven Störung – gemessen an der *Anzahl* der hier ermittelten Zusammenhänge – keine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen zur Folge zu haben scheint.

Dass die Erfahrung einer Hospitalisierung wegen einer depressiven Störung keinen grossen Vorhersagewert für die Lebensqualität der Betroffenen besitzt, zeigt sich auch an den folgenden Ergebnissen: In gesonderten Regressionsgleichungen, deren Resultate hier der Übersicht halber nicht tabellarisch dargestellt werden, zeigt sich, dass Personen, bei denen zwischen 1979 und 1999 eine Hospitalisierung wegen einer depressiven Störung nötig war, sich auch lediglich in einem der 17 untersuchten objektiven Lebensqualitätsindikatoren von denjenigen unterscheiden, die zwar während desselben Zeitraums ebenfalls mindestens eine depressive Störung erlitten haben, bei denen jedoch deswegen keine Hospitalisierung erforderlich war. Personen, die zwischen 1979 und 1999 infolge einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, leben im Jahre 1999 signifikant seltener in einer partnerschaftlichen Beziehung als diejenigen, die zwar ebenfalls an einer depressiven Störung erkrankten, deswegen jedoch nicht hospitalisiert

werden mussten ($n=181$, Beta-Koeffizient= -1.837 , $p \leq .005$). Auch dieser Befund an sich dürfte für die Betroffenen sicherlich eine erhebliche Belastung darstellen. Jedoch muss wiederum unterstrichen werden, dass insgesamt, d. h. gemessen an der Anzahl der hier ermittelten Zusammenhänge, die Erfahrung einer Hospitalisierung wegen einer depressiven Störung keine grosse Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen zeitigt.

Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass die Aussagekraft der oben erörterten Ergebnisse angesichts des geringen Umfangs der hier untersuchten Gruppe von Personen, die zwischen 1979 und 1999 wegen einer depressiven Störung hospitalisiert wurden ($n=13$), begrenzt ist. Die in diesem Kapitel dargelegten Ergebnisse erlauben somit keine extensive Beurteilung. Trotzdem lassen sich in zumindest hypothetischer Form Schlüsse ziehen.

5.6. Zusammenhänge zwischen der Einnahme von Antidepressiva und objektiven Parametern der Lebensqualität

Im Folgenden wird erörtert, ob zwischen der Einnahme von Antidepressiva und den untersuchten Parametern der Lebensqualität Zusammenhänge nachgewiesen werden können. Die geprüfte Hypothese wurde dahingehend formuliert, dass Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens eine Major Depression Episode erlitten haben, gegen diese Störung jedoch nicht medikamentös behandelt wurden, signifikant tiefere Werte hinsichtlich der untersuchten Indikatoren der Lebensqualität aufweisen als Personen, die während desselben Zeitraums ebenfalls

eine Major Depression erlitten haben, dagegen aber medikamentös behandelt wurden.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Einnahme von Antidepressiva und objektiven Lebensqualitätsindikatoren bei Personen, die zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten haben

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=115, ohne Partner=21, mit Partner=94)	-.540	.326
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=116, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=16, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=100)	.406	.518
Zivilstand im Jahre 1999 (n=110, ledig/getrennt/geschieden=49, verheiratet=61)	-.681	.123
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=112, niemals verheiratet=29, mind. einmal verheiratet=83)	-.387	.420
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=116, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	-.319	.230
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=113, alleine=26, mit anderen Personen=87)	-.579	.273
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=115, zeitweise alleine=70, immer mit anderen Personen=45)	-.569	.193
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=116, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	-.109	.526
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=116, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	-2.258E-02	.863
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=115, nein=7, ja=108)	-2.573	.021
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=116, Erwerbslosigkeit=20, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=96)	-.637	.234
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=66, Erwerbslosigkeit=18, Vollzeitbeschäftigung=48)	-.888	.236
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=116, zeitweise ohne Beschäftigung=76, immer erwerbstätig=40)	-.307	.484
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=102, arbeitslos=10, erwerbstätig=92)	-.277	.714
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=110, zeitweise arbeitslos=21, nie arbeitslos=89)	-.581	.258
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=116, zeitweise mit IV-Rente=6, ohne IV-Rente=110)	.899	.426
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=116, ja=21, nein =95)	-.776	.124
Einkommen im Jahre 1999 (n=116, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.934	.086
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=116, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.353	.258

- Prädiktor oder unabhängige Variable: Einnahme von Antidepressiva zwischen 1979 und 1999 wegen einer Major Depression Episode (keine Antidepressiva=79, Einnahme von Antidepressiva=37, Total n=116). Vorkommen von Major Depression Episoden: Während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten (n=116).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Bei Betrachtung der in Tabelle 18 dargestellten Ergebnisse zeigt sich, dass zwischen der Einnahme von Antidepressiva und den untersuchten Parametern der Lebensqualität nur ein einziger potentieller Kausalzusammenhang nachgewiesen werden kann. Die Richtung des Zusammenhangs weist darauf hin, dass die Einnahme von Antidepressiva – entgegen der formulierten Hypothese – keinen positiven, sondern einen negativen Effekt auf diesen einen Parameter der Lebensqualität ausübt: Das heisst, dass diejenigen Personen, die sich im untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 wegen einer Major Depression Episode einer medikamentösen antidepressiven Therapie unterzogen haben, im Vergleich mit denjenigen Personen, bei denen ebenfalls eine Major Depression Episode diagnostiziert wurde, welche jedoch nicht medikamentös behandelt wurden, ein erhöhtes Risiko aufweisen, im Jahre 1999, also im Alter von ca. 40 Jahren, ohne abgeschlossene Berufsausbildung im Leben zu stehen ($p \leq 0.021$). Als Erklärung für dieses unerwartete Ergebnis, kann die Tatsache herangezogen werden, dass bei denjenigen Personen, welche mit Antidepressiva behandelt wurden, im Vergleich mit denjenigen ohne medikamentöse Therapie im untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 eine im Durchschnitt signifikant grössere Anzahl Major Depression Episoden diagnostiziert wurde ($n=116$, Mittelwerte 1.81 vs. 1.37, ANOVA, F-Wert 331.61, $p \leq 0.000$). Die *Anzahl* der erlittenen Major Depression Episoden wirkt hier somit als vermittelnde Variable für den ermittelten Zusammenhang. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Belastung durch die depressive Symptomatik bei denjenigen Personen, die sich einer antidepressiven Therapie unterzogen haben, im Vergleich mit denjenigen Personen ohne medikamentöse Therapie auf Grund der häufigeren Episoden grösser war, sich die beiden Gruppen demnach nur bedingt

mit einander vergleichen lassen und die Bedeutung des oben erwähnten Befundes somit zu relativieren ist.

5.7. Die objektive Lebensqualität von Personen mit depressiver Störung im Vergleich mit der objektiven Lebensqualität von Personen mit depressiver Störung und zusätzlicher Angst- oder phobischer Störung

In diesem Kapitel wird die Frage erörtert, ob bezüglich der untersuchten Lebensqualitätsindikatoren Unterschiede bestehen zwischen Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störung erlitten haben, und solchen, die während desselben Zeitraums zusätzlich zu einer depressiven Störung eine komorbide Angst- oder phobische Störung erlitten haben. Die relativ hohe Prävalenz von Angst- und phobischen Störungen (51.1% der 278 untersuchten Personen) in der Stichprobe der Zürich-Studie (Angst et al., 1984) bietet einen idealen Rahmen, um einer solchen zusätzlichen Fragestellung in einem eher explorativen Sinne nachzugehen.

Tabelle 19: Vergleich der Lebensqualitätsindikatoren der Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störung erlitten haben, mit den Lebensqualitätsindikatoren der Personen, die während desselben Zeitraums eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Angst- oder phobische Störung erlitten haben

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=192, ohne Partner=33, mit Partner=159)	-.106	.808
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=194, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=26, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=168)	.198	.659
Zivilstand im Jahre 1999 (n=186, ledig/getrennt/geschieden=76, verheiratet=110)	-.287	.381
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=189, niemals verheiratet=41, mind. einmal verheiratet=141)	.160	.654
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=194, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	.121	.533
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=187, alleine=37, mit anderen Personen=150)	.126	.759

(Fortsetzung Tabelle 19)

Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=191, zeitweise alleine=116, immer mit anderen Personen=75)	-.246	.445
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=186, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	.114	.375
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=194, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	-2.967E-02	.766
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=192, nein=11, ja=181)	.112	.253
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=194, Erwerbslosigkeit=28, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=188)	.181	.696
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=111, Erwerbslosigkeit=26, Vollzeitbeschäftigung=85)	.040	.946
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=194, zeitweise ohne Beschäftigung=122, immer erwerbstätig=72)	.001	.997
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=176, arbeitslos=11, erwerbstätig=165)	.723	.253
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=186, zeitweise arbeitslos=31, nie arbeitslos=155)	.565	.163
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=194, zeitweise mit IV-Rente=7, ohne IV-Rente=187)	-.099	.907
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=193, ja=26, nein =167)	-.660	.210
Einkommen im Jahre 1999 (n=187, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.471	.248
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=194, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-.417	.079

- Prädiktor oder unabhängige Variable: Im Zeitraum zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Störung erlitten (ausschliesslich depressive Episoden ohne zusätzliche Angst- oder phobische Störung=59, depressive Episoden mit einer zusätzlichen komorbiden Angst- und phobischen Störung=135, Total=194).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Störung erlitten haben, sind im Vergleich mit denjenigen Personen, die während desselben Zeitraums ausschliesslich eine depressive Störung erlitten haben, in ihrer Lebensqualität nicht stärker beeinträchtigt. Keiner der untersuchten Zusammenhänge erweist sich als signifikant (Tabelle 19). Der Umstand, dass eine Person neben einer depressiven Störung auch noch eine Angst- oder phobischen Störung erleidet, hat gemessen an den hier untersuchten objektiven Parametern demnach keinen zusätzlichen Vorhersagewert für ihre Lebensqualität.

5.8. Zusammenhänge zwischen der Belastung durch depressive Symptome und objektiven Parametern der Lebensqualität

Im Vorangehenden wurde der Frage nachgegangen, ob sich zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen und den untersuchten objektiven Parametern der Lebensqualität Zusammenhänge nachweisen lassen. Die von den Befragten erlebte Belastung durch allfällige depressive Symptome fand demnach als Diagnose einer depressiven Störung Eingang in die Datenanalyse. Das Stellen einer Diagnose von psychischen Störungen geht jedoch infolge des ihr zu Grunde liegenden, dichotomen Entscheids (ja/nein) immer mit einem Informationsverlust einher: Sind die Voraussetzungen für das Stellen einer Diagnose erfüllt, spricht die nötige Anzahl Symptome gemäss diagnostischen Richtlinien gegeben (im vorliegenden Fall gemäss Richtlinien des DSM-III-R, 1988), so wird eine Diagnose gestellt. Liegt die Anzahl der beobachteten Symptome jedoch unter, vielleicht sogar knapp unter dem „Cut-off“, so entfällt die Diagnose, und es wird ausser acht gelassen, dass eine gewisse Belastung durch Symptome nicht minder besteht. Der Frage, ob und inwiefern sich depressive Erkrankungen auf die Lebensqualität auswirken, kann jedoch nicht nur auf der informationsreduzierenden Ebene der *Diagnosen*, sondern auch auf *Symptomebene* nachgegangen werden, also unabhängig davon, ob bei den Betroffenen die DSM-III-R-Kriterien für die Diagnose einer depressiven Störung erfüllt waren oder nicht. Die Belastung durch depressive Symptome wird bei dieser Vorgehensweise nicht mehr als binomiale Grösse, sondern als auf einem Kontinuum liegender, intervallskalierter Variablenwert der Intensität der Belastung in die entsprechenden Regressionsgleichungen aufgenommen. Diese Form der Datenanalyse bietet im Vergleich mit den bisher aufgestell-

ten Modellen sozusagen einen vertieften Einblick in die Struktur allfälliger Zusammenhänge.

Das Ausmass der Belastung durch depressive Symptome wurde unter folgenden drei Aspekten in die Regressionsgleichungen aufgenommen und in Zusammenhang mit den objektiven Parametern der Lebensqualität gesetzt:

- Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik während des untersuchten Zeitraums von 1979 bis 1999
- Summe aller vorhandenen depressiven Symptome in der Zeit zwischen 1979 und 1999
- Ausmass der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome (Summe aller zwischen 1979 und 1999 erfassten, durch die Befragten auf einer Visual-analogue-Skala eingeschätzten Belastungswerte der depressiven Symptome).

Im Folgenden werden die entsprechenden Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und im Detail erläutert.

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen der Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität (Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=274, ohne Partner=39, mit Partner=235)	-.002	.182
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=278, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=31, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=247)	-.004	.019
Zivilstand im Jahre 1999 (n=269, ledig/getrennt/geschieden=99, verheiratet=170)	-.004	.006
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=272, niemals verheiratet=62, mind. einmal verheiratet=210)	-.002	.108
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=278, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert=1.4)	-1.849E-03	.016
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=268, alleine=41, mit anderen Personen=227)	-.006	.000
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=273, zeitweise alleine=161, immer mit anderen Personen=112)	-.003	.059
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=263, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.5 Personen)	-1.705E-04	.744

(Fortsetzung Tabelle 20)

Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=278, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.4 Personen)	3.129E-04	.432
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=276, nein=14, ja=262)	-.005	.038
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=278, Erwerbslosigkeit=35, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=243)	.001	.811
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=162, Erwerbslosigkeit=33, Vollzeitbeschäftigung=129)	.000	.918
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=278, zeitweise ohne Beschäftigung=175, immer erwerbstätig=103)	.001	.604
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=252, arbeitslos=11, erwerbstätig=241)	-.003	.220
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=264, zeitweise arbeitslos=38, nie arbeitslos=226)	-.001	.440
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=278, zeitweise mit IV-Rente=8, ohne IV-Rente=270)	-.003	.210
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=277, ja=36, nein =241)	-.003	.046
Einkommen im Jahre 1999 (n=270, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 5'600.-)	-2.843E-03	.085
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=278, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 4'590.-)	-3.318E-03	.000

- Prädiktor oder unabhängige Variable: Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=278, Minimum Anzahl Tage=0, Maximum Anzahl Tage=547, Mittelwert Anzahl Tage=70.6).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Wie der Tabelle 20 zu entnehmen ist, liegen zwischen der Anzahl Tage, an denen die untersuchten Personen zwischen 1979 und 1999 unter depressiven Symptomen gelitten haben, und den objektiven Indikatoren der Lebensqualität zahlreiche bedeutende Zusammenhänge vor: Je grösser die Belastung gemessen an der gesamten Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik, desto seltener leben die untersuchten Personen zwischen 1979 und 1999 in einer Partnerschaft ($p \leq .019$), desto häufiger sind sie im Jahre 1999 unverheiratet ($p \leq .006$), desto geringer ist die Anzahl ihrer Kinder ($p \leq .016$), desto häufiger leben sie in einem Einpersonenhaushalt ($p \leq .000$), desto seltener verfügen sie im Alter von ca. 40 Jahren über eine abgeschlossene Berufsbildung ($p \leq .038$), desto häufiger beziehen sie Sozial- und Fürsorgegelder ($p \leq .046$) und desto geringer ist ihr durchschnittliches Einkommen während der Jahre 1979 bis 1999 ($p \leq .000$).

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen der Anzahl depressiver Symptome in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Parametern der Lebensqualität

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=274, ohne Partner=39, mit Partner=235)	-.044	.012
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=278, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=31, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=247)	-.069	.000
Zivilstand im Jahre 1999 (n=269, ledig/getrennt/geschieden=99, verheiratet=170)	-.035	.006
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=272, niemals verheiratet=62, mind. einmal verheiratet=210)	-.030	.032
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=278, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert=1.4)	-2.120E-02	.003
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=268, alleine=41, mit anderen Personen=227)	-.116	.000
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=273, zeitweise alleine=161, immer mit anderen Personen=112)	-.022	.067
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=263, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.5 Personen)	-1.816E-03	.702
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=278, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.4 Personen)	8.466E-04	.816
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=276, nein=14, ja=262)	-.061	.037
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=278, Erwerbslosigkeit=35, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=243)	-.007	.685
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=162, Erwerbslosigkeit=33, Vollzeitbeschäftigung=129)	.000	.999
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=278, zeitweise ohne Beschäftigung=175, immer erwerbstätig=103)	.020	.093
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=252, arbeitslos=11, erwerbstätig=241)	-.010	.717
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=264, zeitweise arbeitslos=38, nie arbeitslos=226)	.003	.840
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=278, zeitweise mit IV-Rente=8, ohne IV-Rente=270)	-.045	.168
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=277, ja=36, nein =241)	-.009	.566
Einkommen im Jahre 1999 (n=270, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 5'600.-)	-1.630E-02	.280
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=278, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 4'590.-)	-2.773E-02	.001

- Prädiktor oder unabhängige Variable: Summe aller depressiven Symptome während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=278, Minimum=0, Maximum=47, Mittelwert=15.9).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Negative signifikante Zusammenhänge bestehen zwischen der Summe aller depressiven Symptome, von denen die Personen anlässlich der sechs Befragungen zwischen 1979 und 1999 berichteten, und den folgenden objektiven Indikatoren der Lebensqualität: Partnerschaft im Jahre 1999 ($p \leq .012$), Partnerschaft zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .000$), Zivilstand im Jahre 1999 ($p \leq .006$), Zivilstand zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .032$), Anzahl Kinder ($p \leq .003$), Wohnsituation im Jahre 1999

($p \leq .000$), abgeschlossene Berufsbildung im Jahre 1999 ($p \leq .037$) und durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 ($p \leq .001$; Tabelle 21).

Betrachtet man das Ausmass der von den Befragten subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome im Zeitraum von 1979 bis 1999 und untersucht, ob sich zwischen dem Ausmass dieser Belastung und den objektiven Parametern der Lebensqualität Zusammenhänge nachweisen lassen, so zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 22):

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen dem Ausmass der subjektiv erlebten Belastung durch in der Zeit zwischen 1979 und 1999 erlittene depressive Symptome und objektiven Parametern der Lebensqualität

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „enter“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=234, ohne Partner=35, mit Partner=208)	-.001	.505
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=245, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=25, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=220)	-.002	.433
Zivilstand im Jahre 1999 (n=236, ledig/getrennt/geschieden=89, verheiratet=147)	-.001	.511
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=239, niemals verheiratet=55, mind. einmal verheiratet=184)	-.002	.394
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=245, Minimum=0.0, Maximum=5.0)	-6.695E-04	.476
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=236, alleine=36, mit anderen Personen=200)	-.005	.018
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=241, zeitweise alleine=142, immer mit anderen Personen=99)	-.004	.020
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=231, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen)	3.696E-04	.555
Durchschnittliche Anzahl nahestehender Personen 1979 bis 1999 (n=245, 5 Antwortkategorien: Minimum=1.0, Person, Maximum>16 Personen)	2.055E-04	.669
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=243, nein=13, ja=230)	.004	.267
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=245, Erwerbslosigkeit=34, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=211)	.000	.932
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=139, Erwerbslosigkeit=32, Vollzeitbeschäftigung=107)	-.001	.848
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=245, zeitweise ohne Beschäftigung=150, immer erwerbstätig=95)	.004	.010
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=221, arbeitslos=10, erwerbstätig=211)	-.001	.704
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=232, zeitweise arbeitslos=35, nie arbeitslos=197)	-.001	.624
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=245, zeitweise mit IV-Rente=8, ohne IV-Rente=237)	-.005	.227
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=244, ja=32, nein =212)	-.002	.394

(Fortsetzung Tabelle 22)

Einkommen im Jahre 1999 (n=238, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-1.250E-03	.524
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=245, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-)	-1.161E-03	.311

- Prädiktor oder unabhängige Variable: Subjektiv erlebte Belastung durch die depressive Symptomatik: Summe aller zwischen 1979 und 1999 erfassten „Thermometer-Werte“ (n=245, Minimum=0, Maximum=394, Mittelwert 167.6).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Lediglich in Bezug auf die Wohnsituation im Jahre 1999 ($p \leq .018$) und die Wohnsituation während der gesamten Studiendauer von 1979 bis 1999 bestehen negative Zusammenhänge zum subjektiv erlebten Grad der Belastung durch depressive Symptome: Je grösser die subjektive Belastung, desto höher die Wahrscheinlichkeit, alleine zu wohnen. Zwischen dem Ausmass der Erwerbstätigkeit in der Zeit von 1979 bis 1999 und der subjektiv erlebten Belastung durch erlittene depressive Symptome besteht ein *positiver* Zusammenhang: Personen mit höheren Belastungswerten waren häufiger erwerbstätig, als diejenigen mit niedrigeren Belastungswerten (*positiver* Beta-Koeffizient .004, $p \leq .010$). Für diesen unerwarteten Zusammenhang bestehen auf Grund der deckungsgleichen Messzeiträume der Erwerbstätigkeit und der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome (1979 bis 1999) mehrere Interpretationsmöglichkeiten. Der Zusammenhang könnte möglicherweise dadurch erklärt werden, dass diejenigen Personen, die während der beobachteten Zeit ohne Unterbrüche erwerbstätig waren, durch die höhere Arbeitsbelastung sensibler auf vorhandene depressive Symptome reagiert haben könnten und diese demzufolge vergleichsweise auch höher einschätzten. Interessanterweise besteht zwischen der von den Betroffenen subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome und der tatsächlich erlittenen Belastung gemessen an der Anzahl der vorhandenen Symptome und der Dauer ihres Bestehens nur eine geringe Korrelation (Pearson Korrelationskoeffizient .361 bzw. .160). Na-

heliegender als die erwähnte Hypothese ist jedoch die Annahme, dass der Zusammenhang zwischen der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit durch weitere, vermittelnde Variablen zustande kommt. Beispielsweise könnten bestimmte Persönlichkeitseigenschaften eine Schutzwirkung gegen die erlebte Belastung durch depressive Symptome entfaltet und so verhindert haben, dass die Betroffenen in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werden. Die Hintergründe dieses Zusammenhanges könnten vielleicht durch den Einbezug von Persönlichkeitsdimensionen wie der emotionalen Stabilität vs. Labilität (Fahrenberg et al., 2001) besser ausgeleuchtet werden, was den Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch sprengen würde.

Dass bei Depressiven zwischen *subjektiven Merkmalen* und *objektivierbaren Merkmalen der Lebensqualität* in bisherigen Studien nur geringe Korrelationen festgestellt werden konnten, wurde schon weiter oben in dieser Arbeit festgehalten (Kapitel 2.3.4, S. 22ff.). Dies lässt sich sehr wahrscheinlich dadurch erklären, dass Depressive mit ihrer "schwarzen Brille" sich selbst, ihre Lebenssituation und damit auch ihre Lebensqualität subjektiv als zu negativ beurteilen dürften. Die obigen Ergebnisse verdeutlichen nun, dass im Rahmen der Zürich-Studie auch zwischen dem Ausmass der *subjektiv empfundenen Belastung* durch depressive Symptome und *objektiven Lebensqualitätsmerkmalen* nur ein geringer Zusammenhang festgestellt werden kann. Wie stark sich Personen durch depressive Symptome beeinträchtigt fühlen, steht also nur in geringem Zusammenhang mit ihrer tatsächlichen Lebenssituation. Vielmehr zeitigt die tatsächliche Belastung gemessen einerseits an der Anzahl Tage mit depressiven Symptomen sowie andererseits an der An-

zahl der erlittenen Symptome negative Auswirkungen auf die objektiven Lebensqualitätsbereiche (Tabelle 20 und 21).

Für die Untersuchung der bisher dargelegten Zusammenhänge zwischen den Prädiktorvariablen der depressiven Symptome und den Kriteriumsvariablen der objektiven Lebensqualität wurden lineare und logistische Regressionen anhand der Methode „enter“ gerechnet. Bei dieser Methode werden alle Prädiktorvariablen in einem Schritt in der Reihenfolge abnehmender Toleranz in die jeweilige Regressionsgleichung aufgenommen. Der Vorhersagewert jeder einzelnen Variable steht hier im Fokus des Interesses. Die Prädiktorvariablen können jedoch auch anhand der Methode „stepwise“ in die Regressionsgleichungen aufgenommen werden. Die entsprechenden Ergebnisse dieses „Gesamtmodells“ sind der Tabelle 23 zu entnehmen. Bei dieser Methode werden die Prädiktorvariablen bei jedem Schritt auf Ausschluss und Aufnahme geprüft. Der Prüfprozess wird so lange fortgesetzt, bis für keine Variable mehr die Notwendigkeit des Ausschliessens oder der Aufnahme besteht. Die Variablen kontrollieren sich somit in ihrem Vorhersagewert gegenseitig, und die Erklärungskraft des Modells insgesamt rückt in den Vordergrund (Brosius & Brosius, 1995).

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen in der Zeit von 1979 bis 1999 (Anzahl Tage mit Symptomen, Anzahl Symptome, subjektiv erlebte Belastung) und objektiven Parametern der Lebensqualität

(Überblick über die Ergebnisse einzelner linearer und logistischer Regressionen; Methode „stepwise“)

Objektive Parameter der Lebensqualität	Beta-Koeffizient	p-Wert	In die jeweilige Regression aufgenommene unabhängige Variablen (mit signifikantem Effekt)
Partnerschaft im Jahre 1999 (n=243, ohne Partner=35, mit Partner=208)	-.041	.016	Anzahl Symptome
Partnerschaft 1979 bis 1999 (n=245, während mehr als der Hälfte der Zeit ohne Partner=25, während mindestens der Hälfte der Zeit mit Partner=220)	-.071	.001	Anzahl Symptome
Zivilstand im Jahre 1999 (n=236, ledig/getrennt/geschieden=89, verheiratet=147)	-.004	.008	Anzahl Tage mit Symptomen
Zivilstand 1979 bis 1999 (n=239, niemals verheiratet=55, mind. einmal verheiratet=184)	-	-	-
Anzahl Kinder (Stand 1999, n=278, Minimum=0.0, Maximum=5.0, Mittelwert=1.4)	-2.011E-02	.005	Anzahl Symptome
Wohnsituation im Jahre 1999 (n=236, alleine=36, mit anderen Personen=200)	-.110	.000	Anzahl Symptome
Wohnsituation 1979 bis 1999 (n=241, zeitweise alleine=142, immer mit anderen Personen=99)	-	-	-
Anzahl nahestehender Personen im Jahre 1999 (n=263, 5 Antwortkategorien: Minimum=1 Person, Maximum>16 Personen, Mittelwert=4.5 Personen)	-	-	-
Abgeschlossene Berufsbildung (Stand 1999, n=243, nein=13, ja=230)	-.005	.031	Anzahl Tage mit Symptomen
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=245, Erwerbslosigkeit=34, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung=211)	-	-	-
Ausmass der Erwerbstätigkeit im Jahre 1999 (n=139, Erwerbslosigkeit=32, Vollzeitbeschäftigung=107)	-	-	-
Ausmass der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=245, zeitweise ohne Beschäftigung=150, immer erwerbstätig=95)	.004	.010	Subjektive Belastung
Arbeitslosigkeit im Jahre 1999 (n=221, arbeitslos=10, erwerbstätig=211)	-	-	-
Arbeitslosigkeit zwischen 1979 und 1999 (n=232, zeitweise arbeitslos=35, nie arbeitslos=197)	-	-	-
IV-Rentenbezug 1988 bis 1999 (n=245, zeitweise mit IV-Rente=8, ohne IV-Rente=237)	-	-	-
Erhalt von Sozial- oder Fürsorgegeldern im Jahre 1999 (n=244, ja=32, nein=212)	-.003	.034	Anzahl Tage mit Symptomen
Einkommen im Jahre 1999 (n=270, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 5'600.-)	-	-	-
Durchschnittliches Einkommen zwischen 1979 und 1999 (n=278, 11 Gehaltskategorien, Minimum ≤ SFr. 2'000.-, Maximum > SFr. 15'500.-, Mittelwert SFr. 4'590.-)	-3.318E-03	.001	Anzahl Tage mit Symptomen

- Prädiktoren oder unabhängige Variablen:
 1. Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=278, Minimum Anzahl Tage=0, Maximum Anzahl Tage=547, Mittelwert Anzahl Tage=70.6).
 2. Summe aller depressiven Symptome während der sechs zwischen 1979 und 1999 untersuchten einjährigen Zeitfenster (n=278, Minimum=0, Maximum=47, Mittelwert=15.9).
 3. Subjektiv erlebte Belastung durch die depressive Symptomatik: Summe aller zwischen 1979 und 1999 erfassten „Thermometer-Werte“ (n=245, Minimum=0, Maximum=394, Mittelwert 167.6).
- Bei der Untersuchung der Lebensqualitätsindikatoren im Jahre 1999 wurde für die Ausgangswerte derselben Indikatoren in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Probandinnen und Probanden kontrolliert. Das heisst, dass die Lebensqualitätsindikatoren der Jahre 1979 und 1981 sowie das Geschlecht als unabhängige Variablen in die jeweiligen linearen und logistischen Regressionen aufgenommen wurden.
- Die Anzahl der in den einzelnen Regressionen untersuchten Fälle verändert sich je nach Anzahl fehlender Werte.

Die in Tabelle 23 zusammengefassten Ergebnisse des Gesamtmodells bestätigen das Bild, wie es sich auf Grund der bisherigen Ausführungen abzeichnete: Die von den Befragten während der Zeit von 1979 bis 1999 subjektiv empfundene Belastung durch depressive Symptome besitzt insgesamt einen geringen Erklärungswert für ihre objektive Lebensqualität. Ein signifikanter Zusammenhang besteht nämlich lediglich zur Variable der Erwerbstätigkeit zwischen 1979 und 1999. Und dieser Zusammenhang ist zudem positiv, das heisst, Personen mit höheren Belastungswerten waren seltener ohne Beschäftigung, als diejenigen mit niedrigeren Belastungswerten (*positiver* Beta-Koeffizient .004, $p \leq .010$). Zur möglichen Interpretation dieses Ergebnisses siehe die Ausführungen auf S. 105f. der vorliegenden Arbeit.

Hingegen bestehen zahlreiche bedeutende Zusammenhänge zwischen der Anzahl Tage, an denen die Befragten in der Zeit von 1979 bis 1999 unter depressiven Symptomen gelitten haben, und den objektiven Lebensqualitätsindikatoren: Je grösser die Belastung gemessen an der Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik, desto häufiger sind die Befragten im Jahre 1999 unverheiratet ($p \leq .008$), desto seltener verfügen sie im Alter von ca. 40 Jahren über eine abgeschlossene Berufsbildung ($p \leq .031$), desto häufiger beziehen sie Sozial- und Fürsorgegelder ($p \leq .034$) und desto geringer ist ihr durchschnittliches Einkommen während der Jahre 1979 bis 1999 ($p \leq .001$).

Auch zwischen der Summe aller zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Symptome und den objektiven Lebensqualitätsmerkmalen liegen gemäss Gesamtmodell mehrere bedeutende Zusammenhänge vor, was die bisherigen Aus-

führungen weiter untermauert: Negative signifikante Zusammenhänge bestehen zu den folgenden objektiven Indikatoren der Lebensqualität: Partnerschaft im Jahre 1999 ($p \leq 0.016$), Partnerschaft zwischen 1979 und 1999 ($p \leq 0.001$), Anzahl Kinder ($p \leq 0.005$) und die Wohnsituation im Jahre 1999 ($p \leq 0.000$; Tabelle 22).

5.9. Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studie zusammenfassend dargestellt und im Hinblick auf die formulierten Hypothesen besprochen.

Was lässt sich über die Auswirkungen von depressiven Störungen auf die anhand von objektiven Indikatoren gemessene Lebensqualität der Betroffenen aussagen? Tabelle 24 gibt einen Überblick über die in einzelnen linearen und logistischen Regressionen ermittelten Ergebnisse.

Wie bereits erläutert, können die in Tabelle 24 dargestellten Zusammenhänge als mögliche Kausaleffekte der depressiven Störungen auf die Lebensqualität der Betroffenen interpretiert werden, da die Erhebung der Daten über das Vorkommen von depressiven Störungen und die Befragung der Untersuchungsteilnehmer zur ihrer Lebensqualität sich auf unterschiedliche Messzeiträume beziehen (1979 bis 1999 vs. 1999).

Tabelle 24: Auswirkungen von während 1979 bis 1999 erlittenen depressiven Störungen auf objektive Indikatoren der Lebensqualität im Jahre 1999

Gesamtüberblick über die Ergebnisse einzelner linearen bzw. logistischen Regressionen, jeweils kontrolliert für die Ausgangswerte in den Jahren 1979 und 1981 sowie für das Geschlecht der Befragten (n=278)

Prädiktorenvariablen (Messzeitraum 1979 bis 1999)	Objektive Parameter der Lebensqualität (Messzeitpunkt 1999)										
	Partnerschaft (0=ohne Partner, 1=mit Partner)	Zivilstand (0=ledig, getrennt, geschieden; 1=verheiratet)	Anzahl Kinder	Wohnsituation (0=alleine; 1=mit anderen)	Anzahl nahe stehender Personen	Abgeschlossene Berufsbildung (0=nein; 1=ja)	Ausmass der Erwerbstätigkeit (0=Erwerbslosigkeit; 1=Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung)	Ausmass der Erwerbstätigkeit (0=Erwerbslosigkeit; 1=Vollzeitbeschäftigung)	Arbeitslosigkeit (0=ja; 1=nein)	Erhalt von Sozial- und Fürsorgegeldern (0=ja; 1=nein)	Einkommensverhältnisse (Einkommenskategorien 1 bis 11)
Zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine depressive Störung erlitten (0=nein, 1=ja)	○	—	○	—	○	○	○	○	○	○	○
Zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten (0=nein, 1=ja)	○	—	○	—	○	○	○	○	○	○	○
Zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine „leichtere“ depressive Störung erlitten (Minor Depression, RBD, Dysthymie) (0=nein, 1=ja)	○	○	○	—	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störungen	—	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen Major Depression Episoden	○	—	—	—	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen „leichteren“ depressiven Störungen	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Zeitpunkt der ersten depressiven Störung (1979 bis 1999)	○	○	○	○	—	○	○	○	—	○	○
Mindestens eine Hospitalisierung wegen einer depressiven Störung zwischen 1979 und 1999 (0=nein, 1=ja)	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Medikamentöse Behandlung der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störung (0=unbehandelt, 1=behandelt)	○	○	○	○	○	—	○	○	○	○	○
Zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Störung erlitten (0=depressive Störung; 1=depressive Störung und zusätzliche Angst- oder phobische Störung)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik in der Zeit von 1979 bis 1999	○	—	—	—	○	—	○	○	○	—	○
Summe aller depressiven Symptome in der Zeit von 1979 bis 1999	—	—	—	—	○	—	○	○	○	○	○
Ausmass der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome in der Zeit von 1979 bis 1999	○	○	○	—	○	○	○	○	○	○	○

- — = negativer Kausalzusammenhang, Irrtumswahrscheinlichkeit p≤5%
- + = positiver Kausalzusammenhang, Irrtumswahrscheinlichkeit p≤5%
- ○ = kein statistisch relevanter Zusammenhang, Irrtumswahrscheinlichkeit p>5%
- Auf Grund unterschiedlicher fehlender Werte (missing data) verändert sich die Stichprobengrösse (n) je nach dargestelltem Zusammenhang.
- Für die Prädiktoren des Ausmasses der Belastung durch depressive Symptome (1. Anzahl Tage mit Symptomen, 2. Summe aller Symptome, 3. Subjektiv erlebte Belastung) wurden die Ergebnisse gemäss Tabelle 20 bis 21, d. h. die Ergebnisse der Regressionsgleichungen unter Verwendung der Methode „enter“ übernommen.

Zusammenfassend können folgende Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebensqualität der Betroffenen beobachtet werden (Tabelle 24):

- Personen, die zwischen 1979 und 1999 an einer oder mehreren depressiven Störung erkrankten, waren im Vergleich mit solchen ohne depressive Störung im Alter von ca. 40 Jahren signifikant häufiger unverheiratet und wohnten signifikant häufiger in einem Einpersonenhaushalt.
- Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine oder mehrere Episoden einer Major Depression erlitten haben, weisen eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Alter von ca. 40 Jahren ledig, getrennt oder geschieden zu sein sowie alleine zu wohnen.

Auswirkungen auf die objektiven Parameter der Lebensqualität zeigen sich bereits bei Personen, die zwischen 1979 und 1999 *genau eine* Major Depression erlitten haben: Diese weisen nämlich eine beinahe sechsfach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen. Personen, die während des erwähnten Zeitraums *zwei oder mehr* Major Depression Episoden erlitten haben, weisen ein signifikant erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren von ihren Partnern geschieden oder getrennt zu leben sowie alleine zu wohnen. Zudem war die durchschnittliche Anzahl ihrer Kinder im Vergleich mit Personen, die keine depressive Störungen erlitten haben, signifikant geringer.

- Personen, die zwischen 1979 und 1999 an einer oder mehreren „leichteren“⁵ depressiven Störung erkrankten, wohnten im Vergleich mit Per-

⁵ Unter den „leichteren“ depressiven Störungen werden in der vorliegenden Arbeit Minor Depressions, Recurrent Brief Depressions und Dysthymien zusammengefasst; sie werden deshalb als „leichter“ bezeichnet, weil deren Symptomatik im Vergleich mit derjenigen von Major Depression Episoden entweder in der Anzahl ihrer Symptome oder in der Dauer der Störung weniger ausgeprägt ist.

sonen ohne depressive Störung im Alter von ca. 40 Jahren signifikant häufiger in einem Einpersonenhaushalt.

Auswirkungen auf die Wohnsituation zeigen sich bereits bei Personen, die im erwähnten Zeitraum *zwei oder mehr* „leichtere“ depressive Episoden erlitten haben: Diese weisen nämlich eine beinahe fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen.

- Je höher die Anzahl der erlittenen depressiven Störungen war, desto häufiger lebten die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner, desto seltener waren sie verheiratet, desto geringer war die Anzahl ihrer Kinder und desto häufiger lebten sie alleine.
- Je grösser die Anzahl der erlittenen Major Depression Episoden, desto grösser die Einbussen in der Lebensqualität: Die Betroffenen waren im Alter von ca. 40 Jahren häufiger ledig, geschieden oder lebten von ihren Partnern getrennt; die Anzahl ihrer Kinder war geringer, und sie wohnten häufiger in einem Einpersonenhaushalt.
- Je höher die Anzahl der erlittenen „leichteren“ depressiven Störungen, desto häufiger lebten die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner und desto häufiger waren sie unverheiratet.
- Je später der Zeitpunkt der ersten depressiven Störung, desto weniger nahestehende Personen hatten die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren und desto häufiger waren sie in diesem Alter arbeitslos.

Diese Ergebnisse widersprechen der aufgestellten Hypothese, wonach frühere Erkrankungen grössere Einbussen der objektiven Lebensqualität der Betroffenen zur Folge hätten. Obwohl bei später Erkrankten eine geringere Anzahl Rezidive vorliegt, die Belastung durch

depressive Symptome über den untersuchten Zeitraum von 20 Jahren insgesamt also geringer war, sind bei ihnen bezüglich der erwähnten Indikatoren grössere Beeinträchtigungen der Lebensqualität festzustellen.

- Personen, die zwischen 1979 und 1999 wegen einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, weisen ein erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner zu leben.

Es ist daran zu erinnern, dass dieses Ergebnis keine extensive Beurteilung erlaubt. Seine Aussagekraft ist auf Grund der kleinen Stichprobe von Personen (n=13), die zwischen 1979 und 1999 infolge einer depressiven Störung hospitalisiert wurden, begrenzt.

- Personen, die sich zwischen 1979 und 1999 wegen einer Major Depression Episode einer medikamentösen antidepressiven Therapie unterzogen, wiesen im Vergleich mit Personen, bei denen ebenfalls eine Major Depression Episode diagnostiziert wurde, die jedoch nicht medikamentös behandelt wurden, ein erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren keine abgeschlossene Berufsausbildung zu haben.

Dieses Ergebnis ist auf die höhere Belastung durch signifikant häufigere Major Depression Episoden bei den medikamentös behandelten Personen zurückzuführen. Die Anzahl der Episode wirkt hier demnach als vermittelnde Variable.

- Die Komorbidität einer Angst- oder phobischen Störung mit einer depressiven Störung hat keine zusätzlichen Beeinträchtigungen der anhand von objektiven Parametern gemessenen Lebensqualität zur Folge.
- Je grösser die Belastung gemessen an der Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlebten Tage mit depressiver Symptomatik, desto häufiger waren die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren unverheiratet, desto geringer war

die Anzahl ihrer Kinder, desto häufiger wohnten sie in einem Einpersonenhaushalt, desto seltener verfügten sie über eine abgeschlossene Berufsbildung und desto häufiger bezogen sie Sozial- und Fürsorgegelder.

- Je grösser das Ausmass der Belastung gemessen an der Summe aller zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Symptome, desto häufiger waren die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner, desto öfters waren sie unverheiratet, desto geringer war die Anzahl ihrer Kinder, desto häufiger lebten sie alleine und desto seltener verfügten sie über eine abgeschlossene Berufsbildung.
- Je stärker eine Person ihre während der Zeit von 1979 bis 1999 aufgetretenen depressiven Symptome einschätzte, desto wahrscheinlicher war es für sie, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen.

Tabelle 25 fasst die Ergebnisse einzelner Regressionsgleichungen zur Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen im untersuchten Zeitraum von 1979 bis 1999 und der objektiven Lebensqualität der Befragten während desselben Zeitraumes zusammen.

Tabelle 25: Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen in der Zeit von 1979 bis 1999 und objektiven Indikatoren der Lebensqualität während desselben Messzeitraumes

Gesamtüberblick über die Ergebnisse einzelner linearen bzw. logistischen Regressionen, jeweils kontrolliert für das Geschlecht der Befragten (n=278)

Prädiktorenvariablen (Messzeitraum 1979 bis 1999)	Objektive Parameter der Lebensqualität (Messzeitraum 1979 bis 1999)							
	Partnerschaft (0= >50% der Zeit ohne Partner, 1= mind. 50% der Zeit mit Partner)	Zivilstand (0=niemals verheiratet; 1=mind. einmal verheiratet)	Wohnsituation (0=teilweise alleine; 1=immer mit anderen Personen)	Durchschnittliche Anzahl naher stehender Personen	Ausmass der Erwerbstätigkeit (0=zeitweise ohne Beschäftigung; immer erwerbstätig)	Arbeitslosigkeit (0=zeitweise arbeitslos; 1=nie arbeitslos)	IV-Rentenbezug von 1988 bis 1999 (0=zeitweise mit IV-Rente; ohne IV-Rente)	Durchschnittliche Einkommensverhältnisse (Einkommenskategorien 1 bis 11)
Zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine depressive Störung erlitten (0=nein, 1=ja)	—	○	○	○	○	○	○	○
Zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine Major Depression Episode erlitten (0=nein, 1=ja)	○	○	○	○	○	—	○	○
Zwischen 1979 und 1999 mindestens einmal eine „leichtere“ depressive Störung erlitten (Minor Depression, RBDR, Dysthymie) (0=nein, 1=ja)	○	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störungen	—	—	○	○	○	○	○	—
Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen Major Depression Episoden	○	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen „leichteren“ depressiven Störungen	—	—	○	○	○	○	○	○
Zeitpunkt der ersten depressiven Störung (1979 bis 1999)	○	○	○	○	—	○	○	○
Mindestens eine Hospitalisierung wegen einer depressiven Störung zwischen 1979 und 1999 (0=nein, 1=ja)	○	○	○	○	○	○	○	○
Medikamentöse Behandlung der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störung (0=unbehandelt, 1=behandelt)	○	○	○	○	○	○	○	○
Zwischen 1979 und 1999 mindestens eine depressive Störung und eine zusätzliche komorbide Störung erlitten (0=depressive Störung; 1=depressive Störung und zusätzliche Angst- oder phobische Störung)	○	○	○	○	○	○	○	○
Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik in der Zeit von 1979 bis 1999	—	—	○	○	○	○	○	—
Summe aller depressiven Symptome in der Zeit von 1979 bis 1999	—	—	○	○	○	○	○	—
Ausmass der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome in der Zeit von 1979 bis 1999	○	○	—	○	+	○	○	○

- — = negativer Zusammenhang, Irrtumswahrscheinlichkeit p≤5%
- + = positiver Zusammenhang, Irrtumswahrscheinlichkeit p≤5%
- ○ = kein statistisch relevanter Zusammenhang, Irrtumswahrscheinlichkeit p>5%
- Auf Grund unterschiedlicher fehlender Werte (missing data) verändert sich die Stichprobengrösse (n) je nach dargestelltem Zusammenhang.
- Für die Prädiktoren des Ausmasses der Belastung durch depressive Symptome (1. Anzahl Tage mit Symptomen, 2. Summe aller Symptome, 3. Subjektiv erlebte Belastung) wurden die Ergebnisse gemäss Tabelle 20 bis 21, d. h. die Ergebnisse der Regressionsgleichungen unter Verwendung der Methode „enter“ übernommen.

Die in Tabelle 25 aufgeführten Zusammenhänge zwischen den Prädiktorenvariablen der depressiven Störungen und den Kriteriumsvariablen der Lebensqualität

können wie bereits in Kapitel 4.4. erläutert nicht als Kausaleffekt der depressiven Störungen auf die Lebensqualität gedeutet werden. Denn sowohl die Angaben über eventuell erlittene depressive Störungen als auch die Ausprägungsgrade der Lebensqualitätsvariablen beziehen sich auf denselben Messzeitraum (1979 bis 1999). Es kann angesichts der für Prädiktoren- und Kriteriumsvariablen deckungsgleichen Messzeiträume demnach nicht ermittelt werden, in welche Richtung der jeweilige Zusammenhang verläuft. Oder anders ausgedrückt, es kann nicht festgestellt werden, ob die Lebensqualität der Betroffenen auf Grund der erlittenen depressiven Störungen beeinträchtigt ist oder ob ungünstige Lebensumstände zur Entstehung einer eventuellen depressiven Störung beigetragen haben. Die entsprechenden Regressionsanalysen wurden jedoch deswegen durchgeführt, um zusätzliche Informationen über die Lebensqualität der Befragten zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurde ihre Lebenssituation während der Zeitspanne von 20 Jahren (1979 bis 1999) genauer beleuchtet.

Hinsichtlich der Frage, ob sich zwischen den von den Befragten zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störungen und ihrer objektiv gemessenen Lebensqualität während desselben Zeitraumes Zusammenhänge nachweisen lassen, kann zusammenfassend Folgendes festgehalten werden (Tabelle 25):

- Personen, die zwischen 1979 und 1999 an einer depressiven Störung erkrankten, lebten während desselben Zeitraumes insgesamt häufiger ohne Partner als solche ohne depressive Störung.
- Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine Major Depression erlitten haben, waren über dieselbe Zeitspanne hinweg gesehen häufiger arbeitslos als solche ohne Major Depression Episode.

-
- Je grösser die Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Störungen, desto seltener waren die Betroffenen während desselben Zeitraumes mit einem Partner zusammen, desto seltener waren sie verheiratet und desto geringer war ihr durchschnittliches Einkommen.
 - Je höher die Anzahl der zwischen 1979 und 1999 erlittenen „leichteren“ depressiven Störungen, desto seltener waren die Betroffenen über die gleiche Zeitspanne hinweggesehen mit einem Partner zusammen und desto seltener waren sie verheiratet.
 - Je später der Zeitpunkt der ersten depressiven Störung, desto seltener waren die Betroffenen während der Zeit von 1979 bis 1999 erwerbstätig.

Dieses Ergebnis widerspricht der formulierten Hypothese, derzufolge frühere Erkrankungen im Vergleich mit später erlittenen Störungen grössere Arbeitsausfälle nach sich ziehen würden. Obwohl bei den später Erkrankten eine geringere Anzahl Rezidive beobachtet werden kann, die Belastung durch depressive Symptome über den untersuchten Zeitraum von 20 Jahren insgesamt also geringer war, waren sie im Vergleich mit früher Erkrankten seltener erwerbstätig.

- Je grösser die Anzahl der in der Zeit von 1979 bis 1999 durchlebten Tage mit depressiver Symptomatik, desto seltener hatte die Betroffenen während desselben Zeitraumes einen Partner, desto seltener waren sie in dieser Zeit verheiratet und desto geringer war ihr durchschnittliches Einkommen.
- Je grösser das Ausmass der Belastung gemessen an der Summe aller zwischen 1979 und 1999 erlittenen depressiven Symptome, desto häufiger waren die Betroffenen während derselben Zeitspanne ohne Partner, desto

häufiger waren sie in dieser Zeit unverheiratet und desto schlechter waren ihre durchschnittlichen Einkommensverhältnisse.

- Je stärker sich die Betroffenen durch die in der Zeit von 1979 bis 1999 aufgetretenen depressiven Symptome belastet fühlten, desto öfters wohnten sie während desselben Zeitraumes alleine.

Mit steigender Intensität der subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome nahm das Ausmass der Erwerbstätigkeit in der Zeit von 1979 bis 1999 zu. Hier liegt also ein positiver Zusammenhang vor. Eine Erklärung für dieses unerwartete Ergebnis könnte möglicherweise darin liegen, dass die höhere Arbeitsbelastung bei denjenigen Personen, die während des Zeitraumes von 1979 bis 1999 ohne Unterbruch erwerbstätig waren, zu einer erhöhten Sensibilität in der Wahrnehmung und Einschätzung der depressiven Symptomen geführt haben könnte (für weitere Interpretationsmöglichkeiten siehe Kap. 6.5).

Auf die Bedeutung der oben aufgeführten Ergebnisse im Kontext des heutigen Standes der Forschung über die Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebensqualität wird im nächsten Kapitel (6) genauer eingegangen.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die Hauptergebnisse der Studie unter verschiedenen Aspekten ausgeleuchtet und aus den gewonnenen Erkenntnissen Schlussfolgerungen gezogen.

In einem ersten Schritt wird die Befundlage einer allgemeinen Bewertung unterzogen: Erfüllen die Ergebnisse die gesetzten Erwartungen? Müssen gewisse Hypothesen zurückgewiesen werden? In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Resultate denjenigen früherer Studien gegenübergestellt: In welchen Bereichen bestehen vergleichbare Befunde? Sind gewisse Unterschiede besonders hervorzuheben? Dann wird diskutiert, inwieweit diverse methodische Einschränkungen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnten und ob die Studie in ihrer Aussagekraft dadurch möglicherweise geschmälert wird. Schliesslich werden basierend auf den Hauptergebnissen der vorliegenden Arbeit Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Therapie von depressiven Störungen sowie für weiterführende Forschungsarbeiten formuliert.

6.1. Allgemeine Bewertung der ermittelten Ergebnisse

Bei Betrachtung der in den Tabellen 24 und 25 (S. 112 und 117) im Überblick dargestellten Ergebnisse fällt auf, dass die Anzahl der ermittelten Zusammenhänge unter Verwendung des ersten Regressionsmodells (S. 68), das heisst bei der Untersuchung der Effekte von depressiven Störungen auf die Lebensqualität der Be-

troffenen zum Zeitpunkt ihres ungefähren 40-igsten Lebensjahres, grösser ist, als unter Verwendung des zweiten Modells (S. 70), das heisst bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen während des Zeitraumes von 1979 bis 1999 und der objektiven Lebensqualität der Befragten über denselben Zeitraum hinweggesehen (29 vs. 15 bedeutende Zusammenhänge; vgl. Tabellen 24 und 25). Diese Befundlage kann insgesamt so interpretiert werden, dass Beeinträchtigungen der Lebensqualität auf Grund von depressiven Störungen erst nach längerer Zeit zum Tragen kommen, dass also eine genügend lange, aber auch genügend hohe Belastung durch depressive Symptome erforderlich ist, damit sich Auswirkungen auf objektiv messbare Lebensqualitätsindikatoren manifestieren können. Dieses Argument wird durch die Ergebnisse unterstützt, wonach sich die Lebensqualität der Befragten hinsichtlich mehrerer objektiver Parameter mit zunehmender Anzahl beobachteter Tage mit depressiver Symptomatik einerseits und mit zunehmender Anzahl erlittener depressiver Symptome andererseits vermindert (Tabelle 20 und 21).

Zusätzliche Unterstützung erhält diese Auslegung durch die Resultate von weiteren Regressionsanalysen. (Auf die Erwähnung und Darstellung dieser Ergebnisse wurde der Übersicht halber bis anhin verzichtet). Die Durchführung dieser gesonderten Regressionsgleichungen diente dem Zweck eventuelle kurzfristige Veränderungen der Lebensqualität der Befragten von einem Messzeitpunkt zum nächsten zu erfassen (1979 vs. 1981, 1981 vs. 1986, 1986 vs. 1988, 1988 vs. 1993 und 1993 vs. 1999). Eine negativ zu deutende Veränderung der Lebensqualität infolge einer erlittenen depressiven Störung konnte lediglich beim Vergleich der Ausprägungsgrade der Lebensqualitätsindikatoren der Messzeitpunkte 1986 und 1988 nachgewiesen werden, und zwar in Bezug auf die Indikatoren der Part-

nerschaft (Auflösung einer Partnerschaft, $n=277$, Beta-Koeffizient -1.034 , $p \leq .032$) und der Wohnsituation der Befragten (Umzug von einem Mehr- in einen Einpersonenhaushalt, $n=278$, Beta-Koeffizient $-.874$, $p \leq .012$). In allen weiteren Regressionsgleichungen zur Untersuchung der von einem Messzeitpunkt zum nächsten vonstatten gegangenen Veränderungen der objektiven Lebensqualität nach dem Erleiden einer depressiver Störung konnten hinsichtlich sämtlicher Vergleiche keine signifikanten negativen Zusammenhänge festgestellt werden. Es kann also der Schluss gezogen werden, dass sich kurzfristige Veränderungen von objektiven Parametern der Lebensqualität infolge depressiver Störungen – zumindest gemäss den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit – nur ausnahmsweise einstellen. Beeinträchtigungen der objektiven Lebensqualität auf Grund von depressiven Störungen lassen sich vielmehr erst nach längerer Zeit und nach längerer Belastung durch depressive Symptome nachweisen.

Gemessen an der Anzahl der ermittelten potentiellen Kausalzusammenhänge zeigt sich gesamthaft gesehen nur eine geringe Beeinträchtigung der anhand von objektiven Parametern gemessenen Lebensqualität auf Grund des Ereignisses einer depressiven Störung. Von den 11 untersuchten, objektiven Lebensqualitätsindikatoren werden lediglich deren zwei durch den Umstand beeinflusst, dass eine Person zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr⁶ eine depressive Störung erlitten hat (Tabelle 24, S. 112): Die Betroffenen weisen im Vergleich mit Personen ohne depressive Störung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür auf, im Alter von ca. 40 Jahren unverheiratet zu sein oder in einem Einperso-

⁶ Die männlichen Probanden waren zum Zeitpunkt der Interviews im Jahre 1979 20 Jahre und zum Zeitpunkt des letzten Interviews im Jahre 1999 40 Jahre alt. Die Probandinnen waren jeweils ein Jahr älter, d. h. 21 bzw. 41 Jahre alt.

nenhaushalt zu wohnen. Zudem muss hinterfragt werden, ob diese erhöhten Wahrscheinlichkeiten in jedem Fall als negativ zu bewerten sind (auf die Problematik der Auslegung der zu beobachtenden Veränderungen wird im Kapitel 6.2 des Näheren eingegangen). Berücksichtigt man bei der Untersuchung der Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebensqualität ausschliesslich die Diagnose der Major Depression, so zeigt sich ein ähnliches Bild: Lediglich in Bezug auf zwei der 11 untersuchten Parameter der Lebensqualität finden sich Veränderungen auf Grund des Umstandes, dass eine Person zwischen ihrem 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr eine oder mehrere Episoden einer Major Depression erlitten hat. Die Betroffenen haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, im Alter von ca. 40 Jahren unverheiratet zu sein sowie alleine zu wohnen. Dieses Befundbild entspricht nicht den gesetzten Erwartungen, da in früheren Studien insgesamt einige Belege dafür erbracht worden sind, dass Depressive als Folge ihrer Erkrankung hinsichtlich mehrerer objektiv gemessener Lebensqualitätsbereiche Einbussen in Kauf nehmen müssen (Tabelle 5, S. 41). Allerdings muss hervorgehoben werden, dass auch einzelne Studien vorliegen (z. B. Coryell et al., 1993), in denen auch nur für einen geringen Anteil der untersuchten Lebensqualitätsindikatoren negative Veränderungen auf Grund des Ereignisses einer depressiven Störung festgestellt werden konnten (für weitere Vergleiche mit den Ergebnissen bisheriger Studien siehe Kapitel 6.2).

Dringt man bei der Analyse der Auswirkungen von depressiven Störungen auf die objektive Lebensqualität tiefer in die Struktur der Zusammenhänge vor, so zeichnet sich jedoch ein etwas anderes Bild ab (Tabelle 24, S. 112). Bei der Untersuchung des Verhältnisses zwischen der *Häufigkeit* der erlittenen depressiven Störungen einerseits und den untersuchten objektiven Lebensqualitätsindikatoren an-

dererseits kommen weitere Zusammenhänge zum Vorschein: Je grösser die Anzahl der erlittenen depressiven Störungen, desto häufiger leben die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner, desto seltener sind sie verheiratet, desto geringer ist die Anzahl ihrer Kinder und desto häufiger leben sie in einem Einpersonenhaushalt. Der negative Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von depressiven Episoden und der Anzahl Kinder bleibt auch dann erhalten, wenn ausschliesslich Verheiratete betrachtet werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von erlittenen Major Depression Episoden und den Lebensqualitätsindikatoren: Je grösser die Anzahl der Major Depression Episoden, desto eher sind die Betroffenen ledig, geschieden oder leben von ihren Partnern getrennt, desto geringer ist die Anzahl ihrer Kinder und desto seltener wohnen sie mit anderen Personen zusammen.

Beleuchtet man das Zusammenhangsgefüge der Variablen noch etwas näher, das heisst nicht nur bis in die Ebene der Diagnosen, sondern bis in tiefer liegende Schichten der Belastung durch einzelne Symptome, berücksichtigt man also alle zwischen dem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr beobachteten depressiven Symptome, unabhängig davon, ob bei jemandem eine depressive Störung diagnostiziert wurde oder nicht, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 24, S. 112): Zwischen der Anzahl Tage mit depressiven Symptomen und den objektiven Lebensqualitätsindikatoren bestehen mehrere bedeutende Zusammenhänge. Je grösser die Belastung gemessen an der gesamten Anzahl Tage mit depressiver Symptomatik, desto häufiger leben die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner, desto seltener sind sie verheiratet, desto geringer ist die Anzahl ihrer Kinder, desto häufiger wohnen sie alleine, desto seltener verfügen sie über eine abgeschlossene Berufsbildung und desto häufiger beziehen sie Sozial- oder Für-

sorgegelder. Auch zwischen der Summe aller erlittenen depressiven Symptome und den objektiven Lebensqualitätsmerkmalen kommen mehrere bedeutende, auf der Ebene der Diagnosen zuvor noch verdeckt gehaltene Zusammenhänge zum Vorschein. Je höher die Anzahl der zwischen dem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr beobachteten depressiven Symptome, desto seltener verfügen die Betroffenen im Alter von ca. 40 Jahren über einen Partner, desto seltener sind sie verheiratet, desto geringer ist die Anzahl ihrer Kinder, desto häufiger wohnen sie in einem Einpersonenhaushalt und desto seltener waren sie in der Lage, eine Berufsausbildung erfolgreich zu beenden.

Mit steigender Anzahl der von 1979 bis 1999 erlittenen depressiven Symptome verschlechtern sich somit zahlreiche Lebensqualitätsbereiche der Betroffenen. Diese Ergebnisse widersprechen der von Katschnig (1997) formulierten Hypothese, wonach die Effekte von depressiven Störungen auf die Lebensqualität weniger mit deren Intensität oder deren Schweregrad als vielmehr mit der Länge der jeweiligen Episode zusammenhängen. Zumindest gemäss den vorliegenden Ergebnissen zeitigt auch die Intensität oder der Schweregrad der Belastung, gemessen an der Anzahl der in einem bestimmten Zeitraum erlittenen Symptome, sehr wohl einen negativen Effekt auf einzelne Lebensqualitätsbereiche.

Wirft man nun einen Blick auf die anhand von objektiven Parametern gemessene Lebensqualität von Personen während der *gesamten* Zeit zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr und versucht aufzuzeigen, ob sich diese Parameter in Abhängigkeit davon verändern, ob jemand während dieses Zeitraumes eine oder mehrere depressive Störungen erlitten hat, so bilden sich zwar einerseits neue Zusammenhänge heraus, andererseits verschwinden aber auch

Zusammenhänge, die sich zuvor bei Betrachtung der objektiven Parameter der Lebensqualität von Personen im Alter von ca. 40 Jahren herauskristallisiert hatten (Tabelle 25, S. 117). Beispielsweise waren Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahre eine oder mehrere depressive Störungen erlitten haben, im Vergleich mit Personen ohne depressive Störungen während dieser Zeitspanne signifikant häufiger single. Oder Personen, die während dieses Lebensabschnitts an einer oder mehreren Major Depression Episoden erkrankten, waren in dieser Zeit häufiger arbeitslos. Bei diesen Sachverhalten kann jedoch auf Grund der deckungsgleichen Messzeiträume nicht schlüssig geklärt werden, wie sich der ursächliche Zusammenhang zwischen den Faktoren gestaltet: Beispielsweise kann eine depressive Störung zwar das Risiko, arbeitslos zu werden, erhöhen, aber umgekehrt kann auch der Umstand, arbeitslos zu sein, zum Ausbruch einer depressiven Störung beitragen. Vordringliches Ziel dieser Arbeit war es jedoch, in Bezug auf ihre Kausalrichtung eindeutige Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen und objektiv messbaren Parametern der Lebensqualität aufzudecken (wie dies unter Verwendung des ersten Regressionsmodells realisiert wurde, S. 68), demzufolge haben die eben erwähnten Sachverhalte im vorliegenden Kontext nur eine zweitrangige Bedeutung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die ermittelten Ergebnisse tendenziell zwar in Richtung der postulierten Hypothesen weisen, wonach das Erleiden einer depressiven Störung zu einer Verminderung der an objektiven Merkmalen gemessenen Lebensqualität führt, dass die ermittelten Zusammenhänge jedoch unter Berücksichtigung der einzelnen *Diagnosen* nicht in der erwarteten Häufigkeit nachgewiesen werden konnten, sondern erst eine detailliertere Auswertung – d. h. unter Berücksichtigung aller während des beobachteten Zeitraumes aufge-

tretenen depressiven *Symptome* sowie unter Beachtung der Dauer ihres Bestehens – die Beeinträchtigungen der Lebensqualität in gebührendem Ausmass zum Vorschein kommen lassen.

6.2. Vergleich mit bisherigen Studienergebnissen

In Tabelle 26 sind die in bisherigen Studien nachgewiesenen Effekte von affektiven Störungen auf objektive Parameter der Lebensqualität den in der vorliegenden Arbeit ermittelten Befunden gegenübergestellt. Mit dieser Form der Darstellung soll der Vergleich zwischen früheren und in dieser Arbeit ermittelten Ergebnissen erleichtert werden.

Tabelle 26: Effekte von affektiven Störungen auf objektive Parameter der Lebensqualität (Bisherige Studienergebnisse im Vergleich mit den in der vorliegenden Arbeit ermittelten Resultaten)

Autoren und Studiendesign	Affektive Störungen Diagnosen nach DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV (Anzahl Personen pro Versuchsgruppe)	Objektive Indikatoren der Lebensqualität	Negative Effekte p	Zürich-Studie 1979 bis 1999		
				Depressive Störungen (1979 bis 1999) nach DSM-III-R (Anzahl Personen pro Gruppe)	Objektive Indikatoren der Lebensqualität 1999	Negative Effekte p
Weissman und Mitautoren (1971): 8-Monatskatamnese, Versuchsgruppe n=27 Frauen, gesunde Kontrollgruppe n=40 Frauen	Depressive Störungen (n=27)	Arbeitsausfälle Anzahl Kontakte mit Freunden/Bekanntem	n. s. n. s.	Depressive Störungen (n=194)	Ausmass Erwerbstätigkeit Anzahl nahestehender Personen	n. s. n. s.
Merikangas (1984): 2-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=56, Kontrollgruppe n=56	Uni- und bipolare Störungen (n=56) (keine störungsspezifische Auswertung)	Zivilstand	p ≤ 5%	Depressive Störungen (n=194)	Zivilstand	p ≤ 5%
Wittchen und Zerssen (1987): 7-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=61, gematchte, gesunde Kontrollgruppe n=61	Endogene Depressionen (n=24)	Zivilstand Vorzeitige Berentung Arbeitsausfälle	n. s. n. s. p ≤ 5%	Depressive Störungen (n=194)	Zivilstand Bezug von Sozial- und Fürsorgegeldern Ausmass Erwerbstätigkeit	p ≤ 5% n. s. n. s.
	Depressive Neurosen (n=37)	Zivilstand Vorzeitige Berentung Arbeitsausfälle	p ≤ 5% p ≤ 5% p ≤ 5%	Depressive Störungen (n=194)	Zivilstand Bezug von Sozial- und Fürsorgegeldern Ausmass Erwerbstätigkeit	p ≤ 5% n. s. n. s.
Broadhead und Mitautoren (1990): 1-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=983, gesunde Kontrollgruppe n=1'997	Major Depression (n=49)	Arbeitsausfälle	p ≤ 5%	Major Depression (n=116)	Arbeitslosigkeit bzw. Ausmass der Erwerbstätigkeit	n. s.
	Dysthymie (n=62)	Arbeitsausfälle	n. s.	„Leichtere“ depressive Störungen (78)	Arbeitslosigkeit bzw. Ausmass der Erwerbstätigkeit	n. s.
	Minor Depression mit depressiver Verstimmung (n=176)	Arbeitsausfälle	p ≤ 5%	Leichtere“ depressive Störungen (78)	Arbeitslosigkeit bzw. Ausmass der Erwerbstätigkeit	n. s.
	Minor Depression ohne depressive Verstimmung (n=696)	Arbeitsausfälle	n. s.	Leichtere“ depressive Störungen (78)	Arbeitslosigkeit bzw. Ausmass der Erwerbstätigkeit	n. s.

(Fortsetzung Tabelle 26)

Coryell und Mitautoren (1993): 5-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=368, gematchte, gesunde Kontrollgruppe n=368	Bipolare Störungen (n=148)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Arbeitsausfälle Einkommen	p ≤ 1% p ≤ 5% p ≤ 0.1% p ≤ 5% p ≤ 1%	Depressive Störungen (n=194)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Ausmass der Erwerbstätigkeit Einkommen Wohnsituation	p ≤ 5% n. s. n. s. n. s. n. s. p ≤ 1%
	Eine oder mehrere Major Depression Episoden (n=240)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Arbeitsausfälle Einkommen	p ≤ 5% n. s. p ≤ 5% p ≤ 5% p ≤ 5%	Eine oder mehrere Major Depression Episoden (n=116)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Ausmass der Erwerbstätigkeit Einkommen Wohnsituation	p ≤ 5% n. s. n. s. n. s. n. s. p ≤ 1%
	Einmalige Major Depression Episode (n=110)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Arbeitsausfälle Einkommen	n. s. p ≤ 0.1% n. s. n. s. p ≤ 5%	Einmalige Major Depression Episode (n=73)	Zivilstand Ausbildungsstatus Arbeitslosigkeit Ausmass der Erwerbstätigkeit Einkommen Wohnsituation	n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. p ≤ 1%
Dooley und Mitautoren (1994): 1-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=90, nichtdepressive Kontrollgruppe n=3'085	Major Depression Episoden (n=90)	Arbeitslosigkeit	n. s.	Major Depression Episoden (n=116)	Arbeitslosigkeit	n. s.
Keller-Buff (1995): 9-Jahreskatamnese, Versuchsgruppe n=163, gesunde Kontrollgruppe n=261	Unipolare und bipolare Störungen (n=163), (keine störungsspezifische Auswertung)	Zivilstand Ausbildungsstatus Wohnsituation Anzahl Kinder Erwerbstätigkeit in %	p ≤ 5% n. s. p ≤ 5% p ≤ 5% n. s.	Depressive Störungen (n=194)	Zivilstand Ausbildungsstatus Wohnsituation Anzahl Kinder Ausmass der Erwerbstätigkeit	p ≤ 5% n. s. p ≤ 5% n. s. n. s.
Rudolf und Priebe (1999): 6-Monatskatamnese, Versuchsgruppe n=42 Frauen, schizophrene Kontrollgruppe n=73 Frauen, Kontrollgruppe mit Alkoholismus n=70 Frauen	Depressive Störungen (n=42)	Partnerschaft Arbeitslosigkeit Einkommen Wohnsituation	p ≤ 1% n. s. p ≤ 5% n. s.	Depressive Störungen (n=194)	Partnerschaft Arbeitslosigkeit Einkommen Wohnsituation	n. s. n. s. n. s. p ≤ 5%

- Die in den bisherigen Studien untersuchten objektiven Parameter der Lebensqualität entsprechend in einzelnen Fällen nur annähernd den in der Zürich-Studie erfragten Parametern (z. B. „Anzahl Kontakte mit Freunden“ vs. „Anzahl nahestehender Personen“ oder „Arbeitsausfälle“ vs. „Ausmass der Erwerbstätigkeit“). Auf Grund ihrer Ähnlichkeit wurden die Parameter einander in der obigen Tabelle trotzdem gegenübergestellt.

Im Folgenden werden die in Tabelle 26 aufgeführten Ergebnisse im Detail erörtert (für weitere Angaben über die früheren, thematisch einschlägigen Studien siehe auch Kapitel 2.4, S. 33ff.):

In einer von Weissman und Mitautoren (1971) durchgeführten Achtmonatskatamnese konnten bei 27 Frauen keine Nachwirkungen von remittierten depressiven Störungen auf die Lebensqualitätsindikatoren „Anzahl ausgefallener Arbeitstage“ und „Anzahl Kontakte mit Freunden und Bekannten“ nachgewiesen werden. Die in

der vorliegenden Studie ermittelten Ergebnisse weisen in eine ähnliche Richtung: Personen, die zwischen 1979 und 1999 eine depressive Störungen erlitten haben, sind im Vergleich mit solchen ohne depressive Störungen im Jahre 1999, also im Alter von ca. 40 Jahren, bezüglich der Anzahl der ihnen nahestehenden Personen und bezüglich des Ausmasses ihrer Erwerbstätigkeit nicht schlechter gestellt.

Merikangas (1984) untersuchte 56 verheiratete Frauen und Männer mit uni- oder bipolaren Störungen zum Zeitpunkt ihrer Enthospitalisierung sowie zwei Jahre später anlässlich einer Nachuntersuchung. Die Patienten wiesen in Folge ihrer Erkrankung im Vergleich mit der gesunden Allgemeinbevölkerung ein neunfach erhöhtes Risiko auf, geschieden zu werden oder sich von ihren Ehepartnern zu trennen. In der Zürich-Studie wurden in die gleiche Richtung weisende Ergebnisse ermittelt: Personen, die zwischen 1979 und 1999 an einer oder mehreren depressiven Störungen erkrankten, waren im Vergleich mit solchen ohne depressive Störung im Alter von ca. 40 Jahren signifikant häufiger ledig, geschieden oder lebten von ihren Partnern getrennt. Verheiratete Personen, die im erwähnten Zeitraum mindestens zwei Major Depression Episoden erlitten hatten, wiesen im Vergleich mit Personen ohne depressive Störungen ein 1.6-fach erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren geschieden oder getrennt zu sein.

Wittchen und Zerssen (1987) analysierten soziale und psychosoziale Konsequenzen chronisch verlaufender, behandelter und unbehandelter depressiver Störungen in Gegenüberstellung zu einer gesunden, gematchten Kontrollgruppe (n=61). Bei den Patienten mit einer endogenen Depression (DSM-III, 296.0/2) oder mit einer depressiven Neurose (DSM-III, 300.4) wurden folgende negative Effekte der Erkrankung auf objektive Indikatoren der Lebensqualität beobachtet: Im Vergleich

mit der gesunden Kontrollgruppe wiesen beide Diagnosegruppen starke Benachteiligungen im Bereich der Arbeitsfähigkeit auf. Zudem waren die Patienten mit einer depressiven Neurose zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant häufiger vorzeitig berentet. Im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe zeigte sich bei den Patienten mit einer depressiven Neurose eine weitere Benachteiligung: Der Prozentsatz verheirateter Personen war im Vergleich mit der entsprechenden gesunden Altersgruppe deutlich erniedrigt und gleichzeitig die Quote der geschiedenen Personen erhöht. In der Zürich-Studie konnten unter den erwähnten Parametern der Lebensqualität (Arbeitsfähigkeit, Berentung, Zivilstand) lediglich Unterschiede im Zivilstand der untersuchten Personen festgestellt werden: Personen mit einer depressiven Störung wiesen ein erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren unverheiratet zu sein.

Im Rahmen der "Epidemiological Catchment Area Study" (ECA) führten Broadhead und Mitautoren (1990) eine Katamnese über Kausalzusammenhänge zwischen Depressionen und Arbeitsausfällen durch. Die Autoren kommen zum Schluss, dass Personen mit einer Major Depression in den vergangenen drei Monaten vor der Befragung fast fünfmal häufiger wegen Krankheit bei der Arbeit gefehlt hatten als nichtdepressive Untersuchungsteilnehmer. Ein signifikanter Effekt auf die Arbeitsausfälle zeigte sich auch in der Gruppe der Personen mit einer Minor Depression. In der Zürich-Studie konnten dagegen weder bei Personen mit Major Depression Episoden noch bei Personen mit „leichteren“ depressiven Störungen negative Effekte auf den Umfang der Erwerbstätigkeit bzw. ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit festgestellt werden.

In einer Langzeitstudie über den Krankheitsverlauf von 240 Patienten mit einer oder mehreren Major Depression Episoden beleuchteten Coryell und Koautoren (1993) mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Lebenssituation der Betroffenen. Die Patienten mit einer oder mehreren Major Depression Episoden mussten bezüglich aller in Tabelle 26 aufgeführten, objektiven Parameter der Lebensqualität ausser ihrer Bildungsstufe Benachteiligungen in Kauf nehmen. Zudem zeigte sich, dass auch bereits eine einmalige Episode einer Major Depression anhaltende Nachteile nach sich ziehen kann: Die Betroffenen schnitten hier in den Lebensbereichen des Ausbildungsstatus und der Einkommensverhältnisse im Vergleich mit den Gesunden signifikant schlechter ab. In der Zürich-Studie konnten lediglich negative Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von Major Depression Episoden und dem Zivilstand bzw. der Wohnsituation der Betroffenen nachgewiesen werden: Die Personen mit einer oder mehreren Major Depression Episoden wiesen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür auf, unverheiratet zu sein und alleine zu wohnen. Die Wahrscheinlichkeit, im Alter von ca. 40 Jahren in einem Einpersonenhaushalt zu wohnen, erwies sich bereits beim Erleiden einer einmaligen Major Depression Episode als beinahe sechsmal grösser.

In einer weiteren, im Rahmen der "Epidemiological Catchment Area Study" (ECA) durchgeführten Einjahreskatamnese untersuchten Dooley und Mitautoren (1994) Personen mit Major Depression Episoden. Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass das Erleiden einer Major Depression Episode das Risiko erhöht, arbeitslos zu werden. Ebenso wenig konnte ein entsprechender Kausalzusammenhang im Rahmen der Zürich-Studie festgestellt werden.

Keller-Buff (medizinische Dissertation, 1995) untersuchte Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen von uni- bzw. bipolaren Störungen einerseits und objektiven Parametern der Lebenssituation von Betroffenen andererseits (n=163). Die verwendeten Daten stammten aus den im Rahmen der Zürich-Studie in den Jahren 1979 und 1988 erfolgten Erhebungen. Ein negativer Zusammenhang bestand zwischen dem Vorkommen von depressiven Störungen und den Lebensbereichen „Zivilstand“, „Anzahl Kinder“ und „Wohnsituation“. In der vorliegenden Arbeit konnten lediglich potentielle Kausalzusammenhänge zu den Parametern „Zivilstand“ und „Wohnsituation“ nachgewiesen werden. Die Unterschiede dürften wohl darauf beruhen, dass Keller-Buff (1995) in seinen Auswertungen auch Personen mit bipolaren Störungen berücksichtigte, er lediglich die in den Befragungen der Jahre 1979 und 1988 erhobenen Daten untersuchte und sich bei seiner statistischen Analyse nichtparametrischer Tests bediente. Anders als bei Keller-Buff (1995) wurden in den Auswertungen der vorliegenden Arbeit alle sechs Erhebungsjahrgänge der Zürich-Studie (1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999) berücksichtigt; zudem wurden nur unipolare depressive Störungen untersucht sowie aussagekräftigere, parametrische Tests durchgeführt.

Rudolf und Priebe verglichen (1999) in einer Sechsmonatskatamnese die Lebensqualität von 42 depressiven Patientinnen mit derjenigen zweier Kontrollgruppen (73 schizophrene Patientinnen bzw. 70 Patientinnen mit Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit). Die Lebensqualität der depressiven Patientinnen war hinsichtlich der objektiven Indikatoren „Einkommensverhältnisse“ und „mit/ohne Partnerschaft“ im Vergleich mit den beiden Kontrollgruppen signifikant schlechter. Während in Bezug auf die Indikatoren „Arbeitssituation“ und „Wohnsituation“ keine bedeutenden Unterschiede festgestellt werden konnten. In der Zürich-Studie hingegen

konnte für Personen, die eine depressive Störung erlitten hatten, im Vergleich mit Personen ohne depressive Störungen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür nachgewiesen werden, im Alter von ca. 40 Jahren, in einem Einpersonenhaushalt zu wohnen.

Die Befundlage zur Frage, ob eine Hospitalisierungen infolge einer depressiven Störung zu Beeinträchtigungen der anhand von objektiven Parametern gemessenen Lebensqualität führen kann, bleibt unklar⁷. Stevens (1967) zumindest konnte keinen entsprechenden Nachweis erstellen. Vielmehr belegte er, dass die Scheidungsrate von Patientinnen mit einer Affektpsychose vor der Hospitalisation signifikant höher war (15.7%) als nach dem ersten Spitalaufenthalt (10.2%) und dass die Scheidungsrate nach Ersthospitalisationen denjenigen in der Durchschnittsbevölkerung entsprechen. In dieser Studie wurde jedoch nicht zwischen uni- und bipolaren Störungen unterschieden, so dass die Befunde nur in beschränktem Ausmass für Vergleiche herangezogen werden können. In der vorliegenden Arbeit wurde zwar nachgewiesen, dass Personen, die wegen einer depressiven Störung hospitalisiert werden mussten, ein erhöhtes Risiko aufweisen, im Alter von ca. 40 Jahren ohne Partner zu leben. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist jedoch auf Grund der kleinen Stichprobe von Personen (n=13), die in der untersuchten Zeit von 1979 bis 1999 infolge einer depressiven Störung hospitalisiert wurden, begrenzt.

Zusammenfassend können auf dem Hintergrund der bisherigen Forschungsergebnisse folgende, in der vorliegenden Studie ermittelten Ergebnisse als besonders bedeutsam hervorgehoben werden:

⁷ Auf eine Darstellung der Resultate in Tabelle 26 (S. 129) wurde deshalb verzichtet.

-
- Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr einmal oder mehrmals an einer depressiven Störung erkrankten, waren im Alter von ca. 40 Jahren im Vergleich mit Personen ohne depressive Störungen signifikant häufiger unverheiratet und wohnten signifikant häufiger alleine.
 - Der negative Zusammenhang mit dem objektiven Parameter der Wohnsituation zeigt sich bereits bei Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr zwei oder mehr „leichtere“ depressive Episoden erlitten haben (4.9-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, alleine zu wohnen).
 - Personen, die zwischen ihrem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr genau eine Major Depression Episode erlitten haben, weisen eine beinahe sechsfach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, im Alter von ca. 40 Jahren alleine zu wohnen.
 - Personen, die während des erwähnten Lebensabschnittes zwei oder mehr Major Depression Episoden erlitten haben, weisen ein signifikant erhöhtes Risiko auf, im Alter von ca. 40 Jahren von ihren Partnern geschieden oder getrennt zu sein sowie alleine zu wohnen. Zudem ist die durchschnittliche Anzahl ihrer Kinder im Vergleich mit Personen, die keine depressiven Störungen erleiden mussten, signifikant geringer.

In sämtlichen oben erwähnten Studien, in denen der Frage nachgegangen wurde, ob Personen, die eine depressive Störung erlitten haben, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, sich von ihren Partnern zu scheiden oder zu trennen, konnten ebenfalls erhöhte Scheidungs- bzw. Trennungsraten nachgewiesen werden (Merikangas, 1984; Wittchen & von Zerssen, 1987; Coryell et al., 1993; Keller-

Buff, 1995). Im Jahre 1982 zog Hell (1982) nach Durchsicht der damals zur Verfügung stehenden, thematisch einschlägigen Literatur noch den Schluss, dass sich Partner wegen der Belastung durch depressive Störungen wohl nur *sehr unwahrscheinlich* vermehrt zu einer Ehescheidung entschliessen dürften. Allerdings beruhte sein Urteil auf – wie er selber bemängeln musste – Ergebnissen von Studien, deren methodische Grundlage nur ungenügend abgesichert war (Keith et al., 1971; Haase, 1976; Bär, 1974). Angesichts der neueren, methodisch sichereren Befundlage bedarf dieser Schluss nun jedoch einer dringenden Revision.

Gemäss Ergebnissen der Zürich-Studie zeigt sich, dass depressive Störungen vor allem im Bereich der *sozialen Ressourcen* der Betroffenen negative Auswirkungen nach sich ziehen können. Die Betroffenen müssen insbesondere in Bezug auf ihren Zivilstand und ihre Wohnsituation Benachteiligungen hinnehmen. Unter ihnen finden sich nämlich erhöhte Scheidungs- und Trennungsraten, und sie wohnen häufiger alleine als Personen ohne depressive Störungen (siehe Tabelle S. 129). Dieses Bild steht in gewissem Widerspruch zu den Resultaten bisheriger Studien, wonach Depressive als Folge ihrer Erkrankung nicht nur Nachteile im Bereich ihrer sozialen, sondern auch im Bereich ihrer *materiellen Ressourcen* in Kauf nehmen müssen. Beispielsweise belegten Coryell und Mitautoren (1996) sowie Rudolf und Priebe (1999), dass Depressive im Vergleich mit diversen Kontrollgruppen schlechtere Einkommensverhältnisse aufweisen. Coryell und Mitautoren (1996) ermittelten zudem einen für depressiv Erkrankte im Vergleich mit gesunden Probanden durchschnittlich tieferen Ausbildungsstatus. Und Wittchen und Zerssen (1987), Broadhead und Mitautoren (1990) sowie Coryell und Mitautoren (1993) berichteten über signifikant erhöhte Arbeitsausfallquoten bei Personen mit depressiven Störungen. Die Unterschiede in den Befundlagen könnten möglicherweise da-

her stammen, dass Personen in der Schweiz versicherungsrechtlich im Allgemeinen besser abgesichert sein dürften als Personen in den Ländern, in denen die oben erwähnten Studien durchgeführt wurden (USA, Deutschland), und dass die Arbeitslosenraten in der Schweiz im untersuchten Zeitraum weitaus geringer waren. Die relativ hohe wirtschaftliche Sicherheit in der Schweiz kommt folglich als möglicher Schutzfaktor gegenüber negativen Auswirkungen von depressiven Störungen auf den materiellen Lebensstandard der untersuchten Betroffenen in Frage. Angesichts der geringen Anzahl der zur Verfügung stehenden Studien muss jedoch auch in Betracht gezogen werden, dass die Unterschiede in den Befundlagen zufällig zustande gekommen sein könnten. Bei der Interpretation der unterschiedlichen Ergebnisse ist deshalb Vorsicht geboten.

Schliesslich sei noch auf die besonders lange Laufzeit der Zürich-Studie hingewiesen (1979 bis 1999). Mit ihrer Laufzeit von bis anhin 20 Jahren nimmt die Zürich-Studie weltweit einen besonderen Stellenwert unter den zahlreichen psychiatrisch-epidemiologischen Studien ein. Die Beobachtungszeiten in den weiteren, thematisch einschlägigen Studien über mögliche Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebensqualität waren weitaus kürzer und beliefen sich auf ein Minimum von 6 Monaten (Rudolf & Priebe, 1999) bis zu einem Maximum von 7 Jahren (Wittchen & Zerssen, 1987). Längere Beobachtungszeiten haben aber gerade bei der Untersuchung von Veränderungen der Lebensqualität eine besondere Bewandtnis, da bei kurzfristig gemessenen Veränderungen der Lebensqualität, die Gefahr besteht, mögliche Benachteiligungen infolge einer depressiven Störung lediglich als vorübergehend und flüchtig abzutun. Die Ergebnisse der Zürich-Studie belegen nun aber, dass schon das Erleiden einer einzigen Episode einer depres-

siven Störung für die Betroffenen längerfristige und anhaltende Nachteile nach sich ziehen kann.

6.3. Methodische Einschränkungen

Im Folgenden wird erörtert, inwieweit methodische Einschränkungen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnten und inwiefern die Studie in ihrer Aussagekraft dadurch möglicherweise geschmälert wird.

Für die in der vorliegenden Arbeit untersuchten 278 Personen liegen im Rahmen von sechs Verlaufsinterviews erhobene Daten vor (1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999). Die einzelnen Verlaufsinterviews beziehen sich auf ein vor dem jeweiligen Zeitpunkt der Befragung liegendes Zeitfenster von 12 Monaten. Für die Jahre zwischen den einzelnen 12-monatigen Zeitfenstern klaffen demnach erhebliche Lücken im Stand der Informationen über weitere, mögliche Ersterkrankungen oder zusätzliche Rezidive. Auf Grund dieser Tatsache, muss zwangsläufig mit einer verminderten Validität und Reliabilität der ermittelten Ergebnisse gerechnet werden. Allerdings liegt es in der Eigenart von longitudinal angelegten Studien, dass diese immer nur ein Teil der interessierenden Sachverhalte ausleuchten oder, anders ausgedrückt, die Realität jeweils nur in beschränktem Ausmasse abbilden können. Die Problematik von nur in Bruchstücken vorhandenen Angaben über den jeweiligen Untersuchungsgegenstand stellt sich also durchaus auch in anderen epidemiologischen oder sozialpsychiatrischen Langzeituntersuchungen.

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich bei der Auslegung der ermittelten Zusammenhänge: Es bestehen berechtigte Zweifel daran, ob das bei depressiven Per-

sonen erhöhte Risiko für eine Scheidung oder Trennung, in jedem Fall als negativ beurteilt werden kann. Eine Scheidung oder Trennung kann zum Beispiel laut Willi (1978) in gewissen Fällen durchaus auch als Chance für die Beteiligten angesehen werden, ein Leben in grösserer Unabhängigkeit und Selbständigkeit zu führen, als dies in einer zerrütteten Ehe möglich gewesen wäre. In den meisten Fällen dürfte eine Scheidung oder Trennung dennoch als negativer Verlauf der persönlichen Entwicklung oder zumindest als negativer Ausgang einer Partnerschaft angesehen werden. Auch wenn dies im Einzelfall nicht immer zutreffen mag, ist es auch gemäss Merikangas (1984) durchaus berechtigt, eine Scheidung oder Trennung im Rahmen von Studien in der Art der vorliegenden Arbeit als grundsätzlich negativ bewertetes Ereignis zu interpretieren.

Eine ähnlich geartete Problematik ergibt sich bei der Auslegung der Veränderung der Lebensqualitätsindikatoren der Anzahl Kinder, der Wohnsituation und der Anzahl nahestehender Personen. Auch hier lassen die ermittelten Zusammenhänge unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten offen. Zum Beispiel kann die Tatsache, dass sich mit zunehmender Anzahl der zwischen dem ungefähren 20-igsten und 40-igsten Lebensjahr erlittenen depressiven Symptome die Anzahl der Kinder vermindert, nicht *tel quel* als negativ beurteilt werden: Kinderlosigkeit kann selbstverständlich auch erwünscht sein. Umgekehrt nimmt mit zunehmender Anzahl Kinder auch die Lebensqualität nicht proportional zu: Kinderreiche Familien können leicht in finanzielle Engpässe geraten. Weiter wird der Umstand, in einem Einpersonenhaushalt zu wohnen, vom Einzelnen durchaus nicht immer als Einbusse in der Lebensqualität erlebt. Und natürlich sagt die Anzahl der einem nahestehenden Personen wenig über die Qualität dieser Beziehungen aus. Es liegt also auf der Hand, dass die Interpretation von Veränderungen im Bereich der so-

zialen Ressourcen im Vergleich mit der Auslegung von Veränderungen im Bereiche der materiellen Ressourcen mit mehr Schwierigkeiten verbunden ist. Diese Schwierigkeiten relativieren sich jedoch unter Berücksichtigung der folgenden Sachverhalte: Eine Veränderung eines Lebensqualitätsindikators aus dem Bereich der sozialen Ressourcen kann zwar aus einem eher *subjektivem* Standpunkt des einzelnen Individuums sehr wohl einmal als positiv, dann wiederum aber als negativ angesehen werden. Aus *objektiver* Sicht, also im Sinne rationalen Bewertens scheint eine der beiden Interpretationsweisen für die meisten Fälle jedoch naheliegender zu sein. Beispielsweise scheint es durchaus sinnvoll, eine gegenüber der nichtdepressiven Bevölkerung geringere Anzahl Kinder bzw. eine geringere Anzahl nahestehender Personen oder der Umstand, in einem Einpersonenhaushalt zu wohnen, als Folge oder Ausdruck des in der Praxis häufig beobachteten *sozialen Rückzugs* von Depressiven zu deuten und demnach grundsätzlich als negativ zu bewerten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich unter kritischer Beurteilung der vorliegenden Arbeit bezüglich Datenlage und Interpretation der Ergebnisse durchaus gewisse Schwierigkeiten aufdecken lassen, diese jedoch in der Eigenart des Studiendesigns und des Untersuchungsgegenstands begründet sind und bei der Durchführung von solchen Forschungsarbeiten somit nicht umgangen werden können.

6.4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Psychotherapie von depressiven Störungen

Wie im Vorangehenden bereits erläutert, müssen Personen, die von depressiven Störungen betroffen sind, vor allem im Bereiche ihrer *sozialen Ressourcen* Benachteiligungen in Kauf nehmen: Die Betroffenen wohnen häufiger alleine – was im weiteren Sinne als Ausdruck eines sozialen Rückzugs interpretiert werden kann – und unter ihnen finden sich erhöhte Scheidungs- und Trennungsraten (Tabelle 24, S. 112).

In Anbetracht dieser Befunde dürften Therapien von Depressionen mit spezieller Berücksichtigung von *interpersonellen Faktoren* eine besondere Bedeutung zukommen. Zur Zeit steht eine grosse und ständig wachsende Zahl unterschiedlicher Verfahren zur psychotherapeutischen Behandlung depressiver Patienten zur Verfügung (z. B. Hell, 1992). Anerkannte Verfahren können grob in Therapien mit psychoanalytischem, kognitiv-behaviouralem oder systemischem Ansatz eingeteilt werden. Die Bewältigung interpersoneller Schwierigkeiten, zum Beispiel durch Förderung von Sozialkompetenzen, würden Vertreter einer jeden dieser Therapierichtung wohl als essentielles Anliegen ihrer Arbeit bezeichnen. Basierend auf den in der vorliegenden Arbeit ermittelten Hauptergebnissen können ungeachtet der betreffenden Therapierichtung folgende, ausgewählte Empfehlungen formuliert werden:

- Personen, die eine depressive Störung erlitten haben, wohnen gemäss Ergebnissen der vorliegenden Studie infolge ihrer Erkrankung häufiger alleine als Personen, die keine depressive Störung erleiden mussten. Dieser Be-

fund verweist auf mögliche soziale Rückzugstendenzen der Betroffenen. Sofern festgestellt wird, dass beim einzelnen Betroffenen tatsächlich soziale Rückzugstendenzen vorliegen, sollte diesen durch Aufrechterhaltung oder Ausgestaltung eines tragfähigen Beziehungsnetzes möglichst entgegen gewirkt werden. Denn einzelne Studien belegen eine präventive Wirkung von sozialen Kontakten und sozialer Unterstützung gegenüber dem Risiko von weiteren depressiven Rezidiven (Georing et al., 1983) beziehungsweise einen die Dauer der depressiven Episode verlängernden Effekt sozialer Vereinsamung (Schaub et al., 1996).

- Ehen, in denen einer der Partner an einer schweren depressiven Störung erkrankt, scheinen angesichts der ermittelten erhöhten Scheidungsraten besonders belastet zu sein. In der psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen sollte deshalb ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung von allfälligen Ehekrisen oder –konflikten gesetzt werden, um Trennungen oder Scheidungen möglichst vorbeugend entgegenzuwirken.

Angesichts dieser beiden eng umrissenen Problembereiche scheint es angebracht zu sein, auf den von Willi (1985) entwickelten ökologisch-systemischen Therapieansatz hinzuweisen, in welchem bei der Behandlung von psychischen Störungen die Verflechtungen des Individuums mit seinem Ökosystem, also mit seinem sozialen Umfeld, besonders in die Betrachtungen miteinbezogen werden und in welchem man sich ganz spezifisch mit kollusiven und koevolutiven Aspekten der Paarbeziehung beschäftigt.

6.5. Vorschläge für weiterführende Forschungsarbeiten

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen, haben depressive Störungen Auswirkungen im Bereich der sozialen Ressourcen der Betroffenen zur Folge: Depressive wohnen infolge ihrer Erkrankung häufiger alleine, und Partnerschaften können durch die Erkrankung des einen Partners an einer depressiven Störung schwer belastet werden.

Laut Katschnig (1997) ist anzunehmen, dass die negativen Auswirkungen von depressiven Störungen auf die Lebenssituation der Betroffenen durch einen sich selbst verstärkenden Teufelskreis zustande kommen. Katschnig (1997) zufolge findet dieser Teufelskreis – vereinfacht dargestellt – seinen Anfang in vorhandenen, negativen Kognitionen des Individuums; ein zusätzliches belastendes Ereignis trägt dann zum Ausbruch einer Depression bei, welche wiederum das Funktionieren des Individuums in seinem Sozialkontext beeinträchtigt; dadurch werden die negativen Kognitionen wieder verstärkt usw. Im Spannungsbogen zwischen der Belastung durch depressive Störungen und dadurch bewirkten Veränderungen der Lebensqualität könnte sich zukünftige Forschung mit der Frage beschäftigen, inwiefern spezifische Interventionen den geschilderten Teufelskreis zu durchbrechen vermögen. Ein Beispiel dafür ist die im Jahre 1997 von Kocis und Mitarbeitern (1997) publizierte Studie, in Rahmen derer nachgewiesen wurde, dass bei Patienten mit einer dysthymen Störung auf Grund einer antidepressiven Pharmakotherapie nicht nur die typischen Krankheitssymptome verringert, sondern auch im speziellen das Funktionieren in sozialen Rollen verbessert werden konnte. In der vorliegenden Arbeit konnten keine positiven Veränderungen von Le-

bensqualitätsindikatoren nach der Behandlung von Major Depression Episoden mit Antidepressiva belegt werden. Im Vergleich mit den Personen aus der Kontrollgruppe war die Belastung durch die Erkrankung bei den behandelten Personen wegen den signifikant häufigeren Episoden allerdings stark erhöht, so dass die beiden Gruppen nur beschränkt mit einander vergleichbar sind und die Bedeutung dieses Befundes demnach zu relativieren ist (siehe auch S. 95f.).

Ein anderer Ansatz betrifft die Möglichkeit des Einbezugs von Persönlichkeitsfaktoren in das Zusammenhangsgefüge der untersuchten Variablen. Hautzinger (1990) beschäftigt sich mit der Bewältigung von Belastungen durch depressive Störungen und geht davon aus, dass neben sozialen Ressourcen vor allem personale Ressourcen im Sinne von Persönlichkeitsmerkmalen eine wichtige Rolle in der Art und Weise spielen, wie die Betroffenen mit der Belastung umgehen und wie sich diese schliesslich auf ihre Lebenssituation auswirkt. In der vorliegenden Arbeit stellte sich unerwarteterweise heraus, dass zwischen dem Ausmass der Erwerbstätigkeit und der von den Befragten selbsteingeschätzten Belastung durch depressive Symptome ein positiver Zusammenhang besteht. Weiter fand sich zwischen der von den Betroffenen subjektiv erlebten Belastung durch depressive Symptome und der tatsächlichen Belastung gemessen an der Anzahl der erlittenen Symptome und der Dauer ihres Bestehens nur eine moderate Korrelation (siehe auch S. 104f.). Angesichts dieser Befunde ist es naheliegend anzunehmen, dass der Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Erwerbstätigkeit und der subjektiv erlebten Belastung durch vorhandene depressive Symptome über weitere, vermittelnde Variablen zustande kommen dürfte. Beispielsweise könnten bestimmte Persönlichkeitseigenschaften eine Schutzwirkung gegen die erlebte Belastung durch depressive Symptome entfaltet und so verhindert haben, dass die

Betroffenen in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werden. Möglicherweise könnte dem Einbezug von Persönlichkeitseigenschaften wie der emotionalen Stabilität vs. Labilität (Fahrenberg et al., 2001) eine wichtige Rolle beim Ausleuchten der Hintergründe dieses Zusammenhanges zufallen. Dieser Fragestellung im Detail nachzugehen, um herauszufinden, inwieweit sich diese Hypothese bestätigen lässt, wäre durchaus lohnenswert.

Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass ein wichtiger Untersuchungsgegenstand der Lebensqualitätsforschung den Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität betrifft. In mehreren bisherigen Studien wurde der Nachweis dafür erbracht, dass der Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Variablen der Lebensqualität geringer ist, als man annehmen könnte (siehe Kap. 2.3.4. S. 22ff.). In der vorliegenden Arbeit wurden lediglich objektivierbare Parameter der Lebensqualität ausgeleuchtet. Andere, frühere Forschungsarbeiten im Rahmen der Zürich-Studie beschränkten sich wiederum auf die Untersuchung der von den Befragten subjektiv eingeschätzten Lebensqualität (Bech & Angst, 1996; Gamma & Angst, 2001). Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen objektiven und subjektiven Parametern der Lebensqualität war also nicht Gegenstand der vorliegenden Forschungsarbeit. Die Frage bleibt demnach noch offen, ob der in früheren Studien mehrfach erbrachte Nachweis für die Diskrepanz zwischen objektiv gemessener und subjektiv eingeschätzter Lebensqualität sich auch im Rahmen der Zürich-Studie bestätigen lässt.

7. Literaturverzeichnis

- Abbey, A. and Andrews, F. M. Modeling the psychological determinants of life quality of life. *Social Indicators Research* (1985) 16:1-34.
- Andrews, F. M. and Withey, S. B. *Social Indicators of Well-Being: America's Perception of Life quality*. Plenum Press, 1976.
- Angermeyer, M. C. and Kilian, R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius, Eds., *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons, 1997.
- Angst, J. and Dobler-Mikola, A. The Zurich Study II. The continuum from normal to pathological depressive mood swings. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* (1984a) 234(1):21-9.
- Angst, J., Dobler-Mikola, A. and Binder, J. The Zurich Study I. A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. Problem, methodology. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* (1984) 234(1):13-20.
- Angst, J. and Dobler-Mikola, A. The Zurich Study III. Diagnosis of depression. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* (1984b) 234(1):30-7.
- Angst, J., and Dobler-Mikola, A. The Zurich Study IV. A prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. Recurrent and nonrecurrent brief depression. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* (1985) 234(6):408-16.
- Atkinson, M., Zibin, S. and Chuang, H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* (1997) 154(1):99-105.
- Baer, R. *Die sozialpsychiatrische Prognose der zylothymen Depression*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975.
- Baker, F. and Intagliata, J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann* (1982) 5(1):69-79.
- Barge-Schaapveld, D. Q. C. M., Nicolson, N. A., Berkof, J. et al. Quality of life in depression: Daily life determinants and variability. *Psychiatry Research* (1999) 88(3):173-189.

-
- Barry, M. Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius, Eds., *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons, 1997.
- Barry, M. and Crosby, C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* (1996) 168(2):210-6.
- Bech, P. The PCASEE model: An approach to subjective well-being. In J. Orley and J. Kuyken, Eds., *Quality of Life Assessment: International Perspective*. Springer Verlag, 1994.
- Bech, P. and Angst, J. Quality of life in anxiety and social phobia. *International Clinical Psychopharmacology* (1996) 11 (suppl 3): 97-100.
- Beck, A., Ruch, A., Shaw, R. et al. *Kognitive Therapie der Depression*, 1986.
- Beck, A. T. and Ward, C. H. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* (1961) 4:561-571.
- Becker, M. and Diamond, R. New development in quality of life measurement in schizophrenia. In H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius, Eds., *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons, 1997.
- Becker, M., Diamond, R. and Sainfort, F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* (1993) 2:239-251.
- Bellebaum, A. und Barheier, K. *Lebensqualität: Ein Konzept für Praxis und Forschung*. Westdeutscher Verlag, 1994.
- Bigelow, D. A., Brodska, G., Steward, L. et al. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In G. J. Stahler and W. R. Tash, Eds., *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. Academic Press, 1982.
- Bigelow, D. A., Mc Farland, B. H. and Olson, M. M. Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Ment Health J* (1991) 27:43-55.
- Binder, J., Dobler-Mikola, A. and Angst, J. An epidemiological study of minor psychiatric disturbances. *Soc. Psychiatry* (1981) 16:31-41.

-
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* (1994) 151(7):979-86.
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K. et al. Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Jama* (1990) 264(19):2524-8.
- Brosius, G. und Brosius, F. *SPSS Base System und Professional Statistics*. International Thomson Publishing Company, 1995.
- Bullinger, M. Lebensqualität - ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.-J. Möller, R. Engel und P. Hoff, Hrsg., *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Springer-Verlag, 1996.
- Campbell, A., Converse, P. E. and L., R. W. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*. Russels Sage, 1976.
- Campbell, J., Schraiber, R., Temkin, T. et al. The Well-Being Project: Mental Health Clients Speak for Themselves. Report to the California Department of Mental Health, 1989.
- Clare, A. W. and Cairns, V. E. Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychol Med* (1978) 8(4):589-604.
- Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M. et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* (1993) 150(5):720-7.
- Costa, P. T., Jr., Zonderman, A. B., McCrae, R. R. et al. Longitudinal analyses of psychological well-being in a national sample: stability of mean levels. *J Gerontol* (1987) 42(1):50-5.
- Coyne, J. C. Depression and the response of others. *J Abnorm Psychol* (1976) 85(2):186-93.
- Derogatis, L. R. The SCL-90-R Manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90-R. John Hopkins University School of Medicine. Clinical Psychometrics Unit, 1975.
- Dooley, D., Catalano, R. and Wilson, G. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Community Psychol* (1994) 22(6):745-65.

-
- DSM-III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III*, 1980.
- DSM-III-R. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R*, 1988.
- DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*, 1994.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. et al. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull* (1993) 29(2):321-6.
- Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (1977) 196:129-136.
- EuroQol. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* (1990) 16(3):199-208.
- Evans, D. R., Burns, J. E., Robinson, W. E. et al. The quality of life questionnaire: a multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology* (1985) 13(3):305-322.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. und Selg, H. *FPI-R. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, Handanweisung (6. ergänzte Aufl.)*. Göttingen, Hogrefe, 1994.
- Gamma, A. and Angst, J. Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: gender differences and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2001) 251 (suppl 2): 1143-6.
- Georing, P., Wasylenki, D., Lancee, W. and Freeman, S. Social Support and Post Hospital Outcome for Depressed Women. *Can. J. Psychiatry* (1983) 28: 612-618.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H. et al. Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Aust N Z J Psychiatry* (2000) 34(6):1022-9.
- Goldstrom, I. D. and Manderscheid, R. W. The chronically mentally ill: a descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Comm. Supp. Serv. J.* (1986) 2:4-9.
- Gurland, B. J., Yorkston, N. J., Stone, A. R. et al. The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM). I. Description, rationale and development. *Arch Gen Psychiatry* (1972) 27(2):259-64.
- Haase, H. J. *Depressionen*. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York, 1976.

-
- Hasford, J. Kriterium Lebensqualität. In H. Tüchler und D. Lutz, Hrsg., *Lebensqualität und Krankheit*. Deutscher Ärzte-Verlag, 1991.
- Hautzinger, M. *Bewältigung von Belastungen. Selbstgesteuerte Überwindung von Depressivität und Prävention psychischer Beeinträchtigungen*. Regensburger Verlag, 1990.
- Hell, D. *Ehen depressiver und schizophrener Menschen. Eine vergleichende Studie an 103 Kranken und ihren Ehepartnern*. Springer-Verlag, 1982.
- Hell, D. *Welchen Sinn macht Depression?* Rowohlt Verlag GmbH, 1992.
- Hirschfeld, R. M., Montgomery, S. A., Keller, M. B. et al. Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry* (2000) 61(4):268-75.
- Hunt, S. M. and McKenna, S. P. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy* (1992) 22(3):307-19.
- Jenkinson, C. Quality of life measurement: Does it have a place in routine clinical assessment? *J Psychosom Res* (1994) 38(5):377-81.
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B. et al. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry* (1996) 153(11):1411-7.
- Kahneman, D., Diener, E. and Schwarz, N. *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. Russel Sage Foundation, 1999.
- Kaplan, R. M., Bush, J. W. and Berry, C. C. Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Serv Res* (1976) 11(4):478-507.
- Katschnig, H. und König, P. *Schizophrenie und Lebensqualität*. Springer-Verlag, 1994.
- Katschnig, H., Simhandl, C., Serim, M. et al. Depression-specific quality of life scale are flawed. APA Annual Meeting, 4-9 May, 1996.
- Katschnig, H. Qualitätssicherung und Lebensqualität bei psychischen Krankheiten. In K. Schmeck, F. Poustka und H. Katschnig, Hrsg., *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Springer-Verlag, 1998.
- Katschnig, H. und Angermeyer, M. C. Quality of life in depression. In H. Katschnig, H. Freeman und N. Sartorius, Hrsg., *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons, 1997.

-
- Katschnig, H., Freeman, H. and Sartorius, N. *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons, 1997.
- Kay, D. W., Beamish, P. and Roth, M. Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne II. A study of possible social and medical causes. *Br J Psychiatry* (1965) 110(479):668-682.
- Keith, J., Brodie, H., Leff, M. Bipolar depression: A comparative study of patient characteristics. *Amer. J. Psychiat* (1971) 127: 1986-2091.
- Keller-Buff, L. Depressive Verstimmungen und Lebenssituation. Eine geschlechtsspezifische Darstellung. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 1995.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G. et al. Prevalence, correlates and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* (1997) 45(1-2):19-30.
- Kocsis, J. H., Zisook, S., Davidson, J. et al. Double-blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: psychosocial outcomes. *Am J Psychiatry* (1997) 154(3):390-5.
- Lauer, G. Die Lebensqualität psychiatrischer Patienten: theoretische Modelle, empirische Resultate und Implikationen für die weitere Forschung. In K. Pawlik, Hrsg., *Bericht über den 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994*. Hogrefe, 1995.
- Lehman, A. F. A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill. *Evaluation and Program Planning* (1988) 11:51-62.
- Lehman, A. F. Instruments for measuring quality of life in mental illnesses. In H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius, Eds., *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons, 1997.
- Lehman, A. F., Ward, N. C. and Linn, L. S. Chronic mental patients: the Quality of Life issue. *American Journal of Psychiatry* (1982) 139:1271-1276.
- Malm, U., May, P. R. and Dencker, S. J. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophr Bull* (1981) 7(3):477-87.
- Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M. et al. OPCS Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 3: Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders. HMSO, 1996.
- Merikangas, K. R. Divorce and assortative mating among depressed patients. *Am J Psychiatry* (1984) 141(1):74-6.

-
- Morgado, A., Smith, M., Lecrubier, Y. et al. Depressed subjects unwittingly overreport poor social adjustment which they reappraise when recovered. *J Nerv Ment Dis* (1991) 179(10):614-9.
- Mukherjee, R. *The Quality of Life: Valuation in Social Research*. Sage Publications, 1989.
- Noll, H. H. Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens, *ZUMA-Nachrichten*, Vol. 24. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V. (ZUMA), 1989.
- Oliver, J. P. J. The social care directive: development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Soc. Work Soc. Sci. Rev* (1991) 3:5-45.
- Orley, J. and Kuyken, W. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Springer-Verlag, 1993.
- Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M. et al. Subjective evaluation criteria in psychiatric care--methods of assessment for research and general practice. *Psychiatr Prax* (1995) 22(4):140-4.
- Pschyrembel. *Klinisches Wörterbuch*. Walter de Gruyter, 1994.
- PUK. Fragebogen SPIKE 1979-1999. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 1979.
- Pukrop, R., Möller, H.-J., Sass, H. et al. Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* (1999) 70:41-53.
- Rothmann, K. J. *Modern Epidemiology*. Lippincott-Raven Publishers, 1986.
- Rudolf, H. and Priebe, S. Subjective quality of life in female in-patients with depression: a longitudinal study. *Int J Soc Psychiatry* (1999) 45(4):238-46.
- Rupprecht, R. Lebensqualität: Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung, *Philosophische Fakultät I*. Friedrich-Alexander-Universität, 1993.
- Sainfort, F., Becker, M. and Diamond, R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *Am J Psychiatry* (1996) 153(4):497-502.

-
- Sass, H., Wittchen, H.-U. und Zaudig, M. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Hogrefe-Verlag, 1998.
- Schaub, R. T., Barnow, S. und Linden, M. Stationäre Behandlungszeiten und psychosoziale Belastungsfaktoren bei depressiven Patienten. In Möller, H.-J., Engel, R. und Hoff, P., Hrsg. *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Springer-Verlag, Wien, 1996
- Schmeck, K. Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In K. Schmeck, F. Poustka und H. Katschnig, Hrsg., *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Springer-Verlag, Wien, 1998.
- Skantze, K., Malm, K., Dencker, S. J. et al. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry* (1992) 161:797-801.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J. et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *J Chronic Dis* (1981) 34(12):585-97.
- SPSS. Professional Statistics, Release 10. SPSS Inc., 2000.
- Stein, L. I. and Test, M. A. Alternative to mental hospital treatment I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* (1980) 37(4):392-7.
- Steinmeyer, E. M., Pukrop, R., Czernik, A. et al. Facettentheoretische Validierung des Konstrukts Lebensqualität bei depressiv Erkrankten. In H.-J. Möller, R. Engel und P. Hoff, Hrsg., *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Springer-Verlag, 1996.
- Stevens, B. *Marriage and fertility of women suffering from schizophrenia or affective disorders*. Oxford University Press, 1967.
- Stieglitz, R.-D. Erfassung von Lebensqualität bei schizophrenen Patienten. In H.-J. Möller, R. Engel und P. Hoff, Hrsg., *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Springer-Verlag, 1996.
- Stoker, M. J., Dunbar, G. C. and Beaumont, G. The SmithKline Beecham 'quality of life' scale: a validation and reliability study in patients with affective disorder. *Qual Life Res* (1992) 1(6):385-95.

-
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. *Using Multivariate Statistics*. California State University, 1996.
- Tüchler, H. und Lutz, D. *Lebensqualität und Krankheit*. Deutscher Ärzte-Verlag, 1991.
- Voll, R. Aspekte zur Lebensqualität bei chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen in ambulanter oder stationärer Rehabilitation. In K. Schmeck, F. Poustka und H. Katschnig, Hrsg., *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Springer-Verlag, 1998.
- Weissman, M., Bruce, M., Leaf, P. et al. Affective Disorders. In L. Robins and D. A. Regier, Eds., *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, Maxwell Macmillan International, 1991.
- Weissman, M. M. and Paykel, E. S. *The Depressed Women: A Study of Social Relationships*. University of Chicago, 1974.
- Weissman, M. M., Paykel, E. S., Siegel, R. et al. The social role performance of depressed women: comparisons with a normal group. *Am J Orthopsychiatry* (1971) 41(3):390-405.
- WHOQOL-Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment Instrument (the WHOQOL). In J. Orley and J. Kuyken, Eds., *Quality of Life Assessment: International Perspective*. Springer Verlag, 1994.
- WHOQOL-Group. WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment WHOQOL-100: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. World Health Organization, 1996.
- Willi, J. *Therapie der Zweierbeziehung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1978.
- Wittchen, H.-U. und von Zerssen, D. *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung*. Springer Verlag, 1987.
- Wright, S. J. Health-related quality of life: a critical review of the concept and its measurement. In J. P. Dauwalder, Ed., *Psychology and promotion of health*. Hogrefe & Huber, 1994.

Zapf, W. Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer und W. Zapf, Hrsg., *Lebensqualität in der Bundesrepublik - Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Campus, 1984.

8. Curriculum vitae des Autors

Name: Frei
 Vorname: Adrian
 Geburtsdatum: 20.12.1967
 Nationalität: CH
 Heimatort: Rüthi SG
 Zivilstand: ledig
 Wohnadresse: Neugasse 83,
 8005 Zürich
 Telefon: 01/273 50 26

Schulen und Ausbildungen:	1974 - 1980	Primarschule, Monthey VS
	1980 - 1984	Sekundarschule, Dietikon ZH
	1984 - 1987	Kaufmännische Berufslehre KV, Dietikon ZH
	1987	Sprachaufenthalt GB, First Certificate, 3 Monate
	1987 - 1988	Dolmetscherschule, Zürich (D,F,E)
	1989 - 1992	Maturitätsschule AKAD, berufsbegleitend
	1993 - 1998	<u>Psychologie-Studium Universität Zürich:</u> Hauptfach Klinische Psychologie, 1. Nebenfach Psychopathologie des Erwachsenenalters, 2. Nebenfach Kriminologie
Lizentiatsarbeit:	1998	"Langzeiteffekte sportlicher Aktivitäten auf die subjektiv eingeschätzte Schlafqualität" (betreut durch Frau Prof. Dr. Inge Strauch, Universität Zürich)
Psychopathologie-Praktika:	27.2.95 - 14.4.95	<u>Praktikum I:</u> Hilfspflegepraktikum in der PUK, Zürich (ehemals Burghölzli), geschlossene, gerontopsychiatrische Abteilung

7.7.97 - 22.8.97 Praktikum II: Kantonale Psychiatrische Klinik Wil SG, akute, geschlossene Station

15.9.97 - 19.12.97 Praktikum III: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, teilstationäre Dienste, Nachtambulanz

Bisherige Arbeitgeber:

1984 - 1987 Madag, Dietikon, kaufmännische Berufslehre

1987 - 1988 Diverse Temporäreinsätze

1988 - 1989 Compagnons AG, Zürich

1989 - 1994 Schweizerischer Bankverein, Zürich

1995 Hotel Olympia, Zürich, Temporäreinsatz

1995 - 1997 Sozialdepartement der Stadt Zürich, „Crossline“, Poliklinik für diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln

1998 (Februar bis Mai) Credit Suisse, Glattbrugg, Temporäreinsatz

1998 - 2000 Interessengemeinschaft für Sozialpsychiatrie, Zürich (Leitung einer sozialpsychiatrischen Wohngemeinschaft), 30%ige Anstellung

1999 - 2001 Institut für Suchtforschung, Zürich, 70-80%ige Forschungsstelle

2002 – 2003 Rehabilitationsklinik SUVA, Bellikon, Postgraduierten-Studium in Neuropsychologie (1.1.2002 bis 31.3.2003, 80%)

ab 1.4.2003 Höhenklinik Wald, 60%, Neuropsychologie

Sprachen:

Deutsch: Muttersprache

Französisch: Muttersprache

Englisch: sehr gute Kenntnisse in Schrift und Sprache

Italienisch: Grundkenntnisse

