

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Freiburg
Förderkennzeichen:	01VSF19054
Akronym:	WESPA
Projekttitel:	Erhöhung der Wirksamkeit eines web-basierten Selbsthilfeprogramms für Angehörige und andere Bezugspersonen von Menschen mit depressiver Erkrankung
Autorinnen und Autoren:	Prof. Dr. Elisabeth Schramm Nadine Zehender Dr. Erika Graf Dr. Jörg Sahlmann Anne Elsner
Förderzeitraum:	01.03.2020 – 29.02.2024
Ansprechperson:	Prof. Dr. Elisabeth Schramm Universitätsklinikum Freiburg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hauptstr. 5, 79104 Freiburg Email: elisabeth.schramm@uniklinik-freiburg.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt WESPA wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19054 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Depressive Störungen gehören weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Angehörige depressiv Erkrankter sind durch die Dauerbelastung der Betreuung stark gefährdet, sich zu überfordern und selbst depressive oder ängstliche Symptome zu entwickeln. Die hohe Belastung der betreuenden Angehörigen kann auch den Erkrankungsverlauf und das Rückfallrisiko des depressiv Erkrankten negativ beeinflussen. Obwohl Psychoedukationsprogramme für Angehörige positive Effekte zeigen, werden diese in Präsenz wenig angeboten und von den Angehörigen aufgrund unterschiedlicher Barrieren kaum angenommen. Um Angehörigen ein flexibles Unterstützungsangebot zu ermöglichen, wurde ein Online-Selbsthilfeprogramm mit vier interaktiven Modulen entwickelt. Das Onlineprogramm wurde außerdem durch zwei unterschiedliche Formen eines Nachrichtensupportes (automatisiert [AUT] und individuell [IND]) ergänzt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit mit schriftlichem Informationsmaterial zu Depression (TAU) verglichen. Es wird erwartet, dass IND und AUT den psychischen Distress der Angehörigen stärker reduzieren als TAU.

Methodik: Es handelt sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie im dreiarmligen Parallelgruppendesign. Die Angehörigen wurden stratifiziert nach Alter, Geschlecht, psychischem Distress und Beziehung zur depressiv erkrankten Person im Verhältnis 2:2:1 (IND:AUT:TAU) online randomisiert und über die Zuteilung informiert. Primärer Endpunkt war die Veränderung des unspezifischen psychischen Distress der Angehörigen (K-10-Skala) zwischen Studienbeginn (T0) und Ende der Intervention (T2). Fragebögen wurden eine Woche nach Interventionsbeginn (T0) zu T1 (nur K-10-Skala), nach der Intervention zu T2 sowie nach drei Monaten zu T3 ausgefüllt. Sekundäre Skalen erfassten unter anderem die psychosoziale Belastung, subjektiv empfundene Beeinträchtigungen und das Wohlbefinden der Angehörigen. Die Primäranalyse berücksichtigte alle randomisierten Angehörigen durch lineare Regression nach multipler Imputation fehlender Werte.

Ergebnisse: Zwischen Mai 2021 und Januar 2023 nahmen insgesamt 2.400 Teilnehmer aus ganz Deutschland am Screening teil. Davon wurden 1.640 Personen randomisiert zugeteilt (IND: n = 651, AUT: n = 649, TAU: n = 330). Zusätzlich erklärten sich 304 Menschen mit einer depressiven Erkrankung bereit, ebenfalls an der Studie teilzunehmen. Teilnehmende Angehörige waren im Mittel 42.8 Jahre alt, 79% (n=1300) waren weiblich. Ausgehend von einem Gesamtmittelwert (\pm Standardabweichung) des K-10-Scores an T0 von 23.4 (\pm 6.09), ergab die Regression an T2 mittlere Rückgänge um -2.29, -1.72, bzw. -0.84 Punkte des K-10-Scores bei Teilnehmenden der Gruppen IND, AUT bzw. TAU. Im sequentiellen Vergleich der Interventionen mit der Kontrollgruppe zeigten sich diese statistisch signifikant effektiver als TAU, mit einem stärkeren Rückgang im Vergleich zu TAU von -1.45 Scorepunkten (IND) bzw. von -0.89 Scorepunkten (AUT) Der Vergleich des individualisierten mit dem automatisierten Support ergab eine Mittelwertdifferenz von -0.57 Scorepunkten. Auch bei den sekundären Endpunkten zeigten sich beide Interventionsarme, IND insgesamt etwas ausgeprägter als AUT, sowohl nach der Intervention wie im Follow-up dem Kontrollarm TAU überlegen. Im Zusammenhang mit den Studieninterventionen traten keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf.

Diskussion: Die Studienergebnisse zeigen, dass das Online-Selbsthilfeprogramm in beiden Nachrichtenbedingungen (IND und AUT) im Vergleich zu TAU zu einer signifikanten Reduktion des psychosozialen Distress der Angehörigen führt. In der IND-Bedingung kommt es zwar zu einer stärkeren Reduktion, jedoch ohne signifikanten Unterschied im Vergleich zu AUT. Auch bezüglich der sekundären Outcomes kommt es zu Verbesserungen durch die Nutzung des Onlineprogramms. Das Onlineprogramm bietet somit ein wirksames, niederschwelliges und flexibles Unterstützungsangebot für Angehörigen depressiv Erkrankter. Aufgrund der starken Belastung dieser Zielgruppe sollten solche Unterstützungsangebote weiter gefördert und in die Routineversorgung integriert werden.

Schlagnworte: Angehörige, Online-Selbsthilfeprogramm, Depression

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	6
II	Abbildungsverzeichnis	6
III	Tabellenverzeichnis	6
1	Projektziele	7
2	Projektdurchführung	10
2.1	Projektbeteiligte	10
2.2	Beschreibung/Darstellung des Projekts.....	11
2.2.1	Studiensetting	11
2.2.2	Intervention.....	11
2.2.3	Endpunkte	12
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	13
2.3.1	Entwicklung	13
2.3.2	Rekrutierung und Durchführung	14
2.3.3	Auswertung und Dissemination	15
2.3.4	Protokoll-Amendements	15
2.4	Erfahrung mit der Implementierung/Maßnahmen	16
2.5	Rechtsgrundlage	17
3	Methodik	17
3.1	Studiendesign	17
3.1.1	Studienablauf	18
3.1.2	Datenerhebung	19
3.2	Randomisierung und verdeckte Zuteilung.....	20
3.3	Stichprobengröße und statistische Power.....	21
3.4	Statistische Planung und Auswertung	22
3.5	Durchführung der Fokusgruppen	24
4	Projektergebnisse.....	26
4.1	Studienpopulationen der Angehörigen und depressiv Erkrankten	26
4.2	Nutzung der Interventionen und Teilnahmeraten	28
4.3	Primärskala K-10 (psychisches Erkrankungsrisiko der Angehörigen)	28
4.4	Sekundäre Skalen und Endpunkte	30
4.4.1	Angehörige: IEQ-EU	30
4.4.2	Angehörige: Symptom-Checkliste SCL-K-9	30
4.4.3	Angehörige: Familienfragebogen FFB	30
4.4.4	Angehörige: WHO-5	31

4.4.5	Angehörige: D-Lit.....	31
4.4.6	Angehörige: Akzeptanz und Nutzung des Online-Programms.....	31
4.4.7	Erkrankte: PHQ-9.....	32
4.5	Unerwünschte Ereignisse	32
4.6	Ergebnisse der Fokusgruppen	33
4.6.1	Experten-Fokusgruppe (Entwicklung)	33
4.6.2	Angehörigen-Fokusgruppe (Dissemination).....	34
4.6.3	Experten-Fokusgruppe (Dissemination).....	34
5	Diskussion der Projektergebnisse	35
5.1	Limitationen und Stärken	38
5.2	Zusammenfassung.....	40
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	40
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	40
IV	Literaturverzeichnis.....	42
V	Anlagen.....	46

I Abkürzungsverzeichnis

AUT	Automatisierte Nachrichtensupport-Bedingung
IND	Individualisierte Nachrichtensupport-Bedingung
TAU	Treatment-as-usual-Bedingung
K-10	Kessler Psychological Distress Scale
T0	1. Messzeitpunkt (Studienbeginn)
T1	2. Messzeitpunkt (1 Woche nach Interventionsbeginn)
T2	3. Messzeitpunkt (Nach Abschluss der Intervention)
T3	4. Messzeitpunkt (3 Monate nach Studienbeginn)
WHO	World Health Organization/ Weltgesundheitsorganisation
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
IEQ-EU	Involvement Evaluation Questionnaire
SCL-K-9	The Symptom-Checklist-K-9
D-Lit	Depression Literacy Questionnaire
FFB	Familienfragebogen
WHO-5	Index der Weltgesundheitsorganisation zum Wohlbefinden
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
KI	Konfidenzintervall
SD	Standardabweichung
MMRM	Mixed Models for Repeated Measures/ linear gemischte Modelle für Messwiederholungen
ANCOVA	Analysis of Covariance/ Kovarianzanalyse
GCP	Good Clinical Practice/ Gute klinische Praxis
FCD	Familiencoach Depression der AOK
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau und Module des Familiencoach Depression	12
Abbildung 2: Studienablauf	19
Abbildung 3: Flussdiagramm der Studienteilnehmenden	27

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektablauf	13
Tabelle 2: Fragebögen und Messzeitpunkte	20
Tabelle 3: Statistische Power. AUT < IND bezieht sich auf die Nullhypothese der Unterlegenheit von AUT im Vergleich zu IND (d = -0.1, Herleitung siehe 3.4).	22
Tabelle 4: Zusammensetzung der Angehörigen-Fokusgruppe	25

1 Projektziele

Depressive Störungen gehören weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und werden von der WHO als größter Einzelfaktor zur globalen Beeinträchtigung und Krankheitslast (burden of disease) eingestuft (World Health Organization, 2017). Es wird geschätzt, dass in Deutschland jährlich 4,9 Millionen Erwachsene an einer unipolaren Depression erkranken (Jacobi et al., 2014). Im Laufe des Lebens ist bereits die Mehrheit der Deutschen von einer depressiven Erkrankung betroffen, – entweder direkt aufgrund einer eigenen Erkrankung (23 %) oder indirekt als Angehöriger (37 %).

Eine in der Gesundheitsversorgung vernachlässigte Gruppe sind die Angehörigen von depressiv erkrankten Menschen. Dabei tragen Angehörige im Rahmen einer deinstitutionalisierenden Versorgungsentwicklung einen großen Teil der krankheitsbedingten Belastung durch objektive und subjektive Einschränkungen und durch die Versorgung des Erkrankten (Franz, Meyer & Gallhofer, 2003). Die Depression belastet Partnerschaft und Familie in hohem Maße: 84 % der Erkrankten ziehen sich während einer Depression aus sozialen Beziehungen zurück. Das belegt eine repräsentative Umfrage im Auftrag der deutschen Depressionshilfe (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2018). Bei der Hälfte der Betroffenen treten Probleme in der Partnerschaft auf, in 45 % dieser Fälle kommt es zu Trennungen. Die depressive Erkrankung ist somit nachweislich auch für die gesunden Angehörigen mit erheblichen subjektiven und objektiven Belastungen verbunden (Bischkopf, Wittmund & Angermeyer, 2002; Franz et al., 2003). Die überwiegende Mehrheit der Angehörigen macht sich drängende Sorgen um die Gesundheit (95%) und die Zukunft (86%) des Erkrankten, aber auch damit verbunden um die eigene Zukunft (66%; Franz et al., 2003). Sie zeigen mehrheitlich erhöhte Angst- und Depressionswerte und leiden unter ausgeprägten Schuld- und Ärgergefühlen. Infolgedessen fühlen sie sich in ihren sozialen und Freizeitaktivitäten, ihrer Produktivität sowie der Lebensqualität eingeschränkt (Yu et al., 2020; Ampalam et al. 2012; Balkaran et al. 2021). Diese Belastungen äußern sich auch in einem deutlich erhöhten Risiko der noch gesunden Angehörigen, selbst an einer depressiven Störung zu erkranken mit einer mehr als verdoppelten 1-Jahres-Prävalenz gegenüber der Allgemeinbevölkerung. (Butterworth & Rodgers, 2006; Idstad, Ask & Tambs, 2010; Wittmund, Wilms, Mory & Angermeyer, 2002). Dieses Risiko zu reduzieren sollte eine zentrale Zielgröße der Gesundheitspolitik sein. Denn eine erste depressive Episode ist in mindestens 50% der Fälle der Beginn einer rezidivierenden depressiven Störung, zieht also weitere Episoden nach sich, mit negativen Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft. Gleichzeitig gibt es Hinweise auf eine Wechselwirkung der Belastung der Angehörigen mit dem Verlauf der Depression der Erkrankten. Eine stärkere Belastung der Angehörigen erhöht deutlich das Risiko für Rückfälle und chronische Verläufe des Erkrankten. (Hölzel, Härter, Reese & Kriston, 2011; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue & Sirey, 2001; Katsuki et al. 2022).

Ein wichtiger Schritt hin zu einer besseren Alltagsbewältigung mit einem depressiv Erkrankten ist es, den Angehörigen und Bezugspersonen Wissen über Depressionen zu vermitteln. Fast ein Drittel der Angehörigen und Bezugspersonen gibt an, nur schlecht über Depression informiert zu sein (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2018). Wissenslücken führen jedoch häufig zu Unverständnis, mangelnder Unterstützung und Fehlinterpretationen von Krankheitssymptomen wie beispielsweise Rückzug und Gefühllosigkeit oder Gereiztheit. In

einer Übersichtsarbeit (Jacob & Bengel, 2000) konnte gezeigt werden, dass gezielte Informationen für Patienten und Angehörige zur Erkrankung Depression mit einem besseren Krankheitsverständnis und einer höheren Behandlungszufriedenheit seitens des Patienten einhergingen. Psychoedukative Angebote für Angehörige und Bezugspersonen, die neben reiner Wissensvermittlung auch Problemlöse- und Coping-Strategien beinhalten, können die objektive und subjektive Belastung der Angehörigen reduzieren (Katsuki et al., 2011; Shimazu et al., 2011). So konnte der Anteil der Angehörigen, bei denen Hinweise auf Angststörungen oder Depressionen vorlagen, von 50% vor der Teilnahme auf 9% nach der Intervention reduziert werden. Auch für reduzierte Rückfallraten der Erkrankten nach Teilnahme der Angehörigen an Psychoedukationskursen gibt es Hinweise (Shimazu et al., 2011). Eine Überblicksarbeit von Brady et al. (2017) mit über 10 Studien zur Psychoedukation von Angehörigen bei Depression kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Psychoedukation überwiegend positive Auswirkungen sowohl auf die Belastung der Angehörigen als auch auf die Symptomatik der erkrankten Personen hat.

Die Bedeutung der Psychoedukation für Angehörige wird auch in den aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinien/NVL „Unipolare Depression“ betont (Bundesärztekammer, 2022) betont. Trotz der Bedeutung solcher Angebote für Angehörige und Bezugspersonen besteht dennoch eine deutliche Unterversorgung. In einer Umfrage aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz gaben zwar 70% der Kliniken an, überhaupt Psychoedukationskurse für Angehörige depressiver Patienten anzubieten (Rummel-Kluge, Kluge & Kissling, 2015), allerdings nahmen in diesen Kliniken nur 13% der Angehörigen an den Angeboten teil. Als Gründe dafür nennen die Autoren unflexible Zeiten der Angebote, die zur Teilnahme nötige Anreise zur Klinik und die mit einem Klinikbesuch verbundenen Ängste vor Stigmatisierung. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Umfrage von Frank und Kollegen: Nur eine von vier Kliniken bietet Gruppen für Angehörige und Bezugspersonen von depressiv Erkrankten an und nur einer von fünf Personen nimmt das Angebot an (Frank et al., 2014). Daher werden nur etwa 5-10% der Angehörigen und Bezugspersonen von stationär behandelten depressiv Erkrankten erreicht.

Noch schlechter ist die Versorgung im ambulanten Bereich, da Angebote an Angehörige psychisch Erkrankter in der Richtlinien-Psychotherapie nicht vorgesehen sind. Da nur 21% der depressiv Ersterkrankten stationär behandelt werden (Gerste & Roick, 2014), hat die überwiegende Mehrheit der Angehörigen in der Routineversorgung bislang keinen Zugang zu psychoedukativen Angeboten. Aufgrund dieser angespannten Versorgungslage ist die Stärkung der Selbsthilfe sowohl für Patienten als auch für Angehörige und Bezugspersonen eine wichtige Ergänzung im Versorgungsangebot. Digitale Angebote gewinnen dabei in den letzten Jahren sowohl in Deutschland als auch international zunehmend an Bedeutung (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2018).

Aus diesen Gründen wurde ein interaktives Online-Selbsthilfeprogramm für Angehörige und Bezugspersonen von Depressiven entwickelt (www.familiencoach-depression.de). Das Programm ist auf wissenschaftlicher Basis von der Arbeitsgruppe um Prof. Schramm am Universitätsklinikum Freiburg in Zusammenarbeit mit dem AOK Bundesverband mit Hilfe eines Expertenbeirats sowie unter Einbindung von Fokusgruppen aus Angehörigen und Betroffenen entwickelt worden. Es ist seit September 2018 frei zugänglich, jedoch bisher nur als unbegleitetes Online-Programm verfügbar.

Die Wirksamkeit von Online-Interventionen zur Prävention psychischer Störungen konnte in einer Übersicht von Metaanalysen (Ebert et al., 2018) bestätigt werden, obwohl den Autoren eine vergleichsweise nur geringe Studienanzahl zur Verfügung stand. Es zeigte sich außerdem, dass begleitete Online-Interventionen effektiver sind als unbegleitete Online-Interventionen (Baumeister et al., 2014). Noch nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob eine therapeutische Begleitung durch einen menschlichen Support effektiver ist als eine automatisierte Begleitung (Andersson & Titov, 2014). Erste Studien zeigen diesbezüglich, dass eine persönliche Unterstützung im Vergleich zu einer automatisierten Unterstützung bei interbasierten Interventionen leicht überlegen ist (Koelen et al., 2021). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden sowohl ein individualisierter Nachrichten-Support mit Begleitung durch geschulte Psychologen als auch ein automatisierter Nachrichten-Support entwickelt und evaluiert.

Das Ziel des Forschungsprojekts ist es, die Wirksamkeit eines Online-Selbsthilfeprogramms für Angehörigen und Bezugspersonen von depressiv Erkrankten mit zusätzlichem Nachrichtensupports (individualisiert vs. automatisiert) zu untersuchen. Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wird die folgende primäre Forschungsfrage adressiert: Welche Effekte hat die Nutzung des Online-Selbsthilfeprogramms mit automatisiertem oder individualisiertem E-Mail-Support auf das Erkrankungsrisiko der Angehörigen nach 4 Wochen im Vergleich zu der üblichen Behandlung (TAU)?

Primäre Hypothesen: Das Online-Selbsthilfeprogramm reduziert in Verbindung mit einem automatisierten oder individualisierten E-Mail-Support den unspezifischen psychischen Distress (als Indikator für das psychische Erkrankungsrisiko der Angehörigen) signifikant stärker als TAU. Ein individualisierter E-Mail-Support ist dabei wirksamer als ein standardisierter E-Mail-Support.

Sekundäre Ziele:

- Analyse kurz- und langfristiger Effekte des Online-Selbsthilfeprogramms mit E-Mail-Support beim Angehörigen auf a) psychosoziale Belastungen, b) Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, c) Kenntnisse bzgl. Depression, d) Interaktionsverhalten, e) Einschätzung des Befindens des Angehörigen sowie f) die depressive Symptomatik der depressiv Erkrankten.
- Überprüfung von Akzeptanz und Nutzungsgrad des Online-Selbsthilfeprogramms mit E-Mail-Support.
- Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Zielgruppenerreichung des Familiencoachs Depression über Fokusgruppen bestehend aus: a) Haus- und Fachärzten, Klinikärzten und Psychologen, sowie b) Angehörigen und Patienten, Vertretern von Angehörigenverbänden, Selbsthilfekontaktstellen, Krisendiensten und Vertretern kommunaler psychosozialer Beratungsstellen.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

- Studienleitung:
 - Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Deutschland

- Studienkoordination:
 - M. Sc. Psych. Nadine Zehender
 - Dipl.-Psych. Christoph Breuning
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Deutschland

- Statistische Analysen:
 - Dr. rer. nat. Erika Graf
 - Dr. med. Jörg Sahlmann (M. Sc.)
Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Deutschland

- Rekrutierung/Dissemination:
 - Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
 - Anne Elsner
Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig

- Rekrutierung/Dissemination:
 - Prof. Dr. med. Andy Maun
 - Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling
 - Marina Schmölz
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Deutschland

- Technische Umsetzung des Onlineprogramms:
Prof. Gábor Kovács
H6 Kommunikationsagentur, Prodekan Fachbereich Design, Onlinekonzeption, Berlin

- Kooperationspartner:
 - Prof. Dr. med. Michael Franz (Rekrutierung über Vitos Kliniken, Teilnahme Fokusgruppe Dissemination)
 - Dr. phil. Lars P. Hölzel (Teilnahme Fokusgruppe Dissemination)
 - Karl Heinz Möhrmann (Rekrutierung über Angehörigen-verbände, Teilnahme Fokusgruppe Dissemination)
 - AOK-Bundesverband (Rekrutierung über Mitgliederzeitschrift; Nutzung des Familiencoach Depression.)

2.2 Beschreibung/Darstellung des Projekts

2.2.1 Studiensetting

Die Studie richtete sich an deutschsprachige Teilnehmende in Deutschland und erfolgte ausschließlich online auf der dafür entwickelten Internetplattform. Abgesehen von sechs Angehörigen, die an der Disseminations-Fokusgruppe teilnahmen, fanden keine zusätzlichen Telefon- oder persönlichen Kontakte mit den Studienteilnehmenden statt. Nach der Registrierung auf der Online-Plattform waren die Online-Intervention, ggf. das Nachrichtensystem sowie die Fragebögen zu den Messzeitpunkten im geschützten Login-Bereich der Website verfügbar.

2.2.2. Zielgruppe

Das im Rahmen des Studienprojekts untersuchte Online-Selbsthilfeprogramm wurde gezielt für Angehörige von depressiv erkrankten Personen entwickelt. Dazu gehören Partner, Familienmitglieder, Mitbewohner, enge Freunde und weitere enge Bezugspersonen. Angehörige konnten alleine oder zusammen mit ihrem depressiv Erkrankten an der Studie teilnehmen. Unabhängig davon mussten folgenden Auswahlkriterien erfüllt sein:

- Angehöriger sowie Erkrankter sind mindestens 18 Jahren alt.
- Bei dem Erkrankten steht eine unipolar depressive Erkrankung und keine andere psychische Erkrankung (z. B. bipolare Störung, Schizophrenie) im Vordergrund.
- Der Angehörige leidet selbst nicht an einer psychischen Erkrankung.
- Alle Studienteilnehmer (Angehörige und ggf. Erkrankte) müssen über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen.
- Alle Studienteilnehmer (Angehörige und ggf. Erkrankte) müssen über ein E-Mail-Konto und Internetzugang verfügen.
- Alle Studienteilnehmer (Angehörige und ggf. Erkrankte) bestätigen nach der Studienaufklärung ihre Einwilligung zur Teilnahme.

Vor Aufnahme in die Studie wurden die Ein- und Ausschlusskriterien anhand der Selbstauskunft der Angehörigen überprüft.

2.2.2 Intervention

Das Online-Selbsthilfeprogramm, das im Rahmen der Studie evaluiert wurde, besteht aus vier interaktiven, unabhängig nutzbaren Modulen (s. Abbildung 1). Das Onlineprogramm unterstützt Angehörige dabei, mit häufigen Depressionssymptomen des Erkrankten besser umzugehen (Modul „Depression und Alltag“). Weiterhin vermittelt das Programm Wissen über die Erkrankung Depression, ihre Behandlung und den Umgang mit Krisensituationen und Suizidgedanken (Modul „Was muss ich wissen?“) und zeigt, wie die Beziehung zwischen dem Erkrankten und dem Angehörigen gestärkt werden kann (Modul „Beziehung stärken“). Es hilft, eine gute Balance zwischen der Fürsorge für den Erkrankten und der Fürsorge für sich selbst

herzustellen (Modul „Selbstfürsorge“). Die Bearbeitungsdauer beträgt bei vollständiger Bearbeitung inkl. Hausaufgaben pro Modul zwischen 1,5 und 2,5 Stunden.

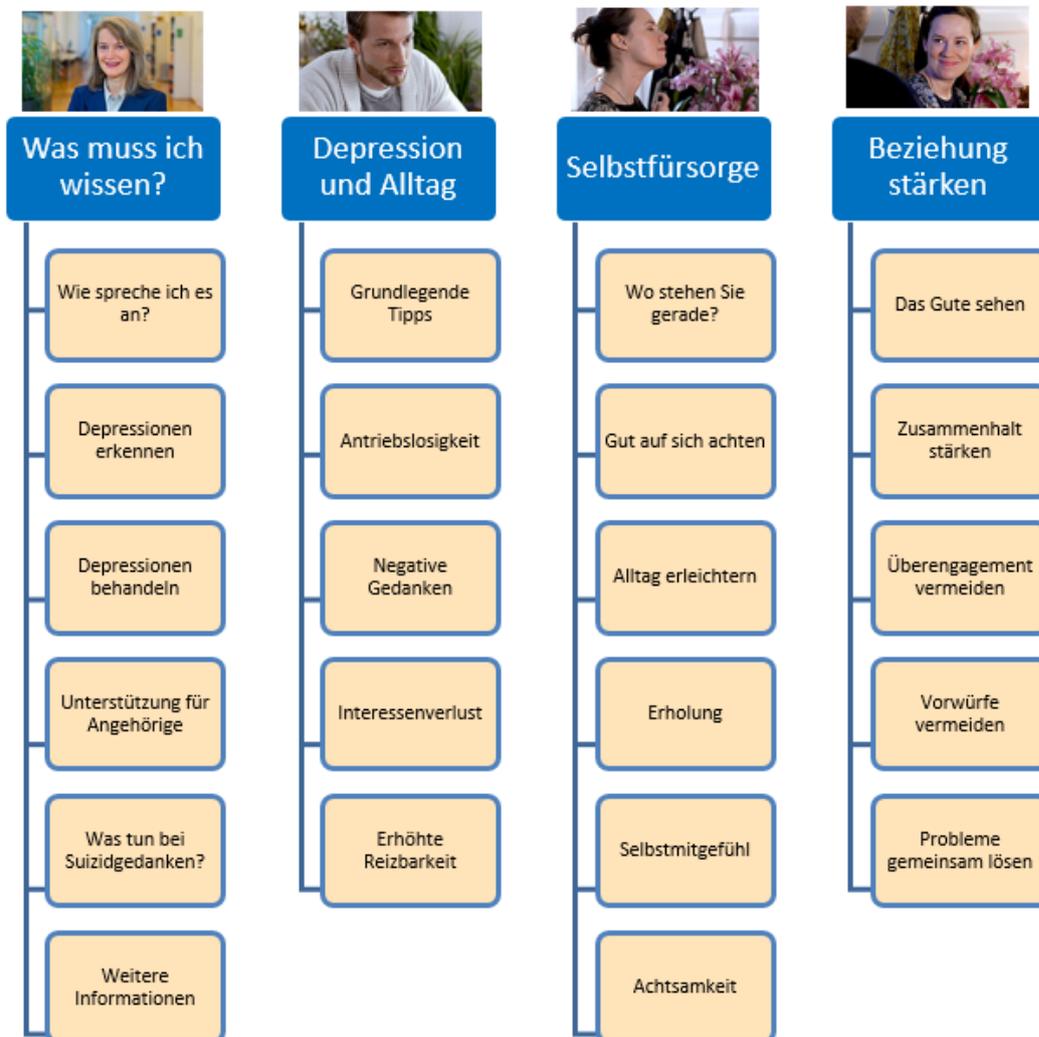


Abbildung 1: Aufbau und Module des Familiencoach Depression

2.2.3 Endpunkte

Primärer Endpunkt: Der primäre Endpunkt der Studie war die Veränderung des unspezifischen psychischen Distress als Indikator für das psychische Erkrankungsrisiko der Angehörigen (K-10-Skala, Kessler et al., 2002; German version: Giesinger, Rumpold, & Schüßler, 2008) zwischen Studienbeginn (T0) und Ende der Intervention (T2). Sekundär wurde die K-10-Skala auch eine Woche nach Randomisierung (T1) und drei Monate nach Randomisierung (T3) erhoben.

Sekundäre Endpunkte:

Folgende Endpunkte wurden nach der Intervention (T2) und bei der Nachuntersuchung nach drei Monaten (T3) untersucht:

- Die subjektive und objektive psychosoziale Belastung der Angehörigen

(Involvement Evaluation Questionnaire / IEQ-EU; van Wijngaarden et al., 2000; van Winngaarden, 1992)

- die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome
(Symptom-Checkliste Kurzversion / SCL-K-9; Klaghofer, R., Brähler, 2001)
- Kenntnisse zum Thema Depression
(Depressionswissenstest; D-Lit; Freitag et al., 2018)
- die High-Expressed-Emotion Aspekte „Kritik und Überfürsorge“
(Familienfragebogen; FFB; Wiedemann et al., 2002)
- Das Wohlbefinden (WHO-5) der Angehörigen
(WHO, 1998)
- Depressive Symptomatik des Erkrankten
(Patient Health Questionnaire PHQ-9; Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, 2002; english original: Spitzer, 1999)
- Akzeptanz und Nutzung des Online-Selbsthilfeprogramms

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Das Studienprojekt war ursprünglich auf 36 Monate geplant und wurde dann u. a. aufgrund der Stichprobenerhöhung (s. 2.3.4) um weitere 12 Monate auf insgesamt 48 Monate verlängert. Das Gesamtprojekt lässt sich in drei Phasen unterteilen: Entwicklung, Rekrutierung und Studiendurchführung sowie Auswertung und Dissemination. Der zeitliche Ablauf der Phasen ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Projektablauf

2020				2021				2022				2023				2024								
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	
Entwicklungs- Vorbereitungsphase																								
				Rekrutierung																				
				Studiendurchführung																				
																				Auswertung u. Dissemination				

2.3.1 Entwicklung

In der Entwicklungsphase wurde eine eintägige Fokusgruppe mit Experten für E-Mental-Health sowie für Angehörigenarbeit bei Depression durchgeführt. Inhaltlich wurden auf der Basis der von den Konsortialpartnern entwickelten Konzepte zum standardisierten und individualisierten Support Erfahrungen und Anregungen der Experten diskutiert. Dabei

wurden insbesondere folgende Themenfelder fokussiert: Inhalte/Module mit dem größten Bedarf an Unterstützung, ideale Frequenz bzw. Kontingenz von Support-Nachrichten (in festgelegten Abständen vs. als Reaktion auf Eingaben), Verhältnis von motivierenden und inhaltlich klärenden/ergänzenden Nachrichten, Gestaltung der Onlineplattform, Nachrichtkanäle unter Berücksichtigung des Datenschutzes (nur im geschützten Login-Bereich, E-Mail, Messenger). In der Fokusgruppe wurde nicht angestrebt, einen Konsens bzw. Entscheidungen festzulegen, sondern im Sinne einer qualitativen Datenerhebung zunächst die Breite verschiedener Erfahrungen, Einschätzungen und Ideen abzubilden, die dann im Nachgang soweit umsetzbar im Projekt implementiert werden konnten.

Entgegen der ursprünglichen Studienplanung haben wir uns in der Entwicklungsphase dazu entschieden, anstatt der Angehörigen-Fokusgruppe eine Pilotierung mit qualitativen Einzelinterviews der Angehörigen durchzuführen (siehe 2.3.4). Im Rahmen der Pilotierung erhielten 13 Angehörige das Onlineprogramm sowie einen individualisierten Nachrichtensupport. Anschließend fanden qualitative, strukturierte Interviews statt, in denen die Angehörigen von ihren Erfahrungen mit dem Online-Programm und Nachrichtensupport berichteten. Die Erkenntnisse aus den Interviews (Ansprache im Programm, geeignete Nachrichtenfrequenz, Techniken zum Beziehungsaufbau) flossen dann in die Entwicklung des automatisierten Nachrichtensupports, in den Aufbau der Onlineplattform sowie in die Schulung der Supportpsychologen ein.

Parallel zu der inhaltlichen Entwicklung der Interventionen erfolgte die technische Umsetzung der Onlineplattform, der Messezeitpunkte sowie des Nachrichtensupports.

2.3.2 Rekrutierung und Durchführung

Angehörige depressiver Personen wurden bundesweit online rekrutiert. Da die Mehrheit der depressiven Personen von Allgemeinmediziner*innen behandelt wird (Gerste & Roick, 2014), wurden sowohl Allgemeinmedizinerpraxen als auch Fachpraxen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeuten über die Rolle der Angehörigen in der Behandlung von Depression informiert und sensibilisiert. Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie wurden ebenfalls in die Rekrutierungsstrategie einbezogen, da in der stationären Versorgung nur eine Minderheit der Angehörigen Zugang zu psychoedukativen Angeboten hat, sodass die meisten Angehörigen unvorbereitet auf die kritische Phase nach der Entlassung des depressiven Patienten sind. Den Praxen und Kliniken wurde Informationsmaterial für Patienten und Angehörige (Poster, Flyer) zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden weitere über Online-Foren, Selbsthilfegruppen für Angehörige, Selbsthilfe-Kontaktstellen, Krisenzentren und Angehörigenverbände erreicht.

Die Rekrutierung erfolgte neben den Konsortialpartnern maßgeblich über die mehr als 20 kooperierenden regionalen Bündnisse gegen Depression in ganz Deutschland. Auch beim Patientenkongress 2022 in Frankfurt am Main sowie über eine dedizierte Informationswebseite für Angehörige depressiver Personen und Social Media Posts wurden Informationen zur Studienteilnahme durch die Stiftung Deutsche Depressionshilfe verbreitet. Die breite Öffentlichkeit wurde auch durch die Mitgliederzeitschriften und Internetseiten der kooperierenden Krankenkasse AOK sowie über Anzeigen in Suchmaschinen, sozialen Plattformen und anderen Medien angesprochen.

Über die 20-monatige Rekrutierungsperiode konnten insgesamt 1640 Angehörige und 304 depressiv Erkrankte eingeschlossen werden. Es wurden bis zu 115 Angehörige gleichzeitig versorgt (individualisiert und automatisiert). Dabei waren zeitweise bis zu 7 Supportpsychologen im Einsatz.

2.3.3 Auswertung und Dissemination

In der Disseminationsphase wurde zum einen eine Fokusgruppe mit 6 Experten aus verschiedenen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens (stationäre und ambulante psychiatrische/psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung, allgemeinmedizinische Versorgung) sowie Versorgungsstrukturen (z. B. Leitlinien-Entwicklung) durchgeführt. Zentrale Themenfelder, die diskutiert wurden, waren unter anderem:

- das Erreichen unterschiedlicher Zielgruppen,
- die Identifikation von relevanten Organisationen und Ansprechpersonen für weitere Disseminationsvorhaben sowie
- Anregungen zur Weiterentwicklung des Onlineprogramms.

Neben der Experten-Fokusgruppe wurden folgenden Themen im Rahmen einer Fokusgruppe mit 6 Angehörigenvertretern und Angehörigen fokussiert:

- Erfahrungen mit dem Onlineprogramm und den Support-Bedingungen,
- Rolle des Onlineprogramms im Versorgungssystem sowie
- mögliche Verknüpfungspunkte (z. B. zu professionellen Angeboten, aber auch Angeboten der Selbsthilfe und Betroffenen-Organisationen), und
- Identifikation von relevanten Patienten- und Angehörigenorganisationen zur weiteren Dissemination.

Auch in diesen Fokusgruppen wurde anhand von Inhaltsprotokollen eine qualitative Erhebung verschiedener Perspektiven, Anregungen und Ideen erreicht.

Für die Disseminationsphase wurden außerdem Materialien für die Zielgruppe der Angehörigen erstellt, in denen der Familiencoach Depression als unterstützendes Tool beworben wird, und über die regionalen Bündnisse gegen Depression und die Stiftung Deutsche Depressionshilfe verbreitet. Mit der Veröffentlichung der Studienergebnisse sind weitere Disseminationsaktivitäten bei Social Media und die regionalen Bündnisse gegen Depression geplant.

2.3.4 Protokoll-Amendements

Bei der Durchführung der Studie kam es zu zwei Abweichungen vom ursprünglichen Studienantrag/Studienprotokoll:

- In der Begutachtung des Antrags beim Innovationsfonds wurde empfohlen, in der Entwicklungsphase eine Vorstudie/Pilotstudie in Erwägung zu ziehen, um bereits vor Studienstart Erfahrungen mit den Support-Nachrichten sammeln zu können. Im Rahmen der Pilotierung war es möglich, gleichzeitig die Erfahrungen von Angehörigen

mit dem Online-Programm und Nachrichten-Support mittels qualitativer Interviews zu erheben. Der Erkenntnisgewinn wäre vermutlich redundant mit einer Angehörigen-Fokusgruppe gewesen. Gleichzeitig waren Veranstaltungen mit Angehörigen im Gruppenformat durch Corona erschwert, sodass auf die Fokusgruppen mit Angehörigen verzichtet wurde.

- Die zweite Abweichung bezieht sich auf die Stichprobengröße und eine damit einhergehende Verlängerung des Gesamtprojekts. Bereits im ersten Bericht zur Datenqualität wurde deutlich, dass die Abschluss-Rate für die Abschlussmessung (T2, vier Wochen nach Randomisierung, primäres Outcome) mit ca. 61% im Vergleich zu ähnlichen Onlinestudien zwar gut, dennoch geringer ausfiel als im Vorfeld der Studie für die Power-Analyse und Berechnung der Stichprobengröße angenommen (80%). Daraufhin wurden die Zahlen weiter beobachtet und Maßnahmen ergriffen (z.B. erhöhte Anzahl der Erinnerungsmails), um die Abschlussrate zu steigern. Dennoch zeigte sich im Verlauf keine substantielle Verbesserung der Abschlussrate. Nach ausgiebigen Beratungen wurde die Stichprobe von ursprünglich 1250 auf 1640 Angehörige erhöht, um die für die statistische Auswertung notwendigen 1000 Abschlussmessungen zu erreichen. Diese Erhöhung der Stichprobe um 390 Angehörige führte jedoch zu einer Verlängerung des Rekrutierungszeitraums um fünf Monate. Hinzu kamen weitere durch diese Anpassung bedingte Verzögerungen bezüglich der Aufbereitung und Auswertung der Daten, sodass das Studienprojekt kostenneutral um 12 Monate verlängert wurde.

2.4 Erfahrung mit der Implementierung/Maßnahmen

Die Implementierung und technische Umsetzung des Onlineprogramms funktionierte reibungslos. Während der gesamten Rekrutierungsperiode kam es zu keinen größeren technischen Problemen, die gespeicherten Daten waren zu jedem Zeitpunkt geschützt und die Plattform war durchgehend verfügbar.

Inhaltlich traf das Studienprogramm auf eine sehr große Nachfrage. Während der gesamten Rekrutierungsperiode wollten durchgehende mehr Angehörige an der Studie teilnehmen als ursprünglich erwartet, sodass eine dauerhafte Überrekrutierung stattfand.

Die hohe Nachfrage verdeutlicht den erheblichen Bedarf bei Angehörigen besteht, da es kaum Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe gibt. Hinzu kommt, dass die Angehörigen, die an der Studie teilgenommen haben, eine noch höhere Belastung als ursprünglich erwartet. Diese zeigte sich sowohl in der Fragebogendiagnostik als auch im Nachrichtensupport, in dem wir teilweise schwerstbelastete Angehörige in komplexen Problemsituationen betreuten. Durch regelmäßige Supervision der Supportpsychologen war eine adäquate Unterstützung auch schwer belasteter Angehöriger zu jedem Zeitpunkt gewährleistet.

Die Angehörigen nahmen das Unterstützungsangebot dankbar an und gaben überwiegend positive Rückmeldung im Nachrichtensupport, in der Abschlussdiagnostik sowie in der abschließenden Angehörigen-Fokusgruppe. Insbesondere der individualisierte Nachrichtensupport, in dem sich die Angehörigen gesehen und unterstützt fühlten, wurde von

den Angehörigen als besonders hilfreich erlebt. Auch das Onlinemedium sowie die Anonymität der Angehörigen und Support-Psychologen wurden von den Angehörigen gut angenommen und aufgrund der Flexibilität und möglichen Stigmatisierungsbefürchtungen/Scham von einigen Angehörigen sogar als besonders positiv empfunden.

2.5 Rechtsgrundlage

Der Familiencoach Depression wurde in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie Unipolare Depression entwickelt, in der die Psychoedukation von Angehörigen explizit empfohlen wird. Durch Wissensvermittlung und Hilfestellungen zur Verbesserung der Beziehungsqualität und der Unterstützung des depressiv Erkrankten sowie mithilfe von Strategien zur Selbstfürsorge war eine positive Wirkung auf das Ausmaß der psychosozialen Belastung und des Erkrankungsrisikos der Angehörigen zu erwarten. Weder in Verbindung mit der Nutzung des Online-Familiencoachs noch mit der Studienteilnahme waren besondere Risiken zu erwarten. Allen Studienteilnehmern wurde vor Studienbeginn eine Aufklärung präsentiert (elektronisch) und die Gelegenheit gegeben, mit einem Mitarbeiter des Projektmanagements telefonisch und/oder schriftlich Fragen zum Projekt zu klären. Für den Einschluss in die Studie war eine informierte Einwilligung erforderlich, die jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden konnte.

Das Projekt wurde in Übereinstimmung mit der Declaration of Helsinki in der aktuell gültigen Version durchgeführt. Außerdem wurde das Studienprojekt im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) registriert (DRKS00025241). Für das Studienprojekt sowie die beschriebenen Protokoll-Amendements liegt ein positives Votum (11.02.2021; Amendement zur Durchführung qualitativer Interviews: 16.11.2021, Referenznr.: 20–1276; Amendement zur Fallzahlerhöhung: 11.07.2022, Referenznr.: 20–1276) der Ethikkommission des Universitätsklinikums Freiburg vor. Datenschutzrelevanten Fragen wurden durch den Datenschutzbeauftragten der Universitätsklinik Freiburg geprüft.

Die für die Studie relevanten Daten wurden pseudonymisiert gespeichert und werden 15 Jahre aufbewahrt. Das Projekt wurde dabei unter Einhaltung sämtlicher regionaler, nationaler und europäischer Datenschutzrichtlinien durchgeführt. Der Datentransfer erfolgt ausschließlich verschlüsselt.

3 Methodik

3.1 Studiendesign

Die Studie ist als randomisierte, kontrollierte, offene Überlegenheitsstudie mit drei parallelen Gruppen konzipiert. Die Randomisierung wurde als Blockrandomisierung mit einer 2:2:1-Zuordnung (IND:AUT:TAU) durchgeführt.

3.1.1 Studienablauf

Vor der Registrierung auf der Website erhielten interessierte Angehörige schriftliche Informationen über die Studie sowie eine E-Mail-Adresse des Studienteams, um eventuell offene Fragen zu klären. Nach der informierten Einwilligung konnten sich die Angehörigen auf der Website registrieren, indem sie ihre E-Mail-Adresse eingaben und ihr Konto über eine Verifizierungs-E-Mail aktivierten. Nach der Registrierung wurden die Angehörigen gebeten, einige Fragen zu beantworten, um die Ein- und Ausschlusskriterien zu überprüfen (Screening). Erfüllte der Angehörige die Einschlusskriterien, wurde er in die Studie aufgenommen und gefragt, ob der depressive Erkrankte ebenfalls teilnehmen möchte. Auf Wunsch der Angehörigen wurde eine personalisierte Einladungs-E-Mail an die depressiv erkrankte Person gesendet, die die Erkrankten zu einer Informations- und Einwilligungsseite leitete. Anschließend wurden die Angehörigen (und falls zutreffend der depressiv Erkrankte) gebeten, die Einstiegs-Fragebögen auszufüllen (T0). Die depressiv Erkrankten erhielten anschließend keine Intervention, sondern füllten zu jedem Messzeitpunkt lediglich einen kurzen Fragebogen zur depressiven Symptomatik aus (und konnten, wenn gewünscht, zusätzliches Feedback zur Studie geben). Die Angehörigen wurden nach der Bearbeitung der T0-Fragebögen randomisiert einer der folgenden drei Interventionen zugeteilt:

1. Online-Selbsthilfeprogramm mit individualisiertem Nachrichten-Support (IND): Die teilnehmenden Angehörigen konnten das Online-Selbsthilfeprogramm vier Wochen lang nutzen. Zusätzlich erhielten sie dreimal pro Woche Support-Nachrichten von geschulten Psychologen, in denen die Angehörigen individuelle Fragen stellen konnte, weiterführenden Informationen erhielten und dabei unterstützt wurden, die Inhalte des Programms im Alltag umzusetzen. Während des Interventionszeitraums konnten die Angehörigen ihren Supportpsychologen jederzeit über das sichere Nachrichtensystem kontaktieren.
2. Online-Selbsthilfeprogramm mit automatisierter Nachrichten-Support (AUT): Die teilnehmenden Angehörigen konnten das Online-Selbsthilfeprogramm vier Wochen lang nutzen. Zusätzlich erhielten sie automatisierte Support-Nachrichten, die die Angehörigen an das Programm erinnern und motivieren sollten und Feedback zu abgeschlossenen Modulen enthielten. Die Angehörigen konnten auf die automatisierten Nachrichten nicht antworten oder individuelle Fragen stellen.
3. Kontrollbedingung mit schriftlichem Informationsmaterial (TAU): Die teilnehmenden Angehörigen erhielten Zugang zu der Patienteninformation "Depression – Angehörige und Freunde", die vom ÄZQ auf der Grundlage der Patientenleitlinien zur unipolaren Depression entwickelt wurden. Nach Ablauf des Studienzeitraums von drei Monaten konnten die Angehörigen der Kontrollgruppe auch das Online-Selbsthilfeprogramm mit automatisierter Unterstützung nutzen.

Eine Woche nach der Randomisierung (T1) wurden alle teilnehmenden Angehörigen gebeten, einen kurzen Fragebogen zur eigenen psychischen Belastung (K-10) auszufüllen. Nach dem Interventionszeitraum von vier Wochen füllten Angehörige und depressiv Erkrankte die psychologischen Fragebögen erneut aus (T2). Zu diesem Zeitpunkt wurde außerdem die Akzeptanz und Adhärenz der Angehörigen sowie das Auftreten von unerwünschten

Ereignissen ((serious) adverse event) erfragt. Drei Monate nach T0 (T3) füllten Angehörige und depressiv Erkrankte erneut die psychologischen Fragebögen aus. Der gesamte Studienablauf der Teilnehmer ist in Abbildung 2 dargestellt.

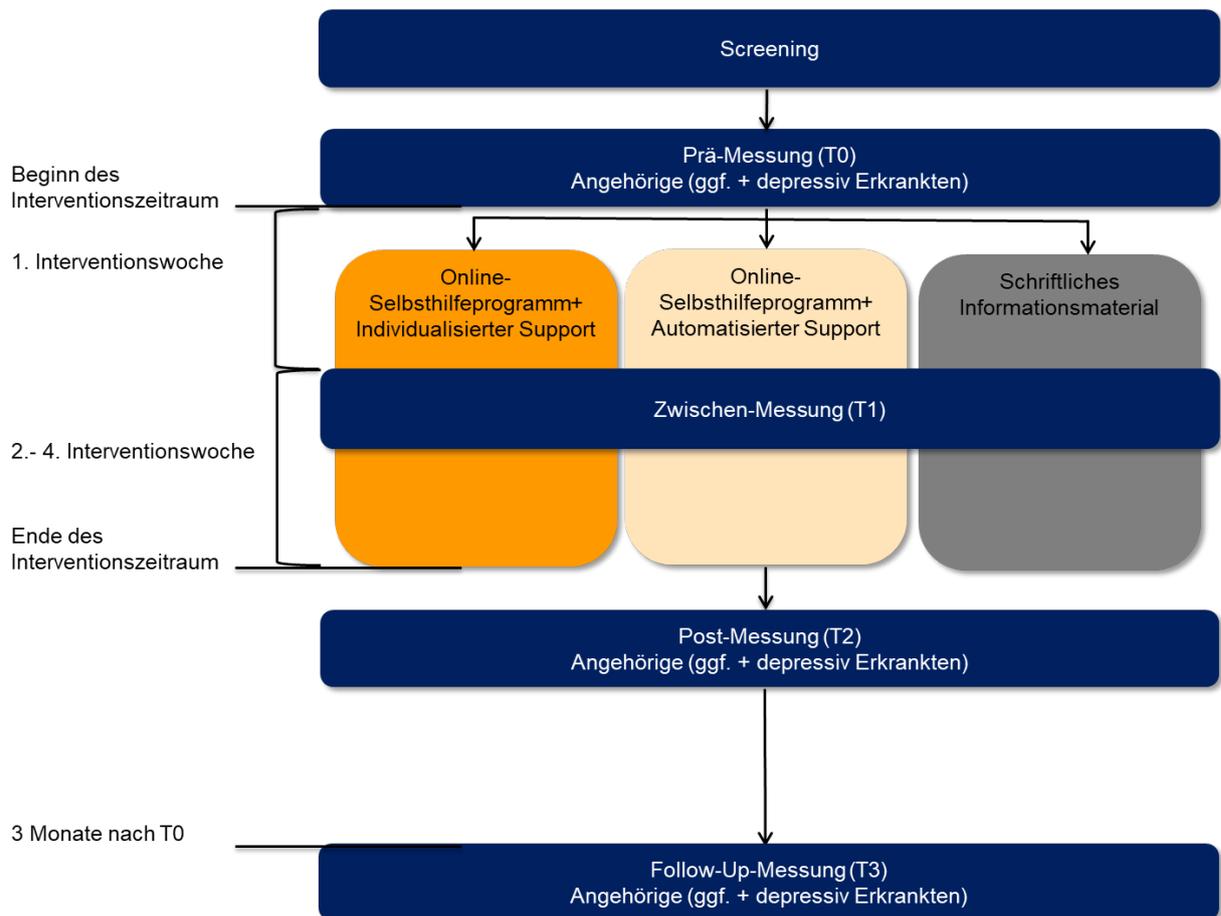


Abbildung 2: Studienablauf

3.1.2 Datenerhebung

Im Rahmen der Studie wurden sowohl psychologische Variablen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten sowie Nutzungsdaten der Angehörigen erfasst.

Die Fragebögen zur Erfassung der psychologischen Variablen wurden von den Angehörigen (und ggf. depressiv Erkrankten) zu den Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3 ausgefüllt und sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Fragebögen und Messzeitpunkte

		Screening	T0	T1	T2	T3
Angehörige						
Screening – Fragebogen zur Klärung der Einschlusskriterien		x				
Fragebogen zu Soziodemografie und Beziehung zu depressiv Erkranktem*r			x			
Internetkenntnisse			x			
Kessler Psychological Distress Scale	K-10		x	x	x	x
Involvement Evaluation Questionnaire	IEQ-EU		x		x	x
Symptom-Checklist-K-9	SCL-K-9		x		x	x
Depressionswissenstest	D-Lit		x		x	x
Familienfragebogen	FFB		x		x	x
Index der Weltgesundheitsorganisation zum Wohlbefinden	WHO-5		x		x	x
Fragebogen zu Akzeptanz und Nutzung					x	
Fragebogen zu unerwünschten Ereignissen					x	x
Depressiv Erkrankte						
Patient Health Questionnaire	PHQ-9		x		x	x

Neben den psychologischen Fragebögen wurden folgende Nutzungsdaten individuell für jeden Teilnehmer über die Onlineplattform erfasst: individueller Fortschritt in den vier Modulen, Datum und Häufigkeit der Anmeldungen sowie die Zeit, die online verbracht wurde. In der Bedingung mit individualisiertem Nachrichtensupport wurden auch die Nachrichtenverläufe mit dem Psychologen gespeichert.

Die Nutzungsdaten dienen auch dazu, die Adhärenz der Teilnehmenden zu überprüfen. Zur Bestimmung einer adhärennten Studienteilnahme wurden für die Bedingungen IND und AUT eine Online-Zeit von mindestens 1,5 Stunden sowie ein Gesamtfortschritt im Programm von mindestens 25% festgelegt. In der TAU-Bedingung wurde beginnend im März 2022 der Abruf des schriftlichen Informationsmaterials erfasst.

3.2 Randomisierung und verdeckte Zuteilung

Die Zuordnung der Angehörigen zu den Interventionsgruppen und zur Kontrollgruppe erfolgte als Blockrandomisierung mit einem Zuteilungsverhältnis von 2:2:1 (IND:AUT:TAU), stratifiziert in Fünfer-Blöcken nach folgenden Merkmalen der teilnehmenden Angehörigen:

1. K-10-Skala (10-22, 23-50, siehe 2.2.3 Endpunkte, Fragebogen und Auswertung siehe Kessler, 2001, und Kessler et al., 2002)
2. Geschlecht (weiblich, männlich; Angehörige mit diverser Geschlechtsidentität wurden zu Zwecken der Randomisierung abwechselnd den Gruppen weiblich und männlich zugeordnet)

3. Beziehung des/der Angehörigen zum/zur depressiv Erkrankten (Elternteil, Kind, Partner, andere)
4. Alter (vollendete Jahre, 18-40, 41-65, ≥ 66)

Diese Merkmale wurden ausgewählt, weil ein Zusammenhang mit dem Ansprechen der Angehörigen auf die Interventionen plausibel erschien. Die gewählte Unterteilung der K-10-Skala unterscheidet gemäß der deutschen Validierungsstudie gesunde Personen von Personen mit Risiko für eine psychische Störung (Giesinger, Rumpold & Schüßler, 2008).

Die Randomisierungslisten pro Stratum wurden vor Beginn der Studie von einem IMBI-Mitarbeiter, der nicht an der Studie beteiligt war, unter Verwendung der R-Version 4.0.3 erstellt und den technischen Administratoren der Online-Plattform zur Verfügung gestellt. Die Zuteilung erfolgte verdeckt, da die Randomisierungssequenz in der Online-Plattform der Studie implementiert und ausschließlich den technischen Administratoren zugänglich war. Das Ergebnis der Randomisierung wurde den Angehörigen nach Einwilligung, Screening und Eingabe ihrer Basisdaten einschließlich der Stratifizierungsparameter über das Internet mitgeteilt (siehe 3.1.1 Studienablauf).

3.3 Stichprobengröße und statistische Power

Insgesamt wurden $n = 1640$ statt der ursprünglich geplanten $n = 1250$ Angehörige zu dem Online-Selbsthilfeprogramm und zur Kontrollgruppe randomisiert. Diese korrigierte Zielzahl berücksichtigte die Tatsache, dass in der ersten Phase der Studie statt der ursprünglich erwarteten Drop-out-Rate von 20% vielmehr 39% der K-10-Ergebnismessungen an T2 fehlten.

Somit sollten nunmehr $n = 656:656:328$ (IND:AUT:TAU) Angehörige randomisiert werden, um die aufgrund folgender Überlegungen zur statistischen Power angestrebten Anzahlen von $n = 400:400:200$ vorhandener Messwerte zu erreichen. Um ein multiples Signifikanzniveau von 5% zu gewährleisten, sollten die randomisierten Gruppen paarweise in einem sequentiellen Testverfahren nach dem Abschlussprinzip verglichen werden, indem die konfirmatorische statistische Testung auf nominalem Signifikanzniveau $\alpha = 5\%$ bis zum ersten nicht-signifikanten Ergebnis fortzusetzen war. Die paarweisen Vergleiche sollten durch Berechnung eines zweiseitigen 95%-KI für die Differenz der Erwartungswerte zwischen den Gruppen durchgeführt werden, wobei der Ausschluss einer Erwartungswertdifferenz von Null im KI der Ablehnung der Nullhypothese identischer Erwartungswerte durch einen ungepaarten t-Test zum zweiseitigen Signifikanzniveau von 5% entspricht. Als erstes und zweites sollten die Online-Selbsthilfeprogramme mit der Kontrollgruppe verglichen und die Nullhypothese IND = TAU bzw. AUT = TAU bezüglich der erwarteten Prä-Post-Differenzen des K-10-Scores (T2-T0) getestet werden. Bei $n = 400:400:200$ (IND:AUT:TAU) nicht-fehlenden Werten des primären Endpunktes ergab sich eine statistische Power für diese Tests von $1-\beta \approx 99\%$, falls eine mittlere Effektstärke (Cohen's d) von $d = 0.5$ und 93% von $d = 0.3$ vorliegen würde. Effektstärken dieser Größenordnung schienen auf Basis eines einarmigen Prä-Post-Vergleichs im Anschluss an ein Psychoedukationsprogramm realistisch zu sein, das $d = 1.1$ für eine kürzere Version der primären Ergebnisskala zeigte, der K-6-Skala (Katsuki et al., 2011). Der dritte Test, der die beiden Online-Selbsthilfeprogramme vergleichen sollte, um die Nullhypothese IND = AUT zu

verwerfen, zeigte unter der Annahme einer kleinen Effektstärke von $d = 0.2$ eine Power von 81%. Die konfirmatorische Testung sollte nach Durchführung dieses Tests enden.

Bei identischen Erwartungswerten $IND = AUT$ ($d = 0$) wäre es ebenfalls von Interesse gewesen, die Unterlegenheit von AUT ($d = -0.1$) verwerfen zu können, um die Nicht-Unterlegenheit der weniger kostspieligen Intervention AUT im Vergleich zur teureren Intervention IND zum einseitigen Signifikanzniveau von $\alpha = 2.5\%$ nachzuweisen. Die statistische Power zur Erreichung dieses sekundären Ziels, um die Nicht-Unterlegenheit von AUT statistisch nachzuweisen, betrug $1 - \beta = 29\%$. Aus Gründen der Durchführbarkeit wäre es nicht möglich gewesen, noch mehr Angehörige aufzunehmen, um auch für diesen Vergleich eine höhere Power zu erzielen.

Die betrachteten Szenarien sind mit standardisierten, auf 0 verschobenen Erwartungswerten für die TAU-Gruppe in Tabelle 3 zusammengefasst (nQuery V8.3.1.0, Modul MGT0U).

Tabelle 3: Statistische Power. $AUT < IND$ bezieht sich auf die Nullhypothese der Unterlegenheit von AUT im Vergleich zu IND ($d = -0.1$, Herleitung siehe 3.4).

Standardisierter Erwartungswert IND,AUT,TAU	Power zur Ablehnung der Nullhypothese (n = 400:400:200):			
	IND = TAU	AUT = TAU	IND = AUT	AUT < IND
0.5, 0.3, 0	99%	93%	81%	<1%
0.5, 0.5, 0	99%	99%	5%	29%
0.3, 0.3, 0	93%	93%	5%	29%

3.4 Statistische Planung und Auswertung

Die Details der statistischen Analyse wurden ohne Einsichtnahme in die randomisierte Zuteilung der Angehörigen übereinstimmend mit dem Studienprotokoll in einem statistischen Analyseplan vorab festgelegt (Anlage 5). Die Auswertung fokussiert auf Angabe von Effektschätzern mit zweiseitigen 95%-Konfidenzintervallen (KI) statt bloßer p-Werte. Tests auf Gleichheit gelten bei $p < 5\%$ als statistisch signifikant. Die konfirmatorische Auswertung beschränkt sich jedoch auf die Analyse des primären Endpunkts, gefolgt von deskriptiver Berichterstattung der weiteren Studienergebnisse. Die Programmierung wurde in SAS (Version 9.4, SAS Institute, Cary, North Carolina) und R (Version 4.3.1, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) durchgeführt.

Die primäre Wirksamkeitsanalyse wurde nach dem Intention-to-Treat (ITT)-Prinzip im Full Analysis Set (FAS, alle randomisierten Angehörigen) durchgeführt, alle randomisierten Angehörigen wurden in den jeweils zugewiesenen Interventionsgruppen analysiert. Die Effekte der Zuteilung zu IND , AUT und TAU auf den primären Endpunkt, d.h. auf die Änderung des K-10-Scores von T0 bis T2 vier Wochen nach der Randomisierung (T2-T0), wurden nach der weiter unten beschriebenen multiplen Imputation fehlender Werte in einem linearen Regressionsmodell mit zweiseitigem 95%-KI geschätzt und getestet. Das Modell enthielt die randomisierte Intervention (IND , AUT , TAU), Alter (Jahre, 18-40, 41-65, ≥ 66), Geschlecht (weiblich, männlich; für divers, siehe Ende des Absatzes), die Beziehung des/der Angehörigen

zur depressiven Person (Elternteil, Kind, Partner, andere) und den kontinuierlichen K-10-Ausgangswert an T0 als unabhängige Variablen. Da nur sehr wenige Angehörige mit diversem Geschlecht zu erwarten waren, wurden sie in der primären Analyse der Interventionseffekte wie schon bei der Randomisierung abwechselnd den Gruppen der Frauen und Männer zugewiesen. In sekundären Analysen, die den Effekt des Geschlechts untersuchten, wurden sie separat berücksichtigt.

Entsprechend der zur Fallzahlplanung verwendeten Abschlussprozedur wurden konfirmatorische Vergleiche der randomisierten Gruppen bis zum ersten Auftreten eines nicht signifikanten Ergebnisses auf dem nominalen 5%-Niveau in der Reihenfolge IND versus TAU, AUT versus TAU, IND versus AUT durchgeführt, gefolgt von deskriptiver Berichterstattung aller weiteren Analysen. Die zweiseitigen Tests auf Gleichheit der Erwartungswerte in zwei Interventionsarmen basieren auf dem zweiseitigen 95%-KI für die Differenz der Erwartungswerte zwischen den Gruppen.

Obwohl vorab primär die Überlegenheit von IND gegenüber AUT vermutet und in die konfirmatorische Prüfung einbezogen wurde, war vorab auch die Möglichkeit ihrer Gleichheit in Betracht gezogen worden. Daher wurde als sekundäre, deskriptive Analyse geplant, die Nicht-Unterlegenheit von AUT im Vergleich zu IND zu prüfen. Falls die untere Grenze des zweiseitigen 95%-KI für die Differenz der durchschnittlichen K-10-Veränderungen (IND minus AUT) größer als -0.62 Punkte wäre, so würde dies als Beleg für die Nicht-Unterlegenheit angesehen. Diese Nicht-Unterlegenheits-Grenze wurde vorab wie folgt abgeleitet: Für Angehörige depressiv Erkrankter wurde erwartet, dass die Standardabweichung (SD) der K-10-Werte zwischen derjenigen von Patienten (SD: 4.6 Punkte) und Studierenden (SD: 7.8 Punkte) in der deutschen Normstichprobe (Giesinger et al., 2008) liegt. Daher wurde eine Standardabweichung von 6.2 Punkten erwartet. Unter der Annahme einer Korrelation von 0.5 zwischen den K-10-Werten an T0 und T2 hat auch die Veränderung vom Ausgangswert eine Standardabweichung von 6.2 Punkten, und die Verwendung von Cohen's $d = 0.1$ als Nicht-Unterlegenheitsmarge ergaben somit 0.62 Punkte. Cohen's $d = 0.1$ wurde dabei gewählt, weil typischerweise ab einem Wert von $d = 0.2$ vom Vorliegen eines (kleinen) Effektes gesprochen wird. Die Nicht-Unterlegenheitsschranke sollte zwingend darunter liegen, und eine Halbierung wird dabei als konservativer Ansatz angesehen.

Fehlende Werte der K-10-Scores wurden separat jeweils für TAU, AUT und IND nach einer treatment policy-Strategie multipel imputiert. Hierfür wurden das Geschlecht, die Beziehung des/der Angehörigen zur depressiven Person, vorhandene K-10-Messungen aller Messzeitpunkte, der Internetkompetenz-Score an T0 sowie zusätzlich für AUT und IND Maßzahlen für das Ausmaß der Nutzung des jeweiligen Selbsthilfeprogramms als unabhängige Variablen verwendet. Die Ergebnisse wurden unter Verwendung der Regeln von Rubin für die multiple Imputation kombiniert (Rubin, 1987). Die resultierenden Schätzer wurden auf Basis der Annahme berechnet, dass fehlende Werte einer vergleichbaren Verteilung wie die Ergebnisdaten derjenigen folgen, die ähnliche unabhängige Variablen haben und deren Ergebnisdaten nicht fehlen (Annahme missing at random). Weitere Details zu Imputationsstrategie und Sensitivitätsanalysen sind im Statistischen Analyseplan beschrieben (Anlage 5).

Die Auswertung des K-10-Scores und der sekundären Endpunkte im Zeitverlauf erfolgte ohne Imputation fehlender Werte mittels eines gemischten linearen Modells für Messwiederholungen mit unstrukturierter Korrelationsmatrix (MMRM, Mixed-Effects Model for Repeated Measures, longitudinal ANCOVA). Als unabhängige Variablen dienten die gleichen wie in der Primäranalyse, wobei die Baselinemessung (T0) des jeweiligen Scores einging, sowie der Zeitpunkt (T2, T3, bei K-10 auch T1) und Interaktionsterme zwischen Zeitpunkt und randomisierter Intervention.

Die Befragungen zu Akzeptanz und Nutzung des Online-Programms und der Fragebogen zu unerwünschten Ereignissen wurden deskriptiv nach randomisiertem Arm ausgewertet.

3.5 Durchführung der Fokusgruppen

Insgesamt wurden drei Fokusgruppen online durchgeführt: eine Experten-Fokusgruppe zur Entwicklung, eine Experten-Fokusgruppe zur Dissemination sowie eine Angehörigen-Fokusgruppe zur Dissemination.

Die Experten-Fokusgruppe zur Entwicklung bestand aus vier Experten aus den Bereichen E-Mental-Health und Angehörigenarbeit bei Depression. Die Fokusgruppe fand an zwei Nachmittagen statt und umfasste insgesamt sechs Stunden. Im Vorfeld erhielten die Teilnehmenden Zugang zum Familiencoach Depression. Inhaltlich wurden zunächst der Familiencoach, die geplanten Anpassungen für das Studiensetting sowie erste Entwürfe zu Formulierungen und zur Steuerung der automatisierten Nachrichten vorgestellt. Anschließend wurden die Rückmeldungen und Erfahrungen der Experten zum Familiencoach diskutiert. Besonders im Fokus standen die Inhalte der automatisierten Nachrichten, die vor allem motivierend, strukturierend, vertiefend und beziehungsstiftend wirken sollten. Weitere wichtige Themen waren das Layout des Onlineprogramms (z. B. die Nutzung von Avataren), die Wahl der Ansprache (z. B. Du- oder Sie-Form) sowie der Umgang mit Klarnamen bei Studienteilnehmenden und Supportpsychologen. Auch der Umgang mit Notfällen im Onlinesetting wurde intensiv besprochen.

Für die Angehörigen-Fokusgruppe wurden sechs Angehörige ausgewählt, die das Onlineprogramm kurz vor Ende der Rekrutierungsperiode abgeschlossen hatten. Drei Teilnehmende stammten aus der IND-Bedingung und drei aus der AUT-Bedingung. Es wurde versucht, eine möglichst heterogene Gruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Beziehung zum Erkrankten, Belastungsausprägung, Zufriedenheit mit dem Programm, Fortschritt im Programm sowie Anzahl der geschriebenen Nachrichten zusammenzustellen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Zusammensetzung der Angehörigen-Fokusgruppe

		Geschlecht	Alter	Teilgenommen für...	Programm-Fortschritt	Anzahl d. Nachrichten	Veränderung im K-10 (Prä-Post)
1	STD	W	22	Schwester	92,4%	0	-7
2	STD	W	59	Kind	92,8%	0	+3
3	STD	M	38	Partnerin	89,8%	0	-3
4	IND	M	57	Kind	68,6%	7	-6
5	IND	M	26	Partnerin	100%	6	+3
6	IND	W	50	Partner	78,4%	6	-2

Die Angehörigen-Fokusgruppe erstreckte sich über sechs Stunden aufgeteilt auf mehrere Termine. Dabei wurde die Diskussion zur Hälfte der Zeit innerhalb der jeweiligen Studienbedingungen (STD und IND) und zur anderen Hälfte in der gesamten Gruppe durchgeführt. Grundlage der Gespräche war ein vorab erstellter Leitfaden. Im ersten Teil, in dem die Angehörigen nach Studienbedingung aufgeteilt waren, wurden anhand folgender Fragen die Erfahrungen mit dem Nachrichtensupport erfasst:

- Wie war der Nachrichtensupport für Sie?
- Nur in der IND-Bedingung: Wie haben Sie die Beziehung zu der Psychologin oder dem Psychologen erlebt?
- Wie hat sich der Austausch mit der psychologischen Begleitung auf Ihre Arbeit mit dem Onlineprogramm ausgewirkt?
- Konnten Sie aus dem Austausch etwas für sich mitnehmen? (Welche Aspekte aus dem Austausch waren für Sie bedeutend?)
- Wie war der Rahmen für Sie, also das Online-Format, die Dauer der Begleitung, die Anonymität, die Häufigkeit der Nachrichten?
- Wie haben Sie das Ende der E-Mail-Begleitung erlebt?

Im zweiten Teil, an dem alle Angehörigen gemeinsam teilnahmen, wurden die Erfahrungen mit dem Onlineprogramm sowie dessen Auswirkungen erfragt:

- Welche Gedanken fallen Ihnen ein, wenn Sie an das Onlineprogramm zurückdenken?
- Rückmeldung zum Gesamteindruck des Onlineprogramms:
 - Was fanden Sie gut?
 - Was haben Sie in Ihrem Alltag umgesetzt?
 - Haben Sie das Programm auch noch nach der Studie genutzt?
- Rückmeldung zu den einzelnen Modulen:
 - Haben Sie das Modul genutzt?
 - Was fanden Sie gut?
 - Gab es Schwierigkeiten/Störfaktoren?
- Auswirkungen des Programms:
 - Haben Sie Veränderungen in Ihrem Umgang mit den depressiven Symptomen Ihres Angehörigen wahrgenommen?

- Haben Sie Veränderungen in der Beziehung zu Ihrem depressiv erkrankten Angehörigen festgestellt?
- Hat sich verändert, wie Sie in dieser schweren Zeit mit sich selbst umgehen, wie Sie für sich sorgen?
- Haben die Wissensinhalte des Onlineprogramms eine Auswirkung auf Ihre Situation?

Die Experten-Fokusgruppe zur Dissemination umfasste sechs Experten aus verschiedenen Versorgungsbereichen im Gesundheitswesen sowie aus relevanten Versorgungsstrukturen (z. B. Angehörigenvertretung). Auch diese Fokusgruppe fand an zwei Nachmittagen mit einer Gesamtdauer von sechs Stunden statt. Im Vorfeld erhielten die Teilnehmenden eine Zusammenfassung der Studienergebnisse sowie der Erkenntnisse aus der Angehörigen-Fokusgruppe. Zu Beginn wurden der Familiencoach, beispielhafte Nachrichtenverläufe sowie die Studienergebnisse vorgestellt. Anschließend wurden folgende Fragestellungen diskutiert:

- Wo sehen Sie Stärken und Schwächen des Onlineformats?
- Welche Weiterentwicklungen des Onlineprogramms erscheinen Ihnen sinnvoll?
- Wie sollte der Nachrichtensupport zukünftig aussehen? (psychologisch, automatisiert, beides oder andere Formen?)
- Wie könnten noch mehr Angehörige oder bestimmte Subgruppen erreicht werden?

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden von einem Co-Moderator in Inhaltsprotokollen dokumentiert und jeweils am Ende eines Themenblocks zur Verständnissicherung den Teilnehmenden rückgemeldet. Ziel der Fokusgruppen war es, die Vielfalt der Erfahrungen, Einschätzungen und Wünsche abzubilden, ohne einen Konsens oder konkrete Entscheidungen anzustreben. Die Erkenntnisse wurden in detaillierten Protokollen festgehalten.

4 Projektergebnisse

4.1 Studienpopulationen der Angehörigen und depressiv Erkrankten

Im Zeitraum von Mai 2021 bis Januar 2023 erteilten 2400 Angehörige aus ganz Deutschland nach der Studienaufklärung ihre Einwilligung zur Teilnahme und begannen das Screening. Davon wurden 1640 Angehörige randomisiert, von denen wiederum 304 depressiv Erkrankte ebenfalls in die Teilnahme einwilligten, während 760 Angehörige die eigentliche Studienphase nicht erreichten. Dies war größtenteils dadurch bedingt, dass die entsprechenden Fragebögen entweder nicht vollständig ausgefüllt wurden, dass sie auf eine weitere psychische Erkrankung der depressiven Person schließen ließen oder darauf, dass die Angehörigen selbst von einer solchen betroffen waren (Abbildung 3). Entsprechend dem 2:2:1-Schema zur Randomisierung wurden an T0 651 Angehörige dem Selbsthilfeprogramm mit individualisiertem (IND), 659 dem Selbsthilfeprogramm mit automatisiertem Nachrichten-Support (AUT) und 330 der Kontrollbedingung (TAU) zugeordnet und eingeladen, die Fragebögen eine Woche (T1, nur K-10), vier Wochen (T2, nach Interventionsende) und drei Monate (T3) später auszufüllen.

Die teilnehmenden Angehörigen waren im Mittel 42.8 Jahre alt (Altersspanne: 18-85 Jahre), 79% (n = 1300) waren weiblich. Die depressiv Erkrankten, aufgrund derer die Angehörigen an der Studie teilnahmen, waren mit einem Durchschnittsalter von 40.6 Jahren und einer Altersspanne von 18-89 Jahren etwas jünger als die Angehörigen. Die depressiv Erkrankten waren mit 58% (n = 951) zum größeren Teil männlich.

Die meisten Angehörigen nahmen aufgrund eines depressiv erkrankten Partners (59%) an der Studie teil, gefolgt von Angehörigen mit depressivem Kind (18%), Elternteil (11%) oder anderen Bezugspersonen (11%).

Die Belastung der Angehörigen ist mit einem durchschnittlichen K-10-Wert von 23.4 als sehr hoch einzuschätzen. Dabei lagen 54% der Angehörigen über der K-10-Grenzen (≥ 23), was darauf hinweist, dass ihre psychosoziale Belastung so hoch war, dass ein erhebliches Risiko bestand, selbst psychische Symptome zu entwickeln.

Die Charakteristika der Angehörigen und der depressiv Erkrankten waren gleichmäßig über die randomisierten Interventionen verteilt. Weitere Angaben zur Stichprobenbeschreibung finden sich in Anlage 3, Tabelle A2-1 und A2-2.

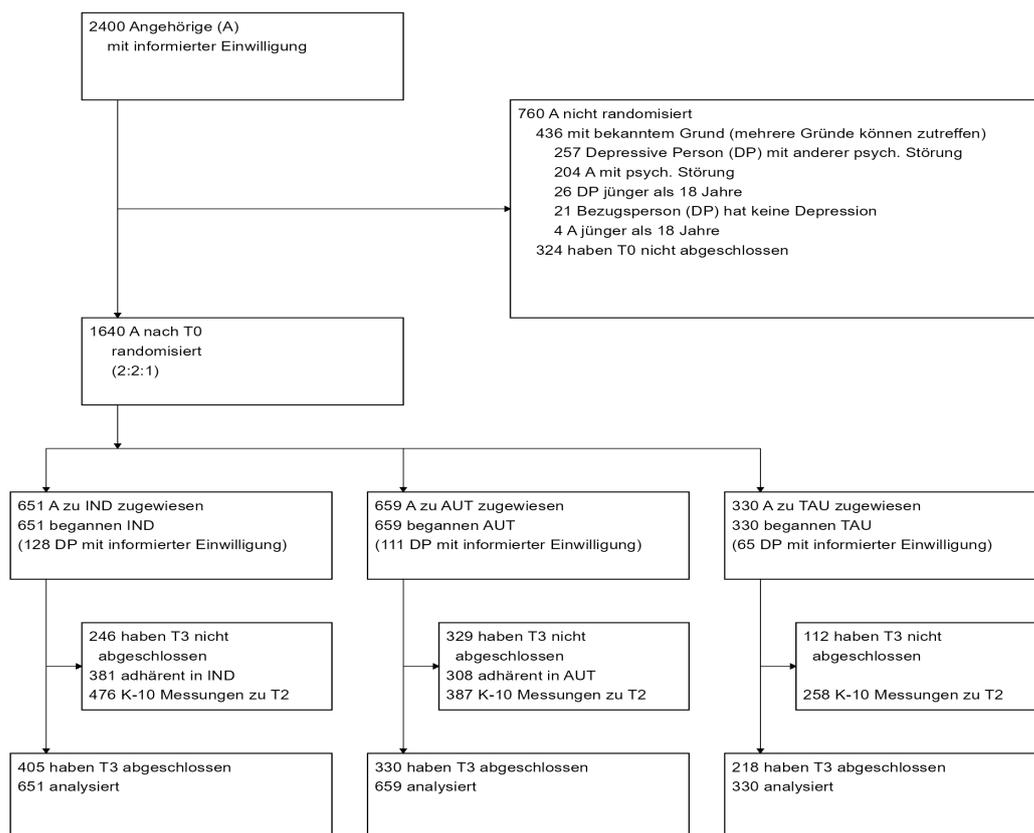


Abbildung 3: Flussdiagramm der Studienteilnehmenden

4.2 Nutzung der Interventionen und Teilnahmeraten

Von den Angehörigen im Selbsthilfeprogramm mit individualisiertem Support blieben 81% (n=530) gegenüber 71% (n=471) im Arm AUT über 90 Minuten online, und 59% (n=384) gegenüber 47% (n=312) riefen mehr als 25% der gesamten zur Verfügung stehenden Seiten der vier Onlinemodule auf. Als Adhärenz wurde die Kombination beider Kriterien zusammengenommen betrachtet. Diese erfüllten 59% (n=381) der Angehörigen im Arm IND und 47% (n=308) der Angehörigen im Arm AUT. Angehörige des Kontrollarms TAU wurden, da keine Intervention vorgesehen war, durchgängig als adhärent betrachtet. Downloads des bereitgestellten Informationsblattes wurden erst ab März 2022 erfasst. Ab diesem Zeitpunkt erfolgte bei 68 (von 160, 42%) Angehörigen im Kontrollarm kein Download des Flyers (Anlage 3, Tabellen A3-4 und A3-5).

Was die Befragung der Angehörigen angeht, so füllten an T1, eine Woche nach Randomisierung, im Arm IND 76% der Angehörigen (n=497) den K-10-Bogen aus, im Arm AUT 66% (n=434) und im Arm TAU 67% (n=220). Nach dem Interventionszeitraum (T2) wurden alle Skalen abgefragt und von 71% (n=463) im Arm IND, von 56% (n=372) im Arm AUT und von 74% (n=243) im Arm TAU vollständig beantwortet. Nach drei Monaten waren es 62% (n=405) im Arm IND, 50% (n=330) im Arm AUT und 66% (n=218) im Arm TAU. Da die Befragung stets mit der K-10-Skala begann, war die Teilnahmerate hier jeweils geringfügig höher (Anlage 3, Tabellen A1-5 und A4-6).

4.3 Primärskala K-10 (psychisches Erkrankungsrisiko der Angehörigen)

Die Primäranalyse der Änderung des K-10-Scores von T0 bis vier Wochen nach der Randomisierung (T2-T0) berücksichtigte alle randomisierten Angehörigen durch multiple Imputation fehlender Werte (siehe Anlage 1, Abbildung 2). Ausgehend von einem gruppenübergreifenden Mittelwert (\pm Standardabweichung) des K-10-Scores zur Baseline an T0 von 23.4 (\pm 6.09), ergab die lineare Regression mittlere Veränderungen, d.h. Rückgänge, um -2.29, -1.72, bzw. -0.84 Punkte des K-10-Scores bei Teilnehmenden der Gruppen IND, AUT bzw. TAU. Im prä-spezifizierten sequentiellen Vergleich der beiden experimentellen Interventionen IND und AUT mit der Kontrollgruppe TAU zeigten sich diese statistisch signifikant effektiver als TAU, mit einer Mittelwertdifferenz, also einem stärkeren Rückgang, im Vergleich zu TAU von -1.45 Scorepunkten (IND, 95%-KI) bzw. von -0.89 Scorepunkten (AUT, 95%-KI). Der Vergleich des individualisierten mit dem automatisierten Support ergab eine Mittelwertdifferenz von -0.57 Scorepunkten (95%-KI, letzter confirmatorischer Vergleich). Obgleich mit -0.57 Scorepunkten also ein Unterschied innerhalb des Bereichs der Nicht-Unterlegenheit des automatisierten Supports AUT geschätzt wurde, konnte weder die Überlegenheit des individualisierten Supports (Mittelwertdifferenzen $<$ 0) noch die Nicht-Unterlegenheit des automatisierten Supports (Mittelwertdifferenzen $>$ -0.62) statistisch nachgewiesen werden, wie das 95%-KI belegt.

Diese Ergebnisse wurden in Sensitivitätsanalysen im Wesentlichen bestätigt (Anlage 3, Tabellen A4-8 bis A4-10).

Zur Einschätzung der Ergebnisse der Primäranalyse wurde außerdem die Homogenität der jeweiligen Therapieeffekte hinsichtlich des primären Outcomes (Änderung des K-10-Scores an T2) über verschiedene Untergruppen der Angehörigen hinweg untersucht. Hierfür wurden primär die Punktschätzer für den Therapieeffekt in den Subgruppen der Stratifikationsfaktoren (Alter, Geschlecht, Beziehung zum Erkrankten, Belastung zu Studienbeginn [K-10 bei T0]) sowie bezüglich der Internetkenntnisse (Score < vs. ≥ Median) betrachtet.

Im Vergleich zwischen IND und TAU zeigte sich bei Betrachtung der Subgruppen insgesamt ein durchgängig positiver Interventionseffekt zugunsten des individualisierten Selbsthilfeprogramms. Besonders von der IND-Bedingung zu profitieren scheinen Eltern depressiv erkrankter Kinder (-3.03; 95%-KI). Lediglich bei den männlichen Angehörigen wird die Effektivität von IND vergleichbar zu der von TAU geschätzt (0.13; 95%-KI).

Im Vergleich zwischen AUT und TAU zeigte sich ebenfalls ein überwiegend positiver Interventionseffekt zugunsten der AUT-Bedingung, der jedoch geringer ausfällt als der Interventionseffekt zwischen IND und TAU. Lediglich Angehörige, die aufgrund eines erkrankten Elternteils an der Studie teilnahmen, scheinen eher von TAU als von AUT zu profitieren (1.07; 95%-KI). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Stichprobe dieser Subgruppe relativ klein war.

Im Vergleich zwischen IND und AUT war der gepoolte Effekt kleiner als bei den Vergleichen mit TAU, und so zeigte sich hier in einigen Untergruppen kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Interventionen.

Folgende Subgruppen scheinen tendenziell von der IND-Bedingung mehr zu profitieren: Angehörige mit depressiv erkranktem Elternteil (-2.60; 95%-KI), Kind (-2.02;) oder sonstigen Erkrankten (-1.35, 95%-KI), stark belastete Angehörige (-1.14; 95%-KI), Angehörige mittleren Alters (-1.08; 95%-KI), sowie weibliche Angehörige (-0.96; 95%-KI).

Jüngere (-0.03; 95%-KI) sowie weniger belastete Angehörige (0.01; 95%-KI) scheinen von AUT und IND gleichermaßen zu profitieren.

Männliche Angehörige (0.94; 95%-KI) und in geringerem Maße Partner eines depressiv Erkrankten (0.36; 95%-KI) hingegen scheinen etwas mehr von der AUT-Bedingung zu profitieren.

(Anlage 3, Tabellen A4-16 bis A4-19-2; Anlage 3, Abbildungen B4-3 bis B4-5).

Mittelwerte des K-10-Scores im Zeitverlauf wurden in einem gemischten Modell für Messwiederholungen als Least-Squares-Means geschätzt (longitudinal analysis of covariance, ANCOVA). Während die drei Gruppen sich nach einer Woche (T1) nicht wesentlich unterscheiden, erscheinen beide Supportprogramme auch drei Monate nach Randomisierung (T3) sowohl in diesem longitudinalen Modell, als auch nach multipler Imputation nahezu identisch wirksam und der Kontrollgruppe TAU um mehr als einen Scorepunkt überlegen (Anlage 3, Tabellen A4-4, A4-5, A4-10).

4.4 Sekundäre Skalen und Endpunkte

Für die sekundären Skalen wurde der Mittelwert zur Baseline als gruppenübergreifendes Mittel aller randomisierten Angehörigen berechnet. Mittelwerte im Zeitverlauf und deren Unterschiede zwischen den randomisierten Armen an T2 und T3 wurden in einem gemischten Modell für Messwiederholungen als Least-Squares-Means geschätzt (longitudinal analysis of covariance, ANCOVA).

4.4.1 Angehörige: IEQ-EU

Bezüglich der subjektiven und objektiven psychosozialen Belastung der Angehörigen (Involvement Evaluation Questionnaire / IEQ-EU) zeigten im Verlauf ebenfalls alle drei Gruppen eine klinisch relevante Besserung gegenüber dem mittleren Score von 34.2 ± 14.39 (Mittelwert \pm Standardabweichung) an T0. Diese betrug -3.45 bis -5.91 Scorepunkte nach dem Interventionszeitraum (T2) und -7.73 bis -10.15 Scorepunkte im Follow-up (T3). Auch hier waren beide experimentellen Interventionen IND und AUT an T2 der Kontrollgruppe deutlich und statistisch signifikant überlegen, mit einer Mittelwertdifferenz im Vergleich zu TAU von -2.46 Scorepunkten (IND, 95%-KI, -3.99 bis -0.92) bzw. von -2.17 Scorepunkten (AUT, 95%-KI, -3.76 bis -0.58). Der Unterschied zu TAU fiel im Follow-up (T3) mit -2.42 Scorepunkten (IND, 95%-KI, -4.36 bis -0.48) bzw. -1.66 Scorepunkten (AUT, 95%-KI -3.67 bis 0.34) etwas kleiner, für IND jedoch weiterhin relevant und statistisch signifikant aus (Anlage 3, Tabellen A5-1 und A5-2; Anlage 1, Abbildung 3).

4.4.2 Angehörige: Symptom-Checkliste SCL-K-9

Die Symptom-Checkliste SCL-K-9 (Kurzversion) erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Ausgehend von mittleren 12.2 ± 6.36 Scorepunkten an T0, zeigten hier beide Varianten des Onlineprogrammes im Verlauf an T2 und T3 bessere, an T3 in beiden Armen auch statistisch signifikant überlegene Ergebnisse im Vergleich zum Kontrollarm (T3, Unterschied IND-TAU -1.52 Scorepunkte, 95%-KI; AUT-TAU, -1.72, 95%-KI; Anlage 3, Tabellen A5-3 und A5-4; Anlage 1, Abbildung 4).

4.4.3 Angehörige: Familienfragebogen FFB

Die High-Expressed-Emotion Aspekte „Kritik und Überfürsorge“, gemessen mit dem Familienfragebogen FFB, zeigten zur Baseline an T0 im Mittel 51.5 ± 9.61 Scorepunkte, die sich in allen drei Gruppen zu T2 und noch stärker im Follow-up an T3 verbesserten. Dabei waren die geschätzten Verbesserungen an beiden Zeitpunkten beim individualisierten Selbsthilfeprogramm (IND) ausgeprägter als beim automatisierten (AUT), und dort wiederum ausgeprägter als im Kontrollarm (TAU). Im Vergleich zum Kontrollarm wurde die individualisierte Intervention statistisch signifikant an T2 um -1.68 Punkte besser eingeschätzt (IND-TAU, 95%-KI), an T3 um -2.41 Scorepunkte (IND-TAU, 95%-KI). Der Abstand der automatisierten Version war jeweils etwas geringer (T2, AUT-TAU, -0.91 Scorepunkte, 95%-KI; T3, AUT-TAU, -1.40 Scorepunkte, 95%-KI; Anlage 3, Tabellen A5-7 und A5-8; Anlage 1, Abbildung 5). Im rein deskriptiven Vergleich der beiden Subscores „Kritik“ und „Überfürsorge“ ergab sich ebenfalls an beiden Zeitpunkten IND-AUT-TAU als Reihenfolge zwischen den drei Armen.

4.4.4 Angehörige: WHO-5

Ähnlich wie beim SCL-K-9 zeigten sich beide Varianten des Onlineprogramms bezüglich des Wohlbefindens der Angehörigen (WHO-5) im Verlauf, in diesem Fall an beiden Zeitpunkten für beide Interventionen klinisch relevant und statistisch signifikant, in etwa vergleichbarem Ausmaß gegenüber dem Kontrollarm überlegen (T2, Unterschied IND-TAU 3.74 Scorepunkte, 95%-KI 1.23 bis 6.24, Unterschied AUT-TAU 2.99, 95%-KI 0.38 bis 5.59; T3, Unterschied IND-TAU 5.75 Scorepunkte, 95%-KI 2.72 bis 8.77, AUT-TAU, 7.23, 95%-KI 4.09 bis 10.37). Ausgehend von mittleren 39.9 ± 20.06 Scorepunkten zur Baseline T0, wurde der mittlere Anstieg an T3 für IND, AUT und TAU auf 7.28, 8.76 bzw. 1.53 Scorepunkte geschätzt (Anlage 3, Tabellen A5-9 und A5-10; Anlage 1, Abbildung 6).

4.4.5 Angehörige: D-Lit

Der Depressionswissenstest D-Lit zur Erfassung der Kenntnisse zum Thema Depression zeigte in beiden Interventionsarmen nach dem vierwöchigen Interventionszeitraum (T2) einen vergleichbar großen, Anstieg, der auch beim Follow-up drei Monate nach Randomisierung (T3) erhalten blieb. Ausgehend vom mittleren Scorewert von 21.5 ± 4.65 Punkten an T0, stieg er um 1.95 bzw. 2.00 Punkte an T2 und um 2.15 bzw. 2.22 an T3 (IND bzw. AUT) an. Im Kontrollarm TAU stieg er um 0.96 und 1.21 Punkte an T2 und T3 an. Beide Interventionsarme waren der Kontrolle statistisch signifikant überlegen (T2, Unterschied IND-TAU 0.99 Scorepunkte, 95%-KI 0.52 bis 1.46, Unterschied AUT-TAU 1.04, 95%-KI 0.55 bis 1.53; T3, Unterschied IND-TAU 0.94 Scorepunkte, 95%-KI 0.42 bis 1.45, AUT-TAU, 1.01, 95%-KI 0.48 bis 1.55; Anlage 3, Tabellen A5-5 und A5-6, Anlage 4, Abbildung B4-8).

4.4.6 Angehörige: Akzeptanz und Nutzung des Online-Programms

Die Akzeptanz und Nutzung des Onlineprogramms wurde auf einer 6-stufigen Likert-Skala (0: trifft überhaupt nicht zu, 1: trifft wenig zu, 2: trifft eher nicht zu, 3: trifft eher zu, 4: trifft ziemlich zu, 5: trifft voll und ganz zu) erfasst.

Sowohl in der IND- als auch in der AUT-Bedingung wurde das Onlineprogramm von den meisten Angehörigen als „ziemlich“ (IND: 36%; AUT: 31%) oder sogar „voll und ganz“ hilfreich erlebt (IND: 25%; AUT: 20%). Bezüglich der begleitenden Nachrichten zeigten sich Unterschiede zwischen den Support-Bedingungen. In der IND-Bedingung empfanden die meisten Angehörigen (38%) die Nachrichten als „voll und ganz“ hilfreich, 25% empfanden die Nachrichten als „ziemlich“ hilfreich und lediglich 2% empfanden die Nachrichten „überhaupt nicht“ hilfreich. In der AUT-Bedingung hingegen empfanden die meisten Angehörigen (32%) die Nachrichten „eher“ hilfreich, lediglich 7% der Angehörigen empfanden die Nachrichten „voll und ganz“ hilfreich und 12% empfanden die Nachrichten „überhaupt nicht“ hilfreich.

In beiden Bedingungen fanden sich die meisten Angehörigen im Onlineprogramm „ziemlich“ gut oder sogar „voll und ganz“ zurecht, empfanden das Onlineprogramm als „ziemlich“ oder sogar „voll und ganz“ ansprechend und „ziemlich“ oder sogar „voll und ganz“ abwechslungsreich. Dabei wurden alle Module mehrheitlich als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ erlebt. Die überwiegende Mehrheit der Angehörigen gab außerdem an „überhaupt nicht“ oft technische Probleme erlebt zu haben (IND: 82%; AUT: 81%).

Die zeitlichen Rahmenbedingungen wurden auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0: Zu kurz, 1: Etwas zu kurz, 2: Genau richtig, 3: Etwas zu lang, 4: Zu lang) erfasst. Der vierwöchige Interventionszeitraum wurde von den meisten Angehörigen als „etwas zu kurz“ (IND: 41%; AUT: 33%) bis „genau richtig“ (IND: 32%; AUT: 43%) eingeschätzt. Die Häufigkeit der Nachrichten wurde in beiden Bedingungen weitgehend als „genau richtig“ empfunden (IND: 75%; AUT: 62%).

Alle Items des Fragebogens sind in Anlage 3, Tabellen A5-11-1 bis A5-11-4 dargestellt.

4.4.7 Erkrankte: PHQ-9

Zur Baseline hatten zwischen 17% und 20% der depressiv Erkrankten pro Arm in die Teilnahme eingewilligt. Nach vier Wochen (T2) nahmen 61% (n=186) der Erkrankten, die eingewilligt hatten, an der Erhebung ihrer depressiven Symptomatik teil (Patient Health Questionnaire PHQ-9); drei Monate nach Randomisierung waren es 50% (n=151). Zur Baseline betrug der PHQ-9 im Mittel 16.1 ± 5.25 Scorepunkte. An T2 waren zeigten IND und AUT einander ähnliche, etwas ausgeprägtere Rückgänge als der Kontrollarm TAU, während sich die drei Gruppen nach drei Monaten (T3) einander angleichen (

T2, Unterschied IND-TAU -0.86 Scorepunkte, 95%-KI, Unterschied AUT-TAU -0.93, 95%-KI; T3, Unterschied IND-TAU -0.29 Scorepunkte, 95%-KI, AUT-TAU 0.26, 95%-KI; Anlage 3, Tabellen A1-5, A1-6, A5-12, A5-13, Anlage 4, Abbildung B4-11).

4.5 Unerwünschte Ereignisse

Zu den Messzeitpunkten T2 und T3 wurde das Auftreten unerwünschter Ereignisse in den Bereichen Privatleben, Berufsleben, körperliche Symptome/Erkrankungen, psychische Symptome/Erkrankungen sowie schwere Erkrankungen im engen Familien- oder Bekanntenkreis erfragt. Sie sind Anlage 3, Tabellen A6-1-1 bis A6-1-15 zu entnehmen.

Alle unerwünschten Ereignisse wurden von mehreren Studienmitarbeitern im Austausch mit der Studienleitung hinsichtlich der GCP-Kriterien (Good Clinical Practice) als sogenannte schwerwiegende („serious“) unerwünschte Ereignisse beurteilt. Bei den folgenden elf unerwünschten Ereignissen wurde eine Einschätzung als „schwerwiegend“ getroffen: Operation einer Erkrankung (nicht weiter spezifiziert), Sarkoidose, starke Verschlechterung einer MS-Erkrankung, COVID-19-Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt, Colitis ulcerosa, Hautkrebserkrankung, Krebserkrankung (nicht weiter spezifiziert), Vorhofflimmern mit Krankenhausaufenthalt, schwere Lungenentzündung, MS-Erkrankung, große Operation (nicht weiter spezifiziert).

Alle schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse wurden jedoch subjektiv (nach Angaben des Angehörigen) und objektiv (nach Beurteilung durch mehrere Studienmitarbeiter) so eingeschätzt, dass sie nicht im Zusammenhang oder gar als Nebenwirkung der Studienteilnahme aufgetreten sind.

4.6 Ergebnisse der Fokusgruppen

4.6.1 Experten-Fokusgruppe (Entwicklung)

Bezüglich der Kontrollgruppe wurde diskutiert, ob die Kontrollgruppe lediglich einmalig Infomaterial erhält oder ob wöchentliche Informationen bereitgestellt werden sollen. Letzteres birgt das Risiko, durch die regelmäßige Aufmerksamkeit die Ergebnisse zu verzerren. Hinsichtlich des Umgangs mit dem AOK-Familiencoach herrschte Konsens darüber, dass der Coach während der Studie nicht explizit erwähnt werden sollte. Erst am Ende sollte erfragt werden, ob die Teilnehmenden ihn genutzt haben.

Bei der Intervention wurde eine größere Flexibilität im Coach angeregt. Die Teilnehmenden könnten zu Beginn der Intervention Entscheidungen treffen, etwa zur Dauer des Programms, zur Anzahl der Nachrichten oder zu persönlichen Anpassungen wie der Wahl eines begleitenden Avatars, eines Benutzernamens oder der Ansprache („du“ oder „Sie“). Eine solche Personalisierung, die den Coach „zum eigenen Coach“ macht, könnte die Bindung der Teilnehmenden zum Programm stärken. Zudem wurde vorgeschlagen, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, Unterbrechungen einzulegen, etwa durch die Einführung eines „HOLD“-Buttons, mit dem die Intervention pausiert werden kann. Da erfahrungsgemäß weniger als 50 % der Teilnehmenden das Programm vollständig abschließen, könnte eine flexiblere Gestaltung zu einer höheren Abschlussrate führen. Es müsste außerdem festgelegt werden, welche Module absolviert sein müssen, um als „completer“ zu gelten, und ab wann die Intervention als ausreichend effektiv betrachtet werden kann.

Die Support-Nachrichten spielen eine zentrale Rolle für die Unterstützung und Motivation der Teilnehmenden. Aufforderungen, Erinnerungen und Wiederholungen des Gelernten per E-Mail wurden als wesentliche Elemente für den Lerneffekt hervorgehoben. Besonders hilfreich wäre es, wenn Probanden diese Erinnerungen auch selbst einrichten könnten. Es wurde empfohlen, standardisierte Nachrichten zu festen Zeitpunkten zu versenden, da dies eine einfachere Umsetzung ermöglicht und Irritationen bei den Teilnehmenden vermeidet. Dennoch könnte die Integration alternativer Kontaktmöglichkeiten, wie Messenger oder SMS, von Vorteil sein, da erfahrungsgemäß etwa 30 % der Probanden ihre E-Mails nicht regelmäßig abrufen oder verspätet darauf zugreifen. Gleichzeitig wurde betont, dass die Nachrichten so formuliert sein sollten, dass sich möglichst alle Teilnehmenden darin wiederfinden. Die Taktung müsse ebenfalls bedacht gewählt werden, damit die Nachrichten nicht als überfordernd wahrgenommen werden. Es sollte auch berücksichtigt werden, welche Nachrichten Teilnehmende erhalten, die das Programm bereits nach einer oder zwei Wochen abgeschlossen haben.

Transparenz ist wichtig, insbesondere bei der Nutzung von Benutzernamen in Nachrichten. Darüber hinaus sollten Nachrichten durch Ziele (z. B. den Abschluss eines Moduls) und Zustände (z. B. längere Inaktivität) gesteuert werden. Die persönliche und positive Anerkennung der bisherigen Leistungen sollte im Fokus stehen, bevor auf zukünftige Aufgaben eingegangen wird. Diese Art der Wertschätzung wurde von Probanden als besonders positiv wahrgenommen.

Beim psychologischen Support wurde angemerkt, dass es wichtig sei, die Art des E-Mail-Supports im Vorfeld klar zu kommunizieren. Gleichzeitig sollte die Länge und Häufigkeit der Nachrichten begrenzt werden, wobei maximal ein bis zwei spezifische Fragen gestellt und die Inhalte auf das Onlineprogramm fokussiert sein sollten. Der Einsatz von Templates wurde empfohlen, da diese eine ökonomische Umsetzung ermöglichen. Kleine Anpassungen durch Psychologen würden ausreichen, um eine persönliche Beziehung zu den Teilnehmenden aufzubauen.

4.6.2 Angehörigen-Fokusgruppe (Dissemination)

Das Onlineprogramm wurde insgesamt als sehr hilfreich und übersichtlich wahrgenommen. Besonders die bereitgestellten Videos stachen hervor und blieben den Teilnehmenden nachhaltig im Gedächtnis. Allerdings wurde angemerkt, dass ergänzende Materialien, wie beispielsweise ausdrucksfähige Achtsamkeitsübungen, das Angebot sinnvoll erweitern könnten. Einige Teilnehmende wünschten sich zudem eine stärkere Einbindung von spezifischen Beziehungskonstellationen (z.B. Mutter u. Sohn) und alltagsnahen Lebenssituationen. Die bereitgestellten Wochenpläne oder vergleichbare strukturierte Aufgaben wurden hingegen als teils zu aufwändig und zu restriktiv empfunden. Kritisch hinterfragt wurde auch die Reihenfolge der Module, die von einigen als nicht intuitiv oder sinnvoll wahrgenommen wurde (Wissensmodul an letzter Stelle).

Standardisierte Nachrichten wurden primär als Erinnerungsfunktion wahrgenommen und galten emotional als eher weniger hilfreich. Der Wunsch nach psychologischem Support war vereinzelt vorhanden, jedoch wurde dieser nicht als zwingend notwendig betrachtet. Positiv hervorgehoben wurden hingegen personalisierte, psychologisch unterstützende Nachrichten, die den Aufbau von Kontakt und Beziehung erleichterten. Einige Teilnehmende wünschten sich eine längere Begleitung durch das Programm sowie die Möglichkeit, sich mit anderen Angehörigen auszutauschen.

4.6.3 Experten-Fokusgruppe (Dissemination)

Das Onlineprogramm „Familiencoach Depression“ (FCD) wird von Expertinnen und Experten als gut konzipiert eingeschätzt, sodass keine größeren inhaltlichen Anpassungen notwendig erscheinen. Besonders positiv hervorgehoben werden die niederschwellige Zugänglichkeit, die schnelle Verfügbarkeit, der vergleichsweise geringe Zeitaufwand sowie die örtliche und zeitliche Flexibilität des Programms. Auch die Möglichkeit für Behandler, den Angehörigen eine direkte Unterstützung an die Hand geben zu können, wird als großer Vorteil gesehen. Studienergebnisse unterstreichen die hohe Belastung von Angehörigen, insbesondere in Situationen, in denen depressive Erkrankte von starker Antriebsstörung oder Suizidalität betroffen sind. Belastende Faktoren wie Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit oder Sorgen um die eigene Gesundheit spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Expertinnen und Experten betonen, dass das Programm diese Problemfelder durch seine Module umfassend abdeckt.

Die vergleichbaren Ergebnisse zwischen automatisiertem und individualisiertem Nachrichtensupport lassen darauf schließen, dass das Onlineprogramm in seiner Grundstruktur bereits die zentralen Bedürfnisse von Angehörigen erfüllt. Automatisierter Support ist daher eine kosteneffiziente Lösung. Für spezifische Subgruppen könnte jedoch ein

individualisierter Support mit der Möglichkeit, Fragen an einen E-Coach zu richten, eine wertvolle Ergänzung darstellen. Studien zeigen, dass individuelle Begleitung zwar keinen direkten symptomatischen Vorteil bietet, jedoch die Adhärenz und Zufriedenheit steigert. Persönliche Ansprache kommuniziert Wert und wird deshalb als bedeutend eingeschätzt.

Die Diskussion um Diversität im Programm zeigte, dass es nicht möglich ist, ein Angebot zu schaffen, das allen Zielgruppen gleichermaßen gerecht wird. Dennoch sollten Programme auf Diversität eingehen, indem sie beispielsweise eine einfache und verständliche Sprache verwenden, Informationen in verschiedenen Sprachen und kultursensibel aufbereiten, alternative Formate wie Podcasts oder telefonischen Support anbieten und kürzere Inhalte (z. B. Kurzvideos) für jüngere Zielgruppen bereitstellen.

Die Personalisierung des Programms könnte technisch verbessert werden, indem zu Beginn Bedürfnisse und Bedarfe der Teilnehmenden abgefragt werden. Auch die Nutzung auf mobilen und stationären Endgeräten sollte nicht nur technisch, sondern konzeptionell optimiert werden, um beiden Nutzungsarten gerecht zu werden. Schließlich wurde diskutiert, ob es sinnvoll wäre, unterschiedliche Versionen des Programms für verschiedene Endgeräte zu entwickeln.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Zielgruppe: Viele Onlineprogramme wurden von Frauen für Frauen konzipiert, was sich in der deutlich höheren Nutzungsrate von Frauen widerspiegelt. Männer hingegen neigen dazu, Belastungen mit sich selbst auszumachen, was zu einer geringeren Inanspruchnahme führt. Um Männer stärker anzusprechen, könnten folgende Maßnahmen umgesetzt werden: gezielte Ansprache in männerdominierten Kontexten (z. B. Sportvereine, Gaming-Communities), die Nutzung männlicher Rolemodels auf Social Media sowie Presse- oder Social-Media-Beiträge mit umgekehrten Rollenbildern (z. B. erkrankte Frau, Mann in der Care-Rolle). Zudem könnten Männer mit einem Fokus auf Kompetenzvermittlung (statt Hilfe) und männliche Personen auf der Startseite besser erreicht werden. Eine separate Landingpage für Männer wäre ebenfalls eine Möglichkeit, die Zielgruppe gezielt anzusprechen.

Für eine verbesserte Verbreitung des Programms werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen. Die Verbreitung über Hausärzte könnte durch Visitenkarten mit QR-Codes, ausdrucksfähige DIN-A4-Infoblätter und Flyer erleichtert werden, die die wichtigsten Informationen kompakt zusammenfassen.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Das Ziel des Studienprojekts war es, die Wirksamkeit eines Online-Selbsthilfeprogramms (Familiencoach Depression) für Angehörige von depressiv Erkrankten, unterstützt durch automatisierten oder individualisierten E-Mail-Support, zu untersuchen. Es ist gelungen eine heterogene Stichprobe von Angehörigen hinsichtlich Alter, Beziehung zum Erkrankten, Wohnort und Geschlecht einzuschließen. Auffällig war die sehr hohe Belastung der Angehörigen, die sich sowohl in den Fragebögen als auch in den individuellen Supportnachrichten zeigte. Diese starke Belastung der Angehörigen konnte bereits in vorangegangenen Studien (Franz, Meyer & Gallhofer, 2003; Bischof, Wittmund &

Angermeyer, 2002) gezeigt werden und trug vermutlich auch dazu bei, dass unerwartet viele Angehörige an der Studie teilnehmen wollten.

Es zeigte sich, dass sowohl der individualisierte als auch der automatisierte Nachrichtensupport das psychische Erkrankungsrisiko der Angehörigen signifikant reduzierten. Angehörige in der Gruppe mit individualisiertem Support erfuhren eine stärkere Reduktion des psychosozialen Distress als diejenigen in der automatisierten Gruppe, auch wenn der Unterschied zwischen den beiden Support-Bedingungen statistisch nicht signifikant war. Dies deutet darauf hin, dass personalisierte Unterstützung zwar vorteilhaft sein kann, der automatisierte Support jedoch ebenfalls wirksam ist und eine gute Alternative darstellt, insbesondere, wenn Ressourcen für eine individualisierte Unterstützung begrenzt sind. Für beide Supportbedingungen konnte die Überlegenheit gegenüber der Treatment-as-usual-Bedingung statistisch signifikant nachgewiesen werden. Dabei waren sowohl der jeweilige mittlere Rückgang gegenüber der Baseline, als auch der mittlere Unterschied zum Kontrollarm nach vier Wochen größer als die Nicht-Unterlegenheitsschranke, am deutlichsten ausgeprägt beim individuellen Support. Der psychosoziale Stress nahm bis zur Follow-Up-Messung weiter ab, wobei sich die beiden Supportbedingungen auch bei der Abschlussmessung deutlich und signifikant von der Treatment-as-usual-Bedingung unterschieden, was auf einen längerfristigen positiven Effekt der Onlineprogramms „Familiencoach Depression“ hindeutet.

Bezüglich der Relevanz der Veränderungen im K-10 werden vorsichtige empirisch fundierte Aussagen getroffen, da nach unserem Kenntnisstand keine Studien vorliegen, die eindeutig festlegen, ab welchem Wert eine relevante Verbesserung anzunehmen ist. Zu Beginn der Studie lag der K-10-Wert im Durchschnitt bei 23,5 (IND, STD) bzw. 23,2 Punkten. Dieser Wert deutet auf eine sehr hohe Belastung hin, da Giesinger et al. (2008) zeigen konnten, dass ab einem Wert von 22,5 das Risiko für Angehörige, selbst an einer psychischen Erkrankung zu erkranken, signifikant steigt. Durch das Onlineprogramm konnte der K-10-Wert im Durchschnitt auf 21 (IND) bzw. 21,4 (AUT) Punkte gesenkt werden. Der durchschnittliche Wert der Angehörigen befindet sich damit nicht mehr im Risikobereich für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung.

Die Belastung wird in die Kategorien „Low“ (Summenscore: 10-15), „Moderate“ (Summenscore: 16-21), „High“ (Summenscore: 22-29) und „Very High“ (Summenscore > 30) unterteilt (Andrews & Slade, 2001). Nach dieser Einteilung haben sich die Angehörigen im Durchschnitt von der Kategorie „High“ in die Kategorie „Moderate“ hinsichtlich ihrer Belastung verbessert.

Aus klinischer Sicht bedeutet eine Verbesserung um 2-3 Punkte im K-10, dass in 2-3 der 10 Items, die die Belastung erfassen, eine Verbesserung erzielt wurde oder in 1-2 Items eine deutliche Verbesserung eingetreten ist. Eine solche Veränderung erscheint aus klinischer Perspektive relevant, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Belastung der Angehörigen.

Neben dem primären Outcome wurden im Rahmen des Studienprojekts weitere psychosoziale und interaktionelle Veränderungen untersucht. So zeigte sich in den beiden Supportgruppen eine signifikante Verbesserung in den meisten sekundären Zielgrößen wie

der psychosozialen Belastung, der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, dem Interaktionsverhalten, den Kenntnissen über Depression und dem Wohlbefinden der Angehörigen gegenüber der Treatment-as-usual-Bedingung. Im Vergleich zwischen den Supportbedingungen kam es in der individuellen Supportbedingung bzgl. der psychosozialen Beeinträchtigung und dem Interaktionsverhalten zu einer stärkeren Verbesserung, während sich in der automatisierten Bedingung bzgl. subjektiven Beeinträchtigungen, Kenntnissen über Depression sowie dem Wohlbefinden der Angehörigen eine stärkere Verbesserung zeigte. Dennoch waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Inhaltlich lassen sich die Unterschiede vermutlich darauf zurückführen, dass im Rahmen des psychologischen Nachrichtensupports besonders an konkreten, problematischen Alltagssituationen und dem Interaktionsverhalten zwischen Patient und Angehörigen gearbeitet wurde. Daher war es zu erwarten, dass sich vor allem in den interpersonellen Maßen eine stärkere Verbesserung zeigt.

Bezüglich der depressiven Symptomatik des depressiv Erkrankten zeigte sich über die Messzeitpunkte hinweg zwar eine Abnahme der depressiven Symptomatik, allerdings keine Gruppenunterschiede. Dies könnte zum einen an der relativ geringen Anzahl der depressiv Erkrankten, die an der Studie teilgenommen haben, sowie der Vielzahl externen Faktoren liegen, die den Depressionsverlauf beeinflussen können (z.B. Beginn einer Medikation, stationäre Krankenhausaufenthalte, etc.). Zum anderen ist zu erwarten, dass eine Intervention für Angehörige nicht zwangsläufig einen unmittelbaren Effekt auf den Krankheitsverlauf des Erkrankten hat. Viel mehr ist die Psychoedukation für Angehörige, die Reduktion des psychosozialen Stresses sowie die damit verbundene Verbesserung des Interaktionsverhalten ein Faktor, der langfristig zu einem günstigeren Krankheitsverlauf beitragen kann (Hölzel, Härter, Reese & Kriston, 2011; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue & Sirey, 2001; Katsuki et al. 2022).

Neben den psychosozialen und interaktionellen Zielgrößen spielt bei der Beurteilung einer Onlineintervention das Nutzungsverhalten und die Akzeptanz sowie der Nutzungsgrad eine entscheidende Rolle, damit das Onlineprogramm von den Teilnehmenden überhaupt in dem Maße genutzt wird, dass es die gewünschte Wirkung erzielen kann. Die Angehörigen verbrachten durchschnittlich drei bis fünf Stunden im Onlineprogramm und bearbeiteten während des Interventionszeitraums durchschnittlich etwas mehr als ein Drittel der Inhalte. Bis zum Follow-Up-Zeitpunkt stieg der Programmfortschritt sogar noch weiter, sodass die Teilnehmer bis dahin durchschnittlich mehr als die Hälfte der Programminhalte bearbeitet hatten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Onlineprogramm nicht das Ziel verfolgt, dass alle Angehörigen alle Inhalte umfänglich bearbeiten sollen. Stattdessen sollen die Angehörigen im Sinne einer personalisierten Intervention sich die Inhalte des Programms aussuchen können, die zu ihrer aktuellen Situation passen und für sie hilfreich sind. Dies erklärt möglicherweise auch die große Heterogenität hinsichtlich des Nutzungsverhaltens. Während einige Angehörige nur wenig im Onlineprogramm arbeiteten, bearbeiteten andere das Onlineprogramm vollumfänglich und verbrachten bis zu 20 Stunden online.

Zusätzlich zu den Nutzungsdaten wurde der subjektive Nutzen des Onlineprogramms für die Angehörigen sowie die Benutzerfreundlichkeit erfasst. Die meisten Angehörigen empfanden das Onlineprogramm als „ziemlich hilfreich“ und auch in weiteren Fragen nach Art der Problembearbeitung, Umsetzung im Alltag sowie individuelle Passung zeigt sich eine ähnlich

hohe Zufriedenheit. Die Angehörigen gaben außerdem an, dass sie sich gut im Programm zurechtgefunden haben und es kaum zu technischen Problemen kam. Bei der Frage danach, wie hilfreich der Nachrichtensupport war, zeigten sich die Angehörigen in der Bedingung mit individuellem Support besonders zufrieden.

Insgesamt sind die Akzeptanz und der Nutzungsgrad des Onlineprogramms als gut einzuschätzen. Der Eindruck der hohen Akzeptanz des Onlineangebot sowie der subjektive Nutzen des Onlineangebots (v.a. in der individuellen Supportbedingung) wird auch durch die Erfahrungen aus dem psychologische Nachrichtensupport sowie der Angehörigen-Fokusgruppe nach Abschluss der Interventionsphase bestätigt.

Ein weiteres sekundäres Ziel war die Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Zielgruppenenerreichung. Im Rahmen der Rekrutierung wurden Angehörige über die Stiftung Deutsche Depressionshilfe sowie die kooperierenden Bündnisse rekrutiert. Außerdem wurden sie über Haus- und Fachärzte, psychiatrische Kliniken und niedergelassene Psychotherapeuten erreicht. Aufgrund der hohen Nachfrage war die explizite Entwicklung von Maßnahmen im Rahmen des Studienprojekts nur im begrenzten Maße notwendig. Insbesondere die Onlinerekrutierung (z.B. über Social-Media-Kanäle) hat sich dabei bewährt. Dennoch wurde im Rahmen der Dissemination innerhalb der Experten- bzw. Behandler-Fokusgruppe diskutiert, wie das Online-Selbsthilfeprogramm noch mehr unterstützungsbedürftige Bezugspersonen erreichen kann. Dabei wurde erneut die Wichtigkeit von Online-Formaten wie Social-Media, Podcasts oder einer App betont. Für die Dissemination über Haus- und Fachärzte empfiehlt sich die Bereitstellung von Informationsmaterial (bevorzugt in Form von Flyern oder One-Pagern), die an interessierte Angehörige weitergegeben werden können. Interessant war außerdem noch der Hinweis, dass die Kommunikation solcher Unterstützungsangebote (insbesondere über Internetsuchdienst) dahingehend angepasst werden sollte, dass Angehörige eher nach Unterstützung für die Erkrankten suchen als nach Unterstützung für sich selbst.

5.1 Limitationen und Stärken

Eine besondere Stärke des Studienprojekts ist die Zielgruppenauswahl sowie die Stichprobengröße. Bisher wurden in vorangegangener Forschung nach unserem Wissenstand noch nie eine so große Anzahl Angehörige von depressiv Erkrankten hinsichtlich ihrer Belastung und der Wirkung von Unterstützungsangeboten untersucht. Dies zeigt, dass Angehörige in der Forschung leider weiterhin noch relativ wenig Beachtung finden, obwohl sie wichtige Aufgaben in der Pflege von depressiv Erkrankten übernehmen und daher besonders vor eigenen psychischen Erkrankungen geschützt werden sollten. Bisher gibt es wenige Unterstützungsangebote für Angehörige und Bezugspersonen von depressiv Erkrankten, und wenn gibt es viele Hürden (z.B. weit entfernt vom Wohnort), sodass sie von Angehörigen nur wenig in Anspruch genommen werden. Der Familiencoach Depression trägt dazu bei, diese Versorgungslücke zu schließen, und bietet Angehörigen ein innovatives und wirksames Unterstützungsangebot, das niederschwellig und flexibel nutzbar ist.

Bei der Evaluation der Wirksamkeit des Onlineprogramms mit zwei verschiedenen Supportbedingungen stellt sich zwangsläufig auch die Frage, welche der Support-Bedingungen

den Distress der Angehörigen besser reduzieren kann. Diese Fragestellung ließ sich im Rahmen des vorliegenden Studiendesigns nicht eindeutig klären. Zwar kam es in der individualisierten Supportbedingung zu einer geringfügig stärkeren Abnahme des Distress, aber es konnte weder eine statistisch signifikante Überlegenheit der individualisierten, noch eine statistisch signifikante Nicht-Unterlegenheit der automatisierten Supportbedingung nachgewiesen werden. Dabei gilt es zu beachten, dass die vorangegangene Power-Analyse und daraus resultierende Stichprobenberechnung nicht primär auf den Vergleich der Supportbedingungen abzielte, sondern für die Vergleiche der Support-Bedingung mit der Treatment-as-usual-Bedingung kalkuliert war. Ein weiterer Faktor, der den Vergleich der Supportbedingungen erschwert, ist die Heterogenität innerhalb der Stichprobe in Bezug auf Alter des Angehörigen, Beziehung zum Erkrankten und dessen Krankheitsdauer, Vorwissen und vor allem auch hinsichtlich der Nutzung des Onlineprogramms. Nach den Erfahrungen und Eindrücken der Therapeuten, die den Nachrichtensupport leisteten, sowie anhand der erhobenen Daten, scheint es gewisse Subgruppen (z.B. Eltern) zu geben, die besonders von der individualisierten Supportbedingung profitieren, während andere Subgruppen (z.B. Männer) eher von der automatisierten Supportbedingung zu profitieren scheinen. Womöglich ist folglich nicht eine Supportbedingung universell wirksamer zu sein als die andere, viel mehr stellt sich die Frage, welche Variante des Onlineprogramms für welche Zielgruppe besonders wirksam ist. Diesbezüglich könnten weiterführende Analysen zu einem besseren Verständnis potentieller Moderatoreffekte der jeweiligen Subgruppen beitragen.

Als weitere Limitation der Studie ist zu nennen, dass die meisten Angehörigen (71%) weiblich waren. Ein Geschlechterverhältnis zugunsten der Frauen ist tendenziell üblich bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, das Ungleichgewicht in unserer Studie war allerdings sehr deutlich ausgeprägt. Dies wirft die Fragen auf, ob Männer durch die Angehörigenrolle (Care-Taker-Rolle) weniger belastet sind bzw. sich davon weniger betroffen fühlen und daher weniger Hilfe in Anspruch nehmen, ob sie generell weniger Unterstützungsangebote annehmen oder ob unser Onlineprogramm bzw. das Rekrutierungsvorgehen Männer nicht im gleichen Maße angesprochen hat wie die Frauen. Hinzu kommt, dass die Männer, die an der Studie teilnahmen, offenbar auch weniger von dem Onlineprogramm und insbesondere von der individualisierten Supportbedingung profitiert haben. Es könnte folglich sinnvoll sein, bei der Entwicklung, Umsetzung und Dissemination von Unterstützungsangeboten noch gezielter die Bedürfnisse von männlichen Angehörigen zu berücksichtigen.

Ein weiterer Diskussionspunkt, der vor allem in den Fokusgruppen zur Dissemination diskutiert wurde, ist, dass die Zielgruppe im Studienprojekt auf deutschsprachige Angehörige begrenzt war und im Onlineprogramm keine kulturellen Adaptionen vorgenommen wurden. Diesbezüglich stellt sich die Frage, ob ein Unterstützungsangebot diese Facetten überhaupt umfänglich abdecken kann oder ob dadurch zu viele Einschränkungen (z.B. hinsichtlich der Benutzerfreundlichkeit) entstehen. Unter den Experten und Behandlern herrschte der einheitliche Konsens, dass ein Unterstützungsangebot die Vielzahl der Sprachen und Kulturen nicht umfänglich abdecken kann ohne dabei den Fokus auf das Wesentliche zu verlieren. Stattdessen wurde vorgeschlagen kulturspezifische Zusatzmaterialien (z.B. One-Pager) anzubieten, in denen das zugrundeliegende Rational zu Depression und Behandlung des Onlineprogramms erklärt wird.

5.2 Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Studienprojekts unterstreichen die Bedeutung und Effektivität von interaktiven Online-Selbsthilfeprogrammen wie dem Familiencoach Depression (FCD) für die Unterstützung von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen. Im Einklang mit früheren Forschungsergebnissen zeigt sich, dass solche gezielten Interventionen für Angehörige im Vergleich zu alleiniger schriftlicher Psychoedukation nicht nur deren eigene Belastung reduzieren können, sondern auch das Interaktionsverhalten mit dem depressiv Erkrankten verbessern. Somit können sie bestenfalls auch positive Auswirkungen auf den Verlauf der Depression der Erkrankten haben können. Angesichts der hohen Prävalenz und der erheblichen Belastung durch depressive Erkrankungen (Jacobi et al., 2014; WHO, 2017) sollten solche Interventionen weiter optimiert, gefördert und in die Routineversorgung integriert werden.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das Onlineprogramm (<https://depression.aok.de/>) steht Angehörigen seit 2018 kostenlos und frei zugänglich zur Verfügung. Seit der Entwicklung des Onlineprogramms stehen wir im engen Austausch mit der kooperierenden Krankenkasse AOK. Seither wurden immer wieder Teile des Onlineprogramms überarbeitet und durch weitere Module (z.B. ein Altersmodul) ergänzt. Die Studienergebnisse, Erkenntnisse aus den Fokusgruppen sowie die Rückmeldungen der Angehörigen aus den Fragebögen werden im Laufe des nächsten Jahres im Rahmen einer erneuten Überarbeitung und Aktualisierung in das Onlineprogramm einfließen. Außerdem wird momentan noch diskutiert, auf welche Art und in welchem Umfang ein optimierter Nachrichten-Support angeboten werden kann.

Darüber hinaus gibt es Überlegungen das Onlineprogramm ggf. mit Support-Nachrichten in weiterführenden Studien einzusetzen, um die Auswirkungen eines Psychoedukationsprogramms für Angehörige auf die Erkrankten selbst zu untersuchen. Für eine solche Analyse war die Stichprobe der Erkrankten in der vorliegenden Studie zu klein und der Einsatz weiterer Fragebögen speziell für die Erkrankten (z.B. bzgl. subjektiver Veränderungen im Interaktionsverhalten mit dem Angehörigen) wäre sinnvoll gewesen.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Folgende Veröffentlichungen sind im Rahmen des Studienprojekts erfolgt:

Online-Bewerbungen:

- Social-Media-Aktivitäten der Stiftung Deutsche Depressionshilfe: Instagram-Story, Facebook-Post
- Verschiedene Meldungen auf der Website der Stiftung Deutsche Depressionshilfe
- Instagram-Story
- Facebook-Post
- Über 100 Online-Bewerbungen (Social Media Aktivitäten, Newsletterbeiträge und Homepage-Meldungen) der kooperierenden regionalen Bündnisse gegen Depression

- Zwei Newsmeldungen auf der AOK-Homepage und Social Media Posts auf den Kanälen der AOK

Print-/Online-Zeitschriftenartikel:

- Ein Artikel in der Ärzte Zeitung (2020): „Familiencoach Depression bietet niedrigschwellige Hilfe“ (<https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Familiencoach-Depression-bietet-niedrigschwellige-Hilfe-409217.html>)
- Beitrag bei zeit-online (2021): „Kann Liebe eine Depression überstehen?“ (<https://www.zeit.de/gesundheit/zeit-doctor/2021-10/depression-psychologie-therapie-behandlung-paare-partnerschaft>)
- Beitrag in der Brigitte (2022): „Auch meine Welt war grau in grau“ (<https://www.brigitte.de/liebe/beziehung/depressiver-partner--auch-meine-welt-war-grau-in-grau-13367830.html>)
- Ein Interview im Magazin "Der Allgemeinarzt" (2022): „Angehörige nicht vergessen!“ (<https://allgemeinarzt.digital/medizin/psyche-und-nerven/angehoerige-nicht-vergessen-176416>)
- Ein Artikel in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (2022): „Unterstützungsangebote für Angehörige von depressiv Erkrankten“ (https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/04_studium/lehrbereich-allgemeinmedizin/pdf/ZFA_09_2022-Schmoelz-DBA.pdf)
- Beitrag im Tagesspiegel (2024): „Ich sehe hilflos daneben“- Ist der Partner depressiv, leidet auch die Liebe (<https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/ich-stehe-hilflos-daneben-ist-der-partner-depressiv-leidet-auch-die-liebe-11025805.html>)

Offline-Bewerbungen:

- Bundesweites Mailing an alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (550 Stück) mit Flyern und Plakaten im Juni 2022
- Versandaktion von 10.000 Flyern und 1.000 Postern an hausärztliche Praxen (hauptsächlich Region Baden/Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald)
- Regionale Bündnisse gegen Depression: insgesamt knapp über 40.000 Flyer und über 1500 Poster versendet, dadurch über 1215 hausärztliche Praxen und 37 weitere Kliniken angesprochen
- Flyerauslage und Information zur Studie bei verschiedenen Veranstaltungen (6. Deutscher Patientenkongress Depression, DGPPN-Kongress, Deutscher Pflorgetag) sowie verschiedenen Vorträgen zum Thema Depression in den regionalen Bündnissen gegen Depression und deren Partnern

Veranstaltungen:

- Veranstaltung der Landeszentrale Gesundheitsförderung Rheinlandpfalz gemeinsam mit den dortigen regionalen Bündnissen gegen Depression
- Veranstaltungen der regionalen Bündnisse gegen Depression: Lesung, Talkrunde (s.o.), Vorträge zum Thema Depression

- 2 Schulungen der regionalen Bündnisse gegen Depression zum Thema Umgang mit Angehörigen von Menschen mit Depression und Informationen zur Studie

Abschlussarbeiten:

- Sckell, K. (2021). Veränderungen in der Beziehung zu einem Menschen mit depressiver Erkrankung im Rahmen einer Online-Intervention für Angehörige (unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie).
- Aschrich, A. (2021). Alltag und Umgang mit an Depression erkrankten Menschen (unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie).
- Lorenz, J. (2021). Subjektives Wissen von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen über Depressionen (unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie).
- Benkel, M. (2021). Selbstfürsorge bei Angehörigen von Menschen mit Depression (unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie).
- Billian, J. (2022). Erfahrungen von Angehörigen depressiv erkrankter Menschen mit der psychologischen E-Mail-Begleitung eines Online-Selbsthilfeprogramms (unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologie).

Vorträge:

- Mehrfache Präsentation des Studienprojekts in der Forschungskonferenz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg
- Präsentation des Studienprojekts auf des Deutsche Psychotherapie Kongress (DPK)
- Mehrfache Präsentation des Studienprojekts auf dem Kongress der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Veröffentlichungen, bei denen das Förderkennzeichen angegeben wurde:

- Schramm, E., Breuninger, C., Zehender, N., Maun, A., Hegerl, U., Elsner, A., Kovacs, G., Grodd, M., & Graf, E. (2022). An online program with individualized vs automated support for significant others of depressed individuals – study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry.
- Schmölz, M., Maun, A., Elsner, A., Zehender, N., Breuninger, C., & Schramm, E. (2022). Unterstützungsangebote für Angehörige von depressiv Erkrankten [Support Services for Relatives of Patients with Depression]. Zeitschrift für Allgemeinmedizin.

Darüber hinaus sind eine Publikation der Hauptergebnisse und eine Publikation einer Subgruppenanalyse bezüglich der Wirksamkeit des Nachrichtensupports für Frühjahr 2025 geplant.

IV Literaturverzeichnis

- Ampalam, P., Gunturu, S., & Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. Indian Journal of Psychiatry, 54(3), 239. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.102423>

- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2016). Patienteninformation: Depression - Angehörige und Freunde [auf Basis der Patientenleitlinie „Unipolare Depression“]. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000322>
- Balkaran, B. L., Jaffe, D. H., Umuhire, D., Rive, B., & Milz, R. U. (2021). Self-reported burdens of caregiver of adults with depression: a cross-sectional study in five Western European countries. *BMC Psychiatry*, 21(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03255-6>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Bischkopf, J. & Wittmund, B. & Angermeyer, M.. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*. 47. 11-15. [10.1007/s00278-001-0194-5](https://doi.org/10.1007/s00278-001-0194-5). Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). “Family Matters”: A systematic review of the evidence for family psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245–263. <https://doi.org/10.1111/jmft.12204>
- Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2), 83–96. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.2.83>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2022). Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. Konsultationsfassung. AWMF-Register-Nr. nvl-002. www.leitlinien.de/depression
- Butterworth, P., & Rodgers, B. (2006). Concordance in the mental health of spouses: analysis of a large national household panel survey. *Psychological Medicine*, 36(05), 685. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006677>
- Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., Brugnera, A., Øverland, S., Trebbi, G., Jensen, K. L., Kahlke, F., & Baumeister, H. (2018). Internet- and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy, and potential for improving mental health. *European Psychologist*, 23(2), 167–187. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- Frank, F., Rummel-Kluge, C., Berger, M., Bitzer, E. M., & Hölzel, L. P. (2014). Provision of group psychoeducation for relatives of persons in inpatient depression treatment - a cross-sectional survey of acute care hospitals in Germany. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-143>
- Franz, M., Meyer, T., & Gallhofer, B. (2003). Belastungen von Angehörigen schizophoren und depressiv Erkrankter – eine repräsentative Erhebung. In J. M. Fegert & U. Ziegenhain (Eds.), *Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland* (pp. 215–229). Berlitz.
- Freitag, S., Stolzenburg, S., Schomerus, G., & Schmidt, S. (2018). Depressionswissen – Deutsche Übersetzung und Testung der Depression Literacy Scale. *Psychiatrische Praxis*, 45(08), 412–419. <https://doi.org/10.1055/s-0043-119245>

- Gerste, B., & Roick, C. (2014). Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In J. Klauber, C. Günster, B. Gerste, B.-P. Robra, & N. Schmacke (Eds.), *Versorgungs- Report 2013/2014 Schwerpunkt: Depression* (pp. 21–54). Schattauer.
- Giesinger, J., Rumpold, M. G., & Schüßler, G. (2008). Die K10-Screening-Skala für unspezifischen psychischen Distress. *Psychosomatik Und Konsiliarpsychiatrie*, 2(2), 104–111. <https://doi.org/10.1007/s11800-008-0100-x>
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025>
- Idstad, M., Ask, H., & Tambs, K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*, 10(1), 516. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-516>
- Jacob, G., & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie, Psychiatrie Und Psychotherapie*, 48, 280–301.
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)] [published correction appears in *Nervenarzt*. 2016 Jan;87(1):88-90. doi: 10.1007/s00115-015-4458-7]. *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M., Sasaki, M., Murase, Y., Naito, A., Toyoda, H., Suzuki, M., Shiraishi, N., Kubota, Y., Yoshimatsu, Y., & Furukawa, T. A. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief Multifamily Psychoeducation: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-56>
- Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., & Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 8(5), e148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.543>
- Kessler, Ronald C. (2001): Kessler Psychological Distress Scale (K10). Online verfügbar unter https://www.tac.vic.gov.au/files-to-move/media/upload/k10_english.pdf.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R [Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90-R]. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie, Psychiatrie Und Psychotherapie*, 49(2), 115–124.
- Koelen, J. A., Vonk, A., Klein, A., De Koning, L., Vonk, P., De Vet, S., & Wiers, R. (2022). Man vs. machine: A meta-analysis on the added value of human support in text-

based internet treatments (“e-therapy”) for mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 96, 102179 Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen (2nd ed.). Pfizer.

- Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., & Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(1), 31–37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11206662>
- Rubin, Donald B. (1987): *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Rummel-Kluge, C., Kluge, M., & Kissling, W. (2015). Psychoedukation bei Depression: Ergebnisse zweier Umfragen im Abstand von fünf Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 309–312. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552662>
- Sherifali, D., Ali, M. U., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Bartholomew, A., Fitzpatrick-Lewis, D., & McAiney, C. (2018). Impact of internet-based interventions on caregiver mental health: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), e10668. <https://doi.org/10.2196/10668>
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., Fujita, H., Furukawa, T. A., & Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 385–390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078626>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. (2018). Befragung „Volkskrankheit Depression – So denkt Deutschland“. Deutschland-Barometer Depression 2018. [https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/downloads?file=files/cms/downloads/Barometer 2018/barometer-depression_grafikband-zum-download.pdf](https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/downloads?file=files/cms/downloads/Barometer%202018/barometer-depression_grafikband-zum-download.pdf)
- van Wijngaarden, B., & Schene, A. H. (1992). *The Involvement Evaluation Questionnaire*. Department of Psychiatry, University of Amsterdam.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M., Vázquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A., & McCrone, P. (2000). Caregiving in schizophrenia: Development, internal consistency and reliability of the involvement evaluation questionnaire - European version. EPSILON study 4. *British Journal of Psychiatry*, 177(SUPPL. 39), 21–27. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.39.s21>
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265–279. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00023-9)
- Wittmund, B., Wilms, H.-U., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(4), 177–182. <https://doi.org/10.1007/s001270200012>

- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349766>
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Yu, S.-H., Wang, L.-T., SzuTu, W.-J., Huang, L.-C., Shen, C.-C., & Chen, C.-Y. (2020). The caregivers' dilemma: Care burden, rejection, and caregiving behaviors among the caregivers of patients with depressive disorders. *Psychiatry Research*, 287, 112916. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112916>

V Anlagen

Anlage 1:	Vollständige Projektergebnisse (gesperrt bis 31.08.2025)
Anlage 2:	Ergebnistabellen
Anlage 3:	Vollständige Ergebnistabellen (gesperrt bis 31.08.2025)
Anlage 4:	Ergebnisgrafiken (gesperrt bis 31.08.2025)
Anlage 5:	Statistischer Analyseplan + NTF
Anlage 6:	Textbausteine IND
Anlage 7:	Textnachrichten AUT
Anlage 8:	Umsetzung Studienplattform



Facing Depression Together:

Evaluation of an online self-help program with individualized vs automated supportive message system for relatives, significant others, and caregivers of depressed persons

Final Analysis

Version 1.0

Date: 25/Sep/2023

Project-No.: DRKS00025241

Protocol version 2.1

Protocol date 11/Aug/2022

Table of contents

Table of contents	2
Disposition of caregivers and protocol deviations.....	6
Table A1-1: Populations and Intervention Arms.....	7
Table A1-2: Disposition of caregivers.....	8
Table A1-3: Disposition of depressed persons.....	10
Table A1-4: Screening failures	11
Table A1-5: Visit compliance of caregivers	12
Table A1-6: Visit compliance of depressed persons	14
Baseline characteristics of caregivers and depressed persons.....	16
Table A2-1: Demographics	17
Table A2-2: Demographics of depressed persons with informed consent.....	28
Adherence to the online self-program for caregivers	30
Table A3-1: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm IND	31
Table A3-2: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm AUT	34
Table A3-3: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm TAU	36
Table A3-4: Adherent caregivers as defined in Statistical Analysis Plan.....	38
Table A3-5: Flyer downloads by caregiver - Intervention arm TAU.....	40
Table A3-6: Adherence to modules	41
Efficacy data	43
Table A4-1: Primary efficacy analysis - K-10 score, change from baseline to T2: Linear model after multiple imputations of missing values.....	44
Table A4-2: Primary efficacy analysis – K-10 score, change from baseline to T2: Sequential testing for comparison of intervention arms based on linear regression after multiple imputation	45
Table A4-3: K-10 score, change from baseline to T2: Test of non-inferiority of AUT compared to IND based on linear regression after multiple imputations	46
Table A4-4: K-10 score, change from baseline to T1: Linear model after multiple imputations of missing values	47

Table A4-5: K-10 score, change from baseline to T3: Linear model after multiple imputations of missing values	48
Table A4-6: K-10 score: Descriptive summary by visit and intervention	49
Table A4-7: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit and intervention	51
Table A4-8: K-10 score, change from baseline to T2: Sensitivity analysis for primary efficacy analysis, missing values imputed from TAU arm.....	53
Table A4-9: K-10 score, change from baseline to T2: Sensitivity analysis for test of non-inferiority of AUT compared to IND in subgroups of adherent caregivers, linear model after multiple imputations of missing values	54
Table A4-10: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model	55
Table A4-11: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by age category	56
Table A4-12: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by gender.....	57
Table A4-13: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by relationship to depressed person.....	58
Table A4-14: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by K-10 score at T0.....	59
Table A4-15: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by internet literacy score at T0	60
Table A4-16: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by age category	61
Table A4-17: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by gender.....	62
Table A4-18: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by relationship to depressed person.....	63
Table A4-19-1: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by K-10 score at T0.....	64
Table A4-19-2: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by internet literacy score at T0	65
Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention.....	66
Table A4-21: K-10 score: Descriptive summary by visit, gender and intervention.....	71
Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention.....	75
Table A4-23: K-10 score: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention.....	82
Table A4-24: K-10 score: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention	86
Table A4-25: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, age group and intervention	90
Table A4-26: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, gender and intervention	94
Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention	97
Table A4-28: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention	102
Table A4-29: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention	105

Efficacy data, secondary outcome scales.....	108
Table A5-1: IEQ-EU score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model	109
Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention	110
Table A5-3: SCL-K-9 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model	115
Table A5-4: SCL-K-9 score: Descriptive summary by visit and intervention	116
Table A5-5: Depression literacy score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model.....	118
Table A5-6: Depression literacy score: Descriptive summary by visit and intervention	119
Table A5-7: FFB score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model.....	123
Table A5-8: FFB score: Descriptive summary by visit and intervention	124
Table A5-9: WHO-5 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model.....	128
Table A5-10: WHO-5 score: Descriptive summary by visit and intervention	129
Table A5-11-1: Acceptance and Usage Questionnaire - Statements: Itemwise frequencies by intervention	131
Table A5-11-2: Acceptance and Usage Questionnaire - Difficulties: Itemwise frequencies by intervention	136
Table A5-11-3: Acceptance and Usage Questionnaire - Previous experience: Itemwise frequencies by intervention	139
Table A5-11-4: Acceptance and Usage Questionnaire - Helpfulness: Itemwise frequencies by intervention	141
Table A5_12: PHQ-9 score of depressed person, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model	144
Table A5-13: PHQ-9 score of depressed person: Descriptive summary by visit and intervention	145
Safety data	147
Table A6-1-1: Serious changes in private life. Pre-specified answers at T2 and T3.....	148
Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.....	150
Table A6-1-3: Serious changes in professional life. Pre-specified answers at T2 and T3.	172
Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.	174
Table A6-1-5: Serious changes in physical symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.	186
Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.	188
Table A6-1-7: Serious changes in mental symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.....	207
Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.....	209
Table A6-1-9: Serious changes in family members and acquaintances. Pre-specified answers at T2 and T3.....	219

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.....	221
Table A6-1-11: Suicidal thoughts and suicide attempts in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.....	234
Table A6-1-12: Worsening of depression in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.....	236
Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.....	238
Table A6-1-14: Change of contact to depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.	263
Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.	265

GDDD

Disposition of caregivers and protocol deviations

GDDD

Table A1-1: Populations and Intervention Arms

All caregivers who gave informed consent

Randomized arm	Screening failure (N = 602)	FAS (All randomized caregivers) (N = 1640)	Total (N = 2242)
Screening failure (Informed consent but not randomized)	602 (100%)	0 (0%)	602 (27%)
IND	0 (0%)	651 (40%)	651 (29%)
AUT	0 (0%)	659 (40%)	659 (29%)
TAU	0 (0%)	330 (20%)	330 (15%)

t_A1_1_FAS.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A1-2: Disposition of caregivers

Table A1-2: Disposition of caregivers

All caregivers who gave informed consent

		Screening failure	IND	AUT	TAU	Total
Date of informed consent	Count	602	651	659	330	2242
	Min	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max	17-01-2023	16-01-2023	19-01-2023	15-01-2023	19-01-2023
First Login	Count	602	651	659	330	2242
	Min	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max	17-01-2023	16-01-2023	19-01-2023	15-01-2023	19-01-2023
Last Login	Count	602	651	659	330	2242
	Min	03-05-2021	11-05-2021	06-05-2021	21-05-2021	03-05-2021
	Max	31-03-2023	22-05-2023	05-06-2023	03-06-2023	05-06-2023
T0 First Answer	Count	44	651	659	330	1684
	Min	11-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max	16-12-2022	16-01-2023	19-01-2023	15-01-2023	19-01-2023
T0 Finish (Randomisation)	Count	0	651	659	330	1640
	Min		03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max		16-01-2023	19-01-2023	15-01-2023	19-01-2023
T3 First Answer	Count	0	414	343	225	982

Table A1-2: Disposition of caregivers

All caregivers who gave informed consent

		Screening failure	IND	AUT	TAU	Total
	Min		04-08-2021	04-08-2021	04-08-2021	04-08-2021
	Max		25-04-2023	02-05-2023	22-04-2023	02-05-2023
T3 Finish (End of study)	Count	0	405	330	218	953
	Min		04-08-2021	04-08-2021	04-08-2021	04-08-2021
	Max		25-04-2023	02-05-2023	22-04-2023	02-05-2023

t_A1_2_disposition.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Table A1-3: Disposition of depressed persons

All depressed persons who gave informed consent

		IND	AUT	TAU	Total
Date of informed consent	Count	128	111	65	304
	Min	04-05-2021	04-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max	10-01-2023	27-01-2023	11-01-2023	27-01-2023
T0 First Answer	Count	124	109	63	296
	Min	04-05-2021	04-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max	10-01-2023	27-01-2023	11-01-2023	27-01-2023
T0 Finish (Randomisation)	Count	124	108	63	295
	Min	04-05-2021	04-05-2021	03-05-2021	03-05-2021
	Max	10-01-2023	27-01-2023	11-01-2023	27-01-2023
T3 First Answer	Count	57	61	33	151
	Min	05-08-2021	28-08-2021	04-08-2021	04-08-2021
	Max	16-03-2023	16-04-2023	10-03-2023	16-04-2023
T3 Finish (End of study)	Count	56	61	32	149
	Min	05-08-2021	28-08-2021	04-08-2021	04-08-2021
	Max	16-03-2023	16-04-2023	10-03-2023	16-04-2023

Table A1-4: Screening failures

All caregivers who gave informed consent but were not randomized

		Total (N = 602)
At least one reason for screening failure *	Yes	437 (73%)
	No	165 (27%)
Related person of caregiver with depression? 'No' leads to exclusion.	Yes	580 (96%)
	No	21 (3%)
	Not answered	1 (0%)
Caregiver younger than 18 years? 'Yes' leads to exclusion.	Yes	4 (1%)
	No	598 (99%)
Caregiver's related person younger than 18 years? 'Yes' leads to exclusion.	Yes	26 (4%)
	No	576 (96%)
Caregiver with psychiatric disorder? 'Yes' leads to exclusion.	Yes	204 (34%)
	No	398 (66%)
Caregiver's related person with another psychiatric disorder in the foreground? 'Yes' leads to exclusion.	Yes	257 (43%)
	No	345 (57%)

* A screening failure might result from multiple reasons.

Table A1-5: Visit compliance of caregivers

Table A1-5: Visit compliance of caregivers

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Visit T0 finished	Yes	651 (100%)	659 (100%)	330 (100%)	1640 (100%)
Visit T1 finished	Yes	497 (76%)	434 (66%)	220 (67%)	1151 (70%)
	No	154 (24%)	225 (34%)	110 (33%)	489 (30%)
Visit T2 finished	Yes	463 (71%)	372 (56%)	243 (74%)	1078 (66%)
	No	188 (29%)	287 (44%)	87 (26%)	562 (34%)
Visit T3 finished	Yes	405 (62%)	330 (50%)	218 (66%)	953 (58%)
	No	246 (38%)	329 (50%)	112 (34%)	687 (42%)
Time between finishing T0 and T1 [days]	n valid/N (%)	497/651 (76%)	434/659 (66%)	220/330 (67%)	1151/1640 (70%)
	Mean ± SD	9.0 ± 1.66	9.0 ± 1.60	8.8 ± 1.46	9.0 ± 1.60
	Min	7	7	7	7
	Median (Q1, Q3)	8 (8, 10)	8 (8, 10)	8 (8, 9)	8 (8, 9)
	Max	15	15	14	15
	Missings	154	225	110	489
Time between finishing T0 and T2 [days]	n valid/N (%)	463/651 (71%)	372/659 (56%)	243/330 (74%)	1078/1640 (66%)
	Mean ± SD	32.8 ± 5.02	33.7 ± 5.38	32.8 ± 5.17	33.1 ± 5.19
	Min	28	28	28	28

Table A1-5: Visit compliance of caregivers

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Median (Q1, Q3)	30 (29, 36)	31 (29, 36)	30 (29, 36)	31 (29, 36)
	Max	52	55	53	55
	Missings	188	287	87	562
Time between finishing T0 and T3 [days]	n valid/N (%)	405/651 (62%)	330/659 (50%)	218/330 (66%)	953/1640 (58%)
	Mean ± SD	97.6 ± 5.50	98.6 ± 6.02	97.0 ± 4.92	97.8 ± 5.59
	Min	89	90	90	89
	Median (Q1, Q3)	97 (93, 100)	98 (93, 102)	96 (93, 100)	97 (93, 101)
	Max	117	120	115	120
	Missings	246	329	112	687

T0: Randomization. T1: One week after T0. T2: Four weeks after T0. T3: Three months after T0.

t_A1_5_visit_compliance.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A1-6: Visit compliance of depressed persons

Table A1-6: Visit compliance of depressed persons

Depressed persons of randomized caregivers

		IND (N = 128)	AUT (N = 111)	TAU (N = 65)	Total (N = 304)
Informed consent of depressed persons by randomized caregiver (FAS)	No	523 (80%)	548 (83%)	265 (80%)	1938 (86%)
	Yes	128 (20%)	111 (17%)	65 (20%)	304 (14%)
Informed consent of depressed persons	Yes	128 (100%)	111 (100%)	65 (100%)	304 (100%)
Visit T0E finished	Yes	124 (97%)	108 (97%)	63 (97%)	295 (97%)
	No	4 (3%)	3 (3%)	2 (3%)	9 (3%)
Visit T2E finished	Yes	76 (59%)	66 (59%)	43 (66%)	185 (61%)
	No	52 (41%)	45 (41%)	22 (34%)	119 (39%)
Visit T3E finished	Yes	56 (44%)	61 (55%)	32 (49%)	149 (49%)
	No	72 (56%)	50 (45%)	33 (51%)	155 (51%)
Visit T0E finished (n) taken as reference for further visits T2E and T3E	Yes	124 (100%)	108 (100%)	63 (100%)	295 (100%)
Visit T2E finished by depressed persons who finished visit T0E	Yes	75 (60%)	64 (59%)	43 (68%)	182 (62%)
	No	49 (40%)	44 (41%)	20 (32%)	113 (38%)
Visit T3E finished by depressed persons who finished visit T0E	Yes	54 (44%)	59 (55%)	32 (51%)	145 (49%)
	No	70 (56%)	49 (45%)	31 (49%)	150 (51%)
n valid/n (%)		75/124 (60%)	64/108 (59%)	43/63 (68%)	182/295 (62%)

Table A1-6: Visit compliance of depressed persons

Depressed persons of randomized caregivers

		IND (N = 128)	AUT (N = 111)	TAU (N = 65)	Total (N = 304)
Time between finishing T0E and T2E [days]	Mean ± SD	26.8 ± 5.68	28.6 ± 6.23	28.2 ± 4.26	27.8 ± 5.62
	Min	8	9	19	8
	Median (Q1, Q3)	28 (26, 29)	29 (28, 30)	28 (27, 29)	28 (27, 29)
	Max	43	53	45	53
	Missings	49	44	20	113
Time between finishing T0E and T3E [days]	n valid/n (%)	54/124 (44%)	59/108 (55%)	32/63 (51%)	145/295 (49%)
	Mean ± SD	91.5 ± 6.14	92.2 ± 6.81	92.0 ± 4.92	91.9 ± 6.15
	Min	79	70	81	70
	Median (Q1, Q3)	91 (89, 93)	93 (90, 93)	92 (90, 93)	92 (90, 93)
	Max	113	110	105	113
	Missings	70	49	31	150

T0E: Inclusion of depressed person. T2E: Four weeks after T0E. T3E: Three months after T0E.

GDDD

Baseline characteristics of caregivers and depressed persons

Table A2-1: Demographics

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Caregiver's age [years]	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean \pm SD	42.7 \pm 12.81	42.9 \pm 12.83	42.9 \pm 13.21	42.8 \pm 12.89
	Min	18	18	18	18
	Median (Q1, Q3)	43 (32, 53)	42 (33, 53)	42 (32, 53)	43 (32, 53)
	Max	82	85	76	85
	Missings	0	0	0	0
Caregiver's age [years] categorized	1: 18 to 40	293 (45%)	298 (45%)	151 (46%)	742 (45%)
	2: 41 to 65	338 (52%)	338 (51%)	167 (51%)	843 (51%)
	3: > 65	20 (3%)	23 (3%)	12 (4%)	55 (3%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's gender	Female	517 (79%)	522 (79%)	261 (79%)	1300 (79%)
	Male	134 (21%)	136 (21%)	68 (21%)	338 (21%)
	Diverse	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	2 (0%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Depressed persons's age [years]	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean \pm SD	40.8 \pm 15.49	40.6 \pm 15.47	40.4 \pm 15.95	40.6 \pm 15.57

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Min	18	18	18	18
	Median (Q1, Q3)	39 (27, 52)	39 (28, 53)	38 (26, 53)	39 (27, 53)
	Max	86	89	84	89
	Missings	0	0	0	0
Depressed person's gender	Female	277 (43%)	277 (42%)	127 (38%)	681 (42%)
	Male	370 (57%)	379 (58%)	202 (61%)	951 (58%)
	Diverse	4 (1%)	3 (0%)	1 (0%)	8 (0%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's highest educational qualification	None	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	Lower secondary	21 (3%)	14 (2%)	10 (3%)	45 (3%)
	Medium secondary (10 yrs)	125 (19%)	147 (22%)	66 (20%)	338 (21%)
	Upper secondary (11-13 yrs)	458 (70%)	444 (67%)	229 (69%)	1131 (69%)
	Other	47 (7%)	53 (8%)	25 (8%)	125 (8%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's current job situation	Student	189 (29%)	195 (30%)	93 (28%)	477 (29%)
	Employed	350 (54%)	338 (51%)	160 (48%)	848 (52%)
	Not employed	22 (3%)	37 (6%)	19 (6%)	78 (5%)
	Retired	24 (4%)	27 (4%)	16 (5%)	67 (4%)
	Other	66 (10%)	62 (9%)	42 (13%)	170 (10%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Depressed person's current job situation	Student	117 (18%)	124 (19%)	55 (17%)	296 (18%)
	Employed	300 (46%)	298 (45%)	138 (42%)	736 (45%)
	Not employed	95 (15%)	109 (17%)	60 (18%)	264 (16%)
	Retired	55 (8%)	44 (7%)	34 (10%)	133 (8%)
	Other	84 (13%)	84 (13%)	43 (13%)	211 (13%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Relationship: The depressed person is the caregiver's ...	Child	121 (19%)	119 (18%)	59 (18%)	299 (18%)
	Parent	73 (11%)	76 (12%)	38 (12%)	187 (11%)
	Partner	389 (60%)	390 (59%)	194 (59%)	973 (59%)
	Other	68 (10%)	74 (11%)	39 (12%)	181 (11%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Treatment of depressed person by health professional (*)	Inpatient	154 (24%)	165 (25%)	88 (27%)	407 (25%)
	Psychiatrist	121 (19%)	130 (20%)	63 (19%)	314 (19%)
	Psychotherapist	180 (28%)	162 (25%)	87 (26%)	429 (26%)
	Other	29 (4%)	22 (3%)	16 (5%)	67 (4%)
	Missings	366/651 (56%)	386/659 (59%)	185/330 (56%)	937/1640 (57%)
Common household with depressed person	No	246 (38%)	245 (37%)	130 (39%)	621 (38%)
	Yes	405 (62%)	414 (63%)	200 (61%)	1019 (62%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's change of job situation due to the depression of the depressed person	No	573 (88%)	574 (87%)	299 (91%)	1446 (88%)
	Yes, increased	26 (4%)	33 (5%)	9 (3%)	68 (4%)
	Yes, reduced	52 (8%)	52 (8%)	22 (7%)	126 (8%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Official diagnosis of the depression of depressed person	No	50 (8%)	49 (7%)	44 (13%)	143 (9%)
	Yes	601 (92%)	610 (93%)	286 (87%)	1497 (91%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Depressed persons participates in study	No	523 (80%)	548 (83%)	265 (80%)	1336 (81%)
	Yes	128 (20%)	111 (17%)	65 (20%)	304 (19%)
Treatment of depression of depressed person	No	153 (24%)	156 (24%)	93 (28%)	402 (25%)
	Yes	498 (76%)	503 (76%)	237 (72%)	1238 (75%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's internet literacy score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean \pm SD	77.9 \pm 8.62	78.4 \pm 8.54	77.5 \pm 9.54	78.0 \pm 8.78
	Min	40	46	42	40
	Median (Q1, Q3)	79 (73, 84)	79 (73, 85)	78 (72, 85)	79 (73, 85)
	Max	95	95	95	95
	Missings	0	0	0	0

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Caregiver's K-10 score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean \pm SD	23.5 \pm 5.95	23.5 \pm 6.26	23.2 \pm 6.03	23.4 \pm 6.09
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	23 (19, 28)	23 (19, 28)	23 (19, 27)	23 (19, 28)
	Max	40	50	42	50
	Missings	0	0	0	0
Caregiver's K-10 score at baseline categorized	K-10 baseline < 23	294 (45%)	301 (46%)	152 (46%)	747 (46%)
	K-10 baseline \geq 23	357 (55%)	358 (54%)	178 (54%)	893 (54%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's ZIP code (first digit)	0	66 (10%)	76 (12%)	29 (9%)	171 (10%)
	1	52 (8%)	51 (8%)	26 (8%)	129 (8%)
	2	78 (12%)	77 (12%)	36 (11%)	191 (12%)
	3	59 (9%)	72 (11%)	30 (9%)	161 (10%)
	4	76 (12%)	79 (12%)	33 (10%)	188 (11%)
	5	62 (10%)	62 (9%)	36 (11%)	160 (10%)
	6	55 (8%)	57 (9%)	40 (12%)	152 (9%)
	7	100 (15%)	83 (13%)	47 (14%)	230 (14%)
	8	58 (9%)	53 (8%)	31 (9%)	142 (9%)
	9	45 (7%)	49 (7%)	22 (7%)	116 (7%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Caregiver's ZIP code (first and second digit)	00	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	01	18 (3%)	15 (2%)	2 (1%)	35 (2%)
	02	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	03	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	2 (0%)
	04	34 (5%)	48 (7%)	21 (6%)	103 (6%)
	06	5 (1%)	3 (0%)	2 (1%)	10 (1%)
	07	4 (1%)	3 (0%)	2 (1%)	9 (1%)
	08	1 (0%)	3 (0%)	1 (0%)	5 (0%)
	09	3 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	5 (0%)
	10	14 (2%)	13 (2%)	7 (2%)	34 (2%)
	11	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	12	6 (1%)	8 (1%)	4 (1%)	18 (1%)
	13	10 (2%)	9 (1%)	6 (2%)	25 (2%)
	14	10 (2%)	7 (1%)	4 (1%)	21 (1%)
	15	2 (0%)	6 (1%)	0 (0%)	8 (0%)
	16	4 (1%)	3 (0%)	1 (0%)	8 (0%)
	17	3 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	5 (0%)
	18	1 (0%)	2 (0%)	3 (1%)	6 (0%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
19	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	3 (0%)
20	4 (1%)	3 (0%)	1 (0%)	8 (0%)
21	11 (2%)	10 (2%)	4 (1%)	25 (2%)
22	12 (2%)	14 (2%)	5 (2%)	31 (2%)
23	4 (1%)	8 (1%)	4 (1%)	16 (1%)
24	13 (2%)	6 (1%)	7 (2%)	26 (2%)
25	5 (1%)	11 (2%)	2 (1%)	18 (1%)
26	13 (2%)	12 (2%)	3 (1%)	28 (2%)
27	6 (1%)	5 (1%)	4 (1%)	15 (1%)
28	8 (1%)	7 (1%)	5 (2%)	20 (1%)
29	2 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	4 (0%)
30	4 (1%)	9 (1%)	3 (1%)	16 (1%)
31	19 (3%)	18 (3%)	6 (2%)	43 (3%)
32	4 (1%)	2 (0%)	1 (0%)	7 (0%)
33	4 (1%)	6 (1%)	2 (1%)	12 (1%)
34	2 (0%)	3 (0%)	2 (1%)	7 (0%)
35	8 (1%)	9 (1%)	6 (2%)	23 (1%)
36	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	2 (0%)
37	7 (1%)	16 (2%)	6 (2%)	29 (2%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
38	8 (1%)	6 (1%)	2 (1%)	16 (1%)
39	2 (0%)	2 (0%)	2 (1%)	6 (0%)
40	19 (3%)	19 (3%)	8 (2%)	46 (3%)
41	9 (1%)	7 (1%)	4 (1%)	20 (1%)
42	3 (0%)	5 (1%)	0 (0%)	8 (0%)
44	4 (1%)	6 (1%)	3 (1%)	13 (1%)
45	12 (2%)	9 (1%)	4 (1%)	25 (2%)
46	2 (0%)	7 (1%)	6 (2%)	15 (1%)
47	9 (1%)	9 (1%)	5 (2%)	23 (1%)
48	12 (2%)	4 (1%)	2 (1%)	18 (1%)
49	6 (1%)	13 (2%)	1 (0%)	20 (1%)
50	9 (1%)	13 (2%)	3 (1%)	25 (2%)
51	9 (1%)	5 (1%)	3 (1%)	17 (1%)
52	2 (0%)	4 (1%)	6 (2%)	12 (1%)
53	16 (2%)	15 (2%)	5 (2%)	36 (2%)
54	5 (1%)	2 (0%)	0 (0%)	7 (0%)
55	4 (1%)	6 (1%)	3 (1%)	13 (1%)
56	5 (1%)	2 (0%)	2 (1%)	9 (1%)
57	7 (1%)	5 (1%)	4 (1%)	16 (1%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
58	2 (0%)	3 (0%)	8 (2%)	13 (1%)
59	3 (0%)	7 (1%)	2 (1%)	12 (1%)
60	7 (1%)	4 (1%)	5 (2%)	16 (1%)
61	5 (1%)	6 (1%)	2 (1%)	13 (1%)
63	7 (1%)	6 (1%)	4 (1%)	17 (1%)
64	2 (0%)	6 (1%)	7 (2%)	15 (1%)
65	9 (1%)	11 (2%)	7 (2%)	27 (2%)
66	9 (1%)	5 (1%)	3 (1%)	17 (1%)
67	8 (1%)	10 (2%)	5 (2%)	23 (1%)
68	6 (1%)	2 (0%)	4 (1%)	12 (1%)
69	2 (0%)	7 (1%)	3 (1%)	12 (1%)
70	8 (1%)	8 (1%)	3 (1%)	19 (1%)
71	6 (1%)	7 (1%)	2 (1%)	15 (1%)
72	7 (1%)	9 (1%)	3 (1%)	19 (1%)
73	6 (1%)	4 (1%)	3 (1%)	13 (1%)
74	7 (1%)	6 (1%)	4 (1%)	17 (1%)
75	2 (0%)	1 (0%)	2 (1%)	5 (0%)
76	16 (2%)	17 (3%)	6 (2%)	39 (2%)
77	3 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	4 (0%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
78	10 (2%)	2 (0%)	3 (1%)	15 (1%)
79	35 (5%)	28 (4%)	21 (6%)	84 (5%)
80	4 (1%)	6 (1%)	6 (2%)	16 (1%)
81	11 (2%)	5 (1%)	5 (2%)	21 (1%)
82	8 (1%)	10 (2%)	3 (1%)	21 (1%)
83	4 (1%)	8 (1%)	1 (0%)	13 (1%)
84	4 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	7 (0%)
85	10 (2%)	8 (1%)	2 (1%)	20 (1%)
86	8 (1%)	6 (1%)	7 (2%)	21 (1%)
87	1 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	3 (0%)
88	3 (0%)	3 (0%)	4 (1%)	10 (1%)
89	5 (1%)	4 (1%)	1 (0%)	10 (1%)
90	9 (1%)	9 (1%)	2 (1%)	20 (1%)
91	10 (2%)	20 (3%)	7 (2%)	37 (2%)
92	2 (0%)	2 (0%)	1 (0%)	5 (0%)
93	4 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	7 (0%)
94	2 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	4 (0%)
95	3 (0%)	6 (1%)	1 (0%)	10 (1%)
96	3 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	5 (0%)

Table A2-1: Demographics

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
97	7 (1%)	5 (1%)	3 (1%)	15 (1%)
99	5 (1%)	4 (1%)	4 (1%)	13 (1%)
Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

(*) Multiple answers possible. Percent refers to N.

t_A2_1_demographics.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A2-2: Demographics of depressed persons with informed consent

Table A2-2: Demographics of depressed persons with informed consent

All depressed persons whose gave informed consent and whose caregivers were randomized

		IND (N = 128)	AUT (N = 111)	TAU (N = 65)	Total (N = 304)
Depressed persons's age [years]	n valid/N (%)	128/128 (100%)	111/111 (100%)	65/65 (100%)	304/304 (100%)
	Mean \pm SD	38.6 \pm 14.04	37.8 \pm 12.06	41.8 \pm 14.32	39.0 \pm 13.45
	Min	19	18	18	18
	Median (Q1, Q3)	36 (26, 52)	37 (30, 46)	41 (30, 55)	37 (28, 51)
	Max	70	69	72	72
	Missings	0	0	0	0
Depressed person's gender	Female	68 (53%)	52 (47%)	29 (45%)	149 (49%)
	Male	59 (46%)	59 (53%)	36 (55%)	154 (51%)
	Diverse	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Depressed person's current job situation	Student	24 (19%)	17 (15%)	11 (17%)	52 (17%)
	Employed	62 (48%)	65 (59%)	31 (48%)	158 (52%)
	Not employed	17 (13%)	16 (14%)	11 (17%)	44 (14%)
	Retired	7 (5%)	1 (1%)	5 (8%)	13 (4%)
	Other	18 (14%)	12 (11%)	7 (11%)	37 (12%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Table A2-2: Demographics of depressed persons with informed consent

All depressed persons whose gave informed consent and whose caregivers were randomized

		IND (N = 128)	AUT (N = 111)	TAU (N = 65)	Total (N = 304)
Relationship: The depressed person is the caregiver's ...	Child	21 (16%)	12 (11%)	7 (11%)	40 (13%)
	Parent	9 (7%)	4 (4%)	2 (3%)	15 (5%)
	Partner	91 (71%)	86 (77%)	55 (85%)	232 (76%)
	Other	7 (5%)	9 (8%)	1 (2%)	17 (6%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Treatment of depressed person by health professional (*)	Inpatient	27 (21%)	40 (36%)	21 (32%)	88 (29%)
	Psychiatrist	20 (16%)	31 (28%)	15 (23%)	66 (22%)
	Psychotherapist	38 (30%)	38 (34%)	20 (31%)	96 (32%)
	Other	6 (5%)	7 (6%)	8 (12%)	21 (7%)
	Missings	70/128 (55%)	51/111 (46%)	28/65 (43%)	149/304 (49%)
Official diagnosis of the depression of depressed person	No	3 (2%)	2 (2%)	1 (2%)	6 (2%)
	Yes	125 (98%)	109 (98%)	64 (98%)	298 (98%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Treatment of depression of depressed person	No	15 (12%)	17 (15%)	10 (15%)	42 (14%)
	Yes	113 (88%)	94 (85%)	55 (85%)	262 (86%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

(*) Multiple answers possible. Percent refers to N.

GDDD

Adherence to the online self-program for caregivers

Table A3-1: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm IND

Table A3-1: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm IND

All caregivers randomized to IND (N = 651) (FAS)

	Statistic	Week 1-4	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Number of sessions > 0 by caregiver	Mean ± SD	19.9 ± 15.79	5.9 ± 5.04	5.7 ± 4.65	5.0 ± 3.78	5.0 ± 3.93
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	17 (8, 27)	5 (2, 8)	4 (2, 8)	4 (2, 7)	4 (2, 6)
	Max	123	40	42	31	26
Number of caregivers (n) with 0 sessions	n/N (%)	27/651 (4%)	65/651 (10%)	99/651 (15%)	149/651 (23%)	174/651 (27%)
Number of active days > 0 by caregiver	Mean ± SD	11.7 ± 6.45	3.3 ± 1.66	3.3 ± 1.66	3.2 ± 1.53	3.1 ± 1.48
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	12 (6, 17)	3 (2, 4)	3 (2, 5)	3 (2, 4)	3 (2, 4)
	Max	28	7	7	7	7
Number of caregivers (n) with 0 active days	n/N (%)	27/651 (4%)	65/651 (10%)	99/651 (15%)	149/651 (23%)	174/651 (27%)
Duration of time [minutes] > 0 spent by caregiver	Mean ± SD	287.6 ± 212.40	86.0 ± 74.89	73.2 ± 64.91	65.9 ± 63.39	58.7 ± 63.73
	Min	14	5	5	5	5
	Median (Q1, Q3)	245 (122, 402)	68 (29, 123)	55 (26, 94)	49 (21, 88)	38 (18, 79)
	Max	1207	515	375	401	605
Number of caregivers (n) with 0 minutes spent	n/N (%)	27/651 (4%)	65/651 (10%)	99/651 (15%)	149/651 (23%)	174/651 (27%)

Table A3-1: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm IND

All caregivers randomized to IND (N = 651) (FAS)

	Statistic	Week 1-4	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Number of messages > 0 from psychologist to user	Mean ± SD	11.6 ± 1.07	2.9 ± 0.57	2.8 ± 0.58	2.8 ± 0.55	3.0 ± 0.67
	Min	2	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	12 (12, 12)	3 (3, 3)	3 (3, 3)	3 (3, 3)	3 (3, 3)
	Max	14	4	8	5	5
Number of caregivers with 0 messages received	n/N (%)	0/651 (0%)	0/651 (0%)	4/651 (1%)	7/651 (1%)	9/651 (1%)
Number of messages > 0 from user to psychologist	Mean ± SD	5.1 ± 3.12	1.6 ± 0.94	1.7 ± 1.01	1.7 ± 0.92	1.9 ± 1.11
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	5 (3, 7)	1 (1, 2)	1 (1, 2)	1 (1, 2)	2 (1, 2)
	Max	22	10	8	6	6
Number of caregivers with 0 messages sent	n/N (%)	116/651 (18%)	227/651 (35%)	254/651 (39%)	274/651 (42%)	287/651 (44%)
Percent progress > 0 in coach	Mean ± SD		19.5 ± 18.65	28.5 ± 23.73	37.3 ± 29.23	44.1 ± 32.62
	Min		1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)		13 (6, 27)	24 (10, 42)	30 (12, 57)	36 (16, 70)
	Max		100	100	100	100
Number of caregivers with 0 percent progress	n/N (%)	50/651 (8%)	113/651 (17%)	240/651 (37%)	297/651 (46%)	396/651 (61%)

t_A3_1_adherence.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Number of active days with login (min. 1 session): Value here can be greater than sum of weeks because of grace period before formal study start.

Number of sessions: Sessions separated by at least 15 minutes of inactivity, more than 1 per day possible. Including grace periods.

Table A3-1: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm IND

All caregivers randomized to IND (N = 651) (FAS)

Statistic	Week 1-4	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
-----------	----------	--------	--------	--------	--------

Total session count week 1-4: sum might be greater than sum of weeks due to separate capturing in case report form.

Duration of time spent: Time over 15 minutes on a page is counted as inactivity, and the session is ending without logout.

Percent progress in coach: Cumulative percents of pages in coach read by caregiver.

Table A3-2: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm AUT

Table A3-2: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm AUT

All caregivers randomized to AUT (N = 659) (FAS)

	Statistic	Total	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Number of sessions > 0 by caregiver	Mean ± SD	12.0 ± 9.97	4.3 ± 3.56	3.6 ± 2.84	3.0 ± 2.21	3.3 ± 2.96
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	9 (5, 16)	3 (2, 6)	3 (2, 5)	2 (1, 4)	2 (1, 4)
	Max	62	25	18	14	21
Number of caregivers (n) with 0 sessions (*)	n/N (%)	38/659 (6%)	79/659 (12%)	174/659 (26%)	250/659 (38%)	310/659 (47%)
Number of active days > 0 by caregiver	Mean ± SD	8.1 ± 5.40	2.8 ± 1.49	2.6 ± 1.42	2.2 ± 1.31	2.3 ± 1.37
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	7 (4, 12)	3 (2, 4)	2 (1, 4)	2 (1, 3)	2 (1, 3)
	Max	28	7	7	7	7
Number of caregivers (n) with 0 active days (*)	n/N (%)	38/659 (6%)	79/659 (12%)	174/659 (26%)	250/659 (38%)	310/659 (47%)
Duration of time [minutes] > 0 spent by caregiver	Mean ± SD	206.8 ± 179.91	70.2 ± 72.77	52.7 ± 52.33	46.9 ± 48.56	48.0 ± 55.80
	Min	20	5	5	5	5
	Median (Q1, Q3)	156 (79, 281)	48 (21, 96)	38 (18, 69)	32 (13, 66)	26 (12, 64)
	Max	1859	586	440	470	423
Number of caregivers (n) with 0 minutes spent (*)	n/N (%)	38/659 (6%)	79/659 (12%)	174/659 (26%)	250/659 (38%)	310/659 (47%)

Table A3-2: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm AUT

All caregivers randomized to AUT (N = 659) (FAS)

	Statistic	Total	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Percent progress > 0 in coach	Mean ± SD		17.9 ± 18.22	24.8 ± 23.54	30.8 ± 26.90	35.9 ± 30.73
	Min		1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)		12 (6, 26)	17 (7, 33)	22 (10, 48)	27 (10, 56)
	Max		100	100	100	100
Number of caregivers (n) with 0 percent progress (*)	n/N (%)	65/659 (10%)	124/659 (19%)	298/659 (45%)	369/659 (56%)	426/659 (65%)

t_A3_2_adherence.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Number of active days with login (min. 1 session): Value here can be greater than sum of weeks because of grace period before formal study start.

Number of sessions: Sessions separated by at least 15 minutes of inactivity, more than 1 per day possible. Including grace periods.

Duration of time spent: Time over 15 minutes on a page is counted as inactivity, and the session is ending without logout.

Percent progress in coach: Cumulative percents of pages in coach read by caregiver.

Table A3-3: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm TAU

Table A3-3: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm TAU

All caregivers randomized to TAU (N = 330) (FAS)

	Statistic	Total	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Number of sessions > 0 by caregiver	Mean ± SD	3.5 ± 3.02	2.2 ± 2.71	1.3 ± 0.78	1.4 ± 0.83	1.2 ± 0.45
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	3 (2, 4)	1 (1, 2)	1 (1, 1)	1 (1, 1)	1 (1, 1)
	Max	29	18	6	4	3
Number of caregivers (n) with 0 sessions	n/N (%)	66/330 (20%)	227/330 (69%)	99/330 (30%)	289/330 (88%)	298/330 (90%)
Number of active days > 0 by caregiver	Mean ± SD	2.7 ± 1.88	1.7 ± 1.28	1.2 ± 0.55	1.3 ± 0.67	1.1 ± 0.30
	Min	1	1	1	1	1
	Median (Q1, Q3)	2 (2, 3)	1 (1, 2)	1 (1, 1)	1 (1, 1)	1 (1, 1)
	Max	14	7	5	4	2
Number of caregivers (n) with 0 active days	n/N (%)	66/330 (20%)	227/330 (69%)	99/330 (30%)	289/330 (88%)	298/330 (90%)
Duration of time [minutes] > 0 spent by caregiver	Mean ± SD	49.6 ± 22.10	14.7 ± 15.01	9.2 ± 5.07	8.9 ± 5.67	6.6 ± 2.65
	Min	18	5	5	5	5
	Median (Q1, Q3)	48 (34, 60)	10 (5, 18)	7 (6, 11)	6 (5, 10)	5 (5, 7)
	Max	193	95	36	26	15
Number of caregivers (n) with 0 minutes spent	n/N (%)	66/330 (20%)	227/330 (69%)	99/330 (30%)	289/330 (88%)	298/330 (90%)

Table A3-3: Online presence at the online self-program for caregivers - Intervention arm TAU

All caregivers randomized to TAU (N = 330) (FAS)

Statistic	Total	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
-----------	-------	--------	--------	--------	--------

t_A3_3_adherence.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Number of active days with login (min. 1 session): Value here can be greater than sum of weeks because of grace period before formal study start.

Number of sessions: Sessions separated by at least 15 minutes of inactivity, more than 1 per day possible. Including grace periods.

Duration of time spent: Time over 15 minutes on a page is counted as inactivity, and the session is ending without logout.

Table A3-4: Adherent caregivers as defined in Statistical Analysis Plan

Table A3-4: Adherent caregivers as defined in Statistical Analysis Plan

All randomized caregivers (FAS, intervention IND and AUT)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)
Time spent [min] (Intervention phase)	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)
	Mean ± SD	287.6 ± 212.40	206.8 ± 179.91
	Min	14	20
	Median (Q1, Q3)	245 (122, 402)	156 (79, 281)
	Max	1207	1859
	Missings	0	0
Adherent by time	Time spent less or equal 1.5 h	121 (19%)	188 (29%)
	Time spent more than 1.5 h	530 (81%)	471 (71%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)
Progress [%] (Intervention phase)	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)
	Mean ± SD	40.88 ± 33.415	32.54 ± 31.040
	Min	0	0
	Median (Q1, Q3)	31.8 (10.8, 68.6)	22.9 (6.8, 51.9)
	Max	100	100
	Missings	0	0
Adherent by progress	Progress less or equal 25%	267 (41%)	347 (53%)

Table A3-4: Adherent caregivers as defined in Statistical Analysis Plan

All randomized caregivers (FAS, intervention IND and AUT)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)
	Progress more than 25%	384 (59%)	312 (47%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)
Any progress	Progress 0%	40 (6%)	53 (8%)
	Progress more than 0%	611 (94%)	606 (92%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)
Combined adherence	Adherent	381 (59%)	308 (47%)
	Not adherent	270 (41%)	351 (53%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)

Table A3-5: Flyer downloads by caregiver - Intervention arm TAU

All caregivers randomized to TAU (N = 330) (FAS)

	Statistic	Total
Number of flyer downloads by caregiver	Mean \pm SD	2.5 \pm 1.87
	Min	1
	Median (Q1, Q3)	2 (1, 3)
	Max	13
Number of caregivers without documented download	n/N (%)	238/330 (72%)
Number of flyer downloads by caregiver randomized since cut-off date 2022-03-01 (*)	Mean \pm SD	2.5 \pm 1.87
	Min	1
	Median (Q1, Q3)	2 (1, 3)
	Max	13
Number of caregivers (n) randomized since cut-off date 2022-03-01 (N) with 0 downloads (*)	n/N (%)	68/160 (42%)

t_A3_5_adherence.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

(*) Refers to all downloads respectively caregivers in this intervention arm with informed consent date starting from 2022-03-01 due to the fact that the respective documentation was available since 2022-03-01. All caregivers randomized to TAU are defined as adherent.

Table A3-6: Adherence to modules

Table A3-6: Adherence to modules

All randomized caregivers (FAS, intervention IND and AUT)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)
Progress Module 1 [%] > 0 by caregiver	Mean ± SD	62.3 ± 36.08	58.1 ± 37.32
	Min	2	2
	Median (Q1, Q3)	64 (24, 100)	59 (22, 100)
	Max	100	100
Number of caregivers (n) with 0% progress	n/N (%)	64/651 (10%)	97/659 (15%)
Progress Module 2 [%] > 0 by caregiver	Mean ± SD	57.2 ± 37.12	46.7 ± 37.07
	Min	1	1
	Median (Q1, Q3)	68 (20, 94)	37 (10, 86)
	Max	100	100
Number of caregivers (n) with 0% progress	n/N (%)	204/651 (31%)	236/659 (36%)
Progress Module 3 [%] > 0 by caregiver	Mean ± SD	64.5 ± 34.63	57.7 ± 34.83
	Min	2	2
	Median (Q1, Q3)	74 (34, 100)	56 (23, 100)
	Max	100	100
Number of caregivers (n) with 0% progress	n/N (%)	287/651 (44%)	369/659 (56%)
Progress Module 4 [%] > 0 by caregiver	Mean ± SD	61.3 ± 36.43	51.9 ± 37.11

Table A3-6: Adherence to modules

All randomized caregivers (FAS, intervention IND and AUT)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)
	Min	2	2
	Median (Q1, Q3)	69 (24, 100)	46 (18, 98)
	Max	100	100
Number of caregivers (n) with 0% progress	n/N (%)	346/651 (53%)	379/659 (58%)

Module 1 'Depression und Alltag', module 2 'Was muss ich wissen?', module 3 'Beziehung stärken', module 4 'Selbstfürsorge'.

Progress values > 0% are used for descriptive statistics.

t_A3_6_adherence_modules.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Efficacy data

GDDD

Table A4-1: Primary efficacy analysis - K-10 score, change from baseline to T2: Linear model after multiple imputations of missing values

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-2: Primary efficacy analysis – K-10 score, change from baseline to T2: Sequential testing for comparison of intervention arms based on linear regression after multiple imputation

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-3: K-10 score, change from baseline to T2: Test of non-inferiority of AUT compared to IND based on linear regression after multiple imputations

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-4: K-10 score, change from baseline to T1: Linear model after multiple imputations of missing values

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-5: K-10 score, change from baseline to T3: Linear model after multiple imputations of missing values

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A4-6: K-10 score: Descriptive summary by visit and intervention

Table A4-6: K-10 score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	23.5 ± 5.95	23.5 ± 6.26	23.2 ± 6.03	23.4 ± 6.09
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	23 (19, 28)	23 (19, 28)	23 (19, 27)	23 (19, 28)
	Max	40	50	42	50
	Missings	0	0	0	0
K-10 score at T1	n valid/N (%)	497/651 (76%)	434/659 (66%)	220/330 (67%)	1151/1640 (70%)
	Mean ± SD	22.4 ± 6.19	22.7 ± 6.47	22.6 ± 6.06	22.5 ± 6.27
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 26)	22 (18, 27)	22 (17, 27)	22 (18, 27)
	Max	43	50	38	50
	Missings	154	225	110	489
K-10 score at T2	n valid/N (%)	476/651 (73%)	387/659 (59%)	258/330 (78%)	1121/1640 (68%)
	Mean ± SD	21.0 ± 5.93	21.4 ± 6.60	22.5 ± 6.18	21.5 ± 6.25
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	20 (17, 25)	21 (16, 26)	22 (18, 27)	21 (17, 25)

Table A4-6: K-10 score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Max	44	50	45	50
	Missings	175	272	72	519
K-10 score at T3	n valid/N (%)	414/651 (64%)	343/659 (52%)	225/330 (68%)	982/1640 (60%)
	Mean ± SD	20.4 ± 6.22	20.4 ± 6.49	21.6 ± 6.40	20.7 ± 6.37
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	20 (16, 24)	19 (16, 25)	22 (16, 26)	20 (16, 25)
	Max	45	42	42	45
	Missings	237	316	105	658

t_A4_6_desc_K10.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A4-7: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 score change from baseline at T1	n valid/N (%)	497/651 (76%)	434/659 (66%)	220/330 (67%)	1151/1640 (70%)
	Mean ± SD	-1.0 ± 4.58	-0.7 ± 4.06	-0.8 ± 3.91	-0.8 ± 4.26
	Min	-15	-16	-10	-16
	Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	-1 (-3, 2)	-1 (-3, 1)	-1 (-3, 2)
	Max	15	17	11	17
	Missings	154	225	110	489
K-10 score change from baseline at T2	n valid/N (%)	476/651 (73%)	387/659 (59%)	258/330 (78%)	1121/1640 (68%)
	Mean ± SD	-2.2 ± 5.33	-1.8 ± 5.15	-0.9 ± 5.32	-1.8 ± 5.29
	Min	-18	-18	-19	-19
	Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 1)	-2 (-5, 1)	0 (-4, 2)	-2 (-5, 2)
	Max	23	16	14	23
	Missings	175	272	72	519
K-10 score change from baseline at T3	n valid/N (%)	414/651 (64%)	343/659 (52%)	225/330 (68%)	982/1640 (60%)
	Mean ± SD	-2.8 ± 5.57	-3.1 ± 6.06	-1.5 ± 6.32	-2.6 ± 5.94
	Min	-20	-24	-27	-27
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 0)	-3 (-6, 0)	-1 (-6, 2)	-3 (-6, 1)
	Max	22	16	21	22
	Missings				

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Missings	237	316	105	658

t_A4_7_desc_chg_K10.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Table A4-8: K-10 score, change from baseline to T2: Sensitivity analysis for primary efficacy analysis, missing values imputed from TAU arm

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-9: K-10 score, change from baseline to T2: Sensitivity analysis for test of non-inferiority of AUT compared to IND in subgroups of adherent caregivers, linear model after multiple imputations of missing values

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-10: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-11: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by age category

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-12: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by gender

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-13: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by relationship to depressed person

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-14: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by K-10 score at T0

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-15: K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by internet literacy score at T0

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-16: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by age category

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-17: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by gender

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-18: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by relationship to depressed person

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-19-1: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by K-10 score at T0

Gesperrt bis 31.08.2025

GDDD

Table A4-19-2: K-10 score, change from baseline at T2: Longitudinal ANCOVA model including intervention effects by internet literacy score at T0

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention

Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

	Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 score at baseline	18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	293/651 (45%)	298/659 (45%)	151/330 (46%)	742/1640 (45%)
		n valid/n (%)	293/293 (100%)	298/298 (100%)	151/151 (100%)	742/742 (100%)
		Mean ± SD	23.6 ± 5.97	23.7 ± 6.42	23.1 ± 6.06	23.5 ± 6.16
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	23 (19, 28)	24 (19, 27)	23 (19, 27)	23 (19, 28)
		Max	40	50	42	50
		Missings	0	0	0	0
	40 yr. < Age ≤ 65 yr.	n valid/N (%)	338/651 (52%)	338/659 (51%)	167/330 (51%)	843/1640 (51%)
		n valid/n (%)	338/338 (100%)	338/338 (100%)	167/167 (100%)	843/843 (100%)
		Mean ± SD	23.5 ± 5.92	23.5 ± 6.11	23.2 ± 6.00	23.4 ± 6.01
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	23 (19, 28)	23 (19, 28)	23 (19, 28)	23 (19, 28)
		Max	38	40	40	40
		Missings	0	0	0	0
	Age > 65 yr.	n valid/N (%)	20/651 (3%)	23/659 (3%)	12/330 (4%)	55/1640 (3%)
		n valid/n (%)	20/20 (100%)	23/23 (100%)	12/12 (100%)	55/55 (100%)

Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
	Mean ± SD	22.0 ± 6.48	21.4 ± 6.35	23.9 ± 6.56	22.2 ± 6.39	
	Min	12	10	15	10	
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 27)	22 (16, 25)	23 (20, 26)	22 (18, 26)	
	Max	34	38	41	41	
	Missings	0	0	0	0	
K-10 score at T1	18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	208/651 (32%)	180/659 (27%)	99/330 (30%)	487/1640 (30%)
		n valid/n (%)	208/293 (71%)	180/298 (60%)	99/151 (66%)	487/742 (66%)
		Mean ± SD	22.8 ± 6.79	23.0 ± 6.94	22.2 ± 6.09	22.7 ± 6.70
		Min	11	10	12	10
		Median (Q1, Q3)	22 (18, 27)	22 (18, 28)	22 (17, 26)	22 (18, 27)
		Max	43	50	37	50
		Missings	85	118	52	255
40 yr. < Age ≤ 65 yr.		n valid/N (%)	272/651 (42%)	234/659 (36%)	111/330 (34%)	617/1640 (38%)
		n valid/n (%)	272/338 (80%)	234/338 (69%)	111/167 (66%)	617/843 (73%)
		Mean ± SD	22.2 ± 5.79	22.6 ± 6.05	23.0 ± 6.22	22.5 ± 5.97
		Min	10	11	10	10
		Median (Q1, Q3)	22 (18, 26)	22 (18, 27)	22 (18, 28)	22 (18, 26)
		Max	41	37	38	41
		Missings	66	104	56	226

Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Age > 65 yr.	n valid/N (%)	17/651 (3%)	20/659 (3%)	10/330 (3%)	47/1640 (3%)
	n valid/n (%)	17/20 (85%)	20/23 (87%)	10/12 (83%)	47/55 (85%)
	Mean ± SD	21.1 ± 4.31	20.0 ± 6.53	22.7 ± 3.62	21.0 ± 5.26
	Min	14	10	16	10
	Median (Q1, Q3)	20 (19, 24)	18 (16, 27)	24 (20, 25)	20 (17, 25)
	Max	32	32	28	32
	Missings	3	3	2	8
K-10 score at T2 18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	193/651 (30%)	153/659 (23%)	118/330 (36%)	464/1640 (28%)
	n valid/n (%)	193/293 (66%)	153/298 (51%)	118/151 (78%)	464/742 (63%)
	Mean ± SD	21.6 ± 5.98	21.6 ± 7.01	21.9 ± 6.12	21.7 ± 6.36
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	21 (17, 25)	21 (16, 25)	21 (18, 27)	21 (17, 25)
	Max	41	50	36	50
	Missings	100	145	33	278
40 yr. < Age ≤ 65 yr.	n valid/N (%)	270/651 (41%)	218/659 (33%)	128/330 (39%)	616/1640 (38%)
	n valid/n (%)	270/338 (80%)	218/338 (64%)	128/167 (77%)	616/843 (73%)
	Mean ± SD	20.6 ± 5.94	21.4 ± 6.28	22.7 ± 6.20	21.3 ± 6.16
	Min	10	11	10	10
	Median (Q1, Q3)	20 (16, 24)	21 (17, 26)	22 (18, 27)	21 (17, 26)

Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
		Max	44	41	45	
		Missings	68	120	227	
Age > 65 yr.	n valid/N (%)	13/651 (2%)	16/659 (2%)	12/330 (4%)	41/1640 (2%)	
	n valid/n (%)	13/20 (65%)	16/23 (70%)	12/12 (100%)	41/55 (75%)	
	Mean ± SD	20.9 ± 4.54	18.0 ± 6.22	25.2 ± 6.22	21.0 ± 6.35	
	Min	15	10	16	10	
	Median (Q1, Q3)	20 (18, 23)	18 (14, 20)	24 (23, 26)	20 (18, 24)	
	Max	33	30	41	41	
	Missings	7	7	0	14	
K-10 score at T3	18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	170/651 (26%)	139/659 (21%)	98/330 (30%)	407/1640 (25%)
		n valid/n (%)	170/293 (58%)	139/298 (47%)	98/151 (65%)	407/742 (55%)
		Mean ± SD	21.3 ± 6.65	20.4 ± 6.76	21.5 ± 6.50	21.0 ± 6.65
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	21 (16, 25)	19 (15, 25)	22 (16, 26)	20 (16, 25)
		Max	45	42	38	45
		Missings	123	159	53	335
40 yr. < Age ≤ 65 yr.	n valid/N (%)	232/651 (36%)	190/659 (29%)	117/330 (35%)	539/1640 (33%)	
	n valid/n (%)	232/338 (69%)	190/338 (56%)	117/167 (70%)	539/843 (64%)	
	Mean ± SD	19.8 ± 5.86	20.7 ± 6.34	21.7 ± 6.47	20.5 ± 6.20	

Table A4-20: K-10 score: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	20 (16, 23)	19 (16, 25)	22 (17, 26)	20 (16, 25)
	Max	37	39	42	42
	Missings	106	148	50	304
Age > 65 yr.	n valid/N (%)	12/651 (2%)	14/659 (2%)	10/330 (3%)	36/1640 (2%)
	n valid/n (%)	12/20 (60%)	14/23 (61%)	10/12 (83%)	36/55 (65%)
	Mean ± SD	19.7 ± 5.40	17.4 ± 5.20	21.6 ± 4.97	19.3 ± 5.35
	Min	11	10	14	10
	Median (Q1, Q3)	19 (16, 23)	16 (15, 19)	22 (18, 25)	18 (16, 23)
	Max	31	28	30	31
	Missings	8	9	2	19

Table A4-21: K-10 score: Descriptive summary by visit, gender and intervention

Table A4-21: K-10 score: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

	Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)
K-10 score at baseline	Female	n valid/N (%)	517/651 (79%)	522/658 (79%)	261/329 (79%)	1300/1638 (79%)
		n valid/n (%)	517/517 (100%)	522/522 (100%)	261/261 (100%)	1300/1300 (100%)
		Mean ± SD	23.9 ± 5.85	24.1 ± 6.21	23.9 ± 5.94	24.0 ± 6.01
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	24 (19, 28)	24 (19, 28)	24 (20, 28)	24 (19, 28)
		Max	40	50	42	50
		Missings	0	0	0	0
	Male	n valid/N (%)	134/651 (21%)	136/658 (21%)	68/329 (21%)	338/1638 (21%)
		n valid/n (%)	134/134 (100%)	136/136 (100%)	68/68 (100%)	338/338 (100%)
		Mean ± SD	21.9 ± 6.10	21.4 ± 6.07	20.9 ± 5.81	21.5 ± 6.02
		Min	12	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	20 (18, 25)	20 (17, 26)	20 (17, 26)	20 (17, 26)
		Max	39	37	34	39
		Missings	0	0	0	0
K-10 score at T1	Female	n valid/N (%)	406/651 (62%)	353/658 (54%)	184/329 (56%)	943/1638 (58%)
		n valid/n (%)	406/517 (79%)	353/522 (68%)	184/261 (70%)	943/1300 (73%)

Table A4-21: K-10 score: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)
	Mean ± SD	22.8 ± 6.22	23.1 ± 6.28	23.0 ± 6.15	22.9 ± 6.22
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 27)	23 (19, 28)	23 (18, 27)	23 (18, 27)
	Max	43	50	38	50
	Missings	111	169	77	357
Male	n valid/N (%)	91/651 (14%)	81/658 (12%)	36/329 (11%)	208/1638 (13%)
	n valid/n (%)	91/134 (68%)	81/136 (60%)	36/68 (53%)	208/338 (62%)
	Mean ± SD	20.6 ± 5.74	20.8 ± 6.97	20.5 ± 5.17	20.6 ± 6.14
	Min	10	10	11	10
	Median (Q1, Q3)	20 (16, 24)	19 (15, 26)	20 (16, 23)	20 (16, 25)
	Max	38	36	30	38
	Missings	43	55	32	130
K-10 score at T2 Female	n valid/N (%)	383/651 (59%)	315/658 (48%)	207/329 (63%)	905/1638 (55%)
	n valid/n (%)	383/517 (74%)	315/522 (60%)	207/261 (79%)	905/1300 (70%)
	Mean ± SD	21.0 ± 5.99	21.8 ± 6.44	23.0 ± 6.25	21.7 ± 6.25
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	20 (17, 25)	21 (17, 26)	22 (18, 27)	21 (17, 26)
	Max	44	50	45	50
	Missings	134	207	54	395

Table A4-21: K-10 score: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)	
K-10 score at T3	Male	n valid/N (%)	93/651 (14%)	72/658 (11%)	51/329 (16%)	216/1638 (13%)
		n valid/n (%)	93/134 (69%)	72/136 (53%)	51/68 (75%)	216/338 (64%)
		Mean \pm SD	21.0 \pm 5.71	19.4 \pm 6.95	20.6 \pm 5.53	20.4 \pm 6.12
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	21 (17, 25)	17 (14, 24)	21 (16, 24)	19 (16, 25)
		Max	37	41	33	41
		Missings	41	64	17	122
K-10 score at T3	Female	n valid/N (%)	339/651 (52%)	290/658 (44%)	177/329 (54%)	806/1638 (49%)
		n valid/n (%)	339/517 (66%)	290/522 (56%)	177/261 (68%)	806/1300 (62%)
		Mean \pm SD	20.7 \pm 6.29	20.8 \pm 6.43	22.3 \pm 6.26	21.1 \pm 6.36
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	20 (16, 24)	19 (16, 25)	23 (17, 26)	21 (16, 25)
		Max	45	42	42	45
		Missings	178	232	84	494
K-10 score at T3	Male	n valid/N (%)	75/651 (12%)	53/658 (8%)	47/329 (14%)	175/1638 (11%)
		n valid/n (%)	75/134 (56%)	53/136 (39%)	47/68 (69%)	175/338 (52%)
		Mean \pm SD	19.1 \pm 5.76	18.2 \pm 6.39	19.4 \pm 6.33	18.9 \pm 6.09
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	19 (14, 23)	16 (14, 20)	19 (15, 22)	18 (14, 22)

Table A4-21: K-10 score: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

Group (n)	IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)
Max	37	34	37	37
Missings	59	83	21	163

t_A4_21_desc_K10_gender.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

	Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 score at baseline	Partner	n valid/N (%)	389/651 (60%)	390/659 (59%)	194/330 (59%)	973/1640 (59%)
		n valid/n (%)	389/389 (100%)	390/390 (100%)	194/194 (100%)	973/973 (100%)
		Mean ± SD	23.7 ± 5.98	23.9 ± 6.18	23.8 ± 6.14	23.8 ± 6.08
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	24 (19, 28)	24 (19, 28)	24 (19, 28)	24 (19, 28)
		Max	40	50	42	50
		Missings	0	0	0	0
	Parent	n valid/N (%)	73/651 (11%)	76/659 (12%)	38/330 (12%)	187/1640 (11%)
		n valid/n (%)	73/73 (100%)	76/76 (100%)	38/38 (100%)	187/187 (100%)
		Mean ± SD	22.9 ± 5.80	22.6 ± 6.16	22.2 ± 4.96	22.6 ± 5.77
		Min	12	12	13	12
		Median (Q1, Q3)	22 (18, 28)	22 (19, 27)	22 (19, 27)	22 (18, 28)
		Max	38	41	30	41
		Missings	0	0	0	0
K-10 score at baseline	Child	n valid/N (%)	121/651 (19%)	119/659 (18%)	59/330 (18%)	299/1640 (18%)
		n valid/n (%)	121/121 (100%)	119/119 (100%)	59/59 (100%)	299/299 (100%)

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		Group (n)	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
		Mean ± SD	23.9 ± 6.03	23.9 ± 6.37	23.3 ± 5.27	23.8 ± 6.02
		Min	11	11	13	11
		Median (Q1, Q3)	24 (19, 28)	24 (20, 28)	24 (20, 26)	24 (19, 28)
		Max	38	50	38	50
		Missings	0	0	0	0
K-10 score at baseline	Other	n valid/N (%)	68/651 (10%)	74/659 (11%)	39/330 (12%)	181/1640 (11%)
		n valid/n (%)	68/68 (100%)	74/74 (100%)	39/39 (100%)	181/181 (100%)
		Mean ± SD	22.1 ± 5.70	21.7 ± 6.36	21.2 ± 7.06	21.7 ± 6.25
		Min	10	11	10	10
		Median (Q1, Q3)	22 (19, 25)	22 (17, 27)	21 (16, 26)	21 (17, 26)
		Max	39	36	41	41
		Missings	0	0	0	0
K-10 score at T1	Partner	n valid/N (%)	294/651 (45%)	260/659 (39%)	131/330 (40%)	685/1640 (42%)
		n valid/n (%)	294/389 (76%)	260/390 (67%)	131/194 (68%)	685/973 (70%)
		Mean ± SD	22.6 ± 6.64	22.7 ± 6.33	22.7 ± 6.22	22.7 ± 6.44
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	22 (18, 26)	22 (18, 27)	22 (18, 27)	22 (18, 27)
		Max	43	41	37	43
		Missings	95	130	63	288

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Parent	n valid/N (%)	51/651 (8%)	37/659 (6%)	20/330 (6%)	108/1640 (7%)
	n valid/n (%)	51/73 (70%)	37/76 (49%)	20/38 (53%)	108/187 (58%)
	Mean ± SD	22.9 ± 5.31	22.6 ± 6.67	21.6 ± 5.18	22.5 ± 5.76
	Min	12	11	13	11
	Median (Q1, Q3)	22 (20, 27)	22 (18, 27)	22 (17, 26)	22 (18, 27)
	Max	34	35	30	35
	Missings	22	39	18	79
Child	n valid/N (%)	104/651 (16%)	90/659 (14%)	42/330 (13%)	236/1640 (14%)
	n valid/n (%)	104/121 (86%)	90/119 (76%)	42/59 (71%)	236/299 (79%)
	Mean ± SD	22.0 ± 5.40	22.9 ± 6.82	23.6 ± 6.39	22.6 ± 6.15
	Min	10	12	12	10
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 26)	23 (18, 27)	24 (17, 29)	23 (18, 26)
	Max	35	50	38	50
	Missings	17	29	17	63
Other	n valid/N (%)	48/651 (7%)	47/659 (7%)	27/330 (8%)	122/1640 (7%)
	n valid/n (%)	48/68 (71%)	47/74 (64%)	27/39 (69%)	122/181 (67%)
	Mean ± SD	21.0 ± 5.68	22.1 ± 6.59	21.1 ± 5.20	21.5 ± 5.92
	Min	11	10	14	10
	Median (Q1, Q3)	21 (17, 25)	21 (18, 28)	21 (18, 24)	21 (17, 26)

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		Group (n)	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
		Max	38	35	34	38
		Missings	20	27	12	59
K-10 score at T2	Partner	n valid/N (%)	286/651 (44%)	224/659 (34%)	159/330 (48%)	669/1640 (41%)
		n valid/n (%)	286/389 (74%)	224/390 (57%)	159/194 (82%)	669/973 (69%)
		Mean ± SD	21.8 ± 6.26	21.3 ± 6.54	22.8 ± 6.15	21.9 ± 6.35
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	21 (17, 26)	21 (16, 25)	22 (18, 27)	21 (17, 26)
		Max	44	50	45	50
		Missings	103	166	35	304
	Parent	n valid/N (%)	46/651 (7%)	39/659 (6%)	23/330 (7%)	108/1640 (7%)
		n valid/n (%)	46/73 (63%)	39/76 (51%)	23/38 (61%)	108/187 (58%)
		Mean ± SD	20.0 ± 5.69	21.9 ± 6.66	20.5 ± 6.37	20.8 ± 6.20
		Min	10	10	11	10
		Median (Q1, Q3)	20 (15, 25)	22 (17, 26)	19 (15, 26)	21 (16, 25)
		Max	33	35	30	35
	Missings	27	37	15	79	
Child	n valid/N (%)	97/651 (15%)	83/659 (13%)	47/330 (14%)	227/1640 (14%)	
	n valid/n (%)	97/121 (80%)	83/119 (70%)	47/59 (80%)	227/299 (76%)	
	Mean ± SD	19.4 ± 4.91	21.2 ± 6.43	22.8 ± 5.94	20.8 ± 5.84	

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
	Min	10	11	10	10	
	Median (Q1, Q3)	19 (16, 24)	20 (17, 24)	22 (18, 28)	20 (17, 24)	
	Max	33	42	39	42	
	Missings	24	36	12	72	
Other	n valid/N (%)	47/651 (7%)	41/659 (6%)	29/330 (9%)	117/1640 (7%)	
	n valid/n (%)	47/68 (69%)	41/74 (55%)	29/39 (74%)	117/181 (65%)	
	Mean ± SD	20.1 ± 5.19	21.6 ± 7.34	21.8 ± 6.52	21.0 ± 6.34	
	Min	10	11	12	10	
	Median (Q1, Q3)	19 (16, 24)	20 (15, 27)	21 (17, 25)	20 (16, 25)	
	Max	33	38	41	41	
	Missings	21	33	10	64	
K-10 score at T3	Partner	n valid/N (%)	242/651 (37%)	201/659 (31%)	131/330 (40%)	574/1640 (35%)
		n valid/n (%)	242/389 (62%)	201/390 (52%)	131/194 (68%)	574/973 (59%)
		Mean ± SD	20.3 ± 6.59	20.1 ± 6.28	21.8 ± 6.08	20.6 ± 6.39
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	20 (15, 24)	19 (15, 24)	21 (17, 26)	20 (16, 25)
		Max	45	38	38	45
		Missings	147	189	63	399
Parent	n valid/N (%)	41/651 (6%)	36/659 (5%)	21/330 (6%)	98/1640 (6%)	

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	n valid/n (%)	41/73 (56%)	36/76 (47%)	21/38 (55%)	98/187 (52%)
	Mean ± SD	21.2 ± 5.16	21.6 ± 6.15	21.1 ± 8.27	21.4 ± 6.23
	Min	13	11	10	10
	Median (Q1, Q3)	20 (18, 25)	20 (17, 27)	23 (15, 25)	20 (17, 26)
	Max	30	34	42	42
	Missings	32	40	17	89
Child	n valid/N (%)	89/651 (14%)	73/659 (11%)	45/330 (14%)	207/1640 (13%)
	n valid/n (%)	89/121 (74%)	73/119 (61%)	45/59 (76%)	207/299 (69%)
	Mean ± SD	20.1 ± 5.75	20.5 ± 6.20	21.7 ± 5.99	20.6 ± 5.96
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	19 (16, 23)	19 (16, 25)	22 (17, 26)	20 (16, 25)
	Max	37	42	33	42
	Missings	32	46	14	92
Other	n valid/N (%)	42/651 (6%)	33/659 (5%)	28/330 (8%)	103/1640 (6%)
	n valid/n (%)	42/68 (62%)	33/74 (45%)	28/39 (72%)	103/181 (57%)
	Mean ± SD	20.7 ± 6.03	21.0 ± 8.54	21.2 ± 7.22	20.9 ± 7.17
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	19 (16, 26)	17 (14, 27)	22 (16, 26)	19 (16, 26)
	Max	33	39	37	39

Table A4-22: K-10 score: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Missings	26	41	11	78

t_A4_22_desc_K10_relation.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A4-23: K-10 score: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

Table A4-23: K-10 score: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
K-10 score at baseline	K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	294/651 (45%)	301/659 (46%)	152/330 (46%)	747/1640 (46%)
		n valid/n (%)	294/294 (100%)	301/301 (100%)	152/152 (100%)	747/747 (100%)
		Mean ± SD	18.1 ± 2.93	18.0 ± 3.00	18.0 ± 3.11	18.0 ± 2.99
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	18 (16, 20)	18 (16, 20)	19 (16, 21)	19 (16, 20)
		Max	22	22	22	22
		Missings	0	0	0	0
	K-10 baseline ≥ 23	n valid/N (%)	357/651 (55%)	358/659 (54%)	178/330 (54%)	893/1640 (54%)
		n valid/n (%)	357/357 (100%)	358/358 (100%)	178/178 (100%)	893/893 (100%)
		Mean ± SD	27.9 ± 3.70	28.2 ± 4.19	27.7 ± 3.88	28.0 ± 3.94
	Min	23	23	23	23	
	Median (Q1, Q3)	28 (25, 31)	27 (25, 31)	27 (25, 30)	27 (25, 30)	
	Max	40	50	42	50	
	Missings	0	0	0	0	
K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	232/651 (36%)	202/659 (31%)	96/330 (29%)	530/1640 (32%)	

Table A4-23: K-10 score: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
K-10 score at T1	n valid/n (%)	232/294 (79%)	202/301 (67%)	96/152 (63%)	530/747 (71%)	
	Mean ± SD	18.5 ± 4.25	18.2 ± 4.62	18.1 ± 3.93	18.3 ± 4.34	
	Min	10	10	10	10	
	Median (Q1, Q3)	18 (16, 21)	18 (15, 21)	17 (15, 21)	18 (15, 21)	
	Max	31	33	31	33	
	Missings	62	99	56	217	
K-10 baseline ≥ 23	n valid/N (%)	265/651 (41%)	232/659 (35%)	124/330 (38%)	621/1640 (38%)	
	n valid/n (%)	265/357 (74%)	232/358 (65%)	124/178 (70%)	621/893 (70%)	
	Mean ± SD	25.7 ± 5.64	26.5 ± 5.23	26.1 ± 5.01	26.1 ± 5.37	
	Min	14	13	14	13	
	Median (Q1, Q3)	25 (22, 29)	26 (23, 30)	26 (22, 29)	26 (22, 30)	
	Max	43	50	38	50	
	Missings	92	126	54	272	
K-10 score at T2	K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	224/651 (34%)	183/659 (28%)	114/330 (35%)	521/1640 (32%)
		n valid/n (%)	224/294 (76%)	183/301 (61%)	114/152 (75%)	521/747 (70%)
		Mean ± SD	17.9 ± 4.79	17.6 ± 4.63	19.2 ± 4.94	18.1 ± 4.80
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	17 (15, 21)	17 (14, 20)	18 (16, 22)	17 (15, 21)

Table A4-23: K-10 score: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
	Max	41	33	34	41	
	Missings	70	118	38	226	
K-10 baseline ≥ 23	n valid/N (%)	252/651 (39%)	204/659 (31%)	144/330 (44%)	600/1640 (37%)	
	n valid/n (%)	252/357 (71%)	204/358 (57%)	144/178 (81%)	600/893 (67%)	
	Mean ± SD	23.7 ± 5.53	24.8 ± 6.22	25.1 ± 5.85	24.4 ± 5.87	
	Min	12	12	13	12	
	Median (Q1, Q3)	23 (20, 27)	24 (21, 28)	25 (21, 29)	24 (20, 28)	
	Max	44	50	45	50	
	Missings	105	154	34	293	
K-10 score at T3	K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	193/651 (30%)	154/659 (23%)	102/330 (31%)	449/1640 (27%)
	n valid/n (%)	193/294 (66%)	154/301 (51%)	102/152 (67%)	449/747 (60%)	
	Mean ± SD	17.3 ± 5.14	16.9 ± 4.84	19.0 ± 5.72	17.6 ± 5.23	
	Min	10	10	10	10	
	Median (Q1, Q3)	17 (14, 20)	16 (14, 19)	18 (15, 23)	17 (14, 20)	
	Max	38	38	37	38	
	Missings	101	147	50	298	
K-10 baseline ≥ 23	n valid/N (%)	221/651 (34%)	189/659 (29%)	123/330 (37%)	533/1640 (32%)	
	n valid/n (%)	221/357 (62%)	189/358 (53%)	123/178 (69%)	533/893 (60%)	

Table A4-23: K-10 score: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Mean ± SD	23.1 ± 5.79	23.3 ± 6.26	23.8 ± 6.15	23.3 ± 6.04
Min	11	12	10	10
Median (Q1, Q3)	23 (19, 26)	23 (18, 28)	24 (20, 28)	23 (19, 27)
Max	45	42	42	45
Missings	136	169	55	360

t_A4_23_desc_K10_K10.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A4-24: K-10 score: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

Table A4-24: K-10 score: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

	Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 score at baseline	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	347/651 (53%)	334/659 (51%)	183/330 (55%)	864/1640 (53%)
		n valid/n (%)	347/347 (100%)	334/334 (100%)	183/183 (100%)	864/864 (100%)
		Mean ± SD	23.9 ± 5.90	23.3 ± 5.97	23.4 ± 5.76	23.6 ± 5.90
		Min	12	10	12	10
		Median (Q1, Q3)	24 (19, 28)	23 (19, 27)	23 (19, 28)	23 (19, 28)
		Max	40	40	42	42
		Missings	0	0	0	0
	INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	304/651 (47%)	325/659 (49%)	147/330 (45%)	776/1640 (47%)
		n valid/n (%)	304/304 (100%)	325/325 (100%)	147/147 (100%)	776/776 (100%)
		Mean ± SD	22.9 ± 5.97	23.8 ± 6.55	23.0 ± 6.35	23.3 ± 6.30
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	22 (18, 27)	24 (19, 28)	23 (19, 27)	23 (19, 28)
		Max	39	50	41	50
Missings		0	0	0	0	
K-10 score at T1	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	263/651 (40%)	227/659 (34%)	128/330 (39%)	618/1640 (38%)
		n valid/n (%)	263/347 (76%)	227/334 (68%)	128/183 (70%)	618/864 (72%)

Table A4-24: K-10 score: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Mean ± SD	22.8 ± 6.39	22.5 ± 6.14	22.4 ± 6.17	22.6 ± 6.25
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 27)	22 (18, 27)	22 (17, 27)	22 (18, 27)
	Max	43	36	37	43
	Missings	84	107	55	246
K-10 score at T2	INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)				
	n valid/N (%)	234/651 (36%)	207/659 (31%)	92/330 (28%)	533/1640 (32%)
	n valid/n (%)	234/304 (77%)	207/325 (64%)	92/147 (63%)	533/776 (69%)
	Mean ± SD	21.9 ± 5.93	22.9 ± 6.83	22.9 ± 5.93	22.5 ± 6.30
	Min	10	10	11	10
	Median (Q1, Q3)	21 (18, 25)	22 (18, 28)	23 (19, 27)	22 (18, 27)
	Max	43	50	38	50
	Missings	70	118	55	243
K-10 score at T2	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)				
	n valid/N (%)	254/651 (39%)	222/659 (34%)	148/330 (45%)	624/1640 (38%)
	n valid/n (%)	254/347 (73%)	222/334 (66%)	148/183 (81%)	624/864 (72%)
	Mean ± SD	21.5 ± 6.12	21.2 ± 6.29	22.3 ± 6.34	21.6 ± 6.24
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	21 (17, 25)	21 (16, 25)	22 (18, 26)	21 (17, 25)
	Max	41	41	45	45
	Missings	93	112	35	240

Table A4-24: K-10 score: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
K-10 score at T3	INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	222/651 (34%)	165/659 (25%)	110/330 (33%)	497/1640 (30%)
		n valid/n (%)	222/304 (73%)	165/325 (51%)	110/147 (75%)	497/776 (64%)
	Mean ± SD	20.4 ± 5.66	21.6 ± 7.00	22.7 ± 5.98	21.3 ± 6.26	
	Min	10	10	10	10	
	Median (Q1, Q3)	20 (16, 25)	21 (16, 27)	22 (18, 28)	21 (17, 26)	
	Max	44	50	41	50	
	Missings	82	160	37	279	
K-10 score at T3	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	221/651 (34%)	197/659 (30%)	130/330 (39%)	548/1640 (33%)
		n valid/n (%)	221/347 (64%)	197/334 (59%)	130/183 (71%)	548/864 (63%)
	Mean ± SD	20.9 ± 6.33	20.4 ± 6.32	21.8 ± 6.78	20.9 ± 6.45	
	Min	10	10	10	10	
	Median (Q1, Q3)	21 (16, 25)	19 (16, 25)	22 (16, 26)	20 (16, 25)	
	Max	41	39	42	42	
	Missings	126	137	53	316	
K-10 score at T3	INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	193/651 (30%)	146/659 (22%)	95/330 (29%)	434/1640 (26%)
		n valid/n (%)	193/304 (63%)	146/325 (45%)	95/147 (65%)	434/776 (56%)
		Mean ± SD	19.8 ± 6.04	20.6 ± 6.73	21.4 ± 5.86	20.4 ± 6.26
		Min	10	10	10	10
		Median (Q1, Q3)	19 (15, 23)	19 (15, 25)	21 (16, 25)	20 (16, 25)

Table A4-24: K-10 score: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Max	45	42	37	45
Missings	111	179	52	342

t_A4_24_desc_K10_intlit.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A4-25: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, age group and intervention

Table A4-25: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
K-10 score change at T1	18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	208/651 (32%)	180/659 (27%)	99/330 (30%)	487/1640 (30%)
		n valid/n (%)	208/293 (71%)	180/298 (60%)	99/151 (66%)	487/742 (66%)
		Mean ± SD	-0.8 ± 4.77	-0.9 ± 3.94	-1.1 ± 3.99	-0.9 ± 4.32
		Min	-15	-16	-10	-16
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	-1 (-3, 1)	-1 (-4, 1)	-1 (-3, 1)
		Max	15	10	11	15
		Missings	85	118	52	255
40 yr. < Age ≤ 65 yr.		n valid/N (%)	272/651 (42%)	234/659 (36%)	111/330 (34%)	617/1640 (38%)
		n valid/n (%)	272/338 (80%)	234/338 (69%)	111/167 (66%)	617/843 (73%)
		Mean ± SD	-1.1 ± 4.39	-0.6 ± 4.05	-0.7 ± 3.98	-0.8 ± 4.19
		Min	-13	-14	-10	-14
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	0 (-3, 2)	-1 (-3, 1)	-1 (-3, 2)
		Max	15	13	10	15
		Missings	66	104	56	226
Age > 65 yr.		n valid/N (%)	17/651 (3%)	20/659 (3%)	10/330 (3%)	47/1640 (3%)
		n valid/n (%)	17/20 (85%)	20/23 (87%)	10/12 (83%)	47/55 (85%)

Table A4-25: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
	Mean ± SD	-1.8 ± 5.13	0.0 ± 5.17	-0.1 ± 1.79	-0.6 ± 4.64	
	Min	-8	-8	-3	-8	
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 1)	0 (-2, 1)	0 (-1, 1)	-1 (-3, 1)	
	Max	11	17	3	17	
	Missings	3	3	2	8	
K-10 score change at T2	18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	193/651 (30%)	153/659 (23%)	118/330 (36%)	464/1640 (28%)
		n valid/n (%)	193/293 (66%)	153/298 (51%)	118/151 (78%)	464/742 (63%)
		Mean ± SD	-1.8 ± 5.54	-2.1 ± 4.70	-1.1 ± 5.41	-1.7 ± 5.25
		Min	-15	-18	-19	-19
		Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 2)	-2 (-4, 1)	0 (-4, 2)	-2 (-5, 2)
		Max	23	11	14	23
		Missings	100	145	33	278
	40 yr. < Age ≤ 65 yr.	n valid/N (%)	270/651 (41%)	218/659 (33%)	128/330 (39%)	616/1640 (38%)
		n valid/n (%)	270/338 (80%)	218/338 (64%)	128/167 (77%)	616/843 (73%)
		Mean ± SD	-2.5 ± 5.05	-1.6 ± 5.49	-0.9 ± 5.28	-1.8 ± 5.29
		Min	-18	-17	-14	-18
		Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 1)	-2 (-5, 2)	-1 (-4, 3)	-2 (-5, 1)
		Max	12	16	13	16
		Missings	68	120	39	227

Table A4-25: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
Age > 65 yr.	n valid/N (%)	13/651 (2%)	16/659 (2%)	12/330 (4%)	41/1640 (2%)	
	n valid/n (%)	13/20 (65%)	16/23 (70%)	12/12 (100%)	41/55 (75%)	
	Mean ± SD	-2.3 ± 7.72	-2.2 ± 4.64	1.3 ± 4.64	-1.2 ± 5.88	
	Min	-16	-8	-5	-16	
	Median (Q1, Q3)	-5 (-8, 5)	-2 (-6, 0)	0 (-2, 3)	-1 (-5, 2)	
	Max	11	9	9	11	
	Missings	7	7	0	14	
K-10 score change at T3	18 yr. ≤ Age ≤ 40 yr.	n valid/N (%)	170/651 (26%)	139/659 (21%)	98/330 (30%)	407/1640 (25%)
	n valid/n (%)	170/293 (58%)	139/298 (47%)	98/151 (65%)	407/742 (55%)	
	Mean ± SD	-2.3 ± 6.05	-3.5 ± 6.54	-1.2 ± 5.87	-2.4 ± 6.23	
	Min	-17	-24	-14	-24	
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 1)	-4 (-8, 0)	-1 (-5, 2)	-3 (-6, 1)	
	Max	22	16	18	22	
	Missings	123	159	53	335	
40 yr. < Age ≤ 65 yr.	n valid/N (%)	232/651 (36%)	190/659 (29%)	117/330 (35%)	539/1640 (33%)	
	n valid/n (%)	232/338 (69%)	190/338 (56%)	117/167 (70%)	539/843 (64%)	
	Mean ± SD	-3.3 ± 5.05	-2.7 ± 5.74	-1.7 ± 6.40	-2.7 ± 5.63	
	Min	-20	-18	-17	-20	
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 0)	-3 (-5, 1)	-2 (-6, 1)	-3 (-6, 0)	

Table A4-25: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, age group and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Max	15	16	21	21
	Missings	106	148	50	304
Age > 65 yr.	n valid/N (%)	12/651 (2%)	14/659 (2%)	10/330 (3%)	36/1640 (2%)
	n valid/n (%)	12/20 (60%)	14/23 (61%)	10/12 (83%)	36/55 (65%)
	Mean ± SD	-2.0 ± 7.46	-3.4 ± 5.35	-2.4 ± 9.70	-2.7 ± 7.26
	Min	-13	-10	-27	-27
	Median (Q1, Q3)	-2 (-8, 4)	-6 (-7, 1)	-1 (-2, 2)	-2 (-7, 1)
	Max	10	7	8	10
	Missings	8	9	2	19

Table A4-26: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, gender and intervention

Table A4-26: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)	
K-10 score change at T1	Female	n valid/N (%)	406/651 (62%)	353/658 (54%)	184/329 (56%)	943/1638 (58%)
		n valid/n (%)	406/517 (79%)	353/522 (68%)	184/261 (70%)	943/1300 (73%)
		Mean ± SD	-0.9 ± 4.52	-0.7 ± 3.93	-0.7 ± 3.94	-0.8 ± 4.19
		Min	-13	-14	-10	-14
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	-1 (-3, 2)	-1 (-3, 1)	-1 (-3, 2)
		Max	15	13	11	15
		Missings	111	169	77	357
	Male	n valid/N (%)	91/651 (14%)	81/658 (12%)	36/329 (11%)	208/1638 (13%)
		n valid/n (%)	91/134 (68%)	81/136 (60%)	36/68 (53%)	208/338 (62%)
		Mean ± SD	-1.1 ± 4.86	-0.5 ± 4.61	-1.6 ± 3.69	-1.0 ± 4.58
		Min	-15	-16	-10	-16
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	0 (-3, 1)	-1 (-4, 1)	-1 (-3, 1)
		Max	12	17	4	17
Missings		43	55	32	130	
K-10 score change at T2	Female	n valid/N (%)	383/651 (59%)	315/658 (48%)	207/329 (63%)	905/1638 (55%)
		n valid/n (%)	383/517 (74%)	315/522 (60%)	207/261 (79%)	905/1300 (70%)

Table A4-26: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)	
	Mean ± SD	-2.6 ± 5.41	-1.9 ± 4.90	-0.8 ± 5.11	-1.9 ± 5.21	
	Min	-18	-17	-19	-19	
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 1)	-2 (-5, 1)	-1 (-4, 2)	-2 (-5, 1)	
	Max	23	12	14	23	
	Missings	134	207	54	395	
Male	n valid/N (%)	93/651 (14%)	72/658 (11%)	51/329 (16%)	216/1638 (13%)	
	n valid/n (%)	93/134 (69%)	72/136 (53%)	51/68 (75%)	216/338 (64%)	
	Mean ± SD	-0.7 ± 4.77	-1.5 ± 6.14	-1.1 ± 6.13	-1.1 ± 5.57	
	Min	-14	-18	-15	-18	
	Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	-1 (-4, 2)	0 (-6, 2)	-1 (-5, 2)	
	Max	9	16	13	16	
	Missings	41	64	17	122	
K-10 score change at T3	Female	n valid/N (%)	339/651 (52%)	290/658 (44%)	177/329 (54%)	806/1638 (49%)
		n valid/n (%)	339/517 (66%)	290/522 (56%)	177/261 (68%)	806/1300 (62%)
		Mean ± SD	-2.9 ± 5.78	-3.1 ± 5.88	-1.4 ± 6.16	-2.6 ± 5.93
		Min	-20	-24	-27	-27
		Median (Q1, Q3)	-3 (-7, 0)	-3 (-6, 0)	-1 (-5, 2)	-3 (-6, 1)
		Max	22	16	21	22
		Missings	178	232	84	494

Table A4-26: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, gender and intervention

All randomized caregivers (FAS) with gender female or male

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 658)	TAU (N = 329)	Total (N = 1638)
Male	n valid/N (%)	75/651 (12%)	53/658 (8%)	47/329 (14%)	175/1638 (11%)
	n valid/n (%)	75/134 (56%)	53/136 (39%)	47/68 (69%)	175/338 (52%)
	Mean ± SD	-2.6 ± 4.49	-3.0 ± 7.02	-1.9 ± 6.96	-2.5 ± 6.02
	Min	-11	-20	-17	-20
	Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 0)	-2 (-7, 1)	-2 (-6, 0)	-2 (-6, 0)
	Max	8	12	18	18
	Missings	59	83	21	163

Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
K-10 score change at T1	Partner	n valid/N (%)	294/651 (45%)	260/659 (39%)	131/330 (40%)	685/1640 (42%)
		n valid/n (%)	294/389 (76%)	260/390 (67%)	131/194 (68%)	685/973 (70%)
		Mean ± SD	-0.7 ± 4.81	-0.9 ± 4.05	-1.1 ± 3.80	-0.9 ± 4.35
		Min	-15	-16	-10	-16
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	-1 (-3, 2)	-1 (-3, 1)	-1 (-3, 2)
		Max	15	10	11	15
		Missings	95	130	63	288
Parent		n valid/N (%)	51/651 (8%)	37/659 (6%)	20/330 (6%)	108/1640 (7%)
		n valid/n (%)	51/73 (70%)	37/76 (49%)	20/38 (53%)	108/187 (58%)
		Mean ± SD	-1.0 ± 4.22	0.0 ± 4.85	-1.0 ± 3.50	-0.7 ± 4.32
		Min	-10	-9	-8	-10
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	0 (-3, 2)	-2 (-3, 0)	-1 (-3, 2)
		Max	10	17	10	17
		Missings	22	39	18	79
Child		n valid/N (%)	104/651 (16%)	90/659 (14%)	42/330 (13%)	236/1640 (14%)
		n valid/n (%)	104/121 (86%)	90/119 (76%)	42/59 (71%)	236/299 (79%)

Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
	Mean ± SD	-1.5 ± 4.57	-0.7 ± 3.64	-0.4 ± 4.58	-1.0 ± 4.25	
	Min	-13	-10	-10	-13	
	Median (Q1, Q3)	-2 (-4, 1)	-1 (-3, 2)	0 (-4, 1)	-1 (-4, 1)	
	Max	15	12	10	15	
	Missings	17	29	17	63	
Other	n valid/N (%)	48/651 (7%)	47/659 (7%)	27/330 (8%)	122/1640 (7%)	
	n valid/n (%)	48/68 (71%)	47/74 (64%)	27/39 (69%)	122/181 (67%)	
	Mean ± SD	-1.4 ± 3.25	0.3 ± 4.15	0.0 ± 3.58	-0.4 ± 3.75	
	Min	-7	-7	-7	-7	
	Median (Q1, Q3)	-1 (-3, 0)	0 (-2, 2)	0 (-2, 2)	-1 (-3, 2)	
	Max	6	13	9	13	
	Missings	20	27	12	59	
K-10 score change at T2	Partner	n valid/N (%)	286/651 (44%)	224/659 (34%)	159/330 (48%)	669/1640 (41%)
		n valid/n (%)	286/389 (74%)	224/390 (57%)	159/194 (82%)	669/973 (69%)
		Mean ± SD	-1.5 ± 5.32	-2.1 ± 5.40	-1.0 ± 5.43	-1.6 ± 5.38
		Min	-18	-18	-19	-19
		Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 2)	-2 (-6, 1)	0 (-4, 2)	-1 (-5, 2)
		Max	23	16	14	23
		Missings	103	166	35	304

Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Parent	n valid/N (%)	46/651 (7%)	39/659 (6%)	23/330 (7%)	108/1640 (7%)
	n valid/n (%)	46/73 (63%)	39/76 (51%)	23/38 (61%)	108/187 (58%)
	Mean ± SD	-3.4 ± 5.87	-0.9 ± 4.07	-1.4 ± 5.04	-2.1 ± 5.19
	Min	-16	-10	-9	-16
	Median (Q1, Q3)	-3 (-7, 0)	-2 (-3, 2)	-3 (-5, 1)	-3 (-5, 1)
	Max	9	9	14	14
	Missings	27	37	15	79
Child	n valid/N (%)	97/651 (15%)	83/659 (13%)	47/330 (14%)	227/1640 (14%)
	n valid/n (%)	97/121 (80%)	83/119 (70%)	47/59 (80%)	227/299 (76%)
	Mean ± SD	-4.0 ± 5.19	-2.3 ± 4.77	-0.9 ± 4.73	-2.7 ± 5.07
	Min	-17	-15	-10	-17
	Median (Q1, Q3)	-4 (-8, -1)	-2 (-6, 0)	-1 (-4, 1)	-3 (-6, 0)
	Max	11	12	13	13
	Missings	24	36	12	72
Other	n valid/N (%)	47/651 (7%)	41/659 (6%)	29/330 (9%)	117/1640 (7%)
	n valid/n (%)	47/68 (69%)	41/74 (55%)	29/39 (74%)	117/181 (65%)
	Mean ± SD	-1.8 ± 4.12	0.0 ± 5.13	0.4 ± 5.85	-0.6 ± 5.01
	Min	-11	-9	-10	-11
	Median (Q1, Q3)	-2 (-4, 1)	-1 (-4, 3)	0 (-3, 5)	-1 (-4, 2)

Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
Max		10	12	13	13	
Missings		21	33	10	64	
K-10 score change at T3	Partner	n valid/N (%)	242/651 (37%)	201/659 (31%)	131/330 (40%)	574/1640 (35%)
		n valid/n (%)	242/389 (62%)	201/390 (52%)	131/194 (68%)	574/973 (59%)
		Mean ± SD	-2.8 ± 5.54	-3.6 ± 6.18	-1.6 ± 5.58	-2.8 ± 5.82
		Min	-20	-24	-15	-24
		Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 0)	-4 (-7, 0)	-1 (-5, 2)	-3 (-6, 1)
		Max	22	16	14	22
		Missings	147	189	63	399
	Parent	n valid/N (%)	41/651 (6%)	36/659 (5%)	21/330 (6%)	98/1640 (6%)
		n valid/n (%)	41/73 (56%)	36/76 (47%)	21/38 (55%)	98/187 (52%)
		Mean ± SD	-3.3 ± 5.50	-1.1 ± 5.45	-1.2 ± 7.15	-2.1 ± 5.91
		Min	-14	-13	-13	-14
		Median (Q1, Q3)	-4 (-7, -1)	-2 (-4, 2)	-2 (-5, 3)	-3 (-6, 2)
		Max	13	12	13	13
		Missings	32	40	17	89
Child	n valid/N (%)	89/651 (14%)	73/659 (11%)	45/330 (14%)	207/1640 (13%)	
	n valid/n (%)	89/121 (74%)	73/119 (61%)	45/59 (76%)	207/299 (69%)	
	Mean ± SD	-3.3 ± 5.31	-3.5 ± 5.39	-2.1 ± 4.93	-3.1 ± 5.26	

Table A4-27: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, relationship and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Min	-16	-16	-12	-16
	Median (Q1, Q3)	-3 (-7, -1)	-3 (-6, 0)	-2 (-6, 1)	-3 (-6, 0)
	Max	15	12	9	15
	Missings	32	46	14	92
Other	n valid/N (%)	42/651 (6%)	33/659 (5%)	28/330 (8%)	103/1640 (6%)
	n valid/n (%)	42/68 (62%)	33/74 (45%)	28/39 (72%)	103/181 (57%)
	Mean ± SD	-1.4 ± 6.20	-0.6 ± 6.54	-0.4 ± 10.11	-0.9 ± 7.49
	Min	-14	-11	-27	-27
	Median (Q1, Q3)	-1 (-5, 2)	-1 (-6, 4)	-1 (-6, 5)	-1 (-6, 4)
	Max	13	16	21	21
	Missings	26	41	11	78

Table A4-28: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

Table A4-28: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
K-10 score change at T1	K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	232/651 (36%)	202/659 (31%)	96/330 (29%)	530/1640 (32%)
		n valid/n (%)	232/294 (79%)	202/301 (67%)	96/152 (63%)	530/747 (71%)
		Mean ± SD	0.3 ± 4.05	0.3 ± 3.80	0.2 ± 3.51	0.3 ± 3.86
		Min	-9	-9	-9	-9
		Median (Q1, Q3)	0 (-2, 2)	0 (-2, 3)	0 (-2, 2)	0 (-2, 2)
		Max	15	17	11	17
		Missings	62	99	56	217
	K-10 baseline ≥ 23	n valid/N (%)	265/651 (41%)	232/659 (35%)	124/330 (38%)	621/1640 (38%)
		n valid/n (%)	265/357 (74%)	232/358 (65%)	124/178 (70%)	621/893 (70%)
		Mean ± SD	-2.1 ± 4.73	-1.5 ± 4.09	-1.6 ± 4.04	-1.8 ± 4.37
		Min	-15	-16	-10	-16
		Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 1)	-1 (-4, 1)	-1 (-4, 0)	-2 (-5, 1)
		Max	15	10	10	15
Missings		92	126	54	272	
K-10 score change at T2	K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	224/651 (34%)	183/659 (28%)	114/330 (35%)	521/1640 (32%)
		n valid/n (%)	224/294 (76%)	183/301 (61%)	114/152 (75%)	521/747 (70%)

Table A4-28: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)	
	Mean ± SD	-0.2 ± 4.64	-0.3 ± 4.20	1.4 ± 4.51	0.1 ± 4.50	
	Min	-10	-10	-8	-10	
	Median (Q1, Q3)	0 (-3, 2)	-1 (-3, 2)	1 (-2, 3)	0 (-3, 3)	
	Max	23	12	14	23	
	Missings	70	118	38	226	
K-10 baseline ≥ 23	n valid/N (%)	252/651 (39%)	204/659 (31%)	144/330 (44%)	600/1640 (37%)	
	n valid/n (%)	252/357 (71%)	204/358 (57%)	144/178 (81%)	600/893 (67%)	
	Mean ± SD	-4.0 ± 5.26	-3.1 ± 5.56	-2.6 ± 5.26	-3.4 ± 5.39	
	Min	-18	-18	-19	-19	
	Median (Q1, Q3)	-4 (-7, 0)	-3 (-7, 0)	-3 (-6, 1)	-4 (-7, 0)	
	Max	13	16	13	16	
	Missings	105	154	34	293	
K-10 score change at T3	K-10 baseline ≤ 22	n valid/N (%)	193/651 (30%)	154/659 (23%)	102/330 (31%)	449/1640 (27%)
		n valid/n (%)	193/294 (66%)	154/301 (51%)	102/152 (67%)	449/747 (60%)
		Mean ± SD	-0.9 ± 4.98	-1.1 ± 4.77	1.0 ± 5.64	-0.5 ± 5.13
		Min	-11	-10	-10	-11
		Median (Q1, Q3)	-2 (-4, 2)	-2 (-4, 1)	0 (-3, 4)	-1 (-4, 2)
		Max	22	16	21	22
		Missings	101	147	50	298

Table A4-28: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, K-10 score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 baseline \geq 23	n valid/N (%)	221/651 (34%)	189/659 (29%)	123/330 (37%)	533/1640 (32%)
	n valid/n (%)	221/357 (62%)	189/358 (53%)	123/178 (69%)	533/893 (60%)
	Mean \pm SD	-4.5 \pm 5.49	-4.7 \pm 6.53	-3.7 \pm 6.08	-4.4 \pm 6.02
	Min	-20	-24	-27	-27
	Median (Q1, Q3)	-5 (-8, -1)	-5 (-9, 0)	-3 (-8, 0)	-5 (-8, 0)
	Max	17	16	13	17
	Missings	136	169	55	360

Table A4-29: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

Table A4-29: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)			IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
K-10 score change at T1	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	263/651 (40%)	227/659 (34%)	128/330 (39%)	618/1640 (38%)
		n valid/n (%)	263/347 (76%)	227/334 (68%)	128/183 (70%)	618/864 (72%)
		Mean ± SD	-0.9 ± 4.39	-0.5 ± 3.91	-1.1 ± 3.81	-0.8 ± 4.10
		Min	-15	-14	-10	-15
		Median (Q1, Q3)	-1 (-4, 2)	-1 (-3, 2)	-1 (-3, 1)	-1 (-3, 2)
	Max	14	17	10	17	
	Missings	84	107	55	246	
	INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	234/651 (36%)	207/659 (31%)	92/330 (28%)	533/1640 (32%)
		n valid/n (%)	234/304 (77%)	207/325 (64%)	92/147 (63%)	533/776 (69%)
		Mean ± SD	-1.0 ± 4.78	-0.8 ± 4.22	-0.5 ± 4.03	-0.9 ± 4.44
Min		-13	-16	-10	-16	
Median (Q1, Q3)		-2 (-4, 2)	-1 (-3, 2)	-1 (-3, 2)	-1 (-3, 2)	
Max		15	10	11	15	
Missings	70	118	55	243		
K-10 score change at T2	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	254/651 (39%)	222/659 (34%)	148/330 (45%)	624/1640 (38%)
		n valid/n (%)	254/347 (73%)	222/334 (66%)	148/183 (81%)	624/864 (72%)

Table A4-29: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Mean ± SD	-2.2 ± 5.33	-2.0 ± 5.18	-1.1 ± 5.08	-1.9 ± 5.23
	Min	-17	-16	-19	-19
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 1)	-2 (-5, 1)	-1 (-4, 2)	-2 (-5, 1)
	Max	23	16	13	23
	Missings	93	112	35	240
K-10 score change at T3	INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)				
	n valid/N (%)	222/651 (34%)	165/659 (25%)	110/330 (33%)	497/1640 (30%)
	n valid/n (%)	222/304 (73%)	165/325 (51%)	110/147 (75%)	497/776 (64%)
	Mean ± SD	-2.2 ± 5.35	-1.5 ± 5.12	-0.5 ± 5.62	-1.6 ± 5.36
	Min	-18	-18	-15	-18
	Median (Q1, Q3)	-2 (-6, 1)	-1 (-4, 2)	0 (-4, 3)	-1 (-5, 2)
	Max	11	11	14	14
	Missings	82	160	37	279
K-10 score change at T3	INTLIT baseline ≤ INTLIT-Median (79)				
	n valid/N (%)	221/651 (34%)	197/659 (30%)	130/330 (39%)	548/1640 (33%)
	n valid/n (%)	221/347 (64%)	197/334 (59%)	130/183 (71%)	548/864 (63%)
	Mean ± SD	-2.8 ± 5.45	-3.1 ± 5.62	-1.4 ± 6.53	-2.6 ± 5.81
	Min	-20	-20	-17	-20
	Median (Q1, Q3)	-3 (-6, 0)	-3 (-6, 0)	-1 (-6, 2)	-3 (-6, 0)
	Max	22	16	21	22
	Missings	126	137	53	316

Table A4-29: K-10 score, change from baseline: Descriptive summary by visit, internet literacy score at baseline and intervention

All randomized caregivers (FAS)

Group (n)		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
INTLIT baseline > INTLIT-Median (79)	n valid/N (%)	193/651 (30%)	146/659 (22%)	95/330 (29%)	434/1640 (26%)
	n valid/n (%)	193/304 (63%)	146/325 (45%)	95/147 (65%)	434/776 (56%)
	Mean ± SD	-2.8 ± 5.71	-3.0 ± 6.63	-1.7 ± 6.06	-2.6 ± 6.11
	Min	-17	-24	-27	-27
	Median (Q1, Q3)	-3 (-7, 0)	-3 (-7, 1)	-1 (-6, 2)	-3 (-7, 1)
	Max	17	16	12	17
	Missings	111	179	52	342

GDDD

Efficacy data, secondary outcome scales

GDDD

Table A5-1: IEQ-EU score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention

Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
IEQ-EU score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean \pm SD	34.0 \pm 14.00	33.9 \pm 14.78	35.4 \pm 14.35	34.2 \pm 14.39
	Min	2	4	6	2
	Median (Q1, Q3)	33 (23, 43)	32 (24, 43)	35 (25, 44)	33 (24, 43)
	Max	87	108	82	108
	Missings	0	0	0	0
IEQ-EU score at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	377/659 (57%)	253/330 (77%)	1099/1640 (67%)
	Mean \pm SD	27.9 \pm 13.88	27.7 \pm 14.92	31.2 \pm 15.40	28.6 \pm 14.66
	Min	1	3	0	0
	Median (Q1, Q3)	26 (17, 36)	26 (16, 36)	29 (19, 41)	27 (17, 37)
	Max	81	108	77	108
	Missings	182	282	77	541
IEQ-EU score at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	334/659 (51%)	220/330 (67%)	960/1640 (59%)
	Mean \pm SD	23.7 \pm 14.64	24.3 \pm 15.12	26.2 \pm 15.49	24.5 \pm 15.02
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	21 (14, 31)	20 (13, 33)	24 (14, 36)	21 (13, 33)

Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Max	90	85	78	90
	Missings	245	325	110	680
IEQ-EU subscore Supervision at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	3.3 ± 3.28	3.4 ± 3.40	3.8 ± 3.62	3.5 ± 3.40
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	3 (1, 5)	2 (1, 5)	3 (1, 6)	3 (1, 5)
	Max	19	24	21	24
	Missings	0	0	0	0
IEQ-EU subscore Supervision at T2	n valid/N (%)	470/651 (72%)	377/659 (57%)	254/330 (77%)	1101/1640 (67%)
	Mean ± SD	2.7 ± 2.82	2.8 ± 3.25	3.2 ± 3.40	2.9 ± 3.11
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	2 (1, 4)	2 (1, 4)	2 (1, 4)	2 (1, 4)
	Max	18	24	17	24
	Missings	181	282	76	539
IEQ-EU subscore Supervision at T3	n valid/N (%)	408/651 (63%)	336/659 (51%)	221/330 (67%)	965/1640 (59%)
	Mean ± SD	2.3 ± 3.07	2.4 ± 2.96	2.6 ± 3.02	2.4 ± 3.02
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	1 (0, 3)	2 (0, 3)	2 (1, 4)	2 (0, 3)
	Max	24	24	16	24

Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Missings	243	323	109	675
IEQ-EU subscore Tension at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean \pm SD	12.5 \pm 6.15	12.7 \pm 6.45	13.1 \pm 6.07	12.7 \pm 6.26
	Min	0	0	1	0
	Median (Q1, Q3)	12 (8, 17)	12 (8, 17)	12 (8, 17)	12 (8, 17)
	Max	34	36	34	36
	Missings	0	0	0	0
IEQ-EU subscore Tension at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	377/659 (57%)	253/330 (77%)	1099/1640 (67%)
	Mean \pm SD	10.1 \pm 6.00	10.0 \pm 6.19	11.7 \pm 6.27	10.5 \pm 6.16
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	9 (6, 14)	8 (5, 14)	11 (7, 16)	9 (6, 14)
	Max	33	36	31	36
	Missings	182	282	77	541
IEQ-EU subscore Tension at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	334/659 (51%)	220/330 (67%)	960/1640 (59%)
	Mean \pm SD	8.7 \pm 6.10	9.2 \pm 6.22	10.0 \pm 6.17	9.2 \pm 6.17
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	7 (4, 11)	8 (4, 12)	8 (6, 13)	8 (5, 12)
	Max	33	33	34	34
	Missings	245	325	110	680

Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
IEQ-EU subscore Urging at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	8.1 ± 5.53	8.1 ± 5.80	8.3 ± 6.13	8.2 ± 5.76
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	7 (4, 12)	7 (4, 11)	7 (4, 11)	7 (4, 11)
	Max	29	32	32	32
	Missings	0	0	0	0
IEQ-EU subscore Urging at T2	n valid/N (%)	470/651 (72%)	377/659 (57%)	254/330 (77%)	1101/1640 (67%)
	Mean ± SD	6.8 ± 5.15	6.7 ± 5.46	7.4 ± 6.09	6.9 ± 5.49
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	6 (3, 9)	5 (3, 9)	6 (3, 11)	6 (3, 9)
	Max	26	32	32	32
	Missings	181	282	76	539
IEQ-EU subscore Urging at T3	n valid/N (%)	408/651 (63%)	336/659 (51%)	221/330 (67%)	965/1640 (59%)
	Mean ± SD	5.8 ± 5.16	5.7 ± 5.34	6.0 ± 5.39	5.8 ± 5.27
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	4 (2, 8)	4 (2, 7)	5 (2, 9)	4 (2, 8)
	Max	31	32	30	32
	Missings	243	323	109	675
	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)

Table A5-2: IEQ-EU score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
IEQ-EU subscore Worrying at baseline	Mean ± SD	13.5 ± 5.27	13.2 ± 5.36	13.7 ± 5.24	13.4 ± 5.30
	Min	0	0	1	0
	Median (Q1, Q3)	14 (9, 17)	13 (9, 17)	14 (10, 18)	14 (10, 17)
	Max	24	24	24	24
	Missings	0	0	0	0
IEQ-EU subscore Worrying at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	377/659 (57%)	253/330 (77%)	1099/1640 (67%)
	Mean ± SD	11.2 ± 5.35	11.0 ± 5.75	12.0 ± 5.77	11.3 ± 5.59
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	11 (7, 15)	11 (6, 15)	12 (7, 16)	11 (7, 16)
	Max	24	24	24	24
	Missings	182	282	77	541
IEQ-EU subscore Worrying at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	334/659 (51%)	220/330 (67%)	960/1640 (59%)
	Mean ± SD	9.3 ± 5.53	9.5 ± 6.03	10.3 ± 6.24	9.6 ± 5.88
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	9 (5, 13)	8 (5, 13)	10 (5, 15)	9 (5, 14)
	Max	24	24	24	24
	Missings	245	325	110	680

GDDD

Table A5-3: SCL-K-9 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A5-4: SCL-K-9 score: Descriptive summary by visit and intervention

Table A5-4: SCL-K-9 score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
SCL-K-9 score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	12.2 ± 6.10	12.3 ± 6.55	12.2 ± 6.48	12.2 ± 6.36
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	12 (8, 16)	11 (7, 16)	12 (7, 16)	12 (8, 16)
	Max	33	36	32	36
	Missings	0	0	0	0
SCL-K-9 score at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	377/659 (57%)	253/330 (77%)	1099/1640 (67%)
	Mean ± SD	10.5 ± 6.03	11.2 ± 6.65	11.7 ± 6.54	11.0 ± 6.38
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	10 (6, 14)	11 (6, 15)	11 (7, 15)	10 (6, 15)
	Max	28	36	31	36
	Missings	182	282	77	541
SCL-K-9 score at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	334/659 (51%)	220/330 (67%)	960/1640 (59%)
	Mean ± SD	9.3 ± 6.29	9.5 ± 6.45	10.8 ± 6.82	9.7 ± 6.50
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	8 (5, 13)	8 (4, 13)	10 (5, 15)	8 (5, 14)

Table A5-4: SCL-K-9 score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Max	36	28	31	36
Missings	245	325	110	680

t_A5_4_desc_SCLK9.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Table A5-5: Depression literacy score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A5-6: Depression literacy score: Descriptive summary by visit and intervention

Table A5-6: Depression literacy score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Depression literacy sum score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	21.5 ± 4.61	21.6 ± 4.70	21.4 ± 4.64	21.5 ± 4.65
	Min	3	6	6	3
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 25)	22 (19, 25)	21 (18, 25)	22 (18, 25)
	Max	32	34	33	34
	Missings	0	0	0	0
Depression literacy sum score at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	374/659 (57%)	252/330 (76%)	1095/1640 (67%)
	Mean ± SD	23.7 ± 4.25	23.8 ± 4.45	22.5 ± 4.99	23.4 ± 4.52
	Min	10	6	0	0
	Median (Q1, Q3)	24 (21, 27)	24 (21, 27)	23 (19, 26)	24 (20, 27)
	Max	34	34	33	34
	Missings	182	285	78	545
Depression literacy sum score at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	220/330 (67%)	956/1640 (58%)
	Mean ± SD	24.1 ± 4.23	24.1 ± 4.35	23.1 ± 4.77	23.8 ± 4.41
	Min	10	12	0	0
	Median (Q1, Q3)	25 (21, 27)	24 (21, 27)	24 (21, 26)	24 (21, 27)

Table A5-6: Depression literacy score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Max	33	34	33	34
	Missings	245	329	110	684
Depression literacy subscore D-Lit at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	13.6 ± 3.38	13.7 ± 3.41	13.6 ± 3.49	13.6 ± 3.41
	Min	1	4	3	1
	Median (Q1, Q3)	14 (11, 16)	14 (12, 16)	14 (11, 16)	14 (11, 16)
	Max	21	22	21	22
	Missings	0	0	0	0
Depression literacy subscore D-Lit at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	374/659 (57%)	252/330 (76%)	1095/1640 (67%)
	Mean ± SD	14.9 ± 3.06	15.0 ± 3.30	14.1 ± 3.59	14.8 ± 3.29
	Min	5	2	0	0
	Median (Q1, Q3)	15 (13, 17)	15 (13, 17)	14 (12, 17)	15 (13, 17)
	Max	22	22	21	22
	Missings	182	285	78	545
Depression literacy subscore D-Lit at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	220/330 (67%)	956/1640 (58%)
	Mean ± SD	15.3 ± 3.08	15.3 ± 3.10	14.6 ± 3.45	15.1 ± 3.18
	Min	7	7	0	0
	Median (Q1, Q3)	15 (13, 18)	16 (13, 17)	15 (13, 17)	15 (13, 17)
	Max	22	22	21	22

Table A5-6: Depression literacy score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Missings	245	329	110	684
Depression literacy subscore FWF at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	7.9 ± 1.87	7.9 ± 1.89	7.9 ± 1.78	7.9 ± 1.86
	Min	2	0	3	0
	Median (Q1, Q3)	8 (7, 9)	8 (7, 9)	8 (7, 9)	8 (7, 9)
	Max	12	12	12	12
	Missings	0	0	0	0
Depression literacy subcore FWF at T2	n valid/N (%)	469/651 (72%)	374/659 (57%)	252/330 (76%)	1095/1640 (67%)
	Mean ± SD	8.8 ± 1.76	8.8 ± 1.73	8.4 ± 1.88	8.7 ± 1.79
	Min	0	4	0	0
	Median (Q1, Q3)	9 (8, 10)	9 (8, 10)	9 (7, 10)	9 (8, 10)
	Max	13	13	13	13
	Missings	182	285	78	545
Depression literacy subscore FWF at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	220/330 (67%)	956/1640 (58%)
	Mean ± SD	8.8 ± 1.76	8.8 ± 1.81	8.5 ± 1.89	8.7 ± 1.81
	Min	3	3	0	0
	Median (Q1, Q3)	9 (8, 10)	9 (8, 10)	9 (8, 10)	9 (8, 10)
	Max	13	13	13	13
	Missings	245	329	110	684

Table A5-6: Depression literacy score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
------------------	------------------	------------------	---------------------

Subscore D-Lit refers to the 22-item questionnaire. FWF refers to TODO TOBEADDED.

t_A5_6_desc_DEPLIT.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Table A5-7: FFB score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A5-8: FFB score: Descriptive summary by visit and intervention

Table A5-8: FFB score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
FFB sum score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	51.6 ± 9.45	51.4 ± 9.94	51.6 ± 9.30	51.5 ± 9.61
	Min	25	25	22	22
	Median (Q1, Q3)	52 (45, 58)	52 (45, 58)	52 (46, 58)	52 (45, 58)
	Max	80	80	79	80
	Missings	0	0	0	0
FFB sum score at T2	n valid/N (%)	468/651 (72%)	374/659 (57%)	252/330 (76%)	1094/1640 (67%)
	Mean ± SD	48.4 ± 9.51	48.8 ± 10.56	50.3 ± 9.96	49.0 ± 10.00
	Min	26	25	20	20
	Median (Q1, Q3)	48 (42, 55)	49 (42, 56)	51 (44, 57)	49 (42, 56)
	Max	77	80	77	80
	Missings	183	285	78	546
FFB sum score at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	219/330 (66%)	955/1640 (58%)
	Mean ± SD	46.1 ± 10.12	47.5 ± 11.44	48.6 ± 11.33	47.1 ± 10.91
	Min	20	21	20	20
	Median (Q1, Q3)	47 (39, 53)	48 (40, 55)	49 (42, 56)	47 (40, 55)

Table A5-8: FFB score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Max	76	80	80	80
	Missings	245	329	111	685
FFB subscore Critical comments at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	24.2 ± 6.30	24.1 ± 6.53	24.2 ± 5.83	24.1 ± 6.30
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	25 (19, 29)	24 (19, 29)	24 (20, 28)	24 (20, 29)
	Max	40	40	40	40
	Missings	0	0	0	0
FFB subscore Critical comments at T2	n valid/N (%)	468/651 (72%)	374/659 (57%)	252/330 (76%)	1094/1640 (67%)
	Mean ± SD	22.6 ± 6.12	22.8 ± 6.36	23.7 ± 5.98	22.9 ± 6.18
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	22 (18, 27)	22 (18, 27)	24 (19, 28)	23 (18, 27)
	Max	39	40	39	40
	Missings	183	285	78	546
FFB subscore Critical comments at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	219/330 (66%)	955/1640 (58%)
	Mean ± SD	21.6 ± 6.34	22.3 ± 6.74	23.1 ± 6.61	22.2 ± 6.56
	Min	10	10	10	10
	Median (Q1, Q3)	22 (17, 26)	22 (17, 27)	23 (18, 28)	22 (17, 27)
	Max	38	40	40	40

Table A5-8: FFB score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	Missings	245	329	111	685
FFB subscore Over-Involvement at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	27.4 ± 4.70	27.3 ± 4.97	27.4 ± 4.75	27.4 ± 4.82
	Min	14	13	12	12
	Median (Q1, Q3)	28 (24, 30)	28 (24, 31)	27 (24, 31)	27 (24, 31)
	Max	40	40	40	40
	Missings	0	0	0	0
FFB subscore Over-Involvement at T2	n valid/N (%)	468/651 (72%)	374/659 (57%)	252/330 (76%)	1094/1640 (67%)
	Mean ± SD	25.9 ± 4.80	26.0 ± 5.44	26.5 ± 5.22	26.1 ± 5.13
	Min	13	13	10	10
	Median (Q1, Q3)	26 (23, 29)	26 (22, 30)	27 (23, 30)	26 (23, 30)
	Max	39	40	40	40
	Missings	183	285	78	546
FFB subscore Over-Involvement at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	219/330 (66%)	955/1640 (58%)
	Mean ± SD	24.5 ± 5.10	25.2 ± 5.74	25.5 ± 5.91	25.0 ± 5.53
	Min	10	11	10	10
	Median (Q1, Q3)	24 (21, 28)	25 (21, 29)	26 (22, 29)	25 (21, 29)
	Max	38	40	40	40
	Missings	245	329	111	685

Table A5-8: FFB score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
------------------	------------------	------------------	---------------------

FFB: 'Familienfragebogen'

t_A5_8_desc_FFB.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Table A5-9: WHO-5 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A5-10: WHO-5 score: Descriptive summary by visit and intervention

Table A5-10: WHO-5 score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
WHO-5 score at baseline	n valid/N (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	n valid/n (%)	651/651 (100%)	659/659 (100%)	330/330 (100%)	1640/1640 (100%)
	Mean ± SD	39.8 ± 19.79	39.3 ± 19.95	41.0 ± 20.80	39.9 ± 20.06
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	36 (24, 56)	36 (24, 52)	40 (24, 56)	36 (24, 56)
	Max	92	96	100	100
WHO-5 score at T2	n valid/N (%)	468/651 (72%)	373/659 (57%)	252/330 (76%)	1093/1640 (67%)
	n valid/n (%)	468/468 (100%)	373/373 (100%)	252/252 (100%)	1093/1093 (100%)
	Mean ± SD	44.0 ± 20.53	43.1 ± 21.15	40.9 ± 22.08	42.9 ± 21.12
	Min	0	0	0	0
	Median (Q1, Q3)	44 (28, 60)	40 (28, 60)	36 (23, 60)	40 (24, 60)
	Max	100	100	100	100
WHO-5 score at T3	n valid/N (%)	406/651 (62%)	330/659 (50%)	219/330 (66%)	955/1640 (58%)
	n valid/n (%)	406/406 (100%)	330/330 (100%)	219/219 (100%)	955/955 (100%)
	Mean ± SD	47.3 ± 21.78	47.8 ± 23.28	42.2 ± 21.76	46.3 ± 22.39
	Min	0	0	0	0

Table A5-10: WHO-5 score: Descriptive summary by visit and intervention

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Median (Q1, Q3)	48 (28, 64)	48 (28, 68)	40 (24, 60)	44 (28, 64)
Max	100	100	100	100

t_A5_10_desc_WHO5.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A5-11-1: Acceptance and Usage Questionnaire - Statements: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Die Inhalte des Online-Programms waren für mich hilfreich.	0: trifft überhaupt nicht zu	1 (0%)	2 (1%)	46 (18%)	49 (4%)
	1: trifft wenig zu	19 (4%)	23 (6%)	70 (28%)	112 (10%)
	2: trifft eher nicht zu	23 (5%)	25 (7%)	41 (16%)	89 (8%)
	3: trifft eher zu	141 (30%)	135 (36%)	69 (27%)	345 (32%)
	4: trifft ziemlich zu	169 (36%)	114 (31%)	21 (8%)	304 (28%)
	5: trifft voll und ganz zu	115 (25%)	74 (20%)	4 (2%)	193 (18%)
	Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Die begleitenden Nachrichten waren für mich hilfreich.	0: trifft überhaupt nicht zu	11 (2%)	43 (12%)	81 (32%)	135 (12%)
	1: trifft wenig zu	24 (5%)	54 (14%)	58 (23%)	136 (12%)
	2: trifft eher nicht zu	43 (9%)	78 (21%)	27 (11%)	148 (14%)
	3: trifft eher zu	96 (21%)	119 (32%)	61 (24%)	276 (25%)
	4: trifft ziemlich zu	117 (25%)	54 (14%)	19 (8%)	190 (17%)
	5: trifft voll und ganz zu	177 (38%)	25 (7%)	5 (2%)	207 (19%)
	Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich habe mich im Online-Programms gut zurechtgefunden.	0: trifft überhaupt nicht zu	2 (0%)	1 (0%)	32 (13%)	35 (3%)
	1: trifft wenig zu	7 (1%)	7 (2%)	28 (11%)	42 (4%)
	2: trifft eher nicht zu	32 (7%)	24 (6%)	12 (5%)	68 (6%)

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
3: trifft eher zu	103 (22%)	80 (21%)	56 (22%)	239 (22%)
4: trifft ziemlich zu	184 (39%)	152 (41%)	74 (29%)	410 (38%)
5: trifft voll und ganz zu	140 (30%)	109 (29%)	49 (20%)	298 (27%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich habe im Online-Programm viel Neues gelernt.				
0: trifft überhaupt nicht zu	5 (1%)	3 (1%)	66 (26%)	74 (7%)
1: trifft wenig zu	27 (6%)	29 (8%)	52 (21%)	108 (10%)
2: trifft eher nicht zu	51 (11%)	53 (14%)	60 (24%)	164 (15%)
3: trifft eher zu	146 (31%)	131 (35%)	49 (20%)	326 (30%)
4: trifft ziemlich zu	144 (31%)	89 (24%)	18 (7%)	251 (23%)
5: trifft voll und ganz zu	95 (20%)	68 (18%)	6 (2%)	169 (15%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich fand die Inhalte im Online-Programm (Texte, Videos, Bilder, ...) ansprechend dargestellt.				
0: trifft überhaupt nicht zu	2 (0%)	1 (0%)	59 (24%)	62 (6%)
1: trifft wenig zu	6 (1%)	5 (1%)	30 (12%)	41 (4%)
2: trifft eher nicht zu	14 (3%)	10 (3%)	29 (12%)	53 (5%)
3: trifft eher zu	94 (20%)	86 (23%)	92 (37%)	272 (25%)
4: trifft ziemlich zu	189 (40%)	157 (42%)	34 (14%)	380 (35%)
5: trifft voll und ganz zu	163 (35%)	114 (31%)	7 (3%)	284 (26%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich fand die Inhalte im Online-Programm abwechslungsreich.				
0: trifft überhaupt nicht zu	1 (0%)	0 (0%)	78 (31%)	79 (7%)
1: trifft wenig zu	7 (1%)	9 (2%)	35 (14%)	51 (5%)

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
2: trifft eher nicht zu	21 (4%)	16 (4%)	45 (18%)	82 (8%)
3: trifft eher zu	114 (24%)	116 (31%)	69 (27%)	299 (27%)
4: trifft ziemlich zu	188 (40%)	150 (40%)	20 (8%)	358 (33%)
5: trifft voll und ganz zu	137 (29%)	82 (22%)	4 (2%)	223 (20%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich habe mich und meine Situation in den Inhalten wiedergefunden.				
0: trifft überhaupt nicht zu	4 (1%)	6 (2%)	51 (20%)	61 (6%)
1: trifft wenig zu	20 (4%)	33 (9%)	42 (17%)	95 (9%)
2: trifft eher nicht zu	52 (11%)	36 (10%)	33 (13%)	121 (11%)
3: trifft eher zu	115 (25%)	108 (29%)	65 (26%)	288 (26%)
4: trifft ziemlich zu	159 (34%)	105 (28%)	44 (18%)	308 (28%)
5: trifft voll und ganz zu	118 (25%)	85 (23%)	16 (6%)	219 (20%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich glaube, die Art und Weise, wie im Online-Programm meine Probleme bearbeitet werden, ist richtig.				
0: trifft überhaupt nicht zu	3 (1%)	10 (3%)	71 (28%)	84 (8%)
1: trifft wenig zu	18 (4%)	32 (9%)	42 (17%)	92 (8%)
2: trifft eher nicht zu	41 (9%)	48 (13%)	43 (17%)	132 (12%)
3: trifft eher zu	143 (31%)	114 (31%)	70 (28%)	327 (30%)
4: trifft ziemlich zu	170 (36%)	112 (30%)	21 (8%)	303 (28%)
5: trifft voll und ganz zu	93 (20%)	57 (15%)	4 (2%)	154 (14%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
0: trifft überhaupt nicht zu	1 (0%)	1 (0%)	22 (9%)	24 (2%)

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Ich war zu Beginn motiviert, Zeit und Energie in das Online-Programm zu investieren.	1: trifft wenig zu	5 (1%)	3 (1%)	9 (4%)	17 (2%)
	2: trifft eher nicht zu	7 (1%)	7 (2%)	7 (3%)	21 (2%)
	3: trifft eher zu	71 (15%)	57 (15%)	49 (20%)	177 (16%)
	4: trifft ziemlich zu	186 (40%)	157 (42%)	89 (35%)	432 (40%)
	5: trifft voll und ganz zu	198 (42%)	148 (40%)	75 (30%)	421 (39%)
	Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)
Ich habe über die 4 Wochen regelmäßig im Online-Programm gearbeitet.	0: trifft überhaupt nicht zu	13 (3%)	7 (2%)	71 (28%)	91 (8%)
	1: trifft wenig zu	48 (10%)	46 (12%)	48 (19%)	142 (13%)
	2: trifft eher nicht zu	80 (17%)	92 (25%)	55 (22%)	227 (21%)
	3: trifft eher zu	154 (33%)	86 (23%)	44 (18%)	284 (26%)
	4: trifft ziemlich zu	96 (21%)	87 (23%)	27 (11%)	210 (19%)
	5: trifft voll und ganz zu	77 (16%)	55 (15%)	6 (2%)	138 (13%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)	
Ich konnte die Inhalte des Onlineprogramms in meinem Alltag umsetzen.	0: trifft überhaupt nicht zu	9 (2%)	4 (1%)	75 (30%)	88 (8%)
	1: trifft wenig zu	25 (5%)	44 (12%)	55 (22%)	124 (11%)
	2: trifft eher nicht zu	62 (13%)	62 (17%)	44 (18%)	168 (15%)
	3: trifft eher zu	189 (40%)	141 (38%)	60 (24%)	390 (36%)
	4: trifft ziemlich zu	140 (30%)	94 (25%)	14 (6%)	248 (23%)
	5: trifft voll und ganz zu	43 (9%)	28 (8%)	3 (1%)	74 (7%)
Missings	183/651 (28%)	286/659 (43%)	79/330 (24%)	548/1640 (33%)	

All randomized caregivers (FAS)

IND
(N = 651)

AUT
(N = 659)

TAU
(N = 330)

Total
(N = 1640)

t_A5_11_1_desc_AKZNUTZ.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A5-11-2: Acceptance and Usage Questionnaire - Difficulties: Itemwise frequencies by intervention

Table A5-11-2: Acceptance and Usage Questionnaire - Difficulties: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Ich hatte aufgrund anderer Verpflichtungen zu wenig Zeit für das Online-Programm.	0: trifft überhaupt nicht zu	25 (5%)	35 (9%)	61 (25%)	121 (11%)
	1: trifft wenig zu	57 (12%)	44 (12%)	40 (16%)	141 (13%)
	2: trifft eher nicht zu	53 (11%)	58 (16%)	37 (15%)	148 (14%)
	3: trifft eher zu	132 (28%)	84 (23%)	49 (20%)	265 (24%)
	4: trifft ziemlich zu	120 (26%)	96 (26%)	35 (14%)	251 (23%)
	5: trifft voll und ganz zu	79 (17%)	55 (15%)	25 (10%)	159 (15%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
Es war belastend, mich mit den Themen im Online-Programm zu beschäftigen.	0: trifft überhaupt nicht zu	123 (26%)	116 (31%)	100 (40%)	339 (31%)
	1: trifft wenig zu	146 (31%)	79 (21%)	43 (17%)	268 (25%)
	2: trifft eher nicht zu	95 (20%)	78 (21%)	58 (23%)	231 (21%)
	3: trifft eher zu	55 (12%)	58 (16%)	26 (11%)	139 (13%)
	4: trifft ziemlich zu	31 (7%)	29 (8%)	15 (6%)	75 (7%)
	5: trifft voll und ganz zu	16 (3%)	12 (3%)	5 (2%)	33 (3%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
	0: trifft überhaupt nicht zu	153 (33%)	128 (34%)	95 (38%)	376 (35%)
	1: trifft wenig zu	105 (23%)	62 (17%)	28 (11%)	195 (18%)

Table A5-11-2: Acceptance and Usage Questionnaire - Difficulties: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Ich wusste oft nicht, welchen Teil vom Online-Programm ich als nächstes bearbeiten könnte.	2: trifft eher nicht zu	76 (16%)	79 (21%)	50 (20%)	205 (19%)
	3: trifft eher zu	85 (18%)	69 (19%)	35 (14%)	189 (17%)
	4: trifft ziemlich zu	34 (7%)	28 (8%)	21 (9%)	83 (8%)
	5: trifft voll und ganz zu	13 (3%)	6 (2%)	18 (7%)	37 (3%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
Ich habe im Online-Programm viel Neues gelernt.	0: trifft überhaupt nicht zu	9 (2%)	7 (2%)	77 (31%)	93 (9%)
	1: trifft wenig zu	34 (7%)	42 (11%)	49 (20%)	125 (12%)
	2: trifft eher nicht zu	61 (13%)	57 (15%)	53 (21%)	171 (16%)
	3: trifft eher zu	151 (32%)	124 (33%)	51 (21%)	326 (30%)
	4: trifft ziemlich zu	128 (27%)	74 (20%)	14 (6%)	216 (20%)
	5: trifft voll und ganz zu	83 (18%)	68 (18%)	3 (1%)	154 (14%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
Ich hatte oft technische Probleme.	0: trifft überhaupt nicht zu	381 (82%)	301 (81%)	176 (71%)	858 (79%)
	1: trifft wenig zu	61 (13%)	31 (8%)	27 (11%)	119 (11%)
	2: trifft eher nicht zu	16 (3%)	23 (6%)	22 (9%)	61 (6%)
	3: trifft eher zu	7 (2%)	12 (3%)	7 (3%)	26 (2%)
	4: trifft ziemlich zu	0 (0%)	4 (1%)	6 (2%)	10 (1%)
	5: trifft voll und ganz zu	1 (0%)	1 (0%)	9 (4%)	11 (1%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)

Table A5-11-2: Acceptance and Usage Questionnaire - Difficulties: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

	IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
--	------------------	------------------	------------------	---------------------

t_A5_11_2_desc_AKZNUTZ.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A5-11-3: Acceptance and Usage Questionnaire - Previous experience: Itemwise frequencies by intervention

Table A5-11-3: Acceptance and Usage Questionnaire - Previous experience: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Umgang mit dem*der depressiven Angehörigen im Alltag	0: Überhaupt keine	60 (13%)	48 (13%)	41 (17%)	149 (14%)
	1: Wenig	59 (13%)	49 (13%)	43 (17%)	151 (14%)
	2: Eher wenig	119 (26%)	88 (24%)	45 (18%)	252 (23%)
	3: Eher viel	116 (25%)	95 (26%)	56 (23%)	267 (25%)
	4: Viel	68 (15%)	50 (13%)	40 (16%)	158 (15%)
	5: Sehr viel	44 (9%)	42 (11%)	22 (9%)	108 (10%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
Selbstfürsorge	0: Überhaupt keine	34 (7%)	30 (8%)	37 (15%)	101 (9%)
	1: Wenig	86 (18%)	61 (16%)	39 (16%)	186 (17%)
	2: Eher wenig	135 (29%)	101 (27%)	48 (19%)	284 (26%)
	3: Eher viel	108 (23%)	99 (27%)	70 (28%)	277 (26%)
	4: Viel	76 (16%)	56 (15%)	38 (15%)	170 (16%)
	5: Sehr viel	27 (6%)	25 (7%)	15 (6%)	67 (6%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
Beziehung zu dem*der depressiven Angehörigen	0: Überhaupt keine	42 (9%)	48 (13%)	33 (13%)	123 (11%)
	1: Wenig	67 (14%)	37 (10%)	36 (15%)	140 (13%)

Table A5-11-3: Acceptance and Usage Questionnaire - Previous experience: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	2: Eher wenig	132 (28%)	102 (27%)	56 (23%)	290 (27%)
	3: Eher viel	93 (20%)	89 (24%)	48 (19%)	230 (21%)
	4: Viel	74 (16%)	53 (14%)	41 (17%)	168 (15%)
	5: Sehr viel	58 (12%)	43 (12%)	33 (13%)	134 (12%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)
Wissen zu Symptomen, Ursachen und Behandlung von Depression	0: Überhaupt keine	18 (4%)	15 (4%)	21 (9%)	54 (5%)
	1: Wenig	67 (14%)	48 (13%)	31 (13%)	146 (13%)
	2: Eher wenig	128 (27%)	93 (25%)	57 (23%)	278 (26%)
	3: Eher viel	133 (29%)	128 (34%)	77 (31%)	338 (31%)
	4: Viel	87 (19%)	62 (17%)	46 (19%)	195 (18%)
	5: Sehr viel	33 (7%)	26 (7%)	15 (6%)	74 (7%)
	Missings	185/651 (28%)	287/659 (44%)	83/330 (25%)	555/1640 (34%)

Table A5-11-4: Acceptance and Usage Questionnaire - Helpfulness: Itemwise frequencies by intervention

Table A5-11-4: Acceptance and Usage Questionnaire - Helpfulness: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Depression und Alltag	0: Überhaupt nicht hilfreich	3 (1%)	7 (2%)	60 (25%)	70 (6%)
	1: Ein wenig hilfreich	20 (4%)	18 (5%)	35 (14%)	73 (7%)
	2: Eher wenig hilfreich	29 (6%)	19 (5%)	36 (15%)	84 (8%)
	3: Eher hilfreich	115 (25%)	105 (28%)	77 (32%)	297 (27%)
	4: Hilfreich	177 (38%)	132 (35%)	28 (11%)	337 (31%)
	5: Sehr hilfreich	121 (26%)	91 (24%)	8 (3%)	220 (20%)
	Missings	186/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	559/1640 (34%)
Selbstfürsorge	0: Überhaupt nicht hilfreich	6 (1%)	11 (3%)	63 (26%)	80 (7%)
	1: Ein wenig hilfreich	25 (5%)	26 (7%)	33 (14%)	84 (8%)
	2: Eher wenig hilfreich	36 (8%)	33 (9%)	47 (19%)	116 (11%)
	3: Eher hilfreich	113 (24%)	109 (29%)	61 (25%)	283 (26%)
	4: Hilfreich	144 (31%)	107 (29%)	32 (13%)	283 (26%)
	5: Sehr hilfreich	141 (30%)	86 (23%)	8 (3%)	235 (22%)
	Missings	186/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	559/1640 (34%)
Beziehung stärken	0: Überhaupt nicht hilfreich	2 (0%)	9 (2%)	69 (28%)	80 (7%)
	1: Ein wenig hilfreich	18 (4%)	19 (5%)	33 (14%)	70 (6%)

Table A5-11-4: Acceptance and Usage Questionnaire - Helpfulness: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
	2: Eher wenig hilfreich	28 (6%)	37 (10%)	50 (20%)	115 (11%)
	3: Eher hilfreich	108 (23%)	95 (26%)	57 (23%)	260 (24%)
	4: Hilfreich	175 (38%)	111 (30%)	26 (11%)	312 (29%)
	5: Sehr hilfreich	134 (29%)	101 (27%)	9 (4%)	244 (23%)
	Missings	186/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	559/1640 (34%)
Was muss ich wissen?	0: Überhaupt nicht hilfreich	0 (0%)	6 (2%)	59 (24%)	65 (6%)
	1: Ein wenig hilfreich	19 (4%)	15 (4%)	33 (14%)	67 (6%)
	2: Eher wenig hilfreich	20 (4%)	21 (6%)	35 (14%)	76 (7%)
	3: Eher hilfreich	121 (26%)	113 (30%)	70 (29%)	304 (28%)
	4: Hilfreich	198 (43%)	134 (36%)	39 (16%)	371 (34%)
	5: Sehr hilfreich	107 (23%)	83 (22%)	8 (3%)	198 (18%)
	Missings	186/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	559/1640 (34%)
Wie empfanden Sie den zeitlichen Rahmen (4 Wochen) für das Onlineprogramm?	0: Zu kurz	107 (23%)	49 (13%)	57 (23%)	213 (20%)
	1: Etwas zu kurz	192 (41%)	122 (33%)	50 (20%)	364 (34%)
	2: Genau richtig	147 (32%)	161 (43%)	108 (44%)	416 (38%)
	3: Etwas zu lang	18 (4%)	35 (9%)	18 (7%)	71 (7%)
	4: Zu lang	1 (0%)	5 (1%)	11 (5%)	17 (2%)
	Missings	186/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	559/1640 (34%)
	0: Zu kurz	13 (3%)	15 (4%)	83 (34%)	111 (10%)

Table A5-11-4: Acceptance and Usage Questionnaire - Helpfulness: Itemwise frequencies by intervention

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
Wie empfanden Sie die Häufigkeit der Nachrichten?	1: Etwas zu kurz	57 (12%)	43 (12%)	31 (13%)	131 (12%)
	2: Genau richtig	350 (75%)	231 (62%)	98 (40%)	679 (63%)
	3: Etwas zu lang	35 (8%)	60 (16%)	17 (7%)	112 (10%)
	4: Zu lang	10 (2%)	23 (6%)	15 (6%)	48 (4%)
	Missings	186/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	559/1640 (34%)

GDDD

Table A5_12: PHQ-9 score of depressed person, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

Gesperrt bis 31.08.2025

Table A5-13: PHQ-9 score of depressed person: Descriptive summary by visit and intervention

All depressed persons whose caregivers are in FAS

		IND (N = 128)	AUT (N = 111)	TAU (N = 65)	Total (N = 304)
PHQ-9 score at baseline	n valid/N (%)	124/128 (97%)	109/111 (98%)	63/65 (97%)	296/304 (97%)
	Mean ± SD	16.2 ± 5.33	15.8 ± 5.24	16.5 ± 5.17	16.1 ± 5.25
	Min	2	3	6	2
	Median	17	17	17	17
	Max	27	27	27	27
	Missings	4	2	2	8
PHQ-9 score at T2	n valid/N (%)	77/128 (60%)	66/111 (59%)	43/65 (66%)	186/304 (61%)
	Mean ± SD	13.6 ± 6.12	12.9 ± 5.54	14.4 ± 5.69	13.5 ± 5.82
	Min	3	2	2	2
	Median	13	13	15	13
	Max	27	27	25	27
	Missings	51	45	22	118
PHQ-9 score at T3	n valid/N (%)	57/128 (45%)	61/111 (55%)	33/65 (51%)	151/304 (50%)
	Mean ± SD	12.4 ± 5.52	12.3 ± 5.10	12.5 ± 5.83	12.4 ± 5.39
	Min	1	2	0	0
	Median	12	12	13	12
	Max	26	26	23	26

All depressed persons whose caregivers are in FAS

	IND (N = 128)	AUT (N = 111)	TAU (N = 65)	Total (N = 304)
Missings	71	50	32	153

n refers to the depressed persons who gave informed consent and whose caregivers are in FAS.

t_A5_13_desc_PHQ9.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

GDDD

Safety data

Table A6-1-1: Serious changes in private life. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-1: Serious changes in private life. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in private life in the last four weeks.	No	395 (85%)	316 (85%)	192 (79%)	903 (84%)
	Yes	69 (15%)	56 (15%)	52 (21%)	177 (16%)
	Missings	187/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	560/1640 (34%)
T2: Connection with the study.	No	187 (81%)	168 (85%)	139 (86%)	494 (84%)
	Unlikely	15 (6%)	6 (3%)	10 (6%)	31 (5%)
	Possible	20 (9%)	14 (7%)	9 (6%)	43 (7%)
	Yes	9 (4%)	9 (5%)	4 (2%)	22 (4%)
	Missings	420/651 (65%)	462/659 (70%)	168/330 (51%)	1050/1640 (64%)
T2: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	42 (62%)	42 (75%)	39 (76%)	123 (70%)
	Unlikely	8 (12%)	1 (2%)	5 (10%)	14 (8%)
	Possible	10 (15%)	9 (16%)	5 (10%)	24 (14%)
	Yes	8 (12%)	4 (7%)	2 (4%)	14 (8%)
	Missings	1/69 (1%)	0 (0%)	1/52 (2%)	2/177 (1%)
T3: Serious changes in private life in the last four weeks.	No	341 (84%)	281 (85%)	184 (85%)	806 (85%)
	Yes	63 (16%)	48 (15%)	32 (15%)	143 (15%)
	Missings	247/651 (38%)	330/659 (50%)	114/330 (35%)	691/1640 (42%)

Table A6-1-1: Serious changes in private life. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	159 (80%)	149 (89%)	120 (88%)	428 (85%)
	Unlikely	15 (8%)	8 (5%)	9 (7%)	32 (6%)
	Possible	22 (11%)	9 (5%)	5 (4%)	36 (7%)
	Yes	4 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	8 (2%)
	Missings	451/651 (69%)	491/659 (75%)	194/330 (59%)	1136/1640 (69%)
T3: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	45 (73%)	39 (81%)	24 (75%)	108 (76%)
	Unlikely	10 (16%)	4 (8%)	5 (16%)	19 (13%)
	Possible	5 (8%)	4 (8%)	2 (6%)	11 (8%)
	Yes	2 (3%)	1 (2%)	1 (3%)	4 (3%)
	Missings	1/63 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1/143 (1%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_1.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in private life in the last four weeks (free text).	- Auszeit des depressiven Partners durch ihn. - Jobwechsel	1 (1%)
	Akute Psychose meines Sohnes	1 (1%)
	Andauernde On-Off-Beziehung mit Partner	1 (1%)
	Baby	1 (1%)
	Beinahe Kontaktabbruch, Auszug des depressiven Angehörigen, da Zusammenleben unmöglich	1 (1%)
	Belastung wurde deutlicher	1 (1%)
	Berentung meines Mannes mit nur 300€ Erwerbsunfähigkeitsrente im Monat.	1 (1%)
	Beziehung hat sich sehr verschlechtert.	1 (1%)
	Beziehungskrise	1 (1%)
	Coviderkrankung inkl. Krankenhausaufenthalt	1 (1%)
	Das ich keinen Kontakt und Informationen bekomme	1 (1%)
	Depression des anderen Kindes verschlimmert	1 (1%)
	Depression wurde mehr thematisiert. Es wurde Gefühle und Gedanken ausgelöst, die noch nie einen Platz gefunden haben in meiner Familie. Dies war besonders in Gesprächen mit meinen Eltern spürbar.	1 (1%)
	Depressive Episode	1 (1%)
Depressive Phase, keine Möglichkeit aktiv am Leben des Betroffenen vor Ort teilzunehmen, da wohnhaft in unterschiedlichen Städten. Gefühl von Ablehnung	1 (1%)	

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Der Kontaktabbruch meines depressiv erkrankten Partners	1 (1%)
Der Zustand meines Mannes hat sich deutlich verschlechtert.	1 (1%)
Der letzte Klinikaufenthalt meines Freundes zeigte keinen Erfolg. Er bekam wieder starke suizidale Gedanken und ging daraufhin nochmals stationär in eine Klinik.	1 (1%)
Deutlich Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer Angehörigen.	1 (1%)
Die Depression direkt als Verursacher anzusprechen und Konflikte, Schwierigkeiten und Verhaltensweisen des Partners damit und dadurch zu erklären war eine Veränderung, die zu einer Krise bei meinem Partner geführt hat. Dadurch hat er sich sehr stark von mir distanziert und sich zu seiner vorherigen Partnerin und dem gemeinsamen Kind hinorientiert ohne mit mir darüber zu reden. Er hat sich zu diesem Zeitpunkt nicht als krank erlebt, sondern glaubte dass ich ihn krank machen würde durch meine Einstellung und Sichtweise.	1 (1%)
Die Frage in wie fern der Zustand für uns als Familie mit Kindern noch tragbar ist. Die Trennung stand im Raum.	1 (1%)
Die Kommunikation zum depressiven Partner ist anstrengender geworden	1 (1%)
Die Therapeutin meines Sohnes rief mich an, um mich darauf hinzuweisen, dass er sich mit Suizid-Gedanken beschäftigt. Sie wollte ihn einweisen lassen, was er aber kategorisch abgelehnt hat und hat mit geraten, ihn nicht aus den Augen zu lassen und ggf. den Notruf zu wählen. Das war unglaublich belastend.	1 (1%)
Die scheinbare Entzündung der Gallenblase meines Mannes hatte am 17.5. eine Notaufnahme im Krankenhaus ausgelöst. Dort hatte er einen Darmdurchbruch und ein Serotonin Syndrom und starke allergische Reaktion auf das Antibiotika und sich durch das Intubieren etwas in der Lunge eingefangen, so dass er 11 Tage auf Intensivstation lag, sechs Tage davon beatmet. Er hatte nun ein Jahr lang seit seinem Zusammenbruch und der schweren Depression im Mai 2020 Venlafaxin in höchster Dosis 225 mg genommen. Vielleicht war es auch eine Nebenwirkung davon und hat diesen Darmdurchbruch mitausgelöst. Dadurch hatte ich weniger Zeit mit Ruhe und REgelmäßigkeit an der Studie teilzunehmen. Und dies hat auch teilweise meine Antworten im Fragebogen beeinflusst.	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Durch die Depression meiner Frau, wahrscheinlich in Verbindung mit einer Midlife Krise, ist sie mehrfach fremd gegangen. Dies hat sich in den letzten 4 Wochen intensiviert. Vor einer Woche habe ich mich endgültig emotional von ihr getrennt und wir suchen eine Wohnung für sie.	1 (1%)
Ehemann hat stationäre Therapie begonnen	1 (1%)
Ein anstehender Reha-Aufenthalt, den ich nur ungern antrete.	1 (1%)
Eine Operation am Herzen bei meinem Vater	1 (1%)
Elternteil muss wahrscheinlich in betreutes Wohnen vermittelt werden, hat Probleme mit Nachbarn, Polizeianzeige	1 (1%)
Emotional belastend Gespräche mit dem Partner	1 (1%)
Ende einer intensiven Freundschaft aufgrund großer Differenzen mit dem Partner der Person	1 (1%)
Erbstreit mit Bruder	1 (1%)
Erkrankung unserer Tochter	1 (1%)
Es kam häufiger zu Konflikten mit meinem Mann.	1 (1%)
Existenzprobleme	1 (1%)
Familiärer Todesfall	1 (1%)
Fast	1 (1%)
Fast Kontaktabbruch mit psychisch depressiver Person.	1 (1%)
Finanzielle Probleme	2 (1%)
Für mich eher nicht, aber die Omi meines Mannes starb vor einigen Tagen. Es geht ihm aber soweit gut, wenn man das so sagen kann - vor allem aber in Anbetracht seiner Depression geht es ihm wirklich gut.	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Gedanken an eine Trennung aufgrund auffälligen Verhaltens meines Partners (Gewalt)	1 (1%)
Gespräche über Trennung und Auszug mit meinem depressiv erkrankten Partner	1 (1%)
Große Distanz zum Erkrankten auf seinen Wunsch hin	1 (1%)
Große Operation	1 (1%)
Habe meinen Job gewechselt.	1 (1%)
Hausumbau, Tod eines Haustiers	1 (1%)
Hausverkauf, drohende Trennung	1 (1%)
Heftiger Streit mit Freunden und Kontaktabbruch in Folge dessen.	1 (1%)
Häufig Streit auf Grund meiner Verhaltensweise, daher werde ich auch mit einer Psychotherapie beginnen. Es sind meiner Partnerin und mir Defizite bei meiner Kommunikation aufgefallen.	1 (1%)
Häusliche Gewalt bei Schwiegermutter	1 (1%)
Ich bin ausgezogen	1 (1%)
Ich denke immer mehr über eine Trennung nach. Pflegesituation von meinem im Haus mit lebenden Vaters hat sich erhöht.	1 (1%)
Ich denke öfter über eine Trennung nach.	1 (1%)
Ich habe die Partnerschaft dahin gehend verändert, dass ich die multiplen Krankheiten meines zwar weiter begleite, ihm auch bei allen notwendigen organisatorischen etc. Angelegenheiten, aber keine Einfühlung, Unterstützung etc. mehr von ihm als Ehemann zu erwarten ahbe. Das kommt einer emotionalen Trennung gleich.	1 (1%)
Ich habe einen Mann kennengelernt und versuche mein Leben nicht mehr nur auf meinen erkrankten Ehemann zu fokussieren.	1 (1%)
Ich habe einen neuen Mann kennengelernt	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ich habe mich von meinem Freund getrennt. Meine Oma ist verstorben.	1 (1%)
Ich habe mir eben die Pause gewünscht, da ich nach einem Jahr einfach keine Energie mehr hatte um mitzuhalten und meine Speicher aufladen wollte.	1 (1%)
Ich wurde verlassen und mit der Verantwortung, Ursache zu dafür zu sein, belastet.	1 (1%)
Idee zur Trennung	1 (1%)
KRIEG. Ich war in meinem Leben ca. 1-2 Jahre (kumulativ) in der Ukraine. Ich bin aber Deutsch - also immerhin keine Familie oder so dort, Freunde aber sehr wohl - und traurige Erinnerungen an das schoene Land. Daher, leider unguenstig fuer die Studie hier, externes, voellig unerwartetes, maximal gravierendes Ereignis (mit Ausnahme vom TOD von Bekannten und Freunden - da ist mir noch nichts bekannt. Ich hoere aber auch nicht von allen). Daher: Ggf. diesen Datensatz lieber aussortieren bei der Studie, wuerde ich vorsichtig empfehlen. Ich dachte bei Erhalt der eMail ""ach ja aeh, das Ding, okay, na dann will ich den Fragebogen mal ausfuellen"", aber ich bin mir sicher, dass sowohl die Studie selbst als auch der Inhalt dieser Studie keinen bzw. einen vergleichsweise geringen Einfluss auf meine Stimmung haben (im Falle der Studie: Wirklich null, ich hatte es sogar schon ganz vergessen, als die eMail kam). Trotzdem Danke fuer das Angebot - es freut mich, dass es soetwas gibt!	1 (1%)
Keine	1 (1%)
Keine belastende Veränderung in dem Sinne. Mein Mann wurde vor vier Wochen aus der stationären Behandlung entlassen und wartet seither auf die Tagesklinik. Seit Entlassung geht es ihm tgl. schlechter. Ein nahtloser Übergang in die Tagesklinik oder zumindest Anbindung an eine ambulante Psychotherapie wäre positiver gewesen.	1 (1%)
Kinder	1 (1%)
Kontaktabbruch	1 (1%)
Kontaktabbruch der depressiven Person zu mir	1 (1%)
Krankheit der Mutter, Auszeit mit Partner	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Krebsdiagnose Mutter	1 (1%)
Krebserkrankung meines Vaters	1 (1%)
Körperliche Erkrankungen (Gürtelrose), ggf Verdacht auf eine Grunderkrankung	1 (1%)
Liebeskummer	1 (1%)
Länger als 4 Wochen aber dennoch sehr aktuell. Depressive Schwester hat sich von ihrem Mann getrennt. Ich hatte mit ihm auch ein sehr gutes und liebevolles Verhältnis. Ihm wurde das alles mit der akuten Depression auch leider zu viel und er kapseln sich ab. Hatte mit ihm eine Auseinandersetzung und seitdem sehr wenig Kontakt da er sich schämt wie es gelaufen ist. Diese Beziehung vermisse ich.	1 (1%)
M Mein Sohn war immer wieder in der Klinik	1 (1%)
Mehr zusammenhalt , Verständnis, liebevollerer Umgang	1 (1%)
Mein Angehöriger war 3 Wochen von mir getrennt, da er sich selber in die Klinik eingewiesen hat	1 (1%)
Mein Freund ist herausgerutscht, dass er nicht weiß, ob er mich liebt und er die Beziehung mit mir am Anfang nur eingegangen ist, weil er wissen wollte, wie das ist.	1 (1%)
Mein Freund ist seit ca 4 Wochen stationär in Behandlung und ich sehe ihn nur an den Wochenenden.	1 (1%)
Mein Mann begann eine stationäre Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und ich versuche Klarheit darüber zu gewinnen, ob die Krankheit Depression unsere Ehe zerstört hat oder nicht.	1 (1%)
Mein Mann hat sich in der Klinik - es war der 6. Aufenthalt = Intervalltherapie - in eine andere Patientin verliebt, daraufhin habe ich mich von ihm getrennt bzw. ihn gebeten die gemeinsame Wohnung zu verlassen, was er dann auch getan hat. Seit 2017 ist er in psychologischer Behandlung und ich habe keine Kraft mehr gegen die Dämonen der Depression anzukämpfen.	1 (1%)
Mein Mann hat während seines Aufenthalts in einer psychosomatischen Klinik erst den Kontakt abgebrochen und dann erklärt nur noch an der Familie festzuhalten. Unsere Paarbeziehung in dieser Form zu beenden und erstväter zuschauen ob es noch passen könnte. Er möchte nichts versprechen und will erst mal für sich selbst sorgen.	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mein Mann überlegt eine Trennung	1 (1%)
Mein Partner mit Depression hatte sich kurzzeitig getrennt. Wollte ausziehen.	1 (1%)
Mein Partner möchte dass ich ausziehe. Er sieht uns nicht als Liebespaar und möchte wieder für sich sein, damit er sich in seinem Elend suhlen kann...	1 (1%)
Mein depressiver Mann wurde wieder krank geschrieben und ist seit nunmehr 4 Wochen zu Hause, fühlt sich schlecht, kann seiner Meinung nach nichts und schaut fast den kompletten tag fernsehen. kein eigener >Antrieb , keine Tagesstruktur, ihm fällt rein gar nichts ein, wie er den tag so gestalten könnte.	1 (1%)
Mein depressiver Partner hat jetzt zusätzlich eine aktivierte Arthrose im Knie- d.h. er ist jetzt zusätzlich gehbehindert und damit vermehrt eingeschränkt. Für mich bedeutet das: Noch mehr Aufgaben im Alltag/Haushalt übernehmen zu müssen. Das belastet mich momentan stark. Die Depression meines Partners wurde wieder stärker -- ein geplanter Wiedereinstieg in sein Berufsleben (er ist seit über 1 Jahr Arbeitslos) ist in weite Ferne gerückt-- damit auch die Möglichkeit aus unserer finanziellen Krise heraus zu kommen. Das macht mir Angst für die Zukunft	1 (1%)
Meine Demenz kranke Mama, haben wir in unsere Wohnung geholt.	1 (1%)
Meine Ehemann ist ausgezogen	1 (1%)
Meine Eltern befinden sich im Trennungsprozess. Meine Mutter hätte vor vier Wochen ausziehen sollen, mein Freund und ich sind in das große, fast leerstehende Haus zu meinem Vater gezogen. Allerdings ist meine Mutter noch immer hier, die Beziehungen sind sehr angespannt, auf jedem lastet ein wahnsinniger Druck, und mein Freund und ich fragen uns, ob wir die Entscheidung bereuen müssen.	1 (1%)
Meine Frau hat mittlerweile sehr wenig Lust auf Sex...	1 (1%)
Meine Oma liegt im Krankenhaus und ihr Zustand ist kritisch. Mein anderer Bruder (nicht der erkrankte für diese Studie) ist in eine manische Phase gekommen und musste stationär aufgenommen werden.	1 (1%)
Meine partnerin ist vorübergehend aus unserer gemeinsamen Wohnung ausgezogen.	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Meinem Mann wurde der rechte kleine Finger amputiert	1 (1%)
Mutter gestorben	1 (1%)
Mutter hatte schweren Unfall	1 (1%)
Möchte mich trennen.	1 (1%)
Neues Arbeitsprojekt gestartet was mir Zeit geraubt hat.	1 (1%)
Paar-Familie-Crisis mit Streit, deswegen haben wir Paarberatung geholt.	1 (1%)
Partner arbeitslos	1 (1%)
Partner ist bei mir ausgezogen ins Haus seiner Schwester.	1 (1%)
Partner kam in stationären Klinikaufenthalt und hatte Suizidversuch. Allein mit Kind plötzlich zu sein war nicht leicht	1 (1%)
Partner zweifelt Gefühle/Partnerschaft stark an und denkt über Trennung nach	1 (1%)
Planung von Hausbau und Umzug	1 (1%)
Positive Veränderungen: Schwangerschaft. Und somit Vertiefung meiner Distanz zu meiner Mama. Selbstfürsorge enorm gesteigert. Kümmere mich nicht mehr um meine Mama. Kann sie sehr gut annehmen.	1 (1%)
Probleme mit Schimmel in der Wohnung und damit einhergehende Probleme mit dem Vermieter.	1 (1%)
Reha	1 (1%)
Rehabeginn meines Mannes, Streit wegen Antritt meiner gewonnenen Honeymoon-Reise im September, Tumor in meiner Brust	1 (1%)
Schwangerschaft der Freundin meines Bruders	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Schwere Erkrankung meiner Mutter (Krankenhausaufenthalt, jetzt Reha-Aufenthalt), mein Vater ist dement und kann sich schlecht alleine versorgen	1 (1%)
Schwere Krankheit der Mutter meines Angehörigen, Sorgen um meine Tochter	1 (1%)
Schwester mit Behinderung und psychogenen KrampfAnfällen	1 (1%)
Schwiegertochter verhindert Kontakt zu Enkelkindern.	1 (1%)
Streitigkeiten in der Familie aufgrund der Corona-Situation	1 (1%)
Suizid	1 (1%)
Suizidgedanken	1 (1%)
Suizidversuch der Angehörigen	1 (1%)
Suizidversuch der Partnerin	1 (1%)
Te	1 (1%)
Tod der Großmutter	1 (1%)
Tod meines Pferdes	1 (1%)
Todesfall	1 (1%)
Trauerfall	1 (1%)
Trennung	6 (3%)
Trennung nach 10 Jahren	1 (1%)
Trennung steht im Raum, aus familiären Gründen (Bauernhof für den ich jetzt allein zuständig bin) im Augenblick noch nicht möglich.	1 (1%)
Trennung vom depressiven Partner	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Trennung von der (depressiven) Partnerin	1 (1%)
Trennung von ihrer Seite aus, aber noch nicht sicher	1 (1%)
Trennung von meinem Partner	1 (1%)
Trennung, Umzug	1 (1%)
Trennung/Auszug des Partners	1 (1%)
Trennungsauseinandersetzungen	1 (1%)
Tumorverdacht	1 (1%)
Umbau Haus	1 (1%)
Umzug	3 (2%)
Umzug meiner Lebenspartnerin zu mir	1 (1%)
Umzug zurück von Spanien nach Deutschland, aufgrund der Depression meines Partners.	1 (1%)
Urlaub, Corona-Fälle im Urlaub	1 (1%)
Vater ist erkrankt, Ukraine Krieg	1 (1%)
Verdacht auf eine schwere Krankheit eines meiner Kinder	1 (1%)
Verlassen der Wohnung für 3 Wochen durch den betroffenen	1 (1%)
Verletzung durch Sport, sodass Tätigkeiten eingeschränkt sind und Schmerzen bestehen	1 (1%)
Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands meines Vaters Instabile mentaler Zustand meiner ältesten Schwester (ehem. An Depression erkrankt)	1 (1%)
Verschlimmerung der Situation mit dem Gedanken der endgültigen Trennung.	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Versuch der Trennung zum Betroffenen wegen zu großem Leidensdruck meinerseits.	1 (1%)
Verunsicherung, da der Kontakt von seiner Seite immer wieder abgebrochen wird. Dann das Sorgen- Wut-Verzweiflungskarussell beginnt. Kein Arztgespräch. Meine Sorge, schaffe ich das? Warum arbeite nur ich allein an der Beziehung? Warum redet niemand mit mir als Angehörige? Gedanken über Trennung	1 (1%)
Veränderung Arbeitssituation beim Ehemann	1 (1%)
Vor einigen Monaten eine Trennung und dann wieder zusammen finden	1 (1%)
Vorbereitung einer mehrmonatigen Trennung	1 (1%)
Vorübergehende räumliche Trennung	1 (1%)
Wahrscheinlich kommt es zur Trennung.	1 (1%)
Weil mein Partner nicht an sich arbeitet, ändert sich unsere Situation nicht. Das zieht mich mehr und mehr runter und ich denke immer öfter an Trennung.	1 (1%)
Weiterer depressiver Angehöriger	1 (1%)
Wir stehen aktuell auf der Schwelle zu einer Trennung.	1 (1%)
Zunehmende Gedanken an Trennung vom Partner, aber nicht vollzogen. Keine täglichen Kontakte, über drei Wochen räumliche Trennung, kaum Telefonkontakt.	1 (1%)
Zusätzlich akut stationäre Behandlung Krankenhaus Elternteil	1 (1%)
Zwei Operationen	1 (1%)
drohender Jobverlust wg. des Krieges in der Ukraine während mein depressiver Lebensgefährte gleichzeitig momentan völlig mittellos ist, weil seine Krankenkasse die Lohnfortzahlung nicht trägt. Ich bekomme dadurch Existenzängste, weil ich uns beide finanziell momentan schon seit mehr als 2 Monaten allein tragen muss.	1 (1%)
familiäre Trauerfälle	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text		Total (N = 1640)
finanzielle Sorgen wegen Steuerklassenwechsel, noch nicht bestätigte Stundenerhöhung, daraufhin Schwierigkeiten einer Neukreditaufnahme für das Haus nach Trennung		1 (1%)
jein! es gab nur eine vorübergehende Veränderung: Während des ganzen Onlineprogramms war ich an Corona erkrankt, dreieinhalb Wochen akut und danach noch mit einzelnen Symptomen, u.a. schnelle körperliche Erschöpfung und Muskelschmerzen. Das sollte unbedingt berücksichtigt werden bei der Auswertung meiner Antworten zu meinen Gefühlen. Die Sorge, dass ich an Long Covid erkrankt sein könnte, nicht dramatisch aber doch unangenehm, beschäftigt mich gerade neben der Sorge um meinen depressiven Mann. Auch, da ich Sorge habe, länger nicht arbeiten zu können und wie es dann finanziell für uns weitergehen könnte.		1 (1%)
meine Mutter ist die Treppe heruntergefallen und der Demenztest war auffällig		1 (1%)
menschliche Enttäuschungen während Partnersuche, teils auch Trennung		1 (1%)
mögliche Trennung, ich weiß es nicht :(1 (1%)
notwendige OP und Reha der depressiven Angehörigen; Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes eines anderen, nahen Angehörigen		1 (1%)
schwere depressive Episode meiner Partnerin ohne erkennbaren Grund. Keine Hilfe von Ärzten oder Therapeuten, die alle wegen Terminnot absagten. In die Notaufnahme der Klinik, die zuständig wäre, wollte meine Partnerin wegen sehr schlechter Erfahrungen auf keinen Fall gehen (beim letzten und einzigen Aufenthalt dort hatte sich ihr Zustand wegen der untragbaren Zustände erheblich verschlechtert und sie wurde schließlich auf eigenen Wunsch als geheilt entlassen. Eine stationäre Behandlung über 3 Monate im Anschluss in einer anderen Klinik konnte ihren Zustand dann deutlich stabilisieren).		1 (1%)
suizid Gedanken des Partners		1 (1%)
verdachtsdiagnose Morbus Crohn		1 (1%)
weitere Erkrankungen im Familienkreis, neuer Stellenantritt (schwierig, da kaum Konzentrationsfähigkeit)		1 (1%)
Missings		1464/1640 (89%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T3: Serious changes in private life in the last four weeks (free text).	(räumliche) Auszeit/Trennung vom Ehe-Partner in naher Zukunft	1 (1%)
	1. Der Zustand meiner Pflegebedürftigen Mutter hat sich verschlechtert. 2. Mein Mann und ich kümmern uns intensiv um eine ebenfalls an Depression und Borderline erkrankte Nichte.	1 (1%)
	Abschlussarbeit meines Studiums	1 (1%)
	Aktuell Auszug der erkrankten Ehefrau	1 (1%)
	Androhung der Trennung, Kontentrennung, Verweigerung von Mithilfe im Haushalt, Erpressung, Herabsetzung durch meinen depressiven Ehemann	1 (1%)
	Auszug aus dem gemeinsamen Haus mit unserem Sohn	1 (1%)
	Autounfall (Blebschaden, trotzdem schwieriges Ereignis) Frontzahn gezogen (für mich schlimm)	1 (1%)
	Beginn der Rentenzeit	1 (1%)
	Bei meine Mutter ist eine KHK dianostiziert worden und sie erwartet meine Hilfe, obwohl unser Vethältnis nicht gut ist und sie keine Krankenkenversicherung hat (und sich seit 15 Jahren auch nicht darum kümmert - bei Alkoholabusus). Mein ältester Sohn wohnt bei ihr und war zum dritten mal wegen psychischer Problemestationär.	1 (1%)
	Belastende Situation mit Partner.	1 (1%)
	Belastung in einem Selbsthilfeverein durch ungerechtfertigte Beschuldigungen gegen mich	1 (1%)
	Beziehung Pause. Er äußerte nicht mehr so mit mir umgehen zu wollen. Therapie de wegen aufgebrauchter Stunden	1 (1%)
	Beziehung ist seit ca. 8 Wochen ""auf dem Prüfstand"" - ungelöste Situation	1 (1%)
	Corona	1 (1%)
Corona Erkrankung	1 (1%)	
Depressive Mutter vom Häuslichen Umfeld in Pflegeheim gekommen	1 (1%)	

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Der Vater meiner Frau (Betroffene) ist vor Weihnachten ins Krankenhaus eingeliefert worden.	1 (1%)
Der depressive Partner trennt sich gerade von mir. Bei meiner Mutter wurde Brustkrebs mit Metastasen entdeckt	1 (1%)
Diagnose Rheuma	1 (1%)
Diagnose meiner Tochter	1 (1%)
Diagnose meines Mannes, die Ärzte sind mit ihrem Latein am Ende und nun soll LongCovid alles psychisch sein.	1 (1%)
Die jüngere Schwester leidet unter zunehmenden Angstzuständen im Zusammenhang mit der Schule	1 (1%)
Die körperliche Erkrankung meines Vaters hat sich so verschlimmert, daß er in ein Pflegeheim mußte und einige Krankenhausaufenthalte dazu kamen.	1 (1%)
Eigene Eltern werden alt und benötigen mehr Hilfe	1 (1%)
Eine zeitweise räumliche Trennung	1 (1%)
Ende der Tagesklinik, starke Verschlechterung der Depression	1 (1%)
Er sagt nicht mehr das er mich liebt	1 (1%)
Erkrankung Vater	1 (1%)
Es gab eine Fast-trennung, weil er sich einfach nicht von sich aus bei mir melden kann und dabei selbst meinen Geburtstag hat verstreichen lassen. Und dies obwohl er daran dachte mich anzurufen, es aber nicht geschafft hatte. Zudem liegt er über dem halben Tag im Bett.	1 (1%)
Extrembelastungsereignisse für meinen Partner > auch für mich: Familienbesuch mit schwerem Triggern seiner OCD	1 (1%)
Für die Paarbeziehung ist die Krankheit eine große Belastung. Die noch größere Belastung ist, dass ausser der Krankmedung durch die Psychaterin keine Therapie erfolgt. Grund dafür ist, dass es keine freien Therapieplätze bei Kassentherapeuten gibt und unser Krankenkasse die Übernahme der Kosten	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
eines privaten Psychotherapeuten bereits zwei Mal abgelehnt hat. Mein Mann hat eine schwere Depression mit psychosomatischen Störungen und einen Dringlichkeitsvermerk. Trotzdem Ablehnung. Zur Zeit hat er wieder vermehrt depressive Phasen.	
Geburt unserer Tochter (dies ist nicht emotional belastend, aber stellt natürlich höhere Anforderungen an mich; ich nehme dies jedoch als überwiegend positiv wahr)	1 (1%)
Gemeinsamer Umzug	1 (1%)
Gesundheit, finanzielle Schwierigkeiten, Geburtstag	1 (1%)
Gesundheitszustandverschlechterung von nahen Angehörigen	1 (1%)
Große Tochter ist durch's Abi gefallen	1 (1%)
Hausbau	1 (1%)
Ich bin vor drei Monaten aus meinem zu Hause ausgezogen da die Tochter meines Mannes nicht ausgezogen ist. Sie ist nach einem 12 wöchigen stationären Klinikaufenthalt wg Depression bei uns eingezogen und wollte drei Monate bleiben. Nach acht Monaten ist sie immer noch da und ich bin nach 5 Monaten gegangen weil ich es nicht mehr ausgehalten habe.	1 (1%)
Ich habe leider keinen Kontakt zu meinem Sohn .Er ist auf Station 155 Charite. Er will es nicht ,und ich bekomme von den Ärzten keine Informationen über seinen Gesundheitszustand.Das macht mich krank	1 (1%)
Ich habe meine Frau verlassen.	1 (1%)
Ich habe meinen Partner seit 15 Monaten nicht gesehen, nur sporadisch Kontakt und keinen Kontakt zu den Ärzten. Weil der Partner das nicht will - darum ist es schlichtweg unmöglich, den Fragebogen entsprechend auszufüllen.	1 (1%)
Ich habe mich von dem erkrankten getrennt	1 (1%)
Ich soll ausziehen. ""Trennung""	1 (1%)
Ich war krank, schwere Lungenentzündung	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Im Privatleben nicht, aber der Krieg in der Ukraine belastet mich natürlich sehr	1 (1%)
Immer schlimmer werdende Depression meines Ehemannes. Zunächst noch zuhause, ist mein Mann nun seit einer knappen Woche in stationärer Behandlung.	1 (1%)
Kein gemeinsamer alltag wegen wohnungssuche in weit entfernter Stadt	1 (1%)
Kinderwunsch	1 (1%)
Klp ich	1 (1%)
Krankheitsdiagnose	1 (1%)
Krebs der Mutter	1 (1%)
Krebsdiagnose meiner Großmutter	1 (1%)
Körperlich: Coviderkrankung in den letzten 2 Wochen mit Isolation der ganzen Familie inkl. Der Kinder, mit andauernden körperlichen Symptomen.	1 (1%)
Leider hatte ich vor der 12 SSW eine missed abortion, vor 2 Wochen.	1 (1%)
Mehr intensive Gespräche	1 (1%)
Mehrere Suizidversuche meiner Schwester	1 (1%)
Mehrmals fast Trennung von Partner	1 (1%)
Mein (depressiver) Partner hat die Beziehung zu mir beendet.	1 (1%)
Mein Mann hat sich eine eigene Wohnung genommen	1 (1%)
Mein Mann war 5 Wochen auf Reha und wir waren bis dato noch nie länger als 2 Tage von einander getrennt. Alleine den kompletten Garten neu anzulegen (hatten noch zusammen Rasen angesät), im Haus alleine zu schlafen (viele Erinnerungen an den Einbruch in unsere damalige Wohnung), Schichtdienst haben mich sehr stark belastet. Wir haben hier noch keine Freunde und ich hab kaum geschlafen und gegessen. Dazu ein entzündetes Auge.	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mein Partner denkt drüber nach sich zu trennen, weil er denkt alleine besser dran zu sein und aus dem Spannungsfeld Beziehung rauszukommen, damit er sich nur auf sich und seine Bedürfnisse konzentriert und es schafft wieder Geld zu verdienen etc.	1 (1%)
Mein Partner hat den Kontakt komplett abgebrochen und mich sogar auf WhatsApp und Facebook blockiert	1 (1%)
Mein Partner hat sich getrennt, da nichts mehr für mich empfindet und sein Leben selbst wieder klar bekommen möchte	1 (1%)
Mein Partner spricht immer von einer Trennung	1 (1%)
Mein Vater ist krank und ich muss mich um alles kümmern	1 (1%)
Meine Lebenspartnerin hat sich wegen der Depression das Leben genommen. Nun fühle ich mich schuldig und komme aus der Trauer nicht mehr raus	1 (1%)
Meine Mama lebt seit April bei uns in der Wohnung	1 (1%)
Meine Mutter (82) musste sich einer Operation unterziehen, lag zwischenzeitlich auf der Intensivstation und ist jetzt als Pflegefall zu Hause	1 (1%)
Meine Mutter hat sich getrennt und konnte natürlich nirgends unterkommen. Also hat sie einen Monat bei uns gewohnt. Das war nervig, ist aber nun glücklicherweise auch vorbei - sie hat nun eine eigene Wohnung gefunden.	1 (1%)
Meine Mutter ist nach der stationären Behandlung bei uns (meinem Partner und mir) temporär eingezogen, um in unserer Nähe eine Tagesklinik besuchen zu können. Hinter dieser Entscheidung stehen wir voll und ganz, aber trotzdem ist sie belastend	1 (1%)
Mutter liegt im Sterben.	1 (1%)
Mutter nach Beinbruch in einem Pflegeheim. Station unter Quarantäne, im gleichen Zimmer eine positiv getestete Dame.	1 (1%)
Nahezu Kontaktabbruch mit der depressiven Person	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Neue Diagnose bei meinem Lebensgefährten	1 (1%)
Nichtbestehen uni Prüfung drittversuch	1 (1%)
OP	1 (1%)
Partner ist an Diabetes erkrankt.	1 (1%)
Partner will keine Kinder, ich schon.	1 (1%)
Pflegebedürftige Mutter und gesprächsbedarf wegen dadurch ausgelöster depression	1 (1%)
Pflegebedürftigkeit der Eltern nimmt zu	1 (1%)
Pflegefall in der Familie	1 (1%)
Probleme in der eigenen Partnerschaft bezüglich Zukunfts-Perspektive	1 (1%)
Probleme mit den Kindern aufgrund Trennung, Umzug, finanzielle und berufliche Probleme	1 (1%)
Psychosomatische Erkrankung unserer Tochter (seit drei Monaten)	1 (1%)
Räumliche Trennung vom Angehörigen Ehemann	1 (1%)
Schwiegervater gestorben	1 (1%)
Seine Mutter ist schwer erkrankt.	1 (1%)
Sie hat sich getrennt um alles alleine zu schaffen, die wirkliche Trennung habe ich vollzogen (Steuerklassen, Konto etc	1 (1%)
Suizidversuch meiner Frau mittels Einnahme von 20 Zopiclon 7,5. Zum Glück erfolglos	1 (1%)
Tod der Großmutter	1 (1%)
Tod der Großmutter der erkrankten	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Tod der Mutter der Erkrankten	1 (1%)
Tod eines Verwandten	1 (1%)
Tod nahestehender Person	1 (1%)
Todesfall des Vaters des psychisch Erkrankten	1 (1%)
Todesfall im Bekanntenkreis	1 (1%)
Trauerfall und finanzielle Probleme	1 (1%)
Trennung	7 (5%)
Trennung Bandscheibenvorfall	1 (1%)
Trennung des Sohnes von seinem Lebensgefährten	1 (1%)
Trennung des depressiven Partners, halbherzig	1 (1%)
Trennung durch den Angehörigen Ehemann von mir	1 (1%)
Trennung seitens des depressiven Partner	1 (1%)
Trennung und Auszug	1 (1%)
Trennung und Auszug aus der gemeinsamen Wohnung in den letzten 4-8 Wochen	1 (1%)
Trennung vom Partner	1 (1%)
Trennung vom Partner, Tod des Onkels	1 (1%)
Trennung vom Partner.	1 (1%)
Trennung von dem betroffenen Angehörigen. Seitdem geht es mir deutlich besser.	1 (1%)
Trennung von depressiven Partner	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Trennung von der psychisch belasteten Person	1 (1%)
Trennung von meinem Lebenspartner wegen Betrug und Lüge	1 (1%)
Trennung von meinem Mann	1 (1%)
Trennung vor ca. 4 Wochen. Stellte sich heraus, er verheimlichte mir vieles u.a. auch Diagnosen. Er hat Borderline.	1 (1%)
Trennung, Auszug des Ehemanns	1 (1%)
Trennung, ist jetzt 3 Monate her. Seit dem habe ich meinen Mann weder gesehen noch gehört, das belastet mich sehr, daher habe ich mich einer Selbsthilfegruppe für Angehörige angeschlossen. Die Trennung hat nur räumlich stattgefunden, alles was an ihn erinnert ist noch in der gemeinsamen Wohnung	1 (1%)
Umzug	3 (2%)
Umzug durch neue Arbeit, Ehekrise	1 (1%)
Umzug zurück nach Deutschland von Spanien, aufgrund der Depression meines Partners.	1 (1%)
Unfalltod der zwölfjährigen Enkelin von einer mir nahestehenden Person. Mitteilung der Vorstufe einer Krebserkrankung bei mir. Ich hatte bereits drei Krebserkrankungen vor 20 Jahren. Beides belastet mich und macht traurig.	1 (1%)
Unser Sohn ist erkrankt. Weitere gesunde Tochter.-Kann mit meinem Mann gegenüber Patient keinen Konsens finden, werde glaube ich als Sündenbock des Patienten der seine Behandlung organisiert hat die Ehe nach 30 Jahren verlassen.	1 (1%)
Vater schwer erkrankt, Haustiere verstorben	1 (1%)
Verdacht auf Lungenkarzinom des erkrankten	1 (1%)
Verlobung	1 (1%)
Verschlechterung der Kommunikation	1 (1%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Verschlechterung des Gesundheitszustandes meiner Angehörigen	1 (1%)
Vertrauensbruch mit meinem Schwager und seitdem sein sehr angespannten Verhältnis. Vorher waren wir sehr eng, so langsam wird es wieder ein bisschen besser aber es ist noch lange nicht so liebevoll wie es vorher mal war.	1 (1%)
Wahrscheinlich kommt es zu einer Trennung	1 (1%)
Weiteres auf und ab der Krankheit. Suizidgedanken bei meinem Partner.	1 (1%)
Wir müssen dringend aus unserem jetzigen Wohnumfeld Ausziehen. Wir wachsen mehr und mehr zusammen. Sind trotz aller Umstände ein super Team. Das Wohnumfeld ist das Problem. Ich bin zur Unterstützung hinzugezogen. Jetzt geht's mir langsam ähnlich. Wir müssen hier raus. Wenns klappt, haben wir ab Januar eine neue Wohnung.	1 (1%)
Zahnbehandlungen meinerseits die bei meinem Partner und mir zu mehr Stress führten	1 (1%)
Zu einem bin ich gut erholt durch eine 3 wöchige Mutter-Kind-Kur an der Ostsee und 2 Wochen Urlaub, ich bin erholt. Auf der anderen Seite ist meine Mutti vor 3 Tagen verstorben (an Demenz). Der Angehörige mit Depression ist mein Vater, es wird spannend wie sich die nächsten Wochen und Monate entwickeln,	1 (1%)
nein	1 (1%)
stark verschlechternder Gesundheitszustand eines weiteren nahen Angehörigen	1 (1%)
starke Zunahme der Demenz und Altersdepression bei meiner Mutter	1 (1%)
viel Streit mit dem Ehepartner	1 (1%)
zeitweise Trennung	1 (1%)
zunehmende körperliche Beeinträchtigungen, die es mir schwer machten, mich regelmäßig viel zu bewegen	1 (1%)
Missings	1494/1640 (91%)

Table A6-1-2: Serious changes in private life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
-----------	---------------------

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_2.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-3: Serious changes in professional life. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-3: Serious changes in professional life. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in professional life in the last four weeks.	No	425 (92%)	344 (92%)	220 (90%)	989 (92%)
	Yes	39 (8%)	28 (8%)	24 (10%)	91 (8%)
	Missings	187/651 (29%)	287/659 (44%)	86/330 (26%)	560/1640 (34%)
T2: Connection with the study.	No	182 (89%)	153 (92%)	138 (91%)	473 (90%)
	Unlikely	11 (5%)	1 (1%)	4 (3%)	16 (3%)
	Possible	7 (3%)	7 (4%)	5 (3%)	19 (4%)
	Yes	5 (2%)	6 (4%)	4 (3%)	15 (3%)
	Missings	446/651 (69%)	492/659 (75%)	179/330 (54%)	1117/1640 (68%)
T2: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	27 (69%)	21 (75%)	16 (67%)	64 (70%)
	Unlikely	6 (15%)	1 (4%)	1 (4%)	8 (9%)
	Possible	2 (5%)	1 (4%)	5 (21%)	8 (9%)
	Yes	4 (10%)	5 (18%)	2 (8%)	11 (12%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T3: Serious changes in professional life in the last four weeks.	No	366 (90%)	295 (89%)	201 (92%)	862 (90%)
	Yes	40 (10%)	35 (11%)	18 (8%)	93 (10%)
	Missings	245/651 (38%)	329/659 (50%)	111/330 (34%)	685/1640 (42%)

Table A6-1-3: Serious changes in professional life. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	162 (87%)	139 (92%)	118 (91%)	419 (90%)
	Unlikely	11 (6%)	5 (3%)	7 (5%)	23 (5%)
	Possible	11 (6%)	4 (3%)	3 (2%)	18 (4%)
	Yes	3 (2%)	3 (2%)	1 (1%)	7 (1%)
	Missings	464/651 (71%)	508/659 (77%)	201/330 (61%)	1173/1640 (72%)
T3: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	30 (75%)	29 (83%)	15 (83%)	74 (80%)
	Unlikely	5 (12%)	3 (9%)	2 (11%)	10 (11%)
	Possible	5 (12%)	3 (9%)	0 (0%)	8 (9%)
	Yes	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (1%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_3.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in professional life in the last four weeks (free text).	Anstehende Prüfung von mir, die das Stresslevel sehr erhöht.	1 (1%)
	Arbeitgeberwechsel, wegen Ruhestand meines Angehörigen und damit verbunden Erhöhung der Arbeitszeit auf 100 % mit 2 Kindern 11 und 9 Jahre, erheblich erhöhter psychischer Druck....	1 (1%)
	Arbeitsbeginn (neue Stelle) + Beginn der Abschlussarbeit	1 (1%)
	Arbeitsstress	1 (1%)
	Arbeitsunfall mit Arbeitsausfall	1 (1%)
	Arbeitsunfähigkeit	1 (1%)
	Aufbau Selbständigkeit und Weiterbildung	1 (1%)
	Aufgrund der Betreuung konnte ich nicht meine gewohnten 40 Stunden arbeiten	1 (1%)
	Auftrags- und Umsatzrückgang, Insolvenzgefahr	1 (1%)
	Ausfälle von Kollegen deshalb massiv mehr Arbeitsbelastung	1 (1%)
	Ausgrenzung durch Kollegen	1 (1%)
	Ausgrenzungserfahrung im Beruf	1 (1%)
	Beförderung	1 (1%)
	Berufliche Herausforderungen ... Prüfungen	1 (1%)
	Bewerbungsverfahren mit Bewerbungen schreiben und Bewerbungsgesprächen.	1 (1%)
Bin Pensionär.	1 (1%)	

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Bin selbstständig und konnte kaum arbeiten	1 (1%)
Corona	1 (1%)
Corona bedingte Einkommensverluste	1 (1%)
Deutlich mehr Druck bei der Arbeit	1 (1%)
Eigene Kündigung meines Jobs, zu viel stress auf arbeit. Gefühl selber in Depression zu geraten.	1 (1%)
Ein Feedback/oder ich nenne es auch gerne eine Art Ermahnungsgespräch anstatt ne Abmahnung, wg. zu vielen Pausen während der Arbeitszet, dies lag daran, dass ich das Gefühl hatte mein Kopf war nur noch voll mit Themen von Zuhause und ich habe mich sehr oft und sehr schnell erschöpft und ausgelaugt gefühlt bei der Arbeit bis dahin, dass ich mein handeln und meinen Beruf als solches als unwichtig empfand/empfinde, ich bin mir in der Tat momentan unsicher, ob ich mein ganzes weiteres Berufsleben nur im Büro sitzen möchte.	1 (1%)
Ein Kunde ging verloren	1 (1%)
Ein Mitarbeiter mit Angststörung	1 (1%)
Eintreten von Arbeitslosigkeit	1 (1%)
Ende meiner Elternzeit und der Erkrankte muss morgens jetzt mehr Verantwortung übernehmen	1 (1%)
Erhöhtes arbeitsaufkommen durch Schwangerschaften von 2 Kolleginnen die somit nicht mehr arbeiten kommen	1 (1%)
Extremer Stress auf der Arbeit, Mobbing auf der Arbeit	1 (1%)
Gesundheitlich angeschlagen	1 (1%)
Größe Konflikt mit Chef, unzufrieden stellendes Management meiner Projekte	1 (1%)
Habe aufgrund akuter Burnout-Gefahr selbst gekündigt und einen neuen Job angenommen.	1 (1%)
Habe meinen Job gekündigt und bin in einen neuen Bereich gewechselt.	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Hohe Arbeitsbelastung, wegen insgesamt vielen Kündigungen von Kollegen. Zu wenig Zeit für verschiedene Arbeitsschritte.	1 (1%)
Hoher Krankenstand bei Kollegen , hohe Arbeitsbelastung	1 (1%)
Ich bin selbständig und konnte mitunter nicht besonders konzentriert arbeiten und habe dadurch weniger verdient und Kunden teilweise ""vernachlässigt"".	1 (1%)
Ich erlebe auf meiner Arbeit Stress durch einen Chef mit ausgeprägten narzisstischen Zügen. Fast das ganze Team ist in Mitleidenschaft gezogen, einige kündigen, andere werden krank. Nach einer langen Phase des Abwägens habe ich mich nun auch entschieden, mich auf andere Stellen zu bewerben und habe bereits eine Zusage bekommen. Eigentlich habe ich meine Arbeitsstelle sehr gemocht. Ich bin dort seit über 20 Jahren. Aber ich gehe mit Bauchschmerzen zur Arbeit und befürchte, langfristig krank zu werden, wenn ich dort bleiben würde.	1 (1%)
Ich habe gekündigt, weil ich meine Arbeit als große Belastung empfunden habe.	1 (1%)
Ich habe mit meinem Chef über meine Konzentrationsprobleme aufgrund von Sorgen gesprochen. Ich habe viel Verständnis erhalten, werde jedoch jetzt etwas komisch behandelt bzw. anders als vorher (vorsichtiger), aber das macht nichts. Es hat mich sehr befreit!	1 (1%)
Ich hatte eine leitende Stellung inne, die mir auf Grund von Differenzen mit der Chefetage entzogen wurde.	1 (1%)
Jobwechsel	1 (1%)
Jobwechsel auf eigenen Wunsch	1 (1%)
Keine	1 (1%)
Keine Veränderung, aber dauerhafte Belastung durch die näherrückende Abgabefrist der Masterarbeit. Es ist anstrengend und ermüdend, sich jeden Tag im Home Office aufrufen zu müssen.	1 (1%)
Kündigung	9 (10%)
Kündigung (meinerseits), letzter Arbeitstag	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Kündigung Job/Bewerbung auf Masterstudium	1 (1%)
Kündigung Mitarbeiter / Kunden	1 (1%)
Kündigung einer Kollegin,welche ich vertrete.	1 (1%)
Kündigung und Jobwechsel	1 (1%)
Musste die Selbststaendigkeit bzw. das Projekt ruhen lassen.	1 (1%)
Neue Arbeitsstelle	1 (1%)
Neue Aufgabe, Verantwortung für ein großes Projekt.	1 (1%)
Neue Rolle innerhalb des Teams	1 (1%)
Neuen job begonnen	1 (1%)
Neuer Job, neuer Alltag, andere Zeiten und Tagesstruktur	1 (1%)
Neuer Jobbeginn	1 (1%)
Optimierung im Job und die daraus folgende Unzufriedenheit. Jedoch aktiv bei einer Veränderung.	1 (1%)
Persönlich/ Arbeit:Massive Dienstabdeckung auch über die Feiertage durch Ausfall von Kollegen, teilweise auch durch die Quarantänebedingungen, gefühlt auch von Mitarbeitern Kollegen als verlängertes FREi genutzt :- (Dadurch sehr wenig Zeit für die Familie, getaktetes Weihnachtsfest, wenig Schlaf, damit mehr gemeinsame Zeit für die Familie und Gespräche bleibt. Umzug des Sohnes in eine kleinere WG-Form auf eigenen Wunsch.	1 (1%)
Schwierige Arbeitskollegin	1 (1%)
Sehr viel Stress, um eine Einreichfrist für einen Artikel zu schaffen, Bewerbung geschrieben und verschiedene Aufgaben haben sich gehäuft	1 (1%)
Selbstgewählte Kündigung	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Siehe oben	1 (1%)
Stellenkürzung Inhaltlich Veränderungen	1 (1%)
Stress bei der Arbeit (aber positiver Art)	1 (1%)
Stress level massiv erhöht durch Beförderung	1 (1%)
Stress und Druck zwecks Umsatz erreichen	1 (1%)
Stundenreduzierung in meinem Arbeitsbereich, Gleichzeitige Umstrukturierung in einer andere Abteilung um meine Stunden im Unternehmen zu behalten.	1 (1%)
Umstrukturierungen	1 (1%)
Verlust meiner russischen/ukrainischen Kunden, potentieller Verlust meiner Arbeitsstelle.	1 (1%)
Viel mehr Stress auf der Arbeit als gewöhnlich, weniger soziale Kontakte aufgrund der Pandemie	1 (1%)
Vorgesetzter an Krebs erkrankt	1 (1%)
Wir sind selbstständig...coronabedingte Einbußen	1 (1%)
Zu viel Arbeit Stress	1 (1%)
eine positive Veränderung: mir wurde eine Aufstiegsposition angeboten, weil mein zugehöriger Vorstand nur mir diese Zusatzposition zutraut.	1 (1%)
ich habe gekündigt und plane einen Wechsel	1 (1%)
neue Chefin	1 (1%)
siehe oben. Ich hatte oft das Gefühl, meinen neuen Arbeitskollegen gegenüber als unzuverlässig zu gelten (tue es immer noch), da ich wenig konzentriert bin und vermutlich wenig belastbar scheine. Ich habe niemandem von meinen momentanen familiären Belastungen erzählt, es war schwer, alles ""gleichzeitig"" zu regeln	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
	wir haben Teams gebildet und müssen abwechselnd ins Home-Office, daher entfällt der Kontakt zu den Kollegen	1 (1%)
	Änderung in der Geschäftsführung	1 (1%)
	Überbelastung	1 (1%)
	Überforderung auf der Arbeit auch durch das Privatleben/daher Krankschreibung Viele Kündigungen von Kollegen im Unternehmen	1 (1%)
	Überlastung aufgrund Personalmangels	1 (1%)
	Überlegungen ob ich kündige wegen schlechter Bezahlung	1 (1%)
	Missings	1549/1640 (94%)
T3: Serious changes in professional life in the last four weeks (free text).	7 Wochen Arbeitsunfähig wg. Corona-Erkrankung	1 (1%)
	Abgabe Gruppenleiterstelle	1 (1%)
	Abschlussprüfungen	1 (1%)
	Arbeitgeberwechsel auf meinen Wunsch um auf 100% aufzustocken. Finanzieller Ausgleich, da mein Mann in den Ruhestand versetzt wurde.	1 (1%)
	Arbeitsplatz ist weggefallen und ich soll in einem anderen Bereich weiter arbeiten. Jedoch habe ich Bewerbungen geschrieben und warte auf Antworten.	1 (1%)
	Arbeitsplatzwechsel	1 (1%)
	Aufstockung der Stundenzahl	1 (1%)
	Bachelorarbeit	1 (1%)
	Berufswechsel	1 (1%)
	Bitte um interne Versetzung von meiner Seite.	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Dauerbelastung	1 (1%)
Die Abgabe meiner Masterarbeit steht sehr kurz bevor. Auch wegen der Depression meines Partners konnte ich nicht im notwendigen Maße daran arbeiten	1 (1%)
Eigene Kündigung	1 (1%)
Ende der Elternzeit	1 (1%)
Entscheidung Master zu machen Konflikte in der Arbeit, Überlegung zu kündigen	1 (1%)
Erwerbsminderungsrente	1 (1%)
Extreme Arbeitsbelastung	1 (1%)
Ferienzeit Urlaubszeit Weigerung des Erkrankten mit der Familie Zeit zu verbringen	1 (1%)
Firma muss wieder komplett neu angemeldet werden, auflösung des Unternehmens in Spanien.	1 (1%)
Firma wurde an einem Wettbewerber verkauft	1 (1%)
Für mich gab es eher eine positive Veränderung durch die Studie. Ich kann die Verhaltensweisen des Erkrankten besser verstehen und besser damit umgehen.	1 (1%)
Hoher Krankenstand bei Kolleginnen, daher Mehrbelastung bei mir	1 (1%)
Hoher Personalwechsel	1 (1%)
Höher Krankenstand auf der Arbeit	1 (1%)
Ich bin Student und muss zum wiederholten Mal, meine Abgabefrist für die Abschlussarbeit verschieben, da ich mich um meine Mutter kümmern musste. Ist bestimmt nicht so belastend wie eine Kündigung, aber trotzdem belastend, da man sich selbst zurück stellt und nicht weiß, was die Zukunft bringt. Wenn man in Zukunft einen Job anfängt, könnte ich mich nicht mehr in dem Umfang um meine Mutter kümmern.	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ich bin als Beamtin zurückbeordert worden an meine alte Schule und weiß noch nicht wie es weiter geht	1 (1%)
Ich flüchte mich derzeit sehr in die Arbeit, um nicht zuhause sein zu müssen. Das liegt aber nicht an der betroffenen Person. Wir wohnen zu viert in ihrem Elternhaus (Vater, kleine Schwester, Betroffene, Ich). Ihre Mutter ist letztes Jahr leider verstorben. Ich bin hier eingezogen, um zu helfen. Vater dreht jetzt durch, will keine Hilfe, wir übernehmen hier Alles.	1 (1%)
Ich habe Fotos machen lassen, um bei nächster Gelegenheit mich woanders bewerben zu können; ich will den jetzigen Job aufgeben	1 (1%)
Ich habe meinen Arbeitsplatz gekündigt und werde im neuen Jahr eine andere Stelle anfangen	1 (1%)
Job Wechsel als Quereinstieg / neue Branche, neues Aufgabengebiet, neue IT Infrastruktur	1 (1%)
Jobsuche nicht erfolgreich, weiterbestehen einer Arbeitslosigkeit	1 (1%)
Jobwechsel	2 (2%)
Jobwechsel ja, aber auf eigenen Wunsch hin.	1 (1%)
Jobwechsel steht bevor	1 (1%)
Jobwechsel wegen Überlastung im alten Job	1 (1%)
Kaum zu ertragende Instabilität an der Arbeit'gekoppelt mit extrem hoher Erwartungshaltung.	1 (1%)
Kein geregelter Tagesablauf mehr, viel weniger Außenkontakte	1 (1%)
Konflikt mit Geschäftsführung, ungekündigt aber Suche nach einer neuen Anstellung	1 (1%)
Krise in der Leitung, die sich stark auf das Miteinander im Kollegium ausgewirkt hat	1 (1%)
Kritik auf Arbeit, Kündigung meinerseits	1 (1%)
Kündigung	7 (8%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Kündigung meines Mannes aufgrund der Erkrankung	1 (1%)
Kündigung, Jobwechsel steht an	1 (1%)
Langjährige Arbeitskollegin/Freundin ist schwanger und im Beschäftigungsverbot.	1 (1%)
Laufbahnänderung, erhöhung der arbeitszeit	1 (1%)
Letzter Ingenieur der Abteilung war 1 Monat krank. Kollegin kam aus Elternzeit wieder und bekam gleich weniger Stunden bei vollem Lohn.	1 (1%)
Mein russischer Markt ist weggebrochen und ich muss nun anderweitig eingesetzt werden	1 (1%)
Meine Mutter ist gestürzt und um sie kümmere ich mich auch noch	1 (1%)
Mobbing	1 (1%)
Mobbing, Tretzen durch die Chefs. Ist allgemeine Vorgehensweise im Betrieb gegen Personen ab 60 Jahren. Man möchte wohl erreichen, dass das ältere Personal mit 63 Jahren vorzeitig in Rente geht.	1 (1%)
Nach 35 Jahren Arbeitsplatzwechsel	1 (1%)
Neue Kitaleitung	1 (1%)
Neue berufliche Perspektiven	1 (1%)
Neuer Arbeitgeber	1 (1%)
Neuer Job	1 (1%)
Nichtverlängerung von befristeter Arbeitsstelle zu Ende des Jahres.	1 (1%)
Probleme mit Kollegen nachdem ich jahrelang immer als vorzeigemitarbeiterin galt. Ich sei kalt geworden und gehe zu hart mit Kollegen um	1 (1%)
Prüfung Referendariat + Übernahme einer eigenen Klasse(viel Stress)	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Rentenbeginn	1 (1%)
Räumliche Praxiserweiterung mit finaziellem Risiko	1 (1%)
Schwere Covid Erkrankung von mir	1 (1%)
Sehr viel mehr Arbeit	1 (1%)
Selbst gekündigt weil neuen Job	1 (1%)
Selbst gekündigt nach Elternzeit	1 (1%)
Selbstständigkeit muss aufgrund von nichtverkäuflichkeit des Unternehmens in absehbarer Zeit aufgegeben werden	1 (1%)
Staatsexamen, Berufsbeginn	1 (1%)
Stress durch neue Aufgaben	1 (1%)
Stressige Zeit, da massive Probleme mit meiner Vorgesetzten. Meine Kolleginnen und ich sind froh, dass diese uns nun verlässt.	1 (1%)
Stundenreduzierung	1 (1%)
Unerwartet große finanzielle Belastung	1 (1%)
Unsicherheit im Job, Ende des befristeten Arbeitsvertrags und Jobsuche	1 (1%)
Vorübergehende Beziehung von Alg1 bei Fortführung meiner Dissertation	1 (1%)
Wegen der geringeren Einsatzfähigkeit meines Angehörigen (und der daraus resultierende Alleinerziehenden Rolle von zwei Zwillingen unter einem Jahr) wurden mir verantwortungsbereiche wie Teamleitung und Projektleitung entzogen, da ich nicht immer voll einsatzfähig sein kann. Diese Reduzierung des Aufgabenbereichs erfolgte zwar in Absprache mit mir, dennoch habe ich diese Tätigkeiten nun nicht mehr inne, und der gewünschte Ausgang der Absprache war von Anfang an ersichtlich.	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Wir mussten uns von einer langjährigen Mitarbeiterin aufgrund eines massiven Vertrauensbruches ihrerseits trennen.	1 (1%)
Zeitdruck, Fortbildung, Kundenpflege	1 (1%)
Zusätzliche Aufgabe	1 (1%)
Zusätzliches Arbeitsaufkommen durch akuten Personalmangel: Viele Überstunden, zusätzliche Arbeit in Homeoffice am Wochenende, da ich mein Arbeitspensum nicht während des Normalbetriebes schaffe.	1 (1%)
Zwei Kolleginnen, die ich persönlich sehr schätze und deren Arbeit ich sehr schätze, haben gekündigt. Das bedeutet für mich und die andere übrig gebliebene Kollegin Mehrarbeit, die wir nicht leisten können und vor der wir uns schützen müssen, um gesund zu bleiben. Den Verlust der Kolleginnen bedaure ich sehr. Auch wenn wir privat in Kontakt bleiben wollen, werden sie und ihre Arbeit die 8 Stunden im Job fehlen. Desweiteren müssen wir wieder neue Kolleginnen einarbeiten müssen, was erfahrungsgemäß eine körperliche und psychische Belastung über ca. ein halbes Jahr ist. Ich habe beschlossen, selber nach einem neuen Job zu schauen, da das Spiel von Einarbeitung und Kündigung seit Jahren so geht.	1 (1%)
andere Position	1 (1%)
eigene Kündigung des Arbeitsverhältnisses nach 30 Jahren und demnächst Wechsel zu einem neuen Arbeitgeber wegen eines Chefs mit Anzeichen für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung	1 (1%)
fühle mich bei meiner Arbeit nicht mehr so belastbar	1 (1%)
nachlassender Respekt im Kollegium, teilweise Ignoranz meiner Interessen durch Vorgesetzte, Vorweg-Absprachen ""hinter dem Rücken""	1 (1%)
neuer Job, neues Projekt, unzufriedenheit im Job	1 (1%)
selbst gekündigt	1 (1%)
stärkerer Leistungsdruck und Aussenseiterrolle	1 (1%)

Table A6-1-4: Serious changes in professional life. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Übernahme einer Leitungsfunktion in Vertretung	1 (1%)
Missings	1547/1640 (94%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_4.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-5: Serious changes in physical symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-5: Serious changes in physical symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in physical symptoms in the last four weeks.	No	387 (84%)	303 (82%)	201 (83%)	891 (83%)
	Yes	76 (16%)	65 (18%)	42 (17%)	183 (17%)
	Missings	188/651 (29%)	291/659 (44%)	87/330 (26%)	566/1640 (35%)
T2: Connection with the study.	No	193 (86%)	168 (91%)	128 (91%)	489 (89%)
	Unlikely	21 (9%)	9 (5%)	6 (4%)	36 (7%)
	Possible	7 (3%)	7 (4%)	4 (3%)	18 (3%)
	Yes	3 (1%)	1 (1%)	3 (2%)	7 (1%)
	Missings	427/651 (66%)	474/659 (72%)	189/330 (57%)	1090/1640 (66%)
T2: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	52 (69%)	49 (75%)	32 (76%)	133 (73%)
	Unlikely	16 (21%)	9 (14%)	4 (10%)	29 (16%)
	Possible	4 (5%)	6 (9%)	4 (10%)	14 (8%)
	Yes	3 (4%)	1 (2%)	2 (5%)	6 (3%)
	Missings	1/76 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1/183 (1%)
T3: Serious changes in physical symptoms in the last four weeks.	No	322 (80%)	274 (83%)	177 (82%)	773 (81%)
	Yes	81 (20%)	56 (17%)	39 (18%)	176 (19%)
	Missings	248/651 (38%)	329/659 (50%)	114/330 (35%)	691/1640 (42%)

Table A6-1-5: Serious changes in physical symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	190 (88%)	145 (92%)	113 (91%)	448 (90%)
	Unlikely	13 (6%)	9 (6%)	8 (6%)	30 (6%)
	Possible	10 (5%)	2 (1%)	3 (2%)	15 (3%)
	Yes	2 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	3 (1%)
	Missings	436/651 (67%)	502/659 (76%)	206/330 (62%)	1144/1640 (70%)
T3: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	64 (79%)	46 (82%)	32 (82%)	142 (81%)
	Unlikely	9 (11%)	8 (14%)	5 (13%)	22 (12%)
	Possible	7 (9%)	1 (2%)	2 (5%)	10 (6%)
	Yes	1 (1%)	1 (2%)	0 (0%)	2 (1%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_5.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in physical symptoms in the last four weeks (free text).	Abgeschlagenheit und Erschöpfung, starke Erkältung	1 (1%)
	Achillessehne entzündet	1 (1%)
	Agoraphobie	1 (1%)
	Akute Fibromyalgie-Schübe mit extremer Müdigkeit --ich konnte nur noch schlafen Starke Erschöpfung Rückenschmerzen	1 (1%)
	Allergie	1 (1%)
	Angstzustände Schlafstörungen Zittern	1 (1%)
	Augenflackern	1 (1%)
	Autoimmunschub, ich habe eine Autoimmunhepattis mit PSC und eine heftige Migräneattacke	1 (1%)
	Bandscheiben	1 (1%)
	Blockade ISG, verstärkte Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit.	1 (1%)
	Bluthochdruck	2 (1%)
	Bluthochdruck ist angestiegen Rückenschmerzen Unbeweglichkeit (Knochen)	1 (1%)
	Bluthochdruck, Tinnitus, Ein-/Durchschlafstörungen	1 (1%)
	Bluthochdruckkrise	1 (1%)
	Borreliose	1 (1%)
Burn out: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Überforderung	1 (1%)	

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Chronischer Schnupfen, Armschmerzen	1 (1%)
Chronisches Fatigue Syndrom, Herzrhythmusstörungen	1 (1%)
Corona	3 (2%)
Coronaerkrankung	1 (1%)
Coronainfektion	1 (1%)
Darmstörungen/Reizdarm	1 (1%)
Devertikel Entzündung im Darm	1 (1%)
Die Arthrose hat jetzt auch das 2. Knie erwischt.	1 (1%)
Diverse internistische Symptome	1 (1%)
Divertikulitis	1 (1%)
Entzündung in Magen und Darm	1 (1%)
Erschöpfung	1 (1%)
Erschöpfung, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Hörverschlechterung	1 (1%)
Erschöpfung, chronische Sinusitis	1 (1%)
Erschöpfung, hohe Infektanfälligkeit	1 (1%)
Extreme Erschöpfungszustände	1 (1%)
Fahrradunfall	1 (1%)
Fibromyalgie hat sich verschlechtert	1 (1%)
Gelenk- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Gelenkschmerzen in den Füßen	1 (1%)
Gelenkschmerzen und Hüftschmerzen	1 (1%)
Gerstenkörner an den Augen, wurden operiert	1 (1%)
Gewichtszunahme, Burnout, Bewegungsmangel als Folge von Niedergeschlagenheit	1 (1%)
Grippaler Infekt mit Stimmverlust.	1 (1%)
GÜRTELROSE	1 (1%)
Hashimoto	1 (1%)
Hautausschlag	1 (1%)
Herumrasen und Bluthochdruck,..	1 (1%)
Herz-Rhythmusstörungen bzw. Blutzuckerspiegel Störung ? Termin im Februar 2023 beim Internisten zur Abklärung	1 (1%)
Herzrasen	1 (1%)
Husten	1 (1%)
Hws Syndrom	1 (1%)
Hörminderung/Schwindel I.R. Eines M. Meniere	1 (1%)
Ich hatte eine Panikattacke nachts. Zudem permanente Müdigkeit und Niedergeschlagenheit.	1 (1%)
Ich hatte häufig Kopfschmerzen und Verdauungsbeschwerden.	1 (1%)
Ich hatte ne ""Magen Darm Grippe"", also irgendwas bakterielles mutmaszlich, auf jeden Fall mit ueber 39 Fieber. Das habe ich aber bewusst ausgeblendet aus der Studie. Mittlerweile sind die ""Restsymptome"" NULL, daher gelingt mir das nach meiner Einschätzung recht gut.	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ich hatte zwischenzeitlich ein gesundheitliches Problem, das mich dann in Panik versetzte, da ich befürchtete, auf meiner neuen Stelle dann auch noch mit Erkrankung wegzudrehen sowie meiner Angehörigen davon berichten zu müssen. Mittlerweile geht es mir wieder gut.	1 (1%)
Immer wiederkehrende Blasenentzündung	1 (1%)
Ischias Nerventzündung	1 (1%)
Keine	1 (1%)
Keine Belastung Schelle Ermüdung	1 (1%)
Kniearthrose, durch die Kälte	1 (1%)
Knochenschmerzen, Kopfschmerzen, Nachts aufgewacht. Menopause	1 (1%)
Kopfschmerzen (Migräneartig)	1 (1%)
Kopfschmerzen Beschwerden der bekannten Arthritis	1 (1%)
Kopfschmerzen, Atemnot	1 (1%)
Kopfschmerzen, Kieferprobleme,	1 (1%)
Kopfschmerzen, Müdigkeit	1 (1%)
Kopfschmerzen, Nackenschmerzen	1 (1%)
Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, schlafmangel	1 (1%)
Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Verspannungen, Schwindel, Taubheit im Gesicht.	1 (1%)
Kopfschmerzen, Schulter und Nackenverspannungen	1 (1%)
Kreislauf, schlafprobleme	1 (1%)
Kreislaufprobleme: Schwindelgefühl. Entzündung nach Zahnwurzelbehandlung. Erschöpfung.	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Kribbeln in Händen & Armen, bauchschmerzen	1 (1%)
Kribbeln in Händen und Füßen	1 (1%)
Loch im Trommelfell	1 (1%)
Luftnot, Zittern, sehr ausgeprägte Angstzustände. Nicht essen können, nicht zur Ruhe kommen. Zukunftsangst, Überforderung	1 (1%)
Luftnot, Müdigkeit, nicht Belastbar	1 (1%)
MS Symptome wie fatigue oder Taubheit in Extremitäten haben sich verschlimmert	1 (1%)
Magen-Darm Problem	1 (1%)
Magen-Darm-Beschwerden	1 (1%)
Magenbeschwerden, Muskelverspannungen	1 (1%)
Massive Muskelverspannungen im Nacken - Schulterbereich	1 (1%)
Migräne	2 (1%)
Migräne Rückenschmerzen	1 (1%)
Multiple Sklerose, Verschlechterung des AZ	1 (1%)
Muskuläre Verspannungen	1 (1%)
Möchte ich nicht teilen	1 (1%)
Müdigkeit	1 (1%)
Nach Corona-Erkrankung (am Anfang der Studie) wieder verstärktes Auftreten von Rücken- und Knieschmerzen, wahrscheinlich infolge von Bewegungsmangel.	1 (1%)
Nervenwurzel Entzündung	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Neurodermitis	2 (1%)
Neurodermitis-Schub	1 (1%)
Nicht schwerwiegend - aber mein Augennerv zuckt seit Wochen ununterbrochen	1 (1%)
Nächtliches Zähne zusammenbeißen und als Folge davon verstärkt Nacken- und Kopfschmerzen. (Nicht neu, aber verschlimmert)	1 (1%)
Ob es in genau den vier Wochen war, kann ich nicht sagen. Jedenfalls habe ich immer wieder mit Durchschlafstörungen zu tun. - Schmerzen beim Gehen durch Schleimbeutelentzündung (bin in Behandlung)	1 (1%)
Ohrenschmerzen	1 (1%)
Probleme mit trockenen Augen neu aufgetreten; vorher schon Symptome wie Schwindel, Nervosität, Kopfschmerzen (diese waren aber vor der Studie aktuell, jetzt unauffällig)	1 (1%)
Psychische Belastung durch alleinige Übernahme von finanzielle Situation und Haushalt	1 (1%)
Reizdarm und Tibiakopffraktur durch Unfall	1 (1%)
Rheuma	1 (1%)
Rheumatoide Arthritis	1 (1%)
Rücken, Gliederschmerzen Migräne Kreislaufprobleme	1 (1%)
Rücken- und Nackenschmerzen	1 (1%)
Rücken-, Nacken- und Schulter-Schmerzen.	1 (1%)
Rückenbeschwerden	3 (2%)
Rückenprobleme	1 (1%)
Rückenprobleme orthopädischer Art Schlaflosigkeit	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Rückenprobleme sind wieder stärker geworden	1 (1%)
Rückenschmerzeb	1 (1%)
Rückenschmerzen	9 (5%)
Rückenschmerzen wurden schlimmer.	1 (1%)
Rückenschmerzen, CFS	1 (1%)
Rückenschmerzen, Gräserpollen-Allergie	1 (1%)
Rückenschmerzen, Verspannungen im Brustbereich und Nacken	1 (1%)
Sarkoidose mir intervallartiger Verschlimmerung	1 (1%)
Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen	1 (1%)
Schlafprobleme	2 (1%)
Schlafprobleme, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen	1 (1%)
Schlafstörungen	3 (2%)
Schlafstörungen, Druck beim Atmen	1 (1%)
Schleimbeutelentzündung an der Hüfte	1 (1%)
Schmerzen am Fuß Erschöpfung (durch zwei OPs)	1 (1%)
Schmerzen am Körper. Auftreten von Migräne	1 (1%)
Schmerzen am alten Bandscheibenvorfall	1 (1%)
Schmerzen in den Beinen	1 (1%)
Schmerzen in der rechten Leiste und Hüftbeuger	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Schmerzen, Essanfälle	1 (1%)
Schmerzen, Schlaflosigkeit	1 (1%)
Schub Colitis Ulcerosa	1 (1%)
Schulterschmerzen	1 (1%)
Schuppenflechte	1 (1%)
Schwere Erkältung und Herzrhythmusstörung	1 (1%)
Schwerwiegend ist übertrieben, aber ich habe seit einem Einschneidendem Erlebnis mit meinem Partner am rechten Unterarm (nur Stellenweise) Gänsehaut	1 (1%)
Schwindel	1 (1%)
Schwindel,	1 (1%)
Sehr hoher Cortisolwert, daraus resultierend, Gewichtszunahme, erhöhter Zuckerwert	1 (1%)
Sporadisch Pfeifen im Ohr und erhöhter Blutdruck.	1 (1%)
Starke Schmerzen am rechten Schlüsselbein und Schulter Nacken Nächtliches Aufwachen	1 (1%)
Stress und Erschöpfung haben zugenommen.	1 (1%)
Stress-Durchfall & Erbrechen	1 (1%)
Symptome von Long Covid und Hashimoto	1 (1%)
Tinnitus hat sich verschlimmert.	1 (1%)
Tinnitus, Hitzewellen	1 (1%)
Tinnitus, Hörsturz	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Tinnitus, Rückenschmerzen	1 (1%)
Verdacht auf Tumor in meiner Brust (Entfernung des Leberfleck, Ergebnis steht noch aus), komplett Schlapp fühle mich Urlaubsbereif	1 (1%)
Verdauungsschwierigkeiten, rückenverspannung	1 (1%)
Verschlechterung meiner psychischen Grundstabilität	1 (1%)
Verspannungen bis hin zu Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich	1 (1%)
Verspannungen im Nackenbereich.	1 (1%)
Verspannungen, deutlich mehr Zähne knirschen.	1 (1%)
Vorhandene körperliche Leiden/ Schmerzen wurden durch den Stress und die Anspannung, aber auch durch die deutliche Mehrarbeit verstärkt	1 (1%)
Vorhofflimmern mit Krankenhausaufenthalt	1 (1%)
Zahnentzündung	1 (1%)
Zug im Nacken	1 (1%)
häufiger Herzschmerzen, gelegentlich Panikattacken und Weinanfälle	1 (1%)
je nachdem, was man als schwerwiegend empfindet. Ich musste mit Corona nicht ins Krankenhaus, es war aber schon sehr unangenehm. Ich war lange nicht mehr so krank und so lange am Stück.	1 (1%)
massive Schlafstörungen	1 (1%)
massive Verspannungen	1 (1%)
morbus Basedow, Hashimoto-Thyreoiditis hat sich verschlechtert.	1 (1%)
nächtliches Schwitzen, zeitweise erhöhter Puls und Anfänge von Angstzuständen	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
	rheumatische Beschwerden, unklarer Bluthochdruck	1 (1%)
	schmerzhaft geschwollene Lymphknoten	1 (1%)
	schwere Depression (F 33.2 G)	1 (1%)
	tiefe Erschöpfung, Müdigkeit, Abwesenheit	1 (1%)
	wiederholte Blasenentzündung, Rosacea	1 (1%)
	Überreizter Darm	1 (1%)
	Missings	1457/1640 (89%)
T3: Serious changes in physical symptoms in the last four weeks (free text).	Akute Schmerzen in den Beinen, wahrscheinlich fortschreitende Athrose	1 (1%)
	Allergie, Heuschnupfen	1 (1%)
	Asthma	1 (1%)
	Asthma, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schwindel, Verspannung, Herzstechen	1 (1%)
	Asthmaanfälle	1 (1%)
	Astma	1 (1%)
	Atemnot, Verdacht auf COPD, Bronchitis	1 (1%)
	Autoimmunschub, Migräneattacken	1 (1%)
	Bandscheibenvorfall mit OP	1 (1%)
	Bauchschmerzen, nicht mehr so leistungsfähig, müde, schlapp	1 (1%)
	Bauchweh (verschlimmert) Ohrensausen (neu)	1 (1%)
	Brustschmerzen	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
CFS/ME chronische Rückenschmerzen	1 (1%)
Cin2 Gebärmutterhals Und Erkältung	1 (1%)
Colitis Ulcerosa	1 (1%)
Corona	5 (3%)
Corona mit Fieber, Atembot, wochenlanger Atemprobleme	1 (1%)
Corona Erkrankung	1 (1%)
Corona Infektion	1 (1%)
Corona bedingte Kopfschmerzen, Übelkeit, Halsschmerzen, Fieber etc.	1 (1%)
Corona seit 3 Wochen mit extremer Schwäche	1 (1%)
Corona-Erkrankung	1 (1%)
Corona-Infektion, war aber kein schwerer Verlauf.	1 (1%)
Corona... und seit zwei Wochen zwar negativ, aber noch nicht symptomfrei.	1 (1%)
Coronaerkrankung, OP	1 (1%)
Coronainfektion	1 (1%)
Covid	1 (1%)
Coviderkrankung in den letzten 2 Wochen mit Isolation der ganzen Familie inkl. Der Kinder, mit andauernden körperlichen Symptomen.	1 (1%)
Darmentzündung	1 (1%)
Darmkolik	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Darmprobleme	1 (1%)
Dauerhusten	1 (1%)
Diffuse Magenschmerzen	1 (1%)
Durchschlafstörungen, Pollakisurie, nächtliche Extrasystolen, Kopfschmerzen	1 (1%)
Entzündungen im Kiefer	1 (1%)
Erkrankung wurde festgestellt, die operativ entfernt werden muss.	1 (1%)
Erschöpfung	1 (1%)
Erschöpfungssymptome, wechselnde Schmerzproblematiken, Schlaflosigkeit	1 (1%)
Erstdiagnose Asthma	1 (1%)
Erstmaliges Auftreten einer Migräneaura mit Sehstörungen und Taubheit in den Händen.	1 (1%)
Fußbeschwerden (Arthrose USG) und Steißbeinschmerzen	1 (1%)
Fußentzündung, aber länger als 4 Wochen	1 (1%)
Gelenkentzündungen mit Schmerzen und Schwellungen	1 (1%)
Gelenkschmerzen	2 (1%)
Gelenkschmerzen in den Füßen	1 (1%)
Gewichtszunahme	1 (1%)
Grippalen Infekt	1 (1%)
Grippe/schwere Erkältung	1 (1%)
Grüner Star	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Gürtelrose	1 (1%)
HUSTEN, VIRALER INFEKT	1 (1%)
HWI	1 (1%)
HWS Syndrom, Kopfschmerzen	1 (1%)
Haarausfall	1 (1%)
Haarausfall, krämpfe	1 (1%)
Halswirbelsyndrom	1 (1%)
Hartnäckige Blasenentzündung mit Resistenzen Bakterien	1 (1%)
Hautausschlag, Mundherpes	1 (1%)
Herzrasen	1 (1%)
Herzrasen, Bluthochdruck verschlimmert, starke Gefühlsschwankungen, Panikattacke mit Zuckungen und Hyperventilation, Reaktionsvermögensverlust	1 (1%)
Herzrasen, Herzstolpern	1 (1%)
Herzrhythmusstörungen	1 (1%)
Hexenschuss, Gelenkschmerzen, Taubheitsgefühle im dem Fingern	1 (1%)
Hoher Puls	1 (1%)
Husten und Erschöpfung	1 (1%)
Hörsturz	1 (1%)
Ich hatte einen Tumor aus der Brust entfernt bekommen. Gott sei Dank Gutartig wie sich rausstellte, habe seit 4 Monaten ein Gerstenkorn aufgrund von Stress und ich hatte vor knapp 10 Jahren einen leichten Burnout, wo ich die Anzeichen aktuell wieder bei mir erkenne. Aufgrund von ständigem	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Jobverlust hatte ich seit 3 Jahren keinen richtigen Urlaub und bin aktuell noch Probezeit was mich sehr belastet.	
Ich war schwer an Corona erkrankt	1 (1%)
Instabilität meiner HWS und sehr häufige Migräneanfälle	1 (1%)
Kalkschulter Fibromyalgie	1 (1%)
Knieschmerzen und Rückenschmerzen durch eine angeborene Fehlstellung, die sich verschlimmert hat	1 (1%)
Kopf- und Gelenkschmerzen	1 (1%)
Kopfschmerz	1 (1%)
Kopfschmerzen Übelkeit	1 (1%)
Kopfschmerzen, Herzrasen, Panikgefühl	1 (1%)
Kopfschmerzen, Magenschmerzen	1 (1%)
Lag mit schwerer Bronchitis flach, daher bin ich derzeit auch körperlich noch ziemlich erschöpft	1 (1%)
Leichter Bluthochdruck, leichte Herzbeklemmung gelegentlich	1 (1%)
ME/CFS	1 (1%)
MS Symptome	1 (1%)
Magen-Darm-Probleme	1 (1%)
Magenschleimhautentzündung, Reflux	1 (1%)
Magenschmerzen	1 (1%)
Magenschmerzen, Ärztliche Untersuchung findet aktuell statt	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Massive Gleichgewichtsstörungen, Schwindel mit Erbrechen und Durchfall	1 (1%)
Mein Hautkrebs im Gesicht ist wieder aktive,meine Blase spielt verrückt	1 (1%)
Meine chronische Hauterkrankung ist gerade wieder aktiv	1 (1%)
Migräne	3 (2%)
Migräne mit Aura	1 (1%)
Migräne, Arthrose	1 (1%)
Migräne, Rückenschmerzen	1 (1%)
Mikräne setzt wieder vermehrt ein	1 (1%)
Morbus basedow	1 (1%)
Muskelschmerzen	1 (1%)
Muskelverspannungen	1 (1%)
Müdigkeit, Kraftlosigkeit	1 (1%)
Nackenschmerzen, Schulterschmerzen	1 (1%)
Nervosität, Tinnitus, Bluthochdruck	1 (1%)
Nächtliches Herzrasen	1 (1%)
Panikattacke	1 (1%)
Panikattacken, Kreislaufprobleme	1 (1%)
Polyneuropathie	1 (1%)
Rheuma	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Rheumaschub	1 (1%)
Rückenprobleme	1 (1%)
Rückenprobleme, Arthrosen, Erschöpfung	1 (1%)
Rückenschmerzen	1 (1%)
Rückenschmerzen	6 (3%)
Rückenschmerzen, Allergie Frühblüher	1 (1%)
Rückenschmerzen, Erkältung	1 (1%)
Rückenschmerzen, Kloß im Hals, Druck auf dem Brustkorb	1 (1%)
Rückenschmerzen, Kopfschmerzen	1 (1%)
Rückenschmerzen, Schwindel	1 (1%)
Rückenschmetz	1 (1%)
Schlafprobleme	1 (1%)
Schlafstörungen	3 (2%)
Schlafstörungen, Unruhe, Angstgefühle	1 (1%)
Schlechter Schlaf, Rückenschmerzen	1 (1%)
Schleimbeutelentzündung am Oberschenkel, Zwerchfellriss und damit verbunden Beeinträchtigungen beim Essen, Fersensporen, Muskelzerrungen	1 (1%)
Schmerzen Bewegungsapparat	1 (1%)
Schmerzen im Bewegungsapparat	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Schmerzen im Fußgelenk	1 (1%)
Schmerzen im Rücken	1 (1%)
Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Arm	1 (1%)
Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, Schmerzen linkes Auge und Kopf	1 (1%)
Schub bei meiner Sarkoidose	1 (1%)
Schulterschmerzen	1 (1%)
Schulterschmerzen rechte Schulter	1 (1%)
Schwindel aufgrund von massivem Eisenmangel und blockierter HWS	1 (1%)
Schwindel, Erschöpfung	1 (1%)
Sehr hoher Cortisolwert sehr häufige Infekte Prädiabetes	1 (1%)
Seit einem viertel Jahr immer wieder Schmerzen an einer Stelle am Rücken	1 (1%)
Siehe oben	1 (1%)
Spannungskopfschmerzen	1 (1%)
Spinalkanalstenose HWS	1 (1%)
Starke Schmerzen in rechtem Arm	1 (1%)
Stress mit körperlichen Schmerzen	1 (1%)
Tagesmüdigkeit	1 (1%)
Tinnitus	3 (2%)
Tinnitus verstärkt Magen Darm Probleme	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Urticariaschub Covidinfektion	1 (1%)
Verdacht auf Rheuma oder Fibromyalgie. Oft Schmerzen, Probleme bei Arbeit und Alltag	1 (1%)
Verschlechterung der MS-Symptomatik	1 (1%)
Verspannungen	1 (1%)
Verspannungen Schlafstörungen	1 (1%)
Weichteiltumor gutartig	1 (1%)
Wie bereits erwähnt eine Vorstufe zu einer erneuten Krebserkrankung.	1 (1%)
Wirbelsäule, Trigenimusneuralgie	1 (1%)
Wunde Mundschleimhaut, Rücken- und Kopfschmerzen	1 (1%)
Zittern und Übelkeitsanfälle. Nicht neu, aber mir scheint es häufiger zu werden und ich muss sehr aufpassen, dass ich diese Überlastungsreaktionen eindämme...	1 (1%)
dauerhafte Schwächegefühle	1 (1%)
etwas mehr Schlafstörungen	1 (1%)
fortschreitende Muskelerkrankung wird schlimmer	1 (1%)
mehr Kopfschmerzen und Gefühlsausbrüche	1 (1%)
nicht ""schwerwiegend"", aber ich wache so gut wie täglich mit Spannungskopfschmerzen auf, die meistens, aber nicht immer im Laufe des Tages aufhören	1 (1%)
permanente erschöpfung	1 (1%)
personale Dermatitis aufgrund von Stress	1 (1%)
schilddrüse	1 (1%)

Table A6-1-6: Serious changes in physical symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
schwere kognitive Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen, Gedächtnisschwierigkeiten), Nervosität/Zittern, Kreislaufprobleme, Herzrasen, rasanter Gewichtsverlust	1 (1%)
starke Müdigkeit/"platt sein"	1 (1%)
starke Rückenschmerzen	1 (1%)
starke Verspannungen in Rückenmuskulatur	1 (1%)
Missings	1462/1640 (89%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_6.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-7: Serious changes in mental symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-7: Serious changes in mental symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in mental symptoms in the last four weeks.	No	405 (91%)	324 (91%)	212 (91%)	941 (91%)
	Yes	38 (9%)	33 (9%)	21 (9%)	92 (9%)
	Missings	208/651 (32%)	302/659 (46%)	97/330 (29%)	607/1640 (37%)
T2: Connection with the study.	No	175 (91%)	155 (92%)	127 (90%)	457 (91%)
	Unlikely	10 (5%)	6 (4%)	8 (6%)	24 (5%)
	Possible	6 (3%)	3 (2%)	3 (2%)	12 (2%)
	Yes	2 (1%)	4 (2%)	3 (2%)	9 (2%)
	Missings	458/651 (70%)	491/659 (75%)	189/330 (57%)	1138/1640 (69%)
T2: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	22 (59%)	22 (67%)	12 (57%)	56 (62%)
	Unlikely	8 (22%)	4 (12%)	5 (24%)	17 (19%)
	Possible	5 (14%)	3 (9%)	1 (5%)	9 (10%)
	Yes	2 (5%)	4 (12%)	3 (14%)	9 (10%)
	Missings	1/38 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1/92 (1%)
T3: Serious changes in mental symptoms in the last four weeks.	No	368 (92%)	297 (94%)	189 (90%)	854 (92%)
	Yes	32 (8%)	20 (6%)	21 (10%)	73 (8%)
	Missings	251/651 (39%)	342/659 (52%)	120/330 (36%)	713/1640 (43%)

Table A6-1-7: Serious changes in mental symptoms. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	156 (93%)	127 (94%)	101 (86%)	384 (92%)
	Unlikely	6 (4%)	3 (2%)	12 (10%)	21 (5%)
	Possible	4 (2%)	5 (4%)	3 (3%)	12 (3%)
	Yes	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	2 (0%)
	Missings	484/651 (74%)	524/659 (80%)	213/330 (65%)	1221/1640 (74%)
T3: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	22 (73%)	14 (70%)	10 (48%)	46 (65%)
	Unlikely	4 (13%)	2 (10%)	9 (43%)	15 (21%)
	Possible	3 (10%)	4 (20%)	1 (5%)	8 (11%)
	Yes	1 (3%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (3%)
	Missings	2/32 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	2/73 (3%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_7.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in mental symptoms in the last four weeks (free text).	Alpträume	1 (1%)
	Am Wochenende auf Geburtstag eingeladen und irgendwie keine Lust auf Gespräche gehabt. Auch was ich zu trinken serviert bekomme, war mir vollkommen egal. Kenne ich eigentlich nicht von mir.	1 (1%)
	Angst, Einsamkeit, Gefühl von Wertlosigkeit	1 (1%)
	Angst, Niedergeschlagenheit	1 (1%)
	Angst, Reizbarkeit	1 (1%)
	Angstgefühle	1 (1%)
	Angststörungssymptome sind schlimmer geworden	1 (1%)
	Angstzustände Schlafstörungen Zittern	1 (1%)
	Angstzustände, Gedankenkreisen, keine Lebenslust, nur Verantwortung den Kindern gegenüber	1 (1%)
	Antriebslosigkeit, Hilflosigkeit und Verzweiflung	1 (1%)
	Antriebslosigkeit, Traurigkeit	1 (1%)
	Bauchschmerzen, Schlafstörung	1 (1%)
	Beginnende depressive episode	1 (1%)
	Belastete/ gedrückte Stimmungslage. Ich konnte 1x die Woche ca 1h in die Studie investieren das ist bei mir schon viel Zeit. Die Nachrichten haben mich unter Druck gesetzt und das Gefühl in 4 Wochen alles bearbeiten zu sollen. Ich empfand die Studie deshalb weniger als Angebot als auch als Zwang etwas durchzuarbeiten. Die beispielvideos waren sehr intensiv und haben viele Gefühle hochgebracht	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
für die ich so nicht gewappnet war insofern fand ich die Informationen vor der Studie nicht ausreichend um zu überblicken welches Zeitmaß/ Auseinandersetzung erwartet wird.	
Bin verzweifelt	1 (1%)
Brain fog, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit	1 (1%)
Burn out siehe oben	1 (1%)
Burn-out, Depression	1 (1%)
Burnout	1 (1%)
Depression hat sich verschlimmert und Schlafstörungen	1 (1%)
Depressive Episode	1 (1%)
Depressive Störungen	1 (1%)
Depressive Tage (Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Hoffnungslosigkeit)	1 (1%)
Depressive Verstimmungen sobald ich mich Optimistisch versucht habe von meinen Johanniskrauttabletten zu lösen	1 (1%)
Depressive stimmung	1 (1%)
Eine Depression	1 (1%)
Erschoepfung, Freudlos, Kraftlos	1 (1%)
Erschöpfung	3 (3%)
Erschöpfung - Verzweiflung - Perspektivlosigkeit.	1 (1%)
Erschöpfung, Antriebs- und Hoffnungslosigkeit	1 (1%)
Erschöpfung, Unkonzentriertheit, Impulsivität, Ängste, Schlafstörungen	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Erschöpfungsdepression (geringe Belastbarkeit, häufigeres Weinen, Unfähigkeit sich zu erholen,...)	1 (1%)
Erschöpfungszustände, Angst	1 (1%)
Es war/ist schon belastend manche Alltagssituation so ""vors Auge geführt zu bekommen"". Gott sei dank konnte ich meine Betroffenheit dann abfangen.	1 (1%)
Fühle mich selber depressiv.	1 (1%)
Gefühle der Ausweglosigkeit, innere Leere, Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit	1 (1%)
Gereiztheit, Überlastung	1 (1%)
Hang zur tiefen Erschöpfung, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Resignation	1 (1%)
Ich bin öfter verzweifelt und gereizt	1 (1%)
Ich fühle mich öfter traurig.	1 (1%)
Ich kann kaum noch durchschlafen, habe erhebliche Herausforderungen mich für wichtige Dinge zu motivieren	1 (1%)
Ich war mit der Aussicht, meinen Suizid-gefährdeten Sohn im Auge zu behalten, total überfordert. Zum Glück war es ein langes Wochenende und ich musste nicht arbeiten.	1 (1%)
Ich weine sehr oft und Kleinigkeiten bringen das Fass zum überlaufen.	1 (1%)
Ich würde das Wort ""schwerwiegend"" streichen, habe jedoch starke Schlafstörungen entwickelt, bin unkonzentriert und wenig belastbar	1 (1%)
Innere Unruhe, Spannungsgefühl in der Brust, antriebslosigkeit, überforderung, strukturlosigkeit, unzufriedenheit, stress, nichmehr wissen wo vor e und hinten und wie wann welche arbeit angegangen werden soll, angst zu versagen	1 (1%)
Keine Motivation, Selbstzweifel, Grübeln, Sorgenvoll in die Zukunft blickend	1 (1%)
Lustlosigkeit Antriebsschwäche Starke innere Unruhe	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text		Total (N = 1640)
	Mangelndes Selbstwertgefühl Angst	1 (1%)
	Nachdem es meinem Mann eine Zeitlang gut ging und er auch arbeiten war, sind wir in Urlaub gefahren. Dort ging es ihm von Tag zu Tag schlechter. Damit bin ich sehr schlecht zurecht gekommen, wusste mir im Ausland nicht zu helfen. Das war ein Ausnahmezustand für uns beide. Die Ärztin meines Mannes hat mich krank geschrieben und mir Gesprächstermine angeboten. Nächste Woche wird der erste Termin sein. Ich fühle mich sehr zitterig, wenig belastbar, als ob ich ständig über sehr dünnes Eis laufen muss.	1 (1%)
	Nachlassende Selbstmotivation	1 (1%)
	Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen	1 (1%)
	Niedergeschlagenheit, Machtlosigkeit	1 (1%)
	Panikattacke	1 (1%)
	Psychische Belastung durch alleinige Übernahme von finanzielle Situation und Haushalt	1 (1%)
	Schlaflosigkeit	2 (2%)
	Schlaflosigkeit, Erschöpfung	1 (1%)
	Schlafprobleme	2 (2%)
	Schlafstörung	1 (1%)
	Schlafstörungen	1 (1%)
	Schleichender Burnout	1 (1%)
	Schwermut, Aufmerksamkeitsdefizit	1 (1%)
	Selbstzweifel, Angststörung	1 (1%)
	Selbstzweifel, Rückzug, Traurigkeit, emotionale Tiefs	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Starke Verstimmung, einige Male Verzweiflung	1 (1%)
Stimmungstiefs, wenig Zuversicht, Hang zum Grübeln und leicht vermehrte worstcase-Szenarien ausmalen, wenig Freude das kenne ich so nicht von mir...	1 (1%)
Totale Lustlosigkeit und Überforderung,	1 (1%)
Traurigkeit, Antriebslosigkeit	1 (1%)
Traurigkeit, Niedergeschlagenheit	1 (1%)
Traurigkeit, Selbstwertgefühl geringer	1 (1%)
Trostlosigkeit, Traurigkeit, Trauer, Hilfslosigkeit	1 (1%)
Vergessen, und sich viele Gedanken machen	1 (1%)
Verlust von Selbstwertgefühl	1 (1%)
Verzweiflung, Angst, Hoffnungslosigkeit, Überforderrung	1 (1%)
Vor 4 Wochen Coronainfektion mit weiterhin bestehenden Bronchialbeschwerden Massive (verstärkte) Rückenschmerzen Konzentrationsstörung Unzufriedenheit	1 (1%)
Weinerlichkeit, das Gefühl, so nicht mehr weitermachen zu können, Kraftlosigkeit	1 (1%)
Während corona ist meine psychische Anspannung der letzten Monate hochgekommen...	1 (1%)
Während eines Streits mit meiner Frau, kam es mir so vor als ob ich keine Kontrolle über das was ich sage habe.....konnte aber alles klar sehen....nur nicht steuern.	1 (1%)
depressive Symptomatik. Suizidgedanken, Niedergeschlagenheit, Anspannungszustände, Einsamkeit	1 (1%)
emotionale Überlastung	1 (1%)
habe langsam das Gefühl, selbst depressiv zu werden. Es ist einfach zu anstrengend und die Hilfe von aussen erfolgt nur am Anfang (Freunde, Familie).	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
	ich fühl mich leer	1 (1%)
	steigende Unruhe, Mutlosigkeit, Erschöpfung, Gefühl der Wertlosigkeit, des Alleinseins	1 (1%)
	suizidale Gedanken, Antriebslosigkeit	1 (1%)
	tiefe Traurigkeit (Tränen), Erschöpfung, Zittern der Hände	1 (1%)
	vermehrt ""dünnhäutig""	1 (1%)
	wieder mehr Ängste über alle möglichen Themen und mehr psychosomatisch bedingte Beschwerden	1 (1%)
	Ängste	1 (1%)
	Missings	1549/1640 (94%)
T3: Serious changes in mental symptoms in the last four weeks (free text).	Angst	1 (1%)
	Angststörung	1 (1%)
	Angststörungssymptome	1 (1%)
	Angstzustände, Schlaflosigkeit, Unruhe, Stress	1 (1%)
	Angstzustände, Stressgefühle	1 (1%)
	Aus dem Nichts kommen ab und zu Tränen	1 (1%)
	Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung aufgrund von Depressionen. People Pleasing, eigene Vernachlässigung, geminderter Selbstwert. Gefühl der Wertlosigkeit / Überflüssigkeit / Machtlosigkeit.	1 (1%)
	Depression	3 (4%)
	Depression, Schlaflosigkeit,	1 (1%)
	Depression/Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Depressionen	1 (1%)
Depressive Episode	1 (1%)
Depressive Verstimmung	1 (1%)
Depressive Verstimmungen	1 (1%)
Dysthymische Verstimmungen	1 (1%)
Düstere Gedanken, Tendenz zum Rückzug	1 (1%)
Erschöpfung	1 (1%)
Erschöpfung Schlechtere Konzentration und Stimmung	1 (1%)
Erschöpfung und Mutlosigkeit, Resignation beim Versuch der Unterstützung meines Angehörigen	1 (1%)
Erschöpfung, Traurigkeit, Einsamkeitsgefühl, Sich unfähig fühlen	1 (1%)
Erschöpfung, innere Leere, Traurigkeit	1 (1%)
Essstörung	1 (1%)
Fühle mich ausgebrannt	1 (1%)
Große Traurigkeit und Überforderung, Gefühl des Alleingelassenseins Gerade bei meiner Beschäftigung mit dieser Studie kommt große Verzweiflung mit Gefühlsausbrüchen bei mir auf.	1 (1%)
Grundloses Weinen Freudlosigkeit Überforderung	1 (1%)
Herzrasen, Panikattacken	1 (1%)
Hin und wieder Situationen in denen ich Überfordert war oder mir alles zu viel wurde	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit, Nervenzusammenbrüche	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ich befinde mich in einem nie dagewesenen Erschöpfungszustand und habe deshalb im Januar Termine für eine Gesprächstherapie vereinbart, da mich mein Zustand extrem irritiert und ängstigt.	1 (1%)
Ich denke, dass ich mittlerweile selbst Depressionen habe. Leider bekomme ich keinen Therapieplatz.	1 (1%)
Ich entwickle zunehmend Angst, allein zuhause zu sein über mehrere Tage	1 (1%)
Ich fühle mich zeitweise selber depressiv	1 (1%)
Ich habe derzeit sehr viel Angst davor, aufgrund aller Umstände und Belastungen, selbst psychisch abzurutschen und es nicht schaffen zu können. Ich glaube auch, dass ich manchmal leichte, depressive Verstimmungen habe. Ich hoffe nicht, dass es schlimmer wird. Gemeinsam schöpfen wir trotzdem Kraft und halten zusammen. Ich versuche stark zu bleiben. Manchmal ein bisschen mehr für uns beide.	1 (1%)
Ich habe manchmal den Eindruck, ich könnte selbst eine Depression bekommen, obwohl ich fest der Meinung bin, dafür nicht ""empfänglich"" zu sein.	1 (1%)
Ich hatte vor knapp 10 Jahren einen leichten Burnout, wo ich die Anzeichen aktuell wieder bei mir erkenne.	1 (1%)
Kraftlosigkeit	1 (1%)
Körperliche schmerzen	1 (1%)
Leicht depressive Stimmung durch Ehekrise und Corona	1 (1%)
Leichter Rückfall in soziale Phobie	1 (1%)
Mittelgradige depressive Episode	1 (1%)
Müdigkeit, Kraftlosigkeit	1 (1%)
Nervösität, Freud- und Lustlos, keine Motivation, viele Triggermomente = viele schlechte Erinnerungen.	1 (1%)
PTBS	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Panik, wenn mein Mann unserem Sohn erlaubt hier zu übernachten und selbst nicht da ist.	1 (1%)
Panikattacken	1 (1%)
Piepen auf den Ohren. Augen zucken	1 (1%)
Schlafprobleme	1 (1%)
Schlafprobleme, Verschlechterung	1 (1%)
Schlafstörungen	2 (3%)
Schlafstörungen, Unruhe, Gereiztheit, Trauer, fehlende Impulskontrolle	1 (1%)
Starke Erschöpfung (leichte Erschöpfung war vorher schon da, hat sich aber deutlich verschlimmert). Hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass mein Mann seitdem krank geschrieben ist und ständig zu Hause ist.	1 (1%)
Unruhe, Nervosität, Antriebsminderung	1 (1%)
Unruhe, Schlaflosigkeit, Grübelneigung	1 (1%)
Verlust des Selbstwertgefühls, Angst vor der Zukunft	1 (1%)
Verlustängste, Einsamkeit	1 (1%)
Verschlimmerung Essstörung	1 (1%)
Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Energielosigkeit	1 (1%)
Weinen, Hilflos	1 (1%)
Wertlosigkeit, Frust, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Unsicherheit	1 (1%)
[keine offizielle diagnostik erhalten]	1 (1%)
depression	1 (1%)

Table A6-1-8: Serious changes in mental symptoms. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
einmal Panikattacke	1 (1%)
ich leide schon unter dem Krieg in der Ukraine, der allgemeinen Unsicherheit, Corona und dazu noch die Krankheit meiner Tochter, Streit mit meinem Mann, weil ich lieber zu Hause, auch bei ihr sein möchte...	1 (1%)
s. o. in Zusammenhang mit psychischen Problemen	1 (1%)
starke Gefühlsschwankungen Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wut, Trauer kraftlosigkeit, Verzweiflung, lange Phasen weinend, da liegend, am Boden	1 (1%)
verstärkte Antriebslosigkeit, Haushaltsführung nach Dienstschluss strengt sehr an, Unruhe nach langen Telefonaten mit erkrankten Angehörigen	1 (1%)
Ängste, Panik, Depression	1 (1%)
Überlastung, Niedergeschlagenheit	1 (1%)
Missings	1569/1640 (96%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_8.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-9: Serious changes in family members and acquaintances. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-9: Serious changes in family members and acquaintances. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in family members and acquaintances in the last four weeks.	No	406 (91%)	322 (89%)	205 (88%)	933 (90%)
	Yes	40 (9%)	41 (11%)	28 (12%)	109 (10%)
	Missings	205/651 (31%)	296/659 (45%)	97/330 (29%)	598/1640 (36%)
T2: Connection with the study.	No	191 (97%)	169 (98%)	136 (97%)	496 (97%)
	Unlikely	5 (3%)	2 (1%)	2 (1%)	9 (2%)
	Possible	0 (0%)	2 (1%)	1 (1%)	3 (1%)
	Yes	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (0%)
	Missings	455/651 (70%)	486/659 (74%)	190/330 (58%)	1131/1640 (69%)
T2: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	37 (92%)	38 (93%)	26 (93%)	101 (93%)
	Unlikely	3 (8%)	2 (5%)	0 (0%)	5 (5%)
	Possible	0 (0%)	1 (2%)	1 (4%)	2 (2%)
	Yes	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (1%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T3: Serious changes in family members and acquaintances in the last four weeks.	No	341 (87%)	281 (88%)	180 (86%)	802 (87%)
	Yes	50 (13%)	40 (12%)	30 (14%)	120 (13%)
	Missings	260/651 (40%)	338/659 (51%)	120/330 (36%)	718/1640 (44%)

Table A6-1-9: Serious changes in family members and acquaintances. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	173 (98%)	146 (98%)	115 (97%)	434 (98%)
	Unlikely	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)	4 (1%)
	Possible	1 (1%)	2 (1%)	2 (2%)	5 (1%)
	Yes	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	Missings	475/651 (73%)	510/659 (77%)	211/330 (64%)	1196/1640 (73%)
T3: If 'Serious changes' is Yes: Connection with the study.	No	49 (98%)	37 (92%)	27 (93%)	113 (95%)
	Unlikely	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (1%)
	Possible	0 (0%)	2 (5%)	2 (7%)	4 (3%)
	Yes	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	1/30 (3%)	1/120 (1%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_9.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Serious changes in family members and acquaintances in the last four weeks (free text).	Corona	2 (2%)
	Covid-Infektion beim Bruder.	1 (1%)
	Darmkrebs Diagnose meines Vaters	1 (1%)
	Darmkrebs bei einer guten Bekannten.	1 (1%)
	Demenz	1 (1%)
	Depression	1 (1%)
	Depression Onkel - ersr vor wenigen Tagen erfahren	1 (1%)
	Der Tod meiner Oma.	1 (1%)
	Der Vater eines guten Freundes ist gestorben	1 (1%)
	Der Zustand meines Großvaters hat sich sehr verschlechtert	1 (1%)
	Diagnose	1 (1%)
	Die Demenz unseres Mitbewohners (wir sind eine Hausgemeinschaft ,gleich einer Familie, und kümmern uns um Ihn) hat sich sehr verstärkt. Wir müssen neue Strategien entwickeln, um Ihn in Zukunft besser helfen zu können.	1 (1%)
	Die Tochter meines Lebensgefährte hat neben der schon vorhanden MS eine schwere chronische Arthritis bekommen	1 (1%)
Die erkrankte Person ist die depressive Person. Sie war im Krankenhaus und kam ohne Diagnose wieder nach Hause. Schlimmes kopfstechen, sehr hoher Blutdruck und Puls	1 (1%)	

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text		Total (N = 1640)
Einlieferung ins Krankenhaus aufgrund von Erbrechen. Normale Nahrungsaufnahme und trinken waren alleine nicht mehr möglich und kamen sofort durch Erbrechen wieder heraus.		1 (1%)
Endometriose bei einer Freundin, die unserem gemeinsamen an Depression erkrankten Freund ebenfalls nahe steht. Verschlechterung Gesundheitszustand meines Vaters (speziell Knieprothese, aber insg. viele körperliche Beschwerden bei ihm)		1 (1%)
Erkrankung des Vaters		1 (1%)
Erneute Verschlechterung des psychischen Zustandes einer Angehörigen		1 (1%)
Früherer Nachbar. Partner einer Kollegin. Vater einer Kollegin Alle drei gestorben.		1 (1%)
Gesichtsgürtelrose bei meinem Mann		1 (1%)
Haustier (mehr von mir, aber auch meinen depressiven Angehörigen)		1 (1%)
Hepatitis		1 (1%)
Herzkrankheit unseres Sohnes		1 (1%)
Hirnaneurysma		1 (1%)
Hirnblutung Schwiegermutter Leukämie beste Freundin		1 (1%)
Hirntumor		1 (1%)
Hirntumor bei Verwandtschaft		1 (1%)
Ich habe meine Mutter in eine Parkinsonklinik gebracht, sie leidet an Altersdepression, Demenz, Parkinson und Teillähmung, die Studie beziehe ich aber auf meinen Sohn, der eine wiederkehrende Depression hat, immer Oktober bis Februar, ich lebe mit meinem geistig behinderten Bruder zusammen, meine Belastung ist immer hoch.		1 (1%)
Ja, die Erkrankung meines Mannes. Aufgeführt unter dem Punkt: schwerwiegende, belastende Veränderungen in Ihrem Privatleben.		1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Keine	1 (1%)
Knochenmetastasen-Diagnose bei meiner Mutter	1 (1%)
Krankheit der ""Schwiegermutter"": Nierenversagen durch nicht erkannte Blasenentzündung/Austrocknung	1 (1%)
Krebs	6 (6%)
Krebs und Alzheimer	1 (1%)
Krebsdiagnose beim Vater meines Mannes	1 (1%)
Krebsdiagnose meiner Schwester	1 (1%)
Krebserkrankung	2 (2%)
Krebserkrankung Mutter	1 (1%)
Krebserkrankung meines Vaters	1 (1%)
Krebserkrankung mit Todesfolge	1 (1%)
Leukämie	1 (1%)
Lungenembolie Onkel; Altersdemenz	1 (1%)
Mein Großvater ist mit 100 Jahren verstorben	1 (1%)
Mutter hatte schweren unfall	1 (1%)
Nicht im engen, aber durchaus im Bekanntenkreis: Selbstmord des 40-jährigen Sohnes einer Bekannten und plötzlicher Tod des 24-jährigen Sohnes eines ehemaligen Kollegen.	1 (1%)
Oben schon beschrieben: Die Oma meines Mannes verstarb.	1 (1%)
Oma und Schwiegermutter verstorben	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Onkel des depressiven Angehörigen ist verstorben	1 (1%)
Opa im Krankenhaus wegen Dehydrierung. Jetzt wieder gesund	1 (1%)
Opa verstorben	1 (1%)
Opa von Freundin	1 (1%)
Parkinson	1 (1%)
Pflegebedürftiger Vater: Verschlechterung des Gesundheitszustandes	1 (1%)
Pflegebedürftigkeit der Mutter	1 (1%)
S. O. Akute Psychose meines Sohnes, Erneute Chemotherapie meines gehadicapten Bruders	1 (1%)
Schwere Depression mit Suizidgefahr bei einem weiteren Familienmitglied, Tumor bei einer guten Freundin	1 (1%)
Schwere Krebserkrankung eines Freundes	1 (1%)
Schwerer Herzinfarkt bei meinem Vater	1 (1%)
Schwiegermutter mit Krebs im Endstadium - Situation hat sich verschlechtert.	1 (1%)
Schwiegervater hat eine Hirnblutung	1 (1%)
Schwiegervater/Lungenkrebs	1 (1%)
Schädel-Hirn Trauma	1 (1%)
Stiefvater	1 (1%)
Suizid	1 (1%)
Tante Darmverschlingungen	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Tante meines Mannes ist verstorben	1 (1%)
Tochter: psychogener Schwindel	1 (1%)
Tod der Großmutter	1 (1%)
Tod der Großtante	1 (1%)
Tod der Patentante	1 (1%)
Tod der Tante	1 (1%)
Tod des Großvaters	1 (1%)
Tod des Schwiegervaters nach langer Krankheit	1 (1%)
Tod des Vaters (bester Freundin)	1 (1%)
Tod des Vaters meiner Angehörigen	1 (1%)
Tod durch Corona, Tod wg Lebensalter	1 (1%)
Tod einer Freundin der Familie - Todesursache: Gehirntumor	1 (1%)
Tod eines Jugendfreundes	1 (1%)
Todesfall	3 (3%)
Todesfall der Großmutter meines Mannes.	1 (1%)
Todesfall eines guten Bekannten, der sehr plötzlich und viel zu jung verstorben ist	1 (1%)
Todesfall vor acht Wochen	1 (1%)
Treppensturz meines Vaters	1 (1%)
Unfall	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
	Unfall, Schlaganfall	1 (1%)
	Unfalltod Großcousin	1 (1%)
	Unsere Haushaltshilfe ist leider verstorben aufgrund einer Krebserkrankung.	1 (1%)
	Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes eines anderen, nahen Angehörigen	1 (1%)
	Verwandter an Krebs verstorben	1 (1%)
	Wissen wir noch nicht. Verdacht auf Vorhofflimmern bei meiner Mama.	1 (1%)
	akute Gallen-Kolik, Blinddarmdurchbruch, Vater und Mutter zweier sehr enger Kolleginnen verstorben	1 (1%)
	körperliche Erkrankung meiner Mutter	1 (1%)
	meine Mutter hat Vitamin B1-Mangel und kann nur langsam mit einer Gehhilfe gehen	1 (1%)
	meine Tante ist gestorben und bei meiner Mutter war der Demenztest auffällig (und sie ist die Treppe heruntergefallen)	1 (1%)
	s.o.Meine Oma liegt im Krankenhaus und ihr Zustand ist kritisch. Mein anderer Bruder (nicht der erkrankte für diese Studie) ist in eine manische Phase gekommen und musste stationär aufgenommen werden.	1 (1%)
	vermutlich Schlaganfall meiner Oma, aber sie scheint es ohne Hirnschäden überstanden zu haben	1 (1%)
	vier Familienangehörige und zwei nahe Freunde sind kurz hintereinander verstorben	1 (1%)
	Missings	1534/1640 (94%)
T3: Serious changes in family members and acquaintances	1. Ein guter Freund konnte aufgrund einer Ruptur des Darmes nur knapp überleben und befindet sich noch in einem schlechten Gesundheitszustand. 2. Mein Bruder wurde mit Verdacht auf Herzinfarkt in die Klinik eingewiesen.	1 (1%)
	ALS Diagnose	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

in the last four weeks (free text).	Free text	Total (N = 1640)
	Aufenthalt einer Familienangehörigen in einer Psychiatrischen Klinik	1 (1%)
	Bei meiner Mutter wurde Brustkrebs mit Metastasen entdeckt	1 (1%)
	Beinbruch und Demenz bei der Mutter	1 (1%)
	Brustkrebs Tante	1 (1%)
	Corona	2 (2%)
	Coronaerkrankung meiner Schwester	1 (1%)
	Covid, Demenz	1 (1%)
	Covid-19 bei mehrere Familienmitglieder	1 (1%)
	Demenz	3 (3%)
	Demenz bei Schwiegermutter	1 (1%)
	Depression	2 (2%)
	Depression Mutter u Bruder	1 (1%)
	Depression in Verbindung mit Corona-Ängsten und -sorgen	1 (1%)
	Depressionen, Schockzustände in Bezug auf die Flutkatastrophe im Ahrtal, vierter Suizidversuch Schwiegermutter	1 (1%)
	Der Mann von der Mutter meines Freundes hat sich das Leben genommen	1 (1%)
	Diabetes Typ I	1 (1%)
	Die zweite Oma meines depressiven Mannes ist auch noch gestorben (Beginn der Studie war es die erste).	1 (1%)
	Ein Freund hat sich erhängt	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ein Suizid aus dem weiteren Bekanntenkreis.	1 (1%)
Eine Krebserkrankung Eine Totgeburt	1 (1%)
Erkrankung meiner Mutter wegen Corona Impfung.	1 (1%)
Erneuter Schlaganfall	1 (1%)
Glioblastom bei einem sehr guten Freund	1 (1%)
Großmutter	1 (1%)
Großmutter gestorben (Corona)	1 (1%)
Großmutter meines Partners	1 (1%)
Halbschwester des Erkrankten verstorben.	1 (1%)
Herzerkrankung unseres Sohnes.	1 (1%)
Herzinfarkt Vater	1 (1%)
Herzinfarkt und OPs meinen Vaters	1 (1%)
<p>Ich würde nicht sagen, dass es eine schwerwiegende Krankheit oder Personenbezogenen Todesfall gab, aber: Mein Partner und seine Tochter haben sich an Corona angesteckt zu den Zeiten, wo die Entlassung meiner Mutter aus der stationären Klinik bevorstand. Die Ungewissheit, ob ich mich selbst angesteckt habe und ob mein Partner rechtzeitig wieder gesund ist, war eine sehr belastende Situation. Mein Bruder hatte zeitgleich eine Erkältung und somit war ich die einzig mögliche Kontaktperson für meine Mutter. Das war eine sehr belastende Zeit, wo zudem auch irrationale Vorschläge von meiner Mutter aus kamen, denen ich gegensteuern musste. Darüber hinaus ist gestern der Kater meiner Mutter verstorben. Er lebte seit November mit in unserem Haushalt. Er hat mir sehr viel Halt und Kraft in der schweren Zeit gegeben, sodass dieser Verlust mich sehr trifft. Auch für meine Mutter ist dieser Verlust sehr belastend, wobei man auch merkt, dass sie stabiler ist, als zu der Zeit, wo sie in stationärer Behandlung war.</p>	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ja, Erkrankung seiner Mutter.	1 (1%)
Krebs	2 (2%)
Krebs der Mutter	1 (1%)
Krebs.	1 (1%)
Krebsdiagnose bei einem Verwandten (mit entsprechend schlechter Prognose)	1 (1%)
Krebsdiagnose der Schwiegermutter	1 (1%)
Krebserkrankungen	1 (1%)
Lungenkrebs	1 (1%)
Magersucht und Selbstmordgedanken der Schwägerin	1 (1%)
Mein Vater ist krank und ich muss mich um alles kümmern	1 (1%)
Mein Vater starb nach einem Schlaganfall	1 (1%)
Mein bester Freund Wolf starb mit 77 an einer Demenz	1 (1%)
Meine Mutter war sehr krank	1 (1%)
Meine depressive Schwester Eugenie hat die Diagnose ""Alzheimer"" bekommen; wir waren zur Untersuchung an der Uniklinik in HD, der Befund liegt jetzt vor	1 (1%)
Mutter s.o., Onkel liegt im Sterben	1 (1%)
Mutter von erkranktem Angehörigen	1 (1%)
Nachbar ist an Krebs gestorben.	1 (1%)
Niereninsuffizienz	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Patentante Krebs, Trennung Freundin von Bruder	1 (1%)
Pflegebedürftigkeit der Mutter	1 (1%)
Pflegebedürftigkeit meiner beiden Eltern, Diagnose Alzheimer bei meinem Vater	1 (1%)
Plötzlicher Tod eines 57 jährigen guten Bekannten	1 (1%)
Plötzlicher Tod des Mannes einer guten Freundinnen	1 (1%)
Prostatakrebsdiagnose des vaters	1 (1%)
RLS	1 (1%)
Rücken und Nackenschmerzen	1 (1%)
Schlaganfall Schwiegervater	1 (1%)
Schwere Erkrankung Tochter	1 (1%)
Schwere Erkrankung der Patentante meines Mannes. Tod seines Arbeitskollegen.	1 (1%)
Schwere RSV Erkrankung des neugeborenen Neffen	1 (1%)
Schwerer Sturz der dementen und blinden Mutter mit Knochenbrüche als Folge.	1 (1%)
Schwester erneut stark an Depressionen erkrank, ambulante Psychologische Behandlung	1 (1%)
Schwiegermutter Hirnblutung	1 (1%)
Schwiegervater Endstadium COPD	1 (1%)
Schwiegervater gestorben	1 (1%)
Schwiegervater verstorben Schwiegermutter unheilbare Leukämie	1 (1%)
Selbstmord eines Onkels	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Skoliose bei Tochter, die operiert werden muss. Suicid bei Bruder meines Mannes.	1 (1%)
Sohn einer Freundin ist mit 31 Jahren gestorben	1 (1%)
Speiseröhrenkrebs	1 (1%)
Starke Verschlechterung des Zustandes meiner Mutter, krasse Situationen beim Besuch im Pflegeheim	1 (1%)
Stiefvater plötzlich verstorben,	1 (1%)
Tante	1 (1%)
Tante im Krankenhaus aber wieder zu Hause	1 (1%)
Tod Großmutter	1 (1%)
Tod der Großmutter	2 (2%)
Tod der Großmutter der erkrankten	1 (1%)
Tod der Mutter	1 (1%)
Tod der Schwiegermutter	1 (1%)
Tod des Großvaters	1 (1%)
Tod des Onkels, Krebserkrankung des Vaters. Versuchter Suizid des Partners.	1 (1%)
Tod einer Nichte durch alkoholsucht	1 (1%)
Tod eines 53-jährigen guten Nachbars.	1 (1%)
Tod eines Verwandten	1 (1%)
Tod meines Chorleiters, die Trauer ist aber auszuhalten	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Todesfall Großvater	1 (1%)
Todesfall des Vaters des psychisch Erkrankte	1 (1%)
Todesfall durch Unfall eines kleines Mädchens	1 (1%)
Todesfall: Brustkrebs der Großtante	1 (1%)
Todesfälle aufgrund hohen Alters.	1 (1%)
Unheilbarer Krebs	1 (1%)
Unser Nachbar ist verstorben und die Witwe ist erkrankt, fast verstorben. Ich konnte ihr das Leben retten.	1 (1%)
Verdacht auf Lungenkarzinom des depressiv erkrankten	1 (1%)
Verschlechterung der psychischen Situation meiner Angehörigen durch sehe Wartezeit bis zur beginnenden Therapie	1 (1%)
Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei meinem Vater	1 (1%)
Wie bereits beschrieben Enkelin einer guten Bekannten.	1 (1%)
Wie gesagt, meine depressive Lebenspartnerin, wegen der ich diese Studie mache, hat sich umgebracht.	1 (1%)
Wir haben beinahe uns alle gegenseitig mit Corona angesteckt	1 (1%)
Wirbelbrüche bei meinem Vater durch Stürze.	1 (1%)
bei der Mutter: Hirnblutung nach Sturz	1 (1%)
eine enge Verwandte ist nach kurzer schwerer Krankheit gestorben	1 (1%)
lebensbedrohliche Konsequenzen einer OP beim Vater; Tod des Schwagers	1 (1%)

Table A6-1-10: Serious changes in family members and acquaintances. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
mein Bruder ist an Krebs erkrankt	1 (1%)
nahestehende Person	1 (1%)
s.o., Krebsdiagnose meiner Großmutter	1 (1%)
schwere Erkrankungen mit Intensivstation	1 (1%)
siehe oben	1 (1%)
Überraschender Suizid einer meiner besten Freunde wg. Depressionen	1 (1%)
Missings	1523/1640 (93%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_10.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-11: Suicidal thoughts and suicide attempts in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-11: Suicidal thoughts and suicide attempts in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: New or worsened suicidal thoughts in depressed person in the last four weeks.	No	397 (87%)	321 (88%)	210 (88%)	928 (87%)
	Yes	61 (13%)	45 (12%)	29 (12%)	135 (13%)
	Missings	193/651 (30%)	293/659 (44%)	91/330 (28%)	577/1640 (35%)
T2: Was there a suicide attempt?	No	207 (97%)	178 (98%)	133 (99%)	518 (98%)
	Yes	6 (3%)	3 (2%)	2 (1%)	11 (2%)
	Missings	438/651 (67%)	478/659 (73%)	195/330 (59%)	1111/1640 (68%)
T2: If there was a suicide attempt: Did the depressed person survive the suicide attempt?	No	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (9%)
	Yes	6 (100%)	3 (100%)	1 (50%)	10 (91%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T2: Connection of 'New or worsened suicidal thoughts' with the study.	No	41 (47%)	43 (51%)	34 (55%)	118 (51%)
	Yes	46 (53%)	41 (49%)	28 (45%)	115 (49%)
	Missings	564/651 (87%)	575/659 (87%)	268/330 (81%)	1407/1640 (86%)
T2: If 'New or worsened suicidal thoughts' is Yes: Connection of 'New or worsened suicidal thoughts' with the study.	No	3 (15%)	3 (16%)	3 (25%)	9 (18%)
	Yes	17 (85%)	16 (84%)	9 (75%)	42 (82%)
	Missings	41/61 (67%)	26/45 (58%)	17/29 (59%)	84/135 (62%)
	No	353 (88%)	293 (90%)	187 (88%)	833 (89%)

Table A6-1-11: Suicidal thoughts and suicide attempts in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: New or worsened suicidal thoughts in depressed person in the last four weeks.	Yes	48 (12%)	32 (10%)	25 (12%)	105 (11%)
	Missings	250/651 (38%)	334/659 (51%)	118/330 (36%)	702/1640 (43%)
T3: Was there a suicide attempt?	No	191 (97%)	145 (96%)	114 (98%)	450 (97%)
	Yes	6 (3%)	6 (4%)	2 (2%)	14 (3%)
	Missings	454/651 (70%)	508/659 (77%)	214/330 (65%)	1176/1640 (72%)
T3: If there was a suicide attempt: Did the depressed person survive the suicide attempt?	No	0 (0%)	2 (33%)	0 (0%)	2 (14%)
	Yes	6 (100%)	4 (67%)	2 (100%)	12 (86%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T3: Connection of 'New or worsened suicidal thoughts' with the study.	No	126 (96%)	103 (95%)	86 (95%)	315 (95%)
	Unlikely	4 (3%)	3 (3%)	5 (5%)	12 (4%)
	Possible	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	2 (1%)
	Yes	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)
	Missings	520/651 (80%)	551/659 (84%)	239/330 (72%)	1310/1640 (80%)
T3: If 'New or worsened suicidal thoughts' is Yes: Connection of 'New or worsened suicidal thoughts' with the study..	No	45 (96%)	28 (90%)	22 (96%)	95 (94%)
	Unlikely	2 (4%)	2 (6%)	1 (4%)	5 (5%)
	Possible	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (1%)
	Missings	1/48 (2%)	1/32 (3%)	2/25 (8%)	4/105 (4%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

Table A6-1-12: Worsening of depression in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-12: Worsening of depression in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Worsening of depression in depressed person in the last four weeks.	No	368 (82%)	295 (81%)	184 (80%)	847 (81%)
	Yes	81 (18%)	69 (19%)	47 (20%)	197 (19%)
	Missings	202/651 (31%)	295/659 (45%)	99/330 (30%)	596/1640 (36%)
T2: Connection with the study.	No	188 (92%)	160 (95%)	127 (94%)	475 (94%)
	Unlikely	8 (4%)	5 (3%)	3 (2%)	16 (3%)
	Possible	7 (3%)	3 (2%)	2 (1%)	12 (2%)
	Yes	2 (1%)	0 (0%)	3 (2%)	5 (1%)
	Missings	446/651 (69%)	491/659 (75%)	195/330 (59%)	1132/1640 (69%)
T2: If 'Worsening of depression' is Yes: Connection with the study.	No	67 (85%)	63 (93%)	41 (87%)	171 (88%)
	Unlikely	6 (8%)	2 (3%)	1 (2%)	9 (5%)
	Possible	5 (6%)	3 (4%)	2 (4%)	10 (5%)
	Yes	1 (1%)	0 (0%)	3 (6%)	4 (2%)
	Missings	2/81 (2%)	1/69 (1%)	0 (0%)	3/197 (2%)
T3: Worsening of depression in depressed person in the last four weeks.	No	324 (82%)	271 (83%)	178 (84%)	773 (83%)
	Yes	73 (18%)	54 (17%)	35 (16%)	162 (17%)
	Missings	254/651 (39%)	334/659 (51%)	117/330 (35%)	705/1640 (43%)

Table A6-1-12: Worsening of depression in depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	160 (93%)	132 (97%)	105 (95%)	397 (95%)
	Unlikely	6 (3%)	3 (2%)	5 (5%)	14 (3%)
	Possible	5 (3%)	1 (1%)	0 (0%)	6 (1%)
	Yes	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
	Missings	479/651 (74%)	523/659 (79%)	220/330 (67%)	1222/1640 (75%)
T3: If 'Worsening of depression' is Yes: Connection with the study.	No	59 (86%)	51 (94%)	32 (97%)	142 (91%)
	Unlikely	5 (7%)	3 (6%)	1 (3%)	9 (6%)
	Possible	4 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (3%)
	Yes	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
	Missings	4/73 (5%)	0 (0%)	2/35 (6%)	6/162 (4%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_12.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Worsening of depression in depressed person in the last four weeks (free text).	- sie konnte nicht arbeiten / Panikattacken - sie hat begonnen zu klauen und sieht nicht, dass dies nicht rechtens ist und Konsequenzen drohen - sie lacht unnatürlich; wie erzwungen „weil es sich so gehört“ - sie schläft den ganzen Tag	1 (1%)
	Abbau der körperlichen und geistigen Kraft Hungergefühl sehr reduziert	1 (1%)
	Absolute Distanz, ""Einigeln"", Dinge horten, vor allem aus der Vergangenheit. Aber auch Gegenwart (z.B. Teile des Alltagsgeschirrs, alltägliche Gegenstände, persönliche Gegenstände Familienangehöriger)	1 (1%)
	Aggressionen, Wut, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit	1 (1%)
	Aggressiver und Negativistischer; unzuverlässiger; unselbstkritischer	1 (1%)
	Aggressives Verhalten und Unversönlichkeit bei Konflikten, deutlich geringe Resilienz bei alltäglichen Problemen, Zweifel an / Sorge um die Zukunft der Beziehung.	1 (1%)
	Agressivität, Appetit, Trinkverhalten, Hygiene	1 (1%)
	Aktuell schwer zu kontrollierende Emotionen, davor teils schwere depressive Phasen, dazwischen positive Phasen Aktuell Umstellung Antidepressiva	1 (1%)
	Alkoholkonsum	1 (1%)
	Alles	1 (1%)
	Allg. Symptomatik, Rückfall in alte Verhaltensweisen, bspw. Einstellen der Kommunikation.	1 (1%)
	Allgemeinbefinden, zu wenig auf sich selbst geachtet	1 (1%)
	Allgemeine Stimmung	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Allgemeines Wohlbefinden und Zuversicht haben sich verschlechtert durch schlechte Erfahrungen mit Psychologen und Absagen, zudem Unverständnis des Hausarztes	1 (1%)
Allgemeinzustand	1 (1%)
Allgemeinzustand, negative Gedanken	1 (1%)
Allgemeinzustand. Suizidale Gedanken. Körperliche Schmerzen.... Falsches Antidepressiva.	1 (1%)
Antidepressiva haben nicht gewirkt und sehr starke Nebenwirkungen hervorgerufen, die lange auskuriert werden mussten, nun wieder sehr schlechter Zustand wie vor dem Ausprobieren der Medikamente	1 (1%)
Antriebslosigkeit	1 (1%)
Antriebsloser Wegen Tablettenwechsel	1 (1%)
Antriebslosigkeit, Erschöpfung, vermindertes Selbstwertgefühl, Überforderung	1 (1%)
Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Freude, Selbstbewusstsein	1 (1%)
Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, fehlende Motivation, Erschöpfung, Leeregefühl, lässt sich gehen, empfindet keine Freude	1 (1%)
Anwesenheit vom Alltag Interesse am Kind	1 (1%)
Aufgrund der erneuten Krankschreibung ist ihm die Tagesstruktur wieder entfallen. Er weiß nichts mit sich anzufangen und weiß nicht wie man den Tag sinnvoll gestalten kann. Dementsprechend unternimmt er nichts und empfindet alles als sinnlos.	1 (1%)
Aus einer schweren Depression wurde eine schwerste Depression. Der einwöchige Aufenthalt in der Psychiatrie / Station Akut Krise der Kbo Fürstenfeldbruck war ein voller Erfolg. Die Art der Antidepressiva wurde umgestellt und die Dosis sofort erhöht. Anschließend begann eine Psychotherapie. Jetzt handelt es sich ""nur"" noch um eine mittelschwere Depression.	1 (1%)
Auswegslosigkeit	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Bedingt durch die Arbeit in einer Spedition mit einem bis zu 11 Stunden Tag, langer Anfahrt und dass er seine Arbeit nicht schafft, verschlimmern sich die körperlichen Beschwerden und die seelische Verfassung ziemlich stark.	1 (1%)
Behandlung und Medikamenteneinnahme abgebrochen	1 (1%)
Bisher hatte er keine Suizidgedanken geäußert.	1 (1%)
Brauchte höher dosierte Antidepressiva, schlafprobleme sind schlimmer geworden, häufiges überfordert sein, häufiges gereizt sein, musste sich mehrmals akut bei seiner Psychologin melden wegen ""schlimmen Gedanken""	1 (1%)
Das vorher übliche Morgentief hat sich oft über den ganzen Tag gedehnt	1 (1%)
Demenz, Müdigkeit	1 (1%)
Depressiver Schub, körperliche Beziehungsfähigkeit ist stark gesunken	1 (1%)
Der Allgemeinzustand	1 (1%)
Der Wechsel von stationärem Psychiatrie Aufenthalt nach Hause. Die Umstellung war schwierig.	1 (1%)
Die Aggression	1 (1%)
Die Angsterkrankung meines Ehemannes, die er zusätzlich zu seiner schweren Depression hat, hat sich verschlechtert, da nun das Krankengeld ausläuft und unsere Familie finanziell/existenzuell in der Schwebe hängt. Hier ist das Gesundheits-/Sozialsystem wirklich grausam und nimmt keinerlei Rücksicht darauf, wie sich diese Dinge auf die angeschlagene Gesundheit der Kranken auswirkt.....	1 (1%)
Die Antriebslosigkeit hat wieder zugenommen. Die Körperpflege meines Partners läßt vermehrt zu wünschen übrig -- Er läßt sich da mehr gehen. Mein Partner ist öfter gereizt oder sehr empfindlich.	1 (1%)
Die Laune und die Antriebslosigkeit.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Die Stimmungslage hat sich deutlich ins negative gedreht in Richtung Existenzangst bedingt durch die Ereignisse in der Ukraine und die Auswirkungen auf die deutsche Wirtschaft bzgl. der aktuelle und zukünftigen Preisentwicklung und Warenverfügbarkeit.	1 (1%)
Die Zwänge haben sich verschoben.	1 (1%)
Die borderline Symptomatik kommt mit dazu, wir haben viele Konflikte bei unseren Begegnungen, die später per SMS weiter ausgetragen werden. Der Stimmungswechsel passieren gerade sehr schnell, ich bin oft überfordert und dadurch gereizt in den Situationen.	1 (1%)
Die mutivation,etwas zu schaffen. Aufzustehen, arbeiten gehen zu können. Keine Überweisungen mehr tätigen. Nicht zum Sport gehen. Nicht einkaufen gehen	1 (1%)
Die neuen Arzt und Therapietermine haben zusätzlich für Druck gesorgt.	1 (1%)
Die seit langem bestehende Antriebslosigkeit wird durch körperliche Schwäche ("wackelig auf den Beinen") noch verstärkt	1 (1%)
Durch die in die länge gezogene Trennung hat mein Vater wieder schwerere Schlafprobleme bekommen. Er raucht viel mehr und nimmt eine höhere Dosis Antidepressiva.	1 (1%)
Eigentlich alles, da im Moment das Innere nach außen gekehrt wird	1 (1%)
Eine schwerere Depression ist aufgetreten	1 (1%)
Entscheidungsschwierigkeiten	1 (1%)
Episoden kommen häufiger vor	1 (1%)
Er geht kaum mehr vor die Tür. Alleine sowieso nicht. Er fühlt sich ständig krank, schlapp	1 (1%)
Er hat sich selbst verletzt und seinen Job gekündigt.	1 (1%)
Er ist antriebsloser geworden und hat keine Motivation zu essen.	1 (1%)
Er ist häufiger traurig aber auch streitsüchtiger.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Er spricht kaum noch, zeigt keine Emotionen und hat keine Meinung.	1 (1%)
Er zieht sich immer mehr zurück und hat bereits einen Therapie-Termin ausfallen lassen. Zur Zeit ist er krank geschrieben. Er nimmt nicht an der Studie teil.	1 (1%)
Er überträgt alle schlechten Gefühle auf unsere Beziehung und denkt, es ginge ihm besser ohne mich	1 (1%)
Erst viel besser durch den stationären Aufenthalt. Dann wieder schlechter nach Rückkehr nach Hause durch alte Probleme.	1 (1%)
Es gab in den letzten vier Wochen wieder eine schlechte Phase, in der meine Tochter davon spricht, nicht mehr leben zu wollen und dass sie ihr Leben nicht auf die Reihe bekommt und unheimliche Zukunftsängste hat.	1 (1%)
Es geht ein paar Tage recht gut, dann wieder schlechter. Er kommt morgens nicht auf, liegt manchmal bis 16 Uhr. An anderen Tagen geht es gut. Wenn er es schafft arbeiten zu gehen, geht es ihm gut. An Wochenenden ist es schlecht und auch meistens im Urlaub. Im Moment sind wir beide krank geschrieben.	1 (1%)
Es hat sich eine neue berufliche Herausforderung ergeben, die ihn stark verunsichert und ihn nicht mehr schlafen lässt	1 (1%)
Es ist besser geworden und Sie hat nun kurzfristig einen Job angeboten bekommen, in dem Ausbildungszeit den sie mal erlernt hat.	1 (1%)
Es treten vermehrt Unruhe und zeitweise Unstetigkeit auf. Ursache hierfür ist der Tod ihres Vaters. Sie muss nun noch mehr bewältigen und mit den neuen Päckchen erst wieder Tritt finden.	1 (1%)
Es war ein Auf und Ab aber die Angehörige hat ihre Ausbildung aufgrund ihres Zustands abgebrochen	1 (1%)
Es wurden zwei Tage hintereinander keine Medikamente genommen, obwohl ich täglich daran erinnere. Es folgten heftige Entzugserscheinungen. Fragen nach dem Lebenssinn etc. Einfach nur Traurigkeit und Weinen.	1 (1%)
Essverhalten, Schlafbedürfnis	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Etwas unsicherer zur zeit selbstwert gefühl wieder schlechter einfach viel stress er hatte corona war isoliert 10 tage das war der Auslöser	1 (1%)
Etwas verschlechtert . Die Tochter ist mit dem neuen Therapeuten unzufrieden.	1 (1%)
Feindliche Stimmung mir gegenüber	1 (1%)
Freudlosigkeit und Zukunftsängste	1 (1%)
Frustration durch Probleme beim Finden eines passenden Therapeuten mit freien Terminen, damit einhergehend Verschlechterung des allgemeinen Zustands	1 (1%)
Für einige Tage als ich die Studie wieder angesprochen habe, da es wie viele andere Dinge auch ein TriggerPunkt für sie war und sie sich alleine gefühlt hat.	1 (1%)
Gedanken und Emotionen	1 (1%)
Gedankenkarusell hat oft das reale Leben nicht wahrgenommen, in seiner eigenen Welt verhaftet,Verstärkte Antriebslosigkeit, unregelmäßigeres Essverhalten wenn er alleine ist, minimale strukturelle Phasen im Alltagsleben.	1 (1%)
Gefühlsempfinden, Distanz,	1 (1%)
Gefühlsleere, Anspannung, Panik, Erschöpfung	1 (1%)
Gereiztheit und Überforderung	1 (1%)
Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Stressresistenz	1 (1%)
Gesamtsituation, sie scheint mit allem überfordert zu sein, mehr und mehr.	1 (1%)
Gesamtstimmung, körperliche Leistungsfähigkeit	1 (1%)
Gesamtzustand : Gewichtsverlust , Antriebsarmut , Appetitlosigkeit ,Müdigkeit	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Harte Selbstvorwürfe bzgl. der Affäre, Selbstzweifel, Sorgen über die Zukunft, schlechterer Umgang mit Stress, weniger Konzentrationsfähigkeit, mangelnde Zufriedenheit mit dem langjährigen Therapeuten	1 (1%)
Herbstliche Verschlechterung, die immer kommt. Negative Impfreaktionen; Grippe	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit hat zugenommen	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit, Alkoholkonsum, Konzentrationsfähigkeit	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit, Druck	1 (1%)
Hyperaktivität; Tavor; Selbstwert	1 (1%)
Hysterisch, hat nicht zugehört, wollte nicht in der Akutklinik bleiben, hat gemeint sie wird abgehört und ihr Handy ausspioniert, Angst vor der Angst, Angst im Dunkeln, Angst Entscheidungen zu treffen	1 (1%)
Häufiges zurück ziehen, nicht ansprechbar sein, Gespräche abbrechen, hoffnungslos sein, keine Unternehmungen machen wollen	1 (1%)
Häufigkeit und Intensität. Will sich trotzdem nicht behandeln lassen.	1 (1%)
Ich kann dazu leider aus o.g. Gründen kaum Angaben machen. Angeblich ist er auf dem Weg der Besserung und soll in den nächsten 2 Wochen entlassen werden. Aber ich spüre, dass ich nicht mehr weiß, ob ich den Informationen vertrauen kann, da kein Arzt mit mir spricht :-)	1 (1%)
Ich weiß es nicht. Weil wenig Kontakt bestand	1 (1%)
Ihre Aktivität und ihre Ängste	1 (1%)
Im Rahmen der Therapie wahrscheinlich gezielt.	1 (1%)
Ingesamt psychisch deutlich labiler/sensibler; hat den Anschein eines ""Schubes"", wenn es sowas gibt.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Innere Unruhe, Selbstwertgefühl	1 (1%)
Kann wegen Ängsten, Schlaflosigkeit, Antriebslosigkeit das Studium nicht fortführen, kann nicht alleine sein. Hat finanzielle Probleme.	1 (1%)
Kein Antrieb, kein zukunfts bild	1 (1%)
Kein Einsehen für ärztliche Hilfe	1 (1%)
Keine Energie mehr, kein Antrieb	1 (1%)
Keine Hoffnung mehr. Keine Geduld mehr auf einen klinikplatz zu warten.	1 (1%)
Keine Lust an irgendwas	1 (1%)
Keine Lust und Interesse an allem deshalb nun in der Tagesklinik	1 (1%)
Kompletter Rückzug, Verstummung	1 (1%)
Krankschreibung von der Arbeit	1 (1%)
Kurzzeitige Verschlechterung nach Aussprache mit Ex-Partnerin, Stimmungseinbrüche	1 (1%)
Körperliche Symptome	1 (1%)
Mal mehr mal weniger. Kann schlecht einschätzen ob verschlechtert oder einfach gleich schlecht. Trotz erst stationärer und jetzt ambulanter Behandlung. Sie vermisst ihren Mann sehr und macht sich regelmäßig Vorwürfe was sie falsch gemacht hat. Wirft sie oft zu Boden.	1 (1%)
Manischer, hilfloser, abhängiger	1 (1%)
Massive Schlafprobleme, extreme Schuldgefühle, Entscheidungsunfähigkeit, schwierige Gesprächskultur und Konfliktverhalten	1 (1%)
Mehr Alkohol, ablehnende Haltung	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mein Angehöriger ist in ein Tief gesunken, zu welchem die aktuelle stationäre Behandlung beigetragen hat und ihn bisher noch nicht wieder raus holen könnte	1 (1%)
Mein Partner möchte keiner Arbeit nachgehen	1 (1%)
Meine Frau befindet sich derzeit in einer erneuten Reha. Leider hat sich ihr Zustand dort verschlechtert, da sie eher den Eindruck gewinnt, dass sie mit aller Gewalt wieder ins Arbeitsleben gedrängt werden soll, obwohl ihre Psychotherapeutin, bei der sie schon lange gute Hilfe erfährt, genau das Gegenteil rät	1 (1%)
Meine Frau fühlt sich unwichtig. Sie denkt das sie an allem Schuld ist und keiner sie in seiner Nähe haben will. Das war vorher nicht der Fall.	1 (1%)
Meinem Mann geht es sehr schlecht. Er bräuchte dringend Hilfe, Steht aber seit Ewigkeiten auf einer Warteliste für eine psychotherapeutische Behandlung. Bekommt aber leider keinen Platz. Mittlerweile ruft er seit 7 Monaten jeden Monat dort an um sein anhaltendes Interesse kundzutun. Sein Neurologe verschreibt Antidepressiva. Eine stationäre Behandlung kommt nicht in Frage da er bald die Uni abschließen wird. Hinzu kommt, dass wir einen 11 Monate alten Sohn haben. Es ist sehr viel momentan. Wir beide kämpfen uns so durch.	1 (1%)
Motivation dinge zu tun, die ihm vorher sehr viel spaß bereitet haben; kapselt sich ab und redet nicht mehr über seine Probleme; Suizidgedanken; sehr große Selbstzweifel	1 (1%)
Müdigkeit, Gereiztheit, Antriebslosigkeit	1 (1%)
Nach positivem stationären Krankenhausaufenthalt, ist er durch keine weiterführenden Maßnahmen, in ein Loch gefallen. Hinzu kam noch eine Coronainfektion mit Isolation. Z.Zt. ist seine psychische Verfassung schlecht. - Gereizt - unmotiviert - schlecht gelaunt - redet wenig - nervös ...	1 (1%)
Nichts, es gab eher Tage von erhöhter Aktivität aber auch Tage von verstärktem Rückzug	1 (1%)
Niedwrgeschlagenheit	1 (1%)
Noch weniger belastbar, noch müder.	1 (1%)
Panik Attacken sind häufiger	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Psychosomatische Probleme sind dazu gekommen: z.b. starker Schüttelfrost	1 (1%)
Retraumatisierung Mehr Wutausbrüche Sehr starke Schlafstörungen Verstärkte Hoffnungslosigkeit und Kraftlosigkeit	1 (1%)
Rückzug, Arbeitsausfall durch den Rückzug,	1 (1%)
Schlaflosigkeit ist seitdem aufgetreten, die medikamentös behandelt werden muss.	1 (1%)
Schlaflosigkeit, körperliche Schmerzen	1 (1%)
Schlafverhalten, Allgemeinzustand, Rückzug aus Öffentlichkeit, keine Verbesserung insgesamt, Hoffnungslosigkeit, Stillstand in Entwicklung, keine Fortbewegung, ist nicht zu überzeugen, nochmals stationär in die Klinik zu gehen, obwohl es wichtig wäre	1 (1%)
Seelische Schäden führen zu körperlichen Problemen.	1 (1%)
Sehr schnell und rapide ging es meinem Mann sehr schelcht. Folgendes würde deutlich schlechter: + Reizbarkeit + Abgrenzung, alleine gelassen werden + Psychische Probleme: Kopfweh, Kurzatmigkeit, Durchfall, Schmerzen im Arm + Konzentrationsfähigkeit + Negative Gedanken bis hin zu wahnartigen Vorstellungen: wie können wir alle anderen einfach so weiterleben? + Antriebslosigkeit und Hoffnungslosigkeit +Müdigkeit und totale Erschöpfung + Kriseit Regungslosigkeit und verlangsamte Sprache	1 (1%)
Seine Aussichtslosigkeit und Wut kommt öfter durch	1 (1%)
Seine Reha ist zu Ende. Dort hatte sich sein Zustand zunächst sehr verbessert. Jetzt fühlt er sich so, als wenn er fast nicht weg gewesen wäre und er weiß wieder nicht, ob er seinen Beruf wieder aufnehmen soll. Er ist wieder öfter niedergeschlagen.	1 (1%)
Seine allgemeine Verfassung	1 (1%)
Seit drei Wochen jeden Morgen desorientiert, immer die gleichen Ängste	1 (1%)
Seit über einem Jahr mit Höhen und Tiefen	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Selbstmordgedanken, Kein Selbstwertgefühl	1 (1%)
Selbstverletzung hat sich intensiviert	1 (1%)
Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit, Angstzustände, Zwänge, Essstörung	1 (1%)
Selbstzweifel und die Motivation das Leben in die Hand zu nehmen	1 (1%)
Sie ist gestresster. Daher bekommt sie häufiger Depressionen. Das liegt aber an ihrem Uni Alltag, der sehr anstrengend ist	1 (1%)
Starke Unausgeglichenheit	1 (1%)
Stimmung ist deutlich schlechter geworden	1 (1%)
Stimmung, Antrieb	1 (1%)
Stimmung, Schwingungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Aktivität	1 (1%)
Stimmung, da eine Reha ansteht	1 (1%)
Stimmungslage	2 (1%)
Suizidgedanken	2 (1%)
Suizidgedanken das erste Mal ausgesprochen; keinen Sinn mehr finden; totale Isolation	1 (1%)
Suizidgedanken und Stimmung	1 (1%)
Suizidgedanken, stark depressive Episoden	1 (1%)
Symptomatik, körperliche Anzeichen (Ekzem, Zahnprobleme, Schlafstörungen, Unruhe, etc.)	1 (1%)
Tagesklinik nicht passend bei einer agitierten Depression	1 (1%)
Therapeut verschreibt keine Klinikeinweisung und gibt keine Einzelstunden	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Therapie abgebrochen, Aufgrund dessen hat er auch keine Arbeitsunfähigkeit erhalten aber eine Überweisung zum Psychologen, Geht einfach nicht mehr arbeiten, setzt alles auf ein Karte,	1 (1%)
Tiefer hinein gerutscht	1 (1%)
Unabhängig von Studie, suizidale Gedanken	1 (1%)
Unklarheiten wegen EU-Rente	1 (1%)
Unruhe, keine Konzentration, Streitsucht, Erschöpfung, Schlafstörung....verstärkt durch die ""Corona Umstände"" und damit verbunden Überforderung im Job	1 (1%)
Unsere Beziehung hat sich dramatisch verschlechtert	1 (1%)
Unverträglichkeit von Antidepressiva	1 (1%)
Verbringt weite des Tages im Bett. Suizidgedanken. Zieht sich zunehmend aus ihrem sozialen Umfeld zurück. Geht oft nicht ans Telefon und reagiert häufiger nicht auf Nachrichten. Lehnt intensivere Therapie (stationär, teilstationär) ab.	1 (1%)
Verhalten allgemein. Keine Therapie mehr machen wollen, egal was ich ihm sage und allgemein sind die Gedanken wieder da das Leben zu beenden (evtl helfen die Tabletten nicht)	1 (1%)
Verschlossener geworden	1 (1%)
Verschlossener, hoffnungsloser, häufiger Tiefpunkte	1 (1%)
Verstärkte Zweifel	1 (1%)
Vielleicht das kontrollierte Absetzen der Antidepressiva.	1 (1%)
Vor 3 Wochen ist sie für fast 2 Wochen kaum aus dem Bett aufgestanden und auch nicht in die Schule gegangen, hatte starke Alpträume und Schlafstörungen.	1 (1%)
Weiterer Rückzug, noch weniger Schlaf Stürzt sich noch mehr in die Arbeit ""um nicht nachzudenken""	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Weniger essen, Entwicklung einer starken Zwangsstörung, ging nicht mehr aus dem Haus. Tablettenverweigerung	1 (1%)
Wieder mehr Phasen im Bett und Selbstabwertung, Perspektivlosigkeit, Antriebslosigkeit	1 (1%)
Wieder schlimmer geworden	1 (1%)
Wochenende zum ""Durchatmen"" (4 Tage) hatte keinen gewünschten Effekt	1 (1%)
Zu der Depression sind jetzt auch Panikattacken aufgetreten.	1 (1%)
Zu der somatisierung sind Panikattacken hinzugekommen	1 (1%)
Zunahme des sozialen Rückzugs. Weniger Gesprächsbereitschaft. Zunehmende Freudlosigkeit	1 (1%)
Zunehmend zurückgezogen, teilnahmslos, pampig	1 (1%)
Zusätzliche Psychose	1 (1%)
die lange Dauer der Therapeutensuche schlaucht sie enorm, da auch der Ausbildungsplatz durch die lange Krankheit gefährdet ist. In diesem Land gibt es genügend Therapeuten, aber nicht für Kassenpatienten!	1 (1%)
die schwere der Depression hat zugenommen	1 (1%)
durchgehend schlechte Gefühlslage, Zurückgezogenheit, Selbstzweifel, kein erholsamer Schlaf, kein Raum für Emotionen, Überarbeitung	1 (1%)
er glaubt, die depression kommt gerade wieder	1 (1%)
erhöhte Häufigkeit von Panikattacken; viele körperliche Symptome, für die keine Ursache gefunden wird (Kopfschmerzen, etc.)	1 (1%)
ich habe keinen Kontakt kann da zu keine Informationen geben.Ich weiß es nicht.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
	kein freundliches Wort, fühlt sich direkt angegriffen, hat nict ein einziges mal gelächelt oder gar herzhaft gelacht, hat oft und ausdauernd geweint und lag fast ständig im Bett, unfähig, am Leben teilzunehmen.	1 (1%)
	noch antriebsloser, kommt nicht mehr aus dem Bett	1 (1%)
	noch weniger Antrieb irgendetwas zu tun	1 (1%)
	soziale Isolation, Antriebslosigkeit, mangelnde Körperpflege	1 (1%)
	sozialer Rückzug wege ⁴ l7qqQ	1 (1%)
	suizidale Gedanke offenbar ausgelöst durch Studienbeginn und damit gefühlter Überforderung - Selbsteinweisung in Klinik -	1 (1%)
	viel gereizter, Suizidgedanken	1 (1%)
	zuerst ja. Meine Frau flüchtete häufiger von zu Hause zu ihrer Affäre, lebte sogar bei ihm. War zu Hause nur schwermütig, traurig und nervös. Seit ich vor einer Woche ihr mitgeteilt habe, dass ich sie frei gebe und nicht mehr möchte, dass sie bleibt, ist ihre Stimmung besser und sie ist belastbarer. Sie wirkt freier.	1 (1%)
	Missings	1444/1640 (88%)
T3: Worsening of depression in depressed person in the last four weeks (free text).	Aggression, Desinteresse	1 (1%)
	Aggressivität, Abwendung, mehrmaliges Reden davon, dass er sich hätte das Leben nehmen sollen	1 (1%)
	Alle Symptome wurden während der stationären Therapie stärker, weitere Diagnosen kamen hinzu	1 (1%)
	Alles! Fehlende Alltagsstruktur/unfreundlicher und aggressiver Umgang	1 (1%)
	Allgemein der gesamte Zustand	1 (1%)
	Allgemeinzustand durch den Tod des katers	1 (1%)
	Alltagskompetenz, durch belastende Angstzustände und Zwangsgedanken	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Alpträume	1 (1%)
Angst vor dem nahenden Klinikaufenthalt. Nur noch Rückzug in ein abgedunkeltes Zimmer.	1 (1%)
Antrieb und Stimmung	1 (1%)
Antriebslosigkeit	1 (1%)
Antriebslosigkeit Suizidgedanken Hoffnungslosigkeit	1 (1%)
Antriebslosigkeit und Zukunftsplanung	1 (1%)
Antriebslosigkeit, Krankschreibung wegen Depression	1 (1%)
Antriebslosigkeit, Teilnahme am gesundheitsfördernden Maßnahmen	1 (1%)
Auf und ab... Er ist aber in einer Klinik	1 (1%)
Beziehung getrennt	1 (1%)
Da wir durch die Feiertage und Corona zu lang zuhause waren gab es zu viel Zeit zum Streiten	1 (1%)
Das Medikament wurde umgestellt, seit dem ist er deutlich schneller gereizt und regt sich vielmehr auf.	1 (1%)
Demenz/Fähigkeit/nervosität/Verunsicherung/Unfähigkeit, einfache Dinge selbst zu meistern/Erinnerungsvermögen langfristig wie kurzfristig	1 (1%)
Depression ist eher stärker geworden, keine Lebensfreude mehr	1 (1%)
Depression ist vermutlich durch Väterverlust wieder stärker geworden.	1 (1%)
Depression, Panik-Angst-Störung	1 (1%)
Depressive Episode mit Trennungsausserungen gegenüber mir und unserer Tochter	1 (1%)
Der allgemeine Zustand,	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Der allgemeine mentale Zustand	1 (1%)
Der allgemeinerene Zustand. Die Beziehung, er kann keine liebe geben. Er will mich nicht runter ziehen. Er macht seine Therapie nicht im Internet weiter. Geht nicht zum Sport oder zum Einkaufen.	1 (1%)
Deutliche Verschlechterung der Stimmung und des Gefühls der Wertlosigkeit. Zudem hat die Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit sehr stark zugenommen	1 (1%)
Die Antidepressiva haben eindeutig überhaupt nicht gewirkt und es ging ihm gemütsmäßig deutlich schlechter. Viel zu viel Alkohol und kompletter Rückzug von allen.	1 (1%)
Die Schübe werden seit kurzem immer schlimmer und es fallen sehr oft suizidale Äußerungen	1 (1%)
Die Wertlos Gedanken	1 (1%)
Die seelische Verfassung	1 (1%)
Die „Löcher“ werden tiefer und kommen in kürzeren Abständen.	1 (1%)
Durch die Reduzierung der Antidepressiva, die Dosis wurde deshalb wieder erhöht, jetzt geht es wieder besser.	1 (1%)
Eher verbessert , durch Medikamente und stationärer Behandlung	1 (1%)
Einweisung in ein Krankenhaus	1 (1%)
Ende der tagesklinik und Winter	1 (1%)
Entscheidungsfindung	1 (1%)
Er geht kaum noch vor die Türe. Früher sind wir 3x pro Woche im Fitnessstudio gewesen, da möchte er nun nicht mehr hin und Sport war sein größtes Hobby. Seitdem liegt er nur auf der Couch	1 (1%)
Er ist weniger aktiv als vor 6 Monaten.	1 (1%)
Er ist wütend und aggressiv geworden, zunehmend verzweifelt	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Er trinkt wieder ,schizoide Persönlichkeitsstörung, ich bin immer an allem Schuld, er sieht keinen Sinn darin ,unsere Ehe und unser Leben (Kinder,Haus) fortzusetzen. Narzistische Verhaltensweisen	1 (1%)
Er verweigert Kontakt seit einer Woche	1 (1%)
Er weint ziemlich viel	1 (1%)
Er zieht sich noch häufiger in sich und in seine Welten zurück, noch weniger Antrieb, häufige Flucht in Regression und nimmt noch weniger am Partnerleben teil	1 (1%)
Er zieht sich zurück, treibt sich mit schweren Gedanken um. Er hatte eine Konfrontation, mit der er nur schwer umgehen kann und viel Stress auf der Arbeit, er fühlt sich sehr überfordert. Er hat mir gegenüber zum ersten Mal etwas geäußert wie 'das hat alles keinen Sinn mehr, es wird einfach nicht besser'	1 (1%)
Erfordernis einer Prostata-OP.	1 (1%)
Es ist ein auf und ab manchmal. Wir müssen einfach ausziehen... Dann geht's alles viel besser. Wenn wir unseren Wohlfühlort haben, sich alles beruhigt hat, dann gibt es erste Ideen und selbstverständlich ärztlich begleitet, schrittweise die Reduktion des Antidepressiva.. Aber nur, wenn die Betroffene sagt.. Jetzt bin ich bereit. Sie will es unbedingt. Aber derzeit gehts einfach noch nicht, da die Medikation ihr gerade Sicherheit gibt und hilft. Egal wie... Gemeinsam schaffen wir das.	1 (1%)
Es ist ihm alles egal.....	1 (1%)
Es kommt zur Eskalation	1 (1%)
Extreme Schlafstörungen, war zwei AU	1 (1%)
Gedächtnisleistung, die Art, eine Beziehung zu fphten	1 (1%)
Geht nicht mehr raus, beachtet mich nicht	1 (1%)
Gereiztheit im Alltag	1 (1%)
Gesamtsituation	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Gleichbleibend	1 (1%)
Hat sehr große Verlassensängste und schläft noch viel viel mehr als zuvor.	1 (1%)
Hinzugekommen sind panikattacken und die Stimmen im Kopf, die mächtig negativ sind. Sie hält mich auf Abstand.	1 (1%)
Hoffnung, Zuversicht schwinden	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, generelle Antriebslosigkeit	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit, dass es niemals besser werden wird; dementsprechende Lethargie und Apathie angesichts notwendiger Maßnahmen, Reizbarkeit und Aufgeben; Geburtstag > er altert und sieht die Zeit davonrinnen, ""Produktivität"" von max. 2h pro Tag laut seinen Angaben, Notlüge seinerseits zum Vertuschen, Negatives Weltbild und überzogenes Vorstellung von Risiken	1 (1%)
Hoffnungslosigkeit, keinen Sinn im Leben sehen, er zieht sich zurück und igelt sich ein	1 (1%)
Häufige Traurigkeit, verstärkte Selbstzweifel und Unzufriedenheit mit der eigenen Leistungsfähigkeit, Misstrauen gegenüber mir als Partner	1 (1%)
Ich weiß es nicht, da kein Kontakt	1 (1%)
Ich weiß nicht, ob sich etwas verschlechtert hat, aber die Option ich weiß nicht gab es nicht. Mein Sohn ist seit 4 Monaten in einer anderen Stadt und wir haben seitdem leider keinen Kontakt mehr.	1 (1%)
Ihre Geburtstag kommt im Juni und sie sagte sie will nicht mehr leben, wofür. Überlegt wieder zum Arzt zu gehen will aber „auf keinen Fall Tabletten nehmen.“	1 (1%)
Immer mehr Rückzug, kaum Kontakt zu mir	1 (1%)
KEIN SUIZIDVERSUCH	1 (1%)
Kaum noch Motivation, das Haus zu verlassen.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Kaum noch klare Gedanken, fast nur im Bett gelegen, keinerlei Ablenkung möglich	1 (1%)
Kein arbeiten mehr möglich, stationäre Behandlung erforderlich	1 (1%)
Klinik stand vor Abbruch Starker Rückzug auch in Klinik Neue Medikamente	1 (1%)
Kontaktabbruch	1 (1%)
Kraftlosigkeit	1 (1%)
Kratzen bis es blutet um Druck abzubauen	1 (1%)
Körperliche Schwäche, Muskelabbau, häufige stürze, Gangunsicherheit, Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit	1 (1%)
Körperliche Symptome weiter verstärkt	1 (1%)
Launenhaftigkeit, Aggressionen, Alkoholkonsum	1 (1%)
Leider ist die Suche nach einem Therapieplatz erfolglos geblieben. Gleichzeitig hat er auch keine Kraft mehr danach zu schauen, weil die psychologischen Angebote, die er in der Vergangenheit wahrgenommen hat, ihm nicht nachhaltig geholfen haben. Dies führt dazu, dass er den Glauben auf Besserung verloren hat. Dadurch ist die Motivation sich einen Platz zu ""erkämpfen"" bei 0. (Ich kann dies auch nicht für ihn übernehmen, da ich mit meinen Kräften ebenfalls am Ende bin und mich leider davon abgrenzen muss.) Er wirkt dauerhaft niedergeschlagen.	1 (1%)
Lina ist seit 4 Wochen in der Klinik und es fällt uns schwer, eine Verbesserung oder Verschlechterung zu sehen. Sie ist ungeduldig, kommt nur schlecht mit den Medikamenten klar und der Kontakt zu uns ist vordergründig schön, wirft sie aber immer wieder (nach eigener Aussage) zurück.	1 (1%)
Mehr Verbitterung und Negativismus	1 (1%)
Mein Sohn ist seit März stabil, seine Depressionsschübe gehen meist von Oktober bis Februar. Der Zustand meiner Mutter verschlechtert sich stark.	1 (1%)
Mein Partner ist stark depressiv und die depressiven Phasen haben sich stark verlängert.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Meine Partnerin war außer Kontrolle. Sie hat sich nur noch um ihre ""Bedürfnisse"" gekümmert. Vor der Depression war sie ein MEensch, der sich vor Allem und andere gekümmert hat	1 (1%)
Meine Schwester wurde 2 Monate nach ihrem Suizidversuch aus der Psychiatrie entlassen und hat erst heute (über zwei Monate später) einen ambulanten Therapieplatz bekommen. In der Zwischenzeit ist trotz Unterstützung durch ihre Eltern und mich die Depression wieder deutlich schlimmer geworden (Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit, treibt keinen Sport mehr, kann sich zu nichts mehr aufraffen)	1 (1%)
Meine Tochter die depressiv ist, wurde vom Freund verlassen zusätzlich zu Ihrer schweren Depression	1 (1%)
Mutter ins Delirium gefallen, die vor Ort lebende Schwester mal euphorisch, mal völlig niedergeschlagen	1 (1%)
NUR NOCH Trauer, Schwere, Negativität	1 (1%)
Nach dem stationären Aufenthalt hat sich die gesamte Krankheit verschlechtert - zumindest bezogen auf die familiäre Umfeld (nur dieses kann ich beurteilen). Es sind keine Tätigkeiten im Haushalt mehr möglich und mit mir wird über eine Scheidung gesprochen. Die so oder so fast nicht vorhandene Belastbarkeit hat sich auf 0% reduziert. Jede Bitte endet in Wut mit gegenüber (nicht handgreiflich). Regelmäßig wird mir unterstellt, dass mein Angehöriger sich vor mir rechtfertigen müsste, auch wenn ich nur einfache Fragen stelle. Mir wurde erklärt, dass sich mein Angehöriger erst einmal auf sich selbst konzentrieren soll. Ein Zusammenleben als Familie ist nicht möglich. Jede Frage nach einer Planung wird nur noch mit ""ich weiß nicht"" beantwortet. Bei nahezu jeder Art von Gesprächen entfernt sich die Person teilweise mitten im Gespräch kommentarlos. Schwierige Themen können nicht angesprochen werden. Informationen über die Therapie oder auch unterstützende Tätigkeiten meiner Seite werden vollkommen abgeblockt. Fast jede Unterstützung die ich anbiete wird mit Wut abgewiesen. Kommunikation findet mit ehem. Mitteilnehmern des stationären Aufenthalts statt, eine Kommunikation mit mir ist nicht gewünscht. Das geht soweit, dass sich mein Partner nun für 3 Monate eine Auszeit nimmt um Selbstwirksamkeit zu lernen. Das soziale Umfeld scheint dabei in keiner Weise für die Entscheidung eine Rolle gespielt zu haben, außer wenn es um die Finanzierung der Auszeit geht.	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Nach der Tagesklinikentlassung hat sich der Zustand meines Mannes sukzessive verschlechtert, ist aber konstant - meiner Meinung nach eine mittlere Depression, die sich im Alltag bemerkbar macht durch Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, Müdigkeit, wenig soziale Kontakte.	1 (1%)
Negative Gedanken	1 (1%)
Niedergeschlagenheit Gefühl von Einsamkeit Gefühl nicht gebraucht zu werden	1 (1%)
Niedrigeres Selbstbewusstsein, Erhöhte Bedürftigkeit Zunehmendes Kontrollbedürfnis	1 (1%)
Paranoidähnliche Gedanken, Wahrnehmungsstörungen	1 (1%)
Reflektiert mehr über seine Emotionen und Empfindungen	1 (1%)
Resignation, weil keine Besserung eintritt und Ärzte ihr sagen „dass sie ihr auch nicht mehr helfen können“	1 (1%)
Rückzug, Isolation	1 (1%)
Schlaf, benötigt deutlich mehr Antrieb, Zunahme der Zweifel	1 (1%)
Schlafmangel, Interaktion in der Beziehung, schnell reizbar, fühlt sich schuldig	1 (1%)
Schlafstörungen durch Absetzen der Neuroleptika starke Müdigkeit Unzufriedenheit Ängste Corona Weltkrieg	1 (1%)
Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen sind wieder aufgetreten und haben sich verschlimmert	1 (1%)
Schlimmere Stimmungsschwankungen, keine Gefühle mehr für mich, Angst vor Nähe	1 (1%)
Schläft nur noch, Suizidgedanke wegen Nichtigkeit, Rückzug seinerseits	1 (1%)
Schweres tief mit Suizidgedanken und Anschuldigungen an mich	1 (1%)
Sehr viel Unruhe und schlechter Schlaf	1 (1%)
Selbstbewusstsein, Antrieb und Motivation	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Selbstverletzungen, Panikattacken in Menschenansammlungen wie z.B. Supermärkten, Willen vorhanden, sich in stationäre Behandlung zu begeben	1 (1%)
Selbstwertgefühle, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit	1 (1%)
Sie hat häufiger Gedanken an selbstverletzendem verhalten.	1 (1%)
Sie hat wieder verstärkt Suizidgedanken und ist nun ziemlich genau seit vier Wochen wieder in stationärer Behandlung (mit PschKG Beschluss für 6 Wochen, wird vermutlich aber verlängert). Seit dem einige Suizidversuche, die Mehrzeit der Tage bisher fixiert, Stimmungsabfall und starke Suizidgedanken.	1 (1%)
Starke Hoffnungslosigkeit. Unkontrolliertes Zittern	1 (1%)
Stimmung schlechter. Unnahbarer	1 (1%)
Stimmung,	1 (1%)
Stimmung, Aktivität, Er kommt selten aus seinem Zimmer und wenn doch ignoriert er alle oder sucht Streit, Kann sich nicht länger auf Gespräche konzentrieren	1 (1%)
Stimmung, Antriebslosigkeit, Überforderung	1 (1%)
Stimmung, Schlaf, Gliederschmerzen	1 (1%)
Stimmung, Selbstwertgefühl, Zukunftsperspektive	1 (1%)
Stimmung/Zusammenhang mit Belastungen des Dualen Studiums	1 (1%)
Stimmungsschwankungen, die Haltung, sehr starr zu denken/nicht aus den gewohnten Denk- und Verhaltensmuster ausbrechen zu können	1 (1%)
Stärkere Symptome, findet die Familie wäre besser dran ohne ihn, fühlt sich schuldig für alle Probleme.	1 (1%)
Suizidgedanken	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Suizidgedanken, fast vollständiger Kontaktabbruch bzw Vermeidung des Kontakts seitens meiner Freundin, Überbelastung durch das ""Rutschen in alte Muster""	1 (1%)
Symptome allg. Es gab große Fortschritte in der Vergangenheit, nun wieder massive Rückschritt, bspw. in unserer Kommunikation, seinem allg. Befinden etc.	1 (1%)
Trinkverhalten, Depression	1 (1%)
Trotz neu begonnener Ausbildung schafft er es nicht seinen Pflichten (Meldungen Jobcenter) nachzukommen. Er schafft es zur Arbeit zu gehen, aber freie Zeit verbringt er fast ausschließlich mit Schlafen. Haushalt bleibt komplett liegen.	1 (1%)
Umsetzung Arbeit.	1 (1%)
Unruhe	1 (1%)
Vermehrte depressive Phasen weil keine Therapie stattfindet. Diese ist laut Klinkpsychologe dirnged erforderlich.	1 (1%)
Von stationär auf ambulant gewechselt, starke Rückschläge und Angstzustände	1 (1%)
Vorher hatten wir Familienmitglieder Mutter/Schwestern besseren Zugang zu ihr und wir konnten sie davon überzeugen zum essen oder zu treffen mit Freunden mitzukommen, mittlerweile sagt sie zu Aktivitäten/Treffen, die wir geplant haben immer ab. Höchstens bei Freunden, die sie Fragen nach Treffen, nimmt sie noch teil. Sie verschwindet immer mehr in ihrem Gedankenkarusell.	1 (1%)
Wenig Motivation etwas zu tun. Sitzt sehr viel im Sessel und tut nichts außer Solitaire im Handy zu spielen, viel fern sehen	1 (1%)
Weniger soziale Kontakte Mehr zurück gezogen Weniger euphorisch	1 (1%)
Wir streiten häufiger bzw. sind unterschiedliche Meinungen	1 (1%)
Wirksamkeit der Medikamente, Verlust von Hoffnung	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
bzw es ist unklar, ob es die Depression ist, da er gleichzeitig eine Grippe, Erkältung, Asthma und Allergie hatte	1 (1%)
das Grübeln	1 (1%)
das warten auf einen Therapieplatz ist mühsam, er möchte nicht mehrere Möglichkeiten parallel anfragen, das organisatorische, die Formalitäten belasten ihn sehr. Er kann nicht einschätzen was ihm hilft.	1 (1%)
deutliche Verschlechterung seines Allgemeinzustandes aus ungeklärten Gründen, er spricht darüber nicht, aber ihm ist anzusehen, dass es ihm schlecht geht; er pampt uns Mitbewohner*innen an, ohne ersichtlichen Gruns	1 (1%)
die (depressive) Stimmung, noch weniger Antrieb, keine Lust auf soziale Kontakte, ...	1 (1%)
finanzielle Lage hat sich durch Verlust des Jobs verschlechtert; vermehrt planende Suizidgedanken	1 (1%)
generalisierte Angststörung	1 (1%)
hoffnungsloser, weil schlechterer Therapeut als vorher	1 (1%)
nach zwei gescheiterten Versuchen von Antidepressiva mussten bedenklich starke Nebenwirkungen erstmal abklingen	1 (1%)
noch schlapper und unmotivierter geworden als sonst..	1 (1%)
phasenweise Verschlechterung: einige Tage, an denen er nicht aufgestanden ist, inzwischen wieder verbessert	1 (1%)
psychische Symptome: Traurigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit körperliche Symptome: Übelkeit, Kopfschmerzen, Verspannung, Gesichtslähmung	1 (1%)
psychischer Zustand weniger stabil	1 (1%)
sehr starke Schwankungen, zwischen es wird schon wieder und es geht alles nicht mehr seine Therapeutin hat die Therapie beendet viele Freunde wenden sich ab	1 (1%)

Table A6-1-13: Worsening of depression in depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
so gut wie überhaupt keine Energie mehr, Sprache noch gedämpfter/weinerlich/depressiv	1 (1%)
Ängste wg Krieg in der Ukraine	1 (1%)
Ängste, Zwänge, Hoffnungslosigkeit	1 (1%)
Überforderung, erstes Medikament hat nicht angeschlagen.	1 (1%)
Missings	1487/1640 (91%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_13.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-14: Change of contact to depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

Table A6-1-14: Change of contact to depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T2: Change of contact to depressed person in the last four weeks.	No	301 (67%)	249 (68%)	158 (68%)	708 (68%)
	Yes	145 (33%)	116 (32%)	75 (32%)	336 (32%)
	Missings	205/651 (31%)	294/659 (45%)	97/330 (29%)	596/1640 (36%)
T2: Connection with the study.	No	152 (61%)	146 (72%)	125 (86%)	423 (71%)
	Unlikely	13 (5%)	11 (5%)	7 (5%)	31 (5%)
	Possible	38 (15%)	24 (12%)	7 (5%)	69 (12%)
	Yes	45 (18%)	21 (10%)	6 (4%)	72 (12%)
	Missings	403/651 (62%)	457/659 (69%)	185/330 (56%)	1045/1640 (64%)
T2: If 'Change of contact' is Yes: Connection with the study.	No	52 (36%)	61 (53%)	55 (75%)	168 (51%)
	Unlikely	11 (8%)	9 (8%)	5 (7%)	25 (8%)
	Possible	37 (26%)	24 (21%)	7 (10%)	68 (20%)
	Yes	44 (31%)	21 (18%)	6 (8%)	71 (21%)
	Missings	1/145 (1%)	1/116 (1%)	2/75 (3%)	4/336 (1%)
T3: Change of contact to depressed person in the last four weeks.	No	279 (71%)	224 (71%)	162 (76%)	665 (72%)
	Yes	113 (29%)	92 (29%)	51 (24%)	256 (28%)
	Missings	259/651 (40%)	343/659 (52%)	117/330 (35%)	719/1640 (44%)

Table A6-1-14: Change of contact to depressed person. Pre-specified answers at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

		IND (N = 651)	AUT (N = 659)	TAU (N = 330)	Total (N = 1640)
T3: Connection with the study.	No	160 (73%)	142 (80%)	113 (87%)	415 (79%)
	Unlikely	14 (6%)	5 (3%)	9 (7%)	28 (5%)
	Possible	25 (11%)	16 (9%)	6 (5%)	47 (9%)
	Yes	21 (10%)	14 (8%)	2 (2%)	37 (7%)
	Missings	431/651 (66%)	482/659 (73%)	200/330 (61%)	1113/1640 (68%)
T3: If 'Change of contact' is Yes: Connection with the study.	No	55 (49%)	60 (65%)	38 (75%)	153 (60%)
	Unlikely	13 (12%)	5 (5%)	5 (10%)	23 (9%)
	Possible	24 (21%)	13 (14%)	6 (12%)	43 (17%)
	Yes	21 (19%)	14 (15%)	2 (4%)	37 (14%)
	Missings	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_14.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
T2: Change of contact to depressed person in the last four weeks (free text).	-	1 (0%)
	- Entschluss, dass ich ausziehe und mich in Sicherheit bringe - Nachts das Zimmer abschließen, um ein Gefühl von Sicherheit zu erzeugen	1 (0%)
	- mehr und regelmäßigen Kontakt - ich werde auch von ihr kontaktiert. Das war nie der Fall	1 (0%)
	Ablehnung gegenüber persönlicher Kontakte zu mir, Ablehnung der Unterstützenden Hilfe (erst zugelassen dann wieder abgelehnt)	1 (0%)
	Alles ist besser und entspannter geworden. Es gibt wieder ein richtiges hoch und wir sind glücklich, alles zusammen überwunden zu haben. Wir sind total gestärkt und genießen beide wieder das Leben.	1 (0%)
	Anderer Wohnsituation, kaum Kontakt	1 (0%)
	Anderer, vielleicht offenerer Umgang	1 (0%)
	Angehörige ist in der Psychiatrie	1 (0%)
	Angehörige lebt im Ausland.	1 (0%)
	Angehöriger ist ständig auf der Flucht. ""Wohnt"" im Krankenhaus, bei Familie, Freunden, bei uns - selten zu Hause.	1 (0%)
	Armbrust, deshalb Rückkehr nach Hause auf Zeit	1 (0%)
	Aufenthalt in der eigenen Wohnung	1 (0%)
	Aus der Akutkur in die ambulante Tagesklinik.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Aus meiner Sicht ist der Kontakt enger geworden; ich habe bewusst darauf geachtet, die Nähe herzustellen in meiner Kommunikation	1 (0%)
Bessere Kommunikation. „Taucht weniger unter.“	1 (0%)
Besserer Umgang miteinander	1 (0%)
Besseres Verhältnis, angenehmer Umgang, mehr Verständnis von beiden Seiten aus	1 (0%)
Beziehung etwas verbessert, mehr Nähe möglich ,	1 (0%)
Da meine Stieftochter nicht ausziehen will bin ich ausgezogen.	1 (0%)
Das Thema Depression wurde offener angesprochen. Der Kontakt/die Gespräche miteinander war teilweise sogar intensiver.	1 (0%)
Das Zusammenleben wird zunehmend belastend für mich. Mein gesamter Tagesablauf ist ausgerichtet auf die Pflege und Betreuung meiner Partnerin und meines Sohnes und die Verwaltung unseres Haushalts. Für alles, was nicht läuft, bekomme ich die Schuld. Aus diesen Grund versuche ich zunehmend aus Distanz zu gehen.	1 (0%)
Der Kontakt hat sich eher verbessert.	1 (0%)
Der Kontakt hat sich insgesamt verbessert, weil ich verstanden habe das es die Depression ist, die manchmal ""spricht"" und nicht mein Mann, so wie ich ihn kenne. Diese Sichtweise hat dazu beigetragen, dass ich vielen Situationen nicht frustriert oder wütend wurde. Dadurch hat sich der Kontkat und die Kommunikation entspannt.	1 (0%)
Der Kontakt ist entspannter geworden, da ich psychologische Hilfe seit ca. 2 Monaten habe	1 (0%)
Der innere Abstand und die eigenen Aggressionen sind deutlich gestiegen. Ich bin aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ausgezogen.	1 (0%)
Deutlich bessere Kommunikationsebene	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Deutlich größere Distanz auf der persönlichen Ebene, da er sich leider wieder zusehends mehr verschließt.	1 (0%)
Deutlich mehr Distanz von seiner Seite aus	1 (0%)
Deutlich mehr Kontakt durch Zusammenzug.	1 (0%)
Deutlich mehr Kontakt, mehr Vertrauen und mehr Nähe	1 (0%)
Deutlich weniger Kommunikation und mehr Abgrenzung - irgendwie klappt die Umsetzung der erlernten Bereiche im Online-Programm nicht wirklich und eher das Gegenteil tritt ein	1 (0%)
Deutlich weniger Kontakt	1 (0%)
Deutlich weniger Kontakt 3 Wochen lang nicht zusammen wohnen	1 (0%)
Deutlich weniger Kontakt auf seinen Wunsch hin	1 (0%)
Deutlich weniger Kontakt, da aufgrund gelockerter Corona-Bedingungen Rückzug an den Studienort und somit nur noch Kontakt an Wochenenden und im Chat	1 (0%)
Deutlich weniger Kontakt.	1 (0%)
Deutlich weniger Telefonkontakt. Haben getrennte Wohnsitze.	1 (0%)
Deutlich weniger bis gar nicht	1 (0%)
Deutlichere Distanziertheit aufgrund der gewünschten Trennung. Krankheit wird immer weniger als Ursache für Probleme akzeptiert.	1 (0%)
Die Angehörige wohnt seit 2 Wochen nach der stationären Behandlung wieder mit mir im Haus	1 (0%)
Die Art des Kontakts hat sich verändert. Ich habe mich sehr abgegrenzt und versucht Positives als Kraftquelle von Außen zu erleben und viel zu lachen. Ein bisschen hat es dann und wann abgefärbt.	1 (0%)
Die Beziehung hat sich verbessert	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Die Tatsache, dass ich an dieser Studie teilgenommen habe, hat zu mehr Gesprächen zwischen meinem Partner und mir über seine Depression geführt. Ich habe den Eindruck, dass er erst dadurch wirklich realisiert hat, wie sehr mich sein Wohlergehen beschäftigt und mitunter auch beeinflusst. Das hat viele Themen aufgeworfen. Mitunter war es sehr anstrengend, ein Auf und Ab. Letztendlich haben diese Gespräche, Streits und Diskussionen aber zu mehr Offenheit und Nähe geführt. Dieser Prozess ist bei weitem noch nicht abgeschlossen.	1 (0%)
Die eine Woche in der wir uns sahen war es ziemlich kühl zwischen uns	1 (0%)
Durch die Einweisung in die Klinik haben wir nur einmal am Tag eine halbe Stunde in der wir uns sehen können	1 (0%)
Durch die Stationäre Behandlung weniger Kontakt	1 (0%)
Durch die stationäre Aufnahme nur noch 1 mal wöchentlich Kontakt. Vereinbarung war nur max. 3 Telefonate aus der Klinik an mich.	1 (0%)
Durch meine Erkrankung kam er wieder mehr in die Rolle des Versorgers und hat diese auch ziemlich gut ausgefüllt. Ich musste ab und zu erinnern, aber insgesamt hat er sich richtig gut um mich gekümmert, als ich selbst nichts machen konnte.	1 (0%)
Durch seine Krankschreibung und meinen Urlaub haben wir mehr gemeinsame Zeit verbracht, als wenn wir beide arbeiten.	1 (0%)
Eher ins positive. Ich versuche gelassener zu werden und zu akzeptieren, dass er irgendwann zu sich findet.	1 (0%)
Eher mehr Kontakt und mehr Gespräche	1 (0%)
Ein paar Tage lang haben wir uns quasi ignoriert.	1 (0%)
Ein viel besserer Kontakt und Umgang miteinander, da ich Situationen jetzt ganz anders einschätzen kann.	1 (0%)
Er hat den Kontakt komplett abgebrochen	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Er hat sich tlw räumlich distanziert	1 (0%)
Er ist in stationärer Behandlung	1 (0%)
Er ist in stationärer Therapie	1 (0%)
Er ist nach der Trennung mit 45 wieder bei seiner Mutter eingezogen. Das ist jetzt 3 Wochen her und ich habe seit dem nichts mehr von ihm oder seiner Mutter persönlich gehört, obwohl seine Sachen noch alle hier sind, er hat nur eine Tasche mit ein paar Sachen mitgenommen.	1 (0%)
Er ist seit knapp zwei Wochen wieder aus der stationären Aufenthaltes entlassen und seit 2 Tagen in der Tagesklinik aufgenommen	1 (0%)
Er ist stationär in der Klinik.	1 (0%)
Er ist wieder aufgeschlossener und nimmt auch wieder mehr am Leben Teil.	1 (0%)
Er nimmt mich bezieht mich wieder viel mehr ein. Er ist liebevoller und zeigt auch wieder seine Gefühle für mich	1 (0%)
Er spricht kaum mit mit, ich möchte nicht dauernd schimpfen und sprechen dementsprechend auch weniger mit ihm. Oft muss ich. mit mir kämpfen , um ruhig zu bleiben. Es triggert mich sehr, wenn er den ganzen Tag Fernsehen schaut. Es ist schwer für mich zu ertragen, dass fast vollständig alle Dinge bei mir zur Erledigung verbleiben. Es ist schwer für mich zu begreifen, dass mein Mann sich zwar helfen lassen will aber selber nichts dazu beitragen will. Ohne seine Mithilfe ist es doch nicht möglich SEINE Depression in den Griff zu bekommen. Mein Mann befindet sich nunmehr seit 1,5 Jahren in diesem Zustand !!! Er trauert immer noch seinem Job hinterher, aus dem er gekündigt wurde. Aus seiner Sicht kann er nur diesen einen gekündigten Job ausüben und auch nur dort :-(Psychotherapie => er nimmt daran teil und wartet, dass er nach 50 Minuten wieder nach hause kann. Hinweise der Therapeutin sind aus seiner Sicht nicht umsetzbar. Motivationsversuche meinerseits laufen ebenso ins Leere.	1 (0%)
Er war gut drei Wochen im Krankenhaus und brauchte deutlich mehr Aufmerksamkeit und Zeit als im normalen Alltag. Durch seine psychiatrische Erkrankung konnte ich ihn jeden Tag statt jeden 2.Tag auf Intensivstation besuchen.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Er wird stationär behandelt	1 (0%)
Er wünscht seit 10 Monaten keinerlei Kontakt	1 (0%)
Er zieht sich immer stärker zurück, baut Distanz auf..auch sein Psychologe, der uns in mehreren Paargesprächen gesehen hat, konnte nicht zu ihm durchdringen, dass er mich völlig falsch sieht und nicht so, wie ich von außen beobachtet wirke	1 (0%)
Erst Kontaktabbruch, nach Ende des Aufenthalts Auszug. Er hat unsere Paarbeziehung erst mal beendet.	1 (0%)
Es fällt uns leichter offen über die Depression zu reden und neue Schritte zu überlegen / zu gehen	1 (0%)
Es ist deutlich mehr Kontakt entstanden, wir reden öfter aber auch tiefer über alles mögliche	1 (0%)
Es ist viel besser geworden, wir reden wieder regelmäßig über alle und auch über die Krankheit und fühlen uns beide viel besser. Der online Kurs hat mir wieder gezeigt, was ich verdrängt und vergessen hatte. Geduld und Verständnis zu haben.	1 (0%)
Es werden nur Themen zur täglichen Routine angesprochen. Beobachtungen, Kommentare, Eindrücke werden sehr selten angesprochen/erläutert.	1 (0%)
Etwas mehr Abstand, mehr Selbstfürsorge meinerseits	1 (0%)
Etwas mehr Kontakt, auch mehr textnachrichten/ anrufe	1 (0%)
Etwas weniger Kontakt	1 (0%)
Gedanken über Änderung der Wohnsituation	1 (0%)
Gefühle können wieder gespürt werden. Alles wie vor der Depression.	1 (0%)
Gemeinsamer Urlaub	1 (0%)
Geringe Gesprächsbereitschaft	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Gespräche auf Augenhöhe kaum noch möglich, Alltag besteht aus Durchhalten, kaum noch gemeinsame Erlebnisse, kein wirklicher Austausch, keine Freude, kein Sozialleben, keine Pläne	1 (0%)
Hat sich deutlich verbessert; wir telefonieren öfter und verabreden uns überhaupt wieder.	1 (0%)
Ich bin aus dem erst aus unserem Schlafzimmer ausgezogen und aktuell bin ich auch seit zwei Tagen ganz ausgezogen.	1 (0%)
Ich bin ausgezogen	1 (0%)
Ich bin in eine andere Stadt gezogen.	1 (0%)
Ich gehe ihm eher aus dem Weg	1 (0%)
Ich habe das Gefühl, dass wir keine gute Verbindungen mehr haben. Mir fällt es auch schwerer bei ihm zu sein, weil es mich sehr traurig macht und ich es kaum ertragen kann zu sehen, wie schlecht es ihm geht und dass ich nichts tun kann, was ihm hilft. Im Umgang mit ihm bin ich mir häufig sehr unsicher.	1 (0%)
Ich habe ihm mehrmal deutlich sagen können, das ich auch mein Leben weiter leben muss. Er reagierte so , das er wieder mehr zum Alkohol griff und ungehalten reagierte.	1 (0%)
Ich habe mein Verhalten verändert und er zieht sich zurück, ist verärgert	1 (0%)
Ich habe mich abgegrenzt	1 (0%)
Ich habe mich auf ihren Wunsch zurückgezogen, deutlich weniger Körperkontakt	1 (0%)
Ich habe mich mehr zurückgenommen. Ab März/April geht es meinem Sohn immer gut bis September. Die Demenz meiner Mutter ist z.Z. mehr belastend.	1 (0%)
Ich habe regelmäßig Gesprächsangebote gemacht, die von ihm zwar angenommen aber von ihm nicht umgesetzt wurden	1 (0%)
Ich habe weniger Lust, mich mit ihm zu treffen. Das ist für mich absolut untypisch.	1 (0%)
Ich habe öfter etwas ohne meinen depressiven Partner unternommen	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ich kann ihr mehr Eigenverantwortung lassen und respektvoll sein	1 (0%)
Ich konnte wesentlich besser auf den Patienten eingehen und habe durch dieses Programm eine völlig andere Perspektive bekommen!	1 (0%)
Ich sage ihm offen und ehrlich was ich mir wünsche und lebe nicht nur nach seinen Depressionen.	1 (0%)
Ich teile deutlich mit, was mir an seiner Situation auffällt. Ich achte mehr auf meine Bedürfnisse	1 (0%)
Ich verstehe meine Tochter besser und kann in vielen Fällen besser auf sie reagieren	1 (0%)
Ich versuche die Krankheit eher hinzunehmen und mich auch weiter zurück zu ziehen um ihr Freiheiten zu geben, eine deutliche Veränderung gibt es nicht ihr gegenüber.	1 (0%)
Ich versuche verständnisvoller zu sein und nehme weniger Aufgaben ab. Meist beginne ich in seinem Beisein mit der Arbeit und bitte ihn dann mitzumachen. Das klappt manchmal ganz gut. Wir streiten uns weniger und suchen häufiger das Gespräch.	1 (0%)
Ich war im Urlaub, er war nicht dabei	1 (0%)
Ich weiß es leider nicht	1 (0%)
Ich ziehe mich zurück weil ich immer wieder angegangen werde dass ich mich zu sehr einmische	1 (0%)
Insgesamt eine deutlich verbesserte Kommunikation und Abnahme der innerfamiliären Konflikte.	1 (0%)
Ist über die Woche in der Klink, nur an einem Nachmittag und am Wochenende zuhause	1 (0%)
Ja, mehr Gespräche und gemeinsame Unternehmungen	1 (0%)
Kaum Kontakt, da Arbeit wieder aufgenommen und aus gemeinsamer Wohnsituation zurück in eigenen Wohnung gegangen, die von Messie-Verhalten geprägt ist.	1 (0%)
Kaum noch Partnerschaftliches Verhältnis obwohl wir zusammen wohnen	1 (0%)
Kein Kontakt	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Kein Kontakt gewünscht seinerseits,	1 (0%)
Kein Kontakt mehr	1 (0%)
Keine Kommunikation, keine Nähe zulassen	1 (0%)
Keine Nähe, kein Sex. Große Distanz.	1 (0%)
Keine Zeit fuer mehr als das Noetigste, andere Leute krepieren aber und haben (mutmaszlich) PTSD + Depressionen + Obdachlosigkeit. Hat dafuer aber zum GLUECK auch Verstaendnis, zum Teil...	1 (0%)
Keine emotionale und körperliche Nähe mehr. Getrennte Schlafzimmer, weniger Gespräche. Partner hat Trennungsgedanken	1 (0%)
Klammern des Partners durch meinen Wunsch nach mehr Freizeit	1 (0%)
Klinik	1 (0%)
Klinikaufenthalt	1 (0%)
Kontakt stark eingeschränkt wgn Streit.	1 (0%)
Kontakt und Kommunikation nimmt ab/ verschlechtert sich und die zwischenmenschliche Beziehung leider stark darunter.	1 (0%)
Kontakt wurde abgebrochen	1 (0%)
Krankenhaus Entlassung auf eigenen Wunsch. Untragbare Zustände im Krankenhaus waren die Ursache.	1 (0%)
Mehr Austausch und Kommunikation	1 (0%)
Mehr Empathie, Zuhören, offene Gespräche	1 (0%)
Mehr Gespräche und körperliche Zuwendung	1 (0%)
Mehr Kommunikation	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mehr Kommunikation und gegenseitiges Bemühen den Alltag zu bewältigen	1 (0%)
Mehr Kontakt	9 (3%)
Mehr Kontakt - persönlich fühle ich mich im Umgang mit meiner Tochter sicherer	1 (0%)
Mehr Kontakt Bessere Kommunikation	1 (0%)
Mehr Kontakt da ich viel mehr wusste und besser mit umgehen konnte	1 (0%)
Mehr Kontakt in den letzten 2 Wochen, ich hatte Urlaub und bin nicht weggefahren	1 (0%)
Mehr Kontakt und verständnisvollerer Austausch und Zusammenarbeit auf eine ganz eigene Art und Weise	1 (0%)
Mehr Kontakt zu meinen Eltern	1 (0%)
Mehr Kontakt übers Handy, da wir räumlich getrennt sind	1 (0%)
Mehr Kontakt, mehr Nähe	1 (0%)
Mehr Kontakt, weil sich seine psychische Situation recht plötzlich deutlich verbessert hat (nach einem Gespräch mit mir, das ich gesucht hatte aufgrund seines Verhaltens)	1 (0%)
Mehr Kontakt. Sie plant eine neue Arbeitsstelle und einen Umzug. Sie gibt ihren Traum auf.	1 (0%)
Mehr Kontakt. Stärkere Verbindung, weil mehr Verständnis für einander.	1 (0%)
Mehr Kontakt. Viel darüber reden. Ich schaffe es oft sie abzuholen, so dass es ihr für den Moment wieder besser geht	1 (0%)
Mehr Nähe und Einsicht	1 (0%)
Mehr Streit dadurch das zu viel auf die Goldwaage gelegt wird. Wir reden lieber nicht mehr miteinander anstatt zu streiten	1 (0%)
Mehr Teilhabe am Alltag, mehr Motivation aktiv zu werden.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mehr Zeit für mich- mehr Verantwortung für meinen Angehörigen- Danke für die tolle Begleitung.	1 (0%)
Mehr Zeit füreinander	1 (0%)
Mehr kontakt	1 (0%)
Mehr kontakt hab 5 tag bei ihm gewohnt weil bei mir baustelle war	1 (0%)
Mehr persönlichen Kontakt	1 (0%)
Mehr persönlicher Kontakt und Gespräche	1 (0%)
Mehr und besserer Kontakt, mehr Verständnis	1 (0%)
Mehr und intensivere telefonische Kontakte	1 (0%)
Mehr vernünftige Gespräche und Verständnis auf beiden Seiten	1 (0%)
Mein Lebensgefährte ist in eine noch bestehende Wohnung bei seinen Eltern umgezogen.	1 (0%)
Mein Lebensgefährte zieht sich zurück, zeigt kaum Gefühle, ist sehr in sich gekehrt, kann sich weder um sich noch um mich ausreichend kümmern.	1 (0%)
Mein Mann befindet sich nicht mehr in einer psychotherapeutischen Klinik, sondern in einer geriatrischen.	1 (0%)
Mein Mann hat ein eigenes Büro (Wohnung) auf mein Anraten hin gemietet. Es bietet Homeoffice-Möglichkeit und Möglichkeiten des Rückzuges. Ich habe die Depression ernster genommen, weniger Ansprüche gestellt, weniger Vorwürfe gemacht. Meine Haltung konnte ich sehr stark verändern. Aufgrund des Rückzuges habe ich das Verhalten meines Mannes lange auf mich bezogen und entsprechend reagiert. Klarer werde ich sein, dass ich auf Behandlung bestehe, wenn er sein Befinden als Ursache für z.B. Nichteinhalten von Vereinbarungen angibt.	1 (0%)
Mein Mann ist aus der stationären Behandlung nach Hause zurückgekommen.	1 (0%)
Mein Mann ist seit Anfang Januar in der Psychiatrie. Wahrscheinlich wechselt er von dort aus in eine Tagesklinik. Er lebt also zurzeit meiner Teilnahme nicht bei mir bzw. uns.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mein Mann war freundlicher und zugewandter.	1 (0%)
Mein Sohn ist ausgezogen	1 (0%)
Mein Sohn ist ausgezogen und hat den Kontakt zu uns abgebrochen, daher kann ich die Fragen um Suizid auch nicht beantworten. Daher kann ich die letzten 6 Fragen auch nicht beantworten	1 (0%)
Mein Wissen zum Thema Depression hat sich erweitert dadurch gehe ich verständnisvoller und geklärt mit schwierigen Situationen um. Ich begegne meinem von mir getrenntlebendem Ehemann ruhiger und verständnisvoller.	1 (0%)
Meine Lebenspartnerin ist zu mir gezogen	1 (0%)
Meine Mitbewohnerin wurde vor vier Wochen stationär in eine Klinik aufgenommen.	1 (0%)
Meine Partnerin ist vorübergehend ausgezogen. Wir haben sehr wenig kontakt zueinander, versuchen uns aber zu verabreden.	1 (0%)
Meine Partnerin zog aus der gemeinsamen Wohnung aus zunächst um Zeit für sich zu benötigen. In der Zeit maximal einmal pro Woche ein kurzer Kontakt über WhatsApp In Woche vier der Studie folgte die Trennung	1 (0%)
Meine Tochter war öfter und für längere Zeiten zu Besuch	1 (0%)
Meine findet es gut, dass ich an dieser Studie teilnehme weil es für uns beide von Vorteil ist.	1 (0%)
Nach seinem Klinikaufenthalt und unserer Teilnahme an dieser Studie hat sich das Miteinander im Alltag sehr verbessert.	1 (0%)
Nach wie vor kaum Kontakt, deshalb kann ich viele Fragen nicht korrekt beantworten	1 (0%)
Nicht in den letzten 4 Wochen, sondern mehreren Monaten.	1 (0%)
Nichts	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Nimmt soziale Kontakte durch Sport auf, kocht jetzt öfter mit der WG, hat mehr KONTakte mit KOMmilitonen. Das tut ihr gut. Bespricht ihre Probleme mit uns und wir suchen in der Familie und mit Freunden nach LÖSungen.	1 (0%)
Noch ""entspannter"" im Umgang miteinander geworden. Depressive Tochter hat eine alleinige Flugreise gewagt.	1 (0%)
Offener reden	1 (0%)
Offenere Gespräche über den emotionalen und körperlichen Zustand, Medikamente etc.	1 (0%)
Positiv mehr Gespräche über Erkrankung als Folge der stationären Behandlung	1 (0%)
Räumliche Trennung, wenig Telefon. Kontakte	1 (0%)
Rückkehr aus einer 3-monatigen stationären Behandlung	1 (0%)
Rückzug meinerseits zum eigenen Schutz.	1 (0%)
Schlafsituation hat sich verschlechtert, sodass mein Tag und meine Kraft darunter sehr gelitten hat	1 (0%)
Schönere Kontakte,	1 (0%)
Seit 1,5 Wochen in stationärer Behandlung	1 (0%)
Seit 10 Tagen Klinikaufenthalt	1 (0%)
Seit 10 Tagen wohnt er auf eigenen Wunsch in einer 2er WG.	1 (0%)
Seit 10 Wochen ist mein Angehöriger stationär untergebracht. Kontakt seitdem 2 -3 wöchentlich telefonisch, 1 mal in drr Woche Treffen	1 (0%)
Seit der Studie und meinem verändertem Umgang mit ihm, mehr und zuverlässigerer Austausch als früher. Er taucht nicht mehr so ab.	1 (0%)
Seit stationärem Aufenthalt kein Kontakt mehr	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Sie hat ein Studium in einer anderen Stadt begonnen. Dadurch haben wir weniger Kontakt.	1 (0%)
Sie ist ausgezogen	1 (0%)
Sie ist seit 9.1.22 in einer Akutklinik und ich war nur 2x zu Besuch, in den ersten 3 Wochen telefonierten wir fast täglich, dann nur noch 2x / Woche.	1 (0%)
Sie wurde aus der offenen Psychiatrie entlassen, macht nun eine Wiedereingliederung ins Berufsleben und ist dadurch wieder in den Alltag zu Hause integriert.	1 (0%)
Sie zieht sich immer mehr zurück und lässt nichts an sich heran.	1 (0%)
Siehe oben.	1 (0%)
Starker Rückzug seiner seits	1 (0%)
Stationäre Aufnahme	1 (0%)
Stationäre Behandlung	1 (0%)
Stationäre aufenthalt	1 (0%)
Stationäre psychiatrische Behandlung	1 (0%)
Stationärer Aufenthalt	1 (0%)
Stationärer Aufenthalt in einer Klinik ohne Besuchserlaubnis (Corona).	1 (0%)
Stationärer Klinikaufenthalt	1 (0%)
Stationärer Klinikaufenthalt und Rückkehr	1 (0%)
Strukturierterer Kontakt im Laufe der Woche - Trennung von ""Freizeit"" (Plaudern, Film gucken, gemeinsam essen usw.) und ""Arbeit"" (Alltagscoaching wie Post öffnen, Termine einhalten usw.), dadurch ist nicht jede Begegnung von vornherein belastet.	1 (0%)
Studiumbeginn in einer anderen Stadt und Auszug	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Tochter ist wieder im Elternhaus eingezogen	1 (0%)
Trennung	2 (1%)
Trennung daher weniger kontakt	1 (0%)
Umgang miteinander Anhand der Tipps konnte ich ihn zu verschiedenen Dingen motivieren.	1 (0%)
Umzug ins Haus seiner Schwester, Kontakt nur noch jeden 2. Tag und Wochenende.	1 (0%)
Umzug vom Haus in eine andere Wohnung.	1 (0%)
Umzug vor drei Monaten in eine andere Stadt. Beginn einer Neues Ausbildung meines Partners.	1 (0%)
Urlaub, ich war weg	1 (0%)
Verbesserung des Kontaktes, einfacherer Gesprächszugang bezüglich der Erkrankung und dadurch besserer Umgang damit, vermehrt gemeinsame Aktivitäten	1 (0%)
Verlassen	1 (0%)
Vertiefung meiner Distanz zu meiner Mama. Selbstfürsorge enorm gesteigert. Kümmere mich nicht mehr um meine Mama.	1 (0%)
Viel mehr Kontakt, viel mehr kümmern	1 (0%)
Viel weniger Kontakt	2 (1%)
Vorübergehender Auszug, jetzt stationäre Aufnahme	1 (0%)
War in stationärer Klinik	1 (0%)
Wegen Aufnahme stationärer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik konnte ich meine Angehörige nur 1-2 mal pro Woche sehen.	1 (0%)
Wenig Kontakt, weil Person diesen meidet	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Weniger Gemeinsame Zeit	1 (0%)
Weniger Gespräche weil ich keine Nerven mehr dazu habe. Es ist mir zu anstrengend	1 (0%)
Weniger Kommunikation	1 (0%)
Weniger Kontakt	5 (1%)
Weniger Kontakt da stationäre Behandlung	1 (0%)
Weniger Kontakt durch Klinik	1 (0%)
Weniger Kontakt durch Krankheit der Mutter meines Angehörigen	1 (0%)
Weniger Kontakt durch Verschlossenheit. Weiß nicht was ich tun soll.	1 (0%)
Weniger Kontakt durch Zurückgezogenheit.	1 (0%)
Weniger Kontakt durch neuen Job und stationäre Behandlung der depressiven Angehörigen	1 (0%)
Weniger Kontakt mit meinen Sohn.	1 (0%)
Weniger Kontakt und Hilfe	1 (0%)
Weniger Kontakt, Trennung als Paar (nur noch auf freundschaftlicher Ebene)	1 (0%)
Weniger Kontakt, da Klinikaufenthalt	1 (0%)
Weniger Kontakt, da ich mich zurück zog.	1 (0%)
Weniger Kontakt, da längerer Aufenthalt bei Geschwistern in anderer Stadt	1 (0%)
Weniger Kontakt, ich bin etwas gelassener geworden	1 (0%)
Weniger Kontakt, sie hat sich in die Zweitwohnung zurückgezogen.	1 (0%)
Weniger Kontakt. Sie war viel unterwegs. Ich hab viel Zeit für mich gebraucht	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Weniger Körperlicher Kontakt Nähe und Freude	1 (0%)
Weniger Zärtlichkeiten, Berührungen	1 (0%)
Weniger gesehen	1 (0%)
Weniger persönlichen Kontakt, mehr telefonisch.	1 (0%)
Wenn er mir jeden Tag von seiner Therapie in der Tagesklinik ausführlich (1-2 Stunden) erzählt, kann ich vieles jetzt besser einordnen und traue mich auch mal, zu widersprechen, wenn ich den Eindruck habe, dass sich falsch einschätzt/darstellt.	1 (0%)
Wenn wir uns 2x pro Woche auf der Arbeit sehen, redet er quasi gar nicht mehr mit mir. Ansonsten kompletter Kontaktabbruch.	1 (0%)
Wie gesagt die Pause.. in 4Tagen sehen wir uns wieder, ich bin gespannt.. aber hatte die letzten Wochen auch das Gefühl dass ihr zweites Antidepressivum jetzt anschlägt und sie auf dem Weg der besserung ist.. es war leider einfach sehr ungünstiges Timing dass mir die Energie ausgegangen ist..	1 (0%)
Wie sind noch getrennt, da ich noch im Ausland bin und er in einer klinik stationaer.	1 (0%)
Wieder nach Hause gezogen	1 (0%)
Wir haben uns wieder aufgegriff unsere Beziehung neu zu aktivieren nachdem er unsere Hochzeit abgesagt hatte und ich extrem sauer auf ihn war	1 (0%)
Wir hatten nach ca. mind. 12 Wochen das erste vernünftige und einander zugewandte Gespräch.	1 (0%)
Wir kommunizieren jetzt mehr und teilweise besser	1 (0%)
Wir reden mehr miteinander und können auch über Gefühle sprechen.	1 (0%)
Wir reden mehr über seine Situation und wie es für ihn weitergehen könnte.	1 (0%)
Wir reden offener, was unsere Beziehung verbessert hat. Ich fühle mich dadurch auch nicht mehr so weit außenvor und weniger allein.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Wir rücken trotz allem näher zusammen, auch wenn es zwischendurch mal Streit gibt. Wir wissen, dass wir füreinander da sind und es fühlt sich nach mehr und mehr Bindung an.	1 (0%)
Wir sehen uns viel seltener	1 (0%)
Wir sehen uns weniger.	1 (0%)
Wir sind in eine Wohnung gezogen, sehr weit von der Stadt aus der Wir kommen (Freiburg). Wir sind an die Ostsee gezogen. Das war eine sehr gute Entscheidung. Es geht Uns dadurch beiden viel besser. Die ersten zwei Wochen waren etwas anstrengend, aber Ich meine, das ist normal. :-)	1 (0%)
Wir sind noch enger geworden, im positiven Sinne	1 (0%)
Wir sind uns vertrauter und können besser miteinander reden	1 (0%)
Wir sind wieder enger	1 (0%)
Wir sind wieder offener füreinander und näher gekommen.	1 (0%)
Wir sprechen offener ueber die Symptomatik & moegliche Ausloeser sowie Handlungsstrategien in akuten Situationen.	1 (0%)
Wir stehen uns wieder sehr nahe, fast wie vor der Depression. Wir reden häufiger und offener miteinander und auch wieder über ernstere Dinge; meine Beziehung zu dieser Person hat sich deutlich positiv verändert	1 (0%)
Wir telefonieren regelmäßig und er ist bereit, mit uns über seine Erkrankung zu sprechen.	1 (0%)
Wohnortwechsel, neuer Job	1 (0%)
Wohnsituation	1 (0%)
Wohnsituation, da dieses Person jetzt stationär behandelt wird	1 (0%)
Ziehe mich etwas zurück..machst mehr für mich	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Zieht sich mehr zurück, komme nicht mehr richtig an ihn heran. Lässt mich nicht teilhaben an seinen Gefühlen	1 (0%)
Zusammenrücken nach der bereits erwähnten Situation im Freundeskreis (Ende einer Freundschaft). Offenerere Gespräche über die Depression und über im Programm erwähnte Ideen wie z.B. gute Erinnerungen aufschreiben.	1 (0%)
bessere Kommunikation	1 (0%)
der Kontakt ist harmonischer geworden. Mir ist es gelungen, besser auf meinen Partner zuzugehen und ihn hinter der Depression zu sehen. Vieles nehme ich jetzt weniger persönlich. Zudem ist es mir deutlich besser gelungen mich abzugrenzen und nach mir zu schauen.	1 (0%)
der Kontakt ist noch vertrauensvoller und konstruktiver.	1 (0%)
deutlich mehr Kontakt	2 (1%)
deutlich schwerster Streit ever	1 (0%)
deutlich weniger Kontakt	2 (1%)
deutlich weniger Kontakt, finde keinen ""Zugang"" mehr zu ihm	1 (0%)
deutlich weniger und unregelmäßiger Kontakt, physische Distanz durch Arbeit und Umzug	1 (0%)
distanzierter, unsicherer Umgang	1 (0%)
ein gemeinsamer Urlaub wurde von der depressiven Person ""gecancelt"". Den haben wir daheim verbracht. Er nimmt jetzt an einer On-Line-Behandlung _""better-help"" teil, weil hier kein Therapieplatz für eine ambulante Behandlung zu bekommen ist	1 (0%)
eine deutliche Verbesserung in der Kommunikation über Gefühle	1 (0%)
einfuehlsamer	1 (0%)
er hat Tag/Nachrhythmus wieder ""normalisiert"".....vorher war er nachts wach und lag den ganzen Tag im Bett...	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
er nimmt seit ca. 4 Wochen regelmäßig seine Medikamente (Antidepressiva) und ist ausgeglichener	1 (0%)
es geht ihm besser und der emotionale Kontakt zueinander hat sich verbessert	1 (0%)
etwas mehr Anteilnahme bei beiden.	1 (0%)
gemeinsamer Urlaub, mehr Kontakt	1 (0%)
größere Distanz	1 (0%)
irgendwie ist alles distanzierter, weil er sich sehr abkapselt und nicht mit mir über seine Gefühle redet	1 (0%)
kein Kontakt zu unserem Sohn	1 (0%)
mehr Haut-Kontakt, erstmals wieder ein gemeinsames Camping-Wochenende	1 (0%)
mehr Kontakt	2 (1%)
mehr Kontakt, bessere Gespräche	1 (0%)
mehr Streit, Gereiztheit, Wut,	1 (0%)
mehrere Abende Serie schauen über Skype	1 (0%)
regelmäßiges Telefonieren als zurzeit einzige Unterstützung, lange Gespräche, tagsüber oder abends	1 (0%)
sie ist in klinik	1 (0%)
stationärer Klinikaufenthalt meiner Frau	1 (0%)
verbesserte Kommunikation, wohlwollenderer Umgang	1 (0%)
viel mehr Streit	1 (0%)
weniger Kontakt	5 (1%)
weniger Nähe	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

	Free text	Total (N = 1640)
	weniger Sozialkontakte	1 (0%)
	weniger Streit	1 (0%)
	weniger physischer Kontakt. Wohnsituation.	1 (0%)
	wir haben mehr Kontakt und telefonieren auch häufiger	1 (0%)
	wohnte von Anfang an nicht mit im Haushalt, bin aber alle 14 Tage am WE da, telefoniere täglich	1 (0%)
	zuerst ja. Meine Frau flüchtete häufiger von zu Hause zu ihrer Affäre, lebte sogar bei ihm. War zu Hause nur schwermütig, traurig und nervös. Seit ich vor einer Woche ihr mitgeteilt habe, dass ich sie frei gebe und nicht mehr möchte, dass sie bleibt, ist ihre Stimmung besser und sie ist belastbarer. Sie wirkt freier. Wir werden uns erstmal trennen.	1 (0%)
	zum positiven- sage mir häufig, dass die depression die reaktion auslöst, dass es nichts mit mir zu tun hat, versuche mich an den Lösungsfilmern zu orientieren, um besser auf die Betroffenen zu reagieren haben mehr gute momente	1 (0%)
	Missings	1306/1640 (80%)
T3: Change of contact to depressed person in the last four weeks (free text).	- weniger Kontakt - wir haben getrennte Wohnungen	1 (0%)
	7 wöchigen Aufenthalt des psychisch Erkrankten in einer Klinik.	1 (0%)
	Aktuell besser...da es ihm besser geht.	1 (0%)
	Andere Wohnsituation	2 (1%)
	Andere Wohnsituation Etwas mehr emotionale Distanz, sodass ich nicht mehr so stark ""mitleide"", sondern lediglich unterstütze	1 (0%)
	Angehörige hat in der Zeit wieder angefangen zu Arbeiten nach dem Elternzeit.	1 (0%)
	Angehöriger in stationärer Behandlung, anfangs viel Kontakt inzwischen auch auf meinen persönlichen Wunsch hin weniger Kontakt, täglich am Abend	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Angehöriger ist aus stationärer Behandlung nach Hause gekommen	1 (0%)
Angehöriger ist in stationäre Aufnahme der psychologischen Abteilung des Klinikums eingewiesen worden	1 (0%)
Angehöriger nimmt an stationärer Behandlung teil	1 (0%)
Angehöriger wohnt in der selben Wohnung und versucht deutlich öfter den Kontakt zu meiden.	1 (0%)
Aufgrund des stationären Aufenthalts und der Fixierung/Isolierung durfte meine Schwester sowohl zunächst keinen Besuch bekommen und hatte auch keinen Handyzugriff. Daher deutlich weniger Kontakt. Ich durfte Sie mit Ausnahmeregelung, dann doch in der Isolation besuchen, weswegen ich für ein paar Tage angereist war. Da ich mittlerweile aber wieder zu Hause bin (ca. 600km entfernt), besaß ich nicht die Möglichkeit mit ihr in Kontakt zu treten. Seit ein paar Tagen hat Sie ihr Handy teils wieder und ich konnte mir ihr ein paar Minuten telefonieren.	1 (0%)
Auszug aus dem Elternhaus in eine WG	1 (0%)
Auszug und Trennung	1 (0%)
Auszug, kein Kontakt mehr	1 (0%)
Beendigung des stationären Aufenthalts an der Psychiatrie, Weiterbehandlung in einer Tagesklinik	1 (0%)
Bessere Kommunikation , er übernimmt eigenverantwortung, ich kann ihm besser zuhören	1 (0%)
Besserer Austausch wurde möglich	1 (0%)
Besserer Kontakt zueinander	1 (0%)
Beziehungspause und dann Trennung	1 (0%)
Bin beruflich unterwegs und nicht so oft bei ihr zu Hause.	1 (0%)
Das Miteinander ist besser geworden.	1 (0%)
Der Angehörige ist aus einem stationären Aufenthalt wieder nach Hause gekommen.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Deutlich mehr Kontakt	2 (1%)
Deutlich mehr Kontakt und Gespräche. Besseres Verhältnis zueinander.	1 (0%)
Deutlich mehr Kontakt, der vor allem von seiner Seite sehr wertschätzend, respekt- und liebevoll ist. Ich brauchte etwas Zeit und intensive und offene Gespräche, um langsam Vertrauen aufzubauen. Ich glaube ihm inzwischen, dass sich aus der Verdrängung und Leugnung seiner Probleme von Kindheit an, sein negatives und aggressives Verhalten generierte. Er ist nun 13 Wochen in freiwilliger stationärer Behandlung und im Anschluss folgt die Tagesklinik. Er macht dies alles, weil er sich nie wieder so schlecht und verzweifelt fühlen möchte. Wir alle waren anfangs skeptisch, doch wir geben ihm und damit uns eine 2. Chance und freuen uns sehr über diese Entwicklung. Vor allem der intensive Austausch mit der Psychologin hier hat mir unglaublich geholfen, als es vor Ort keine Hilfe für mich gab. So, dass ich Selbstfürsorge lernen durfte, um mich so aus der symbiotischen Beziehung zu lösen. Wir sind nun zwei starke "Ichs", die sich von der Krankheit nicht unterkriegen lassen. Und ich weiß durch Ihre Begleitung wie wichtig es ist, dass es mir gut geht! Nochmals herzlichen Dank dafür!	1 (0%)
Deutlich mehr Kontakt. Sie verhält sich mit gegenüber offener	1 (0%)
Deutlich mehr und besserer Kontakt, können aufeinander zugehen, offen miteinander reden.	1 (0%)
Deutlich weniger Kontakt	1 (0%)
Deutlich weniger kontakt	1 (0%)
Die Angehörige befindet sich wegen ihrer Depression seit 6 Wochen in stationär in einer Klinik. Kontakt fand in dieser Zeit ausschließlich telefonisch statt.	1 (0%)
Distanzierteres Verhalten nach der Trennung im Mai	1 (0%)
Distanzierung zu dem Thema. Mehr mütterlicher Kontakt, aber mich nicht mehr aktiv mit dem Thema belastet / drüber geredet.	1 (0%)
Durch den stationären Aufenthalt war er 3,5 Wochen nicht zu Hause.	1 (0%)
Durch die Studie hat sich mein Blickwinkel zum Thema Depression positiv verändert ich war im Gespräch im Menschen die an Depression erkrankt sind manchmal ungeduldig und gereizt da ich	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
nicht nachvollziehen konnte wie es ihm geht. Nun bewahre ich Ruhe, kann zu hören und ganz bei mir bleiben. Es ist eine Verhaltensbereicherung für mich und meinem Gegenüber. Ich bin souveräner geworden.	
Durch die stationäre Therapie etwas weniger Kontakt, dennoch fast täglich per Chat	1 (0%)
Eher positiv verändert durch die teilnahme an der Studie. Ich konnte etwas mehr Gelassenheit und innere Distanz aufbauen.	1 (0%)
Ein bisschen weniger Kontakt	1 (0%)
Engere Verbindung, verbesserte Kommunikation, entspannteres Zusammenleben	1 (0%)
Entlassung nach Hause nach 3 monatigem stationären Aufenthalt	1 (0%)
Er beschimpft mich Whatsapp und besucht Elternhaus nicht mehr seit einer Woche	1 (0%)
Er ist ""gefühlslerer"" mir gegenüber geworden.	1 (0%)
Er ist ausgezogen	1 (0%)
Er ist häufiger in unserer Zweitwohnung	1 (0%)
Er ist nach 8 wöchigen Klinikaufenthalt (mit Unterbrechungen) zurück nach Hause gekommen	1 (0%)
Er ist viel ausgeglichener und weniger aggressiv, seit er regelmäßig (seit Mitte Dezember) seine Antidepressiva nimmt	1 (0%)
Er ist zu seiner Geliebten ausgezogen, die er seit 4 Jahren hat und liebt.	1 (0%)
Er redet von sich aus gar nichts mehr. Er antwortet auf Fragen nur mit ja oder nein (bez.. Kopfnicken oder Kopfschütteln) oder nur mit minimaler Antwort	1 (0%)
Er wohnt bei seiner Mutter im Dachzimmer , will die Trennung . Wenig Kontakt ,meist per WhatsApp	1 (0%)
Erneut weniger Kontakt	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Erst Stationäre Behandlung, dann tagesklinik, jetzt Reha. Dadurch sehen wir uns seltener aber unser Verhältnis ist fast noch inniger und besser als vorher	1 (0%)
Es geht ihm deutlich besser, deshalb rufe ich nicht mehr so oft an.	1 (0%)
Es geht ihm wesentlich besser	1 (0%)
Es geht im besser (er hat eine dauerhafte Depression und jetzt sind wir von schwer zu mittel, was der ""Normalzustand"" ist).	1 (0%)
Es geht meinem Mann derzeit sehr gut, die Depression ist momentan im Griff :-). Die Tagesklinik leistet ganze Arbeit.	1 (0%)
Es ist deutlich besser geworden. Meinem hatte eine schlimme Krise die wir besser als sonst gemeinsam gemeistert haben. Den Rest der Zeit hat er seine Eltern-Zeit genutzt etwas in seiner Vergangenheit aufzu räumen	1 (0%)
Es wird weniger kommuniziert	1 (0%)
Etwas mehr Kontakt	1 (0%)
Etwas mehr Kontakt telefonisch	1 (0%)
Etwas unterkühlter, da häufiger Streits und unglücklichsein meines Partners	1 (0%)
Etwas weniger Kontakt	1 (0%)
Findet die familiäre Hilfe als Belastung, Kontrolle, und nervig. Hält uns auf Abstand.	1 (0%)
Gemeinsamer Umzug, ich hatte kein eigenes Zimmer mehr --> Stress	1 (0%)
Getrennte Wohnungen, Studium beendet, praktische Tätigkeit begonnen	1 (0%)
Getrenntes wohnen über Woche durch neue Arbeit	1 (0%)
Habe mlch mehr zurück genommen und gewartet das er von sich aus kommt und Unterstützung wünscht.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Ich bin ausgezogen.	1 (0%)
Ich bin entspannter sowie entlasteter im Alltag, gedanklich, im Umgang mit der Erkrankung meines Sohnes	1 (0%)
Ich bin geduldiger, verständnisvoll, fordere aber auch Respekt und ziehe ihn in alles mit ein, lasse nicht locker	1 (0%)
Ich bin in Reha und er in der Klinik. Distanz zwischen uns. Kontakt ist weniger	1 (0%)
Ich bin vor drei Monaten ausgezogen und habe seit zwei Monaten keinen Kontakt mehr zu der Angehörigen	1 (0%)
Ich habe leider keinen Kontakt	1 (0%)
Ich habe mich innerlich zurück gezogen und gebe ungefragt keine Ratschläge/Unterstützung mehr.	1 (0%)
Ich habe mich sehr zurückgenommen, habe weniger Kontakt, er hat sein Leben z.Z .selbst im Griff. Ich bin häufiger bei meiner Mutter, die ihr Schicksal..Parkinson, Leben im Rollstuhl, Demenz satt hat. Für mich ist das furchtbar auszuhalten!	1 (0%)
Ich hatte Urlaub und konnte mehr Zeit mit ihm verbringen.	1 (0%)
Ich versuche mich zu schützen, indem ich mich deutlich mehr von meinem Partner zurückziehe und ihm aus dem Weg gehe.	1 (0%)
Ich wusste nicht wie ich weiter helfen soll und fühlte mich hilflos, was mich traurig und nachdenklich gemacht hat bzw. ich mich unbewusst etwas zurückgezogen habe	1 (0%)
Innigere Beziehung. Neue Wohnung. Mehr Achtsamkeit füreinander.	1 (0%)
Ist besser und leichter geworden	1 (0%)
Ist im Krankenhaus	1 (0%)
Ja , getrennt lebend	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Kaum Kontakt	2 (1%)
Kein gemeinsamer alltag wegen wohnungssuche in weit entfernter Stadt, wenig Kontakt	1 (0%)
Keine Kommunikation, Sammel/Aufbewahrungswahn	1 (0%)
Keine Nähe. Nur noch distanziert. Hat sich in der Klinik verliebt.	1 (0%)
Keinen Kontakt mehr	1 (0%)
Klarere Abgrenzung meinerseits durch Ansprechen was ich ihr geben kann (Hilfestellung bei Behörden, begrenzt im Haushalt, wenn nötig, bei akutem Gefühl der Überforderung, aber aber nicht gegen die Veränderung die sie im Umgang mit sich selbst auf die Reihe bringen muss und mit Therapeutin klären soll), deutlich engagiertere Problemlösungsstrategien der Betroffenen und klare Anfragen an Hilfe, wenn sie welche brauchte (keine Angebote meinerseits, weil ich überforderung ahnte, sie aber von sich aus noch nichts gesagt hat)	1 (0%)
Klinikaufenthalt der Angehörigen seit 8 Tagen; dadurch weniger Kontakt: von 24/7 vorher zu täglichen Besuchzeiten von ca. 1 Stunde	1 (0%)
Konflikte mit der Schwester aufgrund unterschiedlicher Einschätzung des Zustandes der Mutter	1 (0%)
Kontakt auf das Nötigste (Organisatorisches wegen gemeinsamer Tochter) reduziert	1 (0%)
Kontakt auf ein Minimum beschränkt	1 (0%)
Kontakt wird schlechter	1 (0%)
Kontaktzeiten verkürzt, zt bewusst, zt durch Quarantäne...	1 (0%)
Mehr Gespräche	1 (0%)
Mehr Kommunikation	1 (0%)
Mehr Kommunikation miteinander und gegenseitiges, proaktives aufeinander Zugehen. Er hat mir erzählt, wie er es sich ganz konkret vorgestellt hatte und wie er sich suizidieren würde. Das fand ich auf eine Art sehr belastend, aber auch sehr aufschlussreich.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Mehr Kommunikation, mehr Verständnis auf beiden Seiten, mehr Abgrenzung zwischen Krankheit und Charakter	1 (0%)
Mehr Kontakt	2 (1%)
Mehr Kontakt Mehr Einbeziehung, besserer Informationsfluss Veränderte Medikation	1 (0%)
Mehr Kontakt weil wir drei Wochen im Urlaub waren	1 (0%)
Mehr Kontakt, da er krank geschrieben ist und ständig zu Hause ist.	1 (0%)
Mehr Kontakt. Sie wohnt jetzt wieder bei uns.	1 (0%)
Mehr Kontakt/ Unternehmungen	1 (0%)
Mehr Kontakt: persönliches Gespräch häufiger, weniger Rückzug in der Beziehung	1 (0%)
Mehr Offenheit für Gespräche die ehrlich und emotional sind. Mehr Zeit für mich alleine.	1 (0%)
Mehr Streit, weniger Harmonie & oft stand eine Trennung im Raum	1 (0%)
Mehr Verständnis für die jeweils andere Person. Sprechen über Gefühle, mehr Empathie.	1 (0%)
Mehrere Monate in stationärer Behandlung, schon vor der Studie und immer noch	1 (0%)
Mein Lebensgefährte redet mit mir seltener über seinen Gefühle, seit er in der ambulanten Gruppe in der Tagesklinik ist.	1 (0%)
Mein Mann ist aktuell in einer Psychiatrie und das hat unser Verhältnis verbessert	1 (0%)
Mein Partner ist wieder Zuhause nach 12 Wochen stationärer Therapie	1 (0%)
Mein Sohn ist für sein Studium in eine andere Stadt gezogen.	1 (0%)
Mein Vater war 5 Wochen stationär und seit kurzem ist er wieder zu Hause mit Anschluss an die Tagesklinik. Ich sehe ihn wieder öfters und habe daher viel mehr Kontakt als vorher	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Meine Partnerin spricht seit 4 Wochen kaum mit mir. Nach dem stationären Aufenthalt wird sie in eine eigenen Wohnung ziehen.	1 (0%)
Meine Schwester ist ausgezogen. Wir haben jedoch regelmäßig Kontakt per Telefon & WhatsApp, sehen uns aber nur noch jedes Wochenende.	1 (0%)
Nach 3 Monatigem stationärem Aufenthalt in Psychiatrische Klinik wohnt meine Angehörige seit 09.Mai 2022 wieder zu Hause	1 (0%)
Nach ihre Entlassung aus der stationären Klinik ist meine Mutter zu uns gezogen, um bei uns in eine Tagesklinik gehen zu können. Vorher haben wir uns recht selten gesehen, da sie auch viel gearbeitet hat und wir schon um die 90km auseinander wohnten.	1 (0%)
Negative Veränderung: Tod der Schwester Positive Veränderung: Ankündigung weiterer Nachwuchs	1 (0%)
Neue Wohnung, zurück in meine alte Heimat, wo ich nie wieder hin wollte.	1 (0%)
Neue wohnsituation, besserer Kontakt da medizinisches Personal da ist	1 (0%)
Offener im Umgang, häufigere Telefonate	1 (0%)
Offenheit für Gespräche ist gestiegen, aggressives Verhalten hat sich verringert. Leider resultiert daraus noch keine positivere Einschätzung, Probleme lösen zu können.	1 (0%)
Positiv verändert! Das Zusammenleben klappt wesentlich besser, unsere Beziehung fühlt sich gut an. Wir kommen gut miteinander klar. Mein Mann hat eine gute Phase. Mein Mann hat nun endlich einen Therapieplatz. Die Therapie beginnt nächste Woche.	1 (0%)
Regelmäßigere Telefonate, Nachrichten und Treffen	1 (0%)
Reha	1 (0%)
Schlechtere bis keine Kommunikation, Erwägung der Trennung/Scheidung	1 (0%)
Sein Zustand hat sich verbessert	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Seit kurzem Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik. Kontakt somit nur am Wochenende möglich. (Besuche)	1 (0%)
Sie hat zumindest hin und wieder Kontakt aufgenommen. Und wir haben auch Mal eine längere Zeit telefoniert.	1 (0%)
Sie ist in stationärer Behandlung	1 (0%)
Sie ist mir gegenüber weniger offen, war sehr betroffen und sogar sauer auf mich, dass ich bei dieser Studie mitmache ("Wie kannst du nur mit anderen über mich sprechen?!")	1 (0%)
Sie ist seit 21/2 Wochen in einer Psychosomatischen Klinik.	1 (0%)
Sie lebt wieder in ihrer WG, sie hat einen 450 Eurojob angenommen, bespricht regelmäßig neue Schritte mit mir. Kann nach wie vor aber noch keine Entscheidung treffen bezüglich der Weiterführung ihres Studiums. Hat noch nicht zugenommen, möchte aber nicht mehr regelmäßig darauf angesprochen werden und hat das ruhig und sachlich vorgetragen. Sie kommt regelmäßig zu Besuch.	1 (0%)
Sie zieht sich mehr und mehr zurück!	1 (0%)
Siehe vorherige Frage - er spricht weniger mit mir, weil er keine Notwendigkeit sieht.	1 (0%)
Stationäre Behandlung	1 (0%)
Stationärer Aufenthalt	2 (1%)
Stationärer Aufenthalt. Sehe meine Tochter aktuell in Sicherheit und sie hat sich gewünscht, dass wir uns als Familie mehr zurück nehmen.	1 (0%)
Studentenzimmer aufgegeben ,wohnt wieder Zuhause	1 (0%)
Tochter in Studentenwohnheim gezogen	1 (0%)
Trennung	3 (1%)
Trennung (s. oben). Kontaktabbruch mit Auszug aus der gemeinsamen Wohnung.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Trennung und Auszug aus der gemeinsamen Wohnung. Kaum noch Kontakt	1 (0%)
Trennung und bald auch Auszug	1 (0%)
Umzug	1 (0%)
Umzug - Angehöriger pendelt jetzt an den Wochenende	1 (0%)
Umzug in eigene Wohnung	1 (0%)
Umzug zurück ins eigene Haus	1 (0%)
Umzug, Klinikaufenthaltpause wegen Corona, Medikamentenumstellung	1 (0%)
Urlaub	1 (0%)
Verbessert	1 (0%)
Verbesserung seines Zustands Meine Akzeptanz	1 (0%)
Viele Ausflüge	1 (0%)
Vorübergehende räumliche Trennung	1 (0%)
Wenig direkter Kontakt, da ich im Urlaub war	1 (0%)
Weniger Gespräche, mehr WhatsApp.	1 (0%)
Weniger Kontakt	15 (6%)
Weniger Kontakt da stationärer Aufenthalt 500 km entfernt.	1 (0%)
Weniger Kontakt durch Urlaub	1 (0%)
Weniger Kontakt von meiner Seite aus	1 (0%)
Weniger Kontakt, Aufenthalt in klinik	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Weniger Kontakt, Distanz	1 (0%)
Weniger Kontakt, aber deutlich aggressiver. Umzug.	1 (0%)
Weniger Kontakt, da stationäre Behandlung	1 (0%)
Weniger Kontakt, ich grenze mich sehr ab	1 (0%)
Weniger Kontakt, mehr aus dem Weg gehen	1 (0%)
Weniger Kontakt, nur nach vorheriger Verabredung.	1 (0%)
Weniger Kontakt, spricht weniger, ignoriert unsere Aussagen, geht bewusst nicht ans Telefon/Handy, wenn man anruft	1 (0%)
Weniger Kontakt, weniger Kommunikation	1 (0%)
Weniger Zeit füreinander (Fernbeziehung)	1 (0%)
Weniger kontakt	1 (0%)
Weniger kontakt seltener sehen	1 (0%)
Weniger räumlicher Kontakt.	1 (0%)
Wieder mehr Kontakt	1 (0%)
Wir konnten über die Situation reden und wie wir uns Hilfe holen und ob diese auch angenommen wird.	1 (0%)
Wir haben die Zimmer getrennt	1 (0%)
Wir haben keinen Kontakt mehr	1 (0%)
Wir haben uns getrennt und seit einem Monat keinerlei Kontakt mehr	1 (0%)
Wir haben uns getrennt.	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Wir haben weitaus mehr Kontakt und reden verstärkt über die Depression	1 (0%)
Wir haben wieder mehr Kontakt zueinander, weniger Streit, konnten einige Dinge klären.	1 (0%)
Wir hatten Urlaub und das hat uns wieder näher zueinander gebracht	1 (0%)
Wir hatten viel mehr Kontakt, da ich viel Urlaub noch hatte und nun weiter studiere und das online	1 (0%)
Wir hatten viel weniger Kontakt, weil mein Mann bis vor 10 Tagen für 5 Wochen in Reha war.	1 (0%)
Wir möchten uns jeder eine eigene Wohnung, in der Nähe zueinander suchen. Wir wissen auch nicht genau, wie unser Verhältnis jetzt ist. Gerade möchten wir keine klassische Beziehung. Wir verstehen uns aber sehr gut und unternehmen sehr viel zusammen. Wir planen auch gemeinsam. Ich denke, wir brauchen einfach etwas mehr Ruhe, auch für uns selber.	1 (0%)
Wir reden viel mehr miteinander und zeigen gegenseitig viel mehr Verständnis füreinander	1 (0%)
Wir reden weniger und die Sexualität ist null.	1 (0%)
Wir sehen uns fast nicht mehr, da er mein Arbeitskollege war und vor 4 Wochen seinen Job gekündigt hat.	1 (0%)
Wir sind noch enger geworden (positiv)	1 (0%)
Wir wachsen mehr und mehr zusammen. Können aber auch ganz entspannt und unkompliziert, allein sein und allein Dinge unternehmen. Das ist und war nie ein Problem.	1 (0%)
Wir wohnen getrennt	1 (0%)
Wir wohnen wieder zusammen	1 (0%)
Wohnen nicht mehr zusammen	1 (0%)
Wohnsituation	1 (0%)
Wohnsituation entzerrt	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
Wohnsituation geändert, leben jetzt getrennt	1 (0%)
Wohnsituation hat sich geändert	1 (0%)
ZUSammengezogen, viele intensive Gespräche über psychologische Themen, regelmäßiger Streit als Ursache der Depression,	1 (0%)
andere Wohnsituation (kranker Angehöriger wohnt wieder alleine und nicht mehr bei uns), daher auch deutlich weniger Kontakt	1 (0%)
anderer Kontakt nach einer Aussprache, nicht mehr nur ""krisentelefon""	1 (0%)
anderer Wohnsitz	1 (0%)
deutlich weniger Kontakt	1 (0%)
deutlich weniger Kontakt, meine Nachrichten werden tagelang nicht gelesen, ich bekomme keine Antworten.	1 (0%)
deutlich weniger Kontakt, weil er eine neue Partnerin hat.	1 (0%)
durch Trennung veränderte Wohnsituation und kein Kontakt	1 (0%)
durch meine Psychotherapie bin ich distanzierter zur Erkrankung meines Ehemanns	1 (0%)
erfolgreicher Besuch der Tagesklinik hat zu deutlich besserem Befinden des Angehörigen geführt. Der Übergang in den Berufsalltag wird derzeit durch eine Studie der MHHannover begleitet. Eine Psychotherapie wurde begonnen. Der Angehörige hält Kontakt und besucht uns regelmäßig und ist auch telefonisch erreichbar für uns. Gerade sieht es gut aus!	1 (0%)
etwas weniger Kontakt	1 (0%)
ich wohne nicht mehr zuhause (3h entfernt), habe aber in den letzten 4 Wochen 1 Woche mit dem erkrankten Angehörigen verbracht, danach brauchte ich erstmal wieder mehr Ruhe im eigenen Wohnort	1 (0%)
mehr Kontakt	3 (1%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
mehr Kontakt, Entlassung aus der Klinik	1 (0%)
mehr Kontakt, mehr Treffen, regelmäßig und intensiver	1 (0%)
mehr Kontakte & Freizeitbeschäftigungen	1 (0%)
mehr kontakt	1 (0%)
mehr regelmäßiger und strukturierter Kontakt (feste, zeitlich begrenzte Verabredungen, um wichtige Dinge zu erledigen)	1 (0%)
mehr und längerer Kontakt	1 (0%)
mehr und offenerer Kontakt - Augenhöhe	1 (0%)
nicht mehr so viel unternommen wie vorher, ich musste nicht mehr so stark ""aufpassen"" und hatte nicht mehr so stark den Drang mit ihm etwas zu unternehmen, damit er nicht in Gedanken versinkt und sich selbst Schaden hinzufügt (da er mittlerweile sich besser allein beschäftigen konnte). Wenn man etwas unternommen hat, dann weil es ganz normal war, wie früher. Aber auch hinsichtlich der Selbstfürsorge, habe ich versucht etwas mehr Zeit mir selbst zu verbringen.	1 (0%)
regelmäßige, teilweise sehr lange Telefonate	1 (0%)
verachtender Kontakt - hin zu Entscheidung zur Trennung und dann wohlwollender Kontakt bis zur tatsächlichen Trennung.	1 (0%)
weniger Kontakt	6 (2%)
weniger Kontakt (telefonisch)	1 (0%)
weniger Kontakt aufgrund Klinikaufenthalt	1 (0%)
weniger Kontakt wegen Kur und Urlaub	1 (0%)
weniger Kontakz	1 (0%)
wie gesagt, seit 4 Monaten keinen Kontakt mehr	1 (0%)

Table A6-1-15: Change of contact to depressed person. Free text at T2 and T3.

All randomized caregivers (FAS)

Free text	Total (N = 1640)
wir haben uns in unserer Paarbeziehung immer weiter voneinander entfernt	1 (0%)
wir können viel besser miteinander reden, das macht das Zusammenleben einfacher	1 (0%)
wir reden mehr, als noch vor gut 3 Monaten	1 (0%)
Missings	1383/1640 (84%)

T2: 4 Weeks after T0. T3: 3 Months after T0.

t_A6_1_15.R / Hash: 222aeb4 / Run date 2023-09-25 / Final database 2023-06-05 / Analysis V 1.0



Facing Depression Together:

Evaluation of an online self-help program with individualized vs automated supportive message system for relatives, significant others, and caregivers of depressed persons

Statistical Analysis Plan

Version 1.0

Date: 20/Mar/2023

Project-No.: DRKS00025241

Protocol version 2.1

Protocol date 11/Aug/2022

Signature Page and Approval

Trial Statistician Co-Author	Dr. Erika Graf	
	Signature: 	Date: 08.05.2023
Statistical Programmer Co-Author	Dr. Jörg Sahlmann	
	Signature: 	Date: 08.05.23
Project Leader	Prof. Dr. Elisabeth Schramm	
	Accepted and approved. Signature: 	Date: 28.04.'23
Project Coordinator	Dipl. Psych. Dr. Christoph Breuninger	
	Accepted and approved. Signature: 	Date: 20.4.23
Project Coordinator	Nadine Zehender, M. Sc.	
	Accepted and approved. Signature: 	Date: 28.04.'23

Signature Page and Approval

Trial Statistician Co-Author	Dr. Erika Graf	
	Signature:	Date:
Statistical Programmer Co-Author	Dr. Jörg Sahlmann	
	Signature:	Date:
Project Leader	Prof. Dr. Elisabeth Schramm	
	Accepted and approved. Signature:	Date:
Project Coordinator	Dipl. Psych. Dr. Christoph Breuninger	
	Accepted and approved. Signature:	Date:
Project Coordinator	Nadine Zehender, M. Sc.	
	Accepted and approved. Signature:	Date:

Table of contents

1	Scope of this document.....	5
2	Study design	6
3	Study objectives and endpoints	7
3.1	Study objectives and hypotheses.....	7
3.1.1	Primary hypotheses.....	7
3.1.2	Secondary hypotheses and goals	7
3.2	Study endpoints.....	7
3.2.1	Primary endpoint.....	7
3.2.2	Secondary endpoints.....	8
4	Interim analysis	9
5	Analysis sets.....	10
5.1	Definition of full analysis set	10
6	Statistical methods	11
6.1	Software	11
6.2	Data listings	11
6.3	Descriptive statistics.....	11
6.4	Data handling	11
6.4.1	Missing values	11
6.4.2	Outliers	11
6.4.3	Further details and conventions.....	12
6.4.4	Coding.....	12
7	Study caregivers and depressed persons	13
7.1	Disposition of caregivers and depressed persons.....	13
7.2	Screening failures	13
7.3	Protocol deviations.....	13
7.4	Compliance with planned visits.....	14
7.4.1	Caregivers	14
7.4.2	Depressed persons	14
7.5	Baseline characteristics of caregivers and depressed persons	14
7.6	Adherence to the online self-help program for caregivers.....	15
7.6.1	Online self-help program with individual support (IND).....	15
7.6.2	Online self-help program with automated support (AUT)	15
7.6.3	Treatment as usual control condition with written information (TAU).....	15
8	Efficacy evaluation.....	17
8.1	Analysis of primary endpoint	17

8.1.1	Primary efficacy analysis	17
8.1.2	Sensitivity analysis of primary outcome.....	18
8.1.3	Supplementary analysis of primary outcome scale K-10	19
8.2	Analyses of secondary endpoints.....	20
9	Safety evaluation.....	21
9.1	Adverse events questionnaire.....	21
9.2	Serious adverse events.....	21
10	History of changes	22
10.1	Changes to the clinical trial protocol (CTP)	22
10.2	Changes to the previous version of this SAP.....	22
10.3	Changes in this SAP compared to the CTP	22
11	List of abbreviations	23
12	Appendix.....	24
12.1	List of tables.....	24
12.1.1	Disposition of caregivers and protocol deviations	24
12.1.2	Baseline characteristics of caregivers and depressed persons	24
12.1.3	Adherence to the online self-program for caregivers.....	24
12.1.4	Efficacy data	25
12.1.5	Safety data.....	27
12.2	List of figures	27
12.2.1	Study caregivers and depressed persons	27
12.3	List of listings	28
12.3.1	Disposition of caregivers and protocol deviations	28
12.3.2	Baseline characteristics of caregivers and depressed persons	28
12.3.3	Safety data.....	28
13	Literaturverzeichnis.....	30

1 Scope of this document

This statistical analysis plan (SAP) describes the objectives, analysis populations and statistical methods of the statistical analyses of this trial to be performed at the Institute of Medical Biometry and Statistics. Further analyses aimed at the identification of moderator and mediator variables as well as process and qualitative analyses, to be performed at the Department of Psychiatry and Psychotherapy, will be described elsewhere.

The contents of this document are based on chapter 6 of the study protocol version 1.0 and its amended versions 2.0 and 2.1, approved by the Ethics Committee of the University of Freiburg on February 11, 2021, November 16, 2021, and August 11, 2022, respectively.

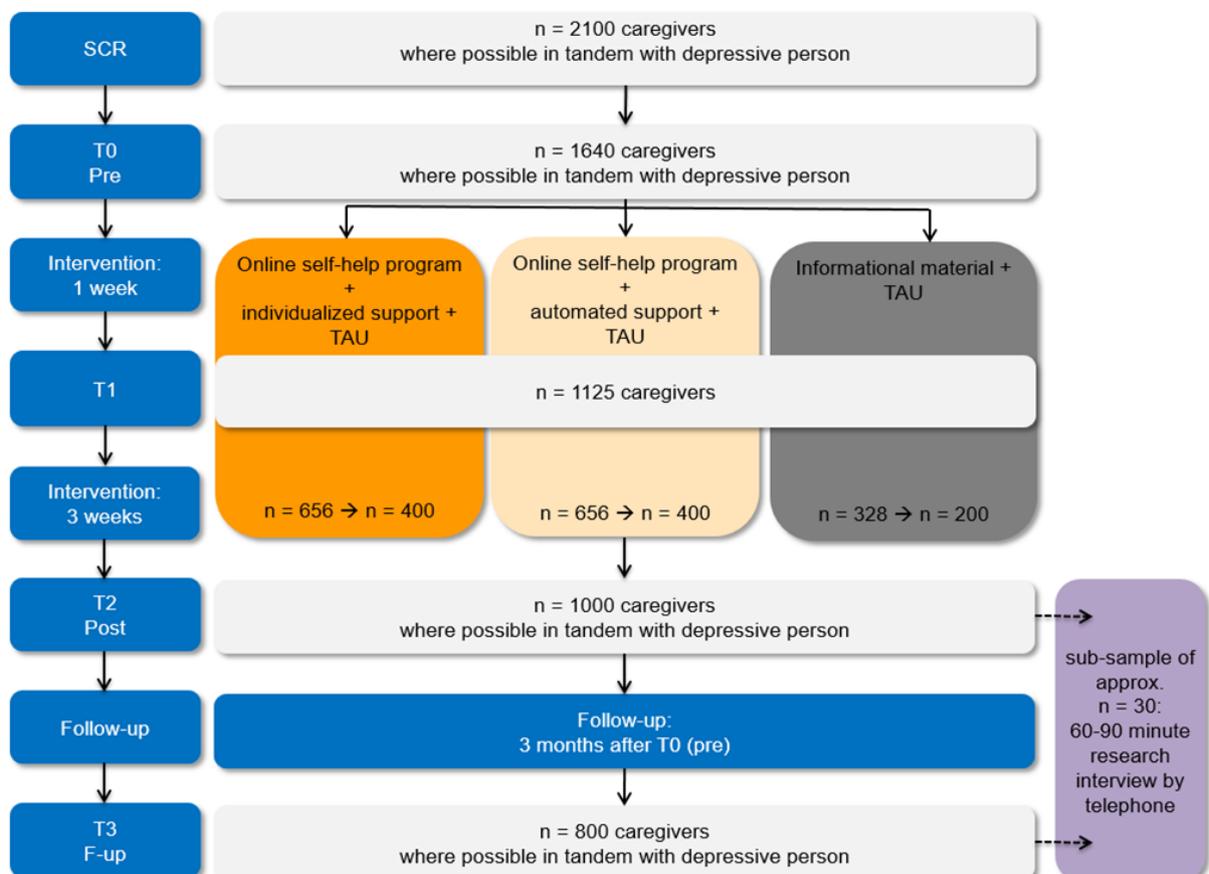
2 Study design

This is a randomized controlled open-label superiority trial with three parallel groups. Caregivers of depressed persons are randomized to one of three interventions: an online self-help program with individual support (IND), an online self-help program with automated support (AUT), and a control condition with written information, treatment as usual (TAU).

Randomization is performed as block randomization with a 2:2:1 allocation ratio (IND:AUT:TAU), with stratification based on the participating caregivers' characteristics as follows:

1. K-10-scale (10-22, 23-50, see endpoints, questionnaire and evaluation see Kessler (2001) and Kessler et al. (2002))
2. Gender (female, male; caregivers of diverse gender are assigned alternately to the groups of females and males)
3. Relation with depressed person (parent, child, partner, other)
4. Age (completed years, 18-40, 41-65, ≥ 66)

After informed consent and screening, time points of measurements are prior to randomization at pre-intervention/baseline (T0), one week (T1, only K-10-scale), four weeks (T2, end of intervention period), and three months after randomization (T3, follow-up), respectively, as shown in the following figure.



3 Study objectives and endpoints

3.1 Study objectives and hypotheses

Study objectives, estimand and hypotheses according to study protocol sections 3.2 and 3.3 are as follows.

With this trial it is intended to increase the efficacy of an online self-help program for caregivers of depressed persons by developing and implementing individualized vs automated support via secure e-mail messages.

The following primary research question will be addressed: Which impact has the four-week usage of the online self-help program with individualized or automated e-mail support vs treatment as usual on the risk of mental diseases in caregivers?

In order to achieve this, the study aims to determine if a treatment policy assigning caregivers of depressed persons to an individualised (IND) or automated (AUT) online self-help intervention reduces the caregiver's unspecific mental distress compared to assignment to treatment as usual (TAU), as measured by the change of the K-10 score from baseline to four weeks after randomisation (post-measurement minus baseline).

The change in mental distress is relevant regardless of whether or not the caregiver adheres to or discontinues the assigned treatment. Treatment arms should be compared with respect to the difference in means of the change in K-10 score (estimand).

3.1.1 Primary hypotheses

The online self-help program with individualized (IND) or automated (AUT) e-mail support reduces the unspecific mental distress of the caregivers (as an indicator for the risk of mental diseases) as compared to TAU. In a comparison of the two kinds of support, the individualized support will be more effective than the automated support.

3.1.2 Secondary hypotheses and goals

- The online self-help program with individualized or automated e-mail support reduces the psychosocial burden and the subjective symptom burden of the caregivers as well as the depressive symptoms in the depressed person. It improves depression literacy, interaction behaviour and the well-being of the caregivers.
- Assessing the acceptance and usage of the online self-help program
- Identification of moderators and mediator variables (to be described elsewhere)
- Qualitative evaluation (to be described elsewhere)

3.2 Study endpoints

The endpoints described in the study protocol in section 4.4 are as follows.

3.2.1 Primary endpoint

The primary outcome of the study is the unspecific psychological distress as indicator for the risk of mental illness in caregivers (K-10-scale) at post-intervention (T2), measured by the change of the K-

10 score from baseline (T0) to four weeks after randomization (T2, post-measurement minus baseline).

3.2.2 Secondary endpoints

All outcomes scales are to be assessed at pre-intervention (T0), post-intervention (T2) and at 3-month follow-up (T3). Secondary endpoints are assessed at T2 and T3.

3.2.2.1 For caregivers

- The subjective und objective psychosocial burden of caregiving (involvement evaluation questionnaire / IEQ-EU)
- The subjective symptom burden (symptom checklist short version / SCL-K-9)
- The depression literacy (depression literacy test; D-Lit)
- High expressed emotion aspects “critical comments” and “over-involvement” (Familienfragebogen; FFB)
- The well-being (WHO-5)
- Acceptance, adherence and usages questionnaire

3.2.2.2 For depressed persons

- Depressive symptoms (patient health questionnaire PHQ-9).

Calculation of scores will be done according to the respective manual.

4 Interim analysis

No interim analyses will be performed, according to study protocol sections 6.3.2, 7.1 and 7.2.

5 Analysis sets

All statistical analyses will be performed in the full analysis set (FAS). Restrictions to subpopulations of the FAS (e.g. caregivers with specific missing or non-missing outcomes) will be described in the subsequent text, tables, figures and data listings as appropriate.

5.1 Definition of full analysis set

The FAS includes all randomized caregivers. Caregivers are analysed as belonging to their randomized arm (IND, AUT, and TAU) regardless of whether they refused or discontinued therapy, or whether other protocol deviations are known.

The analysis of the primary endpoint will be done according to the intention-to-treat (ITT) principle, i.e. based on the 'full analysis set', to assess how a treatment policy assigning caregivers of depressed persons to IND, AUT or TAU affects the caregivers' change in mental distress. Treatment arms should be compared with respect to the difference in means of the change in K-10 score (estimand).

6 Statistical methods

The statistical methods described in this SAP are in accordance with the analysis planned in the study protocol.

6.1 Software

Statistical computing will be performed with R (Version 4.1.2 or higher) or with the Statistical Analysis System (SAS).

6.2 Data listings

Data listings will be provided as specified. Upon request, SDTM data sets can be provided in a filterable and searchable manner (xlsx file).

Variables given as free text (such as “other, please specify”) will be listed.

6.3 Descriptive statistics

In general, continuous data will be summarised by arithmetic mean, standard deviation, minimum, 25% quantile, median, 75% quantile, maximum, number of complete observations, and absolute and relative numbers of non-missing observations. If appropriate, continuous variables can also be presented in categories.

In general, categorical data will be summarised by the total number of caregivers in each category and the number of missing values. Relative frequencies are displayed as valid “%” (100 times the number of caregivers divided by the number of caregivers with non-missing values).

Depending on the kind of the table, the selection of the displayed statistics might change.

Data items needed for reporting of trial results in compliance with the CONSORT (Schulz et al. (2010)) and CONSORT-EHEALTH (Eysenbach (2011)) statements will be evaluated. They are included in the tables and figures described in section 7.

6.4 Data handling

6.4.1 Missing values

In general, missing values will not be replaced. Handling of missing values for the primary endpoint: Multiple imputation will be employed to replace missing values in the primary analysis (more details in section 8.1).

Missing items in the score questionnaires will be treated as specified in the respective manual.

6.4.2 Outliers

No formal analyses for outliers will be done. No participants will be excluded. Should the presence of observed outliers cast doubts upon the validity of a specific analysis result, the analysis with the actual values will be supplemented by a post-hoc analysis eliminating or reducing the outlier effect.

6.4.3 Further details and conventions

No further conventions.

6.4.4 Coding

No formal systems for coding the data such as MedDRA or WHO-ATC will be used. Variables given as free text (such as “other, please specify”) can be summarized by groups as deemed appropriate based on the answers given. Such categorization will be done by the study coordinators and provided to the biostatistician.

7 Study caregivers and depressed persons

7.1 Disposition of caregivers and depressed persons

Recruitment of randomized caregivers and depressed persons over time will be graphically displayed for the FAS not separated by intervention (figure B1-1).

The numbers of caregivers who were randomized, and who entered and completed each assessment period (questionnaires at T0, T1 (only K-10), T2 and T3) of the study should be provided. Entering an assessment period means that at least one item of the respective phase is provided. Completing an assessment period means that the caregiver or depressed person explicitly confirms having finished the respective period. The number of caregivers in the FAS will be given in total and by randomized intervention (table A1-1).

A flow chart according to the CONSORT statement will be given (figure B1-2). The flow chart will present an overview of the number of caregivers for each phase of the trial:

- Informed consent, assessed for eligibility, excluded (with reasons), randomized
- Started allocated intervention, did not start allocated intervention (by group; IND, AUT: Percent total progress in coach (= cumulative percent of pages in coach read by caregiver in week 4) >0 or =0; TAU: all randomized caregivers start allocated intervention)
- Minimal use: Percent total progress in coach < 10% (applicable for IND and AUT)
- Change of K-10 score from baseline to T2 missing (by group)
- Analysed in primary analysis (by group)
- Completed assessment period T3 (by group)

Percent total progress in coach will be categorized:

- $0\% \leq x < 10\%$: minimal use
- $10\% \leq x < 25\%$: limited use
- $25\% \leq x$: intended use

In tabular overviews, the first and last dates of informed consent, first login, last login, first T0 answer, completing T0 answer (randomisation), first T3 answer and completing T3 answer (end of study) will be given along with absolute numbers of caregivers (table A1-2) and depressed persons (table A1-3) per randomised intervention and in total. The individual data will be listed in C1-1.

7.2 Screening failures

If any data for screening failure is available, the screening failures will be displayed in a summary table for all caregivers and depressed persons, respectively (table A1-4). Screening failures are persons who gave informed consent, but were not randomised.

7.3 Protocol deviations

Not applicable

Reason: Only eligible caregivers are randomised, based on the caregivers' answers to the questionnaire concerning inclusion and exclusion criteria. Post-randomisation protocol deviations are not applicable since the protocol does not contain any prescriptions for caregivers.

7.4 Compliance with planned visits

The following information for the compliance with planned visits will be given in table A1-5 for caregivers and in table A1-6 for depressed persons:

7.4.1 Caregivers

- Number of caregivers for whom a visit was completed (possible time interval for performing the questionnaires: 2 weeks for T0, 1 week for T1, 4 weeks for T2, 4 weeks for T3)
- Percentages of caregivers for whom a visit was completed (for visits T1, T2 and T3 with reference to the number of caregivers randomized after completion of T0)
- Distribution of the actual time intervals from T0 to T1, T2 and T3
- Difference between actual and planned time intervals from T0 to T1, T2 and T3
- Number of visits missing

7.4.2 Depressed persons

- Number of depressed persons for whom a visit was completed (released time interval for performing the questionnaires: 4 weeks for T0, 2 months for T2, 4 weeks for T3)
- Percentages of caregivers for whom a visit was completed (for visits T2 and T3 with reference to the number of caregivers randomized after completion of T0)
- Distribution of the actual time intervals from T0 to T2 and T3
- Difference between actual and planned time intervals from T0 to T2 and T3
- Number of visits missing

7.5 Baseline characteristics of caregivers and depressed persons

Demographic and other baseline characteristics will be listed per caregiver and depressed person as well as summarized in total and by randomized intervention in the FAS (listing C2-1, table A2-1).

These factors include following sociodemographic variables of the caregivers and depressed persons:

- Age (completed years, continuous and categorized for analysis: 18-40, 41-65, ≥ 66)
- Gender (female, male, diverse)
- Highest educational qualification (German Hauptschulabschluss, German Mittlere Reife, Abitur, no educational qualification)
- Current job situation (student, employed, unemployed, housewife/house husband, retired)
- Caregiver's relation with depressed person (parent, child, partner, other)
- Common household with the depressed person (yes, no)
- Change of the job situation due to the depression of the relative (yes (reduction), yes (increase), no)
- Official diagnosis of the depression of the relative (yes, no with explanation)
- In case of an existing treatment of the depression: description
- First two numbers of the PLZ (postal ZIP code)
- Score of internet literacy

7.6 Adherence to the online self-help program for caregivers

The online self-help program consists of four interactive, independently usable modules. During the study period of four weeks, the online self-program varies depending on the randomized intervention.

7.6.1 Online self-help program with individual support (IND)

The following information on caregiver's accessing of the modules of the online-self program in the framework of IND will be summarized (table A3-1):

- Number of sessions by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Number of active days by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Duration of time spent by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Percent progress in coach (= cumulative percent of pages in coach read by caregiver): in week 1, 2, 3 and 4 (= total)
- Number of messages from psychologist to caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Number of messages from caregiver to psychologist: in total, in week 1, 2, 3 and 4

Caregivers with intervention IND will be considered as adherent if their total duration of time spent up to week 4 (T2) is more than 1.5 hours and their percent total progress in coach is more than 25%. Number and percentages of adherent caregivers will be shown in table A3-4 by intervention.

7.6.2 Online self-help program with automated support (AUT)

The following information on completing the modules of the online self-help program in the framework of AUT will be summarized (table A3-2):

- Number of sessions by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Number of active days by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Duration of time spent by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Percent progress in coach (= cumulative percent of pages in coach read by caregiver): in week 1, 2, 3 and 4 (= total)

Like caregivers with intervention IND, caregivers with intervention AUT will be considered as adherent if their total duration of time spent up to week 4 (T2) is more than 1.5 hours and their percent total progress in coach is more than 25%. Number and percentages of adherent caregivers will be shown in table A3-4 by intervention.

7.6.3 Treatment as usual control condition with written information (TAU)

The following information within the framework of TAU for caregiver will be summarized (table A3-3):

- Number of sessions by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Number of active days by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4
- Duration of time spent by caregiver: in total, in week 1, 2, 3 and 4

Caregivers with intervention TAU will always be considered as adherent because the variable checking whether the document of instructions for caregivers in TAU was downloaded was introduced while the study already running. These download frequencies will be reported descriptively (table A3-5).

8 Efficacy evaluation

Throughout, emphasis will be given to reporting of effect estimators with two-sided 95%-confidence intervals rather than p-values whenever possible, which will be considered statistically significant if below 5% for tests of null hypothesis of equality. However, confirmatory statistical testing will be restricted to the analysis of the primary outcome, to be followed by descriptive reporting of other trial results.

8.1 Analysis of primary endpoint

8.1.1 Primary efficacy analysis

The primary efficacy analysis will be performed in the full analysis set (FAS) according to the intention-to-treat (ITT) principle. Therefore, all randomized caregivers will be analysed in the assigned intervention arms, irrespective of intervention adherence and whether they refuse or discontinue the intervention. The effects of allocation to IND, AUT and TAU with respect to the primary endpoint, change in K-10 score from baseline to four weeks after randomisation, will be estimated and tested in a linear regression model including multiply imputed missing values calculated and combined as described below, and the corresponding two-sided 95%-confidence intervals will be reported (table A4-1). The model will include randomized intervention (IND, AUT, TAU), age (years, 18-40, 41-65, ≥ 66), gender (female, male; for diverse, see end of paragraph), caregiver's relation with depressed person (parent, child, partner, other), and continuous K-10 baseline score as independent variables. Since very few caregivers of diverse gender are expected, they will be assigned alternately to the groups of females and males in the primary analysis of intervention effects. They will be analysed separately in secondary analyses exploring the effect of gender (section 8.1.3).

Sequential testing: Following a sequential closed testing procedure to ensure a multiple type I error rate of 5%, confirmatory comparisons of randomized intervention arms will proceed until the first occurrence of a non-significant result at the nominal 5% level, followed by descriptive reporting of all subsequent analyses. The two-sided tests of equality of means of two intervention arms will be based on the two-sided 95% confidence interval for the difference in mean change from baseline estimated from the linear regression model. Intervention arms will be compared in the following order:

1. IND versus TAU
2. AUT versus TAU
3. IND versus AUT

The results of this sequential testing will be displayed in table A4-2.

Although it is hypothesized and subjected to confirmatory testing that IND is superior to AUT, equality is also deemed possible. In a secondary descriptive analysis, demonstration of non-inferiority of AUT compared to IND will also be attempted. If the lower limit of the two-sided 95%-confidence interval for the difference of mean K-10 changes from baseline (IND minus AUT) is greater than -0.62 points, this will be viewed as evidence for non-inferiority (table A4-3). The non-inferiority margin was derived as follows: For caregivers of depressed persons, the expected standard deviation of K-10 scores is in between that of caregivers (SD: 4.6 points) and students (SD: 7.8 points) seen in the German norm sample (Giesinger et al. (2008)). Therefore, a standard deviation of 6.2 score points is expected. Assuming a correlation of 0.5 between baseline and post-intervention K-10 scores, the change from baseline has also a standard deviation of 6.2 points, and using Cohen's $d=0.1$ as non-inferiority margin gives 0.62 points.

Handling of missing values: Multiple imputation will be employed to replace missing values. Imputation will be done per randomized intervention arm, using baseline data and post-baseline information according to a Treatment Policy Strategy as described by Polverejan und Dragalin (2020) and Guizzaro et al. (2021). Imputed values that fall below or above the range of values of the K-10 score will be set to the corresponding lower or upper limit. The results will be combined using Rubin's rules for multiple imputation (Rubin (1987)).

- Missing post-baseline values of K-10 scores will be imputed using a fully conditional specification in separate linear models for each of the respective randomized arms TAU, AUT and IND, with different sets of independent variables as follows.
- For TAU, AUT and IND, the model will include age group, gender, caregiver's relation with depressed person, continuous baseline and post-baseline K-10 measurements as well as continuous baseline internet literacy scores as independent variables. K-10 scores will be imputed in the following order: T1, T3, T2.
- For TAU, data will be imputed from this model.
- For AUT and IND, the caregiver's total duration of time (> 1.5 hours) spent up to week 4 (T2) and the percent total progress in coach (rate p, logit-transformed as follows: $(p+0.01)/(1.01-p)$) will be included as additional independent variables.
- For IND, the cumulative number of messages from caregiver to psychologist at T2 (after Box-Cox transformation) will be modelled as additional continuous independent variable.
- Number of imputations and random seed: The number of imputations is set to 10.000. The random seed for imputation will be set to the date one day after data base lock in the format `yyyymmdd` (year-month-day).

Assumptions: The resulting estimators assume that caregivers with missing outcome data have outcomes similar to those of subjects with similar baseline data and intervention adherence who provide their outcome data, i.e., outcome data at T2 are assumed to be missing at random given the independent variables.

Additional output

The results of multiple imputation with respect to change in K-10 score from baseline to T1 and T3, combined using Rubin's rules for multiple imputation as described for the primary endpoint in table A4-1 will be shown in tables A4-4 (T1) and A4-5 (T3).

Descriptive summaries for the outcome scale of the primary endpoint will be given in tables (K-10 score at T0, T1, T2, and T3: table A4-6, change of K-10 score from baseline to T1, T2, T3: table A4-7).

Least-squares means for K-10 scores per randomized arm at T0, T1, T2, T3 calculated from these models will be shown with two-sided 95%-confidence intervals in figure B4-1. At T0, the identical mean and standard deviation pooled across all randomized caregivers (not separated by arm) will be used for the calculation within arms. At T1, T2 and T3, least-squares means per randomized arms will be calculated at the observed T0 all-group means of the other independent variables.

8.1.2 Sensitivity analysis of primary outcome

To evaluate the robustness of the main analysis with respect to the assumptions on missingness, an alternative multiple imputation model will be applied for sensitivity analysis. It will impute the outcomes that are missing such that outcomes in the IND and AUT arms are assumed to be similar to those observed in the TAU group, based on the imputation model for TAU of the primary analysis. The results of the sensitivity analysis with respect to change in K-10 score from baseline to T2

assuming missing values to be similar to those observed in the TAU group will be shown in table A4-8.

To evaluate the robustness of the comparison of IND versus AUT in the main analysis with respect to adherence, the primary efficacy analysis will be repeated in subpopulations of adherent AUT and IND caregivers as defined in section 7.6. If the lower limit of the two-sided 95%-confidence interval for the difference of mean K-10 changes from baseline (IND minus AUT) is greater than -0.62 points, this will be viewed as evidence for non-inferiority. The results of the sensitivity analysis with respect to change in K-10 score from baseline to T2 comparing AUT and IND in the subgroups of adherent caregivers will be shown in table A4-9.

8.1.3 Supplementary analysis of primary outcome scale K-10

In further exploratory analyses, the effects of randomized intervention on change of K-10 score from baseline will be evaluated without imputation of missing values in a longitudinal linear ANCOVA model accounting for correlations between T1-, T2- and T3-outcomes of the same caregiver. Independent variables will be age group, gender and caregiver's relation with depressed person as well as variables modelling time-dependent effects of randomized intervention and of continuous K-10 baseline score at T1, T2 and T3. The covariance structure will be initially specified as unstructured. If the model fails to converge, then a heterogeneous first-order autoregressive (ARH(1)) structure will be used, followed by a first-order autoregressive (AR(1)) structure. If these models fail to converge, the effect of the continuous K-10 baseline score will be modelled as a single, non-time-dependent covariate. Results will be presented in table A4-10.

Least-squares means for K-10 scores per randomized arm at T0, T1, T2, T3 calculated from this model will be shown with two-sided 95%-confidence intervals in figure B4-2. At T0, the identical mean and standard deviation pooled across all randomized caregivers (not separated by arm) will be used for the calculation within arms. At T1, T2 and T3, least-squares means per randomized arms will be calculated at the observed T0 all-group means of the other independent variables.

In order to assess the consistency of the intervention effect in relevant subgroups (EMA-CHMP, 2019), exploratory analyses will further expand the longitudinal ANCOVA model. Factors to be explored comprise all variables for grouping that were used for stratified randomization (i.e. age group, gender [female, male], relation with depressed person, K-10 score group at T0) as well as internet literacy score (two groups split at baseline median in all randomized caregivers). For each of these variables, respectively, time-dependent intervention effects within subgroups will be modelled by the corresponding interaction terms (group variable x intervention x time point) in a correspondingly modified longitudinal ANCOVA model (Tables A4-11 to A4-15).

Based on the respective expanded longitudinal ANCOVA model per subgroup variable, intervention effects (IND versus TAU, AUT versus TAU and IND versus AUT) will be estimated as difference in mean K-10 change from baseline to T2 with two-sided 95% confidence interval within each subgroup. Descriptive p-values to test for a difference of intervention effects between subgroups, derived from the T2 interaction terms of subgroup with intervention, will be given (Tables A4-16 to A4-20). The results shown in Tables A4-16 to A4-20 will be visualised in three figures showing subgroup-specific intervention comparisons at T2 for IND versus TAU, AUT versus TAU, and IND versus AUT, respectively (Figures B4-3 to B4-5). Due to the low percentage of caregivers with diverse gender, these will be excluded from the subgroup regression analysis of gender, and their outcomes per randomized arm will only be summarized descriptively.

Descriptive results per randomized intervention and time point will be given for all subgroup variables (K-10 score at T0, T1, T2, T3: Tables A4-20 to A4-24, change of K-10 score from baseline to T1, T2, T3: Tables A4-25 to A4-29).

8.2 Analyses of secondary endpoints

Secondary outcomes at T2, four weeks after randomization, and T3, three months after randomization, will be evaluated in a linear mixed model per main outcome scale, with a compound symmetry covariance matrix to account for correlation between T2- and T3-outcomes of the same caregiver or depressed person. Independent variables will be those of the main primary analysis, plus time point (T2, T3) and interaction terms between time point and randomized intervention (IND, AUT, TAU). (Tables IEQ-EU: A5-1, SCL-K-9: A5-3, D-Lit: A5-5, FFB: A5-7, WHO-5 A5-9, PHQ-9: A5-12).

Descriptive summaries for all secondary endpoints will be given (tables IEQ-EU: A5-2, SCL-K-9: A5-4, D-Lit: A4-6, FFB: A4-8, WHO-5: A4-10, acceptance, adherence and usages questionnaire: A5-11, PHQ-9: A5-13).

Least-squares means plots for all secondary endpoints will be given (figures IEQ-EU: B4-6, SCL-K-9: B4-7, D-Lit: B4-8, FFB: B4-9, WHO-5: B4-10, PHQ-9: B4-11).

Subgroup analyses, moderator and mediator analyses for the primary outcome will be performed outside the scope of the SAP, as described above.

Furthermore, the results seen in the Facing Depression Together trial will be compared to historical controls of face-to-face psychoeducation groups for caregivers of depressive in-caregivers from the multicentre SCHILD study (Frank et al. (2015)).

9 Safety evaluation

9.1 Adverse events questionnaire

The adverse events (AE) questionnaire for the caregivers, collected at T2 and T3, will be summarized in total and by randomized intervention in the FAS (table A6-1).

9.2 Serious adverse events

A serious adverse event (SAE) is any adverse event that:

- Results in death
- Is life threatening, or places the participant at immediate risk of death from the event as it occurred
- Requires or prolongs hospitalization
- Causes persistent or significant disability or incapacity
- Results in congenital anomalies or birth defects
- Is another condition which investigators judge to represent significant hazards

Each free text in the AE questionnaire is checked to see whether it contains an AE or a SAE. SAEs will be categorized according to the list of criteria mentioned in the previous paragraph.

Free texts containing an AE or a SAE will be listed in listing C3-2. Absolute frequencies in total and by randomized intervention will be provided in table A6-2.

Checking a Yes in one of the pre-specified items in the AE questionnaire does not imply a SAE according to the specifications.

10 History of changes

10.1 Changes to the clinical trial protocol (CTP)

CTP Version / Date / Section	Considered in SAP Version / Section	Description of changes	Reason for changes
2.0 / 29.10.2021	NA	Amendment	
1.0 / xx.11.2020	NA	First version	NA

10.2 Changes to the previous version of this SAP

SAP Version / Section	Description of changes	Reason for changes
NA	Amendment	
NA	First version	NA

10.3 Changes in this SAP compared to the CTP

SAP Version / Section	CTP Version / Section	Description of changes	Reason for changes
1.0 /	NA	Age in completed years	Exact specification
	Sensitivity analysis of primary outcome	...will impute the outcomes that are missing due to study withdrawal	All missing values will be imputed. There are hardly any interim missing values.
	6.3.5. Analysis of secondary outcomes	No statistical comparison is made with the historical control group from the SCHILD study. If the results of the SCHILD study have already been published at the time of publication of the present study, they will be discussed.	Contrary to expectations, the data from the SCHILD study have not yet been published and therefore cannot be used and published in the context of the present study.

11 List of abbreviations

Abbreviation	Abbreviated term
AE	Adverse event
ANCOVA	Analysis of covariance
AR(1)	First-order autoregressive structure
ARH(1)	Heterogeneous first-order autoregressive structure
AUT	Online self-help program with automated support
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CRF	Case report form (= Prüfbogen bzw. Dokumentationsbogen, documentation sheet/form)
CTP	Clinical trial protocol
eCRF	electronic case report form
EMA-CHMP	European Medicines Agency – Committee for Medicinal Products for human use
FAS	Full analysis set
FFB	Familienfragebogen
IEQ-EU	Involvement Evaluation Questionnaire – European version
IND	Online self-help program with individual support
ITT	Intention-To-Treat
K-10	Kessler Psychological Distress Scale with 10 items
MedDRA	Medical Dictionary for Regulatory Affairs
PHQ-9	Patient Health Questionnaire with 9 items
SAE	Serious adverse event
SAP	Statistical analysis plan
SCL-K-9	Symptom Check List Short Version with 9 items
SDTM	Standard Data Tabulation Model
SOP	Standard operating procedure
TAU	Treatment as usual control condition with written information
WHO-ATC	World health organisation Anatomical Therapeutic Chemical
WHO-5	World health organisation Well-Being Index with 5 items

12 Appendix

12.1 List of tables

12.1.1 Disposition of caregivers and protocol deviations

Number	Title
A1-1	Number of caregivers in the FAS, in total and by randomized intervention
A1-2	Disposition of caregivers
A1-3	Disposition of depressed persons
A1-4	Screening failures
A1-5	Compliance with planned visits (caregivers)
A1-6	Compliance with planned visits (depressed persons)

12.1.2 Baseline characteristics of caregivers and depressed persons

Number	Title
A2-1	Demographics (age, gender, highest educational qualification, current job situation, caregiver's relation with depressed person, common household with the depressed person, change of the job situation due to the depression of the relative, official diagnosis of the depression of the relative, existing treatment of the depression, first two numbers of the PLZ, score of internet literacy)

12.1.3 Adherence to the online self-program for caregivers

Number	Title
A3-1	Intervention arm IND (Online self-help program in total, in week 1, 2, 3 and 4: number of sessions, number of active days, duration of time spent, number of messages from psychologist to user, number of messages from user to psychologist)
A3-2	Intervention arm AUT (Online self-help program in total, in week 1, 2, 3 and 4: number of sessions, number of active days, duration of time spent)
A3-3	Intervention arm TAU (Online self-help program in total, in week 1, 2, 3 and 4: number of sessions, number of active days, duration of time spent)
A3-4	Number of adherent caregivers (intervention arms IND, AUT) Frequencies and percentages of processing time greater than 1.5 hours Frequencies and percentages of total progress greater than 25% Cross tabulation Each by intervention
A3-5	Download of instructions for intervention arm TAU

Number	Title

12.1.4 Efficacy data

12.1.4.1 Caregiver, primary outcome scale, multiple imputation for primary efficacy analysis

Number	Title
A4-1	Primary efficacy analysis – K-10 score, change from baseline to T2: Linear model after multiple imputation of missing values
A4-2	Sequential testing for comparison of intervention arms <ol style="list-style-type: none"> 1. IND versus TAU 2. AUT versus TAU 3. IND versus AUT
A4-3	Non-inferiority of interventions AUT compared to IND
A4-4	K-10 score, change from baseline to T1: Linear model after multiple imputation of missing values
A4-5	K-10 score, change from baseline to T3: Linear model after multiple imputation of missing values

12.1.4.2 Descriptive summaries

Number	Title
A4-6	K-10 score: Descriptive summary at T0, T1, T2 and T3
A4-7	K-10 score, change from baseline: Descriptive summary at T1, T2 and T3

12.1.4.3 Sensitivity analyses

Number	Title
A4-8	K-10 score, change from baseline to T2: Sensitivity analysis, missing values imputed from TAU arm
A4-9	K-10 score, change from baseline to T2: Sensitivity analysis in subgroups of adherent AUT and IND caregivers, linear model after multiple imputation of missing values

12.1.4.4 Supplementary analyses, longitudinal ANCOVA model

Number	Title
A4-10	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model

12.1.4.5 Supplementary analyses, longitudinal ANCOVA models including subgroup effects

Number	Title
A4-11	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by age
A4-12	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by gender
A4-13	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by relation with depressed person
A4-14	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by K-10 score at T0
A4-15	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model including subgroup effects by internet literacy
A4-16	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model, intervention effects at T2 by age group
A4-17	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model, intervention effects at T2 by gender
A4-18	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model, intervention effects at T2 by relation with depressed person
A4-19	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model, intervention effects at T2 by K-10 score at T0
A4-20	K-10 score, change from baseline: Longitudinal ANCOVA model, intervention effects at T2 by internet literacy

12.1.4.6 Supplementary analyses, descriptive statistics by subgroup

Number	Title
A4-20	K-10 score: Descriptive summary at T0, T1, T2 and T3 by age group
A4-21	K-10 score: Descriptive summary at T0, T1, T2 and T3 by gender
A4-22	K-10 score: Descriptive summary at T0, T1, T2 and T3 by relation with depressed person
A4-23	K-10 score: Descriptive summary at T0, T1, T2 and T3 by K-10 score at T0
A4-24	K-10 score: Descriptive summary at T0, T1, T2 and T3 by internet literacy
A4-25	K-10 score, change from baseline: Descriptive summary at T1, T2 and T3 by age group
A4-26	K-10 score, change from baseline: Descriptive summary at T1, T2 and T3 by gender
A4-27	K-10 score, change from baseline: Descriptive summary at T1, T2 and T3 by relation with depressed person
A4-28	K-10 score, change from baseline: Descriptive summary at T1, T2 and T3 by K-10 score at T0
A4-29	K-10 score, change from baseline: Descriptive summary at T1, T2 and T3 by internet literacy

12.1.4.7 Caregivers, secondary outcome scales

Number	Title
A5-1	IEQ-EU score from baseline to T2 and T3: Linear mixed model (model includes: randomized intervention, gender, caregiver's relation with depressed person and IEQ-EU score at T0, T2 and T3)
A5-2	IEQ-EU: descriptive summary at T0, T2 and T3
A5-3	SCL-K-9 score from baseline to T2 and T3 : linear mixed model (model includes: randomized intervention, gender, caregiver's relation with depressed person and SCL-K-9 at T0, T2 and T3)
A5-4	SCL-K-9 : descriptive summary at T0, T2 and T3
A5-5	D-Lit from baseline to T2 and T3: Linear mixed model (model includes: randomized intervention, gender, caregiver's relation with depressed person and D-Lit at T0, T2 and T3)
A5-6	D-Lit: descriptive summary at T0, T2 and T3
A5-7	Secondary endpoint FFB from baseline to T2 and T3: Linear mixed model (model includes: randomized intervention, gender, caregiver's relation with depressed person and FFB at T0, T2 and T3)
A5-8	Secondary endpoint FFB: descriptive summary at T0, T2 and T3
A5-9	Secondary endpoint WHO-5 from baseline to T2 and T3: Linear mixed model (model includes: randomized intervention, gender, caregiver's relation with depressed person and WHO-5 at T0, T2 and T3)
A5-10	Secondary endpoint WHO-5: descriptive summary at T0, T2 and T3
A5-11	Secondary endpoint acceptance, adherence and usages questionnaire: descriptive summary at T2

12.1.4.8 Depressed person

Number	Title
A5-12	PHQ-9 from baseline to T2 and T3: Linear mixed model (model includes: randomized intervention, gender, caregiver's relation with depressed person and PhQ-9 at T0, T2 and T3)
A5-13	PHQ-9: descriptive summary at T0, T2 and T3

12.1.5 Safety data

Number	Title
A6-1	Adverse events questionnaire
A6-2	Serious adverse events questionnaire

12.2 List of figures

12.2.1 Study caregivers and depressed persons

Number	Title
B1-1	Recruitment of randomized caregivers and depressed persons over time
B1-2	CONSORT diagram

Number	Title
B4-1	K-10 score: Least-squares means, linear models after multiple imputation of missing values (T0 over all; T1, T2, T3 by intervention) T1, T2, T3 as dependent variable
B4-2	K-10 score: Least-squares means, longitudinal ANCOVA model
B4-3	K-10 score: Subgroup-specific intervention effects at T2 from longitudinal ANCOVA models , IND versus TAU One figure per subgroup variable
B4-4	K-10 score: Subgroup-specific intervention effects at T2 from longitudinal ANCOVA models, AUT versus TAU One figure per subgroup variable
B4-5	K-10 score: Subgroup-specific intervention effects at T2 from longitudinal ANCOVA models, IND versus AUT One figure per subgroup variable
B4-6	Least-squares means plot IEQ-EU
B4-7	Least-squares means plot SCL-K-9
B4-8	Least-squares means plot D-Lit
B4-9	Least-squares means plot FFB
B4-10	Least-squares means plot WHO-5
B4-11	Least-squares means plot PHQ-9

12.3 List of listings

12.3.1 Disposition of caregivers and protocol deviations

Number	Title
C1-1	Disposition of caregivers
C1-2	Violation of inclusion criteria/ exclusion criteria

12.3.2 Baseline characteristics of caregivers and depressed persons

Number	Title
C2-1	Demographics (age, gender, highest educational qualification, current job situation, caregiver's relation with depressed person, common household with the depressed person, change of the job situation due to the depression of the relative, official diagnosis of the depression of the relative, existing treatment of the depression, first two numbers of the PLZ)

12.3.3 Safety data

Number	Title
C3-1	Adverse events
C3-2	Serious adverse events

Number	Title

13 Literaturverzeichnis

Eysenbach, Gunther (2011): CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions. In: *Journal of medical Internet research* 13 (4), e126. DOI: 10.2196/jmir.1923.

Frank, Fabian; Wilk, Juliette; Kriston, Levente; Meister, Ramona; Shimodera, Shinji; Hesse, Klaus et al. (2015): Effectiveness of a brief psychoeducational group intervention for relatives on the course of disease in patients after inpatient depression treatment compared with treatment as usual--study protocol of a multisite randomised controlled trial. In: *BMC psychiatry* 15, S. 259. DOI: 10.1186/s12888-015-0633-4.

Giesinger, Johannes; Rumpold, Mag. Gerhard; Schüßler, Gerhard (2008): Die K10-Screening-Skala für unspezifischen psychischen Distress. In: *Psychosom Konsiliarpsychiatr* 2 (2), S. 104–111. DOI: 10.1007/s11800-008-0100-x.

Guizzaro, Lorenzo; Pétavy, Frank; Ristl, Robin; Gallo, Ciro (2021): The Use of a Variable Representing Compliance Improves Accuracy of Estimation of the Effect of Treatment Allocation Regardless of Discontinuation in Trials with Incomplete Follow-up. In: *Statistics in Biopharmaceutical Research* 13 (1), S. 119–127. DOI: 10.1080/19466315.2020.1736141.

Kessler, R. C.; Andrews, G.; Colpe, L. J.; Hiripi, E.; Mroczek, D. K.; Normand, S. L. T. et al. (2002): Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. In: *Psychological medicine* 32 (6), S. 959–976. DOI: 10.1017/s0033291702006074.

Kessler, Ronald C. (2001): Kessler Psychological Distress Scale (K10). Online verfügbar unter https://www.tac.vic.gov.au/files-to-move/media/upload/k10_english.pdf.

Polverejan, Elena; Dragalin, Vladimir (2020): Aligning Treatment Policy Estimands and Estimators—A Simulation Study in Alzheimer’s Disease. In: *Statistics in Biopharmaceutical Research* 12 (2), S. 142–154. DOI: 10.1080/19466315.2019.1689845.

Rubin, Donald B. (1987): *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Schulz, Kenneth F.; Altman, Douglas G.; Moher, David (2010): CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. In: *BMC medicine* 8, S. 18. DOI: 10.1186/1741-7015-8-18.

This Note to File describes issues with the statistical evaluation of the „Facing Depression Together“ study along with measures taken.

Item	Description of issue and measures taken
Planned analysis by gender Table A4-17	In the analysis of K-10, the subgroup of diverse gender was omitted due to data protection issues: There were only two caregivers of diverse gender, one in the AUT and TAU arm, respectively.
Tables A1-1, A1-2, A1-4	Wrong numbers/percentages of all caregivers who gave informed consent (Total column) and of screening failures are displayed in Tables A1-1, A1-2, A1-4. The correct numbers are shown in the CONSORT diagram (Figure B1-2). Numbers and percentages per randomized arm are correct. A comment was added to the tables.
Table A1-6	In the first line (Informed consent of depressed persons by randomized caregiver), the total numbers and percentages are incorrect. Numbers and percentages per randomized arm and the lines that follow are correct. A comment was added to the table.
Planned Table A6-2, serious adverse events	All adverse events were assessed by several members of the study team as either serious or non-serious according to the GCP (Good Clinical Practice) criteria. Eleven adverse events were found to be serious, and a description was included in the study report. This was done after the data base lock. The corresponding tables were not produced.

Manualisierung/Textbausteine Individualisierter Support

1. Allgemeine Informationen zum Coach

Das Onlineprogramm hat bei Ihnen bereits gestartet. Wenn Sie sich im Onlineprogramm eingeloggt haben, sehen Sie den weiteren Studienablauf und unten auf der Seite sehen Sie die Module "Depression und Alltag", "Selbstfürsorge", "Beziehung stärken" und "was muss ich wissen?". Wenn Sie auf die Module klicken kommen Sie in die Arbeitsbereiche. Bitte melden Sie sich nochmal bei mir, wenn es nicht klappt.

Über die Nachrichtenfunktion hier können Sie mehr gerne über Ihre Situation bzw. die Situation mit Ihrer Angehörigen schreiben.

1.1. Allgemeine Empfehlungen

Wie ich sehe, konnten Sie schon mit dem Onlineprogramm starten und haben sich bisher vor allem mit dem Modul Depression und Alltag beschäftigt. Toll! Das ist ein wichtiges Modul, um zu lernen, wie Sie mit den Symptomen Ihrer Angehörigen gut umgehen können. Mein Tipp: Schauen Sie auch gerne in die anderen Module rein. Das Modul Selbstfürsorge finde ich persönlich besonders wichtig, denn wenn man sich um depressiv erkrankte Menschen kümmert, kommt man selbst oft zu kurz.

Vielen Angehörigen hilft es, die Strategien aus dem Onlineprogramm an konkreten Beispielen aus dem Alltag auszuprobieren. Wenn Sie möchten, können Sie mir gerne von schwierigen Situationen mit Ihrer Angehörigen berichten und wir überlegen gemeinsam, was Ihnen weiterhilft.

Haben Sie bereits das Kapitel des Selbstmitgefühls gesehen? Sie finden es im Bereich der Selbstfürsorge und es soll Sie dabei unterstützen, sich selbst gegenüber wie eine „gute Freundin“ zu sein. Vielleicht finden Sie dort weitere Anregungen, wie Sie sich noch besser abgrenzen können.

Ich möchte Sie heute einladen, das Kapitel „Grenzen achten“ im Modul der Selbstfürsorge anzuschauen (<https://qddd.de/selbstfuersorge/selbstmitgefuehl/grenzen-achten>). Es ist wichtig, dass man seine Grenzen kennt und auch achtet. Auch wenn es schwer fällt, weil man für einen nahestehenden Menschen da sein möchte und sich eventuell auch verantwortlich fühlt. Ich bin gespannt ob Ihnen das Kapitel etwas hilft, sich abzugrenzen.

Eine meiner Lieblingsübungen ist das "Dankbarkeitsheft". Vielleicht ist das ja auch was für Sie und erkrankte Person X? <https://qddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/fuehren-sie-ein-dankbarkeitsheft>

Schauen Sie doch gerne mal in die unterschiedlichen Module des Onlineprogramms. Im Modul "Beziehung stärken" finden Sie z.B. Tipps für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung trotz Depression. Hier kommen Sie direkt in das Modul: <https://qddd.de/beziehung-staerken>. Ich bin mir sicher, dass Sie dort hilfreiche Strategien finden!

Wenn Sie das nächste Mal ins Onlineprogramm schauen - haben Sie die Achtsamkeitsübungen schon ausprobiert? Das könnte genau etwas sein für so kleine Inseln zum Auftanken: <https://qddd.de/selbstfuersorge/achtsamkeit/was-ist-achtsamkeit>

Falls Sie einen Tipp zum Start mit dem Onlineprogramm mögen: Ich finde "Depression als Krankheit sehen" eine ganz zentrale Idee: <https://qddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/depression-als-krankheit-sehen>

1.2. Anregungen aus Interviews

Nachrichtenfrequenz: Ggf. erklären, wie oft wir schreiben (wenn TN sehr viel oder sehr wenig antworten): *Wundern Sie sich nicht, dass ich Ihnen schon wieder / erst jetzt schreibe / antworte, ich schreibe Ihnen in der Regel drei Mal pro Woche*

Wie geht es Ihnen?

Ich wollte auch nachfragen, wie es Ihnen bisher mit meinen begleitenden Nachrichten geht. Die Nachrichten sollen Sie unterstützen, dass es Ihnen besser geht. Schreiben Sie mir also gerne, was Sie sich wünschen und brauchen. Ich bin gerne für Sie da, wenn Sie Fragen zum Programm, rund um die Depression und Ihren Umgang mit der Erkrankung Ihrer Partnerin haben, über schwierige Situationen schreiben, Ratschläge oder einfach jemanden zum Zuhören brauchen.

Meine Nachrichten verschicke ich dreimal die Woche - wundern Sie sich also nicht, wenn ich Ihre Antwort nicht immer abwarten werde.

2. Den nicht-erkrankten Teilnehmer betreffend

2.1. Viele Belastungen, wenig Zeit für den Coach

Ich finde es bewundernswert, wie Sie Ihren Alltag trotz all der vielen Aufgaben meistern. Dabei ist mir wichtig: Das Onlineprogramm und die unterstützenden Nachrichten sollen keinesfalls zusätzlicher Stress sein, sondern Sie dabei unterstützen, dass es Ihnen besser geht. Dementsprechend teilen Sie sich die Zeit gerne so ein, wie es für Sie gut passt.

Ich finde es großartig, dass Sie gemeinsam mit Ihrem Mann an dem Beispiel arbeiten möchten. Das machen Sie genau richtig!

Für mich klingt es so, als wäre am Wochenende bei Ihnen jede Menge los gewesen mit der Geburtstagsfeier und den gesundheitlichen Problemen Ihres Mannes. Vielen Angehörigen geht es auch so, dass die Zeit für das Bearbeiten der Module knapp ist, während Sie in Ihrem Alltag Sorgen haben und Herausforderungen bewältigen müssen. Ich möchte Ihnen daher ans Herz legen, das Modul „Selbstfürsorge“ näher anzuschauen. Im ersten Kapitel „Wo stehen Sie gerade?“ finden Sie einen Belastungstest, um für sich selbst festzustellen, wie belastet Sie gerade sind.

Ich freue mich darauf, mit Ihnen gemeinsam zu arbeiten und bin gerne für Sie da.

Schön von Ihnen zu hören. Ich kann mir gut vorstellen, dass der Alltag mit einem depressiv Erkrankten manchmal sehr anstrengend ist. Aus der Erfahrung wissen wir, dass es Angehörigen oft hilft über schwierige Situationen im Zusammenleben mit dem Erkrankten zu sprechen. Möchten Sie mir erzählen, wie es Ihnen zurzeit mit Ihrem Partner ergeht? Ich bin gerne für Sie da!

Mir ist noch wichtig: Das Onlineprogramm und die unterstützenden Nachrichten sollen keinesfalls zusätzlicher Stress sein, sondern Sie dabei unterstützen, dass es Ihnen besser geht. Dementsprechend teilen Sie sich die Zeit gerne so ein, wie es für Sie gut passt.

Das ist schade, aber ich kann nachvollziehen, dass einem manchmal einfach die Zeit fehlt. Ich weiß nicht, ob Sie es wussten, aber Sie können das Onlineprogramm auch unterwegs über Handy/Tablet benutzen. Insbesondere die Videos kann man so auch gut zwischendurch anschauen. Falls sich bei Ihnen trotzdem noch Fragen oder Anliegen ergeben, können Sie sich jederzeit gerne bei mir melden.

Setzen Sie sich mit dem Nachrichtenschreiben bitte nicht unter Druck, aber ich freue mich immer, von Ihnen zu hören und bin gerne für Sie da.

Ich kann mir vorstellen, dass es gerade eine sehr belastende Situation für Sie ist. Möchten Sie mir vielleicht etwas genauer beschreiben, was für Sie im Zusammenleben mit Ihrem Partner besonders belastend ist? Dann können wir gemeinsam überlegen, was Ihnen vielleicht etwas helfen kann.

Vielleicht kann ich Ihnen bei der Suche nach Unterstützung helfen? Ich wünsche Ihnen sehr, dass Sie die vielen Belastungen nicht allein tragen müssen. Lassen Sie mich wissen, was ich für Sie tun kann!

2.2. Sorgen um den Angehörigen

Leider sind Ihre Sorgen, was die Chronifizierung betrifft, nicht völlig unbegründet. Tatsächlich steigt die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall mit der Anzahl der bereits erlebten depressiven Episoden. Auch die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung nimmt zu, je länger die Depression schon andauert. Ich kann Sie allerdings auch etwas beruhigen: Depressionen sind in der Regel gut behandelbar. Ihre Schwester ist ja schon psychiatrisch und psychotherapeutisch versorgt. Und auch, wenn nicht direkt eine Besserung sichtbar wird, sind die Möglichkeiten der Behandlung noch nicht ausgeschöpft: Von Medikamentenumstellung bis Wechsel des Therapieverfahrens gäbe es im Zweifelsfall noch einige Optionen. Manchmal brauchen Veränderungen aber auch einfach ein bisschen Zeit. Der Weg aus der Depression ist mühsam und besteht aus vielen kleinen Schritten. Ich möchte Sie deshalb ermutigen, trotz Ihrer verständlichen Sorgen noch etwas Geduld zu haben und zuversichtlich zu bleiben. Mit Abklingen der depressiven Symptome werden auch Verhaltensweisen und Eigenschaften Ihrer Schwester zurückkommen, die Sie kennen und schätzen!

2.3. Starke Belastung, Empfehlung Selbstfürsorge

Eine Übung, die ich sehr hilfreich finde, ist die "sich selbst eine Freundin sein" (<https://qddd.de/selbstfuesorge/selbstmitgefuehl/sich-selbst-ein-freund-sein>). Sicherlich wären Sie Ihrer Freundin gegenüber sehr verständnisvoll und anerkennend gegenüber, wenn diese so viel bewältigen würde, wie Sie. Wenn Sie das nächste Mal in die Situation kommen, in der Sie das Gefühl haben zu versagen, versuchen Sie doch kurz innezuhalten und sich zu fragen, was Sie Ihrer Freundin in dieser Situation sagen würden. Sie haben es verdient, gut behandelt zu werden. Ganz besonders von Ihnen selbst.

Gefühle von Überlastung und Ratlosigkeit sind ganz typisch bei Angehörigen von depressiv Erkrankten. Letztendlich geht es auch darum, dass Sie auf sich selbst achten. Wie könnten Sie sich jetzt selbst etwas Gutes tun und eine Auszeit von der unbefriedigenden Versorgung nehmen? Schreiben Sie mir gerne Ideen.

Ich schicke Ihnen hier erstmal den Link zum Kapitel der Selbstfürsorge (<https://qddd.de/selbstfuesorge>), weil ich gemerkt habe, dass dies ein Punkt ist, den viele Angehörige erst einmal hinten anstellen. Ich finde es jedoch sehr wichtig, dass man sich in der ganzen Fürsorge für andere auch ausreichend Zeit für die eigenen Bedürfnisse nimmt.

Wie geht es Ihnen damit? Haben Sie auch manchmal das Gefühl, dass Sie sich nur um andere aber zu wenig um sich selbst kümmern?

Ich weiß, dass es oft sehr kräftezehrend ist, wenn man sich viel um Angehörige kümmert oder sorgt. Es ist deutlich leichter, sich auch um andere zu kümmern, wenn man selbst dabei nicht zu kurz kommt.

Ich möchte Sie daher heute dazu einladen, den Bereich der Selbstfürsorge (<https://qddd.de/selbst-fuersorge>) mal anzuschauen. Es mag am Anfang ungewohnt und auch etwas schwierig sein, sich so aktiv um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern. Es ist aber auch sehr wichtig und man kann meiner Meinung nach nicht früh genug damit anfangen, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und einen Weg zu finden, wie man diese befriedigen kann ohne die anderen aus den Augen zu verlieren.

Es ist sehr nachvollziehbar, wie kräftezehrend die aktuelle Situation für Sie alle momentan sein muss. In jedem Fall möchte ich Ihnen Hoffnung machen, dass auch schwere Depressionen behandelbar sind und sich die Situation bestimmt wieder bessern wird. Zumal Sie sich in der Familie so engagiert umeinander kümmern.

Die aktuelle Situation so zu akzeptieren, wie sie ist, ist sicherlich nicht leicht. Hilfreich kann hier grundlegend das Wissen um die Erkrankung Depression sein, wie Sie es z. B. in den Modulen „Depression und Alltag“ und „Was muss ich wissen?“ finden. Darüber hinaus ist für Sie als Angehörigen sehr wichtig – worum Sie sich ja auch bemühen – auf eine ausreichende Selbstfürsorge zu achten. Dadurch können Sie Ihre Kräfte und auch Strukturen im Alltag bewahren.

Da Angehörige wie Sie häufig sehr belastet sind, haben wir diese Studie zu Ihrer Unterstützung ins Leben gerufen. Wie erging es Ihnen beim Bearbeiten? Konnten Sie etwas anwenden und für Ihren Alltag mitnehmen? Der Online-Support durch diese Nachrichten läuft in [...] Tagen aus, das Programm steht Ihnen aber selbstverständlich danach noch zur Verfügung. Bis dahin bin ich weiterhin für Sie da. Wie kann ich Sie konkret unterstützen?

Das ist wirklich eine schwierige und anstrengende Situation. Ich verstehe das sehr gut, dass Sie auf Ihre Kräfte achten müssen, und Schwierigkeiten haben, sich um alles selbst zu kümmern.

Es ist gar nicht selten, dass Angehörige von Menschen mit Depression eine hohe Belastung haben. Sie haben zusätzlich noch Ihr Baby zu versorgen.

Auch wenn es paradox klingt, ist mein Tipp für Sie, sich erst einmal um sich selbst zu kümmern. Selbstfürsorge ist der wichtigste Teil, der Ihnen Kraft geben wird, sich auch um Ihre Angehörige zu kümmern.

Mein Tipp ist daher, dass Sie sich im Bereich der Selbstfürsorge etwas umschauchen und ein Zeitfenster im Alltag schaffen, in dem Sie sich nur um sich selbst kümmern. Vielleicht wenn das Baby schläft?

Wer könnte denn Sie unterstützen? Gibt es eine gute Freundin oder Ihre Mutter, die Ihnen Unterstützung anbieten kann?

Außerdem: hat Ihr Partner einen guten Freund, der sich mal um ihn kümmern könnte? Ist Ihr Mann krankgeschrieben, gibt es die Möglichkeit über die Krankenversicherung eine Haushaltshilfe für ihn zu bekommen?

Da Sie schreiben, Sie hätten eine belastende Woche hinter sich, möchte ich Sie dazu einladen, sich mit dem Kapitel "Selbstfürsorge" zu beschäftigen. Gerade das Kapitel "Erholung" könnte für Sie hilfreich sein, eine Balance zu finden zwischen dem Abarbeiten von "Altlasten" und wohltuenden Aktivitäten, um Ihre Kraftreserven aufzufüllen.

Meine Erfahrung zeigt, dass es Angehörigen oft schwerfällt, es sich gut gehen zu lassen, wenn es ihrem Angehörigen schlecht geht. Ist das auch bei Ihnen manchmal der Fall?

Mein Tipp für Sie ist es, sich das Kapitel „Gut auf sich achten“ anzuschauen (<https://qddd.de/selbst-fuersorge/gut-auf-sich-achten/innere-widerstaende-ueberwinden>). Schauen Sie mal, was Sie daraus mitnehmen können.

Wie kann ich Sie diese Woche unterstützen? Sie haben berichtet, Ihre Tochter sehr regelmäßig zu sehen und dass es Sie belastet, so sehr in Anspruch genommen zu werden. Würde es Ihnen gut tun, eine kleine Pause zu machen, Ihre Tochter eine Woche mal nicht zu sehen?

Was tun Sie denn gerne, was bereitet Ihnen Freude?

Ich schlage vor, dass Sie sich für die nächste Woche an drei Tagen eine Aktivität vornehmen, die Ihnen Spaß macht. Das kann auch etwas ganz kleines sein, wie eine Viertelstunde spazieren zu gehen, oder eine Weile Musik zu hören, die Ihnen gefällt.

Ich freue mich von Ihnen zu hören.

Ich freue mich sehr zu hören, dass es Ihrer Tochter und damit auch Ihnen etwas besser ging. Ich finde es eine prima Idee, für einige Tage wegzufahren.

Ich verstehe gut, dass es anstrengend ist, sich so um seine erwachsene Tochter zu sorgen und zu kümmern. Ich möchte Ihnen nochmal das Modul Überengagement im Kapitel Beziehung stärken (<https://qddd.de/beziehung-staerken/ueberengagement-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm>) ans Herz legen.

Ich denke, dass es Sie entlastet, wenn Sie sich ein wenig zurücknehmen. Meine Erfahrung zeigt, dass sich Teilnehmende damit anfangs oft schwer tun, es ihren depressiven Angehörigen aber gut tut.

Ich bin gespannt, was Sie mir berichten!

Ich kann gut nachfühlen, wie viel Kraft alleine schon ein kleines Kind beansprucht, und das mit einem depressiven Partner. Sie können enorm stolz sein dass Sie das alles schaffen! Es geht vielen Menschen und auch mir so, dass Kind, Arbeit & Haushalt einen immer wieder an die Grenze bringen.

Dass Sie sich noch Unterstützung bei Ihrer Mutter holen und dadurch mehr Luft für sich bekommen ist toll! Und dass Sie an der Kommunikation mit Ihrem Mann arbeiten, und dabei auch geduldig mit sich selber sind - Sie haben ganz Recht, dass es Zeit braucht, da etwas zu verändern!

Danke für Ihre Offenheit, mit der Sie mir Ihre Situation schildern.

Es ist gut, dass Sie sich Unterstützung suchen und sich auch über die Erkrankung informieren. Gleichzeitig ist es ebenso wichtig für Angehörige, die eigenen Bedürfnisse in einer solchen Situation nicht zu vernachlässigen.

Konnten Sie aus den Modulen „Depression und Alltag“ und „Selbstfürsorge“ schon etwas für sich nutzen?

Super, dass Sie schon so viele Erfahrungen im Umgang mit Depressionen sammeln konnten. Das ist eine gute Grundlage.

Dass sie immer wieder auch ein schlechtes Gewissen begleitet, ist sehr verständlich. Versuchen Sie, im Bereich Selbstfürsorge weiter dranzubleiben. Haben Sie die Achtsamkeitsübungen schon einmal ausprobiert? Vielleicht ist es auch hilfreich, Ihre Rolle als Angehörige noch einmal zu reflektieren (z.B. hier: <https://qddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/nicht-zum-therapeuten-werden>).

Möchten Sie mit mir darüber sprechen, was Sie besonders belastet?

Vielleicht kann Ihnen das Modul Selbstfürsorge <https://qddd.de/selbstfuersorge> dabei helfen, dass Sie besonders in belastenden Zeiten nicht zu kurz kommen. Schauen Sie gerne mal rein!

Das klingt wirklich nach einer schwierigen Lage. Es ist schwierig genug, sich unter normalen Umständen abzugrenzen und jetzt ist es gerade noch schwieriger. Prima, daher, dass Sie sich jetzt Unterstützung nehmen.

Toll, dass Sie sich so bemühen, Verständnis aufzubringen und die Krankheit und die Person zu trennen. Das schaffen nicht viele!

Insgesamt scheint es mir, dass bei Ihnen in der letzten Zeit viele Belastungen zusammen gekommen sind. Vielleicht hilft es Ihnen in der aktuellen Situation sich das Modul Selbstfürsorge anzuschauen? Dort können Sie üben, trotz der Belastungen gut auf sich zu achten und mit belastenden Gefühlen hilfreich umzugehen.

Ich finde es sehr gut, dass Sie auf sich achten und nur so viel im Onlineprogramm arbeiten, wie Ihnen guttut. Wenn Sie möchten, können Sie auch gerne mal in das Modul "Selbstfürsorge" schauen: <https://gddd.de/selbstfuersorge>. Viele Angehörige empfinden diese Modul als besonders positiv und wohltuend, weil es nicht so sehr um den depressiven Angehörigen geht, sondern der Fokus mehr auf Ihnen und Ihrem Wohlbefinden liegt. Ich bin gespannt, wie Ihnen das Modul gefällt.

Ich hoffe, dass mit diesen Anregungen die wirklich schlechten Tage bald weniger werden. Bis dahin hilft es vielleicht, wenn Sie sich an diesen Tagen den Rückzug erlauben (vielleicht können Sie das auch ruhig und klar mitteilen, dass Sie Abstand brauchen, und auch die Kinder mitnehmen?), und im Gegenzug die besseren Tage versuchen zu genießen. Und insgesamt schauen, woher (auch von welchen anderen Menschen) Sie und die Kinder Kraft bekommen können.

Wie könnten Sie sich noch ablenken, außer mit Arbeit? Versuchen Sie sich regelmäßig auch angenehme Aktivitäten vorzunehmen. Das können zum Beispiel Ausflüge sein, Treffen mit Freunden, ein gutes Buch... Was tut Ihnen gut?

Mein Tipp: Die Übungen zur Achtsamkeit im Onlineprogramm gefallen Mir besonders gut. Insbesondere in Belastungssituationen können solche Übungen helfen, etwas zur Ruhe zu kommen und auf sich zu achten. Schauen Sie sich die Übungen doch mal an, vielleicht gefallen Sie Ihnen ja auch: <https://gddd.de/selbstfuersorge/achtsamkeit/was-ist-achtsamkeit>

Für mich klingt es so, als hätten Sie gerade Schlafprobleme, da Sie beschreiben, abends lange zum Einschlafen brauchen und nachts mehrfach aufwachen. Schlafprobleme sind ein Thema, das Sie mit Ihrem Hausarzt besprechen können, um mit ihm zu überlegen, wie eine gute Unterstützung für Sie derzeit aussehen könnte, z.B. Medikamente, die das Einschlafen unterstützen. Vielen Betroffenen mit Einschlaf- und Durchschlafstörungen hilft auch eine Psychotherapie – wäre das für Sie etwas, das Sie sich vorstellen können?

Angesichts Ihrer starken Belastung kann ich gut verstehen, dass Sie aus dem Kontakt mit Ihren Freunden derzeit nicht so viel ziehen können wie sonst und nicht so gut „mitschwingen“ können – auch das braucht Energie. Würde es Ihnen helfen, Ihren Freunden gegenüber zu sagen oder zu schreiben, dass es Ihnen momentan nicht so gut geht und Sie Zeit für sich brauchen? Es klingt, als wären Ihre Freunde für Sie wichtige Menschen, denen Sie sich bereits anvertrauen konnten. Derzeit möchte ich Ihnen ans Herz legen, sich ganz Ihrer Selbstfürsorge zu widmen, da bei Energiemangel auch Telefonate und Verabredungen überfordernd sein können.

Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen. Für viele Menschen ist dann der Wunsch, wieder etwas mit den Freunden zu unternehmen, ein Signal dafür, dass man wieder etwas Energie getankt hat und es einem besser geht.

Es klingt, als würde die Vorstellung, sich anderen gegenüber verletzlich zu zeigen, Angst machen – es ist ganz menschlich, dass Sie auch mal Hilfe brauchen, nicht alles schaffen, sich mal nicht zusammenreißen. Ein Moment der Schwäche führt nicht dazu, dass alles aus den Fugen gerät – was meinen Sie? Das Kapitel zum Selbstmitgefühl (<https://qddd.de/selbstfuersorge/selbstmitgefuehl/was-bedeutet-selbstmitgefuehl>) kann Sie dabei unterstützen, sich selbst gegenüber wie eine „gute Freundin“ zu sein und wie Sie sich besser abgrenzen können

Angesichts Ihrer starken Belastung kann ich gut verstehen, dass Sie aus dem Kontakt mit Ihren Freunden derzeit nicht so viel ziehen können wie sonst und nicht so gut „mitschwingen“ können – auch das braucht Energie. Würde es Ihnen helfen, Ihren Freunden gegenüber zu sagen oder zu schreiben, dass es Ihnen momentan nicht so gut geht und Sie Zeit für sich brauchen? Es klingt, als wären Ihre Freunde für Sie wichtige Menschen, denen Sie sich bereits anvertrauen konnten. Derzeit möchte ich Ihnen ans Herz legen, sich ganz Ihrer Selbstfürsorge zu widmen, da bei Energiemangel auch Telefonate und Verabredungen überfordernd sein können. Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen. Für viele Menschen ist dann der Wunsch, wieder etwas mit den Freunden zu unternehmen, ein Signal dafür, dass man wieder etwas Energie getankt hat und es einem besser geht. Es klingt, als würde die Vorstellung, sich anderen gegenüber verletzlich zu zeigen, Angst machen – es ist ganz menschlich, dass Sie auch mal Hilfe brauchen, nicht alles schaffen, sich mal nicht zusammenreißen. Ein Moment der Schwäche führt nicht dazu, dass alles aus den Fugen gerät – was meinen Sie? Das Kapitel zum Selbstmitgefühl (<https://qddd.de/selbstfuersorge/selbstmitgefuehl/was-bedeutet-selbstmitgefuehl>) kann Sie dabei unterstützen, sich selbst gegenüber wie eine „gute Freundin“ zu sein und wie Sie sich besser abgrenzen können.

2.4. Probleme mit Selbstfürsorge

Wie kommt es denn, dass Sie von sich aus nicht so gut auf sich achten?

Wie sehr fühlen Sie sich selbst zur Zeit (durch Ihre Rolle als Angehörige) belastet?

Haben Sie im Modul Selbstfürsorge (<https://qddd.de/selbstfuersorge>) etwas entdeckt, was Sie für sich nutzen möchten?

Vielleicht ist das Warum auf die Frage auch nicht so sehr entscheidend, sondern eher dass Sie Ihre eigenen Bedürfnisse in bestimmten aktuellen Situationen überhaupt wahrnehmen und ihnen auch gerecht werden. Wäre es vielleicht eine Idee, dass Sie sich mit Ihrem Freund über das Thema "Bedürfnisse" austauschen?

Was Sie über den Spagat zwischen sich selbst, Kindern, und Erkranktem schreiben und übers Aufpassen, sich selbst da nicht zu verlieren, das klingt als hätten Sie einen sehr klugen, klaren Blick auf Ihre Lage! Sie haben sicher Recht, dass Selbstfürsorge das nicht alles lösen kann, und richtig gut gehen kann es einem in so einer Lage vielleicht gar nicht. Ich denke, es ist wichtig dass jeder in der Familie mal Opfer bringt, auch ihr Partner und die Kinder (und nicht nur Sie), und Sie manchmal auftanken können. Eine echte Lösung kann nur durch erfolgreiche Behandlung der Depression kommen, und dafür dürfen Sie sich finde ich auch nachdrücklich einsetzen.

Es freut mich zu hören, dass Sie einige Dinge im Alltag umsetzen können. Dennoch, Veränderung braucht oft Zeit. Gerade das eigene Wohlbefinden zu steigern ist oft ein langer Prozess. Daher möchte ich Sie motivieren weiterzumachen. Was tat Ihnen denn in der Vergangenheit gut?

Ich finde, dass es ein erster wichtiger Schritt zu mehr Selbstfürsorge ist, sich zu fragen, wie es um die eigene aktuelle Belastung steht. Haben Sie schon den Belastungstest (<https://gddd.de/selbstfuer-sorge/wo-stehen-sie-gerade/belastungstest>) entdeckt? Sie können diesen kurzen Test immer wieder machen, um Ihre Belastung im Verlauf zu sehen und Ihr Wohlbefinden nicht aus den Augen zu verlieren.

2.5. Probleme mit Achtsamkeit

Ich finde es toll, dass Sie bereits genau wissen, in welchen Situationen und bei welchen Aktivitäten es Ihnen schwer bzw. einfach fällt, abzuschalten – das ist eine sehr wichtige Information. Für mich klingt es so, dass die „Dauerschleife“ dann unterbrochen wird, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren müssen, das Sie in dem Moment geistig fordert, wie die Arbeit. Es ist auch sehr gut, dass Sie nicht dazu übergegangen sind, ständig zu arbeiten, nur um den Sorgenschleifen zu entgehen!

Bei der Hausarbeit oder im Garten steht dagegen eher die körperliche Arbeit im Vordergrund, während die Gedanken frei herumwandern können – und in Ihrem Fall drängen sich dann die Sorgen um Ihren Vater auf. Da Sie schreiben, dass in solchen Momenten Achtsamkeit und die Konzentration auf den gegenwärtigen Moment nur kurz hilft, möchte ich Ihnen zwei andere Ideen vorschlagen, die Sie gerne für sich ausprobieren können. Häufig üben wir wohlvertraute Aufgaben im Haushalt ohne nachzudenken, routiniert und automatisch aus – viele Menschen machen sich genau das gern zunutze und beschäftigen sich parallel geistig mit etwas anderem, z.B. mit dem Hören von Musik, Radio, Hörbüchern, Podcasts etc. Gerade das Hören kann etwas sein, was vom Gedankenkreisen, aber nicht zu stark von dem ablenkt, was man gerade im Haushalt oder Garten mit den Händen tut.

Ein weiterer Vorschlag wäre, sich immer wieder bewusst aus der Sorgenschleife „herauszuziehen“, z.B. mithilfe von Gegenständen, die für Sie mit fröhlicheren Gedanken und Gelassenheit verknüpft sind. Das könnte so aussehen, dass Sie einen oder mehrere solcher Gegenstände suchen und gut sichtbar an Orten aufstellen, die Sie während Ihrer Hausarbeit gut im Blick haben. Als Gegenstände bieten sich z.B. Fotos von schönen Momenten mit Ihnen nahestehenden Menschen, Ihren Lieblingsorten, Urlaubskarten oder einfach Bildmotive oder Dekoartikel, die Ihnen gut gefallen, Ihr liebstes Möbelstück, Gegenstände, die Sie mit Ihren Hobbys verbinden wie ein Musikinstrument oder die Sportschuhe an. Dann geht es darum, im Vorbeigehen an diesem Gegenstand bewusst innezuhalten und die Aufmerksamkeit darauf richten, sich zu fragen „Wie geht es mir gerade? Und was brauche ich gerade?“ und die Gedanken und Gefühle, die mit diesem schönen Gegenstand verbunden sind, zuzulassen. Für diese Übung ist eine achtsame Haltung wichtig, der äußere Impuls soll dabei helfen, Achtsamkeit leichter zuzulassen und länger bei sich zu bleiben.

Toll, dass Spaziergänge für Sie funktionieren! Behalten Sie das gerne bei, wenn Sie die Zeit dafür finden. Eine weitere Möglichkeit, die Grübelei zu unterbrechen, wäre eine Achtsamkeitsübung. Die können Sie immer und überall durchführen. Das Ziel dabei ist, die Aufmerksamkeit auf etwas in Ihrer Umgebung zu lenken und so die negativen Gedanken zu unterbrechen. Dabei können Sie die Aufmerksamkeit auf verschiedene Dinge richten, z.B. auf Geräusche oder Gerüche. Das geht auch nebenbei, z.B. beim Abwaschen: Wie fühlt sich der Schwamm in der Hand an? Welche Temperatur hat das Wasser? Wonach duftet das Geschirrspülmittel? Wenn Sie Ihre Aufmerksamkeit einen Moment weg von den negativen Gedanken lenken, reicht das manchmal schon, um die Grübelschleife zu unterbrechen. Etwas, das Sie immer verfügbar haben, ist auch Ihr Atem: Sie können z.B. darauf achten, wie tief Sie atmen, wie sich Ihr Brustkorb hebt und senkt oder die Ein- und Ausatemzüge zählen.

2.6. Verantwortung von Angehörigen

Meiner Meinung nach ist niemand verpflichtet, die Depression eines Angehörigen mit zu leben. Ich finde es einen klugen und gesunden Umgang, dass Sie sich abgrenzen und nach wie vor Ihr eigenes Leben führen.

*Die Depression Ihrer Mutter ist eine behandelbare Krankheit, das ist allerdings die Sache der*s behandelnden Psychotherapeut*in. Sie können und sollen das nicht tragen.*

*Wenn Ihre Schwester sich einbringen möchte und die Kraft und die Zeit investieren möchte, dann ist das ein tolles Angebot Ihrer Schwester. In erster Linie tragen Sie die Verantwortung für Ihr eigenes Leben und Ihr eigenes Wohlbefinden. Wenn Sie sich einbringen möchten und Ihre Mutter unterstützen möchten, eine*n Psychotherapeut*in zu finden, dann ist das prima. Ihre Mutter ist allerdings eine erwachsene Frau, die in ihrem Leben schon so einiges geschafft hat, da bin ich mir sicher.*

Ich möchte Sie daher ermutigen, in sich hineinzuhorchen und zu schauen, wie viel und was Sie tun möchten. Sie sind nicht verpflichtet, Ihr eigenes Leben aufzugeben und es hilft Ihrer Mutter und Ihnen selbst nicht, wenn Sie aus Solidarität weniger Freude erleben.

2.7. Kinder involviert

Vielen Dank für Ihre offenen Worte, die mich sehr berühren! Es ist schlimm, wenn die Depression und innere Leere die ganze Familie und Kinder so in Mitleidenschaft ziehen!

Für die Kinder gibt es im Coach eine Seite mit einigen knappen Anregungen, haben Sie die schon gefunden? <https://qddd.de/was-muss-ich-wissen/unterstuetzung-fuer-angehoerige/was-ist-fuer-kinder-wichtig> Ansonsten hat unser Partner die Deutsche Depressionshilfe eine sehr schöne Materialsammlung (dort "Kindern Depression erklären" klicken): <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/rat-fuer-angehoerige/links-und-literatur>

Sowohl eine Depression als auch eine ADHS-Erkrankung bei den Kindern können eine Paarbeziehung schwer belasten. Es ist toll und wichtig, dass Sie sich so um die Förderung Ihres Sohnes gekümmert haben. Wie können Sie es erreichen, dass im Trennungsfall auch für die Kinder eine bestmögliche Lösung gefunden wird? Vielleicht besteht noch immer die Möglichkeit für ein Paargespräch in der Klinik? Gerade, wenn die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrem Mann schwierig ist, kann es hilfreich sein, eine dritte vermittelnde Person hinzuzuziehen. Eventuell könnte Ihnen auch eine Mediation behilflich sein. Falls Sie sich dafür interessieren, finden Sie Infos auch bei ProFamilia: <https://www.profamilia.de/themen/sexualitaet-und-partnerschaft/trennung-und-scheidung>

Mein Tipp ist daher, dass Sie sich im Bereich der Selbstfürsorge etwas umschaun und ein Zeitfenster im Alltag schaffen, in dem Sie sich nur um sich selbst kümmern. Vielleicht, wenn Ihre Kinder miteinander spielen oder bei Freunden zu Besuch sind? Gibt es die Möglichkeit, dass Ihre Kinder die Hausaufgaben in einer Hausaufgabenbetreuung in der Schule machen, damit Sie als Familie eher schöne Aktivitäten wie gemeinsames Spielen machen können?

2.8. Kinder eines nicht nahestehenden Angehörigen involviert

Ich kann verstehen, dass Ihre Situation als Freundin einer depressiv Erkrankten mit Kindern schwierig ist. Auf der einen Seite will man nicht zu viel abnehmen, auf der anderen Seite möchte man die Kinder und die Familie so gut wie möglich unterstützen. Und dieses Spannungsfeld erzeugt natürlich Ambivalenz. Grundsätzlich gibt es leider keine einheitlichen Handlungsempfehlungen. Das wichtigste ist, mit Ihrer Freundin und deren Familie transparent und offen zu kommunizieren: Wo ist Ihre Unterstützung gewünscht (und wo nicht)? Wie können Sie bestmöglich helfen (und wo nicht)? An welcher Stelle möchte die Familie Dinge selbst übernehmen und intern regeln? Was können und wollen Sie leisten (und was nicht)? Diese Fragen stoßen einen Austausch an, an dem bestenfalls alle Beteiligten teilnehmen und profitieren können.

Sie haben ganz richtig erkannt, dass die Depression Ihrer Freundin sich auch auf Ihren Sohn auswirkt und es klingt toll, dass Sie auch zu ihm eine gute Beziehung aufbauen konnten. Da es auch Gefühle von Druck erzeugen kann, die einzige Vertrauensperson zu sein, fände ich es wichtig, die Verantwortung auch hier auf mehreren Schultern zu verteilen. Was halten Sie davon, gemeinsam mit Ihrer Freundin über die Ideen und Tipps aus dem Kapitel „Was ist für Kinder wichtig?“ (<https://qddd.de/was-muss-ich-wissen/unterstuetzung-fuer-angehoerige/was-ist-fuer-kinder-wichtig>) zu sprechen? Dass sie sich bereits dessen bewusst ist, dass ihr Sohn die Erkrankung ebenfalls mitbekommt und auch offen für Ihr Hilfsangebot ist, halte ich für ein sehr gutes Zeichen. Falls der Sohn Ihrer Freundin stark belastet ist, wäre auch hier wichtig, mit professionellen Helfern zu schauen, was dem Jungen helfen kann, mit der Erkrankung seiner Mutter umzugehen. Ansprechpersonen, die normalerweise keine allzu lange Wartezeit haben, sind zum Beispiel Vertrauenslehrer, Schulpsychologen und Beratungsstellen. Lassen Sie es mich gerne wissen, wenn Sie Fragen haben oder sich weitere Informationen wünschen.

2.9. Entlasten und Informationen erfragen

Toll, dass Sie so für Ihre Tochter da sind!

Das ist wirklich eine lange Zeit, die Ihre Tochter schon unter der Depression leidet. Ich kann mir vorstellen, dass das für Sie auch sehr belastend ist und Sie sich Sorgen um Ihre Tochter machen. Es ist leider gar nicht so selten, dass Beziehungen in die Brüche gehen, wenn eine Depression im Spiel ist. Ist Ihre Tochter denn in psychotherapeutischer Behandlung?

Wie geht es Ihnen mit der Erkrankung Ihrer Tochter?

Wie ist denn die aktuelle Situation bei Ihnen Zuhause? Ist Ihr Freund momentan in Behandlung?

2.10. Angehörige hat selbst psychische Erkrankung/ in Behandlung

Das klingt nach einer sehr belastenden Situation, dass Sie sich einerseits um Ihre Tochter kümmern und sich sorgen. Andererseits sind Sie selbst stark belastet. Haben Sie denn einmal Psychotherapie in Anspruch genommen? Falls ja, hat Ihnen das geholfen?

Wie können Sie sich besser abgrenzen, so dass Sie sich nicht jede klitzekleine Sache Ihrer Tochter anhören müssen? Sie finden dazu Anregungen im Bereich "Beziehung stärken" - Überengagement vermeiden.

Außerdem möchte ich Ihnen vorschlagen, sich den Bereich der Selbstfürsorge anzusehen. Dort gibt es Vorschläge, wie Sie mehr selbst auf sich achten können und sich mehr um sich kümmern.

2.11. Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige

Ich möchte Sie heute noch dazu einladen, sich den Bereich „Unterstützung für Angehörige“ im Kapitel „Was muss ich wissen“ anzuschauen (<https://gddd.de/was-muss-ich-wissen/unterstuetzung-fuer-angehoerige/wo-finde-ich-selbst-unterstuetzung>).

Schauen Sie doch hier mal rein. Hier finden Sie Anregungen, wo Sie Unterstützung für Sie selbst finden können, da Sie ja auch selbst viel zu tragen haben und Sie auch nach Ihrem eigenen Wohlbefinden schauen müssen. Vielleicht haben Sie während Ihres Kurzurlaubes ja Lust, noch ein wenig im Online-Programm herumzustöbern.

Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie Ihnen zurzeit alles zu viel ist und Sie sehr belastet sind. Es ist wichtig, dass Sie auch auf sich achten. Sprechen Sie gerne mal mit Ihrem Hausarzt darüber, dass Sie aktuell belastet sind. Vielleicht kann Ihnen eine medikamentöse Unterstützung oder sogar eine Psychotherapie durch die schwere Zeit helfen. Einigen Angehörigen hilft es auch, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Wenn Sie möchten können Sie unter <https://www.nakos.de/adressen/rot/Selbsthilfegruppen> in Ihrer Region suchen.

Sie finden Informationen auch auf der Website des "Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)"^[17] unter <https://www.bapk.de/der-bapk.html> oder den Flyer der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie unter https://www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/infomaterialien/download/imageflyer_2009.pdf. Es gibt in jedem Bundesland eigene Landesverbände des BApKs, bei denen Sie sich über die regionalen Angebote informieren können.

falls das für Sie von Interesse ist, dann können Sie hier deutschlandweit nach Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Themen suchen:

<https://www.bapk.de/angebote/selbsthilfenetz-psychiatrie/suche-selbsthilfegruppen-deutschland-text.html>

In einigen Regionen gibt es dort auch spezielle Gruppen für Angehörige.

2.12. Fortschritte und Erkenntnisse bestärken

Es ist sehr gut, dass Sie an Ihrem Arbeitsplatz die Möglichkeit haben, zu entschleunigen und auf sich zu achten. Das klingt für mich, als hätten Sie eine gute Möglichkeit gefunden, Ihre Belastung zu reduzieren, ganz im Sinne der Selbstfürsorge. Ich hoffe, Sie hatten einen schönen freien Tag gestern.

Prima, dass Sie Zeit mit Ihrer Freundin verbringen und gemeinsam Aktivität X genießen konnten. Es klingt für mich, als hätten Sie eine gute Möglichkeit gefunden, gut auf sich zu achten und sich zu erholen - das machen Sie genau richtig!

Ich bin beeindruckt, mit wie viel Fingerspitzengefühl und wie liebevoll Sie beide miteinander umgehen. Sie haben die wichtigen Punkte im Blick.

Toll, dass Ihre Freundin zu Besuch kommt, mit der Sie offen umgehen können. Es ist wichtig, sich auch außerhalb der Beziehung öffnen und damit entlasten zu können.

Ich wünsche Ihnen schöne kommende Tage!

Ich finde es wirklich bewundernswert, dass Sie es schaffen die Depression als Krankheit zu akzeptieren und versuchen Ihren Angehörigen zu unterstützen.

Sie machen das wirklich fantastisch, wie Sie die ganze Theorie und die Übungen im Alltag umsetzen! Auf jeden Fall ist es wichtig, dass Sie auch versuchen, auf sich selbst zu achten und gut für sich zu sorgen. Schuldgefühle sind hier sehr verständlich. Vergessen Sie aber bitte nicht, dass auch Sie ein gleichwertiger Teil des „Systems“ sind und auch Ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden sollten.

Dass Ihr Freund selbständig ein Treffen mit seiner Familie ausgemacht hat, ist doch gut. Vielleicht können Sie ja vorab zusammen überlegen, was Sie sich davon auch inhaltlich erwarten (bspw. woher sie wie sprechen wollen, oder ggf. eben auch nicht).

Viele Grüße und weiterhin gutes Gelingen

In der letzten Zeit haben Sie ja bereits einige Dinge erkannt, die hilfreich sind, um die Situation zu stabilisieren. Halten Sie daran fest! Für die Zukunft - insbesondere, wenn bereits absehbar ist, dass Sie wieder ins Ausland gehen werden - wäre es ggf. ratsam, dass Ihr Freund noch mehr für sich selbst Routinen etabliert und ein breiteres Netz spannt (z.B. Psychotherapie, andere Vertraute miteinbeziehen), damit die Last und Sorge auf mehreren Schultern verteilt wird und schon früh gehandelt werden kann, falls die Zeiten wieder schwieriger werden sollten.

Es freut mich, dass Sie so gut mit dem Programm zurechtkommen und sich seither sogar etwas entlastet fühlen. Ebenso, dass Sie mit Ihrem Freund so gut im Austausch stehen und aufeinander Acht geben. Damit machen Sie schon ganz vieles ganz toll!!!

Es freut mich, dass Ihnen das Modul "Depression und Alltag" geholfen hat und Sie konkrete hilfreiche Strategien für Ihre Situation finden konnten. Ich finde es auch sehr gut, dass sich Ihre Mutter in therapeutischer Behandlung befindet und Sie bereits erste positive Veränderungen bemerken können.

Es klingt, als sei Ihr Familienumfeld unterstützend und kraftpendend. Das ist eine wichtige Ressource bei einer depressiven Erkrankung, sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen.

Toll, dass Sie Strategien gefunden haben, um in schwierigen Situationen besonnen zu reagieren. Welche Situationen sind für Sie anstrengend? Geben Sie mir gern ein Beispiel!

2.13. Wenig Kontakte durch Corona

Ich stimme Ihnen völlig zu, die Isolation von anderen Menschen und der fehlende Ausgleich außer Haus sind große Belastungen. Was für Möglichkeiten haben Sie noch, das auszugleichen? Gibt es eine Freundin, die Sie treffen können? Wer könnte Sie unterstützen?

2.14. Verhaltensänderung lernen

Wenn solche Verhaltensmuster schon so lange bestehen, ist es oft besonders schwer etwas zu verändern. Ich finde es umso bewundernswerter, dass Sie den wichtigen Schritt jetzt gehen. Ich halte es auch sehr sinnvoll, dass Sie das Gespräch gemeinsam mit Ihrem Mann führen.

Ich drücke Ihnen auf jeden Fall fest die Daumen für morgen und bin gespannt, was Sie mir anschließend berichten können.

2.15. Angehörige*r ist keine nahestehende Person

Wenn man als Freundin nicht direkt zur Kernfamilie gehört, dann kann es manchmal schwierig sein, inwiefern man von Außen auf die Familie Einfluss nehmen kann und will. In den Modulen "Depression

und Alltag" und "Was muss ich wissen?" finden Sie viele nützliche Informationen zu Depression im Allgemeinen. Wenn Sie die Kinder Ihrer depressiven Freundin unterstützen wollen, dann werden Sie in den Modulen "Beziehung stärken" und "Selbstfürsorge" bestimmt fündig.

2.16. Angehörige*r kennt sich bereits gut mit Depressionen und einigen Programminhalten aus

Ich verstehe Sie so, dass Sie schon einiges über Abgrenzung und Selbstfürsorge wissen und anwenden – möchten Sie mir Beispiele schildern, wie Selbstfürsorge für Sie aussieht? Gerne können Sie mir z.B. schreiben, welche Kapitel aus dem Modul „Selbstfürsorge“ (<https://qddd.de/selbstfuersorge>) Ihnen bereits bekannt vorkommen und welche Anregungen für Sie neu waren.

Da ich Sie in den nächsten Wochen individuell begleiten und unterstützen werde, möchte ich Sie fragen, welche Erwartungen und Ziele Sie an das Onlineprogramm haben?

Haben Sie im Kapitel "Zusammenhalt stärken" schon die Übung mit dem Dankbarkeitsheft (<https://qddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/fuehren-sie-ein-dankbarkeitsheft>) entdeckt? Sie scheinen bereits sehr weit zu sein, wenn es um den Genuss des eigenen Lebens geht– wie finden Sie die Idee, den Blick fürs Positive gemeinsam mit Ihrer Schwester zu üben? Das Gefühl von Dankbarkeit beginnt ja bei den kleinen Dingen im Leben, z.B. wenn sich der Rücken nach dem Sport besser als davor anfühlt.

2.17. Angehörige*r äußert Kritik am Onlineprogramm

Ihre Kritik an dem Beispiel mit Sabine verstehe ich so, dass nicht jedes Symptom unbedingt mit der depressiven Erkrankung zusammenhängen muss, sondern dass der/die Betroffene auch "bloß müde" sein kann. Danke für Ihren aufmerksamen Einwand! Welche Formulierung fänden Sie in einer solchen Situation besser? Ich freue mich von Ihnen zu hören.

Ich möchte Ihnen zunächst dafür danken, dass Sie Ihre Erfahrungen und Ideen mit mir geteilt haben. Damit haben Sie uns sehr weitergeholfen, wenn eine Überarbeitung des Onlineprogramms ansteht. Ich sehe, dass Ihnen eine einfühlsame, wertschätzende und faire Kommunikation - auch mit oder gerade mit einem depressiven Menschen - sehr wichtig ist und dass Sie sich sehr gut in Ihr Gegenüber hineinversetzen können. Sie scheinen mit Ihrer Partnerin und Ihrem Bekanntenkreis in einem offenen Austausch zu stehen und bereits viel Wissen und ein Verständnis für das Leben mit einer depressiven Erkrankung zu haben. Wie geht es Ihnen beim Austausch mit Ihrer Partnerin?

2.18. Abschied / Angehörige*r ist traurig über das Ende der E-Mail-Begleitung

Die Zeit ist tatsächlich sehr schnell vergangen und ich verstehe gut, dass das Ende unseres E-Mail-Austauschs Abschiedsschmerz auslösen kann. Ich finde es bewundernswert, wie viel Offenheit und Vertrauen Sie mir in Ihren Nachrichten gezeigt haben und finde, Sie können sehr stolz auf sich sein, wie Sie die Schwierigkeiten der letzten Wochen gemeinsam mit Ihrer Familie bewältigt haben!

2.19. Fehlende Unterstützung / kontraproduktiver Umgang des Umfelds mit Depression

Leider ist es tatsächlich immer noch so, dass einige Menschen psychische Erkrankungen nicht als solche anerkennen. Es tut mir leid, dass Sie diese Erfahrung in Ihrem Angehörigenkreis machen müssen. Oft entstehen solche Vorteile v.a. durch Unwissenheit zum Thema Depression. Ich weiß natürlich nicht, in welchem Verhältnis Sie zu diesen Personen stehen, aber vielleicht besteht ja die Möglichkeit, dass Sie sich das Video von Frau Prof. Schramm (<https://gddd.de/depression-und-alltag/gruendliche-tipps/depression-als-krankheit-sehen>) mal gemeinsam anschauen? Ich finde es auch sehr hilfreich, Erfahrungsberichte von Betroffenen zu lesen/hören, um die Erkrankung besser zu verstehen. Vielleicht würden sich Ihre Angehörige solche Berichte mal anhören: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/erfahrungsberichte>.

Es klingt, als hätten Sie eine Erkenntnis gehabt, die Ihnen zu schaffen macht und Ihre Hoffnung auf Besserung trübt? Ich kann mir vorstellen, dass es für Sie schwierig ist, dass Sie und Ihre Schwiegerfamilie bezüglich der Depression Ihres Partners gefühlt auf zwei gegensätzlichen Positionen stehen. Ich verstehe Sie so, dass Ihre Schwiegerfamilie nicht glaubt oder nicht akzeptiert, dass Ihr Partner eine depressive Erkrankung hat. Sie scheinen sich Sorgen zu machen oder verärgert darüber zu sein, was die gut gemeinten Ratschläge bei Ihrem Partner bewirken, verstehe ich das richtig? Welche Befürchtungen haben Sie in Bezug auf diese Ratschläge?

Ich bewundere Sie, dass Sie das Gespräch zu Ihrer Schwiegerfamilie gesucht haben – umso mehr, da Sie durch die Arbeit in ihrem Unternehmen vermutlich ein gewisses Ausmaß an gegenseitiger Abhängigkeit haben und Sie sich schlechter von ihrer Einstellung distanzieren können. Das zeigt mir, wie mutig Sie sind und wie sehr Sie sich für Ihren Partner stark machen!

3. Beide betreffend

3.1. Beziehung belastet

Es freut mich sehr zu hören, dass Ihnen das Programm weiterhilft. Ich finde auch, dass die Filme eine tolle Möglichkeit sind, sein eigenes Verhalten zu reflektieren. Im Modul "Beziehung stärken" finden Sie weitere hilfreiche Videos. z.B. hier: <https://gddd.de/beziehung-staerken/ueberengagement-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm> oder hier: <https://gddd.de/beziehung-staerken/vorwuerfe-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm>. Schauen Sie doch gerne mal rein.

Wo stehen Sie denn aktuell? Vielleicht kann ich Ihnen helfen, zum Thema "Sachen oder Zeit für sich einzufordern" einen Schritt weiter zu kommen? Was würde Ihnen denn von Ihrem Partner helfen und wäre vielleicht ein erster Schritt?

In den Kapiteln 4 & 5 von Beziehung stärken gibt es Tipps, wie Sie auch Ihre Bedürfnisse trotzdem ansprechen können:

<https://gddd.de/beziehung-staerken/vorwuerfe-vermeiden>

Die belastete Beziehung zu stärken ist oft ein wichtiges Thema. Oft braucht es da eine Mischung aus Verständnis, Blick aufs Positive, und Engagement für die eigenen Bedürfnisse im Rahmen des Möglichen.

Ich persönlich finde das Dankbarkeitsheft eine der wirksamsten Dinge, haben Sie das schon probiert?

<https://gddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/fuehren-sie-ein-dankbarkeitsheft>

Und die Anleitung zum gemeinsamen Problemlösen ist sehr hilfreich, um eigene Bedürfnisse gut anbringen zu können:

<https://gddd.de/beziehung-staerken/probleme-gemeinsam-loesen>

Ich kann gut verstehen, dass Sie unter dem emotionalen Rückzug Ihrer Frau und Ihrer Schwierigkeit, positive Gefühle zu empfinden, leiden. Super, dass Sie Ihre Frau so unterstützen und daran etwas ändern möchten! Legen Sie sich aber nicht die ganze Last für Ihre Genesung auf die Schultern. Der emotionale Rückzug ist ein Symptom der Depression. Unterstützung von Ihnen ist wichtig und wertvoll, aber für die Behandlung bedarf es auch professioneller Hilfe. Nimmt Ihre Frau Medikamente oder bekommt sie eine Psychotherapie?

Es tut mir leid zu hören, dass Ihre Schwester bereits eine langwierige Krankheitsgeschichte hinter sich hat und noch keine Besserung in Sicht ist. Ich kann verstehen, dass diese „Fehlschläge“ Ihre Hoffnung getrübt haben. Wenn ich Sie richtig verstehe, wünschen Sie sich Verständnis und Anteilnahme von Ihrer Schwester und haben das Gefühl, in dieser Beziehung zu kurz zu kommen? Ich kann mir vorstellen, dass das Kapitel „Zusammenhalt stärken“ (<https://gddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/ueberblick>) hilfreich sein kann, sich einen Überblick über die eigenen „Einzahlungen“ und die Ihrer erkrankten Schwester zu verschaffen und Ideen zu sammeln, wie die Beziehung gestärkt werden kann.

3.2. Depressiv Erkrankter möchte sich trennen, Angehöriger weiß nicht wie damit umgehen

Es ist tatsächlich nicht einfach in so einer Situation festzustellen, was die Depression ist und wie es gerade ohne Depression wäre.

Es ist ein häufiges Symptom der Depression, dass die depressiv erkrankte Person den Eindruck hat, nichts mehr für einen anderen Menschen empfinden zu können, dass sie sich zurückzieht und nicht viel Zuneigung erkennen lässt. Es kann auch so weit gehen, dass die Betroffene denkt, die Anderen wären ohne sie besser dran. Das ist manchmal schwierig auszuhalten, das weiß ich.

Es ist gut, dass Ihre Freundin bereits in psychotherapeutischer Behandlung ist. Da ist bereits der erste Schritt für eine Verbesserung getan. Und ich möchte Ihnen Mut machen: Depressionen sind gut behandelbar und in der Regel gehen mit der Verbesserung der Depression auch Verbesserungen im sozialen Miteinander einher.

Manchmal gibt es die Möglichkeit, mit der Therapeutin der Angehörigen zu sprechen. Das geht natürlich nur, wenn diese dem Gespräch zustimmt. In einem solchen Gespräch können Sie Fragen stellen, Unsicherheiten äußern und für die Therapeutin ist es eine Gelegenheit eine Außenperspektive zu erhalten. Fragen Sie Ihre Freundin, ob das für sie infrage käme.

Ich kann sagen, dass schwere Phasen in der Beziehung während einer Depression in der Regel mit der Zeit besser werden. Es braucht Geduld und Vertrauen. Sie können Ihrer Freundin weiterhin Gesprächsangebote machen, manchmal auch einfach nur zuhören und ihr das Gefühl geben, dass Sie weiterhin für sie da sind.

3.3. Betrug in der Paarbeziehung

Zuerst möchte ich mich bei Ihnen für Ihre Offenheit und Ihr Vertrauen bedanken. Sie schreiben, dass Ihr Partner von Schuldgefühlen geplagt wird und es scheint belastend für Sie, ihn leiden zu sehen – wie geht es Ihnen selbst damit?

Ich kann mir vorstellen, dass Sie, wenn Sie erst frisch von dem Betrug erfahren haben, noch dabei sind, das zu verarbeiten und ein ziemliches Gefühlschaos empfinden. Einen Vertrauensbruch zu verarbeiten kann lange dauern – hier möchte ich Sie ermutigen, sich die Zeit auch zu nehmen und in sich hineinzuhören, welche Gedanken und Gefühle Ihnen kommen. Was immer Sie gerade fühlen – es darf da sein. Was kann Ihnen dabei helfen, die eigenen Gefühle wahrzunehmen?

Brauchen Sie z.B. einen Rückzugsort nur für sich? Haben Sie in Ihrem Umfeld Menschen, denen Sie sich anvertrauen können und möchten? Ich möchte Sie ermutigen, dass Sie sich von anderen Trost und Anteilnahme wünschen dürfen.

Wenn Sie möchten, können Sie mit mir in weiteren E-Mails teilen, wie es Ihnen mit der Situation geht und wie ich Sie gerade unterstützen kann.

Ich kann mir auch vorstellen, dass die Depression Ihres Partners und dass es ihm sehr schlecht zu gehen scheint, es für Sie schwierig macht, über den Betrug zu sprechen und auch Gefühle wie Wut, Enttäuschung und Traurigkeit zu zeigen. Wichtig finde ich hier auch, dass Sie wütend sein dürfen, ohne mit Ihrem Partner wütend umgehen zu müssen.

Was halten Sie von der Idee, wenn Sie gemeinsam in eine Paarberatungsstelle gehen, um in einem geschützten Rahmen mit einer Fachperson, die unparteiisch ist und vermitteln könnte, über Ihre Situation zu sprechen?

- + Empfehlung "Selbstmitgefühl"

3.4. Problematische Kommunikation

Ich kann gut nachvollziehen, dass ihr aktueller Alltag schwierig ist und es da auch immer wieder zu Schwierigkeiten in der Kommunikation kommt. Seien Sie nicht so streng zu sich! Sie arbeiten ja bereits an sich und der Art und Weise mit ihrem Mann zu reden. So eine Veränderung braucht Zeit, nehmen Sie sich die Zeit auch. Ich finde es super, dass Sie versuchen ihre Kommunikationsmuster aufzubrechen und mehr zu reden, wenngleich das nicht immer funktioniert.

Im Modul „Was muss ich wissen“ finden Sie unter dem Kapitel „Wie spreche ich es an“ einige Tipps zur Gestaltung eines schwierigen Gespräches. Wer ist in der dominanten oder aggressiven Position, wer in der passiv-unterwürfigen? Vielleicht finden Sie Hinweise, die Ihnen helfen, das Gespräch noch zu erleichtern.

Im richtigen Maß über negative Gefühle zu sprechen ist nicht einfach und dafür gibt es leider auch nicht den einen richtigen Weg. Es ist empfehlenswert einen guten Mittelweg zu finden, also weder gar keine Gefühle zu zeigen noch über sämtliche negative Gefühle sprechen, die einen beschäftigen. Probieren Sie doch mal aus, ob es Ihre Mutter wirklich so sehr belastet, wenn Sie von Ihren negativen Gefühlen erzählen. Vielleicht geht es Ihre Mutter ja sogar ähnlich und Sie können sich gegenseitig aufbauen.

Es scheint mir ein bisschen als seien Sie im Kontakt mit Ihrer Mutter in einer gewissen Zwickmühle: Umso mehr Sie die Dinge für Ihre Mutter erledigen, umso passiver verhält sich Ihre Mutter. Dabei wünschen Sie sich, dass Ihrer Mutter aktiver wird. Diese Muster ist im Zusammenleben mit einem depressiv Erkrankten sehr typisch. Das Zusammenspiel aus aktiven und passiven Rollen in sozialen Situationen wird hier am Kiesler Kreismodell genauer erklärt: <https://gddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/ihr-kommunikationsverhalten>

Selbstverständlich ist es nicht einfach ein solches Muster zu durchbrechen, aber gibt es vielleicht Dinge, bei denen Sie sich etwas passiver verhalten können? Das würde einerseits Sie entlasten und gleichzeitig bestenfalls dazu führen, dass Ihre Mutter aktiver werden muss.

Eine Depression kann ganz unterschiedliche Gesichter haben. Es ist aber sehr gut, dass sie nach der Diagnose der Dysthymie, die Erkrankung Ihres Mannes nun besser verstehen. Um Verständnis aufzubauen hilft es manchen Angehörigen, auch die erkrankte Person direkt zu fragen wie es ihr geht. Haben Sie Ihren Mann schon einmal gefragt, wie es ihm geht?

Ich kann Ihr Dilemma sehr gut nachvollziehen. Damit sind Sie nicht alleine, viele Angehörige berichten von Schwierigkeiten im Alltag und davon, die richtige Balance im Einfordern von Dingen, aber auch dem Zugestehen der Erkrankung zu finden. Haben Sie eine Idee was genau Sie an Ihrer Kommunikation und Ihrem Verhalten verändern möchten?

Vielleicht können Ihnen hierbei auch die Videos im Coach helfen.

Es ist toll zu hören, dass Sie die Tipps aus dem Coach schon erfolgreich in Ihrem Alltag anwenden konnten! Wichtig ist aber auch, dass Sie sich nicht die ganze Schuld für entstehende Konflikte aufbürden. Eine Depression führt in vielen Partnerschaften zu Spannungen. Wichtiger als die Frage, wer "Schuld" hat, ist der gemeinsame Beitrag zum Überwinden der Depression. Mit dem Klinikaufenthalt Ihrer Frau und Ihrer Teilnahme am Online-Programm sind Sie auf einem tollen Weg!

Es ist gar nicht selten so, dass Angehörige unter der emotionalen Zurückgezogenheit ihres Partners leiden. Ich finde es sehr nachvollziehbar, dass Sie sich mehr Austausch und Anteilnahme Ihres Partners an Ihren Lebensentscheidungen wünschen.

Mein Tipp: überlegen Sie sich, was Sie sich von Ihrem Partner wünschen, unterteilen Sie Ihre Wünsche in kleine Häppchen und besprechen Sie diese mit Ihrem Partner.

Im Modul „Beziehung stärken“ finden Sie unter „Probleme gemeinsam lösen“ ein paar Anregungen und Hilfestellungen, dass das Gespräch gut verläuft.

Die Situation, die Sie beschreiben, klingt wirklich schwierig und eingefahren. Ich finde es wichtig, dass Sie in so einer schwierigen Situation auch auf sich achten und mit ihrer Familie über Möglichkeiten zur räumlichen Distanzierung nachdenken. Dabei möchte ich auch nochmal betonen, dass es Ihnen aus meiner Sicht zusteht, Kontakt zu Ihrem Vater zu haben, unabhängig davon, was zwischen Ihrem Vater und Ihrer Mutter passiert ist.

Ein Gespräch mit Ihrer Mutter und Ihrem Mann erscheint mir in der Situation dringend notwendig. Im Modul Beziehung stärken finden Sie Tipps, worauf Sie beim Problemlösen achten können:

<https://gddd.de/beziehung-staerken/probleme-gemeinsam-loesen/ueberblick>

Vielleicht helfen Ihnen die Tipps dabei, sich auf das Gespräch mit Ihrer Mutter vorzubereiten.

Da es für mich so klingt, als wären die Telefongespräche mit Ihrem Sohn nicht immer einfach für Sie, möchte ich Sie dazu einladen, das Modul "Beziehung stärken" (<https://gddd.de/beziehung-staerken/>) zu bearbeiten, wo Sie Anregungen für die Kommunikation und wie Sie gemeinsam Probleme lösen könnten. Dass es anstrengend sein kann, sich um sein erwachsenes Kind zu sorgen, kann ich gut nachvollziehen. Sie haben in Ihrer Mail beschrieben, dass Sie Ihre Enttäuschung, Angst oder Ihren Ärger oft

mit in Ihren Tag nehmen - was könnte für Sie hilfreich sein, damit Sie weniger unter den Sorgen um Ihren Sohn zu leiden haben?

Es hat den Anschein, als sei Ihre Kommunikation problematisch und etwas eingefahren. Toll, dass Sie in einer Paartherapie daran arbeiten möchten! Kennen Sie schon unsere Kommunikationsregeln aus dem Coach? <https://gddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/gespraeche-richtig-fuehren>. Für mich klingt es so, als seien sowohl Ihr Mann als auch Sie feindselig in der Kommunikation, was auch beim jeweils anderen wieder Feindseligkeit hervorruft. Ich weiß, es fällt schwer, aber versuchen Sie so oft wie möglich freundlich und zugewandt zu bleiben.

Was das Überengagement angeht, haben Sie es schon gut erkannt: Es geht darum, eine Balance zu finden zwischen Unterstützung und Förderung der Selbstständigkeit. Wenn Sie zu Überengagement neigen, ist für Sie vielleicht auch der Kiesler-Kreis in den Kommunikationstipps interessant? <https://gddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/gespraeche-richtig-fuehren>. Dieser geht in eine ähnliche Richtung. Wenn sich Ihr Partner passiv verhält, werden Sie dazu neigen, immer mehr die Richtung vorzugeben. Das wiederum führt dazu, dass sich Ihr Partner immer passiver verhält. Wie ist das bei Ihnen?

Es klingt, als hätten Sie ein sehr starkes Gefühl, für Ihre Mutter verantwortlich zu sein und dabei über Ihre eigenen Grenzen zu gehen – in dieses Muster passt auch, dass Ihre Mutter Ihre Grenzen zu übertreten scheint, indem sie Sie unterbricht. Einem Teil in Ihnen scheint es sehr schwer zu fallen, sich dann zu wehren, Ihre Mutter z.B. ebenfalls kurz zu unterbrechen und zu den Satz zu sagen, der Ihnen bereits auf der Zunge zu liegen scheint. Was sind Ihre Befürchtungen, wenn Sie sich dagegen wehren, unterbrochen zu werden? Ich kann mir vorstellen, dass der Gedanke in Ihnen Schuldgefühle und die Angst, Ihre Mutter zu verletzen, zu enttäuschen oder sogar Ihre Depression zu verschlimmern, Sie dazu bringt, die Verletzung und Wut wiederholt auszuhalten und in Kauf zu nehmen. Wichtig ist hier, sich damit auseinanderzusetzen, wie realistisch diese Befürchtungen sind? Da dieses Muster in Ihnen schon lange da zu sein scheint, denke ich, dass es wichtig wäre, wenn Sie das im Rahmen einer Psychotherapie für sich aufarbeiten. Was denken Sie darüber?

Es scheint mir, als seien vor allem Ihr Mann, Ihre Söhne, aber auch Sie im Kontakt mit T. in einer ungünstigen Dynamik. Wenn Sie als Familie auf das durch die Depression bedingte Rückzugsverhalten von T. abweisend reagieren, wird auch T. wieder negativ reagieren, wodurch Sie noch seltener den Kontakt suchen und abweisend sind und so weiter. So gelangen Sie in eine Art Negativspirale. Deshalb ist es wichtig (wie Sie gut erkannt haben!), dieses Muster zu durchbrechen und so oft wie möglich freundlich und zugewandt auf T. zuzugehen. Das ist natürlich nicht einfach, wird aber auch T.s Verhalten beeinflussen.

Es gibt aber noch einen zweiten Aspekt der unvoreilhaften Dynamik: Umso mehr Sie die Dinge für T. erledigen (Hund versorgen, kochen, einkaufen, ...), umso passiver verhält er sich. Dabei wünschen Sie sich, dass T. wieder aktiver wird. Dieses Muster ist im Zusammenleben mit einem depressiv Erkrankten sehr typisch. Versuchen Sie deshalb, sich etwas zurückzunehmen, sodass T. kleine Aufgaben noch übernehmen kann (z.B. erstmal 10 Minuten mit dem Hund rausgehen, seine Wäsche selbst in den Schrank einsortieren, ...). Jeder kleine Handgriff kann dazu führen, dass sich T. selbstständiger fühlt und weniger hilflos vorkommt.

Das Zusammenspiel aus aktiven und passiven Rollen in sozialen Situationen sowie abweisendem und zugewandtem Verhalten wird hier am Kiesler-Kreis-Modell genauer erklärt: <https://gddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/ihr-kommunikationsverhalten> Schauen Sie gern nochmal rein! Selbstverständlich ist es nicht einfach, ein solches Muster zu durchbrechen. Vielleicht gibt es aber

Dinge, bei denen Sie sich etwas passiver verhalten können? Das würde einerseits Sie entlasten und gleichzeitig bestenfalls dazu führen, dass Ihr Sohn aktiver werden muss.

Das Rückzugsverhalten, das Sie beschreiben, ist ein ganz typisches Symptom der Depression. Oft leiden auch die Angehörigen darunter, weil sie sich abgewiesen und ratlos fühlen. Wenn Sie sich selbst verletzt dadurch fühlen, dass sich Ihre Partnerin so zurückzieht, kann es helfen, sich in Erinnerung zu rufen, dass das die Depression ist und nicht an Ihrer Partnerin persönlich liegt- auch sie leidet unter dem Rückzug. Wie ist das bei Ihnen? Was lösen solche Situationen bei Ihnen für Gedanken oder Gefühle aus?

Ich möchte Sie ermutigen, trotz Zurückgezogenheit Ihrer Partnerin weiter im Austausch mit ihr zu bleiben. Dabei können Sie zunächst eine unterstützende und entlastende Rolle einnehmen. Auch, wenn sich Ihre Partnerin manchmal abweisend verhält, versuchen Sie trotzdem so oft wie möglich freundlich und zugewandt auf sie zuzugehen.

Die Kommunikation und den Austausch zu meiden, würde bewirken, dass Sie sich beide isolieren und die Verbindung in dieser schweren Zeit abbricht. Das würde keinem von Ihnen gut tun. Verlieren Sie nicht die Zuversicht, bleiben Sie im Kontakt, es wird mit Abklingen der Depression auch wieder besser werden!

3.5. Angehöriger ist genervt und wütend

Ihre Wut ist ein ganz normales und verständliches Gefühl angesichts Ihrer eigenen Belastung! Und es muss hart sein, wenn Sie die Depression schon länger hatten sehen kommen als Ihr Partner. Vielen Menschen fällt es so wie offensichtlich auch Ihrem Partner schwer, sich eine Depression einzugestehen. Vielleicht hat er es so gut gemacht wie er konnte? Der Gedanke könnte helfen.

Ein anderer Weg, auch Ihren Gefühlen und Ihrer Belastung Raum zu geben, sind die Übungen zum Selbstmitgefühl: <https://qddd.de/selbstfuersorge/selbstmitgefuehl/was-bedeutet-selbstmitgefuehl> Wichtig finde ich, dass Sie wütend sein dürfen, ohne mit Ihrem Mann wütend umgehen zu müssen.

Ich finde es durchaus nachvollziehbar, dass Sie in einer solchen Situation, wie Sie sie beschreiben, auch wütend und traurig werden. Genauso wie Sie sich bemühen, auf Ihren Freund einzugehen, ist es ebenso wichtig, dass auch Sie sich Gefühle und Bedürfnisse zugestehen.

Haben Sie schon im Modul Selbstfürsorge (<https://qddd.de/selbstfuersorge>) in die Kapitel Selbstmitgefühl und Achtsamkeit geschaut? Ich könnte mir vorstellen, dass Ihnen das an dieser Stelle weiterhilft.

Ich schicke Ihnen fürs Wochenende einen Tipp, wie Sie die Anstrengung durch Ihren Angehörigen vielleicht besser einordnen können: "Depression als Krankheit sehen":

<https://qddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/depression-als-krankheit-sehen>

Und die folgenden Unterkapitel, besonders auch "Die richtige Balance finden".

Alles Gute!

3.6. Angehörigen in Therapie miteinbeziehen

Zu Ihrer Frage: es ist auf jeden Fall empfehlenswert Angehörige in die Therapie miteinzubeziehen. Hier können Sie sehen, was Frau Prof. Schramm dazu sagt: <https://qddd.de/was-muss-ich-wissen/depressionen-behandeln/behandlungsarten>.

Ich empfehle Ihnen daher, Ihren Partner zu bitten zu einer Stunde mitgehen zu können. Dem Therapeuten können Sie alle Fragen stellen, die Sie haben. Auch die Frage nach der Arbeitssuche können Sie in diesem Rahmen stellen, ob es dafür noch zu früh ist, oder wie Sie Ihren Partner unterstützen können.

Vielleicht können Sie mal bei der Therapie Ihres Mannes mitgehen (natürlich mit seinem Einverständnis). Manche Therapeuten bieten Angehörigengespräche an.

Mit der Therapeutin Ihres Mannes über diese Gefühle zu sprechen klingt nach einer guten Idee, besonders wenn sie mit ihr unter vier Augen sprechen können.

Ich kann mir vorstellen, dass es eine schwierige Situation ist, wenn Sie und Ihre Familie unzufrieden mit dem Therapeuten sind. Tatsächlich klingen einige Strategien, die Sie erwähnten, etwas ungewöhnlich. Vielleicht gibt es ja die Möglichkeit, dass Sie mal zu einem Gespräch bei seinem Therapeuten mitgehen? Es ist oft sehr sinnvoll Angehörige mit in den Therapie einzubeziehen, so können Sie nochmal gemeinsam klären, ob die Strategien wirklich so vom Therapeuten gemeint waren, und auch direkt Ihren Eindruck schildern.

*Oft besteht im Rahmen einer Therapie auch die Möglichkeit ein Gespräch zu dritt (Sie, Ihr Mann und der*die Therapeut*in) durchzuführen. Ein solches Gespräch ist oft für alle Seiten hilfreich, denn Sie können Fragen oder Anliegen gemeinsam besprechen und der*die Therapeut*in bekommt einen besseren Eindruck von der Gesamtsituation und kann die Therapie ggf. besser planen. In einem solchen Gespräch könnten z.B. auch besprochen werden, in welchen Situationen Sie sich verletzt fühlen und wie Sie gemeinsam eine Lösung finden können.*

Manche Kliniken bieten auch Angehörigengespräche an, die dann- wenn alle Beteiligten zustimmen- mit den Betroffenen und den Angehörigen gemeinsam durchgeführt werden. Dort könnten Sie ebenfalls Fragen klären und Unsicherheiten beseitigen. Vielleicht wäre das auch etwas für Sie?

3.7. Mehr Rücksichtnahme als erwünscht

Für mich klingt es so, als wären Sie in einem inneren Zwiespalt zwischen Rücksichtnahme und dem Vertreten Ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse. Probieren Sie gerne aus, Ihrer Freundin zu sagen, wie SIE sich fühlen und was SIE sich wünschen. Das können Sie in kleinen Schritten üben, z.B. einen Wunsch für das Abendessen oder einen gemeinsamen Film zu äußern, Ihrer Freundin nach der Arbeit zu erzählen, wie Sie sich nach einem anstrengenden Tag fühlen.

Niemand kann sich immer perfekt verhalten und Ihre Bedürfnisse sind genauso wichtig, wie die Ihres Partners. Da Sie im Moment gerade wahrscheinlich ein wenig besser dastehen, als Ihr Partner, fühlt es sich sicherlich so an, als läge mehr Verantwortung auf Ihren Schultern. Ich möchte Sie sehr ermutigen, sich immer wieder zurückzunehmen und sich ganz bewusst aus der Verantwortung zu nehmen. Ich finde es sehr besorgniserregend, dass Sie die vergangenen vier Wochen krank waren. Ich hoffe, Sie kommen schnell wieder auf die Beine und können diese Pause nutzen um mit ein wenig Abstand Ihre aktuelle Situation zu überschauen.

4. Den depressiven Angehörigen betreffend

4.1. Suizidbefürchtungen

ACHTUNG: Bei Suizidalität jeder Form immer an Studienleitung wenden und Supportnachrichten individuell besprechen

4.2. Hoffnungslosigkeit

Die bei Ihrem Sohn geschilderten Symptome wie Hoffnungslosigkeit, depressives Morgentief oder Freudlosigkeit kommen in depressiven Episoden leider häufig vor. Sie machen den Weg aus der Depression für alle Beteiligten so beschwerlich. Umso wichtiger sind die von Ihnen beschriebenen kleinen Lichtblicke, die im Verlauf hoffentlich zunehmend häufiger auftreten. Es freut mich sehr, dass es Ihnen nun wieder ein bisschen besser geht. Vielleicht können Sie Ihren Urlaub und das gute Wetter auch dazu nutzen, sich selbst etwas Gutes zu tun (ganz im Sinne des Moduls „Selbstfürsorge“)?

Zur Depression Ihres Mannes: nicht nur darum herum kann es hoffentlich besser werden, auch die Depression sollte in aller Regel (und besonders mit therapeutischer Hilfe) besser werden und irgendwann auch vorbei sein! Und dass Sie lernen, besser für sich selbst zu sorgen und anders mit Ihrem Mann zu sprechen trägt beides auch dazu bei, dass die Depression sich bessern kann!

Machen Sie sich bewusst, dass sich eine Depression beinahe nie linear bessert, sondern der Heilungsprozess bei einer Depressionsbehandlung fast immer wellenförmig verläuft. D.h. auch wenn Ihre Mutter auf einem guten Weg ist, wird es auch immer wieder schlechte Tage geben.

4.3. Partner motivieren

Toll, dass Sie Einsatz zeigen und versuchen, Ihre Partnerin zu motivieren, auch wenn es schwerfällt! Diese Energie- oder Kraftlosigkeit Ihrer Partnerin, die Sie beschreiben, ist ganz typisch bei einer Depression. Vielleicht haben Sie in dem Modul "Depression und Alltag" auch schon das Kapitel 2: "Antriebslosigkeit" angeschaut. Dort werden Strategien besprochen, die in Ihrer Situation gut passen könnten.

4.4. Angst vor Rückfällen

Ich verstehe gut, dass Sie hoffen, dass die Stimmung hält. Meine Erfahrung zeigt, dass es immer mal einen Rückschlag gibt. Mein Tipp für Sie ist daher, dass Sie sich darauf vorbereiten, dass es mal einen Rückfall gibt und Sie sich davon nicht entmutigen lassen. Vielleicht haben Sie in den bearbeiteten Kapiteln schon eine Anregung gefunden, wie Sie mit Rückschlägen umgehen können?

4.5. Aggression

Zu Ihrer Frage wegen aggressiven Verhaltens: es ist gut, dass Sie sich umgehend aus der Situation entfernen, wenn es Ihnen zu viel wird. Natürlich müssen Sie sich und Ihr Baby vor den Wutausbrüchen schützen.

Impulskontrollverluste kommen bei Männern mit Depressionen häufig vor. Machen Sie Ihrem Mann klar, dass Sie das nicht akzeptieren und er entweder eine antidepressive Medikation einnehmen soll, die auch auf diese Impulskontrollverluste Einfluss nimmt oder Sie beide zu einer Paar-Beratung bei der Caritas, Diakonie, ProFamilia etc. aufzusuchen. Die Selbstmedikation mit Cannabis der vom Psychiater vorgeschlagenen Medikation vorzuziehen, finde ich auch kritisch. Sprechen Sie diese Themen bei dem gemeinsamen Therapiegespräch unbedingt an.

In einer ruhigen Minute können Sie Ihrem Mann klar machen, dass er mit der Depression eine „Krankenrolle“ innehat. Diese beinhaltet, dass er gerade der Unterstützung bedarf und nicht viele andere Aufgaben hat, als dafür zu sorgen, dass es ihm bald besser geht. Dafür bekommt er Psychotherapie und Unterstützung durch Sie und durch seine Mutter. Dazu gehört aber auch, dass er alles tut, was ihm helfen könnte, z.B. Medikation einzunehmen, wenn der Arzt diese empfiehlt.

Was Sie berichten, berührt und erschreckt mich – üble Beschimpfungen sollte niemand ertragen müssen, in einer Partnerschaft schon gar nicht. Ihre Wut und Verzweiflung über das Verhalten Ihres Partners kann ich gut verstehen.

Reizbares und aggressives Verhalten kann bei depressiv erkrankten Menschen manchmal vorkommen und für Angehörige kaum erträglich. Es ist wichtig, dass Sie sich umgehend aus der Situation entfernen, wenn es Ihnen zu viel wird. Natürlich müssen Sie sich und Ihren Sohn vor Wutausbrüchen schützen. Auch das Ignorieren, von dem Sie erzählen, kann sehr verletzend sein und gemeinsame Gespräche äußerst erschweren.

Haben Sie die Möglichkeit, sich mit Ihrem Sohn eine Auszeit zu nehmen, z.B. Ihre Eltern oder gute Freunde zu besuchen, sodass Sie außer Reichweite der Beschimpfungen sind und sich in Ruhe überlegen können, wie Sie mit der Situation umgehen möchten?

Ich verstehe auch Ihren Ärger darüber, dass die Therapie Ihres Mannes bisher nicht dazu geführt hat, dass das extreme Verhalten Ihnen gegenüber aufgehört hat. Viele Psychotherapeut/innen bieten Gespräche für Angehörige an – wäre es für Sie vorstellbar, Ihren Partner zu einer oder mehreren Sitzungen zu begleiten? Ich möchte Sie dazu ermutigen, damit der Therapeut / die Therapeutin Ihre Sicht der Dinge hört und in der Behandlung darauf eingehen kann. Ihr Partner müsste hierbei sein Einverständnis geben, doch Sie dürfen ihm gegenüber nachdrücklich sagen, dass der momentane Zustand für Sie nicht tragbar ist. Falls Sie lieber eine andere, vermittelnde Person hinzuzuziehen möchten, können Sie sich auch an Ihren eigenen Hausarzt / Hausärztin wenden oder eine Beratungsstelle (Paar- oder Familienberatung) aufsuchen wie die Caritas, Diakonie, pro familia, aber auch viele städtische und andere Träger - oft kostenfrei.

Es tut mir sehr leid zu hören, dass es gerade heute mit Ihrem Partner so schwierig ist. Verbale Verletzungen und Ausfälligkeiten sollte niemand ertragen müssen, in einer Partnerschaft schon gar nicht. Ich kann gut verstehen, wenn das Verhalten Ihres Partners Sie wütend und verzweifelt macht. Gerade bei Männern mit Depression sind Reizbarkeit und Impulskontrollverluste leider keine Seltenheit und für Angehörige kaum erträglich. Im Onlineprogramm gibt es speziell dazu ein Kapitel: <https://gddd.de/depression-und-alltag/erhoehte-reizbarkeit/ueberblick-und-problemfilm>. Vielleicht hilft es Ihnen, die Veränderungen Ihres Partners besser einordnen zu können- auch wenn es verbale Angriffe natürlich keinesfalls rechtfertigt. Wenn die Situation eskaliert, sodass Ihr Partner abwertend wird und ein Gespräch in diesem Moment nicht mehr möglich ist, bleibt Ihnen nichts anderes übrig, als sich der Situation zu entziehen. Vielleicht können Sie dann das Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen oder die Situation noch einmal nachbesprechen. In jedem Fall sollten Sie Ihrem Partner klar machen, dass es nicht in Ordnung ist, Sie so zu behandeln. Gibt es jemanden, der Sie in so einer Situation unterstützen kann, z.B. eine gute Freundin, die Sie anrufen können?

Ist Ihr Partner in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

Ich wünsche Ihnen gutes Durchhalten für den heutigen Tag. Schauen Sie gern trotz allem, was Sie sich heute noch Gutes tun können.

4.6. Umgang mit Schuldgefühlen der depressiv erkrankten Person

Eine Depression kann für eine Beziehung eine harte Belastungsprobe darstellen. Die Befürchtungen Ihres Freundes, die Sie schildern, nicht gut genug drauf zu sein und Sie womöglich zu enttäuschen, können auch typische Gedankenmuster bei einer Depression sein: Die Betroffenen fühlen sich oft schuldig. Versuchen Sie sich vor Augen zu führen, dass es an der Depression liegen kann und diese Symptome mit dem Rückgang der Depression auch wieder bessern werden.

4.7. Schwierigkeiten, depressive Symptome nachzuvollziehen

Ich kann gut nachvollziehen, dass es Ihnen schwer fällt Verständnis in dieser Situation aufzubringen. Leider ist genau das die Depression.

Vielleicht hilft es Ihnen, wenn Sie sich immer wieder sagen, dass genau diese Antriebslosigkeit ein Symptom der Depression ist und nicht ihr Partner als Person? Im Kapitel "Depression und Alltag" gibt es hierzu auch einen Problem- und Lösungsfilm, den Sie sicherlich schon gesehen haben.

(Link: <https://qddd.de/depression-und-alltag/antriebslosigkeit/ueberblick-und-problemfilm>)

Schaffen Sie es auch immer wieder freundlich und dennoch bestimmt zu bleiben? Setzen Sie sich hierbei nicht allzu unter Druck. Es ist normal, dass es nicht immer klappt. Wenn Sie das oft üben, klappt es aber vielleicht immer öfter?

Ich kann mir vorstellen, dass die Situation mit Ihrem Vater momentan sehr schwierig ist. Das was Sie beschreiben sind sehr typische Symptome im Rahmen einer Depression. Insbesondere die erhöhte Reizbarkeit ist für Angehörige oft schwer zu ertragen. Im Onlineprogramm gibt es speziell dazu ein Kapitel: <https://qddd.de/depression-und-alltag/erhoehte-reizbarkeit/ueberblick-und-problemfilm>. Vielleicht hilft es Ihnen, die Veränderungen Ihres Vaters besser einordnen zu können.

Im Rahmen einer Depression zeigen viele Betroffene reizbares und ablehnendes Verhalten. Die fehlende Krankheitseinsicht kann leider dazu führen, dass die Betroffenen Ärzte, Therapeuten und alles Medizinische vermeiden, um sich nicht mit der eigenen Erkrankung auseinandersetzen zu müssen. Ich gehe davon aus, dass Sie und Ihre Mutter bereits versucht haben, den Fokus der Aufmerksamkeit Ihres Vaters einmal auf IHRE Belastung zu lenken bzw. ihm eindringlich klar machen, was seine Verweigerung für Sie beide bedeutet. Haben Sie ihn schon mal mit Nachdruck darum gebeten, dass er sich Ihnen zuliebe (und nicht unbedingt sich selbst zuliebe) behandeln lässt?

Wenn er weiterhin jede Hilfe verweigert, bleibt Ihnen nur übrig, das "radikal zu akzeptieren" (nur bei Selbst- oder Fremdgefährdung können Sie die Polizei einschalten und ihn zunächst auch gegen seinen Willen in eine Klinik einliefern). Hadern Sie möglichst nicht mehr damit. Es ist wichtig, dass Sie sich aus der Situation entfernen, wenn es Ihnen zu viel wird – gut, dass auch Ihre Mutter sich weiterhin Freiräume bewahrt. Sie könnten sich auch an das Info-Telefon der deutschen Depressionshilfe (0800 / 33 44 533) wenden und sich dort über mögliche Anlaufstellen, z.B. zu Ihrer rechtlichen Situation als Angehörige, in Ihrer Region informieren.

Es klingt, als könnten Sie Ihren Sohn momentan nicht so recht einschätzen, da die Depression sich vor allem bei Pflichten zu "zeigt" und am Wochenende alles gut zu sein scheint? Depressionen können verschiedene Lebensbereiche unterschiedlich stark betreffen. Oft hängt das auch zusammen, wo eine Person Erfolgserlebnisse hat und vorübergehend eine Besserung der Krankheitssymptome spürt. Wochenendaktivitäten sind für viele Menschen eine Flucht aus dem „trüben“ Alltag – schwierig wird es dann, wenn die Alltagsaufgaben nur noch mit schlechten Gefühlen verknüpft sind. Was führt dazu, dass es ihm an freien Tagen besser geht? Wie kann er auch unter der Woche und bei Aufgaben positive Momente und kleine Erfolge erleben? Ich möchte Sie ermutigen, mit Ihrem Sohn ins Gespräch zu

gehen und auch anzusprechen, was Sie sich von ihm wünschen. Für die „Down“-Situationen bezüglich Schule und Alltag können vielleicht die zwei Filme im Kapitel „Vorwürfe vermeiden“ (<https://gddd.de/beziehung-staerken/vorwuerte-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm>) ein paar Anregungen für ein Gespräch geben.

4.8. Partner in Behandlung / im Krankenhaus

Ich bin erleichtert zu hören, dass es bezüglich der Gesundheit Ihres Mannes eine Entwarnung gab. Dass er in die Notaufnahme musste, klingt belastend. Wie kommen Sie damit zurecht?

Es tut mir leid zu hören, dass es Ihrem Mann wieder schlechter geht und Sie ihn gerade nicht besuchen können. Wie fühlen Sie sich?

Sie schreiben, dass das Besuchsverbot einerseits "schmerzt", andererseits aber auch "entlastet". Ich finde es bemerkenswert, dass Sie auch das Positive in der schwierigen Situation sehen können und Stärke daraus schöpfen. Möchten Sie mir mehr darüber erzählen, wie Entlastung für Sie aussieht? Haben Sie im Abschnitt "Selbstfürsorge" schon das Kapitel 4 "Erholung" entdeckt? Ich kann mir vorstellen, dass Sie mithilfe der "Wohlfühlliste" viele schöne Ideen sammeln können, wie Sie die Zeit bis zur Rückkehr Ihres Mannes für sich gestalten können. Probieren Sie es mal aus! Schreiben Sie mir gerne, welche Erfahrungen Sie machen und wie es Ihnen weiterhin mit der Erkrankung Ihres Mannes geht.

Schön, dass Sie Ihren Mann im Krankenhaus besuchen konnten. Ich höre aber heraus, dass es dieser Besuch für Sie nicht einfach war? Wie geht es Ihnen gerade?

Ich bin stolz auf Sie, dass Sie in dieser belastenden Situation etwas Schönes für sich getan haben! Es freut mich sehr, dass Aktivitäten X und Y Ihnen geholfen hat. Ich bin gespannt, von Ihren Erfahrungen mit dem Kapitel Erholung zu hören.

Ich lese heraus, dass Sie von Unsicherheiten belastet sind, wie es mit der Behandlung Ihres Mannes weiter geht.

Ich kann mir gut vorstellen, dass der Klinikaufenthalt Ihres Freundes auch für Sie eine große Veränderung Ihres Alltags bedeutet und dass seine Abwesenheit eine Lücke hinterlässt. Oft sind Angehörige durch eine Depression auch belastet, z.B. weil sie mehr Aufgaben im Haushalt übernehmen oder weil es schwierig ist, mit den negativen Emotionen des Erkrankten umzugehen. In so einem Fall kann ein Klinikaufenthalt für die Angehörigen auch eine Entlastung darstellen. Es kann eine Chance sein, den Fokus auf das eigene Wohlbefinden zu richten und gut auf seine Bedürfnisse zu achten. Wie ist das bei Ihnen, können Sie sich im Moment eine Auszeit gönnen?

Dass Sie der Abwesenheit Ihres Partners mit gemischten Gefühlen entgegenstehen, ist verständlich. Es freut mich aber zu hören, dass er offenbar von dem Reha-Aufenthalt profitiert! Vielleicht können Sie für sich trotzdem etwas Positives aus seiner Abwesenheit ziehen: Es könnte eine gute Gelegenheit sein, dass Sie mal richtig auf sich selbst achten. Was tut Ihnen gut? Im Bereich Selbstfürsorge im Coach finden Sie dafür auch noch Anregungen. <https://gddd.de/selbstfuersorge>

Einige Kliniken bieten Angehörigengespräche an. Falls Ihr Partner auch einverstanden ist, kann es sich lohnen, da mal nachzufragen! Was würden Sie sich von dem Angehörigengespräch wünschen? Welche Sorgen haben Sie in Bezug auf die Zeit nach der Klinik? Ich kann verstehen, dass es Ihnen so

vorkommt, als habe sich eine Distanz zwischen Ihnen eingeschlichen. Oft kommt der Alltag nach dem Klinikaufenthalt jedoch schneller wieder als gedacht, so können auch Sie beide sich wieder aneinander gewöhnen!

4.9. Umgang mit Symptomverschlechterung / medikamentöser Einstellung (während Behandlung)

Es stimmt, dass durch die Auseinandersetzung mit schwierigen Themen manchmal auch eine kurzzeitige Verschlimmerung der Symptomatik eintreten kann, bevor es besser wird. Auch die Einstellung der Medikamente braucht etwas Zeit. Haben Sie noch etwas Geduld!

Grundsätzlich ist Mirtazapin ein bewährtes Medikament, das vielen erkrankten Menschen hilft, aber natürlich nicht allen. In einer Ihrer früheren Nachrichten haben Sie geschrieben, dass die therapeutische Behandlung Ihres Mannes gerade erst beginnt – daher möchte ich Ihnen Mut machen, Geduld und Vertrauen in die kleinen Schritte in Richtung Besserung zu haben. Im Modul „Was muss ich wissen?“ finden Sie unten auf der Seite zu den Behandlungsarten (<https://qddd.de/was-muss-ich-wissen/depressionen-behandeln/behandlungsarten>) mehr Infos zu Medikamenten, um die Veränderungen auch zeitlich einzuordnen. Gehen Sie da am besten auch mit Ihrem Mann ins Gespräch - wenn er den Eindruck hat, die Medikation würde ihm nicht helfen, ist ein Gespräch mit den behandelnden Ärzten der nächste Schritt.

Wenn Sie nach weiteren Informationen zu Behandlung und Medikamenten suchen, möchte ich Ihnen eine weitere Quelle empfehlen: Die Seite unseres Partners Stiftung Deutsche Depressionshilfe <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/behandlung/medikamentose-behandlung>

4.10. Empfehlung ambulante (Nach-)Behandlung

Hat Ihr Freund eine Psychotherapie für die Zeit nach der Klinik? Oft kann es sinnvoll sein, die Behandlung ambulant fortzusetzen. Meist bringt ein mehrwöchiger Klinikaufenthalt zwar eine Symptomverbesserung, aber für eine weitere Stabilisierung und Vorbeugung von Rückfällen kann es von Vorteil sein, weiterhin Psychotherapie in Anspruch zu nehmen.

- Unter der Nummer 116117 werden Ihnen zeitnah Termine in Ihrer Region vermittelt. Die Terminvergabe ist sogar verpflichtet Ihnen innerhalb von 2 Wochen einen Termin für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten zu organisieren.

- Ansonsten sind Psychotherapeutische Ausbildungsambulanzen oft eine sehr gute Anlaufstelle. Dort erhalten Patienten oft deutlich schneller einen Therapieplatz und die Qualität der Psychotherapie ist durch ständig Supervision sehr gut. Vielleicht gibt es eine solche Ambulanz auch in Ihrer Region.

4.11. Behandlungsbedürftigkeit Mensch mit Depression

So wie Sie Ihre Mutter beschreiben, klingt es für mich schon nach einer starken Depression, die nun ja auch schon einige Jahre anhält. In solchen Fällen ist es empfehlenswert, Ihre Mutter bei einem Arzt oder Therapeuten vorzustellen und ggf. Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen. Weitere Informationen dazu finden Sie auch im Modul "Was muss ich wissen?" <https://qddd.de/was-muss-ich-wissen/depressionen-behandeln/behandlungsarten>

Ich nehme mal an, dass sich Ihre Mutter wegen der Depression aktuell nicht in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befindet und das auch ablehnt? Gibt es denn eine Person, die momentan noch einen guten Zugang zu Ihrer Mutter hat? z.B. andere Familienmitglieder, Freunde oder auch der Hausarzt?

Ich kann gut verstehen, dass Sie unter dem emotionalen Rückzug Ihrer Frau und Ihrer Schwierigkeit, positive Gefühle zu empfinden, leiden. Super, dass Sie Ihre Frau so unterstützen und daran etwas ändern möchten! Legen Sie sich aber nicht ganze Last für Ihre Genesung auf die Schultern. Der emotionale Rückzug ist ein Symptom der Depression. Unterstützung von Ihnen ist wichtig und wertvoll, aber für die Behandlung bedarf es auch professioneller Hilfe. Nimmt Ihre Frau Medikamente oder bekommt sie eine Psychotherapie?

4.12. Wartezeit vor Behandlungsbeginn

Es stimmt, dass es nicht einfach ist, einen ambulanten Therapieplatz zu bekommen, oft sind die Wartezeiten lang. Es ist gut, dass Ihre Tochter erst einmal einen stationären Klinikaufenthalt plant, um in der akuten Phase Unterstützung zu bekommen. Eventuell kann im Anschluss eine ambulante Therapie trotzdem hilfreich sein.

Ich kann gut verstehen, dass Ihnen die Wartezeit zäh und endlos vorkommt. Sie können dennoch trotzdem versuchen, etwas zu tun: Planen Sie zum Beispiel angenehme Aktivitäten zusammen mit Ihrer Tochter. Das können Ausflüge sein, ein Filmabend oder auch ein Spaziergang. Unternehmen Sie so viel, wie es Ihnen und xxx gut tut! Falls Sie Anregungen dafür suchen, können Sie auch im Coach in das Modul "Beziehung stärken" schauen: <https://qddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/ueberblick>

4.13. Empfehlung / Informationen zur stationären Behandlung

Sind Sie bzw. ist Ihre Tochter privat oder gesetzlich versichert? In der Regel werden stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Ist es eine Reha oder eine allgemeine Akutpsychiatrie? Wenn Ihre Tochter akut Hilfe benötigt, könnte Sie sich auch direkt stationär in einer Klinik aufnehmen lassen. Oft kann man sich dann allerdings nicht aussuchen, in welches Krankenhaus man kommt.

Die Dauer eines stationären Aufenthalts ist sehr unterschiedlich, je nachdem, wie die Behandlung verläuft – von ein paar Wochen über viele Monate ist alles dabei. Daher möchte ich Ihnen dazu raten, mit Ihrem Vater im Gespräch zu bleiben, da seine behandelnden Ärzte ihm die Aussichten mitteilen sollten. Auch drücke ich Ihnen die Daumen, dass es noch klappt mit einem Angehörigengespräch.

4.14. Depressiver zeigt keine Krankheitseinsicht / keine Akzeptanz der Diagnose

Es kommt oft vor, dass depressiv erkrankte Menschen Schwierigkeiten haben, die Diagnose zu akzeptieren – das kann zum Beispiel mit Ängsten vor der Reaktion anderer zu tun haben und davor, welche Konsequenzen die Depression auf Zukunftspläne hat. Körperliche Erkrankungen werden in unserer Gesellschaft leider nach wie vor besser akzeptiert als psychische Erkrankungen. Was halten Sie von der

Idee, mit Ihrem Freund darüber ins Gespräch zu gehen, was seine Befürchtungen bezüglich der Depressionsdiagnose sind? Auf der anderen Seite erschwert es die Behandlung Ihres Partners, wenn er seine Depression nicht wahrhaben möchte. Sie schreiben, dass Ihr Partner Medikamente bekommt, aber ich frage zur Sicherheit nach: Ist Ihr Partner in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Die Akzeptanz der Krankheit ist oft ein längerer Prozess, bei dem die Angst vor der „Abwertung“ durch andere Personen mit möglichen Vorteilen, die die Krankheitseinsicht mit sich bringt, abgewogen wird. Es ist schwierig, wenn die Diagnose Depression einer Person ausschließlich Nachteile zu bringen scheint – welche positiven Seiten kann diese Akzeptanz für Ihren Partner haben? Für manche Personen ist es letztendlich eine Erleichterung, Klarheit zu haben und sich voll und ganz auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen. Bei Ihrem Partner kann ich mir vorstellen, dass die Suche nach einer körperlichen Ursache und die vielen Arzttermine auch für ihn anstrengend sind und dass es ein Vorteil wäre, wenn diese wegfallen? Dass Sie die konkrete Vereinbarung, keine neuen Ärzte aufzusuchen, getroffen haben, haben Sie genau richtig gemacht – das ist bereits ein großer Schritt, um aus dieser „Endlosschleife“ auszusteigen. Ich verstehe Sie so, dass Sie Ihren Partner zu den Arztterminen begleiten, da sie „wir“ geschrieben haben? Wenn das für Sie zu viel ist, sind Sie nicht in der Pflicht, ihn zu begleiten. Was halten Sie davon, Ihrem Partner ruhig zu sagen, dass diese vielen Termine für Sie stressig sind und Sie diese Zeit für sich selbst und andere Dinge brauchen? Womit würden Sie diese Zeit lieber verbringen? Mehr Tipps dazu finden Sie im Kapitel „Alltag erleichtern“ (<https://qddd.de/selbstfuersorge/alltag-erleichtern/meine-woche>).

4.15. Depressiver lehnt Behandlung ab

Im Rahmen einer Depression zeigen viele Betroffene reizbares und ablehnendes Verhalten. Die fehlende Krankheitseinsicht kann leider dazu führen, dass die Betroffenen Ärzte, Therapeuten und alles Medizinische vermeiden, um sich nicht mit der eigenen Erkrankung auseinandersetzen zu müssen. Ich gehe davon aus, dass Sie und Ihre Mutter bereits versucht haben, den Fokus der Aufmerksamkeit Ihres Vaters einmal auf IHRE Belastung zu lenken bzw. ihm eindringlich klar machen, was seine Verweigerung für Sie beide bedeutet. Haben Sie ihn schon mal mit Nachdruck darum gebeten, dass er sich Ihnen zuliebe (und nicht unbedingt sich selbst zuliebe) behandeln lässt?

Dass depressiv Erkrankte zu hoffnungslos sind, um eine Behandlung anzunehmen, ist leider recht häufig. Vielleicht können Sie ihm klarmachen, dass er auch Ihnen und den Kindern zuliebe diesen Versuch machen sollte? Ich finde da die Idee der Krankenrolle sehr hilfreich, wo Ihr Partner im Gegenzug für die Entlastung, die er bekommt, unter anderen Mitarbeit bei der Behandlung "schuldet": <https://qddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/krankenrolle-zugestehen>

*Evtl. lohnt es sich auch, noch andere Behandlungsmöglichkeiten zu versuchen - ggf. sowohl eine psychiatrische Behandlung (Medikamente), als auch Psychotherapie, und sowohl Medikamente als auch ein*e Therapeut*in müssen auch persönlich passen, und wenn es nicht passt, lohnt sich ein Wechsel.*

Und wenn seine unbehandelte Depression Ihnen die Perspektive raubt und auch die Partnerschaft bedroht, dürfen Sie ihm das auch sagen (idealerweise ruhig und in einem passenden Moment).

Ich kann verstehen, wieso Sie sich über die fehlende Bereitschaft Ihrer Freundin Medikamente zu nehmen ärgern. Von außen ist es oft schwer zu verstehen, warum man bei einer Depression manchmal

scheinbar nicht nachvollziehbar handelt. Wie Sie richtig vermuten, sind diese Zögerlichkeit, Unsicherheit und das damit verbundene Zweifeln ein häufiges Merkmal von depressiven Erkrankungen. Als Angehörige ist es hierbei wichtig, zwischen der Person und der Erkrankung zu trennen und Vorwürfe und Überengagement zu vermeiden. Haben Sie bereits die Kapitel 3-5 des "Beziehung stärken"-Moduls bearbeitet? Dort finden Sie einige Strategien und Tipps, um die Beziehung trotz dieser Schwierigkeiten zu gestalten und Probleme gemeinsam zu lösen: <https://qddd.de/beziehung-staerken/ueberengagement-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm>

4.16. Schwierigkeiten mit der Medikamenteneinnahme / Ablehnung von Medikamenten

Ich kann mir vorstellen, dass die Situation mit Ihrem Vater momentan sehr schwierig ist und Sie sich Sorgen machen. Von Ihrer Beschreibung her habe ich den Eindruck, dass Ihr Vater sich um mögliche Nebenwirkungen sorgt oder aufgrund seiner Erkrankung gerade keine Hoffnung hat, dass das Medikament ihm helfen könnte. Es ist wichtig, dass depressiv erkrankte Menschen solche Bedenken mit dem behandelnden Arzt besprechen können. Wer hat Ihrem Vater die Medikation verschrieben? Parallel zu einer Medikation sollte eine Psychotherapie oder regelmäßige Gespräche mit einem Psychiater stattfinden, damit eine Fachkraft die Wirkung der Medikation im Auge behält. Fällt im Rahmen der Behandlung auf, dass die Medikation nicht zu wirken scheint, wird dann gemeinsam eine Anpassung der Medikation oder auch ein Klinikaufenthalt besprochen. Ist Ihr Vater momentan in Behandlung? Wenn nicht, dann wäre der Hausarzt hier ein erster Ansprechpartner, den Sie auch gemeinsam mit Ihrem Vater aufsuchen können.

4.17. Alkoholproblem des depressiven Angehörigen

Wie sehr steht denn das Alkoholproblem für Sie im Vordergrund? Könnten Sie sich mit Ihrem Mann an Ihren Hausarzt oder an eine Beratungsstelle wenden?

Es geht darum, wie Sie sich, Ihr Kind und Ihren Hund vor den Angriffen und der Negativität Ihres Partners schützen können.

Den Alkoholkonsum Ihres Partners sollten Sie (in Absprache mit ihm) dem Therapeuten Ihres Mannes mitteilen. Ich empfehle Ihnen, dass Sie darauf bestehen, zu einer Therapiesitzung mitzukommen, wo Aufarbeitung der Belastungen aus der Vergangenheit, das Alkoholproblem sowie die verbalen Angriffe thematisiert werden.

Es ist sehr verständlich, dass Ihnen das alles, was passiert ist, noch sehr nachgeht. Auch wenn es sich manchmal egoistisch anfühlt, ist es wichtig, dass Sie auch auf sich selbst achtgeben. Jeder hat ein gewisses Maß an Eigenverantwortung zu tragen, was auf Dauer nicht von anderen übernommen werden kann, da dies einfach zu belastend ist.

5. Online-Programm/ Coach betreffend

5.1. Fragebögen

Um den Zwischenfragebogen machen Sie sich bitte keine Gedanken, füllen Sie es einfach so aus, wie es Ihrer derzeitigen Situation entspricht.

Die Fragebögen sind natürlich eine Momentaufnahme und spiegeln Ihr Erleben in dem Moment des Ausfüllens wider. Es kann aber eine interessante Übung sein, sich die Eingaben nochmal anzuschauen und zu reflektieren, ob sich etwas verändert hat.

Ich kann mir vorstellen, dass einige Fragen in Ihrer Situationen schwierig zu beantworten sind. Versuchen Sie dann einfach so zu antworten, wie es noch am ehesten zutrifft.

5.2. Prozent bearbeitet

Eine Seite wird nur als bearbeitet gezählt, wenn man unten rechts auf den blauen "Weiter" Knopf drückt, was aber nicht immer intuitiv ist (wenn man zu Ende gelesen hat, wählt man oft auch über das Menü eine neue Seite aus).

In diesem Menü können Sie auch sehen, welche Seiten das Programm als bearbeitet zählt: die Unterpunkte haben dann ein Häkchen.

Aber machen Sie sich mit den Prozenten bzw. Häkchen bitte nicht verrückt! Das Programm ist modular aufgebaut, das heißt die meisten Inhalte stehen für sich. Und es ist durchaus vorgesehen, dass nicht alles für Ihre Situation relevant ist. Die 100% sind also nicht das wichtigste Ziel!

Wenn Sie für Ihr Gefühl alles gesehen haben, würde ich eher anregen, dass Sie überlegen ob Sie etwas nochmal auffrischen oder vertiefen wollen (evtl. z. B. mit dem Support-Psychologen darüber schreiben, wie Sie etwas am besten in Ihren Alltag umsetzen können).

5.3. Empfehlung einzelner Module im Coach

Schauen Sie gerne noch in das Modul "Was muss ich wissen" (<https://gddd.de/was-muss-ich-wissen>), dort finden Sie in den Kapiteln 3-6 Informationen zur Behandlung von Depressionen und wo Sie selbst weitere Unterstützung für sich finden könnten.

*Viele Angehörige haben berichtet, dass sie sich sehr um ihre*n Partner*in, um den Haushalt und um alles mögliche kümmern, aber für sich selbst eigentlich nie etwas schönes tun. Manche sagen, es fühlt sich nicht gut an, es sich gut gehen zu lassen, während es dem Partner schlecht geht. Kennen Sie das auch?*

Ich bin der Meinung, dass es sehr wichtig ist, sich bei der Pflege der anderen nicht selbst aus den Augen zu verlieren. Nur wenn es uns selbst gut geht, können wir geduldig und freundlich auf andere eingehen.

Ich möchte Ihnen daher das Kapitel "Selbstfürsorge" (<https://gddd.de/selbstfuersorge>) ans Herz legen.

*Meiner Erfahrung nach übernehmen die Angehörigen von Menschen mit Depression oft immer mehr Aufgaben, die zuvor der Erkrankte erledigt hat. Ist das bei Ihnen auch so? Das führt oft dazu, dass die Erkrankten immer weniger selbst tun und sich auch selbst immer unfähiger erleben, etwas zu schaffen. Es ist daher wichtig, Aufgaben, die der*die Erkrankte übernehmen kann auch nicht selbst zu erledigen.*

Hier schicke ich Ihnen den Link zum Modul "Überengagement vermeiden" (<https://qddd.de/beziehung-staerken/ueberengagement-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm>). Vielleicht ist das ja passend für Sie.

Ich möchte Ihnen heute das Kapitel "Zusammenhalt stärken" (<https://qddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/ueberblick>) empfehlen. Eine Depression ist oft sehr belastend für eine Beziehung. Oftmals sind kleine liebevolle Gesten seltener geworden. Im Kapitel bekommen Sie eine Möglichkeit gezeigt, wie Sie gemeinsam wieder mehr vom netten alltäglichen Austausch erleben können.

Ich freue mich zu hören, ob das für Sie passend war.

Ein Aspekt, den ich selbst immer sehr wichtig finde, ist über die Krankenrolle mit der depressiv erkrankten Person zu sprechen. (<https://qddd.de/depression-und-alltag/grundlegende-tipps/krankenrolle-zugestehen>) Eine Depression ist eine Krankheit, die man ernstnehmen sollte. Sie geht oft damit einher, dass die Person weniger belastbar ist und weniger Aufgaben aus dem alltäglichen Leben übernehmen kann. Damit nicht ein großes Ungleichgewicht entsteht und Sie als Angehörige die ganze Last tragen, empfehle ich Ihnen, mit Ihrem Partner zu besprechen, was die Rollenverteilung im Moment sein könnte. Als Erkrankter ist er gerade vielleicht weniger in den Haushalt eingebunden, dafür ist seine Hauptaufgabe alles zu tun, damit es ihm besser geht.

5.4. Inhalte des Onlineprogramms werden als nicht passend empfunden

Ich kann mir vorstellen, dass sich einige Inhalte des Onlineprogramms nicht auf Ihre aktuelle Situation übertragen lassen. Trotzdem finde ich es toll, dass Sie sich so aktiv mit dem Onlineprogramm beschäftigt haben und auch etwas für sich mitnehmen konnten.

5.5. Keine Antwort

Dies ist eine kleine Erinnerung dranzubleiben mit dem Online-Programm :-)

Ich bin weiterhin für Sie da und unterstütze Sie gerne!

Dies ist eine kleine Erinnerung, auch auf sich selbst gut acht zu geben - und natürlich auch, im Onlineprogramm weiter dranzubleiben.

Melden Sie sich gerne, wenn ich Sie unterstützen kann.

Lesen Sie meine Nachrichten? Ich würde mich über ein kurzes Lebenszeichen freuen!

Vielen Angehörigen hilft es, über schwierige Situationen zu sprechen, die sich im Alltag mit dem depressiv Erkrankten ergeben. Nutzen Sie gerne die Chance und berichteten Sie mir, wie es Ihnen mit Ihrem Angehörigen ergeht. Ich bin gerne für Sie da!

Wir machen oft die Erfahrung, dass Angehörige von Menschen mit Depression selbst auch sehr belastet sind. Wie ist das bei Ihnen? Um einen Anfangswert festzuhalten und eine Veränderung damit sichtbar zu machen, können Sie hier den Belastungstest machen (<https://qddd.de/selbstsorge/wo-stehen-sie-gerade/belastungstest>). Ich finde es sehr hilfreich, visualisiert zu sehen, wo man sich gerade befindet.

Wie geht es Ihnen?

Wenn Sie mir kurz erzählen möchten, wo bei Ihnen zuhause gerade die Schwierigkeiten liegen, kann ich Sie etwas zielführender unterstützen. Hier schicke ich Ihnen mal den Link zum ersten Modul des Online-Programms (<https://qddd.de/depression-und-alltag>).

Geben Sie mir gerne Bescheid, wie das klappt und ob Sie zurechtkommen.

Aus Erfahrung kann ich sagen, dass es vielen Angehörigen schwerfällt zu sehen, dass sich Ihre Angehörigen auf einmal anders verhalten als gewohnt. Das kann auf beiden Seiten zu enttäuschten Erwartungen, Unverständnis oder Ärger führen. Wie ist das bei Ihnen?

Ich möchte Ihnen gerne meine persönliche Lieblingsübung vorstellen, falls die bei Ihnen auch passt: es ist die Wohlfühlliste im Bereich der Selbstfürsorge (<https://gddd.de/selbstfuersorge/erholung/wohl-fuehlliste>). Dieses Kapitel soll einem helfen, sich konkret schöne Aktivitäten vorzunehmen, die einem selbst gefallen oder gut tun und diese im nächsten Schritt gezielt in den Alltag einzubauen, damit die Umsetzung leichter fällt.

Ich bin sicher, diese Übung könnte Ihnen auch Spaß machen. Schreiben Sie mir gerne Ihre Gedanken dazu!

Falls Sie noch einen Tipp für den Coach mögen:

gerade in schwierigen Situationen fällt es oft schwerer, den Blick aufs Positive zu richten. Mir gefällt das "Dankbarkeitsheft" gut, um den Zusammenhalt während der Depression zu stärken. Schauen Sie gerne mal rein, vielleicht gefällt es Ihnen ja auch! <https://gddd.de/beziehung-staerken/zusammenhalt-staerken/fuehren-sie-ein-dankbarkeitsheft>

Falls Sie noch einen Tipp für den Coach mögen: Mir gefallen die Achtsamkeitsübungen besonders gut, um einen Moment innezuhalten und abzuschalten. Das sind kurze Hörübungen von ca. 5-10 minütiger Dauer, die Sie auch mal zwischendurch machen können, um kurz aufzutanken oder in Belastungssituationen zur Ruhe zu kommen. Schauen Sie sich die Übungen doch mal an, vielleicht gefallen Sie Ihnen ja auch: <https://gddd.de/selbstfuersorge/achtsamkeit/was-ist-achtsamkeit>

Viele Angehörige berichten davon, dass Sie sehr viel für Ihren Partner tun und alltägliche Aufgaben jeder Art übernehmen. Manchmal führt das dann aber nicht nur zu einer Entlastung der depressiven Person, sondern auch dazu, dass sie sich selbst immer weniger zutraut. Daher gibt es das Kapitel "Überengagement vermeiden", unter der Rubrik "Beziehung stärken" (<https://gddd.de/beziehung-staerken/ueberengagement-vermeiden/ueberblick-und-problemfilm>). Vielleicht ist das eine Problematik, die Sie auch kennen?

Wie geht es Ihnen diese Woche? Was beschäftigt Sie zurzeit?

Mein Tipp: Mir gefallen die Übungen zur Achtsamkeit im Onlineprogramm besonders gut. Insbesondere in Belastungssituationen können solche Übungen helfen, etwas zur Ruhe zu kommen und auf sich zu achten. Schauen Sie sich die Übungen doch mal an, vielleicht gefallen Sie Ihnen ja auch: <https://gddd.de/selbstfuersorge/achtsamkeit/was-ist-achtsamkeit>

5.6. Variante Abschlussnachricht

Der begleitete Studienzeitraum von vier Wochen ist nun vorbei, dies ist meine letzte Nachricht an Sie. Sie haben sich in den letzten Wochen wirklich viel erarbeitet, sodass ich Sie voller Hoffnung in Ihre eigene Regie entlasse!

Der Weg aus der Depression besteht aus vielen kleinen, mühsamen Schritten, für die Erkrankten wie für die Angehörigen. Ich wünsche Ihnen dafür viel Kraft!

5.7. Variante letzte Woche / vorletzte Nachricht

Sie haben in den letzten Wochen wirklich schon vieles erreicht!

Gibt es noch etwas, wobei ich Sie "auf den letzten Metern" der Mail-Begleitung unterstützen kann? Ich werde mich diese Woche noch mit einer letzten Nachricht bei Ihnen melden dürfen.

Wie geht es Ihnen? Die letzte Woche des begleiteten Onlineprogramms hat begonnen. Nutzen Sie noch die Chance und schreiben Sie mir gerne Fragen, schwierige Situationen oder andere Anliegen rund um das Thema Depression.

Ich danke Ihnen für den offenen Austausch der letzten Wochen, es war schön, Sie in dieser Zeit begleiten zu dürfen. Und ich wünsche Ihnen, Ihrem Mann und Ihrem Kind von Herzen alles Gute.

Sie haben sich durch das Onlineprogramm jetzt fast vier Wochen intensiv mit dem Thema Depression auseinandergesetzt. Toll, da können Sie wirklich stolz auf sich sein. Konnten Sie denn aus dem Programm etwas für sich mitnehmen? Haben Sie die ein oder andere Strategie im Alltag ausprobieren können?

5.8. Informationen zum Studienablauf/ Studienabschluss und Follow Up

Sie erhalten demnächst per E-Mail eine Einladung zum Abschlussfragebogen, danach können Sie das Onlineprogramm weiter nutzen, und in 2 Monaten werden Sie noch für eine letzte Nachbefragung kontaktiert. Vielen Dank auch für Ihren Beitrag zu unserer Studie!

Zum Ablauf: Sie haben mit Ihrer Anmeldung Zugriff auf alle Inhalte des Online-Programms und können diese in der gewünschten Reihenfolge bearbeiten, je nachdem, was für Sie gerade wichtig ist. Ihre Eingaben werden gespeichert, sodass Sie später wieder Zugriff darauf haben. Außerdem werde ich Ihnen vier Wochen regelmäßig Nachrichten schreiben, um Tipps für den Coach auszusprechen oder Themen mit Ihnen persönlich zu vertiefen. Am Ende der vier Wochen warten dann Abschlussfragebögen auf Sie und 2 Monate später werden Sie nochmal für eine Nachbefragung kontaktiert.

5.9. Fragebögen, die vom Betroffenen ausgefüllt werden sollen

Das kann zwei Dinge meinen:

- Selbsttest Depression im Kapitel "was muss ich wissen" (<https://gddd.de/was-muss-ich-wissen/depressionen-erkennen/depressionstest>): In dem Fall loggt sich die Teilnehmerin mit ihrem Account ein und gibt dem Angehörigen die Seite zum Bearbeiten. Die Antworten (und eine Auswertung) sind für die Teilnehmerin sichtbar (und falls der Angehörige andere Seiten aufruft, sieht er die Eingaben der Teilnehmerin dort).

- Co-Teilnahme des Erkrankten an der Studie (wobei er auch 3 Mal einen Fragebogen ausfüllen würde): In dem Fall hat die Teilnehmerin per E-Mail einen Link erhalten und an den Erkrankten weitergeleitet. Dieser legt mit dem Link (und seiner eigenen Mailadresse) einen eigenen Account an und füllt darüber die Fragebögen aus. Er wird dazu auch vom System selbst aufgefordert. Keiner der Beteiligten sieht die Eingaben der anderen Person (falls man das gleiche Gerät nutzt, muss man natürlich ans Ausloggen denken).

Automatisierte Benachrichtigungen im Online Coach

Platzhalter: \$NAME\$ - selbstgewählter Spitzname aus Coach

Beispiel: Hallo \$NAME\$,
herzlich willkommen bei *Gemeinsam durch die Depression!*

=> Hallo Frau S,
herzlich willkommen bei *Gemeinsam durch die Depression!*

Nachricht 1 in jeder Woche – allgemeine Infos		
Nachricht 1 Woche 1 (Tag 1)	Begrüßung	<p>Hallo \$NAME\$, herzlich willkommen bei <i>Gemeinsam durch die Depression!</i></p> <p>Schön, dass Sie hier sind, um mehr über das Thema Depression und über das Zusammenleben mit Ihrer*m depressiven Angehörigen zu lernen.</p> <p>Folgende vier Module können Sie im Onlineprogramm flexibel nutzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Depression und Alltag</i> • <i>Selbstfürsorge</i> • <i>Beziehung stärken</i> • <i>Was muss ich wissen?</i> <p>Sie können die Module unabhängig voneinander bearbeiten. Suchen Sie sich einfach einen Bereich aus, der Sie gerade anspricht, und schauen Sie hinein.</p>
Nachricht 1 Woche 2 Tag 1	<p>Tipps Onlinecoach</p> <p>3 kurze Tipps</p> <ul style="list-style-type: none"> - mein Bereich: Einträge ansehen - Erinnerungen - 2x bearbeiten - Inhalte des Coach gemeinsam besprechen 	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück, heute haben wir 3 kurze Tipps für Sie!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manchmal hilft es, die eigenen Einträge nochmals anzusehen. Wählen Sie unter Ihrem Benutzerkonto <i>Mein Bereich</i>, dort finden Sie alle Ihre Einträge an einem Ort. - Im Alltag ist es oft schwierig, neue Vorsätze umzusetzen. Erinnerungen im Kalender oder in Form kleiner Notizzettel können dabei helfen. - Sie können über die Inhalte des Programms auch mit Ihrer*m depressiv erkrankten Angehörigen sprechen. Das schafft oft Verbundenheit.

<p>Nachricht 1 Woche 3 Tag 1</p>	<p>Lernen und Veränderung</p>	<p>Hallo \$Namen\$, willkommen zurück! Schön, dass Sie hier sind!</p> <p>Sie haben nun einige Zeit mit <i>Gemeinsam durch die Depression</i> gearbeitet. Viele Angehörige sind sehr belastet und wünschen sich schnelle Veränderungen. Gerade im zwischenmenschlichen Bereich braucht es aber oft Zeit, bis man erste Ergebnisse sieht.</p> <p>Achten Sie auch auf kleine Veränderungen, die anzeigen, dass etwas in Bewegung kommt. Und bleiben Sie geduldig!</p>
<p>Nachricht 1 Woche 4 Tag 1</p>	<p>Endspurt</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück bei <i>Gemeinsam durch die Depression!</i></p> <p>Sie haben sich nun drei Wochen mit dem Onlineprogramm beschäftigt. Toll, dass Sie weiterhin aktiv sind!</p> <p>Heute starten Sie in die letzte Woche des Programms.</p> <p>Bestimmt haben Sie bereits einige Themen bearbeitet und vielleicht auch schon Dinge für sich mitnehmen können.</p> <p>Schauen Sie sich gerne noch einmal im Onlineprogramm um: Gibt es etwas, das Sie bisher nicht bearbeitet haben, und das für Sie noch interessant sein könnte?</p>

Nachricht 2 in jeder Woche – spezifische Infos, verweisen auf Vertiefung und evtl. weitere Themen

Nachricht 2 Tag 4	Depression und Alltag Kein Modul bearbeitet Nachricht 1	Hallo \$NAME\$, willkommen zurück! Der alltägliche Umgang mit einem depressiv erkrankten Menschen ist oft schwer! Viele Angehörige wünschen sich sehr, dem depressiven Menschen zu helfen, und rutschen in eine „therapeutische“ Rolle. Das überfordert einen meistens! Neugierig geworden? Hier finden Sie Anregungen, wie Sie in Ihrer Rolle als Angehörige*r bleiben und trotzdem helfen können.
Nachricht 2 Tag 4	Selbstfürsorge Kein Modul bearbeitet Nachricht 2	Hallo \$NAME\$, willkommen zurück! Wenn man sich um einen depressiv erkrankten Menschen kümmert, kommt man selbst oft zu kurz. Dabei ist es so wichtig, dass Sie bei Kräften bleiben! Jeder Mensch hat eigene, persönliche Kraftquellen. Das können z. B. Achtsamkeit sein, aber auch viele andere Dinge, wie Freunde zu treffen oder in die Natur zu gehen. Wenn sich so viel um den depressiv erkrankten Menschen dreht, hilft es, die eigenen Energiequellen fest in den Alltag einzuplanen. Neugierig geworden? Hier finden Sie Tipps zum Thema Selbstfürsorge.
Nachricht 2 Tag 4	Beziehung stärken Kein Modul bearbeitet Nachricht 3	Hallo \$NAME\$, willkommen zurück! Sie tragen als Angehörige*r eines depressiven Menschen eine große Last und engagieren sich vermutlich oft bis an Ihre Grenzen. Das Modul <i>Beziehung</i> kann Sie dabei unterstützen, sich in der Beziehung zu Ihrer*m Angehörigen wieder besser zu fühlen. Wie Sie z. B. Ihre eigenen Bedürfnisse trotz der Depression Ihrer*s erkrankten Angehörigen ansprechen können. Neugierig geworden? Schauen Sie sich hier mehr dazu an.

<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Was muss ich wissen? Kein Modul bearbeitet Nachricht 4</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Die Sorge, dass ein depressiv erkrankter Mensch sich etwas antun könnte, belastet und ängstigt viele Angehörige ganz besonders. Es hilft, sich über das Thema Suizidalität zu informieren und zu erfahren, wie Sie mit Ihrer*m Angehörigen darüber sprechen können.</p> <p>Herr Prof. Dr. Ulrich Hegerl hat das Wichtigste hier in einem kurzen Video für Sie erklärt.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Was muss ich wissen? Erstes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in letzter Zeit mit dem Modul <i>Was muss ich wissen?</i> beschäftigt. Prima! Studien zeigen: Je mehr Sie über Depression wissen, desto besser können Sie mit der Erkrankung umgehen.</p> <p>In diesem Modul wird auch der Umgang mit Suizidalität angesprochen. Die Sorge, dass ein depressiv erkrankter Mensch sich etwas antun könnte, belastet und ängstigt viele Angehörige ganz besonders. Es hilft, sich über das Thema Suizidalität zu informieren und zu erfahren, wie Sie mit Ihrer*m Angehörigen darüber sprechen können. Herr Prof. Dr. Ulrich Hegerl hat das hier in einem kurzen Video für Sie erklärt.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Was muss ich wissen? Zweites Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in der vergangenen Woche mit dem Modul <i>Was muss ich wissen?</i> beschäftigt. Prima! Es ist wichtig, dass Sie gut über die Symptome der Depression und deren Behandlungsmöglichkeiten Bescheid wissen.</p> <p>Oft beeinflussen die depressiven Symptome des erkrankten Menschen das alltägliche Zusammenleben sehr. Für viele Angehörige ist es daher hilfreich, zwischen der Depression als Krankheit und dem erkrankten Menschen als Person unterscheiden zu können. Im Modul Depression & Alltag finden Sie hier mehr zu diesem Thema.</p>

<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Was muss ich wissen? Drittes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Nun haben Sie sich bereits zwei Wochen lang mit dem Modul <i>Was muss ich wissen?</i> beschäftigt. Sehr gut! Das ist ein äußerst wichtiges Thema. Wir hoffen, dass Sie dazu schon einiges für sich mitnehmen konnten.</p> <p>Schauen Sie sich auch die anderen Module und Themenbereiche an. Dort finden Sie ebenfalls hilfreiche und nützliche Informationen.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Was muss ich wissen? Viertes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich nun in den letzten drei Wochen vor allem mit dem Modul <i>Was muss ich wissen?</i> beschäftigt. Sie haben bestimmt schon vieles aus diesem Bereich mitnehmen können, super!</p> <p>Nutzen Sie gerne die letzte Woche, um auch einen Einblick in die anderen Themenfelder zu bekommen! Bestimmt finden Sie auch dort interessante und hilfreiche Themen.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Depression und Alltag Erstes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in letzter Zeit mit dem Modul <i>Depression und Alltag</i> beschäftigt. Der alltägliche Umgang mit einem depressiv erkrankten Menschen ist oft schwer! Daher ist es toll, dass Sie sich damit beschäftigen, wie Sie mit den Symptomen Ihrer*s Angehörigen gut umgehen können.</p> <p>Viele Angehörige wünschen sich sehr, dem depressiven Menschen zu helfen, und rutschen in eine therapeutische Rolle. Das überfordert einen meistens! In diesem Bereich finden Sie Anregungen, wie Sie in Ihrer Rolle als Angehörige*r bleiben und trotzdem helfen können.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Depression und Alltag Zweites Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in der vergangenen Woche mit dem Modul <i>Depression und Alltag</i> beschäftigt. Das ist ein sehr wichtiges Thema!</p> <p>Oft nimmt die Depression im Alltag von Angehörigen viel Raum ein. Daher ist es besonders wichtig, dass Sie die richtige Balance zwischen Fürsorge für Ihre*n Angehörige*n und Fürsorge für sich selbst finden. Im Modul Selbstfürsorge können Sie herausfinden, was Ihnen persönlich Kraft gibt und wie Sie diese Dinge in Ihren Alltag integrieren können.</p>

<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Depression und Alltag Drittes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Nun haben Sie sich bereits zwei Wochen lang mit dem Thema <i>Depression und Alltag</i> beschäftigt. Super! Das ist ein äußerst wichtiges Thema. Wir hoffen, dass Sie dazu schon einiges für sich mitnehmen konnten.</p> <p>Schauen Sie sich auch die anderen Module und Themenbereiche an. Dort finden Sie ebenfalls hilfreiche und nützliche Informationen.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Depression und Alltag Viertes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich nun in den letzten drei Wochen vor allem mit dem Thema <i>Depression und Alltag</i> beschäftigt. Sie haben bestimmt schon vieles aus diesem Bereich mitnehmen können, super!</p> <p>Nutzen Sie doch die letzte Woche, um auch einen Einblick in die anderen Themenfelder zu bekommen! Bestimmt finden Sie auch dort interessante und hilfreiche Themen.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Selbstfürsorge Erstes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in letzter Zeit mit dem Modul <i>Selbstfürsorge</i> beschäftigt. Sehr gut! Wenn man sich um einen depressiv erkrankten Menschen kümmert, kommt man selber oft zu kurz. Dabei ist es so wichtig, dass Sie bei Kräften bleiben!</p> <p>Jeder Mensch hat eigene, persönliche Kraftquellen. Das können z. B. Achtsamkeit sein, aber auch viele andere Dinge, wie Freunde zu treffen oder in die Natur zu gehen. Wenn sich so viel um den depressiv erkrankten Menschen dreht, hilft es, die eigenen Kraftquellen fest in den Alltag einzuplanen. Hier finden Sie Tipps dazu.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Selbstfürsorge Zweites Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in der vergangenen Woche weiter mit dem Modul <i>Selbstfürsorge</i> beschäftigt. Toll, das ist ein sehr wichtiges Thema!</p> <p>Hier im Bereich <i>Beziehung stärken</i> finden Sie Anregungen, wie Sie sich auf das Positive an der Beziehung zu Ihrer*m depressiven Angehörigen konzentrieren können. Wenn Sie Wege finden, wie Sie die gemeinsame Zeit mit Ihrer*m Angehörigen trotz der Depression genießen können, hilft das Ihnen beiden!</p>

<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Selbstfürsorge Drittes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>nun haben Sie sich bereits zwei Wochen lang mit dem Thema <i>Selbstfürsorge</i> beschäftigt. Super! Wir hoffen, dass Sie die Anregungen für sich nutzen können.</p> <p>Schauen Sie sich auch die anderen Module und Themenbereiche an. Dort finden Sie ebenfalls hilfreiche und nützliche Informationen.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Selbstfürsorge Viertes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in den letzten drei Wochen vor allem mit dem Thema <i>Selbstfürsorge</i> beschäftigt. Bestimmt haben Sie schon vieles aus diesem Bereich mitnehmen können!</p> <p>Nutzen Sie doch die letzte Woche, um auch noch einen Einblick in die anderen Themenfelder zu bekommen! Bestimmt finden Sie auch dort interessante und hilfreiche Informationen.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Beziehung stärken Erstes Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in letzter Zeit mit dem Modul <i>Beziehung stärken</i> beschäftigt. Sehr gut! Es tut Ihnen beiden gut, trotz der depressiven Erkrankung Ihrer*s Angehörigen im Blick zu behalten, was Sie verbindet.</p> <p>Sie tragen als Angehörige*r eines depressiven Menschen eine große Last und engagieren sich oft bis an Ihre Grenzen. Die im Modul <i>Beziehung stärken</i> vorgestellten Strategien geben manchen Angehörigen das Gefühl, es würde noch mehr von Ihnen verlangt. Darum geht es nicht! Wir wollen Sie dabei unterstützen, sich in der Beziehung zu Ihrer*m Angehörigen wieder besser zu fühlen. Wie Sie z. B. Ihre eigenen Bedürfnisse trotz der Depression Ihrer*s erkrankten Angehörigen ansprechen können, ist hier Thema.</p>
<p>Nachricht 2 Tag 4</p>	<p>Beziehung stärken Zweites Mal bearbeitet</p>	<p>Hallo \$NAME\$, willkommen zurück!</p> <p>Sie haben sich in der vergangenen Woche mit dem Modul <i>Beziehung stärken</i> beschäftigt. Toll, dies ist ein sehr wichtiges Thema!</p> <p>Vielleicht interessiert Sie auch, wie sich die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrer*m Angehörigen durch die Depression verändert hat? Im Modul <i>Depression & Alltag</i> finden Sie hier allgemeine Informationen dazu und einen Fragebogen, der Ihnen eine persönliche Rückmeldung geben kann.</p>

Nachricht 2 Tag 4	Beziehung stärken Drittes Mal bearbeitet	Hallo \$NAME\$, willkommen zurück! Nun haben Sie sich zwei Wochen lang mit dem Thema <i>Beziehung stärken</i> beschäftigt. Sehr gut! Wir hoffen, dass Sie die Anregungen für sich nutzen können. Schauen Sie sich auch die anderen Module und Themenbereiche an. Dort finden Sie ebenfalls hilfreiche und nützliche Informationen.
Nachricht 2 Tag 4	Beziehung stärken Viertes Mal bearbeitet	Hallo \$NAME\$, willkommen zurück! Sie haben sich nun in den letzten drei Wochen vor allem mit dem Thema <i>Beziehung stärken</i> beschäftigt. Bestimmt haben Sie schon vieles aus diesem Bereich mitnehmen können, super! Nutzen Sie doch die letzte Woche, um auch einen Einblick in die anderen Themenfelder zu bekommen! Bestimmt finden Sie auch dort interessante und hilfreiche Themen.

Nachricht 3 in jeder Woche – Rückmeldung zum individuellen Fortschritt

<p>Nachricht 3 Tag 6</p> <p>nicht eingeloggt kein Fortschritt</p>	<p>Wochenrückblick Woche 1 Option 1</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>es ist schon eine Woche vergangen, seit Sie mit dem Programm <i>Gemeinsam durch die Depression</i> gestartet haben!</p> <p>Schön, dass Sie wieder hier sind!</p> <p>Als Angehörige*r eines depressiven Menschen ist Ihr Alltag sicher sehr herausfordernd. Sich dabei noch Zeit für ein Online-Programm zu nehmen, ist oft schwer.</p> <p>Allerdings ist <i>Gemeinsam durch die Depression</i> genau dafür da, dass es auch Ihnen wieder besser geht!</p> <p>Vielleicht ist das Modul Selbstfürsorge ein guter Einstieg für Sie? Sie finden hier Tipps, wie Sie Ihren Alltag erleichtern können.</p>
<p>Nachricht 3 Tag 6</p> <p>geringer Fortschritt</p>	<p>Wochenrückblick Woche 1 Option 2</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>Toll, dass Sie in der ersten Woche schon in das Programm <i>Gemeinsam durch die Depression</i> gestartet sind!</p> <p>In der vergangenen Woche haben Sie sich <i>mehr als eine halbe Stunde</i> mit dem Programm beschäftigt. Prima!</p> <p>Vermutlich können Sie noch mehr vom Online-Programm profitieren, wenn Sie etwas mehr Zeit investieren.</p> <p>Das ist oft schwer, weil Angehörige von depressiv erkrankten Menschen ohnehin viele Extra-Lasten zu tragen haben.</p> <p>Im Modul Selbstfürsorge finden Sie hier Tipps, wie Sie in Ihrem Alltag mehr Freiräume schaffen können.</p>
<p>Nachricht 3 Tag 6</p> <p>großer Fortschritt</p>	<p>Wochenrückblick Woche 1 Option 3</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>toll, dass Sie schon eine Woche im Programm <i>Gemeinsam durch die Depression</i> aktiv sind!</p> <p>In der vergangenen Woche haben Sie sich <i>mehr als eine Stunde</i> mit dem Programm beschäftigt. Prima!</p> <p>Machen Sie weiter so!</p> <p>In der nächsten Woche finden Sie bestimmt weitere interessante Themen.</p>

<p>Nachricht 3 Tag 6</p> <p>nicht eingeloggt kein Fortschritt</p>	<p>Wochenrückblick Woche 2 Option 1</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>Schön, dass Sie wieder hier sind!</p> <p>Heute ist bereits die Hälfte Ihres Programms <i>Gemeinsam durch die Depression</i> vergangen.</p> <p>Wir schreiben Ihnen regelmäßig, wie aktiv Sie in der letzten Woche waren, und das Onlineprogramm zeigt Ihren Fortschritt in Prozent.</p> <p>Dabei ist das Ziel nicht unbedingt, alle Inhalte zu bearbeiten. Sie wissen selbst am besten, welche Themen für Sie wichtig sind, und wie viel Zeit Sie haben!</p> <p>Zur Orientierung: Die meisten Angehörigen brauchen ca. 1,5 h für die Bearbeitung eines Moduls.</p>
<p>Nachricht 3 Tag 6</p> <p>geringer Fortschritt</p>	<p>Wochenrückblick Woche 2 Option 2</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>In der vergangenen Woche haben Sie sich <i>mehr als eine halbe Stunde</i> mit dem Programm beschäftigt. Super!</p> <p>Heute ist bereits die Hälfte Ihres Programms <i>Gemeinsam durch die Depression</i> vergangen.</p> <p>Wir schreiben Ihnen regelmäßig, wie aktiv Sie in der letzten Woche waren, und das Onlineprogramm zeigt Ihren Fortschritt in Prozent.</p> <p>Dabei ist das Ziel nicht unbedingt, alle Inhalte zu bearbeiten. Sie wissen selbst am besten, welche Themen für Sie wichtig sind, und wie viel Zeit Sie haben!</p> <p>Zur Orientierung: Die meisten Angehörigen brauchen ca. 1,5 h für die Bearbeitung eines Moduls.</p>
<p>Nachricht 3 Tag 6</p> <p>viel Fortschritt</p>	<p>Wochenrückblick Woche 2 Option 3</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>In der vergangenen Woche haben Sie sich <i>mehr als eine Stunde</i> mit dem Programm beschäftigt. Super!</p> <p>Heute ist bereits die Hälfte Ihres Programms <i>Gemeinsam durch die Depression</i> vergangen.</p> <p>Wir schreiben Ihnen regelmäßig, wie aktiv Sie in der letzten Woche waren, und das Onlineprogramm zeigt Ihren Fortschritt in Prozent.</p> <p>Dabei ist das Ziel nicht unbedingt, alle Inhalte zu bearbeiten. Sie wissen selbst am besten, welche Themen für Sie wichtig sind, und wie viel Zeit Sie haben!</p>

		Zur Orientierung: Die meisten Angehörigen brauchen ca. 1,5 h für die Bearbeitung eines Moduls.
Nachricht 3 Tag 6 nicht eingeloggt kein Fortschritt	Wochenrückblick Woche 3 Option 1	Hallo \$NAME\$, Schön, dass Sie wieder hier sind! Morgen startet die letzte Woche von <i>Gemeinsam durch die Depression</i> . Versuchen Sie, die letzte Woche gut für sich zu nutzen. Es gibt bestimmt noch einige interessante Themen für Sie!
Nachricht 3 Tag 6 geringer Fortschritt	Wochenrückblick Woche 3 Option 2	Hallo \$NAME\$, In der vergangenen Woche haben Sie sich <i>mehr als eine Stunde</i> mit dem Programm beschäftigt. Sie können wirklich stolz darauf sein, dass Sie weiterhin im Onlineprogramm aktiv sind. Morgen startet die letzte Woche von <i>Gemeinsam durch die Depression</i> . Schauen Sie gerne weiter, was Sie noch an interessanten Themen finden.
Nachricht 3 Tag 6 viel Fortschritt	Wochenrückblick Woche 3 Option 3	Hallo \$NAME\$, In der vergangenen Woche haben Sie sich <i>mehr als eine Stunde</i> mit dem Programm beschäftigt. Wenn Sie so weitermachen, werden Sie zur*m Expert*in für alle wichtigen Fragen rund um die Depression und einen guten Umgang damit. Morgen startet die letzte Woche von <i>Gemeinsam durch die Depression</i> . Schauen Sie gerne weiter, was Sie noch an interessanten Themen finden.

<p>Woche 4 Nachricht 3 Tag 6</p>	<p>Abschluss</p>	<p>Hallo \$NAME\$,</p> <p>Sie haben sich in den vergangenen vier Wochen intensiv mit dem Thema Depression sowie dem Zusammenleben mit Ihrer*m depressiven Angehörigen beschäftigt. Wir hoffen sehr, dass Sie von den Inhalten des Onlineprogramms <i>Gemeinsam durch die Depression</i> profitieren konnten.</p> <p>Nach dem Ausfüllen der Abschluss-Fragebögen wird Ihnen das Onlineprogramm wieder frei zur Verfügung stehen. Sie können also jederzeit Ihre Einträge anschauen und an wichtigen Themen weiterarbeiten.</p> <p>In zwei Monaten melden wir uns mit einer letzten Befragung bei Ihnen, um zu erfahren, ob das Onlineprogramm nachhaltige Auswirkungen hat.</p> <p>Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen und Ihrer*m Angehörigen alles Gute!</p> <p>Ihr Team von <i>Gemeinsam durch die Depression</i></p>
--	------------------	---

Front End: Startseite Onlineprogramm

Gemeinsam durch die Depressi X Mein Bereich – Gemeinsam dur X +

https://gddd.de/mein-bereich

Suchen

UNIVERSITÄT KLINIKUM FREIBURG

Gemeinsam durch die Depression

Mein Bereich
Studieninformationen

Mein Konto
Einstellungen

Beispiele
für Frontend-Admins

Ihr Studienverlauf

1. Eingangsfragebogen bearbeiten | ca. 30 Minuten
2. Coach verwenden | 4 Wochen
3. Zwischenmessung nach 1 Woche
4. Abschlussfragebogen bearbeiten
5. Nachbearbeitung
6. Nacherhebung nach 3 Monaten

Ihr Coach-Fortschritt

94 %

Ihre letzte Übung
[Sich aufmuntern](#)

Das Coach-Programm

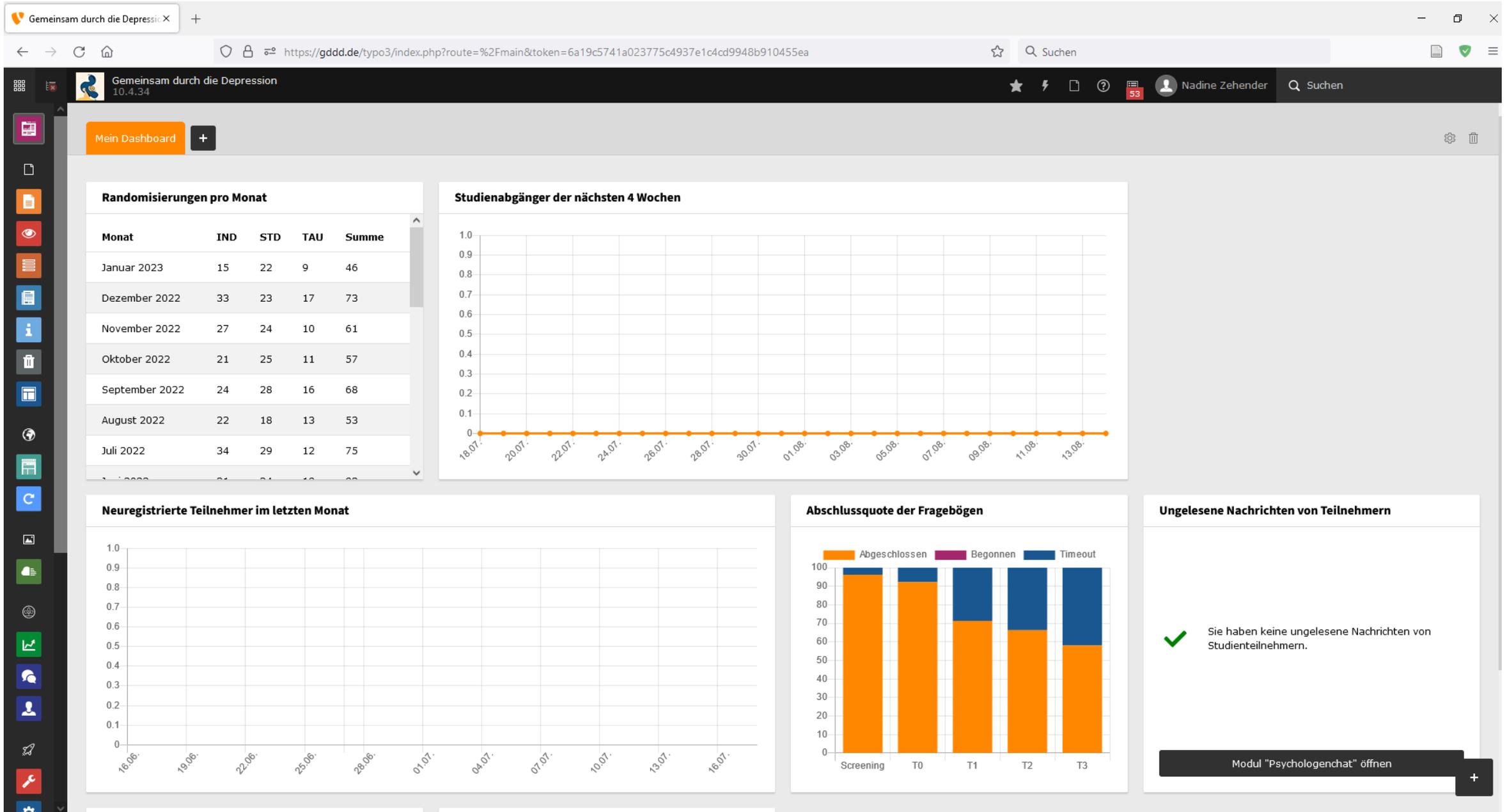
Depression und Alltag
Sie erhalten grundlegende Tipps für den Umgang mit depressiv Erkrankten und erfahren, was Sie bei typischen Symptomen tun können.

Selbstfürsorge
Hier lernen Sie, auf sich zu achten und mit belastenden Gefühlen hilfreich umzugehen.

Beziehung stärken
Eine gute Beziehung macht vieles leichter. Deshalb erfahren Sie hier, wie Sie in Verbindung bleiben können – trotz Depression.

Was muss ich wissen?
Hier erhalten Sie von Prof. Elisabeth Schramm Infos zu Symptomen, Ursachen und zur Behandlung von Depressionen.

Back End: Studienübersicht



Back End: Nachrichtenbereich Psychologenansicht

Gemeinsam durch die Depression 10.4.34

Psychologen-Dashboard | Nadine Zehender > Brigitte (0000014)

Nutzerinformationen	Zeitraum	Letzte Aktion	Gesamtdauer
Brigitte 0000014	03.05.2021 - 13:46 115. Woche - 804 Tage Studie abgeschlossen	Beziehung stärken am 14.05.2021 - 14:21	5:00 h

Geschlecht	Weiblich	Depression und Alltag	28 %
Alter	50	Selbstfürsorge	0 %
Wohnen zusammen	Nein	Beziehung stärken	16 %
Tätigkeit	Berufstätig	Was muss ich wissen?	0 %
Patient - Bezugsverh.	Kind	Gesamtfortschritt	11 %
Patient - Geschlecht	Weiblich		
Patient - Alter	20		

Ihre Notizen und Anmerkungen

Notizen speichern

Nachrichtenvorlagen

Suchen + Neu

Begrüßung Variante
Hallo XXX,
herzlich Willkommen bei Gemeinsam durch die Depression!
Ich bin psychologische Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Freiburg und begleite Sie die nächsten vier Wochen bei der Bearbeitung des Onlineprogramms.
Wir haben die...

Abschlussnachricht
Hallo XXX

27.05.21 - 15:17 (N11) ✉
Hallo Brigitte,

29.05.21 - 18:36 (N12) ✉
Hallo Brigitte,

Geben Sie Ihre Nachricht an den Teilnehmer ein