

# **Psychoedukative Gruppenarbeit bei depressiven Menschen**

Mario Rigo

Ambulante Kranken- und Psychiatriepflege Zentralschweiz GmbH

Projektbericht

Studiengang CAS Verbesserung der Gesundheit

Studienleitung: Andreas Heuer, MNS

Begleitperson: Andreas Heuer, MNS

17.4.2017

Mario Rigo

mario.rigo@akpz.ch

## Abstract

In einer Agglomerationsgemeinde wurde ein Gesundheitsförderungsprojekt, Psychoedukation bei depressiven Menschen, durchgeführt. Naturalistische Beobachtungen und Literaturrecherchen zeigen, dass die Depression die häufigste psychische Krankheit ist. Verschiedene Studien zeigen, dass die Psychoedukation ein wichtiges Verfahren ist, um die Rückfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren. Das Projekt verfolgt die Ziele, depressive Menschen zu schulen und ihnen Wissen zu vermitteln. Zudem soll es aber auch zu Vernetzungen unter den Teilnehmenden kommen, so dass tragefähige Beziehungen entstehen, welche in Krisensituationen zum Zuge kommen könnten. Dies vor allem, weil die Einsamkeit bei Depressionen ein grosses Problem darstellt. Das Projekt startete am 26.11.2016 mit der Vorbereitungsphase. Die Psychoedukationsgruppe startete am 26.1.2017 und wurde an sechs Abenden über sieben Wochen verteilt durchgeführt. Das Projekt endet mit der Auswertung am 30.4.2017. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die Gruppenteilnehmenden das Projekt als wertvoll und hilfreich empfinden. Die grosse Kritik war, dass die Vernetzungen unter den Teilnehmenden nicht in dem Rahmen stattgefunden haben, wie dies erwünscht war. Es ist fraglich, ob der Settingansatz in solch einem Projekt aufrechterhalten werden kann und ob das Projekt als Gesundheitsförderungsprojekt dient. Ebenso muss das zentrale Element der lokalen Vernetzung von depressiv Erkrankten aktiver angegangen und begleitet werden, als es in diesem Kurs stattgefunden hatte. Die Durchführung des Projektes war ein Erfolg, wenn auch auf anderen Ebenen als erwartet. Der Wissenszuwachs war schwer zu überprüfen und konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden. Die Teilnehmenden profitierten aber stark von gruppenspezifischen Effekten und den Erfahrungsaustauschen. Eine erneute Durchführung der Psychoedukationsgruppe ist sinnvoll.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4	
	1.1	Projektumfeld	4
	1.2	Problemvisualisierung	4
	1.3	Theoretischer Hintergrund	5
2	Projektdarstellung	6	
	2.1	Ziele und Evaluation	6
	2.2	Population der Teilnehmenden	6
	2.3	Methode	7
3	Projektplanung	8	
	3.1	Projektverlauf	8
	3.2	Kostenaufwand	8
4	Ergebnisse	9	
	4.1	Durchführung	9
	4.2	Wirkung und Ergebnisse	10
5	Diskussion	12	
6	Schlussfolgerung	13	
7	Quellenverzeichnis	14	
8.	Anhang	15	
	8.1	Inhalte psychoedukativer Module	15
	8.2	Abschlussevaluation	16
	8.3	Beurteilung der Studie Grazer Studie nach Behrens & Langer	18
	8.4	Einverständniserklärung	19
	8.5	Selbständigkeitserklärung	20
	8.6	Einwilligung zur Ausleihe	21

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Projektverlauf der Psychoedukation bei depressiven Menschen	8
Abbildung 2:	Zusammenstellung des Kostenaufwandes	8
Abbildung 3:	Grafische Darstellung der schriftlichen Befragung Gruppenteilnehmer	12

# 1 Einleitung

## 1.1 Projektumfeld

Das Projekt wird in einer Agglomerationsgemeinde durchgeführt. Im Bereich der Gesundheitsförderung existieren in dieser Region keine Angebote. Aus diesem Grund wird in diesem lokalen Setting ein Projekt zur Psychoedukation für Menschen mit Depressionen angeboten. Die Wahl des Verfahrens und der Population leitet sich aus Erkenntnissen der Grazer Evaluationsstudie ab (Kreiner, Baranyi, Stepan, Rothenhäusler, 2012).

## 1.2 Problemvisualisierung

Im Kontakt mit psychisch kranken Menschen der Gemeinde werden drei Problemfelder ersichtlich: Die Häufung einzelner psychiatrischer Diagnosen (50 % Depressionen), der soziale Rückzug und die Vereinsamungsgefahr sowie Wissensdefizite von Betroffenen über ihre Krankheit. Die Beobachtungen bezüglich der Häufung der Depression decken sich mit nationalen und internationalen Studien. Die unipolare Depression ist die häufigste psychische Störung überhaupt (Baer, Schuler, Füglistner-Dou, 2013). Für die unipolare Depression kann man von einer Jahresprävalenz von etwa 7 % ausgehen (Baer, Schuler, Füglistner-Dou, 2013). Dies ergab eine Analyse von 27 epidemiologischen Studien in Europa zum Thema unipolare Depression (Wittchen & Jacobi, 2005). Das Bundesamt für Gesundheit beschreibt in ihrem Bericht im Jahr 2016: «Laut den Daten der SGB 2012 geben 6,5 % der Befragten an, an einer mittleren bis starken, und 22,2 % an einer schwachen Depression zu leiden» (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 17). Ein grosser Teil der Betroffenen lebt alleine und hat wenig soziale Kontakte. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Abgrenzung nicht nur durch die Betroffenen geschieht. «Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung Vorbehalte gegenüber psychisch Erkrankten hat» (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 18). Unbeachtet der Hintergründe ist klar, dass viele Menschen mit psychischen Belastungen unter Einsamkeit leiden. Der OBSAN Bericht schreibt: «Etwas mehr als ein Drittel (36 %) der Befragten gaben 2012 an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen. [...] Das Erleben von Einsamkeit geht mit erhöhter psychischer Belastung einher» (Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016, S. 34). Nebst den Problemen,

die teilweise aus einem fehlenden sozialen Umfeld wachsen, zeigt sich, dass ohne spezifische Behandlung ein Rückfallrisiko nach Ersterkrankungen von 50 %, bei mehrfach Erkrankten zwischen 70 % und 90 % besteht (Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2003). Die genannten Autoren beschreiben, dass aus Studien deutlich werde, dass die adäquate Unterstützung in Form von Informationen und Psychotherapie oftmals fehlt.

### **1.3 Theoretischer Hintergrund**

Das Projekt soll Menschen mit einer Depression ansprechen, Menschen zusammenführen, um der potenziellen Einsamkeit entgegenzuwirken und Menschen miteinander bekannt machen, so dass eine Vernetzung möglich wird. Das Verständnis für die eigene Krankheit soll gefördert werden und die Menschen durch Wissenszuwachs zur Mitbestimmung in der Behandlung befähigen. Ein Projekt zur Psychoedukation von depressiv erkrankten Menschen im ambulanten Gruppensetting verspricht, diese Problemfelder abzudecken. Die psychoedukative Intervention ist ein zumeist niederschwelliges Therapieangebot, welche als Kombinationsbehandlung verstanden wird. Als Wirkfaktoren werden die Vermittlung von Kompetenzen und Einsichten, interaktive Prozesse sowie [...] Transparenz benannt (Schaub, Roth & Goldmann, 2013). Die psychoedukativen Interventionen basieren auf einem curricularen Aufbau mit festen Inhalten und zu erreichenden Zielen. Die S3 Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression empfiehlt: «Psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige sollten zur Verbesserung des Informationsstands, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden» (DGPPN, 2015, S. 51). Diverse Studien rechtfertigen die Empfehlung und belegen, dass die Psychoedukation eine sehr gute Wirksamkeit hat. Bei einem Vergleich einer psychoedukativen Behandlung zur reinen Standardbehandlung zeigte sich, dass 70 % der Psychoedukationsgruppe nach sechs Monaten einen stabilen Zustand erlebten, bei der Kontrollgruppe waren es 30 % (Araya, et al., 2003). Barbara Kreiner hat die Auswirkungen von Psychoedukation auf die Lebensqualität, Compliance und krankheitsbezogenes Wissen untersucht. Die Ergebnisse zeigen auf, dass durch Psychoedukation eine signifikante Verbesserung in den Bereichen psychische Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Psychopathologie, krankheitsbezogenes Wissen und Compliance stattgefunden haben (Kreiner, Rothenhäusler & Wisiak, 2008).

## 2 Projektdarstellung

### 2.1 Ziele und Evaluation

Mit dem Projekt «psychoedukatives Gruppenangebot für depressive Menschen» sollen folgende Ziele erreicht werden:

1. Für Menschen mit einer depressiven Erkrankung besteht ein lokales Gruppenangebot.
2. Menschen mit einer depressiven Erkrankung werden zusammengeführt und miteinander vernetzt.
3. Menschen mit einer depressiven Erkrankung erhalten krankheitsspezifisches Wissen mit dem Ziel, dass sie mehr Mitbestimmung in der Behandlung wahrnehmen können.

Die Ziele werden mit folgenden Methoden evaluiert:

1. Erfassung, ob die Gruppe mit 4 - 8 Patientinnen und Patienten durchgeführt werden kann und in welcher Zuverlässigkeit die sechs Abende besucht werden.
2. Beobachtung, Befragung und Dokumentation, ob sich Netzwerke wie Fahrgemeinschaften, Treffen ausserhalb der Gruppe, Telefonkontakte usw. bilden.
3. Die Teilnehmenden werden an jedem Abend nach dem Wissen und den Erkenntnissen der letzten Gruppensitzung befragt. Der Verlauf wird dokumentiert.
4. Am letzten Abend erhalten die Teilnehmenden einen halbstrukturierten Fragebogen, um der Kursleitung schriftlich und anonymisiert Rückmeldung zu erstatten (siehe Anhang 8.2).

### 2.2 Population der Teilnehmenden

#### **Einschlusskriterien**

Menschen aus der Agglomeration mit der psychiatrischen Diagnose einer depressiven Störung, welche älter als 18 Jahre alt sind und schweizer- oder hochdeutsche Sprachkenntnisse haben. Ausserdem ist die Zurechnungsfähigkeit eine Bedingung für die Teilnahme.

### **Ausschlusskriterien**

Andere psychiatrische Störungsbilder als die der Depression, akute Suizidalität, aktiv psychotische Symptome, starke kognitive Einbußen oder sehr stark verminderte Konzentrationsfähigkeit.

### **2.3 Methode**

Um die Gruppe von Menschen mit Depressionen in der Gemeinde zu erreichen, wurden verschiedene Wege gewählt. Einerseits wurde das Amt für Soziales- und Gesundheit als Multiplikator in das Projekt involviert, andererseits konnte über lokale Werbung in Gemeindezeitschriften, Aushängen oder via Hausarztpraxen auf die psychoedukative Depressionsgruppe hingewiesen werden. Die Teilnahme an diesem Gruppenangebot war kostenlos, so dass eine Chancengleichheit bestand. Falls Teilnehmende nicht in der Lage waren, selbständig den Durchführungsort zu erreichen, wurde eine Unterstützung organisiert. Die Kursräume sind rollstuhlgängig. An sechs Abenden wurde die Gruppensitzungen geführt und anhand vorgegebener Themen strukturiert. Die Durchführung orientierte sich an einem standardisierten Psychoedukationsverfahren, an welchem die Psychoedukationsgruppe angelehnt wurde (siehe Anhang 8.1). Als Vorlage diente das Therapiemanual «Kognitive-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen» (Schaub, Roth & Goldmann, 2013). Es wurde dieses Verfahren gewählt, weil dieses Manual aus einer Studie herauswächst, welche vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt wurde. Dabei wurde vom Jahr 1999 bis 2005 an der Ludwig-Maximilians-Universität eine randomisierte Effectivness-Studie zum Thema effizienter psychotherapeutischen Strategien durchgeführt. Es konnte aufgezeigt werden, dass Patienten unter kombinierten Behandlungen von Standardtherapien und psychoedukativen Therapien hinsichtlich des Selbstwertes und der Problemlösungsfähigkeit stärker profitieren als nur unter der Standardtherapie (Schaub, Roth & Goldmann, 2013). Die Gruppe wurde auf 4 – 8 Personen beschränkt, so dass gewährleistet werden konnte, dass einerseits ein interaktiver Gruppenprozess stattfand, andererseits sollte die Gruppengröße einen intimen Rahmen zulassen, welcher den Austausch förderte und die Teilnehmenden nicht überforderte.

### 3 Projektplanung

#### 3.1 Projektverlauf

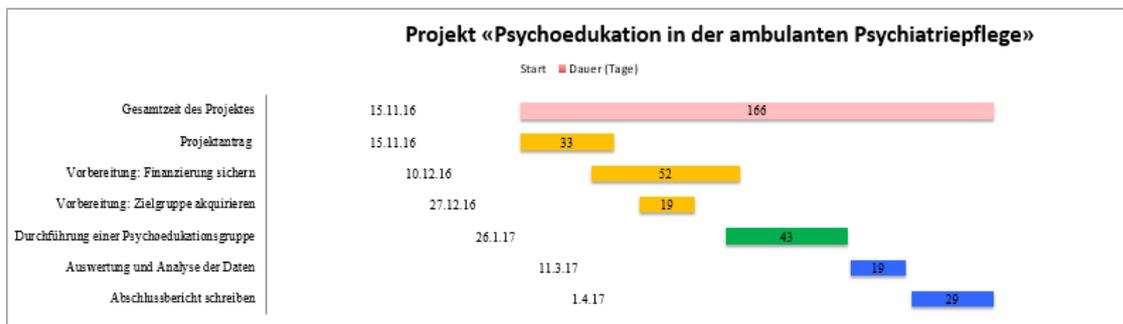


Abbildung 1: Projektverlauf der Psychoedukation bei depressiven Menschen

#### 3.2 Kostenaufwand

Bezeichnung	Einheiten				Aufwand CHF	Ertrag CHF
	Anzahl	Zeitaufwand	Materialaufwand	Einzelpreis		
Kursraum Miete	6 x	2 Std.	8 Personen Raum	CHF 100.- pro Std.	1'200.-	
Ausstattung	6 x	2 Std.	Beamer, Flipchart	CHF 40.- pro Tag	240.-	
Materialien	8 x		Skripte à 30 Seiten	CHF 0.18 pro Seite	43.20	
Personalkosten:						
Peer	6 x	2 Std.		CHF 80.- pro Stunde	960.-	
Psychiater	1 x	2 Std.		CHF 240.- pro Stunde	480.-	
Leitung	6 x	2 Std.		CHF 120.- pro Stunde	1'440.-	
Anteil Krankenkasse	6 x	2 Std.		CHF 117.- pro Stunde		1'404.-
Summe					4'363.20	1'404.-
<b>Total CHF</b>					<b>2'959.20</b>	

Abbildung 2: Zusammenstellung des Kostenaufwandes

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Durchführung

Das Akquirieren von Gruppenteilnehmenden aus der Agglomeration gestaltete sich schwerer als in der Planung angenommen. Dies lässt sich durch mehrere Faktoren begründen. Einzelne Patientinnen und Patienten, welche in die Gruppe eingeladen wurden, sahen in der Teilnahme eine zu grosse Herausforderung. Dies zeigt eine grundlegende Problematik beim Erreichen dieser Population. Der soziale Rückzug und die Überforderungsgefühle sind typisch für die Symptomatik der aktiven Depression. Das Angebot war aber genau an Klientel gerichtet, welche aufgrund der Depression keine anderen Möglichkeiten wahrnehmen können. Die gewonnene Erfahrung zeigt, dass es mehr Zeit für die therapeutische Vorarbeit mit den interessierten Menschen braucht. Aufgrund der Projektplanung und der Rahmenbedingungen, welche von der BFH gestellt wurden, fehlte aber genau diese. Dies zeigte sich auch in einem weiteren Faktor: Einige Menschen konnten sich nicht über sechs Abende verpflichten, weil sie bereits andere Aktivitäten und Verpflichtungen eingegangen waren. Auch darin zeigte sich, dass die einberechnete Vorlaufzeit zu knapp bemessen war. Die Abgrenzung vom typischen Setting «Gemeinde» war in der Durchführungsgemeinde erschwert. Die angrenzenden Gemeinden waren Nahe und die Grenzen sind zum Teil fließend. Aufgrund dessen und aufgrund der Tatsache, dass von der Agglomeration nicht genügend Teilnehmende gewonnen werden konnten, wurde die ursprüngliche Begrenzung auf die Durchführungs- und angrenzenden Gemeinden erweitert. Die Gruppe konnte wie eingepplant gestartet und durchgeführt werden. Die erste psychoedukative Sitzung war für den grössten Teil der Gruppenteilnehmer eine grosse Herausforderung und es kam zu Spannungen und schweren Gefühlen unter den Teilnehmenden. Trotzdem konnten die geplanten Inhalte durchgeführt werden. Zwischen der ersten und der zweiten Sitzung kam es zu vier Dekompensationen und Krisen, welche durch die ambulante Pflege im Einzelsetting aufgefangen werden musste. Drei Personen wollten die Gruppe bereits nach der ersten Sitzung abbrechen, zu hoch waren die Angst und die Anspannung. Trotz allen Widrigkeiten nahmen dennoch alle Gruppenmitglieder an der zweiten Sitzung teil. Aufgrund der Vorkommnisse musste allerdings vom geplanten Inhalt abgewichen werden. Störungen

und Ängste waren so dominant, dass diese zuerst besprochen und behoben werden mussten. Ab der dritten Sitzung war es möglich, weiter nach Modul Plan zu arbeiten. Letztendlich fehlte aber die Zeit, um alle Module, wie vorgesehen, durchzuführen. Bis zur vierten Sitzung waren immer alle acht Teilnehmenden anwesend. Bei der fünften Sitzung fehlte eine Person aufgrund von Krankheit und eine zweite Person brach die Gruppe ab, weil sie sich inhaltlich unterfordert fühlte. Somit kam es zu einem Drop Out, welcher aber die Evaluation trotzdem ausfüllte. Auch diese Angaben wurden in die Ergebnisse mit einbezogen. Als positiver Effekt beschrieben die Teilnehmenden vor allem den Austausch unter den Betroffenen. Dies habe ihnen gezeigt, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind oder sie erfuhren von anderen Patienten Umgangsmöglichkeiten mit Symptomen. Die Lerninhalte wurden ebenfalls als bereichernd empfunden, vor allem in der Diskussion und weniger anhand des Skriptes. Diese Beschreibungen wurden in den Kommentarspalten der Evaluation oder mündlichen Feedbacks entnommen.

#### **4.2 Wirkung und Ergebnisse**

Die Evaluation der Wirkung der Psychoedukationsgruppe wurde gemäss den Beschreibungen im Methodenteil beurteilt. Nachfolgend werden die einzelnen Faktoren kommentiert und zusammenfassend dargestellt.

*Erfassung, ob die Gruppe mit 4 - 8 Patientinnen und Patienten durchgeführt werden kann und in welcher Zuverlässigkeit die sechs Abende von den Teilnehmenden besucht werden.* Die Psychoedukationsgruppe konnte mit sieben Patientinnen und einem Patienten durchgeführt werden. Die sechs Abende wurden mit einer Zuverlässigkeit von 94 % besucht. Eine Person war einmal durch eine Grippe verhindert, eine zweite Person schied nach der vierten Sitzung aus und fehlte bei den letzten beiden Durchführungsterminen.

*Beobachtung, Befragung und Dokumentation, ob sich Netzwerke wie Fahrgemeinschaften, Treffen ausserhalb der Gruppe, Telefonkontakte usw. bilden.*

Beobachtungen und Befragungen ergaben, dass sich zwei Fahrgemeinschaften mit insgesamt vier Personen gebildet haben. Sonstige Kontakte unter den Teilnehmenden, die zwischen den Gruppensitzungen stattgefunden haben, gab es keine. Durch die Methodik

wurde im Modul vier versucht, Teilnehmende durch Kleingruppenarbeiten miteinander bekannt zu machen. In den Rückmeldungen (siehe Abbildung 3) wurde von fünf Teilnehmenden die Frage nach der Vernetzung mit anderen Teilnehmenden als negativ bewertet.

*Die Teilnehmenden werden an jedem Abend nach dem Wissen und den Erkenntnissen der letzten Gruppensitzung befragt. Der Verlauf wird dokumentiert.*

Die Sichtung der Dokumentationen über die Befragungen zu den letzten Modulen zeigte, dass die strukturierten Inhalte weniger zu einem Wissenszuwachs geführt hatten als erwartet. Trotzdem kam es zu einem Zuwachs an Erfahrungswissen, welches die Teilnehmenden aus den Gesprächen über die Inhalte gezogen hatten. Es stellte sich aber durchaus die Frage nach der Methodik über die Vermittlung der Inhalte.

*Am letzten Abend erhalten die Teilnehmenden einen halbstrukturierten Fragebogen, um der Kursleitung schriftlich und anonymisiert Rückmeldung zu erstatten.*

Die Rückmeldungen wurden von allen Teilnehmenden ausgefüllt und abgegeben. Der Rücklauf betrug somit 100 %. Obwohl die Gruppengröße von acht Personen nur bedingte Rückschlüsse zulässt, sind Tendenzen wahrzunehmen und Veränderungsmöglichkeiten daraus abzuleiten.

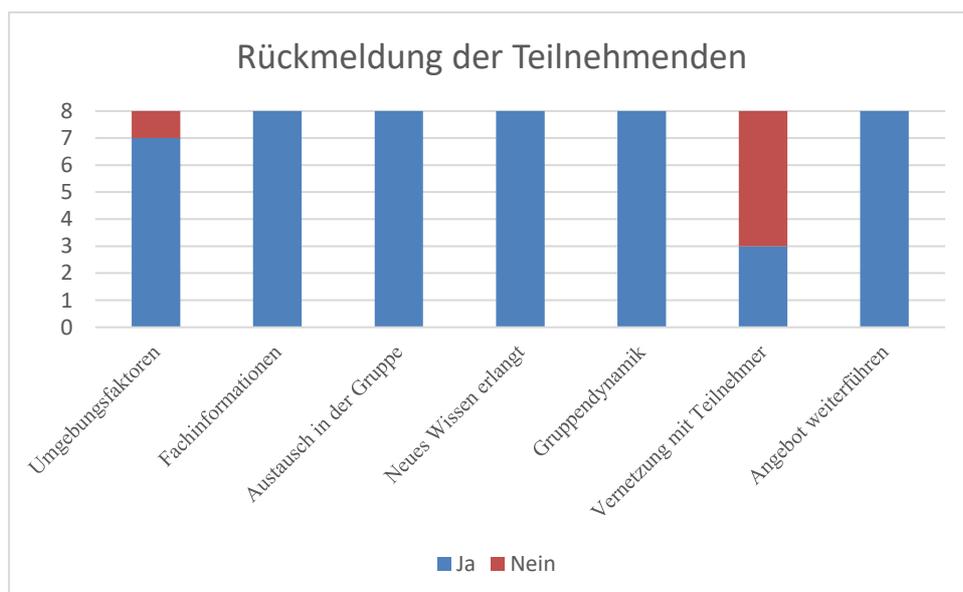


Abbildung 3: Grafische Darstellung der schriftlichen Befragung der Gruppenteilnehmer

## 5 Diskussion

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die Psychoedukation im ambulanten Setting als Gesundheitsförderungsprojekt durchgeführt werden kann. Das Prinzip des Settingansatzes, welches das Projekt auf ein Quartier oder eine Gemeinde beschränkt, kann in der ambulanten Pflege kaum aufrechterhalten werden. Zu gross ist das Tätigkeitsgebiet, aus dem die Patientinnen und Patienten kommen. Insbesondere wurde das Projekt erschwert, weil die Gemeinde und die Kantonale Spitex das Angebot nicht unterstützten. Es wäre möglich, über den Sozialdienst oder die Spitex Teilnehmer zu gewinnen, ohne diese Unterstützung ist das Projekt erschwert. Dennoch gelang es, genügend Patienten zu gewinnen, die lokale Begrenzung musste dafür jedoch erweitert werden. Anhand des Projektplanes ist zu entnehmen, dass die Planung, Durchführung und die Auswertung in einem relativ kurzen Zeitraum stattgefunden haben. Insbesondere die Bewerbung des Angebots fiel kurz aus. Durch diesen zeitlichen Druck musste von der ursprünglichen Planung abgewichen werden. Die Vernetzung der Teilnehmenden wurde von einem grossen Teil als nicht erfüllt beurteilt. Da dies ein Ziel dieses Projektes war, braucht es weiterführende Gedanken, wie dies erreicht werden kann. Ebenso gestaltete es sich schwer herauszufinden, inwiefern ein Wissenszuwachs stattgefunden hat. Auf der strukturierten kognitiven Ebene war zu beobachten, dass Teilnehmer Wissen nicht eins zu eins wiedergeben konnten. Im Einzelsetting war hingegen hörbar, dass Patienten Inhalte als verinnerlichtes Wissen wiedergeben konnten. Insgesamt kann beobachtet werden, dass die Psychoedukationsgruppe viele positive Ergebnisse erzeugte, teilweise in einem anderen Rahmen als erwartet. Es waren eher die gruppendynamischen Aspekte und das Erfahrungswissen, welches die Teilnehmenden voneinander generierten und einen guten Effekt zeigten. Dies sind allerdings schwer beweisbare Aspekte. Es ist zu beachten, dass dieses Pilotprojekt mit einer relativ kleinen Population durchgeführt wurde. Dementsprechend sind die Ergebnisse nicht repräsentativ und zeigen höchstens Tendenzen auf, welche weiter untersucht und überprüft werden müssen.

## 6 Schlussfolgerung

Es ist wichtig, bei einer erneuten Durchführung mehr Zeit einzuberechnen. Vor allem die Vorlaufzeit mit der Patientenbewerbung braucht eindeutig mehr Zeit als in diesem Projekt angenommen wurde. Auch sollte in dieser Phase mehr Gewicht auf die Vernetzung mit den lokalen Behörden und Ämtern gelegt werden. Dazu braucht es mehr Diskussionszeit und mehr Auseinandersetzung mit den gegenseitigen Erwartungen. Das Ziel der reinen Wissensvermittlung muss überprüft werden. Die teilnehmenden Menschen konnten viel darüber lernen, wie sie sich zum Beispiel in neuen Situationen mit fremden Menschen verhalten können und welche Abwehr- und Bewältigungsmuster in herausfordernden Situationen zum Tragen kommen. Die Teilnehmenden konnten auch erfahren, was es bedeutet, wenn jemand die Abmachung der Teilnahme nicht einhält und was dies in der Gruppe auslöst. Sehr häufig wurde genannt, dass es gut war zu hören, dass man mit der Depression und den jeweiligen Symptomen nicht alleine ist und dass andere die gleichen Dinge erleben. Diesbezüglich muss bei einer erneuten Durchführung der Aspekt der Vernetzung mehr berücksichtigt werden. Dies geschieht bei dieser Population nicht einfach so, sondern muss aktiv unterstützt werden.

Das Projekt Psychoedukation bei depressiven Menschen ist aus meiner Sicht ein Erfolg und wird erneut durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten erlebten positive Effekte, was eine Weiterführung des Angebotes sinnvoll macht.

## 7 Quellenverzeichnis

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., & Simon, G. (2003). *Treating depression in primary care in low-income women in Santiago Chile: A randomised controlled trial*. London: Lancet, S. 995 - 1000.
- Baer, N., Schuler, D. & Füglistner-Dou, S. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bundesamt für Statistik (2016). *Gesundheit der Bevölkerung – Daten, Indikatoren*. Retrieved January 30, 2017 from: Psychische Gesundheit: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- DGPPN (2015). *S3 Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression*. Retrieved December 10, 2016 from. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)
- Finklenburg, U. *Verein Ambulante Psychiatrische Pflege*. Retrieved January 30, 2017 from: <http://www.vapp.ch/>
- Kreiner, B., Rothenhäusler, H. & Wisiak, U. (2008). *Psychoedukation bei PatientInnen mit depressiven oder psychotischen Störungsbildern. Auswirkung auf spezifische Parameter von Lebensqualität, Compliance und krankheitsbezogenem Wissen*. Graz: Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie.
- Kreiner, B., Baranyi, A., Stepan, A. & Rothenhäusler, H. (2012) *Psychoedukation und Lebensqualität: Eine Erweiterung der Grazer Evaluationsstudie (Teil 2)*. Austria: Springer-Verlag.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2003). *Psychoedukation Depressionen*. München: Urban und Fischer Verlag.
- Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2013). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies*. European Neuropsychopharmacology, August 2005, S. 357–376.

## 8 Anhang

### 8.1 Inhalte psychoedukativer Module (Schaub, Roth, & Goldmann, 2013):

Modultitel	Inhalte
<b>Modul 1:</b> Einführung  Die Symptome und Ursachen der Depression	Begrüßung; Vorstellung der Teilnehmenden  Klassifikationen der Depressionen; Erfahrungen der Teilnehmenden; Erläuterung der Symptome; Erarbeiten von Bewältigungsressourcen  Das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell
<b>Modul 2:</b> Behandlung der Depression  Zusammenhang Verhalten, Gefühle	Funktionsweise der Nervenzellen; Wirkung der Antidepressiva; andere Psychopharmaka; Nebenwirkungen und Selbsthilfestrategien; andere medizinische Behandlungsmöglichkeiten; Psychotherapeutische Ansätze  Teufelskreismodell der Depression; Depressionsspirale und Antidepressionsspirale
<b>Modul 3:</b> Aufbau positiver Aktivitäten  Gleichgewicht zwischen Anforderungen und positiven Aktivitäten	Kriterien zur Planung positiver Aktivitäten  Bedeutung des Gleichgewichtes zwischen positiven Aktivitäten und Anforderungen
<b>Modul 4:</b> Zusammenhang zwischen Denken und Fühlen  Veränderung automatischer depressiver Gedanken	Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie; die Kognitive Triade; das A-B-C Schema  Gedankliche Verzerrungen und deren Veränderungen; die Spaltentechnik zur Veränderung automatischer depressiver Gedanken
<b>Modul 5:</b> Bedeutung depressionsfördernder Grundüberzeugungen  Veränderung depressionsfördernder Grundüberzeugungen	Automatisch depressive Gedanken und depressionsfördernden Grundüberzeugungen; typische depressionsfördernde Grundüberzeugungen  Erkennen der depressionsfördernden Grundüberzeugungen; verändern der depressionsfördernden Grundüberzeugungen
<b>Modul 6:</b> Rückfallprophylaxe  Nachsorge	Frühwarnsymptome; Krisenplan; medikamentöse Rückfallprophylaxe  Umgang mit der Erkrankung im sozialen Umfeld

## 8.2 Abschlussevaluation

### 1. Die Umgebungsfaktoren wie Räume, Skripte und Gruppenzeiten waren angemessen.

- Trifft völlig zu     
  Trifft teilweise zu     
  Trifft eher nicht zu     
  Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

### 2. Die präsentierten Fachinformationen waren bedarfsgerecht und hilfreich.

- Trifft völlig zu     
  Trifft teilweise zu     
  Trifft eher nicht zu     
  Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

### 3. Der Austausch in der Gruppe war hilfreich und relevant für den Alltag zu Hause.

- Trifft völlig zu     
  Trifft teilweise zu     
  Trifft eher nicht zu     
  Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

### 4. Ich konnte durch dieses Gruppenangebot neues Wissen erlangen.

- Trifft völlig zu     
  Trifft teilweise zu     
  Trifft eher nicht zu     
  Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

**5. Ich habe mich in der Gruppe wohl gefühlt und konnte mich einbringen, wenn ich wollte.**

- Trifft völlig zu       Trifft teilweise zu       Trifft eher nicht zu       Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

**6. Ich konnte mich mit anderen TeilnehmerInnen vernetzen.**

- Trifft völlig zu       Trifft teilweise zu       Trifft eher nicht zu       Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

**7. Dieses Angebot soll weitergeführt werden.**

- Trifft völlig zu       Trifft teilweise zu       Trifft eher nicht zu       Trifft gar nicht zu

**Kommentar:**

---

**8. Was ich sonst noch sagen möchte:**

### 8.3 Beurteilung der Studie «Psychoedukation und Lebensqualität» nach Behrens, J., & Langer, G. (2010)

Quelle: ..... Neuropsychiater (2012) 26/1: 15–22 DOI 10.1007/s40211-012-0005-y © Springer-Verlag 2012  
 Psychoedukation (PE) bei depressiven bzw. psychotischen PatientInnen zu vergleichen, Unterschiede zu be-  
 Forschungsfrage: ..... schreiben und spezifische Variablen zu identifizieren, die eine Zufriedenheit mit PE fördern.

#### Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> Die Zuweisung erfolgte über behandelnde Ärzte grösstenteils aus Kliniken. Die Zuteilung erfolgte anhand der Diagnosen und anhand von Vorgesprächen.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up &gt; 80%?</i> Anfänglich wurden 75 Patientinnen und Patienten in die Studie aufgenommen, 49 in die Depressionsgruppe und 26 in die Psychosegruppe. Drop Out ist nicht beschrieben respektive es wird auf eine andere Studie verwiesen.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Es gab in dieser Studie keine Kontrollgruppe, da es ein Vergleich zwischen zwei Gruppen von Patienten war. Dementsprechend gab es keine Verbindung.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich stark in der Gruppengrösse. Der Anteil an Männern und Frauen war ausgeglichen.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unabhängig, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen haben?</i> Beide Gruppen wurden nach gleichem Prozedere behandelt. Es gab keine Kontrollgruppe. Es gab eine grosse Anzahl von Diagnose-Varianten, die einbezogen wurden. Dies könnten die Ergebnisse beeinflussen oder verflüssigen.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> Die Zuteilung erfolgte anhand der gestellten Diagnosen. Es gab keine Randomisierung und keine Kontrollgruppe.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> Die Gruppengrösse und die Zuweisungsarten via Klinik und gestellten Diagnosen waren ungünstig. Der Effekt ist nicht repräsentativ.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Ergebnisse bestätigen andere Untersuchungen und Studien zur Effektivität von Psychoedukation. Die Dissertation von Kreiner B. scheint ein starkes Gewicht für viele Untersuchungen zu haben. Dies könnte ein Bias darstellen.

#### Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z. B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> Bei depressiven Patientinnen und Patienten gab es eine Verbesserung der Lebensqualität und der Psychopathologie. Im krankheitsbezogenen Wissen konnten sich beide Gruppen gleich signifikant steigern. Die Effekte sind differenziert dargestellt.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> Die p-Werte sind erwähnt und die Zufallswahrscheinlichkeit wurde untersucht.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Die Ergebnisse sind präzise dargestellt. Die Effekte wurden mittels Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung gewonnen. Dies könnte eine positive Verzerrung darstellen, weil die Teilnehmenden gefallen möchten und etwas Besonderes waren.

#### Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Die Ergebnisse sind auf das Projekt der Psychoedukation bei depressiven Patientinnen und Patienten übertragbar und es sind ähnliche Effekte zu erwarten.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Es ist nicht genau geklärt, was die Teilnehmenden in der Zeit zwischen den Psychoedukationen für ihre Gesundheit machten. Ansonsten sind für mich alle wichtigen Ergebnisse mit einbezogen.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Die Kosten-Nutzen-Analyse stimmt. Es kann mit relativ geringem Aufwand und keinen Nebenwirkungen ein grosser Effekt erreicht werden.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

#### 8.4 Einverständniserklärung

Bei Arbeiten, die tatsächlich existierende Patientendaten enthalten ist, unbedingt eine Einverständniserklärung der beschriebenen Patienten schriftlich einzuholen. Eine Vorlage finden Sie im Moodlekurs Startseite Weiterbildung (<https://moodle.bfh.ch/course/view.php?id=8128>). In der Arbeit, die Sie an der BFH einreichen oder sonst wie weitergeben, fügen Sie nachfolgende Erklärung ein:

Ich, Mario Rigo, bestätige die an dieser Arbeit beteiligten und darin beschriebenen Patientinnen und Patienten vollständig über meine Arbeit informiert zu haben. Ich habe alle entsprechenden Informationen vollständig anonymisiert. Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten kann bei mir eingesehen werden.



Mario Rigo

Hünenberg, 23.4.2017

## 8.5 Selbständigkeitserklärung

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit,

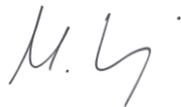
- sämtliche Stellen der vorliegenden Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben;
- die beschriebenen Fallbeispiele und Tatsachen tatsächlich vorhanden und wahrheitsgetreu beschrieben wurden;
- sämtliche fremden Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommenen Texte, Grafiken, Abbildungen und/oder Gedanken ausnahmslos als solche kenntlich gemacht zu haben;
- die vorliegende Arbeit bisher weder ganz noch in Teilen oder in ähnlicher Form, weder an der Berner Fachhochschule oder an einer anderen Bildungsinstitution vorgelegt zu haben.

Ich bin mir bewusst, dass es sich bei Plagiarismus um schweres akademisches Fehlverhalten handelt, das Sanktionen bis zum nachträglichen Entzug des erworbenen akademischen Titels nach sich zieht.

Titel der Arbeit: Psychoedukative Gruppenarbeit bei depressiven Patienten

Name, Vorname Rigo Mario

Hünenberg, 23.4.2017



## 8.6 Einwilligung zur Ausleihe

Ich als Verfasser / Verfasserin der Arbeit mit dem Titel,  
Psychoedukative Gruppenarbeit bei depressiven Patienten

- bin einverstanden, dass die vorliegende Arbeit ausgeliehen werden darf
- bin **nicht** einverstanden, dass die vorliegende Arbeit ausgeliehen werden darf



Rigo Mario

Hünenberg, 23.4.2017