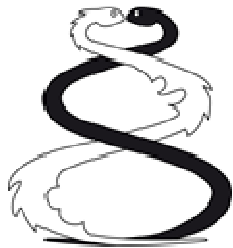


ZUSAMMENFASSUNG



Psychoedukative Gruppenarbeit mit Depressiven im trialogischen Setting Eine Anwendungsbeobachtung

Autorin: Anita Granig

Betreuer: Elke Mesenholl- Strehler, P.C. Endler

1.1 EINLEITUNG

Hintergrund und Stand des Wissens

Der Begriff „Trialog in der Psychiatrie“ wurde auf dem 14. Weltkongress für soziale Psychiatrie in Hamburg 1994 geprägt und eingeführt. Gefordert wurde eine gleichberechtigte Kommunikation zwischen den psychiatrienerfahrenen Menschen, ihren Angehörigen und den Fachleuten. Dabei sollte es nicht um eine therapeutische Methode gehen, sondern um eine neue Beteiligungskultur: das Gespräch auf Augenhöhe. Alle Beteiligten sind Lernende und bereit zu einem Perspektivenwechsel im Denken und Handeln.

Der Begriff der Psychoedukation wurde in der Psychiatrie erst in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts aus dem englischen Sprachraum übernommen. Der Begriff „Eduktion“ ist abgeleitet von dem lateinischen Wort „educere“, das wörtlich übersetzt „herausführen“ heißt. Patienten oder deren Angehörige werden aus dem Zustand der Unwissenheit und der Unerfahrenheit „herausgeführt“ und es ist ganz allgemein der Versuch, komplizierte medizinisch-wissenschaftliche Fakten so zu übersetzen, dass sie von Patienten oder deren Angehörigen gut verstanden werden.

Wichtige Elemente in der Psychoedukation sind Informationsvermittlung, emotionale Entlastung, Unterstützung einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung und Hilfe zur Selbsthilfe. Bisher beispielsweise untersucht wurden Patienten mit Schizophrenie, Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Der Nutzen dieser Behandlungsform ist für einige dieser Diagnosegruppen zunehmend überprüft, es gibt positive Evaluationsergebnisse aus Einzelstudien (Bäumel, Pitschel-Walz, Stengler-Wenzke 2002). Die Belastung der Angehörigen von Patienten mit einer Depression sind – wie einige Untersuchungen zeigen – enorm (Daley et al. 1992; Perlick 1999). Daher wird in dieser Studie der Versuch unternommen, die Angehörigen direkt in das psychoedukative Kommunikationsgeschehen bei depressiven Patienten miteinzubeziehen. Dieses erweiterte Unterfangen gilt bisher so gut wie noch gar nicht untersucht und ist zu einem zentralen Forschungsfaktor dieser Arbeit geworden. Die Autorin möchte

in dieser Arbeit weiteres untersuchen, ob es durch diesen „Trialog in der Psychoedukation“ zu einer verstärkten Wirksamkeit bei der Bewältigung der Erkrankung „Depression“ kommt.

Forschungsfrage (n)

Hauptfragestellung

1. Dient der Trialog in der Psychoedukation zur besseren Krankheitsbewältigung bei Patienten mit depressiven Störungen? Hier soll auch die Frage nach der Veränderung der Symptomatik angeschlossen werden.
2. Verändert sich durch die Teilnahme an den trialogischen psychoedukativen Gruppen das krankheitsbezogene Wissen von Patienten und Angehörigen?

Sekundäre Fragestellung

1. Kann durch die trialogische Kommunikationsstruktur die Wirksamkeit von Psychoedukation verstärkt werden?
2. Wie sind Erreichungsquoten, Akzeptanzquoten bei Angehörigen und PatientInnen?
3. Stellt die trialogische Psychoedukation ein Rezidivrisiko für die Krankheitserfahrenen dar?

1.2 METHODIK

Design

Die vorliegende Studie versteht sich als Anwendungsbeobachtung bei der 40 depressive Patienten teils stationär oder teilstationär, konsekutiv eingeladen wurden, an 8 Sitzungen einer psychoedukativen Gruppe teilzunehmen. Alternierend wurden sie vom behandelnden Arzt dem trialogischen psychoedukativen Arm (d. h. ein Angehöriger ihres Vertrauens begleitete die Intervention) und dem herkömmlichen dialogischen psychoedukativen Arm (Patient und Therapeut) zugewiesen. Damit sollte ein Randomisieren der Kollektive erreicht werden.

Einschlusskriterien waren die Diagnosegruppen der ICD 10 F 32 depressive Episode und F 33 –rezidivierende depressive Episode, das heißt Patienten mit einer Depression, für die eine medikamentöse Behandlung indiziert ist. Ausschlusskriterien waren das Vorliegen von akuter Suizidalität und keine ausreichende Deutschkenntnisse.

Die kognitiven Störungen sollten soweit abgeklungen sein, dass der Patient einfachen Gesprächen folgen konnte und in der Lage war, sich verbal zu äußern. Die innere Unruhe sollte soweit abgeklungen sein, dass sich der Patient mindestens eine Stunde in der Gruppe aufhalten konnte.

Die Patienten, wie auch deren Angehörige bearbeiteten zu zwei Messzeitpunkten die Fragebögen mittels Eingangstests bei Gruppensitzung 1 und Abschlusstests bei Gruppensitzung 8 (Gruppen-

abschluss). In die Auswertung mit eingeschlossen wurden alle Patienten und Angehörige, die mindestens sechs der acht Gruppensitzungen absolviert hatten.

Durchführung

Alle Patienten und deren Angehörige wurden vom Psychiater über Zweck, Ablauf und Bedeutung der Untersuchung mündlich aufgeklärt. Ziel der Studie sei es, das gegenwärtige psychoedukative Behandlungsangebot auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Für die Krankheitserfahrenen und deren Angehörigen wurden jeweils spezifische Fragebögen als Messinstrumente eingesetzt, mit dem weiteren Ziel, Daten zu vergleichen, ob die trialogische Psychoedukation in Bezug auf die Reduktion von Krankheitssymptomen, die Entwicklung von Empowerment, die Wiedererlangung sozialer Kompetenzen und die Verbesserung der exekutiven Funktionen bei den Patienten wirksamer als die „übliche“ dialogische Psychoedukation sei.

Die Entlastung der Angehörigen sollte eigens, ebenfalls im Vergleich untersucht werden, indem die Messdaten vor und nach der Behandlung jeweils erfasst und zwischen den Untersuchungsarmen verglichen wurden.

Anhand von Messinstrumenten zur Selbsteinschätzung der Befindlichkeitsänderungen während der Untersuchungsphase sollte bei den Krankheitserfahrenen ein mögliches Rezidivrisiko erfasst werden. Die Gruppen werden von einer diplomierten psychiatrischen Fachkrankenschwester und einem Facharzt für Psychiatrie geleitet

Dabei nahmen die Patienten einmal pro Woche für je 60 Minuten an insgesamt acht Einheiten teil. In beiden Gruppen - einmal trialogische geführt, d.h. Krankheitserfahrene (Patienten), deren Angehörigen sowie Therapeuten, einmal dialogische – d. h. Patienten und Therapeuten, wurde ein strukturierter Aufbau sowohl in den Einheiten als auch über die gesamte Psychoedukation eingehalten. Maximal war pro Untersuchung eine Gruppengröße von 10-12 Patienten vorgesehen. Die Gruppen wurden als geschlossen geführt, was bedeutete, dass keine Patienten neu aufgenommen werden konnten.

Die Strukturierung der Gruppen folgte den empfohlenen didaktischen Leitlinien aus den genannten Manualen nach Bäuml und Pitschel-Walz (2003). Im Mittelpunkt standen das gemeinsame Gespräch und der gemeinsame Erfahrungsaustausch zwischen Patienten bzw. Angehörigen untereinander und dem Gruppenleiter. Hierbei wurde immer wieder auf das bereits vorhandene Erfahrungswissen der Teilnehmer eingegangen. Darauf aufbauend sollten die wichtigsten wissenschaftlichen Erkenntnisse so vermittelt werden, dass die Patienten und Angehörigen einen vernünftigen Überblick über die Erkrankung, die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und die Selbsthilfemöglichkeiten bekamen.

Neben dieser Informationsvermittlung spielte die gleichzeitige emotionale Entlastung eine ganz wesentliche Rolle. Mit emotionaler Entlastung war gemeint, dass die gefühlsmäßige Betroffenheit und die Erschütterung, die mit dieser Erkrankung zwangsläufig verbunden war, entsprechend aufgefangen und bearbeitet wurde.

Statistische Analyse

Alle Ergebnisse wurden in eine Datenmaske eingegeben und mittels SPSS Programm bearbeitet. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt mittels Varianzanalysen, allgemein lineares Model. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Berechnungen mit $p < 0,05$ festgesetzt.

1.3 ERGEBNISSE

In multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung getrennt für beide Gruppen zeigte sich bei den depressiven Probanden nach der Psychoedukation eine signifikante Verbesserung der psychischen Beschwerden, der Befindlichkeitsergebnisse, des krankheitsbezogenen Wissens und der Ausprägung der Depressivität. Es kam in beiden Behandlungsweisen zu einer hoch signifikanten Reduktion der depressiven Krankheitssymptome, d.h. es kam hier zur Verringerung der Beschwerden in den Beurteilungsskalen HAMD, BSI und BfS. Es kam in beiden Gruppen bei der Abschlussbefragung zu einer Zunahme des subjektiven Wohlbefindens der Probanden bzw. zu einer Abnahme der depressiven Symptomatik.

Eine überwältigende Mehrheit der teilnehmenden Patienten empfahl die Teilnahme an der Psychoedukation weiter und erlebte den Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen als sehr hilfreich. Wie in den Ergebnissen dargestellt, verbesserten sich die aktuellen, depressiven und selbsteingeschätzten Symptome der Teilnehmer während der Psychoedukation in allen Bereichen. Eine Verbesserung ließ sich auch in sämtlichen Fremdbeurteilungsskalen nachweisen.

Die Hypothese, dass die Patienten nach der Intervention trialogischer Psychoedukation weniger krankheitsbezogene Symptome haben, als die Patienten mit der herkömmlichen Form der Psychoedukation, ließ sich in der vorliegenden Studie allerdings nicht generell bestätigen. Beim Gruppenvergleich zeigte sich in Bezug auf die Ausgangshypothese, dass die trialogische Form der Psychoedukation im Hinblick auf Wissenszuwachs und auf die Reduktion von Krankheitssymptomen, in einigen Kategorien (Ängstlichkeit, Somatisierung und Aggressivität) wirksamer, als die dialogischen Form der Psychoedukation war (Abb. 1).

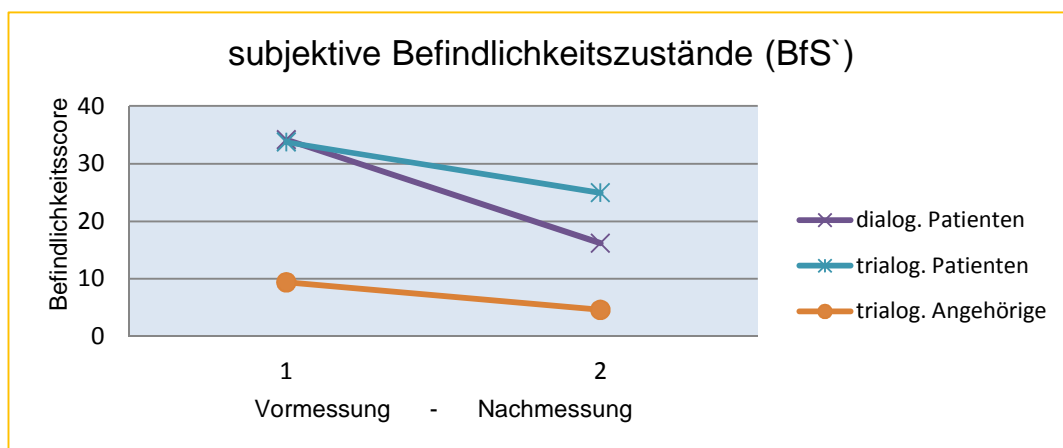


Abb. 1 Befindlichkeitsveränderungen nach Psychoedukation

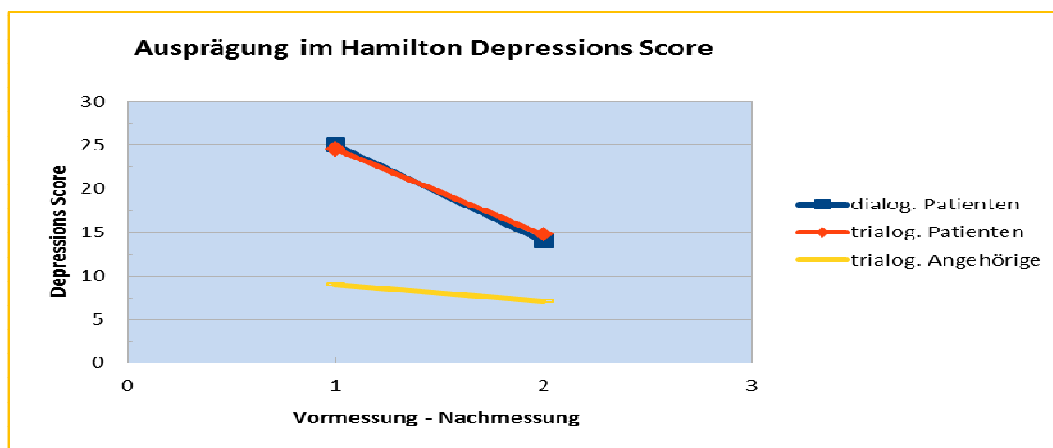


Abb. 2 Wissensvermittlung bei Psychoedukation

1.4 DISKUSSION

Primäres Ziel der vorliegenden Studie war es, zum einen die Wirksamkeit der trialogischen Form der Psychoedukation im Vergleich zur herkömmlichen Form der Psychoedukation zu überprüfen, und zum anderen herauszufinden, welche Patientengruppe dadurch die „bessere Krankheitsbewältigung“ bei Depressionen zeigt.

Es wurden in der Folge die Variablen im Feedbackbogen: „Erfahrungen machen, dass es anderen ähnlich geht“; „Austausch über Beschwerden und hilfreiche Strategien im Umgang mit der Erkrankung“; „Bereicherung durch Erfahrung anderer“; „Suche nach sozialer Einbindung“; „Rückmeldungen und Ermutigungen von Teilnehmern und Therapeuten“ größtenteils als eine große „Bewältigungshilfe“ in beiden Patientengruppen, im ungefähr gleich hohem Ausmaß, erlebt und als Unterstützung postuliert.

Einen weiteren und wesentlichen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung zeigte aber auch die Anwesenheit und Unterstützung der Angehörigen in der trialogischen Gruppe. Dort erlebten 19 von 20 Patienten die Teilnahme ihres Angehörigen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung als „sehr sinnvoll“, und „sehr hilfreich“. 19 von 21 Patienten in der nichttrialogischen Gruppe hätten sich laut der Befragung, eine „Angehörigenbegleitung gewünscht“ und deren Teilnahme als „äußerst hilfreich“ bei der Krankheitsbewältigung empfunden.

Durch die Informationsvermittlung bei der trialogischen Gruppe gelang besonders die emotionale Entlastung der PatientInnen. Dort gaben 89% der Befragten an, dass durch den Austausch innerhalb der trialogischen Gruppe ihre sozialen Kompetenzen im Umgang mit Mitmenschen geschult und auch persönliche Anliegen und Probleme, die sehr oft im Zusammenhang mit der eigenen Person und dem Umfeld standen, enorm verbessert werden konnten.

Mit der Durchführung von trialogischen psychoedukativen Patientengruppen konnte in weiterer Folge die Förderung des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung erreicht und verbessert werden. Ein gut informierter Patient und ein gut informierter Angehöriger, die gelernt haben, durch Veränderung ihrer Einstellungen und ihrer Lebensweise auf ihre Stimmungslage aktiv einzuwirken, auftretende Beschwerden rechtzeitig und richtig einzuordnen und entsprechende Abhilfemaßnahmen zu ergreifen, waren ein weiterer wichtiges Ziel in dieser Untersuchung. Sie waren nun in der Lage,

sich rechtzeitig Hilfe zu holen – jeder für sich - und erreichten dadurch, nicht mehr oder sehr viel seltener in einer Klinik stationär behandelt oder begleitet zu werden.

Trotz großer Forschungsanstrengungen ist es bis heute kaum möglich, eindeutige allgemeine Aussagen über die Wirksamkeit einzelner Bewältigungsstrategien bei Depression zu machen (Heim 1998). In der dialogischen Psychoedukation bei depressiven Patienten kommt es zu vermehrtem gegenseitigen Verständnis und zur notwendigen Abgrenzung der sehr unterschiedlichen Erfahrungs- und Wissenshintergründe der TeilnehmerInnen. Hören, Begreifen und Anerkennen unterschiedlichster Standpunkte und Erlebniswelten führen zur Erarbeitung einer gemeinsamen Sprache von Angehörigen, Psychiatrieerfahrene und Experten. Das bedeutet, dass eine Basis für die Entwicklung einer Diskussionskultur entsteht, wie sie für eine gleichberechtigte Auseinandersetzung nötig ist. Es entstehen zutiefst persönliche Prozesse der Veränderung der eigenen Einstellungen, Vorlieben, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen, um ein sinnvolles Leben zu führen. Durch den partnerschaftlichen Erfahrungsaustausch soll die Entwicklung einer neuen Lebensbedeutung und eines neuen Lebenszwecks möglich werden. Aus der Praxis kann vorgeschlagen werden, dass für die Verbesserung von Versorgung und Forschung zum Umgang mit depressiven Patienten die Einbeziehung der Betroffenen in Planung, Organisation und Praxis generell nötig ist. Die Teilnahme am "Dialog" ist die nötige "Fingerübung" für diese Entwicklung.

1.5 LITERATURVERZEICHNIS

Bäumli J, Pitschel-Walz G (2003). Psychoedukative Informationsvermittlung: Pflicht und Kür. In: Arbeitsgruppe Psychoedukation (Hrsg.), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart:Schattauer,101-123.

Hautzinger M (2000a). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 5.vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz

Ebert D, Loew T(1997). Psychiatrie systematisch. 2.Aufl.Bremen:UNI-MED Verlag

Elmer OM (1996). Psychoedukation versus Psychotherapie? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28 (4), 565-569

Fiedler P (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.