

ZUR DIFFERENZIERUNG AGITIERTER UND NICHT-AGITIERTER DEPRESSIVER SYNDROME ANHAND VON SELBSTBEURTEILUNGEN

II

Ferdinand Keller, Wilhelm Kempf und Roland Straub

1. Methodischer Ansatz

Vergleicht man die gängigen Selbstbeurteilungsskalen zur Depression, so muß man mit Erstaunen feststellen, wie undifferenziert und oberflächlich die depressive Symptomatik meist betrachtet wird. Nicht nur, daß die von den Patienten gegebenen Selbstausskünfte im Regelfall zu einem Score verrechnet werden, aus dem die eigentliche Symptomatik der Patienten nicht erkennbar ist. Von manchen Skalen wie z.B. der Befindlichkeitsskala von v.Zerßen (1976) gibt es zudem "Parallelförmigkeiten", in denen zwar dieselben Symptombereiche angesprochen, dabei aber doch deutlich verschiedene Symptome abgefragt werden. Offensichtlich werden die Symptome als austauschbar betrachtet.

Versuche, die Trennung zwischen dem "agitierten", dem "gehemmten" und eventuell noch einem "apathischen" depressiven Syndrom auf Symptomebene vorzunehmen, zeigen, daß es nur ganz wenige Symptome gibt, die eindeutig einem der Syndrome zugeordnet werden können. Z.B. kommt Heimann (1969) zu dem Ergebnis, daß die Symptomatik agitierter depressiver Patienten nicht grundsätzlich anders liege als bei den gehemmt depressiven Patienten. Viele der für Hemmung typischen Symptome finden sich auch bei agitierten Patienten.

Bei dem Versuch, zu einer Differenzierung der Syndrome zu gelangen, wurde von uns daher ein methodischer Ansatz gewählt, der die unmittelbare Symptomebene verläßt, stattdessen Symptomkombinationen betrachtet und der Frage nachgeht, ob sich innerhalb verschiedener Symptombereiche Klassen von Symptomkombinationen (sog. "Syndromklassen") identifizieren und den Syndromen zuordnen lassen.

Als Methode zur Klassenbildung diente dabei die Latent-Class-Analyse (LCA) nach Lazarsfeld (1950) unter Anwendung eines von Rost & Sönnichsen (1982)

nach einem Algorithmus von Goodman (1974) entwickelten Computerprogramms. Alternative Verfahren zur Klassenbildung, wie die Methode der logischen Minimierung (LM) und die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) nach Krauth & Lienert (1973) erwiesen sich im Hinblick auf die gegebene (und in künftigen Untersuchungen zu erwartende) Datenstruktur als wenig brauchbar, da sie kaum haltbare Zusatzannahmen erfordern (vgl. Keller, 1983).

2. Voruntersuchungen

Bei der Bildung von Syndromklassen konnte in einem ersten Schritt auf umfangreiches Datenmaterial zurückgegriffen werden, das auf der Depressionsstation des PLK-Weißenau bereits vorlag. Über einen Zeitraum von 3 Jahren waren dort den Patienten regelmäßig Selbstbeurteilungsskalen vorgegeben worden, nach denen sie ihre Befindlichkeit während der jeweils vorangegangenen Woche beurteilen sollten. Es waren dies die Befindlichkeitsskala (B-S) von v. Zerssen (1976), die Self-Anxiety-Scale (SAS-P) und die Self-Depression-Scale (SDS-P) von Zung (1965, 1971), beide in einer übersetzten und erweiterten Fassung von Pichot und De Bonis, sowie eine in Anlehnung an eine frühe Fassung der Eigenschaftswörterliste von Janke und Debus (1977) entwickelte Liste körperlicher-Symptome (LKS) zur Erfassung der vegetativen körperlichen Befindlichkeit.

Aus diesen Skalen wurden auf Grundlage einer Expertenbefragung jene Items ausgewählt, die den Syndromen "gehemmt" und "agitiert" sicher und weitgehend einheitlich zugeordnet werden konnten. Die Befindlichkeitsskala (B-S) blieb dabei unberücksichtigt, da sie abwechselnd in den beiden "Parallelformen" vorgegeben worden war, so daß dazu kein einheitliches Datenmaterial vorlag).

Die Auswertung ergab schließlich einen Itempool von 29 aus 85 Items, von denen 17 dem gehemmt und 12 dem agitierten Syndrom zugeordnet waren. Diese wurden in 6 Symptombereiche gruppiert: 1. Schlafstörung/Müdigkeit; 2. Beklemmung/Einengung/Verstopfung; 3. Herz/Kreislauf/Atmung; 4. Angst/Zitterigkeit; 5. Unruhe/Zeitverlauf; und 6. Wertlosigkeit/Schuld/Trübsal (vgl. Straub et al 1980).

Für die Bildung von Syndromklassen innerhalb dieser 6 Symptombereiche standen als Datenmaterial insgesamt 1308 Fragebogensätze zur Verfügung, von denen allerdings je 5-10 auf dieselben Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten ihres stationären Aufenthaltes zurückgingen. Weitere 1744 Fragebogensätze konnten später zur Kreuzvalidierung der gewonnenen Ergebnisse verwendet werden, wobei sich eine recht gute Reproduzierbarkeit der mittels der LCA identifizierten Syndromklassen ergab (vgl. Kempf et al 1982).

Da den Patienten die Fragebögen in einer Form vorgegeben worden waren, in der sie in 4-5 Abstufungen die Intensität bzw. die Häufigkeit der angesprochenen Symptome in der vergangenen Woche angeben sollten, die LCA jedoch von dichotomen Items ausgeht, mußten die Antworten der Patienten erst wieder in eine dichotome Information (Symptom vorhanden/nicht vorhanden) zurückgeführt werden. Dazu wurde auf Grundlage einer Expertenbefragung für jedes einzelne Item entschieden, wo die Grenze zu setzen sei (vgl. Straub et al 1980).

Mit Hilfe der LCA konnten schließlich in 3 der 6 Symptombereiche latente Klassen identifiziert werden, die - aufgrund der Experteneinschätzung der sie charakterisierenden Symptome - gut einem Syndrom zugeordnet werden konnten. Es waren dies die Bereiche Schlafstörung/Müdigkeit, Wertlosigkeit/Schuld/Trübsal und Unruhe/Zeitverlauf.

Die interne Validierung der Syndromzuordnungen aus den 3 Bereichen mittels Kontingenzanalyse ergab einen hohen statistischen Zusammenhang. Die Zuordnung der Patienten anhand ihrer Symptomkombinationen in diesen 3 Bereichen in die Syndrome "symptomfrei", "gehemmt" und "agitiert" ergab eine überzufällig große Häufigkeit bei übereinstimmenden Syndromen, während die Zuordnung zu verschiedenen Syndromen überzufällig selten vorkam.

In den restlichen 3 Symptombereichen lieferte die LCA keine klinisch sinnvoll interpretierbaren Resultate. Eine Analyse der Iteminterkorrelationen dieser letzteren Bereiche legte die Vermutung nahe, daß die syntaktische Formulierung der (aus verschiedenen Fragebogen stammenden) Items und insbesondere der zeitliche Bezug der Items einen großen Anteil bei der Beantwortung hatte (vgl. Kempf et al 1982). Auch die klinisch gut interpretierbaren Ergebnisse aus den anderen 3 Symptombereichen sind daher mit einiger Vorsicht zu behandeln, solange nicht hinreichend geklärt ist, inwieweit nicht auch sie durch syntaktische Artefakte beeinflußt sind.

3. Hauptuntersuchung

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Voruntersuchungen wurde schließlich die "Weißener Depressionskala" (WDS) formuliert, wozu die 29 aus der SAS-P, der SDS-P und der LKS übernommenen Items sprachlich überarbeitet und um - auf Grundlage einer Lehrbuchanalyse (vgl. Straub et al 1980) konstruierte - zusätzliche Items ergänzt wurden. Die insgesamt 50 Items der WDS wurden von 16 im Umgang mit Depressiven erfahrenen Psychiatern und Psychologen den Syndromen agitiert (a), gehemmt (g) und apathisch (ap) zugeordnet und in 10 Symptombereiche gruppiert. Die Zuordnung der Items zu den einzelnen Symptombereichen und zu den verschiedenen Syndromen ist Tabelle 1 zu entnehmen. Als Antwortmöglichkeiten waren den Patienten nun einheitlich die dichotomen Kategorien "manchmal-selten-nie" und "öfter-oft-ständig" vorgegeben.

Die Daten wurden weiterhin auf der Weißener-Depressionsstation im Rahmen einer wöchentlichen Vorgabe verschiedener Fragebogen erhoben. Für die statistische Analyse der WDS standen schließlich 1028 ausgefüllte Fragebogen zur Verfügung.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Voruntersuchung bestätigt die vermutete Verzerrung der Syndromklassen durch syntaktische Artefakte der Itemformulierung. Nach der sprachlichen Überarbeitung der Items können diese weitgehend als behoben angesehen werden (vgl. Keller 1983). Andererseits bewirkte die Neuformulierung der Items jedoch eine so starke Verschiebung der ursprünglich identifizierten Antwortmuster, daß ein Festhalten an der Gruppierung der Items in dieselben 6 Symptombereiche, wie sie in den Voruntersuchungen verwendet wurde, kaum angezeigt erschien.

Von den neu gebildeten 10 Symptombereichen wurden schließlich 9 einer LCA unterzogen. Der Bereich "Kognitive Items" wurde (vorläufig) nicht weiter analysiert, da die darin angesprochenen Symptome nach Experteneinschätzung keinem der Syndrome zugeteilt werden können. Von den verbleibenden 9 Symptombereichen erbrachte die LCA für 3 Bereiche keine brauchbaren Ergebnisse: Bei den Bereichen Reizbarkeit/Zurückhaltung und Unbestimmte Angst zeigten die

| | | | |
|----|--------|--------|--|
| SB | I-Er. | Sz | Im zurückliegenden Zeitraum besetzte ich |
| | WBS-30 | g | daß ich in meinem Denken plötzlich blockiert war |
| | WBS-36 | (g-vp) | daß mein Denken äh und langsam war |
| | WBS-42 | (ap) | daß ich untätig darsaß und vor mich hin grübelte |
| | WBS-3 | a | daß ich nicht in der Lage war, etwas gestelltes zu tun, obwohl ich alles mögliche anfang konnte |
| | WBS-49 | (d) | daß ich mich zu nichts richtig entschließen konnte |
| | WBS-4 | a | daß mein Herz schneller schlug als üblich |
| | WBS-10 | (a) | Herzklopfen, obwohl ich mich in keiner Weise ausstraute |
| | WBS-20 | (a) | Herzklopfen oder Herzjagen |
| | WBS-23 | (a) | Herzstolpern (unregelmäßiger Puls) |
| | WBS-26 | a | beschleunigte Atmung |
| | WBS-16 | (d) | daß ich mich schuldig fühlte, wenn ich eine Demobest beging |
| | WBS-28 | nz | daß ich meine Umwelt nicht verstand und ich da- runter litt |
| | WBS-31 | nz | daß man nicht auf mich gehört hatte und deshalb etwas schlief ging |
| | WBS-34 | d | daß ich das Gefühl hatte, nie etwas recht machen zu können |
| | WBS-39 | nz | daß ich befallen, was ich tat, das Gefühl hatte, es falsch gemacht zu haben |
| | WBS-40 | nz | daß ich mir die Schuld gab, wenn etwas schief ging, auch dann, wenn ich nicht direkt betei- ligt war |
| | WBS-44 | nz | daß andere Schuld waren, wenn es mir schlecht ging |
| | WBS-46 | nz | daß ich mir Vorwürfe machte, weil ich bei ein- fachen Tätigkeiten versagte |
| | WBS-11 | ap | daß ich mich müde fühlte |
| | WBS-25 | ap | daß ich ohne jeden Grund müde war |
| | WBS-27 | ap | daß ich mich kraftlos und ausgeleert fühlte |
| | WBS-32 | ap | daß ich bei einer Tätigkeit schnell ermüdete |
| | WBS-50 | ap | daß ich kraftlos und schlief war |
| | WBS-6 | a | daß ich reizbarer als gewöhnlich war |
| | WBS-29 | (g) | daß ich schüchtern war als gewöhnlich |
| | WBS-36 | f | daß ich eine Wut hatte, diese jedoch nicht zeigte, da mir der Mut dazu fehlte |
| | WBS-41 | n | daß ich mich starker zurückhielt, auch da, wo ich eigentlich etwas zu sagen gehabt hatte |

| | | | |
|----|--------|-------|--|
| SB | I-Er. | Sz | In zurückliegenden Zeitraum besetzte ich |
| | WBS-3 | (d) | daß mein Schlaf gestört war |
| | WBS-7 | a | daß ich so aufgeregt war, daß mir das Ein- schlafen sehr schwer fiel |
| | WBS-9 | d | daß ich früh am Morgen aufwachte und nicht mehr einschlafen konnte |
| | WBS-47 | (d) | daß es mir abends eindeutig besser ging als tagsüber |
| | WBS-1 | (d) | daß ich trübselig war |
| | WBS-5 | (d) | daß ich mich unwohl fühlte |
| | WBS-13 | d | daß ich mich überflüssig und zu nichts gut fühlte |
| | WBS-37 | d | daß ich mich wertlos und überflüssig fühlte |
| | WBS-45 | a | daß ich weinte und ganz versetzt war |
| | WBS-8 | a | daß ich nicht allein bleiben konnte, ich hatte Angst vor der Einsamkeit |
| | WBS-21 | (a) | daß ich nicht im Dunkeln bleiben konnte, ich fürchtete mich davor |
| | WBS-33 | a | daß ich eine unbestimmte Angst hatte, die mich ruhelos machte |
| | WBS-35 | nz | daß ich Angst und Sorge nicht loswurde, jeder wollte mir nur Böses |
| | WBS-2 | a | daß ich so aufgeregt war, daß ich nicht still- halten konnte |
| | WBS-12 | (a) | daß mir das Warten zur Qual wurde |
| | WBS-14 | a | Innere Durste/Getriebtheit |
| | WBS-17 | a | daß ich unruhig war und nicht stillhalten konnte |
| | WBS-19 | (ap) | daß ich das Gefühl hatte, im Zeitlupentempo zu leben |
| | WBS-26 | a | daß ich ruhelos und rastlos war |
| | WBS-49 | (gve) | daß ich äußerlich ruhig wirkte, es mich inner- lich jedoch untrieb |
| | WBS-15 | a | daß ich zitterte |
| | WBS-18 | a | daß ich eine Gänsehaut hatte und zitterte, was aber nicht an der Kälte lag |
| | WBS-22 | a | Zitterigkeit |

T a b e l l e 1: Symptombereiche (SB), ItemNr. (I-Er.) und Syndroman- ordnung (Sz) der Items der WBS, eingeteilt, gegliedert, epogenetisch, 3-stufig, depressiv, nicht-spezifisch, 3-stufig, depressiv, nicht-spezifisch. Mit Unsicherheit besetzte Syndrome sind in Klammern gesetzt.

| VDS- 21 | | VDS- 12 | | VDS- 14 | | VDS- 17 | | VDS- 19 | | VDS- 26 | | UWENNE | |
|---------|-----|---------|------|---------|------|---------|------|---------|-------|---------|-------|--|--|
| a | (a) | a | (a) | a | (ap) | a | (ap) | a | (g a) | a | (g a) | Klassenbeschreibung | |
| 100% | 99% | 96% | 100% | 53% | 53% | 100% | 91% | 100% | 91% | 100% | 91% | U1: Symptomreich | |
| 2% | 6% | 0% | 2% | 0% | 0% | 6% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | U2: Symptomarm | |
| 3% | 28% | 41% | 0% | 24% | 12% | 77% | 0% | 12% | 77% | 0% | 0% | U3: innere Unruhe nach außen kaum gestigt | |
| 96% | 0% | 84% | 53% | 0% | 7% | 70% | 0% | 7% | 70% | 0% | 0% | U4: innere Unruhe, Gestraubtheit, keine Beantwortfähigkeit im Zeittempfinden | |
| 20% | 91% | 100% | 33% | 41% | 100% | 91% | 0% | 100% | 91% | 0% | 0% | U5: Dagegüld und zeitlose Unruhe | |
| 63% | 87% | 76% | 70% | 57% | 7% | 64% | 0% | 64% | 64% | 0% | 0% | U6: diffuse Beantwortungskategorie | |

Modellanpassung: Chi-Quadrat=106,6 df=80

| VDS- 4 | | VDS- 10 | | VDS- 20 | | VDS- 23 | | VDS- 24 | | HEEZ/ATTEURO | |
|--------|------|---------|------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------------------------------------|--|
| a | (a) | (a) | (a) | (a) | (a) | a | (a) | a | (a) | Klassenbeschreibung | |
| 100% | 100% | 100% | 77% | 81% | 81% | 81% | 81% | 81% | 81% | H1: Symptomreich | |
| 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | H2: Symptomarm | |
| 65% | 89% | 56% | 0% | 23% | 83% | 83% | 83% | 83% | 83% | H3: Herzklopfen, kein Herztastolpern | |
| 59% | 34% | 66% | 100% | 66% | 84% | 84% | 84% | 84% | 84% | H4: Herztastolpern | |
| 36% | 0% | 14% | 29% | 51% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | H5: kein Herzklopfen ohne Abstrahlung | |

Modellanpassung: Chi-Quadrat=6,16 df=2

| VDS- 3 | | VDS- 7 | | VDS- 9 | | VDS- 47 | | SCHLAF/TAUGHEITZERTII | |
|--------|-----|--------|-----|--------|-----|---------|-----|---|--|
| (d) | a | d | (d) | a | (a) | a | (a) | Klassenbeschreibung | |
| 90% | 86% | 92% | 94% | 95% | 95% | 95% | 95% | S1: Symptomreich | |
| 5% | 1% | 10% | 5% | 82% | 82% | 82% | 82% | S2: Symptomarm | |
| 100% | 7% | 6% | 0% | 83% | 83% | 83% | 83% | S3: Schlafstörung, keine abendliche Besserung | |

Modellanpassung: Chi-Quadrat=4,69 df=1

| VDS- 30 | | VDS- 38 | | VDS- 42 | | VDS- 43 | | VDS- 48 | | APYRIER/DEIKER | |
|---------|--------|---------|------|---------|-----|---------|-----|--|--|----------------|--|
| g | (g ap) | (g ap) | (ap) | a | (d) | a | (d) | Klassenbeschreibung | | | |
| 100% | 100% | 100% | 100% | 80% | 89% | 89% | 89% | D1: Symptomreich | | | |
| 0% | 0% | 0% | 0% | 6% | 0% | 0% | 0% | D2: Symptomarm | | | |
| 68% | 96% | 22% | 30% | 4% | 4% | 4% | 4% | D3: Zittern, langsames Denken | | | |
| 20% | 2% | 96% | 100% | 70% | 70% | 70% | 70% | D4: Ziellose Aktivität | | | |
| 2% | 7% | 81% | 0% | 50% | 50% | 50% | 50% | D5: Unstetige Grübeln, keine stetige Aktivität | | | |

Modellanpassung: Chi-Quadrat=4,2 df=2

| VDS- 1 | | VDS- 8 | | VDS- 13 | | VDS- 17 | | VDS- 45 | | TROUBAL/VERWIRLICHEIT | |
|--------|-----|--------|------|---------|-----|---------|-----|--|--|-----------------------|--|
| (d) | (d) | (d) | d | d | (a) | a | (a) | Klassenbeschreibung | | | |
| 96% | 92% | 100% | 100% | 100% | 83% | 83% | 83% | T1: Symptomreich | | | |
| 0% | 0% | 4% | 6% | 6% | 0% | 0% | 0% | T2: Symptomarm | | | |
| 83% | 0% | 18% | 14% | 5% | 5% | 5% | 5% | T3: Trübsal, kein Gefühl der Nutzlosigkeit | | | |
| 68% | 92% | 43% | 40% | 43% | 43% | 43% | 43% | T4: Gefühl der Nutzlosigkeit; Trübsal | | | |

Modellanpassung: Chi-Quadrat=2,43 df=2

| VDS- 11 | | VDS- 24 | | VDS- 27 | | VDS- 32 | | VDS- 50 | | MÜDIGKEIT | |
|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|---------------------------------|--|-----------|--|
| ap | ap | ap | ap | ap | ap | ap | ap | Klassenbeschreibung | | | |
| 100% | 92% | 94% | 94% | 91% | 94% | 94% | 94% | M1: Symptomreich | | | |
| 0% | 0% | 0% | 0% | 13% | 0% | 0% | 0% | M2: Symptomarm | | | |
| 6% | 2% | 76% | 56% | 76% | 76% | 76% | 76% | M3: Kraftlosigkeit, Schläftheit | | | |
| 82% | 57% | 27% | 31% | 1% | 1% | 1% | 1% | M4: Müdigkeit | | | |

Modellanpassung: Chi-Quadrat=5,96 df=2

Tabelle 2: Auftrittsuffigkeiten der einzelnen Symptome in den verschiedenen Syndromklassen aus 6 Symptomklassen

Lösungen der LCA hochsignifikante Modellabweichungen. Für den Bereich Zittern ergab die LCA lediglich die für eine Syndromzuordnung uninteressante Triviallösung mit einer symptomreichen und einer symptomarmen Klasse von Patienten. Dies ist freilich im Hinblick darauf, daß die Items fast inhaltsgleich sind, kaum verwunderlich.

Zu brauchbaren Ergebnissen führte die LCA in 6 Symptombereichen, wobei die Modellanpassung in den Bereichen Müdigkeit, Trübsal/Wertlosigkeit und Antrieb/Denken sehr gut ist. In den Bereichen Herz/Atmung, Unruhe und Schlaf/Tagesrhythmik sind die gefundenen Lösungen auf dem 5% Niveau knapp signifikant. In jedem dieser 6 Symptombereiche ergab die LCA jeweils eine symptomreiche und eine symptomarme Klasse, sowie ein oder mehrere durch typische Symptomkombinationen charakterisierte Syndromklassen. Tabelle 2 gibt die Auftrittshäufigkeiten der einzelnen Symptome in den verschiedenen Syndromklassen wieder. (Für eine genauere Dokumentation des analysierten Datenmaterials und der Zuordnung der Symptomkombinationen zu den verschiedenen Syndromklassen vgl. Keller 1983).

Keller (1983) versuchte eine vorläufige Zuordnung der mittels LCA identifizierten Syndromklassen zum agitierten, gehemmten und apathischen Syndrom vorzunehmen, indem er zunächst von der Experteneinschätzung jener Symptome ausging, die in den verschiedenen Syndromklassen besonders häufig oder besonders selten auftreten. Dabei zeigte sich, daß dem agitierten Syndrom am ehesten die Klassen T1, U1 und D4 zugeordnet werden können, während die Klasse D1 am ehesten als "nicht-agitiert" auszuweisen ist. Dem gehemmten Syndrom kann die Klasse D3 zugeordnet werden, dem apathischen Syndrom die Klassen M1, M3, M4, und D5. Für die übrigen Syndromklassen war eine Zuordnung nicht oder nur unter großen Vorbehalten möglich.

Diese vorläufige Syndromzuordnung erwies sich aufgrund der Analyse der internen Validität der Syndromklassen als revisionsbedürftig. Als statistische Methode diente dabei die Multiple Korrespondenzanalyse (MK) nach Lebart, Morineau & Tabard (1977), ein Verfahren, das sich am einfachsten als Hauptkomponentenanalyse für qualitative Variablen umschreiben läßt. Dabei zeigte sich, daß die in Abb. 1 dargestellten ersten 4 Faktoren 35,9% der Gesamtvarianz abdecken. Davon trennt der 1. Faktor (der mit 16,5%

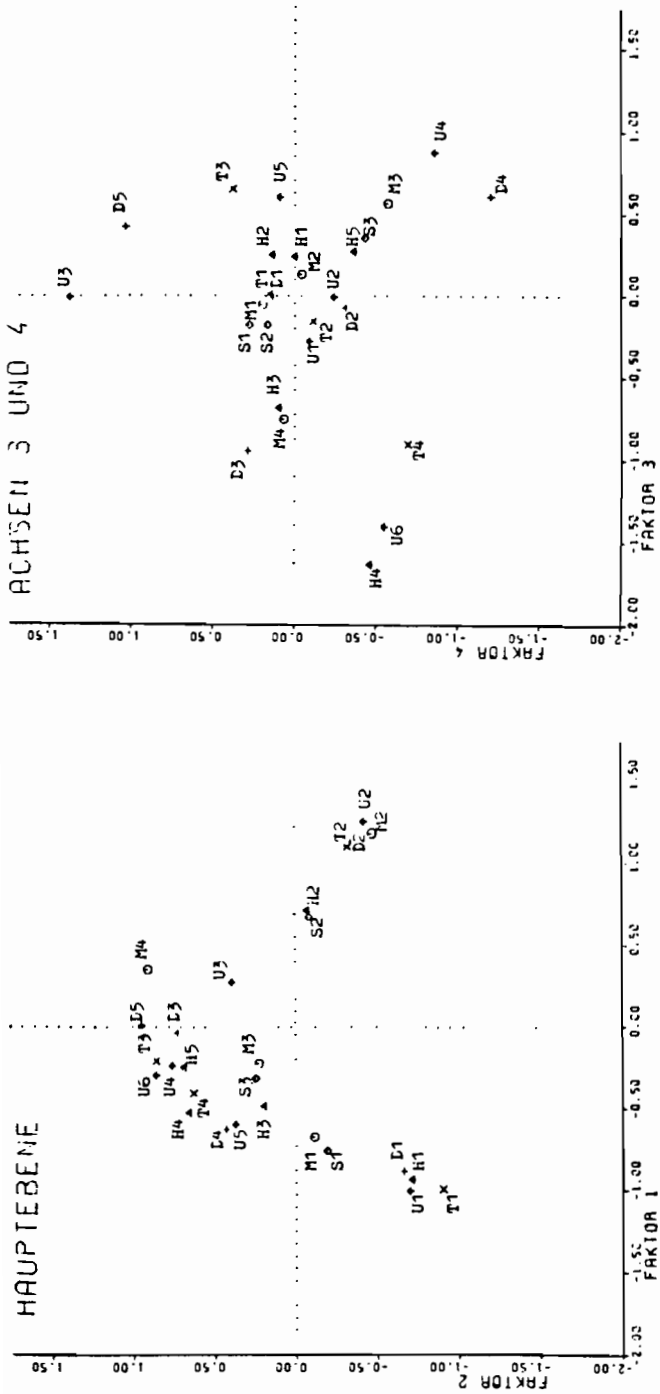
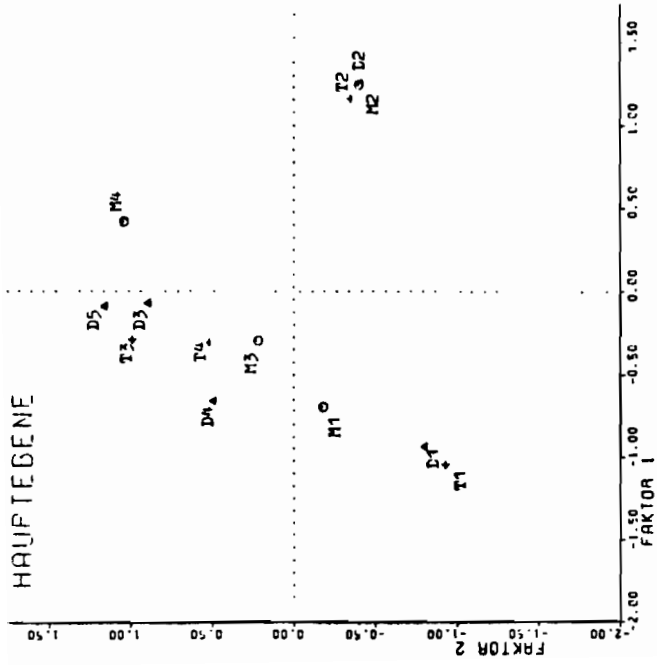
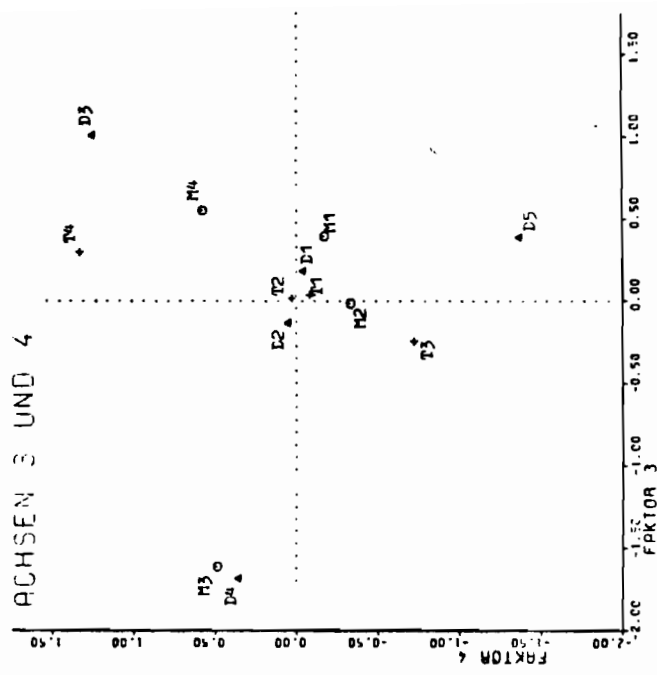


Abb. 1: Multiple Korrespondenzanalyse der Syndromklassen aus den Symptombereichen Antrieb/Denken, Trübsal/Wertlosigkeit, Müdigkeit/Unruhe, Herz/Atmung und Schlaf/Tagesrhythmus

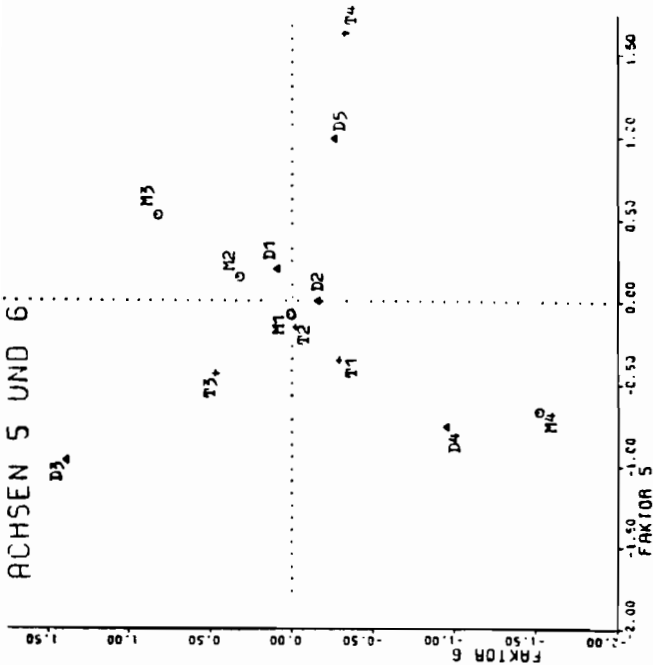
HAUPTEBENE



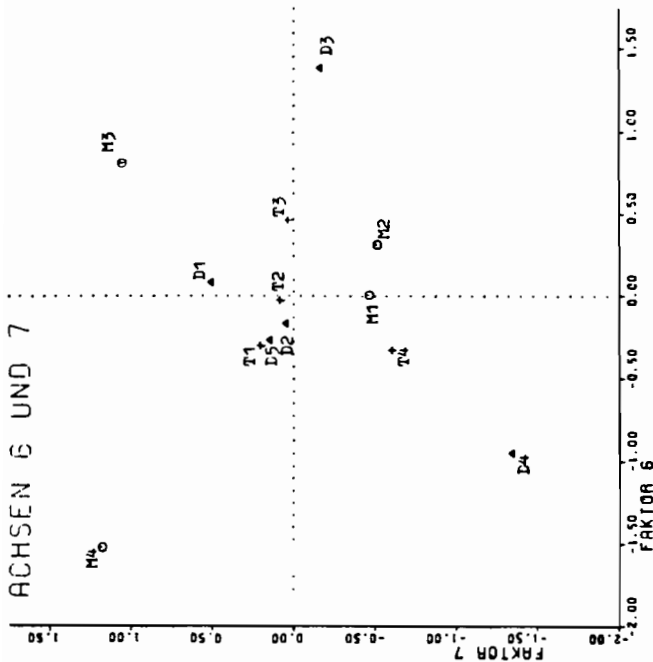
ACHSEN 3 UND 4



ACHSEN 5 UND 6:



ACHSEN 6 UND 7



○ MÜDIGK. × TRÄUBESSEL
 ▲ HERZ ◆ SCHLAF
 † DENKEN † UNRUHE

Abb. 2: Multiple Korrespondenzanalyse der Syndromklassen aus den Symptombereichen Antrieb/Denken, Trübsal/Wertlosigkeit und Müdigkeit

den weitaus größten Varianzanteil beschreibt) die symptomreichen von den symptomarmen Syndromklassen. Faktor 2 beschreibt 7,9% der Gesamtvarianz und trennt diese beiden Extremgruppen von jenen Klassen, die ein differenziertes Muster aufweisen. Da sowohl die symptomreichen als auch die symptomarmen Syndromklassen auf keinem der weiteren Faktoren nennenswert laden, liegt die Interpretation nahe, daß diese Syndromklassen auch dann keine für die Syndromdiagnose relevante Information liefern, wenn jedes einzelne der darin vertretenen Symptome demselben Syndrom zuzuordnen ist.

Eine einigermaßen zuverlässige Syndromzuordnung ist demnach nur für die Syndromklassen D4 (agitiert), D3 (gehemmt) und M3, M4 und D5 (apathisch) möglich. Von diesen weist D3 (g) auf dem 3. Faktor eine hohe negative Ladung auf, während M3 (ap) und D4 (a) auf Faktor 3 hoch positiv laden. Auf dem 4. Faktor weist D4 (a) eine hohe negative und D5 (ap) eine hohe positive Ladung auf. Die beiden Faktoren können daher mit einiger Vorsicht so interpretiert werden, daß Faktor 3 das gehemmte vom agitierten und apathischen Syndrom trennt, während Faktor 4 zwischen dem agitierten und dem apathischen Syndrom trennt. Beide Faktoren zusammen decken jedoch lediglich 11,6% der Gesamtvarianz ab.

Ein wesentlich differenzierteres Bild ergibt sich, wenn man in die MK nur jene 3 Symptombereiche einbezieht, für welche die LCA eine sehr gute Modellanpassung gewährleistete (vgl. Abb. 2). Es sind dies die Symptombereiche Antrieb/Denken, Trübsal/Wertlosigkeit und Müdigkeit. In diesem Fall kann die Gesamtvarianz durch 10 Faktoren beschrieben werden, von denen die ersten 7 einen Varianzanteil von 84,8% abdecken. Auch hier trennt der 1. Faktor (Varianzanteil 21,7%) die symptomreichen von den symptomarmen Syndromklassen, während der 2. Faktor (Varianzanteil 13,5%) diese von den Syndromklassen trennt, die ein differenziertes Muster aufweisen. Die Faktoren 3-6 legen eine handlungstheoretische Interpretation nahe:

- Faktor 3 (Varianzanteil 10,9%) - der im übrigen recht gut mit dem 3. Faktor aus der oben referierten Analyse übereinstimmt - trennt zwischen Schwierigkeiten im Bereich der Handlungsorientierung (nichts zutrauen, müde sein, im Denken nicht weiterkommen/Syndromklassen D3, M4 und T4) und Schwierigkeiten im Bereich der Hand-

lungsausführung (alles anfangen, kraftlos, keine Tatkraft etwas durchzuziehen/Syndromklassen M3, D4, T3).

- Faktor 4 (Varianzanteil 10,6%) trennt die Schwierigkeiten im Bereich der Handlungsorientierung auf in eine kognitive, im Bereich der Willensbildung liegende, Seite (gehemmtes Denken, Trübsal und Wertlosigkeit/Syndromklassen D3 und T4) und in eine im Bereich der Antriebs- und Mutlosigkeit (im Sinne von etwas absehbar nicht durchziehen können, Apathie und Trübseligkeit/Syndromklassen D5 und T3) liegende Seite.
- Faktor 5 (Varianzanteil 9,7%) unterscheidet die Willenlosigkeit in Schwierigkeiten mit zielgerichtetem Denken und Handeln (gehemmtes Denken, eher agitiertes Handeln, Müdigkeit/Syndromklassen D3, D4 und M4) und in Schwierigkeiten mit dem Recht auf eigenen Willen (Trübsal in Verbindung mit Wertlosigkeit, apathisches Handeln/Syndromklassen T4 und D5).
- Faktor 6 (Varianzanteil 9,3%) unterscheidet die Antriebsschwierigkeiten in Schwierigkeiten mit dem Mut zu handeln (Müdigkeit, eher agitiertes Handeln/Syndromklassen M4 und D4) von Schwierigkeiten mit dem Mut zu denken (gehemmtes Denken, Kraftlosigkeit/Syndromklassen D3 und M3).

Der 7. Faktor (Varianzanteil 9,1%) scheint schließlich das apathische Syndrom (Müdigkeit und Kraftlosigkeit/Syndromklassen M3 und M4) vom agitierten Syndrom (eher agitiertes Handeln/Syndromklasse D4) zu trennen.

4. Diskussion

Versucht man die Ergebnisse der referierten Untersuchungen zusammenzufassen, so ergibt sich noch vor jeglicher externer Validierung der identifizierten Syndromklassen (siehe Straub et al, in Vorbereitung) der Eindruck, daß die herkömmliche Syndromeinteilung in ein agitiertes, ein gehemmtes und ein apathisches Syndrom - zumindest was das Selbsterleben depressiver Patienten betrifft - nur einen geringen Anteil an der depressiven Symptomatik zu systematisieren vermag.

Ein Vergleich der Ergebnisse der beiden MKs legt zudem die Vermutung nahe, daß hinter der Unterscheidung agitiert/gehemmt/apathisch differenzierte Defizite der Handlungsorganisation depressiver Patienten verborgen sind, deren genauere phänomenologische Untersuchung wichtige Hinweise sowohl für ein tieferes psychologisches Verständnis der Depression als auch für diagnostische Entscheidungen in Zusammenhang mit der Therapiezuweisung verspricht. Insbesondere formuliert Keller (1983) die Vermutung, daß Widersprüche zwischen verschiedenen kognitiven Erklärungsansätzen der Depression eventuell darauf zurückzuführen sein könnten, daß in den verschiedenen Modellen unterschiedliche Defizite der Handlungsorganisation in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt werden.

Darüber hinaus scheint uns auch die Frage untersuchenswert, ob und wie weit die verschiedenen Defizite der Handlungsorganisation im Sinne einer sehr weitreichenden und ins elementarste gehenden Unterdrückung und Hemmung des unmittelbaren Ausdrückens jener Aggressivität verstanden werden können, die jeglichem menschlichen Handeln inherent ist, ohne die ein Handeln nicht möglich wäre.

Alle in diese Richtung weisenden Überlegungen müssen jedoch vorläufig höchst spekulativ bleiben. Nicht zuletzt deshalb, weil die den referierten Untersuchungen zugrundeliegenden Fragebogen keineswegs im Hinblick auf diese Fragestellung konstruiert sind.