



Depression – eine Krankheit, die betroffen(e) macht

Der Einbezug von Angehörigen depressiv Erkrankter in die
ergotherapeutische Behandlung

Suppiger Renate
S14639660

Schär Fabienne
S14639488

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2014

Eingereicht am: 05.05.2017

Begleitende Lehrperson: Dr. Yvonne Treusch

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	3
1. EINLEITUNG	4
1.1 Problemstellung	4
1.2 Auswirkungen der Depression	5
1.2.1 Auf die Betroffenen	5
1.2.2 Auf die Angehörigen	6
1.3 Relevanz für die Ergotherapie	7
1.4 Fragestellung	8
1.5 Zielsetzung.....	8
2. THEORETISCHER HINTERGRUND.....	9
2.1 Begriffserklärungen.....	9
2.1.1 Patient und Klient	9
2.1.2 Angehörige.....	9
2.1.3 Expressed Emotion	9
2.1.4 Distress.....	10
2.1.5 Psychoedukation	10
2.1.6 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.....	10
2.1.7 Enablement Skills	11
2.2 Depression.....	13
2.2.1 Diagnostik	13
2.2.2 Verlauf und Prognose	13
2.2.3 Interprofessionelle Behandlungsformen	14
2.2.4 Ergotherapeutische Behandlung	14
2.3 Angehörigenarbeit	15
2.3.1 In der ergotherapeutischen Behandlung	15
2.3.2 In anderen Professionen.....	16
3. METHODIK.....	17
3.1 Beschreibung der Literaturrecherche.....	17
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	18
3.3 Studienwahl	19
3.4 Gewählte Studien mit Begründung	20
3.5 Bearbeitung der Literatur	21
4. ERGEBNISSE	24
4.1 Kurzbeschriebe der gewählten Studien	24
4.2 Behandlungsarten für den Einbezug der Angehörigen	25
4.3 Messinstrumente der gewählten Studien	30
4.1 Effekte	34
4.4.1 Körperfunktionen.....	34

4.4.3 Aktivität und Partizipation	36
4.4.4 Umweltfaktoren	38
5. DISKUSSION	42
5.1 Kritische Würdigung der Ergebnisse.....	42
5.2 Übertrag der Ergebnisse auf die Ergotherapie.....	46
6. SCHLUSSFOLGERUNG	50
6.1 Beantwortung der Fragestellung	50
6.2 Empfehlungen.....	52
6.3 Limitationen.....	53
6.4 Fazit	54
7 WORTZAHL	54
8. DANKSAGUNG	55
9. QUELLENVERZEICHNIS.....	56
9.1 Literaturverzeichnis.....	56
9.2 Abbildungsverzeichnis	65
9.3 Tabellenverzeichnis.....	65
10. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	66
11. ANHANG	67
11.1. Glossar	67
11.2 Keywordtabelle	71
11.3 Suchmatrix.....	73
11.4 Begründungen für den Ein- oder Ausschluss der gefundenen Literatur	82
11.5 Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien	83
11.6 Gütebeurteilung der Messinstrumente und Testverfahren	131
11.7 Zuordnung der Effekte nach ICF-Core-Set Depression	138

Zur besseren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wird bei der Bezeichnung von Personen immer die männliche Form für beide Geschlechter verwendet. Die weibliche Form wird lediglich benutzt, wenn es sich explizit nur um Frauen handelt. Zentrale Begriffe sind bei Erstnennung mit einem Asterisk (*) markiert und werden im Glossar (Anhang 11.1) erläutert.

Abstract

Einleitung: Eine Depression beeinträchtigt Betroffene und Angehörige. Der Einbezug der Angehörigen in die Behandlung reduziert subjektive Belastungen und Sorgen, beeinflusst den Krankheitsverlauf günstig, fördert die Compliance, Reintegration und Entstigmatisierung. Angehörige werden trotzdem nur selten einbezogen.

Ziel: Zusammentragen der Art und Weise und Auswirkungen von Angehörigenarbeit auf depressiv Erkrankte und deren Angehörige, die auf externer Evidenz beruhen. Darauf basierend werden Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis abgegeben.

Methode: Für die systematische Literaturrecherche wurden sieben medizinisch-therapeutische Datenbanken konsultiert, sowie das Schneeballprinzip angewendet. Nach Prüfen der Ein- und Ausschlusskriterien und der kritischen Bearbeitung der Literatur wurden sechs Studien zur Erreichung des Ziels aufgenommen. Die Ergebnisse wurden mittels ICF (2005) gegliedert. Der Übertrag auf die Ergotherapie fand durch die Zuordnung der „Enablement Skills“ (Townsend & Polatajko, 2007) statt.

Ergebnisse: Im Rahmen von Paartherapie, Einzel- und Mehrfamiliengruppen oder von Psychoedukationsgruppen (mit oder ohne den Klienten) können die Angehörigen einbezogen werden. Die Behandlungsansätze resultieren mit positiven Effekten bezüglich Rückfall, Remission, Schweregrad der Depression, Beziehungszufriedenheit und „Expressed Emotions“.

Schlussfolgerung: In der Ergotherapie können eine konzeptuelle Verankerung, systematische Erfassung der Familiensituation, Erweiterung der Fachkompetenz und interprofessionellen Zusammenarbeit angestrebt werden. Zudem der Aufbau betätigungsbezogener Familientherapien und die Vermittlung externer Angebote.

Keywords: depression, depressive disorder, family therapy / intervention, occupational therapy

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Schätzungsweise 30,3 Millionen Menschen leiden in Europa an einer Depression (Schuler & Burla, 2012). In der Schweiz betrifft die Erkrankung im Lebensverlauf etwa jede fünfte Person. Mit 2,5 Fällen pro 1'000 Einwohnern zählt die Depression zu der am häufigsten behandelten psychiatrischen Diagnose in Schweizer Spitälern und verursacht die meisten Pflage tage (Schuler, Tuch, Buchser & Camenzind, 2016).

Depressionen weisen nach Schuler et al. (2016) häufig einen wiederkehrenden oder chronischen Verlauf auf und können mit grossem Leiden, Behinderungen in Alltag, Beziehungen und Beruf sowie mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden sein. Die Gesellschaft reagiert gegenüber psychisch erkrankten Menschen oft mit sozialer Distanz, wodurch sich die Betroffenen isoliert fühlen und unter dem Zustand der Stigmatisierung* leiden (Lauber & Sartorius, 2007). Nach Radfar, Ahmadi und Fallahi Khoshknab (2014) leidet nicht nur die betroffene Person unter der psychischen Störung, sondern auch deren Familienangehörige. Im Zusammenhang mit der rasant zunehmenden Enthospitalisierung* psychiatrischer Klienten nach Einführung differenzieller Psychopharmaka Mitte letztes Jahrhundert rückten die Angehörigen, beziehungsweise Familien der Erkrankten aufgrund ihrer Betreuungsaufgaben und der daraus resultierenden Belastung einerseits, sowie ihrer postulierten Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf andererseits, in den Blickpunkt (Becker, 2009). Die Zahl der behandelten Klienten hat nach dem Bundesamt für Statistik [BFS] (2013) im ambulanten Bereich in den vergangenen Jahren tendenziell zugenommen. Im stationären Bereich hingegen ist der Anteil der hospitalisierten Klienten mit einer psychiatrischen Diagnose relativ stabil geblieben (BFS, 2013).

Nach Becker (2009) reduziert der Einbezug von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen deren subjektive Belastungen und Sorgen. Zusätzlich wird der Krankheitsverlauf der erkrankten Person günstig beeinflusst (Becker, 2009) und die Compliance und Reintegration werden gefördert (Spiessl, Schmid, Wiedermann & Cording, 2005). Obwohl dieses Wissen heute verbreitet ist, werden Angehörige nur selten und ohne konzeptuelle Verankerung in den Krankheits- oder Rehabilitationsverlauf einbezogen und meist erst auf Initiative der Angehörigen hin (Baer, Domingo & Amsler, 2003). Nach Baer et al. (2003) würde ein vermehrter und systematischer Einbezug zur Entstigmatisierung beitragen. Schmid,

Spiessl und Klein (2006) geben an, dass der häufigste Grund für einen unzureichenden Einbezug der Angehörigen im Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen liegt und die Einstellung der Behandelnden einen grossen Einfluss hat. Seitens des Betroffenen kann laut Brent und Giuliano (2007) eine reduzierte Krankheitseinsicht oder eine Verweigerung des Einbezugs der Angehörigen die Behandlungsart beeinflussen. Nicht zuletzt gibt es seitens der Angehörigen Gründe, welche den Einbezug erschweren. Dazu zählen Terminschwierigkeiten, weite Anfahrtswege, emotionale Erschöpfung, Unsicherheit und Scheu vor der Psychiatrie, Angst vor zusätzlicher Belastung und ein geringer Bildungsstand (Brent & Giuliano, 2007).

1.2 Auswirkungen der Depression

1.2.1 Auf die Betroffenen

Psychisch erkrankte Menschen haben ihrerseits Vorurteile gegenüber anderen psychisch Erkrankten verinnerlicht und wollen nicht als Teil dieser Gruppe angesehen werden (Rüesch, 2005). Dies kann dazu führen, dass sich die Betroffenen zurückziehen, keine Behandlung beginnen, diese abbrechen oder verheimlichen (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010). Psychisch kranke Menschen sind weniger als somatisch kranke Menschen in den Arbeitsmarkt integriert, haben ein niedrigeres Arbeitseinkommen sowie ein doppelt höheres Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren (Richter, Eikermann & Reker, 2006).

Die Depression kann laut der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2016) durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein. Im schlimmsten Fall kann eine Depression zum Suizid führen (WHO, 2016). Innerhalb der Familie, des Berufs und der Freizeit kann es laut dem Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2015) zu grossen Beeinträchtigungen auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, körperlicher sowie auf der Verhaltensebene kommen. Die Belastung und der damit einhergehende Leidensdruck können für die erkrankte Person sehr gross sein (BAG, 2015). Personen, die an einer Depression leiden, fühlen einen Mangel an Interessen und herabgesetzte Energie, welche nötig wären, um eine Aktivität* durchzuführen (Creek, 2008).

1.2.2 Auf die Angehörigen

Für die Angehörigen psychisch kranker Menschen interessierte sich die Forschung lange Zeit vor allem im Hinblick darauf, welche Auswirkungen das familiäre Umfeld auf den Patienten hat. In einem Wechsel der Perspektive wurde etwa Mitte der 50er Jahre damit begonnen, die Auswirkungen psychischer Krankheit auf die Angehörigen der Patienten zu untersuchen (Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2001). Hoenig und Hamilton (1966) erkannten die Problematik und differenzierten zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren. Zu den objektiven Belastungen zählen Auswirkungen der Erkrankung, wie die Störungen des Familienalltags, notwendige Betreuungsleistungen, finanzielle Kosten und Ausfälle. Zu den subjektiven Faktoren gehört nach Hoenig und Hamilton (1966) das Ausmass, in dem sich Angehörige durch diese Situation tatsächlich belastet fühlen und einschätzen. Spiessl et al. (2005) merken an, dass die Unterstützung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen wesentlich und notwendig ist, um die Lebensqualität der Angehörigen zu verbessern und somit auch psychischen sowie physischen Gebrechen entgegenzuwirken.

Weibliche Angehörige erleben grössere Belastungen als männliche Angehörige, insbesondere, wenn sie im gleichen Haushalt mit dem psychisch Erkrankten zusammenleben (Jungbauer et al., 2001). Angehörige werden durch die Krankheit emotional gefordert, sowie zeitlich und finanziell belastet (BAG, 2015). Zudem verfügen sie über eine schlechtere Gesundheit, sind psychisch weniger ausgeglichen, konsultieren häufiger einen Arzt und sind öfter in somatischen* Spitälern hospitalisiert (Meyer, 2008). In der Partnerschaft wird aufgrund einer starken psychischen Belastung ein erhöhtes Konfliktpotential erlebt (Lischka, 2009).

Pitschel-Walz, Bäuml und Kissling (2003) gehen davon aus, dass über 40% der Angehörigen, die mit einem depressiv erkrankten Menschen zusammenleben, so belastet sind, dass sie selbst professionelle Unterstützung bräuchten. Angehörige depressiv Erkrankter geben den Interesseverlust, das Grübeln, die Ermüdung und die Hoffnungslosigkeit des Patienten sowie die Rückfallgefahr als besonders belastende Charakteristika der Krankheit an (Jungbauer et al., 2001). Nach Fiorillo et al. (2011) zählen eine deutliche Abnahme der Freizeit- und der sozialen Aktivitäten, Verlustgefühle und Sorgen bezüglich der Zukunft zu den häufigsten Symptomen der Angehörigen von depressiv Erkrankten.

1.3 Relevanz für die Ergotherapie

In der Ergotherapie soll stets der Klient in das Zentrum der Therapie gestellt werden (Dehnhardt & Schaefer, 2012). Dabei bildet die klientenzentrierte Ergotherapie nach Sumsion (1999, zit. nach Sumsion, 2000) eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient ab. Die Betätigungsziele* des Klienten sollen prioritär angegangen werden, denn diese stehen im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie. Fisher (2014) gibt an, dass klientenzentriertes Arbeiten erst möglich ist, wenn die Definition des Begriffs „Klient“ geklärt ist. Der primäre Klient stellt die Person dar, der Ergotherapie verordnet wurde. Zur Klientenkonstellation gehören der primäre Klient und weitere Personen, die mit ihm zusammen wohnen, arbeiten oder sonst eng mit ihm verbunden sind, sofern sie von dessen Betätigungsproblemen betroffen sind (Fisher, 2014). Der amerikanische Ergotherapieverband [AOTA] (2008) bestätigt, dass der Begriff „Klient“ nicht nur die Person als Individuum, sondern ebenfalls Personen in seinem nächsten Umfeld beinhaltet. Dehnhardt und Schaefer (2012) beschreiben den Prozess vom „Patienten“ zum „Klienten“ (Kapitel 2.1.1), in dem der „Klient“ und seine Angehörigen Verantwortung übernehmen und aktiv am Therapieprozess teilnehmen.

Mütsch, Schmid, Wettstein und Weil (2014) weisen darauf hin, dass Betroffene prioritär in ihrem Lebensumfeld behandelt werden und sich die Fachpersonen an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren sollen. Dazu gehört nach Mütsch et al. (2014) der Einbezug des Umfelds, um allen Beteiligten so früh wie möglich, so viel Unterstützung wie nötig geben zu können. Professionelle rehabilitative Angebote, die in einem integrierten Umfeld stattfinden, erhöhen nach Baer et al. (2003) die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen, weil sie der Diskriminierung und Stigmatisierung entgegenwirken. Nach Mütsch et al. (2014) besteht eine interdisziplinäre, professionelle Verpflichtung dafür zu sorgen, dass Menschen mit psychischen Störungen gesellschaftlich und wirtschaftlich integriert bleiben, um nicht Reintegration betreiben zu müssen und Folgekosten zu vermeiden.

Sozialer Rückzug, Arbeitsabwesenheiten und verminderte Partizipation* bezüglich Alltagsaktivitäten* können Folgen einer Depression sein (Creek, 2008). Nach Law et al. (2005, zit. nach Berding et al., 2010) ist Partizipation zu ermöglichen „das übergeordnete Ziel ergotherapeutischer Interventionen“ und findet mittels Enablement Skill „Engage“ (Kapitel 2.1.7) statt (Townsend & Polatajko, 2007). Personen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, können soziale Rollen, insbesondere die Berufs- und Partnerrolle nicht mehr

oder nur noch begrenzt wahrnehmen (Rössler, 2004). In der westlichen Gesellschaft benötigt ein Mensch Geld, um an Freizeitaktivitäten partizipieren zu können. Durch einen Mangel an verfügbarem Einkommen kann sich eine „Occupational Deprivation“* entwickeln (Lobo, 1999). Ein Mangel an bedeutungsvollen Aufgaben wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus (Whiteford, 2000). Ziel der Ergotherapie ist es, „Personen in der Durchführung bei für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen“ (Deutscher Verband für Ergotherapie [DVE], 2007) [elektronische Version].

1.4 Fragestellung

Wie und mit welchen Effekten auf die depressiv erkrankte Person und deren Angehörigen lässt sich die Angehörigenarbeit in die ergotherapeutische Behandlung integrieren?

1.5 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis zusammenzutragen, die auf externer Evidenz zum Einbezug von Angehörigen bei Depression beruhen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffserklärungen

Folgend werden relevante Begriffe der vorliegenden Arbeit erläutert.

2.1.1 Patient und Klient

Der Patient ist nach Psychrembel (2014) [elektronische Version] „im engeren Sinn eine an einer Erkrankung beziehungsweise an Krankheitssymptomen leidende Person, die medizinisch behandelt wird, im weiteren Sinn auch eine gesunde Person, die Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Diagnose oder Therapie in Anspruch nimmt“. Hingegen gilt der Klient als „Auftraggeber, Kunde beispielsweise von Rechtsanwälten oder Person, die die Leistung eines Therapeuten in Anspruch nimmt“ (Psychrembel, 2014). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Patient“ analog der gewählten Literatur verwendet. Für ergotherapiespezifische Aussagen verwenden die Verfasserinnen der Arbeit den Begriff „Klient“.

2.1.2 Angehörige

Angehörige sind nach Psychrembel (2014) [elektronische Version] „im rechtlichen Sinne mit Patienten oder Pflegebedürftigen verwandte Personen“, wobei der Angehörige beschrieben wird als „Person, die in einem Verhältnis der Nähe oder Zugehörigkeit zu anderen Personen (...) steht“ und gesetzlich nicht näher umschrieben ist.

2.1.3 Expressed Emotion

Das Konzept der „Expressed Emotions“ (EE) sagt aus, dass das Rückfallrisiko bei Personen mit einer schizophrenen Symptomatik erhöht ist, wenn sie mit nahen Familienmitgliedern zusammenleben, die ihnen gegenüber häufig starke und sowohl kritisch abwertende als auch überfürsorgliche Gefühle äussern (Simon, Clement & Stierlin, 2004). Das Konzept geht auf die Untersuchungen von Brown (1958, zit. nach Simon et al., 2004) zurück, welche zeigten, dass die Rehospitalisierung von klinisch behandelten Patienten mit schizophrener Symptomatik höher war, wenn sie zu ihren Eltern oder ihren Ehepartner zurückkehrten, als wenn sie woanders unterkamen. Brown (1959, zit. nach Simon et al., 2004) zeigte, dass der Intensität des Kontaktes und dem Grad der emotionalen Involvierung offenbar eine entscheidende Bedeutung zukommt. Ein hohes EE Level beinhaltet ein deut-

lich höheres Rückfallrisiko als ein niedriges Level (Hahlweg & Dose, 1998, zit. nach Hirsekorn, 2009) Von diesem Ansatz ausgehend wird das Konzept der EE mittlerweile auf viele Krankheitsbilder, wie die Depression, angewendet (Wahl, 2005).

2.1.4 Distress

„Distress“ wird als unangenehmer, negativer Stress bezeichnet (Häcker & Stampf, 2009, zit. nach Wolfsohn, 2011), der in einem negativen Zusammenhang mit gesundheitlichem Wohlbefinden gesehen wird (Weinert, 2004, zit. nach Wolfsohn, 2011). Jungbauer et al. (2001) setzen „Distress“ mit allgemeiner Stressbelastung der Angehörigen gleich. In Kontrast dazu wird „Eustress“ als positiver und belebender Stress beschrieben, von dem eine stimulierende und motivierende Wirkung ausgeht (Weinert, 2004 zit. nach Wolfsohn, 2011).

2.1.5 Psychoedukation

Psychoedukation ist laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] (2015) eine in der klinischen Praxis sehr häufig angewandte, aber wissenschaftlich kaum erforschte Massnahme in der Behandlung depressiver Störungen. Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und die Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (DGPPN, 2013).

2.1.6 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ [ICF] (2005) ist die Nachfolgerin der defizitorientierten „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ von 1980. Mit der ressourcen- und defizitorientierten ICF (2005) wurde das bio-psycho-soziale Modell erheblich erweitert. Dadurch kann der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt werden. Das allgemeine Ziel der ICF (2005) besteht darin in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen für die weltweite Kommunikation in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften zur Verfügung zu stellen (ICF, 2005). Die ICF (2005) besteht zum einen aus

dem Teil „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ mit zwei Komponenten „Körperfunktionen* und -strukturen“ und „Aktivitäten und Partizipation“. Der zweite Teil sind „Kontextfaktoren“ mit den zwei Komponenten „Umweltfaktoren*“ und „Personenbezogene Faktoren“. Jede Komponente besteht aus verschiedenen Domänen, die wiederum aus Kategorien bestehen, die die Einheiten der Klassifikation bilden. Die Komponenten stehen in Wechselwirkung zueinander.

Gesundheitsprobleme wie Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Verletzungen werden durch die „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ [ICD-10] (WHO, 2010) klassifiziert. Laut dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2017) wurden, um den Bedarf an benutzerfreundlichen Instrumenten zu decken, ICF-Core-Sets entwickelt. Diese enthalten eine Auswahl von ICF Kategorien, die für eine bestimmte Gesundheitsstörung relevant sind. Dadurch soll die Anwendung der ICF (2005) in der alltäglichen Praxis erleichtert werden (DIMDI, 2017).

2.1.7 Enablement Skills

Die zehn „Enablement Skills“ gehören dem „Canadian Model of Client-Centred Enablement“ (Townsend & Polatajko, 2007) an. Townsend und Polatajko (2007, zit. nach Krieger, 2012) betonen den zentralen Auftrag von Ergotherapeuten, Betätigung im Alltag zu ermöglichen*. Die „Enablement Skills“ stellen die fachspezifischen therapeutischen Fertigkeiten des Berufs der Ergotherapie dar (Krieger, 2012).

In der folgenden Tabelle werden alle zehn „Enablement Skills“ mit deren Bedeutungen zitiert nach Townsend und Polatajko (2007) und Beispielen für die alltägliche ergotherapeutische Praxis (Krieger, 2012) dargelegt.

Tabelle 1

„Enablement Skills“

Fertigkeit	Bedeutungen	Beispiele
Adapt anpassen	Zusammen mit den Klienten eine Situation oder eine Handhabung anpassen, um betätigungsbezogene Herausforderungen meistern zu können (Schkade & Schulz, 1992)	Ergonomisch gestalten, zeitlich / räumlich verändern, Tätigkeitsanalysen durchführen, Handlungen unterbrechen
Advocate fürsprechen	Mit dem Klienten Interessensvertretungen bei wichtigen Entscheidungsträgern veranlassen (Houghton-Mifflin Company, 2004)	Sich politisch für verbesserte Möglichkeiten zur Partizipation für Menschen mit anderen Betätigungsvoraussetzungen einsetzen, Rechte einfordern, bewusstseinsbildend wirken
Coach begleiten	Den Klienten unterstützen Dinge zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, um erfüllende Ergebnisse im persönlichen und beruflichen Leben zu erreichen sowie die Performanz und die Lebensqualität zu erhöhen. Durch Unterhaltungen über Betätigungen eine klientenzentrierte Partnerschaft bilden (International Coach Federation, 2006)	Beraten, supervisieren, ermutigen, führen, Möglichkeiten erweitern, mentorieren, reflektieren, spiegeln, unterstützen
Collaborate zusammenarbeiten	Mit ernsthaftem Interesse Talente, Fähigkeiten und Wissen in gegenseitigem Respekt und mit Empathie teilen, um zusammen bedeutendere Ergebnisse zu erreichen, als alleine (Linden, 2003)	Zusammenarbeiten, mitteilen, verknüpfen, vermitteln, mit Klient, Arbeitgeber, Angehörigen, Kostenträger kooperieren, verschiedene Sichtweisen einbeziehen, gemeinsame Ziele suchen und anstreben
Consult beraten	Mit dem Klienten Sichtweisen austauschen und diese übertragen durch die Praxisprozesse mit einem breiten Spektrum von Klienten; in Unternehmen, Schule oder Forschung, durch Rücksprachen mit Teammitgliedern, Sozialbehörden, Regierungspersonen, Wirtschaftsvertretern, nicht staatlichen Organisationen, Konsumenten- und Interessensgruppen	Beraten (Firmen, Programme), Optionen denken, empfehlen, vorschlagen, vorausdenken, Angehörigen den Eintritt eines Familienmitgliedes in eine Institution erleichtern
Coordinate koordinieren	Mit Klienten Informationen aufbauen, integrieren und dokumentieren. Verknüpfungen zu Menschen mit Ressourcen, Teams mit Studierenden und Hilfspersonal managen, Interaktionen mit den Behörden ermöglichen oder inszenieren verschiedener Anspruchspartner (Houghton-Mifflin Company, 2004)	Verknüpfen, koordinieren, managen, Prioritäten setzen, vermitteln, leiten, Abteilungen koordinieren, entwerfen von betätigungsorientierten Programmen
Design / Build entwerfen / konstruieren	Mit dem Klienten assistive Technologie, orthopädische Hilfsmittel herstellen oder gestalten (MCKlee & Morgan, 1998). Anpassen der baulichen oder emotionalen Umwelt (Clark et al., 2001)	Bauen, konstruieren, anpassen, erfinden, entwickeln, visualisieren, umsetzen

Fertigkeit	Bedeutungen	Beispiele
Educate ausbilden / lehren	Einsetzen von Philosophien, Praktiken der Erwachsenenbildung mit dem Klienten, insbesondere empirische und Verhaltensbildung, die Lernen durch Tun hervorheben (Dewey, 1900; Dewey & Bentley, 1949)	Beibringen, anleiten, erziehen, bilden, vermitteln, instruieren, Transfer ermöglichen
Engage beteiligen	Klienten über das Reden hinaus ins Tun und Partizipieren einbeziehen durch das Einbeziehen anderer und sich selber, um in die Betätigung zu gelangen	Ermutigen, einbeziehen, an Tätigkeiten heranzuführen, Partizipation ermöglichen, Vertrauen aufbauen, motivieren, kreativen Ausdruck ermöglichen, Potential erwecken
Spezialisieren	Anwenden spezifischer Techniken in speziellen Situationen, therapeutischer Ansätze, kognitiver Techniken, psychosozialer Rehabilitation, um Klienten für die eigene Befähigung zu motivieren	Spezialwissen anwenden, durchbewegen, Gelenke manuell mobilisieren, kognitiv-verhaltensbezogen fördern, validieren

2.2 Depression

Nachfolgend wird das Krankheitsbild der Depression dargestellt. Nach ICD-10 (WHO, 2016) [elektronische Version] werden die verschiedenen Formen der Depression unter dem Überbegriff der affektiven Störungen (F30-F39) zusammengefasst.

2.2.1 Diagnostik

Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome wird eine depressive Episode als leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1) oder schwer (F32.2 ohne und F32.3 mit psychotischen Symptomen) bezeichnet. Rezidivierende depressive Episoden (F33) werden als depressive Störungen beschrieben. Symptome einer depressiven Episode sind laut ICD-10 (WHO, 2016) „eine gedrückte Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität“. Weiter wird eine verminderte Fähigkeit zu Freude, Interesse und Konzentration beschrieben und das mögliche Auftreten ausgeprägter Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung, Schlafstörungen und Appetitminderung. Fast immer beeinträchtigt sind nach ICD-10 (WHO, 2016) Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen und auch bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vor.

2.2.2 Verlauf und Prognose

Der Verlauf einer depressiven Störung ist laut der DGPPN (2015) interindividuell sehr variabel. Eine depressive Episode kann vollständig remittieren*, so dass der Patient symptomfrei ist. Bei unvollständiger Remission ist das Risiko für eine erneute depressive Episode

erhöht. Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung an, spricht man von einer chronischen depressiven Episode (DGPPN, 2015).

Nicht adäquat behandelte Depressionen sind aufgrund erhöhter Inanspruchnahme psychosozialer und medizinischer Versorgungseinrichtungen, sozialer Beeinträchtigung und des erhöhten Suizidrisikos mit hohen sozialen und persönlichen Kosten verbunden (Gränig, 2011).

2.2.3 Interprofessionelle Behandlungsformen

Nach der S3 Versorgungsleitlinie über unipolare Depression (DGPPN, 2015) wird zwischen einer Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Rückfallvorbeugung unterschieden. Je nach Behandlungszeitpunkt werden folgende Therapien mehr oder weniger gewichtet: Niederschwellige psychosoziale Interventionen wie angeleitete Selbsthilfe, medikamentöse Therapie, Psychotherapie, nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren wie Elektrokonvulsive*, Wach*- und Lichttherapie*, körperliches Training, Ergo-, Soziotherapie* und Angehörigenarbeit.

Nach Dirmaier et al. (2010) gehören zu den wirksamen Behandlungsverfahren für Depression nebst klassischen psychotherapeutischen Verfahren: angehörigenorientierte Interventionen wie Paar- und Familientherapie, Information und Psychoedukation, Sport- und Bewegungstherapie, rekreationstherapeutische Elemente, angeleitete Selbsthilfe und Problemlösetraining. Mässige Evidenznachweise sind nach Dirmaier et al. (2010) unter anderem für Entspannungsverfahren, die Verbesserung der sozialen Kompetenz und Ergotherapie vorhanden.

Psychoedukations-Programme werden bei Patienten mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung häufig im Zusammenhang mit kostengünstigen Methoden genannt, um die Einhaltung der Medikation zu verbessern und Rehospitalisation zu reduzieren (Pekkala & Merinder, 2009, zit. nach Steed, 2014).

2.2.4 Ergotherapeutische Behandlung

Die DGPPN (2015) betont, dass ergotherapeutische Behandlungsmassnahmen zum modernen Standard von psychiatrischer Therapie gehören (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels & McCrone, 2007, zit. nach DGPPN, 2015). Nach Kramer und Simon sowie Katschnig und

Ziemann (1996, 2002, zit. nach DGPPN, 2015) leistet die Ergotherapie einen hohen Beitrag zur Patienten- und Angehörigenzufriedenheit.

Als besonders relevante ergotherapeutische Aspekte benennen Weise, Schärer und Roos (2013) in ihrer pragmatischen Literatursuche „die Diagnostik von Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen, Massnahmen zum Erhalt der Lebensqualität bei chronischer Erkrankung, die Abschätzung der Erwerbsprognose und Arbeitsfähigkeit und die Unterstützung bei der beruflichen Förderung und Wiedereingliederung.“ Bezüglich ergotherapeutischen Interventionen zeigt die Verbesserung von Symptombelastung, Angst, Verstimmung, Kontaktstörungen, sowie im Leistungs-, Erlebens- und Verhaltensbereich Wirksamkeit (Weise et al., 2013).

2.3 Angehörigenarbeit

2.3.1 In der ergotherapeutischen Behandlung

Laut dem ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz und der Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie [EVS & ASSET] (2005) schätzen Ergotherapeuten die Auswirkungen von Umweltbedingungen auf die Handlungsfähigkeit des Klienten ein, indem sie sich mit der Alltagssituation des Klienten und seiner Angehörigen in verschiedenen Lebensbereichen auseinandersetzen. Weiter arbeiten Ergotherapeuten aufgrund der Ergebnisse aus der Erfassung in Zusammenarbeit mit Klient, Angehörigen und Behandlungsteam. Dem Klienten, Behandlungsteam und „eventuell den Angehörigen“ erläutern und begründen Ergotherapeuten ihre Vorgehensweisen und Auswertungsergebnisse (EVS & ASSET, 2005). Die Verfasserinnen der Arbeit sind der Meinung, dass Informationen über die genaue Art und Weise von Angehörigenarbeit in der ergotherapeutischen Praxis rar und falls vorhanden, sehr allgemein und fachbereichsübergreifend verfasst oder beispielsweise oft auf das Krankheitsbild der Demenz bezogen sind. Ergotherapeuten, welche im psychiatrischen Gesundheitswesen tätig sind, wenden Familieninterventionen wenig an, haben aber gleichzeitig grossen Bedarf und Wunsch nach Veränderung diesbezüglich (Hirschmann, Volovic Shushan & Bareket-Srulevitch, 2014). Hirschmann et al. (2014) entwickelten ein Interventionsprogramm („Occupational-based Family Therapy“, OFT), in der die Familie als Klient definiert ist. Die Intervention beinhaltet Erfassung, Koordination von Erwartungen und Zielsetzung, praktische Übungen, Konzepterstellung, selbständiges Üben und Evaluation. Die therapeutischen Konzepte im Interventionsprozess sind Ge-

sundheitsförderung, Verbesserung / Wiederherstellung, Erhaltung, Anpassung / Kompensation und Prävention. Der Fokus liegt auf der Verbesserung und Wiederherstellung von Fertig- und Fähigkeiten (Hirschmann et al., 2014).

2.3.2 In anderen Professionen

Nach Altmeyer und Kröger (2003) waren es Sozialarbeiter, Pflegefachpersonen und nicht psychotherapeutisch tätige Ärzte, die die Bedeutung der Familie für medizinische Fragestellungen entdeckten. Seit der Einführung der systemischen Familienmedizin in den 70er Jahren, wird eine enge interprofessionelle Kooperation mit den Familien der Patienten „erwünscht“.

Nach Hausner, Hajak und Spiessl (2007) wird unter Soziotherapie die Beeinflussung der psychischen Erkrankung durch Interventionen im sozialen Umfeld der Betroffenen verstanden. Die Autoren merken weiter an, dass in der Literatur üblicherweise eine Untergliederung in Milieuthérapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie und Einzelfallinterventionen im unmittelbaren Lebensumfeld der Patienten vorgeschlagen wird. Auch die Angehörigenarbeit kann als Soziotherapie verstanden werden. Wichtige soziotherapeutische Massnahmen wie Arbeitstherapie oder Sozialberatung werden nicht von Ärzten durchgeführt. Jedoch dominiert diese Berufsgruppe zusammen mit den Psychologen die medizinisch-therapeutische Forschung. Somit besteht laut Hausner et al. (2007) die Gefahr, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der Soziotherapie immer wieder still steht. Hausner et al. (2007) empfehlen eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den forschungsaktiven Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen und den soziotherapeutisch erfahrenen Praktikern, wie Ergotherapeuten, Pflegekräften und Sozialpädagogen.

In der Behandlung stationärer und ambulanter depressiver Patienten gehören psychoedukative Massnahmen für Betroffene mittlerweile zum Standardrepertoire, während Angehörigen solche Angebote seltener gemacht werden (Kronmüller et al., 2006, zit. nach DGPPN, 2015). Es wurde nachgewiesen, dass durch professionell angeleitete Angehörigengruppen sowohl ein besseres Verständnis der krankheitsbedingten Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten des Patienten als auch eine deutliche Verbesserung des subjektiven Befindens erreicht werden kann (Jungbauer et al. 2001).

3. Methodik

3.1 Beschreibung der Literaturrecherche

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde zur Beantwortung der Fragestellung eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dazu wurden die medizinisch-therapeutischen Datenbanken Cinahl, Medline, Cochrane, Amed, OTSeeker, OTDBase und PsycInfo konsultiert. Die Keywords, welche für die Erstellung der Suchkombinationen unter Verwendung Bool'scher Operatoren* und Trunkierungen* (beispielsweise „occupational therap*“) beigezogen wurden, sind in Tabelle 2 ersichtlich. Für die effiziente Suche wurden mit den Keywords für jede Datenbank spezifische Schlagwörter ausgearbeitet und für die Recherche angewendet (Anhang 11.2, Tabelle A).

Tabelle 2

Schlüsselbegriffe mit entsprechenden Keywords

Schlüsselbegriff	Keywords
Depression	depression, depressive / affective disorder, mental health/illness
Angehörige	relatives, caregivers, family
Angehörigen- / Familienarbeit	support relatives, relatives work / intervention, family therapy / intervention, family / relatives education / coaching
Ergotherapie	occupational therapy, occupational therapist

In einem ersten Schritt wurde das Keyword „occupational therapy“ in jeder Kombination miteingeschlossen, um auch wenig oder gar nicht vorhandene Forschung aus der Ergotherapie dokumentieren zu können. Aufgrund des Vorwissens der Verfasserinnen der Arbeit und den Ergebnissen der anfänglichen Recherche hat sich herausgestellt, dass andere, insbesondere psychotherapeutische Professionsfelder, bereits ausführliche Forschung zur Angehörigenarbeit betrieben haben. Aufgrund dessen wurde in einem zweiten Schritt ohne das Keyword „occupational therapy“ in den Datenbanken recherchiert, um relevante Literatur finden zu können. Anhand der ersten Literaturrecherche für die Erstellung der Disposition wurde herausgefunden, dass mit den Keywords „mental health“ OR „mental illness“ anstelle von „depression“ OR „depressive disorder“ zusätzlich relevante Studien zur Diagnose Depression gefunden werden können. Folgende Keywordkombination wurde bei der systematischen Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit unter anderem angewendet: „depression“ OR „depressive disorder“ AND „family therap*“ AND „occupational therap*“. Das Vorgehen der vollständigen Recherche ist dem Anhang 11.3 (Tabelle B) zu

entnehmen. Zudem wurde Mithilfe des Schneeballprinzips* auch in Studien zitierte Literatur in Betracht gezogen. Die im Juli 2016 beginnende Literaturrecherche wurde im Februar 2017 abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt stiessen die Verfasserinnen der Arbeit auf sich wiederholende Suchergebnisse bezüglich Autoren und Studien.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Ein Einschlusskriterium stellte die Population erwachsener Menschen dar, welche an einer Depression (depressive Episode oder depressive Störung nach ICD-10, WHO, 2016) [elektronische Version] leiden. Studien mit genannter Depression als Sekundärerkrankung (beispielsweise in Verbindung mit Demenz) wurden ausgeschlossen. Volljährige Angehörige sollen mehr als einmal in die Therapie des depressiv Erkrankten einbezogen werden. Die Verfasserinnen der Arbeit wollen dadurch gewährleisten, dass sich die Angehörigen bei den eingeschlossenen Studien aktiv an der Behandlung beteiligen konnten und es sich bei dem Einbezug nicht lediglich um ein Erst- oder Orientierungsgespräch der Institution gehandelt hat. Das Thematisieren von minderjährigen Angehörigen in den Studien gilt nur als eingeschlossen, wenn zusätzlich deren volljährige Angehörige teilnehmen und primär diese beleuchtet werden. Brady, Kangas und McGill (2016) bestätigen für familienbezogene Psychoedukationen, dass sich Interventionen für Kinder wesentlich unterscheiden. Eingeschlossen wurden Studien unabhängig eines ambulanten oder stationären Behandlungssettings. Damit ein Übertrag der Thematik zur Situation in der Schweiz hergestellt werden kann, wurden in industrialisierten Ländern (zum Beispiel Europa, USA, Kanada, Australien, Japan) durchgeführte Studien eingeschlossen. Berücksichtigt wurde Literatur mit einem Erscheinungsjahr zwischen 2000 und 2016, da Recherche zeigte, dass sich neue Literatur oft auf relevante ältere Literatur bezieht. Die Verfasserinnen der Arbeit haben während der Studienwahl ein weiteres Ausschlusskriterium festgelegt. Studien wurden ausgeschlossen, welche aus der Sicht der Verfasserinnen der Arbeit einen unzureichenden Bezug zur Fragestellung der Bachelorarbeit haben. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Übertragbarkeit der Thematik zur Ergotherapie als eingeschränkt beurteilt wird.

3.3 Studienwahl

In Abbildung 1 sind die einzelnen Schritte zur definitiven Studienwahl aufgelistet. Um die Studienwahl noch gezielter gestalten zu können, haben die Verfasserinnen der Arbeit im Prozess nach der groben Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien ein weiteres Kriterium festgelegt (Kapitel 3.2). Wie die Darstellung zeigt, sind nach der kritischen Bearbeitung zwei weitere Studien ausgeschlossen worden:

Die Studie von Keitner, Archambault, Ryan und Miller (2003) wurde aufgrund der Thematisierung der Anwendung eines ausführlich beschriebenen Familienmodells anhand eines Fallbeispiels als vielversprechend für die Beantwortung der Fragestellung eingestuft. Nach der kritischen Würdigung nach Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007, Anhang 11.5) und eingehender Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung, wurde die Studie ausgeschlossen. Die Verfasserinnen der Arbeit erachten die fehlende Beschreibung der methodischen Vorgehensweise, das Mini-Sample von nur einer Familie und den unzureichenden direkten Bezug zur Ergotherapie als zu grosse Limitationen.

Auch Timmerby, Austin, Ussing, Bech und Csillag (2016) wurde ausgeschlossen, da es sich dabei lediglich um ein Studienprotokoll einer zwar vielversprechenden, aber noch nicht abgeschlossenen Studie handelt.

Informationen zu den anderen 37 ausgeschlossenen Studien sind dem Anhang 10.4 (Tabelle C) zu entnehmen. Zu den ergotherapiespezifischen Studien kann zusammenfassend gesagt werden, dass diese aufgrund des fehlenden Einbezugs der Angehörigen oder infolge der nicht vorkommenden Diagnose „Depression“ für die Verwendung im Ergebnisteil ausgeschlossen wurden. Es war auffallend, dass sich diese Studien tendenziell eher auf ein unspezifisches (psychiatrisches) Krankheitsbild bezogen haben.

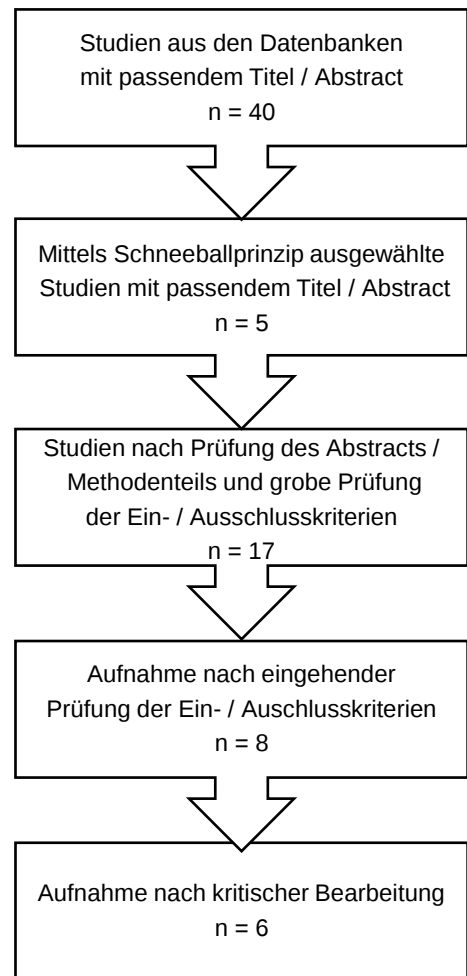


Abbildung 1. Vorgehen definitive Studienwahl

3.4 Gewählte Studien mit Begründung

Die Begründungen zur Aufnahme der sechs gewählten Studien in die vorliegende Bachelorarbeit sind der nachfolgenden Auflistung zu entnehmen. Die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien der Arbeit gelten bei allen Studien als erfüllt.

Beach & Whisman (2012) Affective disorders

Dieses Review wurde als vielversprechend eingestuft, da es gehaltvolle Studien einbezogen hat. Das Review selbst hat aber nach Einschätzung der Verfasserinnen der Arbeit einen unzureichenden Methodenbeschrieb. Dennoch erscheint das genannte Ziel des Reviews für die Beantwortung der Fragestellung und Zielsetzung der Bachelorarbeit relevant.

Helleman, De Mol, Buysse, Eisler, Demyttenaere & Lemmens (2011) Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study

Bei dieser phänomenologischen Studie berichten Patienten und Partner subjektiv über relevante wiederkehrende therapeutische Faktoren der Mehrfamilienthapien, was für die Verfasserinnen der ergotherapeutischen Bachelorarbeit von grosser Bedeutung ist. Kinder von Betroffenen (Alter unbekannt, Minderjährigkeit möglich) wurden zwei Mal während der sieben familienbezogenen Interventionen zusätzlich zu den Partnern eingeladen. Es wurde keine Auswertungen des Einbezugs der Kinder in der Studie vorgenommen.

Lemmens, Eisler, Buysse, Heene & Demyttenaere (2009) The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression

In dieser Studie werden folgende drei Konditionen bezüglich der Behandlungseffekte verglichen: Einzel-, Mehrfamilienthapie und die Standardbehandlung, was sehr relevant für die Fragestellung der Bachelorarbeit ist. Wie bei Helleman et al. (2011) wurden auch bei dieser Studie die Kinder in zwei von sieben familienbezogenen Interventionen ohne eine Evaluation einbezogen.

Seikkula, Aaltonen, Kalla, Saarinen & Tolvanen (2013) Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: A 2-year randomized trial

Bei dieser Studie scheint der Übertrag zur Ergotherapie vielversprechend, da sich die Fragestellung der Studie mit dem Thema des individuellen Anpassens der Paartherapie auf die Teilnehmenden beschäftigt.

Shimazu, Shimodera, Mino, Nishida, Kamimura, Sawada, Fujita, Furukawa & Inoue (2011) Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial

Auch diese Studie eignet sich nach Ansicht der Verfasserinnen der Arbeit für die Fragestellung der Bachelorarbeit. Zusätzlich wird diese in anderen Studien häufig zitiert, was deren Relevanz bestätigt.

Tyrer, Sensky & Mitchard (2003) Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders

Dabei handelt es sich um eine Dokumentation einer klinischen Beobachtung. Aufgrund des thematisierten, für die Ergotherapie relevanten Einbezugs des Umfelds und dessen Anpassung, wird diese einbezogen.

3.5 Bearbeitung der Literatur

Die gewählten Studien wurden durch die Verfasserinnen der Arbeit, angelehnt an Kriterien von Ris und Preusse-Bleuler (2015) und Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998), zusammengefasst und einer groben, kritischen Würdigung unterzogen. Die Zusammenfassungen mit der groben Würdigung (jeweils unter „Limitationen“) sind im Anhang 11.5 zu finden. Zudem wurden die in den Studien verwendeten Messinstrumente für die Messungen der Therapieauswirkungen mittels Recherche auf ihre Güte* geprüft und die zur Auswertung der Daten eingesetzten Testverfahren kritisch diskutiert (Anhang 11.6). Anhand der erläuterten Einschätzung der Relevanz der Studie in Bezug auf die Fragestellung der Bachelorarbeit wurden vier von sechs Studien zusätzlich kritisch gewürdigt. Die qualitative Studie von Hellemanns et al. (2011) beurteilten die Verfasserinnen der Arbeit nach Letts et al. (2007). Die drei ausgewählten randomisiert kontrollierten Studien*

(RCT) von Lemmens et al. (2009), Seikula et al. (2013) und Shimazu et al. (2011) wurden anhand der PEDro-Skala (Hegenscheidt, Harth & Scherfer, 2010) gewürdigt. Die Ausarbeitungen sind im Anhang 11.5 (unterhalb der Zusammenfassung der jeweiligen Studie) zu finden. Die Würdigungen kommen in gekürzter Form im Kapitel 5 bei der kritischen Betrachtung der Ergebnisse zur Anwendung.

Innerhalb des ersten Teils der Fragestellung „Wie lässt sich die Angehörigenarbeit in die ergotherapeutische Behandlung integrieren?“ beziehen sich die Verfasserinnen der Arbeit auf die in den Studien vorkommenden paar- und familienbezogenen Behandlungen. Um eine bessere Übersicht zu den einzelnen Behandlungen der Interventionsgruppen zu erhalten, werden diese im Kapitel 4.2 dargestellt (Tabelle 3). Der Vollständigkeit halber wurden die paar- und familienbezogenen Behandlungen des Reviews Beach und Whisman (2012) in den Originalstudien nachgelesen.

Der zweite Teil „Mit welchen Effekten auf die depressiv erkrankte Person und deren Angehörigen“ basiert auf den Auswirkungen der beschriebenen Behandlungen. Die Verfasserinnen der Arbeit haben sich entschieden, die Effekte nach ICF (2005) zu ordnen, da die gewählten Studien professionsunspezifisch sind. Die Begründung dazu lässt sich durch folgendes Ziel der ICF (2005) darstellen: „Die ICF stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern und der Öffentlichkeit, einschliesslich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern.“

Für die vorliegende Arbeit wurden den aus den Studien resultierten Behandlungseffekten entsprechende ICF-Domänen anhand des ICF-Core-Sets „Depression umfassend“ (2017) [elektronische Version] zugeordnet. Die Zuordnungen erfolgten nach Einschätzung der Verfasserinnen der Arbeit ohne Gewähr auf Vollständigkeit und sind im Anhang 11.7 ersichtlich. Dadurch wurde es möglich, die Effekte den Komponenten „Körperfunktionen“, „Aktivität und Partizipation“ und „Umweltfaktoren“ (ICF, 2005) zuzuordnen und eine Aussage darüber zu machen, welche Domänen durch die Effekte vermehrt beeinflusst werden (Kapitel 6.1, Abbildungen 2 - 4). Die Verfasserinnen der Arbeit gehen davon aus, dass bei einem Depressions-Rückfall einzelne oder mehrere von der ICD-10 (WHO, 2016) [elektronische Version] definierte Haupt- und Nebensymptome wieder auftreten.

Um einen Übertrag der aus den Studien resultierten Ergebnisse auf die Ergotherapie machen zu können, beziehen sich die Verfasserinnen der Arbeit im Kapitel 5.2 mittels „Enabling Skills“ (Townsend & Polatajko, 2007) auf die benötigten therapeutischen Fertigkeiten, um Angehörige in die ergotherapeutische Behandlung einzubeziehen.

4. Ergebnisse

4.1 Kurzbeschriebe der gewählten Studien

Im Anschluss werden alle Studien kurz vorgestellt. Die detaillierten Beschriebe der familienbezogenen Behandlungsverfahren der Studien sind dem Kapitel 4.2 zu entnehmen.

- Beach und Whisman (2012): Narratives Review mit dem Ziel, beziehungs- und familienbezogene Interventionen bei depressiv Erkrankten zu bewerten und Entscheidungsregeln zur Durchführung von Ehe- und Familieninterventionen in der klinischen Praxis aufzustellen. Zudem soll es dazu dienen, zukünftige Forschung zu diskutieren, um beziehungsbaasierte Interventionen bei Depression zu verbessern. Folgende drei Studien wurden ins Review eingeschlossen:

Review von Beach (2003) zum Vergleich von Verhaltens-Ehetherapie („Behavioral Marital Therapy“, BMT), Einzeltherapie („Cognitive Therapy“, CT) und einer Wartelisten-Kontrollgruppe bei depressiv Erkrankten und ihren Partnern.

RCT durchgeführt in der Schweiz von Bodenmann et al. (2008) mit 60 depressiv erkrankten Frauen und ihren Partnern zur Entwicklung und Überprüfung einer ehe- / paarbasier-ten Intervention („Coping-Oriented Couples Therapy“, COCT). COCT wurde mit Einzelpsychotherapie und Einzelkognitionstherapie verglichen, innerhalb von 1,5 Jahren wurden Messwiederholungen im halbjährlichen Rhythmus durchgeführt.

RCT von Cohen, O’Leary und Foran (2010) aus den USA mit 35 depressiv erkrankten Frauen und ihren Partnern zur Entwicklung einer neuen Form der Paartherapie („Brief Couple Therapy for Depression“, BCT). Die BCT wurde mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe verglichen und es fanden Wiederholungen der Messen nach drei Monaten statt.

- Hellemans et al. (2011): Die RCT von Lemmens et al. (2009), von der diese qualitative, phänomenologische Studie Teil ist, wurde in Belgien durchgeführt. 24 wegen Depression hospitalisierte Patienten und 20 Partner nahmen teil. Ziel der Studie von Hellemans et al. (2011) war, die subjektiven Behandlungserfahrungen der Teilnehmenden in der Mehrfamilien-therapie (MFT) mittels Fragebogen zu erfassen und dadurch wiederkehrende therapeutische Faktoren identifizieren zu können.

- Lemmens et al. (2009): RCT aus Belgien mit 83 teilnehmenden Patienten und deren Partnern. Ziel war das Prüfen der Effektivität einer Familientherapie zusätzlich zur Standardbehandlung (TAU, Problemanalyse und Problembearbeitung im Gruppen- oder Einzelsetting) während des stationären Aufenthalts von depressiv Erkrankten. Zudem wurde Einzelfamilientherapie (SFT) mit Mehrfamilientherapie (MFT) verglichen. Es fand eine Wiederholung der Messungen nach 3 und 15 Monaten statt.

- Seikkula et al. (2013): RCT aus Finnland mit 66 ambulanten Teilnehmern. Ziel war, Paartherapie für depressiv Erkrankte, auch ohne Vorkommen von ehelichem „Distress“, als Teil des klinischen Alltags in der psychischen Gesundheitsfürsorge zu entwickeln. Dazu wurden die Auswirkungen von Paartherapie und einer Standardbehandlung (individuelle Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting, bei Bedarf zusätzliche psychiatrische Konsultation, Medikamente, Hospitalisierung und allfällig benötigte Paartherapie nach neun Monaten) verglichen. Messwiederholungen wurden nach 6, 12, 18 und 24 Monaten durchgeführt.

- Shimazu et al. (2011): In Japan durchgeführte RCT mit 54 teilnehmenden Patienten und deren Partner. Ziel war die Prüfung von Familienpsychoedukation (ohne den Patienten) in der Behandlung depressiv Erkrankter auf ihre Effektivität und des Einflusses der „Expressed Emotions“ (EE) in den Familien. Hierzu wurde die ambulante Standardtherapie (Evaluation der psychiatrischen Symptome, medikamentöse- und Psychotherapie) mit Familienpsychoedukation, zusätzlich zur ambulanten Standardtherapie, verglichen. Nach 9 Monaten wurden die Messungen wiederholt.

- Tyrer et al. (2003): Anhand sechs Fallbeispielen wurden die Hauptprinzipien der umweltbezogenen Nidothérapie im Rahmen einer klinischen Beobachtungsstudie illustriert. Ziel war die Darstellung des Behandlungsansatzes der Nidothérapie, um Aussagen über dessen Effektivität machen zu können.

4.2 Behandlungsarten für den Einbezug der Angehörigen

In der nachfolgenden Tabelle werden die paar- und familienbezogenen Behandlungsansätze der zugezogenen Studien aufgelistet.

Tabelle 3

Paar- und familienbezogene Behandlungsarten

Intervention	Ziel	Interventionsbasis	Teilnehmende	Schwerpunkte	Anzahl Einheiten
„Behavioral Marital Therapy“ (BMT) in Beach (2003, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	Verbessern der ehelichen Zufriedenheit	- Verhaltenstherapie (Verhaltensübungen / Krisenmanagement) - Kognitive Therapie (kognitive Umstrukturierung „reframing“)	- Therapeuten (Anzahl unklar) - Patient / Partner	1. Verhaltensänderung 2. Kommunikations- und Problemlösetraining (für Konflikte zu Themen wie Finanzen, Sex, Zuneigung und Kindererziehung)	20 (Dauer unklar)
„Brief Couple Therapy for Depression“ (BCT) in Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Erhöhen des Verständnisses für Depression - Reduzieren negativer Einstellungen / Verhaltensweisen - Erhöhen der Empathie / gegenseitigen Unterstützung	Problemfokussierte Paartherapie, die kognitive Verhaltenstechniken beinhaltet	- Therapeut - Patient - Partner	1. Erfassen zu bearbeitende Schlüsselbereiche 2. Psychoedukation (Einfluss Depression auf Paarbeziehung) 3. Erarbeiten Coping*- / Kommunikationsstrategien, Reduktion subjektiver Belastungen 4. / 5. Fördern unterstützender Interaktion, Aufbau Empathie / Akzeptanz	5 à 2 Stunden
„Coping-Oriented Couples Therapy“ (COCT) in Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Erhöhen Selbstoffenbarung / gegenseitiges Verstehen von Stresserfahrungen - Fördern adäquater emotions-/problemfokussierter Unterstützung (reduzieren EE wie Kritik / Überengagement)	Kognitive Verhaltens-Paartherapie (Baucom & Epstein, 1990, Schindler, Hahweg & Revenstorf, 1998). COCT ergänzt Verhaltensänderungstechniken, Kommunikations- / Problemlösetraining	- Therapeut - Supervisor - Patient - Partner	1. Verbessern der Fähigkeit, miteinander über Stress zu sprechen 2. Anpassen der gegenseitigen Unterstützung nach Bedürfnissen des Partners 3. Weiterentwickeln gegenseitiges Unterstützen basierend auf Partnerfeedback	10 à 2 Stunden, einmal wöchentlich

Intervention	Ziel	Interventionsbasis	Teilnehmende	Schwerpunkte	Anzahl Einheiten
Mehrfamilien- entherapie (MFT) in Hellemans et al. (2011)	- Erfassen / arbeiten an Patientenbedürfnisse - Erfassen / arbeiten an Schwierigkeiten der Familienmitglieder im Umgang mit der Depression / Einfluss der Erkrankung auf Familieneinheit	Kurzes, systemisches Mehrfamilien-Modell (Lemmens et al., 2001), spezifisch angepasst (für Details siehe Lemmens, Eisler, Migerode, Heireman und Demyttenaere, 2007)	- 1 Therapeutin - 1 Therapeut - 3-4 beobachtende Gesundheitsfachpersonen - Ohne Angabe zu Anzahl Partner/Patienten	1. / 2. Einfluss Depression auf Familienleben (Paar- / Kinderfokus) 3. Paaranliegen 4. / 5. Wiederherstellen Familienfunktionieren (Paar- / Familienfokus) 6. Rückfallprävention 7. Fortschritte stabilisieren	6 à 90 Minuten, Pause nach 60 Minuten, zwei-wöchentlich plus 1 Einheit nach 3 Monaten
Einzelfamilien- therapie (SFT) in Lemmens et al. (2009)	- Finden eines Umgangs mit der Depression - Reduzieren des Einflusses der Depression auf Familie - Erarbeiten von Coping-Strategien in Depressions- und Genesungsphasen - Fördern Arbeitsgemeinschaft Patient, Familie, Therapeuten	- Systemisch Paartherapie bei Depression (Jones & Asen, 2002), durch Autoren angepasst (weniger Einheiten, Einbezug Kinder) - „Incorporating Social Constructionist“ - Narratives Konzept - „Family Systems Illness Model“ (Rolland, 1994)	- Therapeuten-team - Patient - Partner - (Kinder)	1. / 2. Einfluss Depression auf Familienleben (Paar-/Kinderfokus) 3. Beziehungsthemen 4./ 5. Wiederherstellen des Familienfunktionierens (Paar-/Familienfokus) 6. Rückfallprävention 7. Stabilisieren der Therapiegewinne	Standardbehandlung + 6 SFT à 60 Minuten mit Pause, zwei-wöchentlich plus 1 Einheit nach 3 Monaten
Mehrfamilien- therapie (MFT) in Lemmens et al. (2009)	- Familien profitieren voneinander - Nutzen der Gruppe als Ressource (Problemlösung, minimieren Stigma / Isolation)	Siehe SFT oberhalb	- Co-Therapeutenteam - 4-7 Patienten und deren Partner	Ähnlicher Aufbau wie SFT, für das genauere Vorgehen wird auf die Studie von Lemmens, Eisler, Migerode, Heireman und Demyttenaere (2007) verwiesen	Standardbehandlung + 7 MFT à 90min mit Pause

Intervention	Ziel	Interventionsbasis	Teilnehmende	Schwerpunkte	Anzahl Einheiten
Paartherapie in Seikkula et al. (2013)	Erzeugen von Dialogen zum Erhöhen des Verständnisses der Situation des Partners und der Rolle der Depression im Leben	- „Systematically Based Therapy“ (Jones & Asen, 2000) - „Narrative Therapy“ (White, Epston, 1990) - „Collaborative Approaches“ (Anderson & Goolishian, 1992) - „Dialogical Approaches“ (Seikkula & Arnkil, 2006)	- Co-Therapeutenteam - Partner - Patient	1. Verfahren nach Paar/ Therapeuten Vereinbarung 2. Kreieren gemeinsame Sprache bezüglich Symptomen, (ehe-) problematischem Verhalten 3. Ermutigen, über subjektiv Wichtiges zu sprechen 4. Fokus auf zuhörende, reflektierende Rolle, dann Gedanken aussprechen	Mindestens 5 + zusätzliche Standardbehandlung bei Bedarf
Familienpsychoedukation in Shimazu et al. (2011)	- Informationsabgabe zur Depression / Behandlung - Diskussion / Übungen zu Problemlösestrategien in Situationen mit hohem EE-Level	Ohne Angabe	- Therapeutenteam (2 Psychiater, 1 Psychologe) - Bis zu 5 Familienmitglieder, je 1 Angehöriger ohne den Betroffenen	Psychoedukation zu den Themen: Epidemiologie und Ursachen, Symptome, Behandlung und Verlauf, Krankheitsbewältigung	4 à 90-120 Minuten + Standardbehandlung

Intervention	Ziel	Interventionsbasis	Teilnehmende	Schwerpunkte	Anzahl Einheiten
Nidotherapie in Tyrer et al. (2003)	- Reduzieren des „Distress“ des Patienten - Erhöhen der Handlungs- und Funktionsfähigkeit durch Verbessern der Passung zwischen der Person und deren Umwelt (keine Anpassung der Symptome und persönlichen Einstellungen) - Systematisches Beurteilen und Anpassen der Umwelt, zur Minimierung der Einflüsse der psychischen Störungen auf den Einzelnen und die Gesellschaft	- „Cognitive Social Model of Personality“ (Cervone & Shoda, 1999) - Kognitive Therapie (Fava Rafanelli, Grandi, Conti & Beluardo, 1989) - Ergo-, Familientherapie und Sozialarbeit	- Nidotherapeut - Patient - Umfeld	- „Collateral Collocation“ wechselseitige Anerkennung von Fehlanpassung und deren Auswirkung auf die Umwelt - „Externally Testable Goals“ überprüfbare, mit allen involvierten Personen festgelegte Ziele, verhindern individuelles Versagen bei Nichterreichen - „Primary Aim of Functional Gain“ funktioneller Zuwachs zwischen Person / Umwelt - „Personal Adaptation and Control“ Adaptation, Kontrolle und Identifizierung von Veränderungsfeldern - „Arbitrage Solving“ Konfliktvermeidung durch Änderungsvorschläge (unabhängiger Vermittler)	Ohne Angabe

4.3 Messinstrumente der gewählten Studien

Die Effekte basieren grösstenteils auf Ergebnissen, die zu verschiedenen Zeitpunkten mit bestimmten Messinstrumenten erfasst wurden. Um ein besseres Verständnis diesbezüglich zu erreichen, werden alle in den gewählten Studien beigezogenen Messinstrumente mit dem Zweck und einer Aussage zur Güte kurz vorgestellt (Tabelle 4). Die kritische Auseinandersetzung mit den Messinstrumenten ist dem Anhang 11.6 zu entnehmen.

Tabelle 4

Messinstrumente der gewählten Studien

Messinstrument	Art der Messung	Aussagen zur Güte
„Alcohol Use Disorders Identification Test“ AUDIT ohne Referenz-Angabe In: Seikkula et al. (2013)	Messung des Alkoholkonsum	Die Forschung bestätigt einheitlich die Validität* mit vergleichbarer, allgemein übereinstimmender Sensitivität / Spezifität hinsichtlich anderen Alkohol-Screening-Methoden (Reinert & Allen, 2007).
„Beck Depression Inventory“ BDI Beck, Ward, Mendelssohn & Erbaugh (1961) In: Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012); Lemmens et al. (2009); Seikkula et al. (2013); Shimazu et al. (2011)	- Selbstbeurteilung der depressiven Symptome - 21 Items	Der BDI weist eine gute Reliabilität* und Validität auf (Bodenmann et al., 2008; Cohen et al., 2010; Hochmuth et al., 2010). Die Differenzierbarkeit zu Angst ist schwierig, der BDI sollte deshalb nicht als einziges Diagnoseinstrument eingesetzt werden (Hochmuth et al., 2010).
„Beck Depression Inventory II“ BDI-II Beck, Steer & Brown (1996) In: Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Selbstbeurteilung der depressiven Symptome (relevante Depressionskriterien nach DSM-IV) - 21 vierstufige Items, 0-13 Punkte keine oder minimale, 14-19 Punkte milde, 20-28 Punkte moderate und 29-63 Punkte schwere depressive Symptomatik	Die Inhaltsvalidität des BDI-II wurde durch Anlehnung an DSM-IV verbessert. Die interne Konsistenz* der Skala ist zufriedenstellend. Die Zusammenhänge zwischen BDI-II und konstruktiven Skalen sind hoch, solche mit symptomfernen Persönlichkeitskalen niedrig. Das BDI-II unterscheidet zwischen unterschiedlichen Schweregraden der Depression (Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007).

Messinstrument	Art der Messung	Aussagen zur Güte
„Dyadic Adjustment Scale“ DAS Spanier (1976) In: Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012); Lemmens et al. (2009); Seikkula et al. (2013)	- Fragebogen zur Beurteilung der Ehequalität - 32 Items mit vier Subskalen (Dyadische Übereinstimmung, Paarzufriedenheit, Zusammenhalt, Ausdruck von Gefühlen), Werte 0-151, 97 oder weniger beziehen sich auf Paare mit „Distress“	Die DAS zeigt Evidenz bezüglich Inhalts-, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität, sowie eine hohe Skalenreliabilität (Spanier, 1976; Klann, Hahlweg & Heinrichs, 2003; Dinkel & Balck 2006).
„Dyadic Coping Inventory“ DCI Bodenmann (2008) In: Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress (Wahrnehmung des eigenen und gemeinsamen Copings und dasjenige des Partners) - 37 Items in 9 Subskalen	Gute Konstruktvalidität*, im mittleren Bereich liegende Test-Retest-Korrelationen*, befriedigende kriterienbezogene Validität (Gmelch et al., 2008)
„Family Attitude Scale“ FAS Kavanagh et al. (1997) In: Shimazu et al. (2011)	- Selbsteinschätzung der EE durch die Familie - 30 Items mit Aussagen wie: „Ich wünschte, er wäre nicht hier“, „Er ist eine echte Last“, „Es ist schwer, an ihn ranzukommen“, Befragte berichten, wie oft jede Aussage zutrifft, 4 „jeden Tag“ bis 0 „nie“. Werte 0-120, je höher, desto höhere Belastungen/Kritik	Die FAS ist ein reliabler und valider Indikator zwischen Stress und ausgedrückter Wut in Beziehungen (Kavanagh et al. 1997).
„Family Distress Scale for Depression“ FDSD Jacob, Frank, Kupfer & Carpenter (1987) In: Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Selbsteinschätzung des Einflusses der Depression des Patienten auf den Lebensgefährten - Werte 0-100, je höher, desto höhere „Distress“-Levels und depressionsbezogene Belastungen	Die FDSD zeigte einen hohen Grad an interner Konsistenz (.93) (Cohen et al., 2010).

Messinstrument	Art der Messung	Aussagen zur Güte
„Five Minute Speech Sample“ FMSS Magana et al. (1986) In: Bodenmann et al., (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012); Shimazu et al. (2011)	- Erfassung der EE - Der Partner spricht ohne Unterbrechung über den Charakter des Patienten und die Beziehung zu ihm	Prädiktive Validität hinsichtlich klinischen Ergebnissen bei depressiv Erkrankten (Hooley & Parker, 2006). Geringere Sensitivität als das „Camberwell Family Interview“ (CFI) (Wearden, Tarrier & Barrowclough, 2000). CFI gilt als Goldstandard zur EE-Messung, FMSS als Alternative dazu (Leff & Vaughn, 1985).
„Global Assessment of Functioning“ GAF American Psychiatric Association (1994) In: Seikkula et al. (2013)	- Globale Erfassung des Funktionsniveaus des Patienten (psychische, soziale, berufliche Funktionsbereiche) - 10 Funktionsniveaus in je 10 Punkte unterteilt, Werte 100 (höchstes) bis 1 (niedrigstes)	Das GAF bewährte sich als reliable und valide Messung psychiatrischer Störungen (Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995).
Gruppen-Evaluations-Fragebogen Lemmens, Eisler, Heireman, Van Houdenhove & Sabbe (2005) In: Hellemans et al. (2011)	- Fragebogen mit 2 Fragen zu Gruppenerfahrungen - „Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für sich selber / für ihre Familie während den vergangenen sechs Therapien in der Familiengruppe?“	Keine
„Hamilton Rating Scale for Depression“ HRSD Hamilton (1960, 1967) In: Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012); Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012); Lemmens et al. (2009); Seikkula et al. (2013); Shimazu et al. (2011)	- Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression - 21 Items, 0-9 Punkte keine, 10-20 leichte, 21-30 mittelschwere, >30 schwere Depression	Gute Reliabilität und Validität (Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004). Fangmann, Assion und Vollmoeller (2006) kritisieren, dass drei Items auf das Schlafverhalten eingehen, sedierende Substanzen bewirken im Vergleich zu aktivierenden Antidepressiva grössere Veränderungen der Werte und einen vermeintlich besseren klinischen Erfolg. Skalen-Veränderungen können sich so überproportional auswirken. Die Anwendung verschiedener Versionen führt zu Unklarheiten (Fangmann et al., 2006).

Messinstrument	Art der Messung	Aussagen zur Güte
„Illness-Related Behaviours and Attitudes Scale“ IRBAS Beardslee et al. (1993) In: Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Messung zu Veränderungen krankheitsbezogenen Verhaltens / Gewohnheiten, Interviewer-Einstufung, modifiziert zu kürzerer Selbsteinschätzung - 10 Items, Werte 0-70, je höher, desto mehr positive Veränderungen	Studien haben eine exzellente Reliabilität angegeben (Beardslee et al., 1993).
„Mini International Neuropsychiatric Interview“ MINI Overbeek, Schruers & Griez (1999) In: Lemmens et al. (2009)	- Diagnostisches, strukturiertes Interview zum Aufdecken verschiedener psychiatrischer Erscheinungsbilder, basierend auf DSM-IV / ICD-10 Kriterien - Fragen zu 20 psychiatrischen Erkrankungen	Sheehan und Lecrubier (2006) schreiben dem MINI eine hohe Validität und Reliabilität zu.
„Partnership Questionnaire“ PFB Hahlweg (1996) In: Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012)	- Messinstrument zur Erfassung ehelicher Qualität - 30 Items, Werte unter 54 bedeuten geringe, 55-72 mittlere, 73 und mehr eine hohe Beziehungsqualität	Die interne Konsistenz* und Validität des Messinstruments konnte vielfach nachgewiesen werden (Hahlweg, 1996).
„Subjective Emotional Health“ SEH ohne Referenz-Angabe In: Lemmens et al. (2009)	- Einschätzung der subjektiven, emotionalen Gesundheit - Frage: „Wie würden Sie die momentane emotionale und psychische Verfassung Ihres Partners beschreiben?“ Bewertung Likert-Skala*, 1 „schlecht“, 2 „nicht sehr gut“, 3 „ziemlich gut“, 4 „sehr gut“	Zu SEH sind in der Studie weder Angaben zur Güte, noch ein Literaturhinweis zu finden. Auch im Internet ist hierzu nichts zu finden. Eine Einschätzung der Validität und Reliabilität ist deshalb für die Verfasserinnen der Arbeit nicht möglich
„Symptom Check List“ SCL-90 Derogatis, Lipman & Covi (1973) In: Seikkula et al. (2013)	- Selbsteinschätzung über die Stärke der psychischen Belastung durch physische und psychische Empfindungen, Wahrnehmungen, beziehungsweise Symptomen, in den letzten 7 Tagen - 90 Items, 5-stufige Skala, 0 „gar nicht“, 1 „ein wenig“, 2 „moderat“, 3 „ziemlich fest“, 4 „extrem“	Durchführungs- / Auswertungsobjektivität gegeben. Zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilität. Inhaltsvalidität im Sinne der Erfassung einer allgemeinen psychischen Belastung scheint gegeben. Symptomauswahl nicht für alle Subskalen überzeugend, wie Psychotizismus / paranoides Denken (Glöckner-Rist & Stieglitz, 2011).

4.1 Effekte

Die aus den Studien resultierten Effekte werden im Folgenden nach den Komponenten der ICF (2005) gegliedert. Die Zuteilung erfolgte anhand des ICF-Core-Sets „Depression umfassend“ (2017) [elektronische Version].

4.4.1 Körperfunktionen

Nach Shimazu et al. (2011) wird durch Familienpsychoedukation die Rückfallrate bei einer schweren Depression im Vergleich zur Standardtherapie reduziert. Noch vor den Messwiederholungen nach neun Monaten haben in der Interventionsgruppe zwei (8%) und in der Kontrollgruppe 15 (50%) der Patienten einen Rückfall erlitten. Auch die Zeit zum Rückfall war bei Patienten, die Familienpsychoedukation erhielten signifikant länger als bei jenen, die die ambulante Standardtherapie erhielten (Shimazu et al., 2011). Bezüglich Suizidraten waren zwischen der Entlassung und Messung nach 15 Monaten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Familientherapien und der Standardbehandlung messbar (Lemmens et al., 2009). Shimazu et al. (2011) merken an, dass die Rückfallrate in beiden Gruppen grösser war bei den Patienten mit einem höheren EE-Level, als bei jenen mit tieferen Levels. Dass sich bezüglich der EE, gemessen mittels FMSS (Magana et al., 1986) und FAS (Kavanagh et al., 1997), keine signifikante Reduktion bei der Gruppe der Familienpsychoedukation gezeigt hat, weist nach Shimazu et al. (2011) darauf hin, dass die Ausgangswerte der EE den Behandlungseffekt nicht mildernd beeinflussten. Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach et al., 2012) erwähnen bezüglich der EE, gemessen mit dem FMSS (Magana et al., 1986), starke Unterschiede in den Behandlungsarten. Die Partner der depressiv Erkrankten, welche „Coping Oriented Couple Therapy“ (COCT) erhielten, zeigten nach Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012) eine wesentliche Abnahme der vorwurfsvollen Äusserungen gegenüber dem depressiven Partner, was in den Einzeltherapien nicht beobachtet wurde.

Bezüglich Erholung von der Depression berichten Seikkula et al. (2013) von einer Reduktion der Werte des BDI (Beck et al., 1961) in beiden Gruppen über zwei Jahre. Nach zwei Jahren haben sich 79% der Patienten der Paartherapiegruppe entweder erholt oder signifikant verbessert (BDI durchschnittlich von 23.6 auf 10.2 Punkte). Bei der Kontrollgruppe mit der Standardtherapie haben sich nach zwei Jahren 70% der Patienten entweder erholt oder signifikant verbessert (BDI durchschnittlich von 24.8 auf 12.6 Punkte). Bezüglich der Reduktion depressiver Symptome brachten die „Behavioral Marital Therapy“ (BMT) und

Einzeltherapie aus Beach (2003, zit. nach Beach & Whisman, 2012) gleichwertige Ergebnisse mit sich. Hoch signifikante Änderungen der Depression waren laut Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach und Whisman, 2012) in allen drei Behandlungsarten (COCT und Einzeltherapien) messbar (BDI, Beck et al., 1961; HRSD, Hamilton, 1960). Es waren jedoch keine signifikanten Unterschiede bei den Veränderungen der Depression zwischen der paarbasierten Therapie und den beiden Einzeltherapien ersichtlich (Bodenmann et al. 2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Einen signifikanten Rückgang des erlebten Schweregrads der Depression (BDI, Beck et al., 1961) stellten auch Lemmens et al. (2009) bei allen Behandlungsarten fest. Jedoch auch dort ohne signifikanten Unterschied zwischen der Standardtherapie und der Einzel- und Mehrfamiliientherapie. Laut Lemmens et al. (2009) war der Rückgang der depressiven Symptome bei den Patienten der beiden Familieninterventionen ausgeprägter als bei der Standardtherapie. Dort verbesserten sich die Werte des BDI vor allem in den ersten drei Monaten und blieben dann etwa gleichbleibend, wobei sich die Werte des BDI bei den Patienten der Einzel- und Mehrfamiliientherapie auch nach 15 Monaten kontinuierlich verbesserten (Lemmens et al., 2009). Deutlich signifikante Unterschiede bei der Anzahl Veränderungen der Depression zwischen den Patienten der „Brief Couple Therapy for Depression“ (BCT) und der Kontrollgruppe zeigten sich jedoch bei Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Die Patienten, die BCT erhielten, zeigten signifikant höhere Reduktionen der depressiven Symptome, gemessen an den Werten der HRSD (Hamilton, 1960) und dem BDI-II (Beck et al., 1996) (Cohen et al., 2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Shimazu et al. (2011) berichten von einer Remissionsrate, die nach neun Monaten einen signifikanten Unterschied zugunsten der Familienpsychoedukations-Gruppe zeigte. So haben 83% der Patienten, deren Angehörige Familienpsychoedukation erhielten und 33% der Patienten, welche die Standardbehandlung erhielten, eine Remission erreicht.

Seikkula et al. (2013) berichten von einer signifikanten Veränderung bezüglich der generellen psychischen Gesundheit zugunsten der Paartherapiegruppe von Beginn bis zu den Messungen nach sechs Monaten. Die Signifikanz zeigte sich hinsichtlich Schweregrad der Depression, gemessen mit der HDRS (Hamilton, 1960), depressiver Symptome, gemessen mit der SCL-90 (Derogatis et al., 1973), psychiatrischem Status, gemessen mit dem GAF (APA, 1994) und Alkoholkonsum, gemessen mit dem AUDIT (ohne Angabe). Zudem stellten Seikkula et al. (2013) nach einer Verbesserung des Anstellungsstatus der Patienten unabhängig von deren Gruppenzuteilung signifikante Veränderungen des allgemeinen

psychiatrischen Status (GAF, APA, 1994) und der depressiven Symptome (BDI, Beck et al., 1961) fest. Laut Lemmens et al. (2009) haben die Patienten, die Einzel- oder Familientherapie erhielten, bezüglich der subjektiven emotionalen und psychischen Gesundheit ihres Partners (SEH, ohne Angabe) Verbesserungen wahrgenommen, was in der Standardtherapie nicht der Fall war. Nach drei und 15 Monaten nahmen auch die Partner in den beiden Familientherapien Verbesserungen bezüglich emotionaler und psychischer Gesundheit des depressiv Erkrankten wahr. Die Partner in der Standardbehandlung konnten erst nach 15 Monaten Verbesserungen diesbezüglich wahrnehmen (Lemmens et al., 2009).

In Hellemans et al. (2011) berichten Patienten und deren Partner durch die Teilnahme an den Mehrfamiliientherapien vom Gewinn neuer Erkenntnisse über sich selbst, über die Depression und deren Behandlung. Eine Patientin erkannte, „dass der Genesungsprozess bei jedem eine lange Zeit beansprucht“ (Hellemans et al., 2011).

4.4.3 Aktivität und Partizipation

Im Bereich der „Aktivität und Partizipation“ der Familien von psychisch Erkrankten zeigt sich laut Shimazu et al. (2011), dass diese häufig selber markant gestresst sind und sich sozial ähnlich isolieren wie die Betroffenen. Shimazu et al. (2011) folgert, dass eine Reduktion der Belastung der Angehörigen dem Patienten Zuhause ein unterstützenderes Umfeld bieten kann. Mithilfe der Nidotherapie kann dem Patienten die von ihm gewünschte Verantwortung gegeben werden, indem innerhalb der Familie gezielte Absprachen getroffen werden. Zudem kann erreicht werden, dass für den Patienten Rückzugsorte geschaffen werden und er mehr Zeit für sich hat (Tyrer et al., 2003). Auch das Verwirklichen sozialer Rollen des Patienten kann mittels klaren Absprachen im Umfeld erreicht und somit die soziale Funktionsfähigkeit verbessert werden (Tyrer et al., 2003). Sich aggressiv verhaltende Patienten können ihre Aggressionen durch klare Abmachungen innerhalb des Umfelds und gezieltes Aufzeigen der Konsequenzen reduzieren. Durch das Mentoring des Nidotherapeuten kann der Patient befähigt werden, Entscheidungen zu treffen und seine Symptome durch das Anpassen des Umfelds zu reduzieren (Tyrer et al., 2003).

Bezüglich Einbezug des Partners in die Mehrfamiliientherapie geben die Patienten das Erfahren von Zusammenhalt, Unterstützung und Verständnis ihres Partners als hilfreich an

(Hellemans et al., 2011). Ebenso eine Art von Teamgefühl und Gruppenzugehörigkeit erfahren zu können. Sie profitierten von den entstandenen affektiven Bindungen und Beziehungen zwischen den Gruppenteilnehmern. Ein Patient benennt „eine Art Zusammenhalt“, ein anderer „das Teamgefühl“ als unterstützend. Auch das empfundene Gefühl des Verstandenwerdens in der Gruppe wird als hilfreich angegeben, von Partnern („...Menschen, die dich verstehen“) wie auch Patienten („das Gefühl des verstanden Werdens ist sehr ermutigend“). Hellemans et al. (2011) betonen weiter die Selbstoffenbarung als hilfreichen therapeutischen Faktor. Patienten und Partner schätzten es, wenn sie sich selbst in der Gruppe offenbaren konnten: „Dass ich ausdrücken kann, dass eine Beziehung gleichberechtigt und ausgeglichen sein sollte“, äusserte eine Patientin und ein Partner: „Ich fand es am wichtigsten, dass ich Gedanken in der Gruppe ausdrücken konnte...“ Patienten und Partner betonten, dass sie sowohl von den Diskussionen über verschiedene Themen mit den eigenen Familienmitgliedern, wie auch mit anderen Gruppenmitgliedern und den Therapeuten profitieren konnten. Häufig genannte Themen waren Kinder, Beziehung, Krankheit und deren Behandlung. Ein Partner benennt die Nützlichkeit, mit Leidensgenossen sprechen und „Probleme «leichter» mit Personen mit ähnlichen Problemen diskutieren“ zu können. Auch die Beobachtungserfahrungen wurden wiederkehrend als wichtig in der Mehrfamiliengruppe berichtet. Genannt wurden Lernen durch Beobachten, Erfahren von Allgemeingültigkeit und Entdecken von Gemeinsamkeiten. Verdeutlicht wird dies mit den folgenden Zitaten von Patienten: „Dass da Andere mit ähnlichen Problemen sind, ist tröstend“, „dass andere Partner manchmal weniger verständnisvoll sind als mein Partner“ (Hellemans et al., 2011).

Entgegengesetzt der Erwartungen von Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012) sind keine signifikanten Unterschiede zwischen der „Coping Oriented Couples Therapy“ (COCT) und den beiden Einzeltherapien beim Erfassen des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress mittels DCI (Gmelch et al., 2008) und der Selbsteinschätzung der Beziehungsqualität durch den PFB (Hahlweg, 1996) aufgetreten. Da COCT keine signifikanten Veränderungen in der Ehezufriedenheit mit sich bringt, sollte diese Therapieart mit Vorsicht bei Paaren, welche mehr als eine milde Beziehungsunzufriedenheit aufzeigen, eingesetzt werden (Bodenmann et. al., 2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Bodenmann et al. (2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012) schreiben der Anwendung der COCT vor allem bei Paaren, welche nicht an ehelichem „Distress“ leiden, ein hohes Po-

tential zu. In diesen Fällen kann COCT stressgenerierende Prozesse unterbrechen, insbesondere solche, die mit EE in Verbindung stehen. Auch Seikkula et al. (2013) konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der gemessenen Beziehungszufriedenheit (DAS, Spanier, 1976) zwischen der Paartherapie- und der Standardtherapiegruppe feststellen.

Paare, die an „Beziehungsdistress“ leiden, profitieren laut Beach (2003, zit. nach Beach & Whisman, 2012) von der „Behavioral Marital Therapy“ (BMT). Bei diesen Paaren zeigte sich im Vergleich zur Einzeltherapie eine signifikante Reduktion des „Beziehungsdistress“. Zusätzlich resultierte eine höhere Verbesserung der Ehefunktion zugunsten der BMT (Beach, 2003, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Seikkula et al. (2013) ist aufgefallen, dass bei einer Verbesserung des Anstellungsstatus des Patienten in beiden Gruppen signifikante Veränderungen der Beziehungszufriedenheit (DAS, Spanier, 1976) resultieren.

4.4.4 Umweltfaktoren

In der Studie von Seikkula et al. (2013) konnten die Patienten der Kontrollgruppe bei Bedarf nach neun Monaten Paartherapie in Anspruch nehmen. Nach deren Start sind positive Veränderungen aufgefallen. Seikkula et al. (2013) gehen davon aus, dass in diesen Fällen der Einbezug des Ehepartners ein fördernder Faktor für eine Veränderung war. Shimazu et al. (2011) ergänzen, dass ein Zusammentreffen von Familien in ähnlichen Situationen den „Distress“ innerhalb der Familie reduzieren kann. In Hellemans et al. (2011) berichteten Patienten und deren Partner über ähnliche Erfahrungen, welche für sie und ihre Familien in der Mehrfamilientherapie hilfreich waren. Die Patienten profitierten insbesondere von der Anwesenheit der eigenen Familie, obwohl die Anwesenheit anderer Familien auch als hilfreich angegeben wurde. Sie schätzten, dass die eigenen Familienmitglieder in die Behandlung miteinbezogen wurden: „Die Teilnahme an der Behandlung war für meine Familie nicht einfach, aber ... sie waren fähig, dies zu tun.“ Die Partner gaben hauptsächlich die Anwesenheit der anderen Partner und die Gruppe im Allgemeinen als hilfreich an (Hellemans et al., 2011). Weiter wurde die Offenheit in der Gruppe von Patienten und Partnern als hilfreich angegeben. Die Patienten unterstrichen im Gegensatz zu den Partnern („Offenheit von Patienten und Partnern...“) mehr den hilfreichen Effekt offener Meinungen auf die eigene Familie („dass mein Partner sich selber öffnete“). Der Gewinn neuer Erkenntnisse über die Beziehungen wird von beiden als hilfreich angegeben. Eine Patientin erzählt: „Wir sind in unserer Beziehung festgefahren und brauchen dringend

Paartherapie.“ Ein Partner gab „Sprechen mit Anderen hilft“ an (Hellemans et al., 2011). Des Weiteren wurde die Erfahrung der Selbstoffenbarung der eigenen Familienmitglieder oder diejenige anderer Gruppenmitglieder als hilfreich angesehen (Hellemans et al., 2011). Laut Tyrer et al. (2003) kann der Wunsch eines Patienten, einen bestimmten Lebensstil beizubehalten oder wiederzuerlangen, gewahrt und die Akzeptanz des Umfelds erzielt werden, indem klare Absprachen mit dem Umfeld getroffen werden.

Nach Hellemans et al. (2011) profitierten Patienten und Partner durch das Beobachten scheinbar direkt vom Verhalten, von Interaktionen und Coping* der anderen Gruppenmitglieder. Die Patienten gaben vor allem das Hören der Geschichten der Anderen als hilfreich an („Das Hören der Erfahrungen Anderer“). Die Partner fokussierten eher auf die berichteten Lösungen. Sie schätzten das Erlernen neuer Coping-Strategien im Umgang mit der Depression und Beziehungsthemen („Ich habe neugierig zugehört, wie andere Familien die Depression erleben und den Umgang damit gestalten“). Das Entdecken der Universalität der Probleme sowie das Erleben von ähnlichen und unterschiedlichen Erfahrungen und Fortschritten wurden seitens der Patienten und der Partner als unterstützend angegeben. Eine Patientin merkte an: „Ich fand es beruhigend, dass ich nicht die einzige bin, welche an einer Depression leidet.“ Ergänzend dazu ein Partner: „So wie du fühlst, dass du nicht der einzige bist, der so denkt. Das ist ermutigend für mich“ (Hellemans et al., 2011).

Nach Shimazu et al. (2011) hat Familienpsychoedukation unter anderem den Effekt, den Angehörigen benötigte Informationen zur Verfügung stellen zu können. Dies bestätigt Hellemans et al. (2011), sie berichten über die Anleitung durch den Therapeuten als ein weiterer wiederkehrender therapeutischer Faktor. Vor allem die Partner verwiesen auf durch die Therapeuten erbrachten nützlichen Effekte. Da die Partner häufig nicht vollständig verstanden, was mit ihrem depressiv erkrankten Lebensgefährten los ist und sich schuldig fühlten, nicht angemessen helfen zu können, sahen sie das Erhalten von Informationen über Depression und deren Verlauf durch die Therapeuten als hilfreich. Ein Partner berichtet, „dass (durch den Therapeuten) klargemacht wurde, dass die Genesung nicht geradlinig verläuft, dass Rückfälle möglich sind“ (Hellemans et al., 2011).

Patienten, welche „Brief Couple Therapy for Depression“ (BCT) in Anspruch nahmen, erreichten im Vergleich zur Wartelistengruppe signifikant höhere, wenn auch bescheidene

Verbesserungen in der Beziehungszufriedenheit (DAS, Spanier 1976). Ebenso resultierten Verbesserungen in der FDS (Jacob et al., 1987) und der IRBAS (Beardslee et al., 1993). Laut Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012) deuten die gewonnenen Effekte darauf hin, dass durch die Therapie die wahrgenommenen Belastungen reduziert und eine höhere Akzeptanz erreicht werden. Dies bestätigen Lemmens et al. (2009) mit dem Hinweis, dass Einzel- und Mehrfamiliентherapie im Vergleich zur Standardtherapie dem Partner helfen, Verbesserungen der Stimmung des depressiv Erkrankten früher wahrzunehmen. Laut Lemmens et al. (2009) kann das Wahrnehmen von leichten Besserungen in der Stimmungen auf eine Verbesserung der Awareness des Angehörigen zurückzuführen sein oder, dass die Familiendiskussionen über die Ressourcen des Patienten dem Partner geholfen haben, die Depression schneller relativieren zu können.

Bezüglich der Medikation zeigte sich zu Beginn der Studie von Seikkula et al. (2013), dass 61% der teilnehmenden Patienten Antidepressiva einnahmen. Zwischen der Paartherapie- und der Kontrollgruppe entwickelten sich im Verlauf keine Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Länge der Einnahme der Medikation. Hingegen hilft nach Lemmens et al. (2009) die Teilnahme in einer Einzel- oder Mehrfamiliengruppe stationären depressiven Patienten, die Einnahme von Antidepressiva zu reduzieren. In deren Studie hatten nach 15 Monaten 0% der Patienten der Standardbehandlung die Antidepressiva abgesetzt, 16% der Patienten der Einzelfamiliентherapie und 26% der Patienten der Mehrfamiliентherapie. Bei Patienten der Mehrfamiliентherapie, verglichen mit denen der Standardbehandlung, zeigte sich diesbezüglich eine Signifikanz, bei Patienten der Einzelfamiliентherapie im Vergleich mit denen der Standardbehandlung nicht (Lemmens et al., 2009).

Laut Seikkula et al. (2013) nahmen die Patienten, die Paartherapie erhielten, signifikant weniger Behandlungseinheiten in Anspruch als jene der Kontrollgruppe. Über zwei Jahre hatte die Paartherapiegruppe ungefähr 21 Behandlungseinheiten, die Kontrollgruppe 65 (beinhaltet Paartherapie, Psychotherapie, psychiatrische Konsultation oder Ergotherapie). Seikkula et al. (2013) vermuten, dass durch das Einschliessen des Ehepartners in die Therapie eines depressiv Erkrankten über den Zeitraum von zwei Jahren mit weniger Behandlungen eine schnellere Besserung der psychischen Gesundheit stattfinden kann. Bezüglich Rehospitalisation und Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste zwischen der Entlassung und den Messungen nach 15 Monaten gab es nach Lemmens et al.

(2009) keine signifikanten Unterschiede bei den Familientherapien und der Standardbehandlung. Lemmens et al. (2009) ziehen in Betracht, dass Familientherapien, welche insgesamt mehr als sieben Einheiten dauern, bedeutendere Behandlungseffekte mit sich bringen könnten. Cohen et al. (2010, zit. nach Beach et al., 2012) merken an, dass die kompakte Intervention (BCT) Potential für eine signifikante Kosteneffektivität bezüglich paarbasierten Interventionen hat. Durch ihren Fokus auf Paare mit keinem oder leichtem „Distress“ ergänzt sie längerdauernde, traditionelle Ansätze für Ehe-therapien für Paare mit „Distress“.

5. Diskussion

5.1 Kritische Würdigung der Ergebnisse

Die ambulante Familienpsychoedukation reduziert die Rückfallrate bei einer schweren Depression, minimiert die Zeit zum Rückfall massgebend und hat signifikante Effekte auf die Remission (Shimazu et al., 2011). Hingegen resultieren keine signifikanten Unterschiede zwischen den stationären familienbezogenen- und der Einzeltherapie bezüglich Suizidrate, Rehospitalisation, Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste und Remission nach der Entlassung (Lemmens et al., 2009). Shimazu et al. (2011) definieren die Remission ab einem HRSD-Wert (Fremdbeurteilung, Hamilton, 1960) von 6 Punkten oder weniger. Der Rückfall wird deklariert, wenn ein unabhängiger Psychiater die Schwelle für eine „depressive Episode“ in einem Interview erkennt. Hingegen definiert Lemmens et al. (2009) die Behandlungsremission als BDI-Wert (Selbstbeurteilung, Beck et al., 1961) unter 9. Die Rehospitalisation nach 15 Monaten wird mit einem Selbstbericht und wenn nötig einem zusätzlichen Telefoninterview erfasst, das genaue Vorgehen wird nicht beschrieben. Die Art der Erfassung der Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste und der Suizidrate bleibt unklar. Zudem geben Lemmens et al. (2009) an, dass die Ergebnisse ihrer Studie mehr gewichtet werden könnten, wenn nebst subjektiven Messungen nach drei und 15 Monaten auch objektive Beobachtungen durchgeführt worden wären. Aus diesen Gründen sind die Effekte diesbezüglich bei Lemmens et al. (2009) nach Ansicht der Verfasserinnen der Arbeit mit Vorsicht zu interpretieren.

Bezüglich der durchschnittlichen Länge der Einnahme der Medikation gibt es keine Unterschiede zwischen ambulanter Paar- und Einzeltherapie (Seikkula et al., 2013). Bei stationären depressiven Patienten kann die Einnahme von Antidepressiva durch die Teilnahme an einer Einzel- und vor allem Mehrfamiliengruppe reduziert werden (Lemmens et al., 2009).

Aus paar- und familienbezogenen, wie auch Einzeltherapien resultiert ein signifikanter Rückgang des erlebten (BDI, Beck et al. 1961) Schweregrads der Depression (Bodenmann et al., 2008, zit. nach Beach und Whisman, 2012; Lemmens et al., 2009; Seikkula et al., 2013). Gleiches wird bei der fremdbeurteilten (HRSD, Hamilton, 1960) Schwere beschrieben (Bodenmann et al. 2008, zit. nach Beach und Whisman, 2012). Dem entgegengesetzt werden zugunsten der Paartherapie signifikant höhere Reduktionen der selbst-

und fremdbeurteilten depressiven Symptome festgestellt (Cohen et al. 2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Auch Seikkula et al. (2013) stellen zugunsten der Paartherapie signifikante Verbesserungen der fremdbeurteilten Schwere (HRSD, Hamilton, 1960) fest. Die Verfasserinnen der Arbeit merken bezüglich den Ergebnissen von Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012) an, dass sich es sich bei der Kontrollgruppe um Paare gehandelt hat, welche auf der Warteliste für die Therapie waren. Aus diesem Grund interpretieren die Verfasserinnen der Arbeit diese Ergebnisse von Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012) mit Vorsicht. Sie können sich vorstellen, dass auch Einzeltherapie signifikante Verbesserungen im Vergleich zu Paaren ohne Therapie zeigen würde. Es ist jedoch auch anzumerken, dass Cohen et al. (2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012) im Gegensatz zu den anderen Autoren für die selbstbeurteilte Schwere der Depression den BDI-II (Beck et al., 1996) eingesetzt haben. Nach Kühner et al. (2007) hat die Überarbeitung des BDI (Beck et al., 1961) zum BDI-II (Beck et al., 1996) durch die Aufnahme relevanter Items die diagnostische Sensitivität des Verfahrens erhöht. Durch die Streichung diagnoseirrelevanter Items wurde dessen diagnostische Spezifität* verbessert. Die von Seikkula et al. (2013) gemessenen signifikanten Verbesserungen der HRSD-Werte (Hamilton, 1960) zugunsten der Paartherapie, sowie die Gleichheit bezüglich der Medikation der Einzel- und Paartherapie spricht für die Verfasserinnen der Arbeit für die Ergebnisse der fremdbeurteilten Schwere der Symptome von Seikkula et al. (2013). Fangmann et al. (2006) kritisieren bezüglich HRSD (Hamilton, 1960), dass zu fest auf das Schlafverhalten eingegangen wird. Sedierende Substanzen können im Vergleich zu aktivierenden Antidepressiva grössere Veränderungen der Werte und so einen vermeintlich besseren klinischen Erfolg bewirken (Fangmann et al., 2006). Weiter ist auffallend, dass die Studie von Seikkula et al. (2013) die einzige ist, welche die Selbsteinschätzung der depressiven Symptome anhand des BDI (Beck et al., 1961) nebst dem Patienten auch durch den Partner evaluiert hat. Für die Verfasserinnen der Arbeit ist fragwürdig, inwiefern diese Daten weiterverwendet wurden. Es sind keine Ausführungen diesbezüglich in der Studie von Seikkula et al. (2013) zu finden.

Nach einer Verbesserung des Anstellungsstatus des Patienten zeigten sich signifikante Veränderungen des Funktionsniveaus und der Selbsteinschätzung des Schweregrads der depressiven Symptome. Parallel dazu wurden beim Partner signifikante Veränderungen bezüglich der Beziehungszufriedenheit festgestellt (Seikkula et al., 2013). Dies bestätigt

die Annahme von Rössler (2004), dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und soziale Desintegration insbesondere in der Berufs- und Partnerrolle in einer Wechselwirkung zueinander stehen.

Es besteht unzureichende Evidenz, um überzeugt sagen zu können, dass in der Behandlung von Depressionen aus der Mehrfamilientherapie (MFT) ein grösserer Nutzen gezogen werden kann, als aus der Einzelfamilietherapie (SFT) (Lemmens et al., 2009). Denn durch mögliche Fehlerquellen aufgrund der kleinen Stichprobengrösse und frühzeitigen Abbrüche ist nach Lemmens et al. (2009) Vorsicht geboten beim Vergleichen von SFT und MFT. Familientherapien mit mehr als sieben Einheiten könnten laut Lemmens et al. (2009) bedeutendere Behandlungseffekte mit sich bringen.

Paartherapie (Bodenmann et al., 2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012) kann im Gegensatz zur Familienpsychoedukation, die in Abwesenheit des Patienten stattfand (Shimazu et al., 2011), eine wesentliche Abnahme der EE bewirken. Shimazu et al. (2011) sehen in diesem Zusammenhang die zu kleine Stichprobengrösse von insgesamt 45 Paaren als limitierend. Bodenmann et al. (2008) hingegen haben 60 Paare eingeschlossen. In beiden Studien waren Patienten involviert, welche sich in der weiterführenden Therapie befanden. Nach Shimazu et al. (2011) sind die EE in der Akutphase am auffälligsten. In beiden Studien wurden die EE der Angehörigen mittels FMSS (Magana, et al., 1986) und bei Shimazu et al. (2011) zusätzlich mit dem FAS (Kavanagh et al., 1997) gemessen. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass der FMSS (Magana et al., 1986) zum Erfassen der EE eine geringere Sensitivität aufweist als das „Camberwell Family Interview“ (Wearden et al., 2000). Mino, Inoue, Shimodera und Tanaka (2000) geben an, dass die EE in Asien grundsätzlich tiefer sind als in westlichen Ländern wie Europa und Amerika. Das Aussprechen von Kritik oder Emotionen ist den Autoren zufolge in der japanischen Kultur häufig mit Schamgefühlen verbunden. Die Verfasserinnen der Arbeit schlussfolgern, dass bei der Paartherapie, welche in der Schweiz stattgefunden hat, im Vergleich zu der in Japan durchgeführten Familienpsychoedukation zu Beginn der Therapie bereits höhere EE messbar waren und so während der Therapie eine wesentlichere Reduktion der EE stattfinden konnte. Auch den möglichen Einfluss auf die EE durch die Therapiedurchführung mit oder ohne den Patienten schliessen die Verfasserinnen der Arbeit nicht aus.

Folgende acht wiederkehrende therapeutische Faktoren wurden durch die Patienten und deren Partner in der Mehrfamilietherapie berichtet: Anwesenheit anderer Personen, Zusammenhalt und Verständnis, Offenheit, Selbstoffenbarung, Diskussion, Erkenntnisse, Beobachtungserfahrungen und die Anleitung durch den Therapeuten (Hellemans et al., 2011). Auffallend ist, dass die Patienten in der Mehrfamilietherapie scheinbar mehr von der Anwesenheit, der Unterstützung und dem Verständnis des eigenen Partners profitierten. Die Partner erachteten hauptsächlich die Anwesenheit der anderen Partner und die Gruppe im Allgemeinen als hilfreich. Die Patienten schätzten die Geschichten der anderen, wobei die Partner eher die Lösungsansätze der Anderen als unterstützend wahrnahmen. Hellemans et al. (2011) berichten als limitierend, dass die Resultate den Teilnehmern nicht zurückgemeldet wurden.

Nach Shimazu et al. (2011) kann Familienpsychoedukation mit oder ohne Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden. Die Autoren merken an, dass die unterschiedlichen Effekte der beiden Ansätze bei einer Depression bis jetzt noch nicht erforscht wurden und mehr Beachtung in der zukünftigen Forschung benötigen. Shimazu et al. (2011) erwähnen zwei Studien mit interessanten Ergebnissen bezüglich bipolaren Störungen*. Diejenige von Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder, Mintz (1988, zit. nach Shimazu et al., 2011) zeigt bei einem Familien- und Patientenansatz prophylaktische Effekte bei der Depression aber nicht bei der Manie. Reinares et al. (2008, zit. nach Shimazu et al., 2011) erkannten bei Familienpsychoedukation ohne Patienten prophylaktische Effekte bei der Manie, aber nicht bei der Depression. Shimazu et al. (2011) weisen nach eigener Aussage als erste nach, dass Familienpsychoedukation ohne Patienten bei der Diagnose Depression einem Rückfall vorbeugt. Aufgrund dessen erachten die Verfasserinnen der Arbeit Psychoedukation nur mit Angehörigen ohne den Patienten als wirkungsvolle Behandlungsmöglichkeit.

Die Nidotherapie umfasst das systematische Beurteilen und Anpassen der Umwelt. Dadurch können soziale Rollen verwirklicht und eine verbesserte soziale Funktionsfähigkeit erwirkt werden. Der Patient kann befähigt werden, Entscheidungen zu treffen und die Symptome zu reduzieren (Tyrer et al., 2003). Tyrer et al. (2003) merken an, dass dieses Behandlungsverfahren vorerst als Behandlungsstrategie vor allem für chronisch und rezidivierend psychisch Erkrankte angesehen werden soll, da es für spezifische Behandlungsinterventionen noch weitere Forschung benötigt. Die Nidotherapie ist erst durchzuführen, wenn die Symptom- oder Verhaltensänderung eine Grenze erreicht hat und keine

weitere signifikante Veränderung mehr zu erwarten sind (Tyrer et al., 2003). Die Verfasserinnen der Arbeit können aufgrund unzureichender (methodischer) Ausführungen nicht nachvollziehen, weshalb Umweltanpassungen abzuwarten sind. Aus ergotherapeutischer Sicht wendet der Therapeut in der Vorbereitungsphase wenn nötig Massnahmen wie das Anpassen der Umwelt an, welche die anschliessende Ausführung der Tätigkeiten überhaupt erst ermöglicht oder erleichtert (EVS & ASSET, 2005).

5.2 Übertrag der Ergebnisse auf die Ergotherapie

Für den Übertrag auf die Ergotherapie ziehen die Verfasserinnen der Arbeit exemplarisch „Enablement Skills“ nach Townsend und Polatajko (2007) (Kapitel 2.1.7, Tabelle 1) bei, welche im Text als Fertigkeiten umschrieben werden.

Durch die Teilnahme an paar-, familienbezogenen und Einzeltherapien kann der Schweregrad der Depression minimiert werden (Beach, 2003, zit. nach Beach & Whisman, 2012; Bodenmann et al., 2008, zit. nach Beach und Whisman, 2012; Lemmens et al., 2009; Seikkula et al., 2013). Psychoedukation ohne Patienten hat positive Effekte auf die Rückfallprävention und Remissionsraten (Shimazu et al., 2011). Die Symptome, welche eine Depression und somit auch einen Rückfall ausmachen, wurden in den Kapiteln 1.2 und 3.5 beleuchtet. Nach Schaefer (2010) stehen aus der Sichtweise des biopsychosozialen Modells nach Engel die biophysische, psychokognitive und soziale Dimension im Mittelpunkt. In diesen Dimensionen spiegeln sich gesellschaftliche Komponenten wieder, die unsere Gesundheit beeinflussen. Wenn ein Mensch zum Beispiel seine Arbeit verliert, verzichtet er zwangsläufig auf den täglichen Kontakt zu seinen Kollegen (Schaefer, 2010). Durch die Fertigkeit „Educate“ (Townsend & Polatajko, 2007) können Ergotherapeuten bilden, vermitteln und instruieren (Krieger, 2012), zum Beispiel „(...) dass die Genesung nicht gradlinig verläuft, dass Rückfälle möglich sind“ (Zitat eines Partners in Hellemans et al., 2011). Eine systematische Übersichtsarbeit zu Effektivität von Psychoedukation kommt zu dem Ergebnis, dass ein gesteigertes Wissen über Depression und deren Behandlung mit einer günstigeren Depressionsprognose sowie einer Reduktion der psychosozialen Belastung von Angehörigen verbunden ist (Tursi, Baes, Camacho, Tofoli & Juruena, 2013, zit. nach DGPPN, 2015). Shimazu et al. (2011) merken an, dass die Ziele der Edukation für Familienangehörige je nach deren Alter unterschiedlich sein können und andere Wissenslücken bezüglich der Diagnose bestehen. Zum Beispiel gingen Angehörigen über 75 Jahre im

Vergleich zu jüngeren vermehrt davon aus, dass die Depression mit einem Mangel an Willensstärke zusammenhängt.

Durch den Einbezug von Angehörigen können Verbesserungen in der Beziehungszufriedenheit erreicht werden (Cohen et al., 2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012, Seikkula et al., 2013). Nach Schaefer (2010) spielt die partnerschaftliche Qualität für die seelische Gesundheit und psychische Stabilität eine wichtige Rolle. Partnerschaftsprobleme können psychische Erkrankungen zu Beginn, im Verlauf und bei Rückfällen beeinflussen. Zunehmende gegenseitige Kritik und Abwertung wirken sich negativ auf das Selbstwertgefühl aus und die gegenseitige Unterstützung nimmt ab (Schaefer, 2010).

Paartherapie kann eine wesentliche Abnahme der EE bewirken (Bodenmann et al., 2008, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Hohe EE Levels führen zu Überlastungen, denen die Betroffenen aufgrund ihrer Verarbeitungsmöglichkeiten nicht gewachsen sind. Deshalb soll nach Hahlweg und Dose (1998, zit. nach Hirsekorn, 2009) das „Expressed-Emotion-Konzept“ innerhalb Angehörigengruppen erklärt werden. In der Ergotherapie können durch die Fertigkeit „Specialize“ Spezialwissen angewendet werden und eine kognitiv-verhaltensbezogene Förderung stattfinden (Krieger, 2012), um Klienten für die eigene Befähigung zu motivieren (Townsend & Polatajko, 2007). Inwieweit die Symptome und das Verhalten des Klienten von den Angehörigen als belastend erlebt werden, hängt entscheidend von deren kognitiv-emotionalen Prozessen und psychosozialen Ressourcen ab (Jungbauer et al., 2001). Durch die Fertigkeit „Educate“ können Ergotherapeuten die Angehörigen darin instruieren (Krieger, 2012), ihre Awareness bezüglich der Depression zu verbessern und sich den Ressourcen der Patienten bewusst zu werden (Lemmens et al., 2009). Dadurch können wahrgenommene Belastungen reduziert und eine höhere Akzeptanz erreicht werden (Cohen et al., 2010, zit. nach Beach & Whisman, 2012). Mit der Fertigkeit „Design / Build“ kann die emotionale Umwelt (Townsend & Polatajko, 2007) angepasst werden.

Eine Verbesserung des Anstellungsstatus hat positive Effekte auf die Beziehungszufriedenheit und die Reduktion der depressiven Symptome (Seikkula et. al., 2013). Bezüglich Arbeit kann die Ergotherapie mithilfe der Fertigkeit „Adapt“ zusammen mit den Klienten Anpassungen vornehmen, um betätigungsbezogene Herausforderungen meistern zu können (Townsend & Polatajko, 2007). Konkreter kann dies bedeuten, ergonomisch zu gestalten, zeitlich und räumlich zu verändern und Handlungen herunterzubrechen (Krieger,

2012). Die arbeitstherapeutische Ergotherapie zusätzlich zur ambulanten Routinebehandlung kann dazu führen, dass Patienten im Durchschnitt drei Monate früher ihre Arbeit wieder aufnehmen und häufiger und mehr arbeiten können als die Patienten in der Routinebehandlung. Zusätzlich scheint die ergänzende Ergotherapie zu höherer Kosteneffektivität zu führen (Schene et al., 2007, zit. nach DGPPN, 2015). Patienten, die Paartherapie erhielten, nahmen über den Zeitraum von zwei Jahren signifikant weniger Behandlungseinheiten (21 inklusive Psycho- und Ergotherapie, psychiatrische Konsultation und Gruppentreffen) in Anspruch als jene der Standardbehandlung mit 65 Behandlungseinheiten (Seikkula et al., 2013). Zugunsten der Kosteneffektivität (Cohen et al., 2010, zit. nach Beach et al., 2012) kann bei Paaren ohne oder mit leichtem „Distress“ kürzere paarbasierte Interventionen (Beach & Whisman 2012) angewendet werden. Paare mit „Distress“ benötigen weiterhin längere, traditionelle Formen. Die Ergotherapie hat diesbezüglich mittels der Fertigkeit „Coordinate“ die Möglichkeit, Verknüpfungen zu anderen Gruppen mit Ressourcen herzustellen (Townsend & Polatajko, 2007). Auch die Fertigkeit „Consult“ spielt hierbei eine wichtige Rolle, um Rücksprachen mit Teammitgliedern, Sozialbehörden, Kostenträgern und nicht staatlichen Organisationen zu treffen (Townsend & Polatajko, 2007).

Mehrfamilientherapie für Patienten und Partner ermöglicht den Aufbau neuer Beziehungen und das Erleben von Teamgefühl, Verständnis und Unterstützung (Hellemans et al., 2011). Nach Bull und Poppe (2015) sind Menschen aus evolutionsbiologischer Sicht in hohem Masse bindungsorientiert. Deshalb stellen partnerschaftliche, eheliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen eine wichtige Quelle von Wohlbefinden und Lebensfreude dar (Bull & Poppe, 2015). Geschickte Therapeuten können Patienten motivieren und überzeugen die Angehörigen miteinzubeziehen (Seikkula et al., 2013). Denn die Klienten schätzen es, dass Angehörige in die Behandlung miteinbezogen werden. Die Partner profitieren in der Mehrfamilientherapie von der Anwesenheit der Gruppe und deren berichteten Lösungsansätzen (Hellemans et al., 2011). Durch die Fertigkeit „Engage“ können Klienten in der Ergotherapie über das Reden hinaus ins Tun und Partizipieren begleitet werden. Dies geschieht durch das Einbeziehen anderer (Townsend & Polatajko, 2007) und kann Ermutigung, Vertrauensaufbau und Motivation beinhalten (Krieger, 2012).

Mehrfamilientherapie bietet eine Plattform zur Selbstoffenbarung und für Diskussionen mit Leidensgenossen. Die Universalität der Probleme kann erkannt und neue Erkenntnisse über Beziehungen gewonnen werden (Hellemans et al., 2011). Mittels ergotherapeutischer Fertigkeit „Collaborate“ kann das Teilen von Fähigkeiten und Wissen gefördert

(Townsend & Polatajko, 2007) und so individuelle Resilienz angestrebt werden. Dazu gehören das Bilden von Netzwerken, Fördern gegenseitiger Unterstützung, Einstufen von Krisen als überwindbar, die Nutzung der Möglichkeit zur Selbstreflexion, Förderung der positiven Selbstwahrnehmung und des Optimismus (APA, 2017) [elektronische Version].

Der anleitende Therapeut kann in der Mehrfamiliientherapie Informationen über die Depression und deren Verlauf vermitteln, um dem Gefühl der Partner, nicht adäquat reagieren zu können, entgegenzuwirken (Hellemans et al., 2011). Mit der Fertigkeit „Coach“ kann der Klient darin unterstützt werden, Fähigkeiten zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, um erfüllende Ergebnisse im persönlichen und beruflichen Leben zu erreichen und die Lebensqualität zu erhöhen (Townsend & Polatajko, 2007). Durch gezielte Absprachen und Mentoring können soziale Rollen verwirklicht und eine Verbesserung sozialer Funktionsfähigkeit erreicht werden. Der Klient wird befähigt, Entscheidungen treffen zu können und sein Umfeld für eine Symptomreduktion anzupassen (Tyrer et al., 2003).

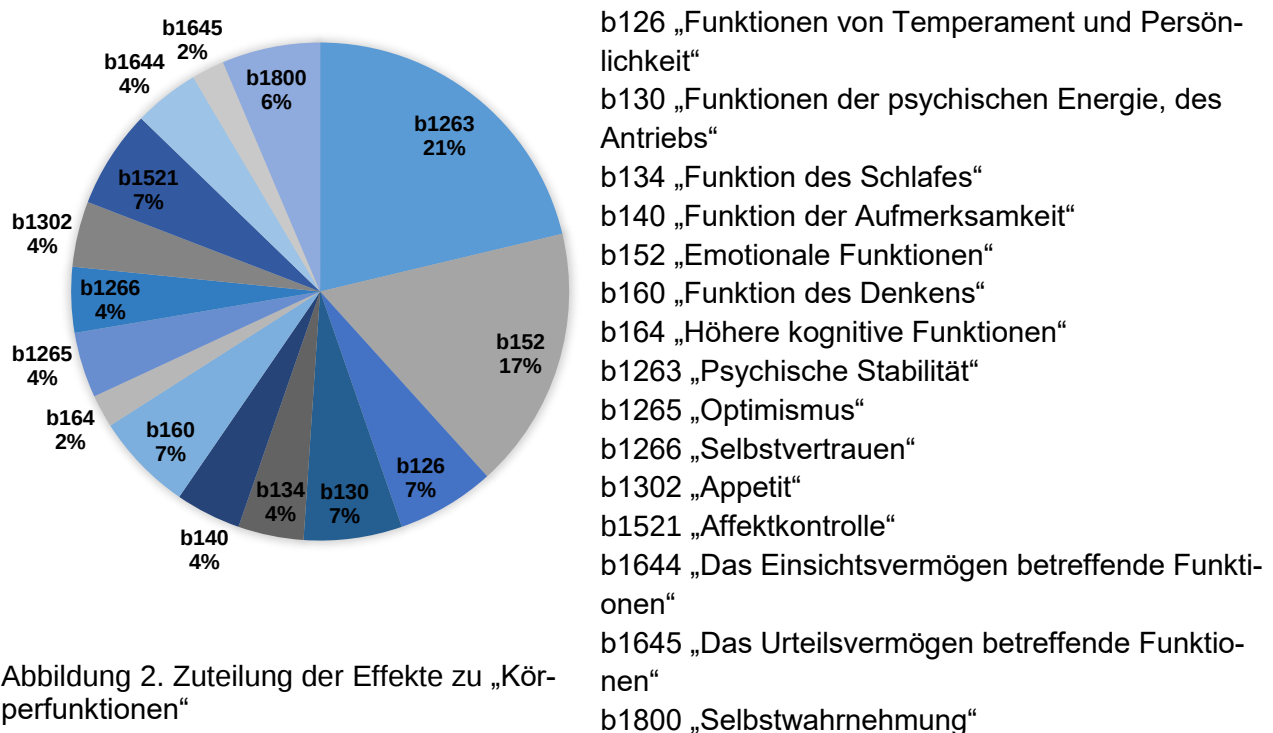
Nicht klar zuzuordnen bleibt die Fertigkeit „Advocate“, die Interessensvertretungen bei wichtigen Entscheidungsträgern mit dem Klienten beinhaltet (Townsend & Polatajko, 2007). Nach Auffassung der Verfasserinnen der Arbeit kommt diese übergeordnet und in spezifischen Fällen zum Tragen, wenn sich Ergotherapeuten politisch für verbesserte Möglichkeiten zur Partizipation von Menschen (Krieger, 2012) mit Depression einsetzen.

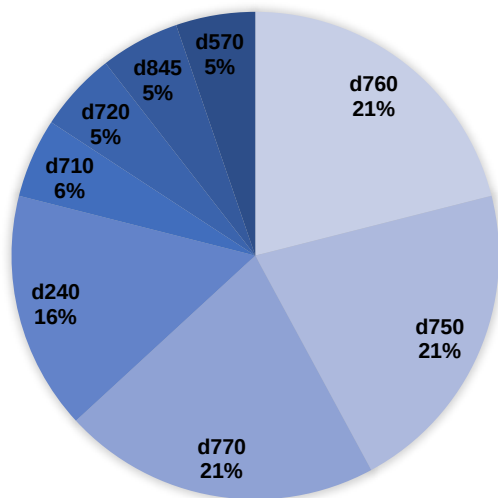
6. Schlussfolgerung

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung „Wie und mit welchen Effekten auf die depressiv erkrankte Person und deren Angehörigen lässt sich die Angehörigenarbeit in die ergotherapeutische Behandlung integrieren?“ lässt sich wie folgt beantworten:

Die Bearbeitung der zugezogenen Literatur hat ergeben, dass depressiv erkrankte Klienten und ihre Angehörigen im Rahmen von Paartherapie, Einzel-, Mehrfamilien- und Psychoedukationsgruppen (mit oder ohne den Patienten) behandelt werden können. Die Behandlungsansätze resultierten mit positiven Effekten auf die Klienten, wie auch auf deren Angehörige bezüglich Rückfall, Remission, Schweregrad der Depression, Beziehungszufriedenheit und „Expressed Emotions“. Zudem berichteten die Klienten und ihre Partner von folgenden hilfreichen Effekten: „Anwesenheit anderer Personen“, „Zusammenhalt und Verständnis“, „Offenheit“, „Selbstoffenbarung“, „Diskussion“, „Erkenntnisse“, „Beobachtungserfahrungen“ und das „Anleiten durch den Therapeuten“. Durch die Zuordnung der Effekte zu den ICF-Kategorien wird ersichtlich, welche Domänen vermehrt beeinflusst werden (Abbildungen 2-4). Durch die Verknüpfung der Behandlungsansätze und deren Auswirkungen auf die Klienten und Angehörigen mit den „Enablement Skills“ (Townsend & Polatajko, 2007) können die Verfasserinnen der Arbeit sagen, dass ein Transfer in die ergotherapeutische Praxis möglich ist und Empfehlungen abgegeben werden können.





d240 „Mit Stress und anderen psychischen“
Anforderungen umgehen“
d570 „Auf seine Gesundheit achten“
d710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“
d720 „Komplexe interpersonelle Interaktionen“
d750 „Informelle soziale Beziehungen“
d760 „Familienbeziehungen“
d770 „Intime Beziehungen“
d845 „Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden“

Abbildung 3. Zuteilung der Effekte zu „Aktivität und Partizipation“

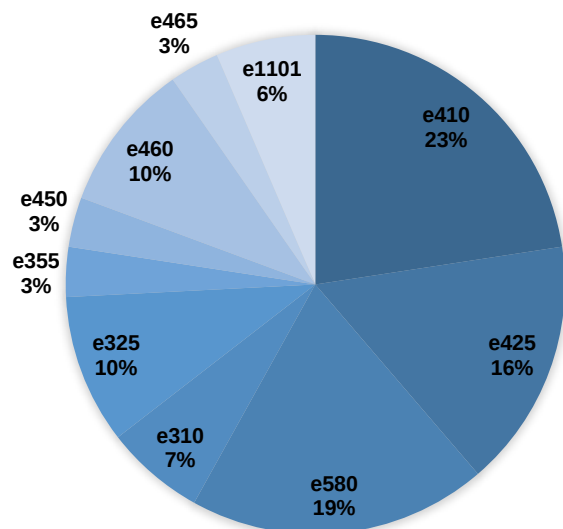


Abbildung 4. Zuteilung der Effekte zu "Umweltfaktoren"

e310 „Engster Familienkreis“
e325 „Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder“
e355 „Fachleute der Gesundheitsberufe“
e410 „Individuelle Einstellungen Mitglieder des engsten Familienkreises“
e425 „Individuelle Einstellungen Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere“
e450 „Individuelle Einstellungen Fachleute der Gesundheitsberufe“
e460 „Gesellschaftliche Einstellungen“
e465 „Gesellschaftliche Normen, Konventionen, Weltanschauungen“
e580 „Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“
e1101 „Medikamente“

6.2 Empfehlungen

Aufgrund der Evidenzlage und der zusammengetragenen Ergebnisse empfehlen die Verfasserinnen der Arbeit den Einbezug von Angehörigen in die ergotherapeutische Praxis mit depressiv erkrankten Menschen. Hierfür schlagen die Verfasserinnen folgende Vorgehensweisen vor:

ErgotherapeutInnen ...

... unterstützen Klienten in ihrer Arbeitssituation (beispielsweise beim Anpassen des Arbeitsplatzes und der Anstellungsbedingungen, im Kontakt mit Behörden wie der Invalidenversicherung und regionalen Arbeitsvermittlungsstellen).

... erfragen in der Erfassung systematisch die Familiensituation, erkundigen sich nach dem Wohlbefinden der Angehörigen und weiten die Klientenkonstellation (Fisher, 2014) nach Bedarf auf Angehörige aus.

... informieren Klienten und Angehörige über die Wichtigkeit und Auswirkungen des Einbezugs des Umfelds.

... laden die Angehörigen bei Einverständnis in die Therapie ein.

... sind im Sinne von integrierter Versorgung* über regionale Angebote für depressiv Erkrankte und deren Angehörige informiert und haben dazu schriftliche Informationen, die sie instruieren und abgeben können.

... sind sich der Wichtigkeit des interprofessionellen Austauschs für eine ganzheitliche Behandlung der Klienten und deren Angehörigen bewusst und gehen diesbezüglich proaktiv vor.

... beteiligen sich an interaktiven und/oder informativen Edukationen für Angehörige mit oder ohne Klienten. Mögliche Themen können zum Beispiel Auswirkungen der Krankheit auf Beruf, Freizeit und Selbstversorgung (DVE, 2007) und Austausch von Verhaltens- und Copingstrategien sein. Sie berücksichtigen dabei dem Alter entsprechende Themen.

... erwerben Fachwissen bezüglich „Expressed-Emotion-Konzept“ nach Brown und bauen dies in die Therapien ein.

... informieren sich über die Möglichkeiten der Verrechnung und Durchführung von Angehörigengruppen ohne Klienten in ihrer Institution.

... sind bestrebt, alltags- und betätigungsbezogene Einzel- und Mehrfamilietherapien aufzubauen.

... sind bestrebt, den Einbezug von Angehörigen depressiv Erkrankter konzeptuell in die Behandlungsabläufe zu verankern.

6.3 Limitationen

Durch die deutsche Übersetzung der englischsprachigen Studien ist nicht auszuschließen, dass Begriffe nicht durchgehend sinngemäss wiedergegeben wurden. Bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien kann kritisch angemerkt werden, dass diese bei der Literaturrecherche nicht konsequent genug angewandt wurden. Dies resultierte im anfänglichen Einschluss von 45 Studien. Aufgrund des Einschlusskriteriums „industrialisierte Länder“ wurde Shimazu et al. (2011) eingeschlossen, obwohl der Übertrag der Ergebnisse aus einer asiatischen Kultur auf die europäische kritisch betrachtet werden kann. Betreffend Beach und Whisman (2012) kann im Nachhinein gesagt werden, dass sich die im Review betrachteten einzelnen Studien für die Bearbeitung besser geeignet hätten, als das Review selbst.

6.4 Fazit

Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen erachten die Verfasserinnen der Arbeit den Einbezug von Angehörigen als fester Bestandteil der Best Practice* in der Behandlung von depressiv erkrankten Menschen. Sie sehen die Notwendigkeit, dass bezüglich der Angehörigenarbeit in der Ergotherapie mehr Forschung betrieben werden sollte. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es für die ergotherapeutische Praxis unabdingbar, dass sich Ergotherapeuten über aktuelle Forschung anderer Professionen informieren und aus dieser ergotherapierelevante Aspekte herausfiltern. Darüber hinaus erachten es die Verfasserinnen der Arbeit als wichtig, interne und insbesondere langfristig nutzbare externe Angebote wie Selbsthilfegruppen oder Kurse von Klienten- und Angehörigenorganisation zu nutzen und aususchöpfen.

7 Wortzahl

Abstract: 200

Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 11037

8. Danksagung

Ein herzliches Dankeschön sprechen wir Frau Yvonne Treusch aus. Sie hat uns während des ganzen Entstehungsprozesses dieser Arbeit stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden. Frau Marion Huber danken wir für ihre methodischen Hilfestellungen. Ein ganz herzlicher Dank geht an Juvita Rohrer und Karin Wyss für ihr Mitdenken, ihre konstruktiven Rückmeldungen sowie die humorvollen Ablenkungen. Bei Barbara Wirth bedanken wir uns für das Korrekturlesen und ihr wertvolles Feedback. Weiter bedanken wir uns bei Frau Lisa Bachofen für die aufschlussreichen Einblicke in die Angehörigenarbeit im Rahmen eines Angehörigentreffens der Vereinigung Angehöriger Psychisch Kranker (VASK Bern). Auch danken wir den Angehörigen für ihre Offenheit und ihr Vertrauen. Unseren Familien und Freunden widmen wir ein besonderes Dankeschön für ihr Verständnis, ihre Geduld und die erholsamen Auszeiten während des ganzen Prozesses.

9. Quellenverzeichnis

9.1 Literaturverzeichnis

- Altmeyer, S. & Kröger, F. (2003). *Theorie und Praxis der systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- American Occupational Therapy Association, AOTA. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2. Edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625–683.
- American Psychiatric Association, APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association, APA. (2017). *10 ways to build resilience*. Heruntergeladen von <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> am 28.3.2017
- Baer, N., Domingo, A. & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert - Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bagby, M. R., Ryder, A. G., Schuller, D. R. & Marshall, M. B. (2004). The hamilton depression rating scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161, 2163–2177.
- Beach, S. R. & Whisman, M. A. (2012). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 201–219. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00243.x
- Beardslee, W. R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P. C., Van de Velde, P., Swatling, S., Hoke, E., Moilanen, D. L. & Wheelock, I. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 254–263.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventor* (Manual 2). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelssohn, M. J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Becker, P. (2009). Klinische und wissenschaftliche Grundlagen. In K. Rabovsky & G. Stoppe (Hrsg.), *Diagnoseübergreifende und multimodale Psychoedukation - Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (S. 3–14). München: Elsevier.

- Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, J. und Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie. Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe - Definitionen und Erläuterungen*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadic Coping Inventar Manual*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Widmer, K., Meuwly, N., Beach, S. R. H., Gabriel, B., Charvoz, L., Hautzinger, M. & Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 944–954. doi:10.1037/a0013467
- Brady, P., Kangas, M. & McGill, K. (2016). „Family Matters”: A systematic review of the evidence for family psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi:10.1111/jmft.12204
- Brent, B. & Giuliano, A. J. (2007). Psychotic-spectrum illness and family-based treatments: A case-based illustration of the underuse of family interventions. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 161–168. doi:10.1080/10673220701532540
- Bull, N. & Poppe, C. (2015). *Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit, BAG. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Bestandsaufnahme und Handlungsfelder* [Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik]. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=fr> am 12.07.2016
- Bundesamt für Statistik, BFS. (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 2012*. Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/349056/master> am 14.07.2016
- Cohen, S., O’Leary, K. D. & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41, 433–446. doi:10.1016/j.beth.2009.11.004
- Creek, J. (2008). Living with Depression: Function, Activity and Participation. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 57, 12–16. doi:10.1179/otb.2008.57.1.003
- Dehnhardt, B. & Schaefer, C. (2012). *Ich werde Ergotherapeutin: Mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung*. Stuttgart: Thieme.
- Derogatis, L., Lipman, R. & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13–28.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW. (2015). *S3-Leitlinie - Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung* (2. Auflage, Version 1). doi:10.6101/AZQ/000262
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN. (2012). *S3-Leitlinie - Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3 - Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Deutscher Verband für Ergotherapie, DVE. (2007). *Definition Ergotherapie*. Heruntergeladen von <https://dve.info/ergotherapie/definition> am 22.04.2017
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. (2017). *ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum*. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/projekte/> am 08.04.2017
- Dinkel, A. & Balck, F. (2006). Psychometrische Analyse der deutschen Dyadic Adjustment Scale. *Zeitschrift für Psychologie*, 214, 1–9.
- Dirmaier, J., Krattenmacher, T., Watzke, B., Koch, U., Schulz, H. & Barghaan, D. (2010). Evidenzbasierte Behandlungselemente in der Rehabilitation von Patienten mit Depression - Eine Literaturübersicht. Evidence-Based Treatments in the Rehabilitation of Patients with Depression - A Literature Review. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 83–97.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, EVS & Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie, ASSET. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf am 20.4.2017
- Fangmann, P., Assion, H.J. & Vollmoeller, W. (2006). Beurteilungsverfahren für depressive Symptome. In W. Vollmoeller (Hrsg.), *Handbuch Bipolare Störungen. Grundlagen-Diagnostik-Therapie* (S. 78). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fiorillo, A., Del Vecchio, H. G., De Rosa, C., Malangone, C., Giacco, D., Luciano, M. & Maj, M. (2011). Family burden in major depression: a multicentric survey in 30 Italian mental health centres. *European Psychiatry*, 26, 625. doi:10.1016/S0924-9338(11)72331-8
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model - Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (1. Auflage). Idstein: Schulz Kirchner.

- Gaebel, W., Ahrens, W. & Schlamann, P. (2010). *Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlung und Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Heruntergeladen von <http://www.seelischegesund-heit.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzungvon-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf> am 26.10.2016
- Glöckner-Rist, A. & Stieglitz, R. D. (2011). TBS-TK Rezension: „SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (Deutsche Version)“. *Psychologische Rundschau*, 63, 73–75. doi:10.1026/0033-3042/a000103
- Gmelch, S., Bodenmann, G., Meuwly, N., Ledermann, T., Steffen-Sozinova, O. & Striegl, K. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI): ein Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress. *Zeitschrift für Familienforschung*, 20, 185–202.
- Granig, A. (2011). *Psychoedukative Gruppenarbeit mit Depressiven im trialogischen Setting. Miteinander reden - statt über einander reden. Forschungsbeitrag zu einer demokratischen Psychiatrie* [MSc Thesis]. Heruntergeladen von <https://www.inter-uni.net/de/Psychosoziales> am 17.04.2017
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278–96.
- Hausner, H., Hajak, G. & Spiessl, H. (2007). Verliert die Soziotherapie im wissenschaftlichen Diskurs an Bedeutung? *Psychiatrische Praxis*, 34, 395–399.
- Hegenscheidt, S. Harth, A. & Scherfer, E. (2010). *PEDro-Skala - Deutsch*. Heruntergeladen von <http://www.pedro.org.au/german/downloads/pedro-scale/> am 04.08.2016
- Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K. & Lemmens, G. M. D. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134, 226–234. doi:10.1016/j.jad.2011.05.050
- Hirschmann, D., Volovic Shushan, S. & Bareket-Srulevitch, O. (2014). The importance of an occupational-based family therapy in mental health: a survey study of occupational therapists' perspectives. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 70, 22–29. doi:10.1179/otb.2014.70.1.007

- Hirse Korn, B. (2009). Krankheitsbilder der Allgemeinpsychiatrie und ihre ergotherapeutische Bedeutung. In B. Kubny-Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 213–234). Stuttgart: Georg Thieme.
- Hochmuth, A., Keil, V., Keller, S., Kuck, J., Ordowski, E. & Weber, A. (2010). *Depression - Seminar Leistungs- und Persönlichkeitsmessung*. Heruntergeladen von <https://www.psychologie.uni-freiburg.de/studium.lehre/bachelor.of.science/skripte/frueheresem.html/lpm/lpmlinster/Depression> am 14.04.2017
- Hoenig, J. & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal Social Psychiatry*, 12, 165–176. doi:10.1177/002076406601200301
- Hooley, J. M., Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20, 386–96.
- ICD-10, WHO. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10. Revision). Heruntergeladen von www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf am 14.07.2016
- ICD-10, WHO. (2016). *Affektive Störungen* (F30-F39). Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/html-amtl2016/block-f30-f39.htm> am 14.07.2016
- ICF-Core-Set. (2017). *Depression umfassend*. Heruntergeladen von <http://www.icf-core-sets.org/> am 23.03.2017
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. (2005). *ICF* [PDF-Fassung]. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> am 14.07.2016
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J. & Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression: An assessment of family burden and attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 395–400.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the global assessment of functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166, 654–659.
- Jungbauer, J., Bischof, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 105–114.
- Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C. & Rosen, A. (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new

- scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, 70, 185–95.
- Keitner, G. I., Archambault, R., Ryan, C. E. & Miller I. W. (2003). Family therapy and chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 873–884.
doi:10.1002/jclp.10179
- Klann, N., Hahlweg, K. & Heinrichs, N. (2003). *Diagnostische Verfahren für die Beratung. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krieger, B. (2012). Was tun Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen? *Ergotherapie*, 8, 15–17.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78, 651–656.
- Lauber, C. & Sartorius, N. (2007). At issue: Anti-stigma-endeavours. *International Review of Psychiatry*, 19, 103–106. doi:10.1080/009540260701278705
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical review form-quantitative studies*. Heruntergeladen von <http://srs-mcmaster.ca/research/evidence-based-practice-research-group/#DzLNstBA> am 28.07.2016
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guilford Press.
- Lemmens, G. M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E. & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78, 98–105.
- Lemmens, G. M., Eisler, I., Heireman, M., Van Houdenhove, B. & Sabbe, B. (2005). Family discussion groups with patients with chronic pain and their family members: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26, 21–32.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for critical review form: Qualitative studies* (Version 2). Heruntergeladen von <http://srs-mcmaster.ca/research/evidence-based-practice-research-group/#DzLNstBA> am 28.07.2016
- Lischka, A. M. (2009). *Soziale Partizipation und Kontextfaktoren bei Patienten mit psychischen Störungen* [Doctoral Dissertation]. Heruntergeladen von http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000013581?lang=en am 13.07.2016

- Magana, A. B., Goldstein, J. M., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J. & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203–212.
- Meyer, K. (2008). *Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht*. (S. 211–230). Bern: Hans Huber
- Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S. & Tanaka, S. (2000). Evaluation of expressed emotion (EE) status in mood disorders in Japan: Inter-rater reliability and characteristics of EE. *Psychiatry Research*, 94, 221–227.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F. & Weil, B. (2014). *Schweizer Manifest für Public Mental Health*. Heruntergeladen von <http://www.forum-psychische-gesundheit.ch/aktuelles/news/Article/show/schweizer-manifest-fuer-public-mental-health/> am 12.07.2016
- Overbeek, T., Schruers, K., Griez, E. (1999). *M.I.N.I.: Mini international neuropsychiatric interview* (Dutch Version 5.0.0). Netherlands: University of Maastricht.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2003). *Psychoedukation Depressionen - Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban und Fischer.
- Psychrembel. (2014). *Angehörige*. Heruntergeladen von <https://www.psychrembel.de/#/angeh%C3%B6rige/T00KD/doc/> am 14.07.2016
- Psychrembel. (2014). *Klient*. Heruntergeladen von <https://www.psychrembel.de/klient/T02AH/doc/> am 15.04.2017
- Psychrembel. (2014). *Patient*. Heruntergeladen von <https://www.psychrembel.de/patient/K0GFS/doc/> am 15.04.2017
- Radfar, M., Ahmadi, F. & Fallahi Khoshknab, M. (2014). Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nurses*, 21, 249–256. doi:10.1111/jpm.12077
- Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 31, 185–199. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x
- Richter, D., Eikermann, B. & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen*, 68, 704–707. doi:10.1055/s-2006-927288
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA - Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels* [Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement

Gesundheit ZHAW]. Heruntergeladen von

<https://moodle.zhaw.ch/course/view.php?id=10237#section-4> am 28.07.2016

Rössler, W. (2004). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer.

Rüesch, P. (2005). Überwindungsversuche. Soziale Netzwerke und Lebensqualität. In W. Gaebel, H.J. Möller & W. Rössler (Hrsg.), *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 196–212). Stuttgart: Kohlhammer.

Schaefer, C. (2010). Gesundheit. In N. Thapa-Görder & S. Voigt-Radloff (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung - Aufgaben der Ergotherapie* (S. 2–8). Stuttgart: Georg Thieme.

Schmid, R., Spiessl, H. & Klein, H. E. (2006). „Theorie und Praxis“ der Angehörigenarbeit auf allgemeinpsychiatrischen Stationen. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 139–142.
doi:10.1055/s-2006-944293

Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring 2012* [Obsan Bericht 52]. Heruntergeladen von www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_52_bericht.pdf am 02.07.2016

Schuler, D., Tuch, A., Buchser, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz - Monitoring 2012* [Obsan Bericht 72]. Heruntergeladen von http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_72_bericht_2.pdf am 22.04.2017

Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P. & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: A 2-year randomized trial. *Journal of Family Therapy Volume*, 35, 281–302.

Sheehan D.V. & Lecrubier. Y. (2006). *M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview* (English Version 5.0.0). Heruntergeladen von http://narr.bmap.ucla.edu/docs/MINI_v5_002006.pdf. am 14.04.2017

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. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 385–390.
doi:10.1192/bjp.bp.110.078626

Simon, F., Clement, U., & Stierlin, H. (2004). *Die Sprache der Familientherapie – Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden* (6. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15–28.
- Spiessl, H., Schmid, R., Wiedermann, G. & Cording, C. (2005). Unzufriedene Angehörige - Kunstfehler psychiatrischer Behandlung oder ökonomische Notwendigkeit? *Psychiatrische Praxis*, 32, 215–217. doi:10.1055/s-2004-834777
- Steed, R. (2014). A client-centered model of instructional design for psychoeducation interventions in occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 30, 126–143. doi:10.1080/0164212X.2014.878536
- Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie: Umsetzung in die Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Timmerby, N., Austin, S. F., Ussing, K., Bech, P. & Csillag, C. (2016). Family psychoeducation for major depressive disorder-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 427. doi:10.1186/s13063-016-1549-0
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II. Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tyrer, P., Sensky, T. & Mitchard, S. (2003). Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 350–6.
- Wahl, S. (2005). *Prüfungsfragen Psychotherapie – Fragensammlung mit kommentierten Antworten* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Wearden, A. J., Tarrier, N. & Barrowclough, C. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychological Review*, 20, 633–666.
- Weise, A., Schärer, M. & Roos, K. (2013). *Ergotherapeutische, ambulante Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Suche und Auswertung relevanter Artikel für die Arbeitsgruppe Psychiatrie im Auftrag der Kommission Berufspolitik des EVS*. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=41&ID=131> am 15.04.2017
- Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 200–204. Heruntergeladen von <http://bjo.sagepub.com/> am 15.07.2016
- Wolfsohn, M. (2011). *Eustress - Positiven Stress erfahren und einsetzen*. Norderstedt: Grin.

Ziemann, G. H. (2002). Der Stellenwert der Ergotherapie im stationären psychiatrischen Therapiekonzept - Ergebnisse einer Befragung von Patienten und Angestellten. In T. Reuster & O. Bach (Hrsg.), *Ergotherapie und Psychiatrie. Perspektiven aktueller Forschung* (S. 85-98). Thieme: Stuttgart.

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Vorgehen definitive Studienwahl	19
Abbildung 2. Zuteilung der Effekte zu „Körperfunktionen“	50
Abbildung 3. Zuteilung der Effekte zu „Aktivität und Partizipation“	51
Abbildung 4. Zuteilung der Effekte zu "Umweltfaktoren"	51

9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 „Enablement Skills“	12
Tabelle 2 Schlüsselbegriffe mit entsprechenden Keywords	17
Tabelle 3 Paar- und familienbezogene Behandlungsarten	26
Tabelle 4 Messinstrumente der gewählten Studien	30

10. Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort, Datum:

Schär Fabienne

Suppiger Renate

11. Anhang

11.1.Glossar

Aktivität	Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen (ICF, 2005).
Alltagsaktivität	In diesem Zusammenhang spricht Reichel (2005) innerhalb der Ergotherapie von ADL („Activities of Daily Living“) beziehungsweise ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) sowie von IADL („Instrumental Activities of Daily Living“). Zu diesen Aktivitäten gehören Tätigkeiten wie Anziehen, Körperpflege, Einkaufen, Kochen und Essen, Kontakte zu Behörden, Umgang mit Geld, soziale Kontakte, Gestaltung des Wohnens, Strukturierung des Alltags (Schlaf-Wach-Rhythmus, Tagesplanung) und andere Alltags-handlungen wie beispielsweise die Fortbewegung im öffentlichen Raum.
Best Practice	Prozess, bei dem die Suche und das Anwenden von Forschungsergebnissen in die tägliche Praxis einbezogen werden mit dem Ziel der Verbesserung der klinischen Effektivität (Mc Cluskey & Cusick, 2002).
Betätigung Betätigungsbezogen	Betätigungen werden allgemein gesehen als Aktivitäten betrachtet, die eine/n einzigartige/n Bedeutung und Zweck im Leben einer Person haben. Betätigungen sind zentral für die Identität und Kompetenz einer Person und sie beeinflussen, wie jemand Zeit verbringt und Entscheidungen trifft (Reichel, 2005). Fördern die Gesundheit und Wohlbefinden (Townsend & Polatajko, 2007).
Bipolare Störung	Bei der bipolaren (manisch-depressiven) Erkrankung sind Stimmungsschwankungen sehr stark ausgeprägt. Sie beeinträchtigen das seelische Gleichgewicht und die psychische Leistungsfähigkeit der Betroffenen erheblich und stören damit auch das subjektive Wohlbefinden. Die Stimmungsschwankungen sind oftmals unabhängig von Lebensereignissen vorhanden und dauern länger an als bei Gesunden (Krüger & Bräunig, 2003).
Bool'sche Operatoren	Sind nach dem Mathematiker George Bool benannt. Die aus der mathematischen Logik stammenden Operatoren verknüpfen bei systematischen Datenbankrecherchen verschiedene Suchbegriffe miteinander. Dabei wird zwischen den Operator „UND“ „ODER“ sowie „NICHT“ unterschieden (Mayer, 2007).
Coping Coping-Strategien	Der Begriff Coping-Strategie stammt aus dem Englischen und kann im Deutschen mit dem Begriff Bewältigungsstrategie übersetzt werden. Coping-Strategien werden für die Krankheitsbewältigung benötigt. Sie dienen der konstruktiven, realitätsangepassten und flexiblen Auseinandersetzung mit der Erkrankung zur Bewältigung von Situationen, in denen nicht mit Handlungs-routinen reagiert werden kann (Habermann & Kolster, 2002).

Diagnostische Sensitivität	Die diagnostische Sensitivität des Tests gibt die Wahrscheinlichkeit dafür an, dass Erkrankte tatsächlich als krank klassifiziert werden. Je höher die Sensitivität eines Tests, desto sicherer kann die Krankheit bei einem negativen Testergebnis ausgeschlossen werden (Freie Universität Berlin, 2017).
Diagnostische Spezifität	Gibt die Wahrscheinlichkeit dafür an, dass Nichterkrankte als gesund klassifiziert werden. Bei einer hohen Spezifität kann eine Erkrankung mit grösserer Sicherheit bestätigt werden (Freie Universität Berlin, 2017).
Elektrokonvulsive Therapie	ist eine Behandlungsform für bestimmte psychische Krankheiten. Bei dem Eingriff wird elektrischer Strom zeitlich begrenzt gezielt in das Gehirn des Patienten geleitet, um einen Krampfanfall auszulösen. Meistens wendet man dieses Verfahren bei Patienten an, die auf Medikamente oder Psychotherapie nicht ansprechen (Kerr, 2012). Die elektrokonvulsive Therapie zeigt überlegene klinische Wirksamkeit bei therapieresistenter Depression (Depping, Wolf, Nolte, Palm & Hirjak, Thomann, 2014).
Enthospitalisierung	Bezeichnet das Herauslösung von „Langzeitpatienten“ aus der psychiatrischen Versorgung oder das „Umhospitalisieren“ in eine andere Institution (McManana, 2010).
Ermöglichen	Darunter wird ein Beitrag zur gerechten und inklusiven Gesellschaft verstanden, in der alle Menschen gemäss ihren Möglichkeiten an alltäglichen Betätigungen partizipieren (Townsend & Polatajko, 2007).
Güte	Damit die Messergebnisse und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen verlässlich sind, muss der Messvorgang drei Gütekriterien, welche einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen, Rechnung tragen: Objektivität, Reliabilität und Validität (heruntergeladen von http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/guetekriterien/guetekriterien.htm am 26.04.2017).
Integrierte Versorgung	Darunter versteht „Public Health Schweiz“ (2012) die Schaffung von (regionalen) Versorgungsnetzwerken, in denen die Leistungserbringer der ambulante und stationäre akutmedizinische und rehabilitativen Versorgung institutionalisiert und ergebnisorientiert zusammenarbeiten. Bauer et al. (2012) ergänzen, dass es sich um die Idee einer Sektoren- und Berufsgruppen übergreifenden und auf den Patienten fokussierenden Versorgung handelt, in welcher die Vernetzung, Zusammenarbeit und Koordination einen hohen Stellenwert erhält mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern.
Interne Konsistenz	ist Teil der Reliabilität und ein Mass dafür, wie die Items einer Skala miteinander zusammenhängen. Bei einem intern konsistenten Test sind die einzelnen Items bzw. Aufgaben homogen, das heisst sie messen in etwa das Gleiche (Günther, 2016).
Körperfunktionen	Physiologische Funktionen von Körpersystemen (ICF, 2005).

Konstruktvalidität	Ist ein Teilaspekt der Validität. Ein konstruktvalider Test misst alle Facetten des theoretischen Konstrukts, die durch den Test erfasst werden sollen (Günther, 2016)
Lichttherapie	Die Lichttherapie wird vor allem zur Behandlung von saisonal abhängigen Depressionen eingesetzt. Dabei wird das fehlende Tageslicht in den Herbst- und Wintermonaten durch spezielle Lichttherapie-Lampen ersetzt (Thalhammer & Unterberger, 2016).
Likert-Skala	Unter einer Likert-Skala versteht Ea de With (2014) eine Beurteilungsskala, auf der die Befragten via Ankreuzen von Kästchen eine Einschätzung zu einer Befindlichkeit machen können. Die Abstände der Kästchen sind dabei äquidistant (jeweils gleich weit von einander entfernt). Damit wird eine Metrik suggeriert, die man als intervallskaliert interpretiert, man wendet in der Folge sehr oft Verfahren an, die mindestens intervallskalierte Daten voraussetzen. Aus statistischer Sicht bleiben die mit Likert-Skalen erhobenen Daten -streng genommen- ordinalskaliert.
Occupational Deprivation	Beschreibt einen Zustand, in dem eine Person aufgrund von externen Bedingungen nicht in der Lage ist, notwendige oder bedeutungsvolle Aufgaben durchzuführen (Whiteford, 2000).
Partizipation	Teilhabe; Einbezogensein in eine Lebenssituation (ICF, 2005).
Randomisierte kontrollierte Studien (RCT)	sind der Goldstandard in der klinischen Forschung für den Beleg von Wirksamkeit und Sicherheit einer neuen Therapie. RCTs dienen der Untersuchung von patientenrelevanten Forschungsfragestellungen, und in der Arzneimittelentwicklung sind sie die Grundlage für die Zulassungsentscheidungen der Behörden (Kabisch, Ruckes, Seiber-Grafe & Blettner, 2011).
Reliabilität	betrifft die Zuverlässigkeit und Stabilität eines Messinstruments. Das Kriterium bezieht sich auf die Frage, wie gemessen wird, und fordert, dass die Messergebnisse bei wiederholter Messung reproduzierbar sein sollte (Himme, 2007).
Remission Remittierend	Der Begriff Remission bezeichnet die vorübergehende oder dauernde Abschwächung der Symptome bei chronischen Erkrankungen, ohne dass eine Heilung erreicht wird (heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Remission am 28.04.2017).
Schneeballprinzip	Die zu einem bestimmten Thema vorhandene Literatur bezieht sich immer auf mehrere ältere Titel. Die Literatursuche nach dem Schneeballprinzip setzt an möglichst aktuellen und relevanten Publikationen an. Man versucht über die Zitate und Literaturlisten die wichtigsten älteren Publikationen zum Thema zu finden (FHZ, 2016).
Somatisch	bedeutet „den Körper betreffend“ oder „zum Körper gehörig“ (Antwerpes, 2016).
Soziotherapie	Ambulante Soziotherapie ist ein Behandlungsangebot für psychisch Kranke. Gemeinsam – und möglicherweise unter Einbezug

von Familie, Freunden oder Kollegen – wird ein individuelles ambulantes Behandlungsnetzwerk entwickelt mit dem Ziel, stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Soziotherapie ist wesentlich im sozialen Alltag des erkrankten Menschen verortet und bezieht sich konsequent auf die jeweiligen Lebensbedingungen und die Bewältigung des Alltags mit einer psychischen Erkrankung. Hierzu gehört auch die Koordination diverser Hilfestellungen, die durch unterschiedliche Kostenträger und gegeben falls auf verschiedener sozialrechtlicher Grundlage erbracht werden (Berufsverband der Soziotherapeuten, 2016).

Stigma
Stigmatisierung

Ein Stigma (lat. Brand-, Schandmal) ist die negative Bewertung einer andersartigen Gruppe aufgrund eines bestimmten Merkmals wie z.B. psychischer Krankheit oder andersfarbiger Haut, anderer sexueller Orientierung etc. Die Stigmatisierung führt häufig dazu, dass die Betroffenen sozial ausgegrenzt werden (VASK, 2016).

Test-Retest-Korrelationen

auch Stabilität genannt. Bestimmung der Reliabilität mit Hilfe von Testwiederholung(en): Die Höhe der Korrelation gilt als Indikator für die Reliabilität (heruntergeladen von <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/test-retest-reliabilitaet/15481> am 01.05.2017).

Trunkierungen

Verwendung eines Platzhalters, der beliebige andere Zeichen ersetzt. Durch das Anfügen eines Asterisks (*) hinter dem Wortstamm (z.B. „therap*“ für „therapy“ oder „therapist“) kann Literatur zu Wörtern gefunden werden, welche in unterschiedlichen Formen wie im Singular, im Plural, in verschiedenen grammatischen Fällen oder Wortzusammensetzungen gefunden werden (Franke, Kempe, Klein, Rumpf & Schüller-Zwierlein, 2014).

Umweltfaktoren

Materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten (ICF, 2005).

Validität

bezieht sich auf die Gültigkeit und materielle Genauigkeit eines Messinstruments. Im Rahmen der Validitätsprüfung ist zu fragen, ob mit einem Messinstrument das gemessen wird, was gemessen werden soll (Himme, 2007).

Wachtherapie

Als Wach- oder Schlafentzugstherapie wird das therapeutische Unterbrechen des Nachtschlafes unter kontrollierten Bedingungen während eines stationären Aufenthaltes bezeichnet (heruntergeladen von <http://flexikon.doccheck.com/de/Schlafentzugstherapie> am 28.04.2017).

11.2 Keywordtabelle

Nachfolgend die Tabelle mit den Keywords und datenbankspezifischen Schlagwörtern.

Tabelle A

Keywords und datenbankspezifische Schlagwörter für die Literaturrecherche

Schlüsselbegriffe	Synonyme, verwandte-, Ober-, Unterbegriffe	Keywords (englisch)	Schlagwörter (Thesaurus)
Angehörige	Verwandte/Verwandtschaft Familie/Familienangehörige Partner/Partnerin Eltern, Geschwister, Kinder	relatives, family, partner, parents, siblings, children	Mesh/Cochrane, Cinahl, Amed: family PsycInfo: family, family caregivers/members
Angehörigenarbeit	Angehörige unterstützen Familienarbeit Familiencoaching Begleitung Edukation	support relatives, relatives work, family support / work / education	Mesh/Cochrane: family therapy Cinahl: family therapy/care Amed: family therapy PsycInfo: family therapy/intervention
Depression	Depressive Verstimmung Affektive Störung ICD 10: Manische/depressive Episode, bipolare affektive/rezidivierende depressive/anhaltende affektive Störungen	severe/deep depression, slight depression, depressive disorder, depression	Mesh/Cochrane: depression, depressive disorder Cinahl: depression Amed: depression (depressive disorder = affective disorders) PsycInfo: major depression
Ergotherapie	Ergotherapeut / in / Profession im Gesundheitswesen Ambulant / Stationär Gruppen- / Einzeltherapie Enablement Skills / Training Alltagsfertigkeiten / Handlungsfähigkeit verbessern / Partizipation ermöglichen	occupational therapy occupational therapist	Mesh/Cochrane: occupational therapy Cinahl: occupational therapy, occupational therapy practice (research-based/evidence-based) Amed: occupational therapists PsycInfo: occupational therapy, occupational therapists
Effekt	Auswirkung Konsequenz Ergebnis Folge Wirkung Einfluss	consequence effect effectiveness efficacy impact implication result outcome	Mesh/Cochrane: Outcome and Process Assessment, Treatment Outcomes Cinahl: (Treatment) Outcomes, Clinical Effectiveness, Outcome Assessment Amed: Treatment Outcome, Outcome and process assessment Psychinfo: Treatment Outcomes
Partizipation	Beteiligung / Teilhabe / Teilnahme / Mitwirkung / Mitbestimmung / Mitsprache / Einbezogen sein in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in sozialen Kontext	participation engage social inclusion (versus social exclusion) take part	Mesh/Cochrane: social participation, social isolation Cinahl: social/leisure participation Amed: kein PsycInfo: participation, social integration

Schlüsselbegriffe	Synonyme, verwandte-, Ober-, Unterbegriffe	Keywords (englisch)	Schlagwörter (Thesaurus)
Lebensbereiche	Freizeit Arbeit/Produktivität Selbstversorgung	leisure (-time) recreation hobby work job activity of daily living	Mesh/Cochrane: leisure activities, work, occupations, activities of daily living Cinahl: leisure activities, work, activities of daily living Amed: leisure/human activities, job satisfaction, activities of daily living PsycInfo: leisure time, work, activities of daily living
Betätigung	Handlung Beschäftigung Bedeutung	meaningful action employment occupation	Mesh/Cochrane: occupations Cinahl: occupation, occupations and professions Amed: kein PsycInfo: occupations

11.3 Suchmatrix

Nachfolgend die Tabelle mit der dokumentierten Literaturrecherche.

Tabelle B

Suchmatrix (Zeitraum Juli 2016 - Februar 2017)

Schlagwörter (Englisch)	Daten- bank	Treffer	Titel rele- vant	Abstract relevant	Literatur relevant
1. Suchlauf in den Datenbanken mit jeweiligen Schlagwörtern					
depression or depressive disorder and family therap* and occupational therap*	Medline	2	2	0	
mental health or mental illness and family therap* and occupational therap*	Medline	18	7	2	- Redlich, D., Hadas-Lidor, N., Weiss, P. & Amirav, I. (2010). Mediated learning experience intervention increases hope of family members coping with a relative with severe mental illness. Community Mental Health Journal. 46, 409-15. - Tyrer, P., Sensky, T. & Mitchard, S. (2003). Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. Psychotherapy & Psychosomatics. 72, 6, 350-6.
depression or „depressive disorder“ and „family therap**“	Medline	925	Suche verworfen		
„mental health“ or „mental illness“ and „family therap**“	Medline	1643	Suche verworfen		
depression and „family therap**“ and „occupational therap**“	Amed	1	1	0	
depression or „depressive disorder“ and „family therap**“ and „occupational therap**“	Amed	1	1	0	
mental health or mental illness and family therap*	Amed	32	10	5	- Kaplan, E. (2014). Every family has a north star: Family healing and recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal, 37, 261-2. - Fitzgerald, M., Ratcliffe, G. & Blythe, C. (2012). Family work in occupational therapy: A case study from a forensic service. British Journal of Occupational Therapy, 75, 152-5.

					- Redlich et al. (2010) - Olson L. (2006). Activity groups in family-centered treatment: psychiatric occupational therapy approaches for parents and children. <i>Occupational Therapy in Mental Health</i>, 22, 1-158. - Liberman, D. & Liberman, R. (2003). Involving families in rehabilitation through behavioral family management. <i>Psychiatric Services</i>, 54, 633-54.
Schlagwörter (Englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
depression or „depressive disorder“ and „family therap*“ and „occupational therap*“	OTSeeker	9	4	2	- Henken, H., Huibers, M. Churchill, R., Restifo, K. & Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 3. - Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P. & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: A 2-year randomized trial. <i>Journal of Family Therapy</i> 35, 281-302.
depression and family therapy	OTSeeker	40	4	2	- Henken et al. (2007) - De Souza Tursi, M., von Werne Baes, C., de Barros Camacho, F., de Carvalho Tofoli, S. & Juruena, M. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 47, 1019-1031.
„major depression“ and „family therap*“ and „occupational therap*“	PsychInfo	134	14	3	- Stahl, S., Rodakowski, J., Saghafi, E., Park, M., Reynolds, C. & Dew, M. (2016). Systematic review of dyadic and family-oriented interventions for late-life depression. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 31, 963-973. - Roncone, R., Mazza, M., Ursorio, D., Pollice, R., Falloon, I., Morosini, P. & Casacchia, M. (2007). The Questionnaire of Family Functioning: A preliminary validation of a standardized instrument to evaluate psychoeducational family treatments. <i>Community Mental Health Journal</i>, 43, 591-607. - Sandberg, J., Miller, R. & Harper, J. (2002). Family relations: an interdisciplinary journal of applied family studies. A qualitative study of marital process and depression in older couples, 51, 256-264.

"depression" or depressive disorder" or "depressive symptoms" or "major depressive disorder" and "family therapy" and "occupational therap*"	Cinahl	0			
"depression" and "family care" and "occupational therap*"	Cinahl	0			
Schlagwörter (englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
"depression" and "family therapy" and "occupational therap*"	Cinahl	1	0		
"mental health" or "mental illness" or "mental disorder" or "psychiatric illness" and "occupational therap*" and "family therapy"	Cinahl	7	3	1	- Hirschmann, D., Volovic Shushan, S. & Bareket-Srlevitch, O. (2014). The importance of an occupational-based family therapy in mental health: a survey study of occupational therapists' perspectives. World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 70, 22-29.
mental health" or "mental illness" or "mental disorder" or "psychiatric illness" and "occupational therap*" and "psychoeducation"	Cinahl	11	2	1	- Eaton, P. (2002). Psychoeducation in acute mental health settings: Is there a role for occupational therapists? The British Journal of Occupational Therapy, 65, 321-326.
"depression" and "occupational therap*" and psychoeducation"	Cinahl	0			
"depression" and "family therapy"	Cinahl	384			- Ekdahl, S., Idvall, E. & Perseius, K. (2014). Family skills training in dialectical behaviour therapy: the experience of the significant others. Archives of psychiatric nursing, 28, 235-241.
angepasst: "depression" not "depression in adolescent" and "family therapy"		309	5	2	- Allen, R. (2009). The legacy project intervention to enhance meaningful family interactions: Case examples. Clinical gerontologist, 32, 164-176.
"depression" and "adult" and "family therapy"	Cinahl	83	10	2	- Reed, A., Apedaile, J., Hughes, C. & Ormerod, E. (2013). Family work in adult acute psychiatric

					settings: Alex Reed and colleagues discuss how this form of intervention can help families address the negative effects of admission. <i>Mental Health Practice</i> , 16, 33-37. - Lemmens, G., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E. & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. <i>Psychotherapy and psychosomatics</i> , 78, 98-105.
Schlagwörter (englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
"depression" or "depressive disorder" and "psychoeducation"	Cinahl	110807 (Sichtung erste 200)	4	1	- Timmerby, N., Austin, S., Ussing, K., Bech, P. & Csillag, C. (2016). Family psychoeducation for major depressive disorder—study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> , 17, 427.
"depression" or "depressive disorder" or "depressive symptoms" or "major depressive disorder" and "family therapy" and "occupational therap**"	Cochrane	506	0	0	
"depression" or "depressive disorder" and "family therapy" and "occupational therap**"	Cochrane	495	2	2	- Henken et al. (2007) - Barbato, A. & D'Avanzo, B. (2006). Marital therapy for depression. <i>The Cochrane Library</i> .
"depression" and "family therapy" and "occupational therap**"	Cochrane	3	0	0	
"mental health" or "mental illness" or "mental disorder" or "psychiatric illness" and "occupational therap**" and "family therapy"	Cochrane	337	3	2	- Sin, J., Jordan, C., Barley, E., Henderson, C. & Norman, I. (2015). Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. <i>The Cochrane Library</i> . - Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. & Jayaram, M.B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. <i>Cochrane Library</i> .
"depression" and "occupational therap**" and "psychoeducation"	Cochrane	0			

"depressive disorder" and "occupational therap*" and "psychoeducation"	Cochrane	0			
Schlagwörter (englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
"depression" or "depressive disorder" and "psychoeducation"	Cochrane	495	1	0	
"depression" or "depressive disorder" and "family therapy"	Cochrane	495	1	0	
depression and family therapy	Otdbase	11	0	0	
depression	Otdbase	100	1	1	- Tanaka, S., Ishikawa, E., Mochida, A., Kawano, K., & Kobayashi, M. (2015). Effects of early - stage group psychoeducation programme for patients with depression. Occupational therapy international, 22, 195-205.
"depression" and "family"	Otdbase	11	0	0	
"depression" and "psychoeducation"	Otdbase	100	5	2	- Steed, R. (2014). A client-centered model of instructional design for psychoeducation Interventions in occupational therapy. Occupational Therapy in Mental Health, 30, 126-143. - Eaton (2002).
"familytherapy"	Otdbase	0			
"depression" and "occupational therap*" and "family therapy"	Psychinfo	449	2	1	- Stahl et al. (2016).
„depression“ and „psychoeducation“	Psychinfo	5507 (Sichtung erste 200)	2	1	- Brady, P., Kangas, M. & McGill, K. (2016). "Family matters": a systematic review of the evidence for family psychoeducation for major depressive disorder. Journal of Marital and Family Therapy.
„depression“ and „psychoeducation“	Psychinfo	174	3	0	

Schlagwörter (englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
2. Suchlauf in den Datenbanken mit gemischten (auch datenbankfremden) Schlagwörtern					
"affective disorder*" and "family therap*" or "family intervention*" or "relative*" and "occupational therap*"	Cinahl	1078 (Sichtung erste 200)	7	2	- Beach, S., & Whisman, M. (2012). Affective disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 38, 201-219. - Munro, J., Palmada, M., Russell, A., Taylor, P., Heir, B., McKay, J. & Lloyd, C. (2007). Queensland extended care services for people with severe mental illness and the role of occupational therapy. Australian Occupational Therapy Journal, 54, 257-265.
	Cochrane	9670	Suche verworfen		
	Amed	213	3	1	- Fitzgerald et al. (2012)
	Medline	964	Suche verworfen		
	OTSeeker	0			
	PsychInfo	3618	Suche verworfen		
"affective disorder*" and "family therap*" or "family intervention*" or relative*	OTDBASE	0			
	Cinahl	13351	Suche verworfen		
	Cochrane	2005	Suche verworfen		
	Amed	9647	Suche verworfen		
	Medline	1291876	Suche verworfen		
	OTSeeker	3	2	0	
	PsychInfo	391800	Suche verworfen		
"affective disorder*" and "family therap*" and "occupational therap*"	Amed	1	0	0	
	Medline	0			
	OTSeeker	0			
	Cinahl	2	0		
"affective disorder*" and "family therap*"	Cochrane	26	7	0	
	Cinahl	57	5	1	- Beach et al. (2012)
	Otdbase	0			
"depression" or "depressive disorder" or "depressive symptoms" or "major depressive disorder" and "family therapy" and "occupational therap*"	Medline	3	2	0	
	Amed	1	1	0	
	OTSeeker	0			

Schlagwörter (englisch)	Daten-bank	Treffer	Titel rele-vant	Abstract relevant	Literatur relevant
"depression" and "family care" and "oc-cupational therap*"	Medline	1	1	0	
	Amed	0			
	OTSeeker	0			
"depression" and "family ther-apy" and "occu-pational therap*"	Medline	3	2	0	
	Amed	1	0		
	OTSeeker	0			
"mental health" or "mental ill-ness" or "mental disorder" or "psychiatric ill-ness" and "occupational therap*" and "family therapy"	Medline	16	4	2	- Redlich et al. (2010) - Tyrer et al. (2003)
	Amed	5	1	1	- Fitzgerald et al. (2012)
	OTSeeker	27	4	0	
mental health" or "mental ill-ness" or "mental disorder" or "psychiatric ill-ness" and "occupational therap*" and "psychoeduca-tion"	Medline	8	2	1	- Guhne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Becker, T. & Riedel-Heller, S. (2015). S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and rec-ommendations. European Ar-chives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 265, 173-88.
	Amed	2	2	1	- Eaton (2002)
	OTSeeker	0			
"depression" or "depressive dis-order" and "psy-choeducation"	Medline	571	0	0	
	Amed	0			
	OTSeeker	1929	Suche verworfen		
angepasst: "depression" or "depressive dis-order" and "psy-choeducation" and "occupa-tional therap*"	Medline	3	2	2	- Tanaka et al. (2015) - Rummel-Kluge, C., Kluge, M. & Kissling, W. (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in german-speaking European coun-tries. BMC Psychiatry, 13, 170.
	Amed	0			
	OTSeeker	40	10	5	- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., Fujita, H., Furukawa, T. & Inoue, S. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised con-trolled trial. British Journal of Psy-chiatry, 198, 385-90. - Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kami-mura, N., Kawamura, A., Nishida, A., Furukawa, T. & Inoue, S. (2013). Psychoeducation for ma-jor depressive disorders: A ran-domised controlled trial. Psychia-try Research, 210, 134-9.

					- Hollon, S. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. <i>Depression & Anxiety</i> , 27, 891-932. - Donker, T., Griffiths, K., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. <i>BMC Medicine</i> , 7. - De Souza Tursi et al. (2013)
Schlagwörter (englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
"depression" or "depressive disorder" and "family therapy"	Medline	905	Suche verworfen		
	Amed	22	1	0	
	OTSeeker	9	3	2	- Seikkula et al. (2013) - Henken et al. (2007)
angepasst: "depression" or "depressive disorder" and "family therapy" and "occupational therap*"	Medline	3	2	2	- Tanaka et al. (2015) - Rummel-Kluge et al. (2013)
	Amed	0			
	OTSeeker	9	3	2	- Seikkula et al. (2013) - Henken et al. (2007)
„depression“ and „psychoeducation“	Medline	543	Suche verworfen		
	Amed	10	1	1	- Conner, K., McKinnon, S., Ward, C., Reynolds, C. & Brown, C. (2015). Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 38, 186-93.
	OTSeeker	40	10	5	- Shimazu et al. (2011) - Morokuma et al. (2013) - Hollon et al. (2010) - Donker et al. (2009) - De Souza Tursi et al. (2013)
depression or depressive disorder and family therap* and occupational therap*	CINAHL	111334	Suche verworfen		
	Cochrane	9668	Suche verworfen		
	Otdbase (ohne "occupational therap*")	11	0	0	

Schlagwörter (englisch)	Datenbank	Treffer	Titel relevant	Abstract relevant	Literatur relevant
mental health or mental illness and family therap* and occupational therap*	Cinahl	93569	Suche verworfen		
	Cochrane	9668	Suche verworfen		
	Otdbase Ohne mental health/*occupational therap*“, Suche >50 Zeichen nicht möglich	51	5	2	- Abelenda, J., & Helfrich, C. (2003). Family resilience and mental illness: The role of occupational therapy. Occupational therapy in mental health, 19, 25-39. - Tryssenaar, J., Tremblay, M., Handy, I. & Kochanoff, A. (2002). Aging with a serious mental illness: Family members' experiences. Occupational Therapy in Mental Health, 18, 19-42.
Google Scholar					
Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K. & Lemmens, G. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. Journal of Affective Disorders, 134, 226-234				- Lemmens, G., Eisler, I., Dierick, P., Lietaer, G. & Demyttenaere, K. (2009b). Therapeutic factors in a systemic multi-family group treatment for major depression: patients' and partners' perspectives. J. Fam. Ther. 31, 250-269. - Gupta, M., Coyne, J., Beach, S. (2003). Couples treatment for major depression: Critique of the literature and suggestions for different directions. J. Fam. Ther. 25, 317–346. - Asen, E. (2002). Multi family therapy: an overview. J. Fam. Ther. 24, 3–16.	
Schneeball-System					
Grundstudie				Schneeball - Studie	
Brady et al. (2016).				- Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M., Sasaki, M. Murase, Y., Naito, A., Toyoda, H., Suzuki, M., Shiraishi, N., Kubota, Y., Yoshimatsu, Y. & Furukawa, T. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: A pilot study. BMC Psychiatry, 11, 56. - Kumar, K. & Gupta, M. (2015). Effectiveness of psycho-educational intervention in improving outcome of unipolar depression: results from a randomised clinical trial. East Asian Arch Psychiatry, 25, 29-34. - Fiorillo, A., Malangone, C., & Del Vecchio, V. (2011). The effect of	

	family psychoeducational interventions on patients with depression. <i>European Psychiatry</i> , 26, 1, 2209. - Prisco, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Giacco, D., Sampogna, G., Del Gaudio, L., De Rosa, C. & Fiorillo, A. (2012). Efficacy of psychoeducational family intervention für depression. <i>European Psychiatry</i> , 27, 1.
Lemmens et al. (2009).	- Harter, C., Kick, J. & Rave-Schwank, M. (2002). Psychoeducational groups for patients with depression and their families. <i>Psychiatric Praxis</i> , 29, 160-163.
Aus Exposé Keitner, G., Archambault, R., Ryan, C. & Miller I. (2003). Family therapy and chronic depression. <i>JCLP/In Session</i> , 59, 873-884.	

11.4 Begründungen für den Ein- oder Ausschluss der gefundenen Literatur

Diejenigen Titel, welche für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit eingeschlossen wurden, sind mit einem Asterisk (*) gekennzeichnet.

Tabelle C

Begründung für Ein- und Ausschluss der gefunden Literatur

Titel der Studie	Begründung für Ein- Ausschluss
Abelenda, J. & Helfrich, C.A. (2003). Family resilience and mental illness: The role of occupational therapy. <i>Occupational therapy in mental health</i> , 19, 1, 25-39.	Review mit Literatur aus der Psychiatrie und anderen Felder des Gesundheitswesens
Allen, R.S. (2009). The legacy project intervention to enhance meaningful family interactions: Case examples. <i>Clinical gerontologist</i> , 32, 2, 164-176.	Fallbeschreibungen ohne Depression als Primärerkrankung
Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. <i>Journal of family Therapy</i> , 24, 1, 3-16.	Befasst sich mit unterschiedlichen psychischen Störungen bereits im Kindesalter
Barbato, A. & D'Avanzo, B.B. (2006). Marital therapy for depression. <i>The Cochrane Library</i> . doi:10.1002/14651858.CD004188.pub2.	Befasst sich mit Paare im Alter ab 16 - 65 Jahre
* Beach, S.R. & Whisman, M.A. (2012). Affective disorders. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> , 38, 1, 201-219.	- Vielversprechendes Review mit gehaltvollen Studien - Trotz unzureichendem Methodenbeschrieb, Passung Ein-/Ausschlusskriterien als erfüllt eingestuft - Ziele (Bewertung beziehungs-/familienbasierte Interventionen bei Depression, Aufstellung Entscheidungsregeln zum Leiten der Therapie für die klinische Praxis) erscheinen relevant für Fragestellung/ Zielsetzung
Brady, P., Kangas, M. & McGill, K. (2016). "Family Matters": A systematic review of the evi-	- befasst sich ab Personen ab 14-65 Jahre - Es wurden gemischte Diagnosen im Review aufgenommen

dence for family psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi:10.1111/jmft.12204

Conner, K.O., McKinnon, S.A., Ward, C.J., Reynolds, C.F. & Brown, C. (2015). Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38, 2, 186-93.

Ohne Einbezug der Angehörigen

11.5 Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien

Beach, S.R. & Whisman, M.A. (2012). Affective disorders. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i>, 38, 1, 201-219. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00243.x
--

Zweck der Studie Ziel der Studie ist die Bewertung von beziehungs- und familienbasierten Interventionen bei Depression, sowie das Erstellen von Entscheidungsregeln zum Leiten von Ehe- und Familieninterventionen für die klinische Praxis. Zudem dient die Studie zum Diskutieren zukünftiger Forschung, um beziehungs-basierte Interventionen bei Depression zu verbessern. Das weitere Ziel der Studie des Untersuchens von Elternt raining wird aufgrund der Kriterien der Bachelorarbeit ausser Acht gelassen. (S. 201, 202 „Description of depression“)

Hintergrundliteratur Paarprobleme bei einer Depression werden dargelegt, wenn die Ehezufriedenheit tiefer als gewöhnlich empfunden wird, neigen die depressiven Symptome höher zu sein (z.B. Markman und Baucom 2008). Im Vergleich zu Ehen, bei denen kein Partner an einer Depression leidet, sind bei Ehen mit depressiver Person höhere Level an ehelicher Unzufriedenheit messbar (Whisman, 2007). Ein höheres Level an Paarproblemen zu Beginn erhöht das Risiko einer schweren Depression nach 12 Monaten. Auch umgekehrt; ein hohes Level an Depression zu Beginn ergibt nach 12 Monaten ein höheres Level an Paarproblemen (Wade, Kender, 2000). Dass in manchen Fällen Beziehungsdistress erlebt wird und in anderen nicht, stellt eine Herausforderung für die beziehungs- und familienbasierten Interventionen dar. Die Autoren werden sich im Hauptteil mit der Frage beschäftigen, wie die Angebote mit oder ohne Beziehungsdistress aussehen können. (S. 202 „Couple problems“)

Demütigende Ereignisse wie ein untreuer Partner oder eine Scheidung resultieren in einem 6x höheren Risiko an einer Depression zu erkranken. Es wird zwischen kurzfristigen Stressoren und langanhaltenden stressvollen Ereignissen (können auch Beziehungsprobleme sein) unterschieden (Hammen 1991), wobei kurzfristige Stressoren bessere Vorhersagen bezüglich der Depression haben (Kendler et al. 1999). (S. 204 „Severe stressors“)

Das „Stress Generation Model“ (Hammen 2006) wird als Rahmen für Paarprobleme und Depression genutzt. Personen mit vielen Symptomen im Vergleich zu diejenigen mit wenigen Symptomen zeigen ein negativeres Unterstützungsverhalten gegenüber dem Partner und negativere Erwartungen bezüglich der Unterstützung des Partners (Tochluk, 1997). Das Stressmodell zeigt, was die Depression mit sich bringt: Die Depression verschlimmert Paar- und Eheprobleme, dadurch steigt der erkennbare Stress und die Unterstützung sinkt, wiederum resultiert, dass die depressive Episode erhalten bleibt und die Effektivität der Depressionsbehandlung sinkt. Das Modell hebt zudem hervor, dass potentiell ungeklärte Familien- und Paarprobleme das Wiederkehren eines zukünftigen Rückfalls erhöht (S. 205 in der Mitte). Nach Beach et al. (2005) können Paarbeziehungen in harmonisch und unharmonisch unterteilt werden. (S.213 „Can couples be dichotomized?“)

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Eine Depression geht mit Störungen der sozialen Strukturen der betroffenen Person und deren Angehörigen einher. Betroffene klagen oft über Probleme bezüglich der familiären Beziehungen (Whismann, 2006). Aus diesem Grund hat die Nachfrage nach Paar- und Familien-Angeboten in der klinischen Arbeit stark zugenommen. Das Untersuchen der Effektivität von beziehungs- und familienbasierten Interventio-

nen in der Behandlung von depressiv Erkrankten ist notwendig. Auch fehlt es an Behandlungs-Entscheidungsregeln für die effektive Anwendung in der Praxis. Auch Eltern-Training benötigt noch weitere Forschung. (S. 201, 202)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Das Vorgehen für die Studienrecherche ist nicht beschrieben.

Beschreibung der Teilnehmenden Es wurden diejenigen Studien eingeschlossen, welche sich seit dem Review von Beach (2003) mit momentan verfügbaren und gut validierten paar- und familientherapeutischen Interventionen bei depressiv Erkrankten beschäftigen. Die Teilnehmer der einzelnen Studien werden direkt bei den Ergebnissen beschrieben.

Einholung der Zustimmung Dazu ist keine Beschreibung zu finden.

Ethikverfahren Keine Erwähnung eines Ethikverfahrens.

Beschreibung der Methodik Studiendesign Es handelt sich um ein Literaturreview (siehe Abstract), mit aktuelleren Informationen ergänzend zu jenen aus dem gleichnamigen Review von Beach (2003). Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit gehen aufgrund der Angaben in den „Limitationen“ davon aus, dass es sich um ein narratives Review handelt.

Beschreibung der Intervention Das Ziel von Beziehungs- und Familientherapie ist, die Familie dabei zu unterstützen, die depressiven Episoden besser zu überstehen, Schlimmeres zu vermeiden, die Belastungen der Familienangehörigen zu reduzieren und die Patienten bei der Genesung zu unterstützen. (S. 202 „*Description of depression*“ ganz unten) Die Interventionen der einzelnen Studien werden direkt beim Punkt „Präsentierte Ergebnisse“ beschrieben.

Die Autoren diskutieren, dass die Rahmenbedingungen der Interventionen von depressiv Erkrankten und deren Familien in drei grundlegende Elemente aufgeteilt werden sollen (siehe Beach, Dreyfus et al., 2008). Die Ziele der ersten Phase bestehen darin, die positiven Interaktionen zu steigern, Demoralisation zu reduzieren und Nachweise zu bieten, dass Veränderungen möglich sind. Zu Beginn werden typischerweise eine höhere Anzahl an Therapieeinheiten und Struktur angeboten. Zudem werden Veränderungen ausserhalb der Therapien angeregt. Sobald einige positive Veränderungen stattgefunden haben und diskutiert werden, kann der Fokus auf die eher problematischen Aspekte der Beziehung gerichtet werden. In der zweiten Phase wird der Fokus auf die länger liegengebliebenen Anliegen und Themen gerichtet. Die Ziele liegen im Lösen von Problemen und in der Unterstützung des Paares, ein Gefühl der Zuversicht bezüglich der Zukunft zu entwickeln. Während die erste und zweite Phase zum Schaffen von Erfolgen dient, fokussiert die dritte Phase auf ein realistisches Einschätzen der Wahrscheinlichkeit eines zukünftigen Rückfalls. Dabei werden die Depression und mögliche Ehe-Auseinandersetzungen oder andere familiären Probleme betrachtet. Zudem soll mit den Paaren oder der Familie erkannt werden, dass ein Rückfall auf verschiedene Weisen konstruktiv bewältigt werden kann. Das Ziel dieser Phase ist, einen möglichen Rückfall zu akzeptieren ohne in Angst zu geraten und effektive Reaktionen darauf zu erkunden. Bei dieser Struktur kann auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden und auch die Kultur berücksichtigt werden. (S. 215 zweiter Abschnitt, obere Hälfte)

Beschreibung des Kontextes Das Review wurde in den USA in der „University of Georgia“ und der „University of Colorado at Boulder“ durchgeführt.

Präsentierte Ergebnisse Im vorgängigen Review von Beach wurden 3 Studien in den 1990ern ausgewählt, welche die Verhaltens- Ehe-therapie (Behaviour Marital Therapy, BMT) mit Einzeltherapie verglichen (*genauere Angaben zu den Studien S. 207 „Couple and family interventions of depressed persons“*). Trotz den Unterschieden bei den randomisierten Personen in den drei Studien ergeben alle, dass die BMT und Einzeltherapie gleichwertige Ergebnisse bezüglich der Symptom-

reduktion mit sich bringen. Jedoch zeigten sich bei der BMT höhere Verbesserungen in der Ehefunktion. Wenn Beziehungsdistress vorhanden ist, zeigt die BMT im Vergleich zu Einzeltherapie eine signifikante Reduktion des Beziehungsdistress. (S. 208 oben)

Seit dem Review von Beach (2003) sind zwei Studien, welche sich mit der Evaluation der Wirksamkeit von ehe-paarbasierten Interventionen bei Depression beschäftigen, herausgekommen. Bei beiden Studien basierten die Therapien auf Behandlungsmanualen und Therapeuten unter gut qualifizierten Supervisoren. Die Ergebnisse der beiden Studien wurden laut Autoren durch gut etablierte Messinstrumente gewonnen. Angaben, um diese Aussage überprüfen zu können, fehlen. Die folgenden zwei Studien werden im Review dargestellt:

Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S.R.H., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., Charvoz, L., Hautzinger, M. & Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couple therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 944–954.

Bodenmann et al. (2008) entwickelten und überprüften in ihrem RCT (Schweiz) eine ehe-paarbasierte Intervention namens „Coping-Oriented Couples Therapy“ (COCT). COCT ergänzt die Standard „Behavioural marital therapy“ (BMT) mit Verhaltensänderungstechniken und Kommunikation, sowie Problemlösetraining. Primär wurde auf die Erhöhung der Selbstoffenbarung jedes Paarmitglieds bezüglich Stressoren, die Unterstützung des Partners auf eine hilfreiche Art und Weise, sowie die Verfeinerung der Unterstützung basierend auf dem Feedback des anderen fokussiert. Ziel dieses Ansatzes ist das Verbessern des gegenseitigen Verstehens der stressvollen Erfahrungen jedes Paares und das Fördern adäquater emotions- und problemfokussierter Unterstützung basierend auf den Bedürfnissen des Anderen. Elemente der Expressed Emotions (EE), wie z.B. Kritik oder Überengagement, sollen reduziert werden.

Depressive Frauen mit ihren Männern haben teilgenommen. COCT wurde mit Einzelpsychotherapie (Interpersonal Psychotherapy, IPT) und der Einzelkognitionstherapie (Cognitive Therapy, CT) verglichen. Es wurden 20 einstündige Therapien einmal die Woche durchgeführt. Die Ergebnisse wurden gemessen mit „Beck Depression Inventory“ (BDI) und „Hamilton Rating Scale for Depression“ (HRSD), Beziehungsfunktion mit „Partnership Questionnaire“ (PFD) und „Dyadic Coping Inventory“ (DCI) und das Messen der EE mittels „5-min Speech Sample“ (FMSS). Im 6-monatigen Intervall wurden innerhalb von 1,5 Jahren weitere Messungen erfasst.

Es zeigte sich eine hoch signifikante Änderung der Depression in allen drei Behandlungsarten (COCT, IPT, CT). Es waren keine signifikanten Unterschiede bei den Veränderungen der Depression zwischen der paarbasierten- und den beiden Einzeltherapien ersichtlich. Entgegengesetzt der Erwartungen hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Beziehungsqualität und der Selbsteinschätzung des „Dyadic Coping Inventory“ waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen messbar. Es sind starke Unterschiede der EE zwischen den Behandlungsarten aufgefallen. Die Partner in der COCT zeigten eine wesentliche Abnahme der Vorwürfe (Expressed Emotion) gegenüber des depressiven Partners, was bei der IPT und CT nicht beobachtet wurde.

Der Anwendung von COCT wird vor allem bei denjenigen Paaren ein hohes Potential zugeschrieben, die nicht unter Ehedistress leiden. COCT kann in diesen Fällen stressgenerierende Prozesse unterbrechen, welche sonst vergessen gehen, besonders solche, die mit dem EE in Beziehung stehen. Da die COCT keine signifikanten Änderungen in der Ehezufriedenheit mit sich bringt, sollte diese Therapie mit Vorsicht bei depressiven Paaren eingesetzt werden, welche mehr als eine milde Beziehungsunzufriedenheit aufzeigen.

Folgende Limitationen werden beschrieben: Die Entscheidung, Therapeuten an Bedingungen zu binden, kann Behandlungseffekte verschleiern oder aufblähen, die fehlgeschlagene Intent-to-treat-Analyse und ein Mangel an Möglichkeiten, adäquate potenzielle Unterschiede in der Reaktion aufgrund des Geschlechts des depressiven Partners ausreichend zu testen (Bodenmann, 2007). (S. 208 „Coping-oriented couple therapy“)

Cohen, S., O'Leary, K. D. & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41, 433-446.

Cohen, O'Leary und Foran (2010) erklären den Bedarf für ihre Studie (RCT, NewYork) damit, dass es viel Literatur zu längerer Paartherapie bei Paaren, welche an erheblichem Ehedistress leiden, gibt. Jedoch nur wenige, die die Betreuung von Paaren, welche keinen oder nur leichten Distress haben und bei denen jemand an Depression leidet, aufzeigen. Sie entwickelten eine neue Form der Paartherapie namens „Brief Couple Therapy for Depression“ (BCT). BCT besteht aus 5 zweistündigen Therapien, was die Behandlung deutlich kürzer als sonstig getestete Therapieformate macht.

Jede Therapieeinheit hat definierte Foki:

- 1. Einheit: Der Therapeut erfasst die Schlüsselbereiche, auf die in den Interventionen abgezielt wird.
- 2. Einheit: Der Therapeut fokussiert auf Psychoedukation und die möglichen Wege, wie die Depression die Paarbeziehung beeinflussen kann.
- 3. Einheit: Befasst sich mit Copingstrategien und der Kommunikation zur Reduktion der wahrgenommenen Belastungen.
- 4. und 5. Einheit: Reduktion von negativen Interaktionen (wie Vorwürfe und Schuldzuweisungen) steht im Vordergrund. Zudem das Fördern von positiver, unterstützender Interaktion. Weiter dienen die beiden Therapien dazu, auf den Aufbau von Empathie und Akzeptanz zu fokussieren.

Zum Evaluieren der Wirksamkeit von BCT wurde diese mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe verglichen. Es handelte sich um 35 Paare, bei denen die Frau und nicht der Mann an schwerer Depression (30) oder Dysthymie (5) litt. Paare, welche gegeneinander Aggressionen zeigten oder disharmonisch waren, wurden ausgeschlossen. Ergebnisse der Intervention wurden mittels Messungen (BDI-II und HRSD) erfasst. Beziehungszufriedenheit mit der „Family Distress Scale for Depression“ (FDSD), „Illness-Related Behaviors and Attitudes Scale“ (IRBAS) und „DAS“.

Es zeigten sich deutlich signifikante Unterschiede bei der Anzahl Veränderungen der Depression zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Frauen der Interventionsgruppe (Paartherapie) zeigten signifikant höhere Reduktionen in der Depression als diejenige in der Kontrollgruppe (11.8 Punkte HRSD, 13 Punkte BDI-II) und erreichten signifikant höhere, wenn auch bescheidene, Verbesserungen in der Beziehungszufriedenheit (5.5 Punkte DAS), sowie zusätzliche Verbesserungen in der „Family Distress Scale“ und der IRBAS, was darauf hindeutet, dass die wahrgenommenen Belastungen reduziert und eine höhere Akzeptanz durch die Therapie erreicht wurde.

Die Intervention von Cohen et al. (2010) ist sehr kompakt, was Potential für signifikante Kosteneffektivität bezüglich paarbasierten Interventionen hat. Die Intervention ergänzt mit dem Fokus auf nondistressed oder wenig distressed Paare mit einem depressiven Partner länger dauernde, traditionelle Ansätze für Egetherapie mit disharmonischen Paaren. Die Studie zeigt eine methodisch gründliche Untersuchung mit soliden Messungen und gut durchgeführter Analyse. Da die Studie klein ist, ein relativ homogenes Sample aufweist und nur ein kurzzeitiges Follow-up hat (3 Monate), ist die Studie als vorbereitend anzusehen für eine Wiederholungsstudie (Cohen et al., 2010). (S. 209 „*Brief couple therapy*“)

Beschriebene Limitationen Die Limitationen der beigezogenen Studien im Ergebnisteil sind direkt dort beschreiben. Die Autoren des Reviews verweisen auf keine eigenen Limitationen. Die Studie ist nicht nach der wissenschaftlichen Struktur der Einleitung (welches Ziel und Zweck verfolgt die Studie), der Methode (wie sind die Forscher vorgegangen), der Resultate (was wurde herausgefunden) und der Diskussion (was bedeuten die Resultate) gegliedert. Die einzelnen Aspekte müssen durch die Verfasserinnen der Bachelorarbeit in den Texten zusammengesucht werden, wobei zur Methode der Studie kaum etwas zu finden ist. Ergänzend ist kritisch anzufügen, dass Angaben zu den Erfassungsinstrumenten und Testverfahren der behandelten Studien fehlen und

somit aus dem vorliegenden Review keine Rückschlüsse auf die methodische Vorgehensweise gezogen werden können. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um ein narratives Review handelt. Da nicht ersichtlich ist, wonach die Studien ausgewählt wurden, ist nicht auszuschliessen, dass nur Studien beigezogen wurden, die gewünschte Ergebnisse beinhalten. Den Verfasserinnen der Bachelorarbeit ist aufgefallen, dass einzelne beschriebene Ergebnisse in den Originalstudien im Review nicht aufgenommen wurden.

Zudem ist in der Originalstudie von Bodenmann et al. (2008) die Rede von CBT (kognitiver Verhaltenstherapie), das vorliegende Review von Beach et al. (2012) benennt dies jedoch als CT (kognitive Therapie). Die Interventionsarten werden nicht referenziert. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit bemängeln, dass die Familientherapien in den behandelten Studien von Bodenmann et al. (2008) und Cohen et al. (2010) zwar genau beschrieben werden, jedoch Angaben zu den Therapien der Kontrollgruppen (Einzeltherapien, Wartelisten-Kontrollgruppe) fehlen und nicht genauer beschrieben wurden. Beim Review von Beach et al. (2003), wird die Interventionsgruppe („Behavioural Marital Therapy“, BMT) nicht genauer beschrieben. Die Paare der Kontrollgruppe bei Cohen et al. (2010) erhielten fünf Monate keine Therapie, während die Interventionsgruppe Paartherapie erhielt. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit sind der Meinung, dass davon ausgegangen werden muss, dass im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die keine Therapie erhält, auch signifikante Unterschiede der Depression aufgetreten wären ohne Einbezug der Angehörigen. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Ergebnisse von Cohen et al. (2010) mit denen von Bodenmann et al. (2008) verglichen werden können.

Da sich die Bachelorarbeit mit dem Review von Beach et al. (2012) befasst, übernehmen deren Verfasserinnen diese unvollständigen Angaben, bemängeln die Unstimmigkeiten jedoch. Um die Tabelle der Behandlungsarten (Fragestellung der Bachelorarbeit „Wie“) vervollständigen zu können, wurden fehlende Aspekte der familienbasierten Interventionen aus Beach (2003) und Cohen et al. (2010) direkt in den Originalstudien nachgeschaut.

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil Die Ergebnisse der Literatur erhöhen die Wichtigkeit der immer noch ungelösten Fragen bezüglich der Paar- und Familien-Forschung. „Sollte jeder depressive Patient eine Form der Intervention, welche den stressgenerierenden Prozess in der engen Familienbeziehung unterbricht, erhalten?“ Im vorherigen gleichnamigen Review von Beach (2003) wird argumentiert, dass die Informationen nur für diejenigen unterstützend wirken, welche klaren Distress haben. Diese Argumentation wird auch von Barbato und D’Avanzo (2008) geteilt. Die zwei Studien, welche in diesem Review angesehen wurden (Bodenmann, et al., 2008, und Cohen et al., 2010) empfehlen, dass paarbasierte Formate auch eine potentielle wichtige Rolle bei depressiv Erkrankten, welche keine Disharmonie in der Beziehung berichten, darstellen. Bezüglich der erhaltenen Effekte ist die paar-und familienbezogene Therapie für nondistressed und distressed Beziehungen verfügbar. Wobei bei erwähntem Distress eher auf längere, traditionelle Formen der paarbasierten Interventionen fokussiert werden kann und bei nondistressed oder leicht distressed Paaren kürzere Formen der Intervention angeboten werden können. Weil diese Entscheidung in hohem Grad in Verbindung stehen kann, ob das Paar disharmonisch oder harmonisch ist, scheinen die jüngsten Entwicklungen bei der Beurteilung von Paar-Disharmonie als dichotome Variable besonders relevant. (S. 212)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Es besteht ein wachsendes Bedürfnis für Forschung, die Leitlinien zur Verfügung stellt zwecks Entscheidung, welchen Paaren am Besten kurze Therapieformate oder paarorientierte Coping-Therapieformate angeboten werden. Die Entscheidung ob Paare distressed oder nicht-distressed sind, ist sehr wichtig, es braucht noch mehr Forschung diesbezüglich. Beach, Wamboldt, Kaslow, Heyman und Reiss (2006) stellen fest, dass die Effekte von Beziehungen und zwischenmenschlichen Ereignissen so zentral sind für die Psychopathologie und die klinische Praxis, dass diese zukünftig prominenter im Diagnosesystem dargestellt werden sollten. Vielleicht würde dies helfen, Entscheidungen bezüglich Paartherapie zu treffen. (S. 212 „Why the DSM-IV does not help?“)

Es gibt Interventionen für nondistressed und distressed Paare, bei denen ein Partner an Depressionen leidet und es sind Erfassungsinstrumente vorhanden zum Rausfinden, welche Ansätze für welches Paar optimal sind. Jedoch gibt es keine Forschung bezüglich des Einflusses des Zuweisens von Paaren zu kurzen oder langen, traditionellen Paartherapien. Für die zukünftige Forschung wäre es hilfreich wenn herausgefunden wird, welche Konsequenzen die Empfehlungen für kurze oder lange, traditionelle Formen der Paartherapie haben. Weiter sollen die Kurz- und Langzeitergebnisse der verschiedenen Formen erforscht werden. Zudem ist es wichtig herauszufinden, welche Formen der Paar- und Familientherapie die Stressgenerierung unterbrechen. (S. 213 „*Future outcome research*“) Die verschiedenen Angebote an Paar- und Familieninterventionen werden unzureichend zur Verfügung gestellt. (S. 216)

Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K. & Lemmens, G.M.D. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134, 226-234. doi:10.1016/j.jad.2011.05.050

Zweck der Studie Jüngere Forschung zeigt, dass verschiedene Paar- und Familieninterventionen effektiv sind in der Behandlung von depressiven Patienten. Wie diese psychosozialen Interventionen jedoch funktionieren, wurde bisher weniger gut untersucht. Um die zugrundeliegenden Behandlungsprozesse besser verstehen zu können, wurden hilfreiche Therapieerfahrungen von depressiven Patienten und deren Partnern in einer Mehrfamilien-Therapiegruppe untersucht. („*Abstract*“)

Ziel dieser qualitativen Studie war, subjektive Behandlungserfahrungen der Teilnehmenden zu identifizieren. Hierfür wurde ein qualitativer phänomenologischer Ansatz gebraucht, der erlaubte, in Familiengruppen eine grössere Bandbreite der therapeutischen Prozesse zu identifizieren, verglichen mit Lemmens Studie (2009b), die den Behandlungsprozess mit einem strukturierten Fragebogen untersuchte. Hiermit werden die Perspektive des Patienten wie auch des Partners einkalkuliert. (Ab S. 226 „*Introduction*“)

Hintergrundliteratur Antidepressiva Medikation und individuelle Psychotherapien, wie die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und interpersonale Psychotherapie (IPT), oder eine Kombination beider, sind grundsätzlich als Behandlung der Wahl für Menschen mit einer Depression akzeptiert (Henken et al., 2007; NICE, 2009). Neuere Forschung zeigt auf, dass depressive Menschen und deren Familien auch von einer Paar- und/oder Familienintervention profitieren können. Über verschiedene Formen solcher Therapien wurde berichtet, dass sie gleichermassen effektiv sind wie Einzelpsychotherapie in der Linderung depressiver Symptome, insbesondere für ehelich distresste und depressive Patienten und sogar effektiver für die Linderung von Beziehungsdistress (Barbato & D'Avanzo, 2008; Gupta et al., 2003). Es gibt Evidenz, dass Einzel- Mehrfamilien-Interventionen während stationärer Behandlung oder kurz nach der Entlassung, nachhaltige Behandlungserfolge und die Remissionsraten der depressiven Personen verbessern können (Lemmens et al., 2009a; Miller et al., 2005). (S. 226, 227 „*Introduction*“)

Zusätzlich berichtete Nutzen, insbesondere von psychoedukativen Familiengruppen-Interventionen, beinhalten gesteigerte Behandlungszufriedenheit und Wissen über affektive Störungen (Anderson et al., 1986; Keitner et al., 2002; Keller & Schuler, 2002), verringerte Stigmatisierung und soziale Isolation (Asen & Scholz, 2010; Harter et al., 2002), bessere Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen (Keitner et al., 2002), gesteigerte Familienkommunikations-Fertigkeiten (Miklowitz, 2004), Stimulierung neuer Perspektiven (McFarlane, 2002, 2003) und Lernen neuer Coping-Strategien im Umgang mit Distress (Lemmens et al., 2003a,b). (S. 227 „*Introduction*“)

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Dass Paar- und Familieninterventionen einen Nutzen erzeugen können für durch Depressionen belastete Familien, ist nicht überraschend. Eine depressive Episode ist verbunden mit signifikanten Schwierigkeiten in vielen Bereichen des Familienlebens; dürftige Kommunikation und Problemlösung, verminderte soziale

Unterstützung, gesteigerter Distress der Bezugspersonen, eheliche Probleme (Allan & Dixon, 2009; Coyne & Benazon, 2001; Friedmann et al., 1997; Gladstone et al., 2007; Harris et al., 2006; Heru & Ryan, 2004; Hickey et al., 2005; Miller et al., 1992; Tranvag & Kristoffersen, 2008). Ungeachtet dessen sind Familienmitglieder selten in die Behandlung involviert (Lakeman, 2007; Rober, 2008; Slack & Webber, 2008; Tranvag & Kristoffersen, 2008). (S. 227 „Introduction“)

Trotz der wachsenden Evidenz über die Wirksamkeit dieser Paar- und Familieninterventionen bei Depression ist wenig bekannt darüber, wie diese Behandlungen funktionieren. Studien, welche die zugrundeliegenden nützlichen Behandlungsprozesse untersuchen, sind rar (Kazdin, 2007). Manche Berichte deuten darauf hin, dass die Reduktion der Kritik des Partners (Bodenmann et al., 2008) oder die Verbesserung des ehelichen Distress (Beach & O'Leary, 1992; O'Leary & Cano, 2001) in der Paarintervention wahrscheinlich depressive Symptome reduzieren wird, während das zur Verfügung stellen von Information für die Familienmitglieder, gegenseitige Unterstützung und Rückmeldung, lernen durch Beobachtung und Identifikation, erfahren von Gemeinschaftlichkeit und gewinnen neuer Erkenntnisse als wichtige therapeutische Faktoren in Mehrfamilien-Gruppen angesehen werden (Asen, 2002; Asen & Scholz, 2010; Keitner et al., 2002; Lemmens et al., 2003a). (S. 227 „Introduction“)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Patienten wurden von der „Anxiety and Depression Unit“ des Universitätsspitals Leuven für die Teilnahme an der randomisiert kontrollierten Studie rekrutiert, zur Untersuchung der Wirksamkeit von Einzel- und Mehrfamilien-Therapie bei Depression. Die Klinik bietet stationäre oder tagesklinische Behandlung an. Die Behandlung findet hauptsächlich im Gruppenformat statt, dauert drei Monate und beinhaltet verschiedene Komponenten wie non-verbale und systemische Therapie, kognitive Verhaltenstherapie, pharmakologische Behandlung und Aktivierung. (S. 227 „Sample selection“)

Beschreibung der Teilnehmenden 24 wegen Depression hospitalisierte Patienten und 20 Partner nahmen an der Studie teil. („Abstract“)

Die teilnehmenden Patienten hatten die Diagnose Major Depression (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), nahmen am Behandlungsprogramm der Klinik teil und wohnten seit mindestens einem Jahr mit ihrem Partner zusammen. Die Partner hatten lediglich die Bedingung, seit mindestens einem Jahr mit der erkrankten Person zusammenzuleben. (S. 227 „Sample selection“)

84 Patienten und deren Partner nahmen am RCT teil. 35 von ihnen wurden zur Mehrfamilien-Therapie randomisiert. Alle 35 Personen stimmten der Teilnahme zur Studie teil. Von diesen 35 hatten neun die erste depressive Episode und 26 hatten eine wiederkehrende, im Schnitt 2,7 Episoden. Die „Beck Depression Inventory Scores“ der Patienten (Beck et al., 1961; Bouman et al., 1985) waren 26.6 vor dem Start der Gruppe. Durchschnittliches Alter der Patienten waren 44 Jahre, das der Partner 45 Jahre. 28 der Patienten waren weiblich, 29 waren verheiratet und sechs lebten mit ihren Partnern 18.7 Jahre zusammen. Zehn Patienten hatten keine Kinder, 15 hatten eins oder zwei Kinder, zehn hatten drei oder vier. Abgesehen von zwei Paaren konnten von den abbrechenden 6 Paaren keine qualitativen Daten erhoben werden. Von jenen, die die Behandlung abgeschlossen haben, gaben sieben Patienten und 11 Partner leere oder keine Antworten ab. (S. 227 „Participants“)

Einholung der Zustimmung Die Familien gaben ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme an der Studie und wurden zur Mehrfamilien-Therapie der Studie randomisiert. (S. 227 „Sample selection“ zuunterst)

Ethikverfahren Es wird kein Ethikverfahren genannt.

Beschreibung der Methodik Studiendesign Die vorliegende Studie ist Teil einer randomisiert kontrollierten Studie, in der Einzel- und Mehrfamilien-Therapie mit einer Standardbehandlung für hospitalisierte Patienten mit einer Depression verglichen wurde. Zeitgleich wurden Ergebnisse und

Prozessvariablen gemessen. Die Autoren berichten, dass die Kombination von quantitativen und qualitativen Ansätzen manchmal als gegensätzlich angesehen wird, andere wiederum unterstreichen den Wert der Kombination von qualitativer Technik mit quantitativer Forschung (Pope & Mays, 1995).

Details sind folgenden zwei Studien zu entnehmen:

- Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E. & Demyttenaere, K. (2009a). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78, 98-105. → eine der Hautstudien in dieser Bachelorarbeit.

- Lemmens, G.M., Eisler, I., Dierick, P., Lietaer, G. & Demyttenaere, K. (2009b). Therapeutic factors in a systemic multi-family group treatment for major depression: patients' and partners' perspectives. *Journal of Family Therapy*, 31, 250-269. (S. 227 „Introduction“)

Datenanalyse: „Interpretative Phenomenological Analysis“ (IPA) (Smith, 1995; Smith & Osborn, 2003). IPA ist eine qualitative Forschungsmethode, die Phänomenologie und Hermeneutik kombiniert. Der Hauptfokus liegt hierbei darauf, welche Bedeutung die Erfahrungen für die Teilnehmenden haben und nicht darauf, objektive Daten zu produzieren. IPA beinhaltet einen doppelten hermeneutischen Prozess: Die Teilnehmer schreiben ihren Erfahrungen zuerst Bedeutung zu. In einem zweiten Schritt versuchen die Forscher diesen Prozess der Sinnbildung zu verstehen. Um die Glaubwürdigkeit des Forschungsprozess zu verstärken ist es nötig, dass die Forscher ihre eigenen Überzeugungen, Annahmen und Gedanken bezüglich dieses Phänomens aufheben (dieser Prozess wird „bracketing“ genannt). Die Analyse wurde durch drei Forscher durchgeführt (erster, zweiter und letzter Autor). Die Validität soll so gesteigert werden. Die Ausbildungen der drei Analysten werden in der vorliegenden Studie beschrieben und es wird dargelegt, welche Erfahrungen sie mit und welche Meinung sie zu Familientherapie haben (S.228 „Analysis“). Die Vorgehensweise, wie die verschiedenen Texte analysiert wurden, ist genau beschrieben. (rechte Spalte S. 228 letzter Abschnitt)

Diese Studie wurde durch die Verfasserinnen der Bachelorarbeit mithilfe des Critical Review Form- Qualitative Studies (Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland, 2007) kritisch besprochen.

Beschreibung der Intervention Patienten und Partner wurden gebeten, nach sechs Gruppentherapie ein Gruppen-Evaluations-Fragebogen (Lemmens et al., 2005) auszufüllen. Dieser beinhaltete zwei offene Fragen zur Erfahrung, die die Teilnehmenden in den Mehrfamilien-Gruppen gemacht haben:

- a) „Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für sich selber während den vergangenen sechs Therapien in der Familiengruppe?“
- b) „Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für ihre Familie während den vergangenen sechs Therapien in der Familiengruppe?“

Diese Fragen wurden jedem Gruppenmitglied einzeln gestellt, um eine detaillierte Ansicht darüber zu erhalten, was jedes Mitglied als hilfreich wahrnahm. Zudem erlaubte das zu untersuchen, ob Patient und Partner dieselben Mechanismen als hilfreich erfuhren. (S. 228 „Measures“)

Die in der Studie verwendete Behandlung war ein kurzzeitiges, systemisches Mehrfamilien-Modell (Lemmens et al., 2001) mit einigen spezifischen Anpassungen für diese Patientengruppe (für Details siehe Lemmens et al., 2007a). Die Gruppe war im Wesentlichen eine Mehrpaar-Gruppe, in welche die Kinder der Patienten in bis zu zwei Einheiten (Nummer 2 und 5) eingeladen wurden. Das Programm folgte einem vorgegebenen Behandlungsprotokoll. Der Inhalt variierte in jeder Session und fokussierte auf den Einfluss der Depression und die Behandlung der Familie (vor allem aufs Paar in Einheit 1 und auf die Kinder in Einheit 2), auf Paar Anliegen (Einheit 3), auf Wiederherstellung des Familienfunktionierens paarbezogen in Einheit 4, kinderbezogen in Einheit 5), auf

Rückfallprävention (Einheit 6) und auf Stabilisierung der Therapiegewinne (Follow-up Einheit). Ein weiblicher und ein männlicher Familientherapeut/Psychiater leiteten jeweils die Gruppe. Eine Beobachtungsgruppe im Raum bestand aus drei oder vier Gesundheitsfachpersonen der Klinik und/oder Auszubildende in Familientherapie. Therapeuten und Beobachter wechselten nicht während eines Gruppenzyklus. Der männliche Therapeut war in allen sieben Gruppen involviert. Ein Gruppenzyklus bestand aus sechs zweiwöchentlichen Einheiten und einer Follow-up Einheit nach drei Monaten. Jede Einheit dauerte 90 Minuten mit einer Pause nach 60 Minuten. (ab S. 227 „*Organization of the multi-family groups*“)

Beschreibung des Kontextes Das RCT von Lemmens et al. (2009a), von der diese Studie Teil ist, wurde in der „Anxiety and Depression Unit“ des Universitätsspitals Leuven durchgeführt (siehe „*Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl*“). Weitere Angaben zum Kontext sind nicht beschrieben. (S. 227 „*Sample selection*“)

Präsentierte Ergebnisse Von den Kindern wurden keine Daten gesammelt. 78 bedeutungsvolle Kommentare wurden zur ersten Frage gegeben und 122 für die zweite Frage. Die Anzahl bedeutungsvoller Kommentare pro Teilnehmendem variierte von einem bis zu sechs. (S. 228 „*Data collection*“)

Verglichen mit der Standardbehandlung hatte Mehrfamilien-Therapie (MFT), in geringerem Masse Einzelfamilien-Therapie, signifikant höhere Behandlungserfolgswahrscheinlichkeiten und die Patienten brauchten weniger antidepressive Medikation zum 15-monatigen Follow-up (Lemmens et al., 2009a).

Die Patienten profitierten am meisten von MFT, wenn sie verschiedene Arten von Verhaltensintervention oder Aktivierung erfuhren (ausprobieren von neuem Verhalten, lernen durch beobachten, Anleitung durch den Therapeuten) oder wenn die Partner fähig waren, von den verschiedenen Beziehungsaspekten der Gruppe Gebrauch zu machen (sich akzeptiert fühlen und unterstützt durch die Gruppe, vertrauen anderen helfen zu können (Lemmens et al., 2009b). („*Introduction*“)

Es wurden keine bedeutenden Unterschiede zwischen der Bedeutung der Antworten der Patienten und denen der Partner gefunden. Beide berichteten über ähnliche Erfahrungen, welche für sie und ihre Familien hilfreich in der MFT sind, wobei die Patienten öfters als die Partner berichten, dass diese therapeutischen Faktoren auch innerhalb des Paares und nicht nur innerhalb der Gruppe auftreten. Aufgrund der hohen Ähnlichkeit der Antworten wurde der ganze Datensatz zusammengefügt, um die Entdeckungswahrscheinlichkeit einer grossen Bandbreite von therapeutischen Faktoren in MFT zu erhöhen. Die qualitative Analyse resultierte in acht wiederkehrenden therapeutischen Faktoren:

1) Anwesenheit anderer Personen wurde als hilfreich angesehen durch Patienten und Partner. Es wurden geringe Unterschiede zwischen den Antworten der Patienten und denen der Partner gefunden; Die Patienten profitierten insbesondere von der Anwesenheit der eigenen Familie (Partner und Kinder), obwohl die Anwesenheit anderer Familien auch als hilfreich angegeben wurde. Sie schätzten, dass die eigenen Familienmitglieder in die Behandlung miteinbezogen wurden und daran teilnahmen. Die Partner der Patienten gaben hauptsächlich die Anwesenheit der anderen Partner und die Gruppe im Allgemeinen als hilfreich an. Patienten und Partner gaben die Anwesenheit der Kinder als hilfreich an, da diese sonst selten in die Behandlung der depressiven Person miteinbezogen würden und sich mit anderen Kindern austauschen konnten, mit anderen Gruppenmitgliedern sprechen und ihre Anliegen mit dem Therapeuten besprechen.

2) Zusammenhalt und Verständnis wurde von Patienten und ihren Partnern als hilfreich angegeben, eine Art von Teamgefühl und Gruppenzugehörigkeit erfahren zu können. Sie profitierten von der entstandenen affektiven Bindung / Beziehung zwischen den Gruppenteilnehmern. Auch das erhaltene Gefühl Verstanden zu werden in der Gruppe wird als hilfreich angegeben. Im Gegensatz zu den Partnern, erwähnten die Patienten darüber hinaus das Vorkommen beider therapeutischer Faktoren in der Partnerschaft. Sie gaben das Erfahren von Zusammenhalt, Unterstützung und Verständnis ihres Partners als hilfreich an.

3) Offenheit gaben Patienten und Partner als hilfreich an. Wieder unterstrichen die Patienten im Gegensatz zu den Partner mehr den hilfreichen Effekt offener Meinungen auf die eigene Familie.

4) Selbstoffenbarung gaben Patienten und Partner als hilfreich an. Scheinbar wurde über die hilfreiche Erfahrung hinsichtlich dieses therapeutischen Faktors in zweierlei Hinsicht berichtet: Patienten und Partner fanden es hilfreich, wenn sie sich selbst in der Gruppe offenbaren konnten. Weiter wurde die Selbstoffenbarung der eigenen Familienmitglieder erfahren oder diejenige anderer Gruppenmitglieder.

5) Diskussion über verschiedene Themen wurde von Patienten und Partnern als hilfreich angegeben. Beide betonten, dass sie sowohl von den Diskussionen mit den eigenen Familienmitgliedern, wie auch mit anderen Gruppenmitgliedern und den Therapeuten profitieren konnten. Vor allem die Tatsache, mit Leidensgenossen sprechen zu können, wurde als nützlich angesehen. Auch als hilfreich wurde berichtet, dass die eigenen Familienmitglieder über verschiedene Themen diskutieren konnten. Häufig genannte Themen in der Diskussion waren; Kinder, Krankheit und Behandlung und Beziehungsthemen.

6) Erkenntnisse: Der Gewinn neuer Erkenntnisse wurde häufig als hilfreich angegeben von Patienten und Partnern. Beide gaben an, dass die Gruppentherapien zu neuen Erkenntnissen über sich selbst, die Depression und deren Behandlung sowie die Beziehungen führten. Des Weiteren profitierten die Patienten davon, dass ihre Kinder ein besseres Verständnis über die Depression gewannen.

7) Beobachtungserfahrungen wurden als wichtig in der MFT berichtet: lernen durch beobachten, erfahren von Allgemeingültigkeit und entdecken von Gemeinsamkeiten und Unterschieden und das sehen der Prozesse, die andere durchmachen. Patienten und Partner profitierten scheinbar direkt vom Verhalten, Interaktionen und Coping der anderen Gruppenmitglieder. Patienten gaben vor allem das Hören der Geschichten der anderen als hilfreich an, wobei die Partner eher auf die Lösungen fokussierten. Sie schätzten das Erlernen neuer Copingstrategien im Umgang mit der Depression und Beziehungsthemen. Das Entdecken der Universalität der Probleme sowie das Erleben von ähnlichen und verschiedenen gesammelten Erfahrungen und Fortschritte wurden seitens der Patienten und der Partner als unterstützend angegeben. Weiter unterstrichen die Patienten und die Partner, die Bedeutung der Beobachtungserfahrung für ihre Kinder. Sie schätzten, dass ihre Kinder von anderen Kindern lernen können und dass diese merken, dass sie nicht die einzigen Kinder sind, die mit einem depressiven Elternteil aufwachsen.

8) Anleitung durch den Therapeuten: Die Wichtigkeit der Rolle der Therapeuten wurde auch kommentiert. Vor allem die Partner verwiesen auf die nützlichen Effekte durch die Therapeuten. Partner verstanden häufig nicht vollständig, was mit ihrem kranken Partner los ist und fühlten sich schuldig, nicht fähig zu sein, angemessen zu helfen. Das Erhalten von Informationen über Depression und deren Verlauf durch die Therapeuten wurde als hilfreich angesehen. Weiter berichteten sie, dass die Anwesenheit eines Therapeuten hilfreich ist für die Kinder, die dadurch die Möglichkeit erhielten, sich an einen Experten zu wenden. (Ab S. 229 „Results“)

Beschriebene Limitationen Die Autoren berichten, dass die Resultate den Teilnehmern nicht zurückgemeldet wurden und dass lediglich therapeutische Faktoren, die nach einem bewussten Level funktionieren, identifiziert wurden („Abstract“ und „Limitations“). Zudem wurde keine „Process outcome Analyse“ durchgeführt. Die Autoren merken an, dass die Erkenntnis, dass die Teilnehmenden hilfreiche Faktoren berichteten, nicht unbedingt bedeutet, dass diese Faktoren automatisch in positiven Ergebnissen resultieren. (S. 232 „Limitations“)

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil Ähnlich zu anderer Forschung (Lemmens et al., 2009a,b) unterschieden die depressiven Patienten und deren Partner nur wenig zwischen hilfreichen Vorkommnissen auf der individuellen und Familienebene, wie wenn nützliche Vorkommnisse für sich selbst automatisch auch einen hilfreichen Nutzen für die Familie hat. Das

könnte auf den übergreifenden Effekt hindeuten oder dass die Therapie von ihnen als ein Ganzes angesehen wird. Es könnte auch das Resultat aus dem engen Zusammenspiel zwischen Individuen- und Familienprozessen oder der Gebrauch von offenen Fragen im Fragebogen reflektieren. Auch könnte es die in dieser Studie und anderen (Kivlighan & Goldfine, 1991; Lemmens et al., 2009b) berichteten relativ kleinen Differenzen in der Wahrnehmung der therapeutischen Faktoren zwischen Patienten und Partnern reflektieren. Die Ergebnisse stimmen mit denen in anderen Studien, welche MFT für depressive und andere psychisch erkrankte Personen untersuchten, überein.

Gleich wie Lemmens et al. (2003a, b, 2009b) und Asen (2002), profitierten die Teilnehmer in dieser Studie von einer offenen, unterstützenden, verständnisvollen und zusammenhaltenden Gruppe, in der es Raum gab für Selbstoffenbarung und Diskussion. Diese Qualitäten sind in Familien mit Depression häufig betroffen (Friedmann et al., 1997; Gladstone et al., 2007; Harris et al., 2006; Hickey et al., 2005; Miller et al., 1992). McFarlane (2002) hat bereits auf die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung in Mehrfamilien-Gruppen hingewiesen. In diesen Gruppen wird Teilnehmern, die durch die Erkrankung häufig sozial isoliert sind (Gladstone et al., 2007; Harris et al., 2006), ein konstruiertes soziales Unterstützungssystem zur Verfügung gestellt mit den technischen Voraussetzungen für ein natürliches soziales Netzwerk. Die unterstützende und zusammenhaltende Atmosphäre und speziell die Anwesenheit von Leidensgenossen könnte Offenheit und Selbstoffenbarung stimulieren und einen Raum geben, verschiedene familien- und depressionsspezifische Themen diskutieren zu können, was in einer Einzelfamilien-Gruppe schwierig zu erreichen ist (Asen, 2002). Wie in Lemmens et al. (2003a, b) und Asen und Scholz (2010) berichtet, hat das Diskutieren dieser Themen im Mehrfamilien-Kontext den Effekt, Kommunikationsmuster und -inhalte zwischen den Familienmitgliedern zu normalisieren. Wie auch bei Keitner et al. (2002) und Asen et al. (2010) herausgefunden, half die Präsenz anderer Familien den depressiv erkrankten und Familienmitgliedern in den Gruppen, neue Erkenntnisse zu gewinnen und durch Beobachtungserfahrungen zu lernen. Die grosse Anzahl an Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen den Gruppenmitgliedern auf verschiedenen Levels (individuell, paar- und familienbezogen) wird wahrscheinlich verschiedene kognitive Prozesse stimuliert haben, die den Patienten und Familien, die häufig auf die Depression fokussiert sind und in negative Interaktionen, halfen, ihren Horizont zu erweitern und unterschiedliche Erkenntnisse zu generieren bezüglich sich selbst, der Familie und der Depression (Harter et al., 2002; Hickey et al., 2005; McFarlane, 2002). Übereinstimmend mit Asen (2002) und Asen et al. (2010) fanden die Autoren heraus, dass ähnliche Probleme innerhalb der verschiedenen Familien dazu dienten, dass die Einzelnen nicht alleine mit ihrer Depression sind und ihre Handlungen, Gefühle und Sorgen von den anderen geteilt werden und so als normal angeschaut werden können. Resultierend kann es sein, dass sie sich weniger isoliert und stigmatisiert fühlen (Harter et al., 2002). Das Erkennen, dass andere Familien von anderen Problemen betroffen sind, helfen Patient und Partner sich selbst zu schätzen und sich selbst und den Partner bestätigen zu können. Oft vergessene Ressourcen und Qualitäten, sowie das Erkennen, dass die Paare sich nicht allzu schlecht anstellen, ist eine Folge von der Wahrnehmung von Familien, welche sie als schlechter einstufen als sich selbst. Das Sehen der eigenen und der Fortschritte der anderen wird als hilfreich angegeben, zudem fördert es die Hoffnung bezüglich der Zukunft, was nach McFarlane (2003) als wichtiger Aspekt von psychotherapeutischen Interventionen angesehen wird. (S. 231 „Discussion“)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Es wurden mehrere wichtige therapeutische Faktoren in Mehrfamilien-Therapiegruppen für Depression identifiziert. Diese Faktoren helfen, ein Verständnis für die Prozesse zu gewinnen, welche in der Behandlung hervorgehoben und in zukünftiger Forschung untersucht werden sollten. (*Abstract*)

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass die Präsenz anderer Gruppenmitglieder (im Vergleich zu Einzelfamilietherapien) eine zusammenhaltende und unterstützende Atmosphäre zur Verfügung stellt, in der Patienten und deren Partner zu neuen Erkenntnissen kommen können bezüglich ihrer Erkrankung, Beziehungsaspekten und sich selbst. Darüber hinaus sollten psychosoziale Interventionen den Wert von Offenheit, Selbstoffenbarung und Diskussion hervorheben. Diese Prozesse erlauben den Gruppenmitgliedern von Beobachtungen anderer Betroffenen zu lernen

und Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Geschichten aller Teilnehmer zu erkennen. Zuletzt wird der Therapeut als hilfreich wahrgenommen. Therapeutische Führung und das zur Verfügung stellen von Information über Depression sind zwei essentielle hilfreiche Aspekte für die Patienten und Partner. Künftige Forschung sollte diese hilfreichen therapeutischen Faktoren weiter untersuchen und die Perspektive der Kinder miteinbeziehen. (S. 232 „Conclusion“)

Würdigung Hellemans et al. (2011) mittels „Critical Review Form Qualitative Studies“ (Letts et al., 2007)

	Comments
STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <u>yes</u> no	<u>Outline the purpose of the study and/or research question</u> Jüngere Forschung zeigt, dass verschiedene Paar- und Familieninterventionen effektiv sind in der Behandlung von depressiven Patienten. Wie diese psychosozialen Interventionen jedoch funktionieren, wurde bisher weniger gut untersucht. Um die zugrundeliegenden Behandlungsprozesse besser verstehen zu können, wurden hilfreiche Therapieerfahrungen von depressiven Patienten und deren Partner in einer Multi-Family Therapiegruppe untersucht.
LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <u>Yes</u> No	<u>Describe the justification of the need for this study: Was it clear and compelling?</u> Antidepressiva Medikation und individuelle Psychotherapien wie die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und interpersonale Psychotherapie (IPT), oder eine Kombination beider, sind grundsätzlich als Behandlung der Wahl für Menschen mit einer Major Depression akzeptiert (Henken et al., 2007; NICE, 2009). Neuere Forschung zeigt auf, dass depressive Menschen und deren Familien auch von einer Paar- und/oder Familienintervention profitieren können. Über verschiedene Formen solcher Therapien wurde berichtet, dass sie gleichermassen effektiv sind wie Einzelpsychotherapie in der Linderung depressiver Symptome, insbesondere für ehelich distresste und depressive Patienten und sogar effektiver für die Linderung von Beziehungsdistress (Barbato and D'Avanzo, 2008; Gupta et al., 2003). Es gibt Evidenz, dass Single-Family und Multi-Family Interventionen während stationärer Behandlung oder kurz nach der Entlassung, nachhaltige Behandlungserfolge und Remissionsraten der depressiven Personen verbessern können (Lemmens et al., 2009a; Miller et al., 2005). Zusätzlich berichtete Nutzen, insbesondere von psychoedukativen Familiengruppen-Interventionen, beinhalten gesteigerte Behandlungszufriedenheit und Wissen über affektive Störungen (Anderson et al., 1986; Keitner et al., 2002; Keller and Schuler, 2002), verringerte Stigmatisierung und soziale Isolation (Asen und Scholz, 2010; Harter et al., 2002), bessere Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen (Keitner et al., 2002), gesteigerte Familienkommunikations-Fertigkeiten (Miklowitz, 2004), Stimulierung neuer Perspektiven (McFarlane, 2002, 2003) und Lernen neuer Coping-Strategien im Umgang mit Distress (Lemmens et al., 2003a,b). <u>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</u> Es gibt viel Evidenz über die Wirksamkeit von Paar- und Familieninterventionen bei Depression. Der qualitative Ansatz dieser Studie ist für unsere Fragestellung von besonderer Bedeutung, da relevante Aussagen darüber gemacht werden, wie diese Behandlungen funktionieren können und welche direkten Effekte sie auf die Patienten und deren Angehörige haben.
STUDY DESIGN: What was the design? <u>Phenomenology</u>	<u>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) explain</u> Bei der Studie von Hellemans et al., (2011) handelt es sich um eine interpretative phänomenologische Studie. Die vorliegende Studie ist Teil einer randomisiert kontrollierten Studie, in der Single-Family

Ethnography Grounded theory Participatory action research Other	Therapie und Multi-Family Therapie mit einer Standardbehandlung für hospitalisierte Patienten mit Major Depression und zeitgleichem Untersuchen von Outcome und Prozessvariablen. Siehe dazu: Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E. & Demyttenaere, K. (2009a). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. Psychother. Psychosom. 78, 98-105. Diese Studie ist eine der Hauptstudien der vorliegenden Bachelorarbeit. In einer anderen Studie wird dieselbe Fragestellung quantitativ untersucht, siehe dazu: Lemmens, G.M., Eisler, I., Dierick, P., Lietaer, G. & Demyttenaere, K. (2009b). Therapeutic factors in a systemic multi-family group treatment for major depression: patients' and partners' perspectives. J. Fam. Ther. 31, 250-269.
Was a theoretical perspective identified? <u>Yes</u> No	<u>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective</u> Aus der Studie wird ersichtlich, dass die Forscher Interesse daran haben, sich in die Teilnehmer hineinzuversetzen, sie wollen mit der Vorgehensweise von jenen Menschen Informationen bekommen, die die Erfahrungen persönlich erleben. Die theoretische Sichtweise der Forschenden wird dargelegt.
Method(s) used: <u>Participant observation</u> <u>Interviews</u> Document review <u>Focus groups</u> Other	<u>Describe the method (s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</u> Die in der Studie verwendete Behandlung war ein kurzzeitiges, systemisches Multi-Familien Modell (Lemmens et al., 2001). Die Gruppe war im Wesentlichen eine Multi-Paar Gruppe. Ein weiblicher und männlicher Familientherapeut/Psychiater leiteten jeweils die Gruppe. Eine Beobachtungsgruppe im Raum bestand aus drei oder vier Health Professionals der Klinik und/oder Auszubildende in Familientherapie. Therapeuten und Beobachter wechselten nicht während eines Gruppenzyklus. Der männliche Therapeut war in allen sieben Gruppen involviert. Ein Gruppenzyklus bestand aus sechs zweiwöchentlichen Sessionen und einer follow-up Session nach drei Monaten. Jede Session dauerte 90 Minuten mit einer Pause nach 60 Minuten. Patienten und Partner wurden gebeten, nach sechs Gruppensessionen ein Gruppen-Evaluations-Fragebogen (Lemmens et al., 2005) auszufüllen. Dieser beinhaltete zwei offene Fragen zur Erfahrung, die die Teilnehmenden in den Multi-Family Gruppen gemacht haben: a) "Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für sich selber während den vergangenen sechs Sessionen in der Familiengruppe?" b) "Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für ihre Familie während den vergangenen sechs Sessionen in der Familiengruppe?" Die Antworten wurden anhand des interpretativen phänomenologischen Ansatzes (IPA) analysiert.
SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <u>Yes</u> No	<u>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</u> Das Sampling wird grob beschrieben, Ein- und Ausschlusskriterien werden dargelegt. Für detailliertere Informationen wird auf das RCT von Lemmens (2009) verwiesen.
Was sampling done until redundancy in data was reached? Yes No <u>Not addressed</u>	<u>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</u> Eine Sättigung wird nicht thematisiert.
Was informed consent obtained? <u>yes</u> no not addressed	Die Familien gaben ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme an der Studie und wurden zum Multi-Family Zweig der Studie randomisiert. Es wird kein Ethikverfahren genannt.

DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: yes <u>no</u> participants: <u>yes</u> no Role of research & relationship with participants: <u>yes</u> no Identification of assumptions and biases of researcher: <u>Yes</u> no	<u>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</u> Das RCT von Lemmens et al. (2009a), von der diese Studie Teil ist, wurde in der „Anxiety and Depression Unit“ des Universitätsspitals Leuven durchgeführt. Weitere Angaben zum Kontext sind nicht beschrieben. Die Teilnehmenden werden ausführlich beschrieben, relevante Informationen werden angegeben. Die Analyse wurde durch drei Forscher durchgeführt (erster, zweiter und letzter Autor). Die Validität soll laut Autoren so gesteigert werden. Die Ausbildungen der drei Analysten werden in der vorliegenden Studie beschrieben und es wird dargelegt, welche Erfahrungen sie mit und welche Meinung sie zu Familientherapie haben. Ein Analyst ist zugleich Gruppentherapeut, was die Autoren als mögliche Limitation beschreiben. Datenanalyse: „Interpretative Phenomenological Analysis“ (IPA) (Smith, 1995; Smith and Osborn, 2003). IPA ist eine qualitative Forschungsmethode, die Phänomenologie und Hermeneutik kombiniert. Der Hauptfokus liegt hierbei darauf, welche Bedeutung die Erfahrungen für die Teilnehmenden haben und nicht darum, objektive Daten zu produzieren. IPA beinhaltet einen doppelten hermeneutischen Prozess: Die Teilnehmer schreiben ihren Erfahrungen zuerst Bedeutung zu. In einem zweiten Schritt versuchen die Forscher diesen Prozess der Sinnbildung zu verstehen. Um die Vertrauenswürdigkeit des Forschungsprozess zu verstärken ist es laut Hellemans et al. (2011) nötig, dass die Forscher ihre eigene Überzeugungen, Annahmen und Gedanken bezüglich dieses Phänomens aufheben (dieser Prozess wird „bracketing“ genannt). <u>What was missing and how does the influence your understanding of research?</u> Die Rolle(n) des Forschers, der Grad seiner Beteiligung und seine Beziehungen zu den Teilnehmern werden nach Meinung der Verfasserinnen der Bachelorarbeit zu wenig ausgeführt. Sie sind der Meinung, dass eine bestehende Beziehung, resp. Beginn eines Beziehungsaufbaus einen Einfluss auf die Intervention hat. Kannten die Forschenden/Therapeuten die Patienten schon länger oder erst seit Beginn der Studie?
Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <u>Yes</u> No Not addressed	<u>Do the research provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gathers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</u> Die Forscher beschreiben die verwendeten Verfahren klar, die Informationsquellen, auf die sich der Forscher bezieht, sind angegeben. Die Menge der gesammelten Daten wurde angegeben (wieviele Patienten eine Antwort abgegeben haben, wieviele nicht).
DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? <u>Yes</u> no not addressed Findings were consistent with & reflective of data? <u>Yes</u> no	<u>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</u> Die Forscher beschreiben, wie sich die Erkenntnisse aus den Daten ergeben haben. Die qualitative Analyse resultierte in acht wiederkehrende therapeutische Faktoren und wurde mit Zitaten der Teilnehmer untermauert. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit erachten die von den Forschern entwickelten Aussagen als logisch konsistent. Die Daten sind den Aussagen in geeigneter Weise zugeordnet (acht wiederkehrende therapeutische Faktoren und Zitate).
Auditability Decision trial developed? <u>yes</u> no not addressed Process if analysing the data was described adequately? <u>yes</u> no not addressed	<u>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rational given for development of themes.</u> Die Autoren beschreiben ausführlich, wie sie die Daten ausgewertet, miteinander diskutiert und Themen zugeordnet haben.

Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <u>Yes</u> <u>No</u>	<u>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</u> Konzepte und Beziehungen werden verständlich erläutert, für die nähere Beschreibung des verwendeten Konzepts der Familientherapie wird auf die Studie von Lemmens et al. (2007a) verwiesen.
OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility: <u>yes</u> <u>no</u> Transferability: <u>yes</u> <u>no</u> Dependability: <u>yes</u> <u>no</u> Confirmability: <u>Yes</u> <u>no</u>	<u>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</u> - Glaubwürdigkeit: Die Autoren berichten von Limitationen und merken an, dass die Erkenntnis, dass die Teilnehmenden hilfreiche Faktoren berichteten, nicht unbedingt bedeutet, dass diese Faktoren automatisch in positiven Outcomes resultieren. Triangulation wurde angewandt (mehr als ein Forscher ist beteiligt an der Analyse). -Übertragbarkeit: Zitate, therapeutischen Faktoren detailliert beschrieben. -Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit: Die Autoren beschreiben ausführlich, wie sie die Daten ausgewertet, miteinander diskutiert und Themen zugeordnet haben. -Bestätigbarkeit: Durch die Triangulation gegeben (ein Forscher war zugleich Gruppentherapeut, die anderen zwei waren nicht in die Therapien involviert). <u>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</u> Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit erachten diese Studie als vertrauenswürdig und können sowohl Aussagen zum "Wie" und "mit welchen Effekten" machen.
CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <u>Yes</u> <u>no</u> The findings contributed to theory development & future OT practise / research? <u>Yes</u> <u>no</u>	<u>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitation in the study?</u> Es wurden mehrere wichtige therapeutische Faktoren in Multi-Family Therapiegruppen für Depression identifiziert. Diese Faktoren helfen, ein Verständnis zu gewinnen, was in der Behandlung hervorgehoben und in zukünftiger Forschung untersucht werden sollten. Die Daten und Ergebnisse werden diskutiert und zu einem Ganzen zusammengefügt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass die Präsenz anderer Gruppenmitglieder (im Vergleich zu Einzelfamilientherapien) eine zusammenhaltende und unterstützende Atmosphäre zur Verfügung stellt, in der Patienten und deren Partner zu neuen Erkenntnissen kommen können bezüglich ihrer Erkrankung, Beziehungsaspekten und sich selbst. Darüber hinaus sollten psychosoziale Interventionen den Wert von Offenheit, Selbstoffenbarung und Diskussion hervorheben. Diese Prozesse erlauben den Gruppenmitgliedern von Beobachtungen anderer Betroffenen zu lernen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Geschichten aller Teilnehmer zu erkennen. Zuletzt wird der Therapeut als hilfreich wahrgenommen, therapeutische Führung und zur Verfügung stellen von Information über Depression sind zwei essentielle hilfreiche Aspekte für die Patienten und Partner. Künftige Forschung sollte diese hilfreichen therapeutischen Faktoren weiter untersuchen und die Perspektive der Kinder miteinbeziehen. Die Implikationen und Empfehlungen beziehen sich nicht explizit auf praktische Situationen und Forschungsrichtungen der Ergotherapie. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit beurteilen die berichteten Ergebnisse dieser Studie jedoch als sehr relevant für die ergotherapeutische Praxis und geeignet, diese mithilfe eines ergotherapeutischen Modells zu übertragen.

Keitner, G.I., Archambault, R., C.E. Ryan & Miller, I.W. (2003). Family therapy and chronic depression. JCLP/In Session, 59, 873-884. doi:10.1002/jclp.10179

Zweck der Studie In dieser Studie wird ein Modell zu Funktionsweisen von Familien (McMaster Model) und Therapie (Problem-Centered Systems Therapy of the Family) beschrieben und deren Anwendung in der Behandlung einer chronisch depressiven jungen Frau und deren Eltern dargestellt. (S. 873)

Hintergrundliteratur Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., & Keller, M.B. (1996). Family functioning of chronically depressed patients. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Es gibt fast keine empirischen Daten von Familienbehandlung bei Patienten mit chronischen Depressionen. Es ist bekannt, dass Betroffene chronischer Depression signifikante Probleme in verschiedenen Bereichen der Familienfunktionsfähigkeit angeben, was auf die Wichtigkeit der Kombination von Familientherapie, Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei Depression hinweist (Keitner et al., 1996). (S. 873, 874)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Wird nicht beschrieben.

Beschreibung der Teilnehmenden Herr A., 55 Jahre alt, Highschool-Abschluss. Frau A., 53 Jahre alt, College-Abschluss. Herr und Frau A. trennten sich nach 30 Jahren Ehe, kamen aber nach zwei Jahren wieder zusammen. Tochter R. (Patientin), 26 Jahre alt, ein Collegemaster absolviert. R. lebt mit einem Freund in einer Wohnung 20 Minuten entfernt von den Eltern.

Einholung der Zustimmung Keine Angaben hierzu.

Ethikverfahren Keine Angaben hierzu.

Beschreibung der Methodik Studiendesign Die Autoren der Studie machen keinerlei Angaben zum Design. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit plädieren am ehesten für einen phänomenologischen oder Case Study Ansatz dieser Studie (siehe Critical Review Form). Die Studie wurde durch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit mithilfe des Critical Review Form-Qualitative Studies (Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland, 2007) kritisch bearbeitet.

Beschreibung der Intervention Ein Familienmodell, welches bei Patienten, die an chronischer Depression leiden angewendet wird ist die „Problem-Centered Systems Therapy of the Family“ (PCSTF, Epsetin, Bishop, Keitner und Miller, 1990). Das PCSTF ist der Behandlungszweig des „McMaster Model of Family Functioning“ (MMFF, Epstein, Ryan, Bishop, Miller und Keiner, 2003). Das Modell umfasst eine gesunde (und ungesunde) Sicht des Familienfunktionierens, Techniken zur Erfassung des Familienfunktionierens und ein Ansatz, Familien zu behandeln.

Das MMFF beinhaltet 6 Dimensionen, anhand deren Familienfunktionieren entworfen und erfasst wird:

- Problemlösen: Möglichkeit der Familie, Probleme zu beseitigen zwecks aufrechterhalten effektiven Familienfunktionierens.
- Kommunikation: Befasst sich mit der Art und Weise, wie Informationen verbal zwischen den Familienmitgliedern innerhalb von instrumentalen (z.B. Essen bereitstellen) und affektiven (z.B. Traurigkeit) Bereichen ausgetauscht werden.
- Affektive Reaktionsfähigkeit: Ermitteln der Fähigkeit, die volle Palette an Emotionen zu erfahren.
- Affektive Beteiligung: Der Grad an gezeigtem Interesse und Wertschätzen an/der Aktivitäten/Interessen der anderen Familienmitgliedern.

- Rollendimension: Erfassung von wiederkehrenden Mustern, mit denen Familienmitglieder ihren Verantwortlichkeiten nachkommen, inklusive Bereitstellen von Ressourcen, Erziehung, Unterstützung und Entwicklung von Fähigkeiten.
- Verhaltenskontrolle: Auswerten von Mustern, die eine Familie annimmt, um mit physisch gefährlichen Situationen und solchen, die psychobiologische Aspekte und intrafamiliäre Interaktionen und Sozialverhalten beinhalten, umzugehen.

In den letzten 30 Jahren wurden Assessments bezüglich der Familiendimensionen entwickelt, welche von aussen angewendet werden können oder als Selbsteinschätzung („Family Assessment Device“, „McMaster Clinical Rating Scale“). (S. 874 unterster Absatz „McMaster Model“)

Die PCSTF ist die strukturierte multidimensionale und systemorientierte, kurzzeitige Therapie innerhalb des MMFF. Es basiert aus kosteffektiven Gründen auf 10 Prinzipien:

- Schwerpunkt auf der Makroebene der Behandlung.
- Schaffung zusammenarbeitende Basis zwischen Therapeuten/Familienmitgliedern.
- Offene, direkte Kommunikation mit der Familie.
- Fokus auf die Familienverantwortung der Veränderung.
- Betonung von gegenwärtigen Problemen.
- Fokus auf Verhaltensänderung.
- Schwerpunkt auf Erfassung.
- Fokus auf Familienstärken.
- Einbezug der gesamten Familie.
- Zeitliche Begrenzung.

Das PCSTF besteht aus 4 Hauptetappen: Erfassung, Vertrag, Behandlung, Abschluss. In der Studie wird anhand eines Fallbeispiels ein exemplarischer Ablauf dargestellt (welcher innert 7 Therapien erfolgt, deren Dauer offen bleibt).

Vor 1. Treffen: Jedes Familienmitglied füllt den FAD (Family Assessment Device) aus. Zu Beginn der Erfassung sind die Werte der HRSD (Modified Hamilton Rating Scale for Depression) und GAS (Global Assessment Score) der Patientin bekannt.

- Erfassung (1. Einheit à 50min): anhand der 6 Dimensionen bewertet der Therapeut das Familienfunktionieren mithilfe der McMaster Clinical Rating Scale. Der Therapeut erkennt Transaktionsmuster. Die klinischen Eindrücke, die er erhält, bespricht er mit der Familie, woraus sich ein Einverständnis zwischen Therapeut und Familie entwickelt, welche Themen prioritär angegangen und welche Ziele gesetzt werden.

- Vertragsphase: Erwartungen, die die einzelnen Familienmitglieder aneinander haben werden geklärt und ausgearbeitet. Diese bilden einen Vertrag, die vom Therapeuten mit zusätzlichen ihm wichtig erscheinenden Punkten mit dem Einverständnis der Familie ergänzt werden können.

- Behandlungsphasen: Arbeit an den abgemachten Punkten nach einem bestimmten Muster (Reflexion der bearbeiteten Punkte im Alltag, positive Verstärkung durch den Therapeuten bei Erfolgserlebnissen oder Aufarbeitung der Gründe für das Scheitern, Sorgen und Bedenken werden den anderen mitgeteilt, Erwartungen werden offengelegt, Rückschau und schaffen neuer Wege des Umgangs). Nach 3 Monaten wurde der FAD durch alle nochmals ausgefüllt.

- Abschluss: zusammenfassende Erarbeitung, was die einzelnen Mitglieder aus ihrer Sicht erreicht haben. HRSD und GAS der Patientin werden nochmals durchgeführt. Fokus liegt auf der Zielsetzung für die Zeit nach der Therapie.

Follow-up: Ein Jahr nach Abschluss nimmt der Therapeut Kontakt auf um in Erfahrung zu bringen, wie es der Familie geht. (ab S. 875)

Beschreibung des Kontextes Die Studie wurde in den USA in der „Brown University School of Medicine“, dem „Rhode Island Hospital“, dem „Butler Hospital“ und der „Brown University School of Medicine“ durchgeführt. Ansonsten keine näheren Angaben hierzu. (S. 873)

Präsentierte Ergebnisse Der Antrieb, Familientherapie in Anspruch zu nehmen, war die chronische Depression mit Suizidversuchen der Tochter. Positive Veränderungen durch die Behandlung hatten einen positiven Effekt auf andere Bereiche (Aufdeckung grundsätzlicher problematischer Verhaltensweisen der Eltern, teilweise begründet aus deren Kindheit, Übertragung neu erlernten Verhaltens auf Eheproblematiken, Erkennen von Missverständnissen).

FAD: Im Text werden Verbesserungen nach 3 Monaten genannt. Der Gesamtfamilienwert hat sich in allen 7 Bereichen (entsprechend den Dimensionen nach MMFF plus generelle Funktion) verbessert (genaue Ergebnisse des FAD nur vom Beginn, nicht nach 3 Monaten) Nach Wahrnehmung der Familie, hat sich das Familienleben signifikant verbessert. Auffallend war, dass die Bewertung von Herrn A. leicht höher war als zu Beginn, was darauf hingedeutet hat, dass er immer noch Schwierigkeiten sah in mehreren Bereichen des Familienlebens. Dies wurde nach Einholen des Einverständnisses mit der Familie angeschaut und in die weiteren Therapien aufgenommen. („*Tabelle 1*“)

Berichtete Resultate: Die Familie fühlt sich am Schluss der Behandlung enger als Familie, kann über Gefühle reden ohne zu streiten, es gelingt ihnen besser, alte Verletzungen hinter sich zu lassen.

R. erreichte Fortschritte in der Emotionsregulation und in der Beziehung zu den Eltern sowie dem Zurechtkommen mit ihrem sozialen Leben. Glücklich darüber, einmal nicht die Patientin zu sein, als es um die schlechte Bewertung ihres Vaters ging (unverarbeitete Kindheitskonflikte kamen zum Vorschein, die sich auf die Beziehung zu Ehefrau, Mutter und Tochter auswirkten) und im Rahmen dessen auch sein Verhalten besser verstehen konnte. Fühlt sich nicht mehr als Kind, sondern Erwachsen.

Am Schluss der Behandlung zeigte sich bei R: HRS 0 (no symptoms), GAS 90 (transient symptoms, good functioning in all areas). Vergleiche dazu die Ergebnisse vor dem Therapiestart bei R: HRS 25 (moderate to severe depression) GAS 50 (serious impairment in functioning).

Frau und Herr A. haben gelernt, ihre Tochter in die Unabhängigkeit zu unterstützen, und waren fähig, über die Platzierung von Herrn As. Mutter zu diskutieren und sich damit anzufreunden, sie zu sich zu nehmen. Der Plan der Familie für die Zukunft sah folgendermassen aus: R. hat sich entschieden Einzeltherapie weiterzuführen, um noch weiter an den eigenen Problemen arbeiten zu können. Frau A. und R. finden beide, dass auch Hr. A von Einzeltherapie profitieren könnte. Hr. A. ist damit einverstanden und macht sich nochmals Gedanken darüber. Hr. A. und Fr. A. fanden beide, dass ihnen eine Paartherapie zugutekommen würde.

Follow up nach einem Jahr: Die Familie fühlt sich gut. R arbeitet Vollzeit und kürzlich wurde ihr eine Stelle in der Administration angeboten. Sie hat sich mit ihrem Freund verlobt. Ihre Stimmung hat sich verbessert und sie hat Fertigkeiten, welche sie in der Familientherapie gelernt hat, weiterentwickelt. Frau und Herr A. empfinden die Entscheidung, dass die Mutter bei ihnen ist, als die Richtige. Auch Herr und Frau A. praktizieren weiterhin, was sie in der Familientherapie gelernt haben.

Die Verbreitung von chronischer Depression erfordert laut Autoren einen umfassenden biopsychosozialen Behandlungsansatz, welcher Pharmakotherapie, individuelle Psychotherapie und Familientherapie einschliesst. Diese Behandlungen könnten simultan oder sequentiell angeboten werden, je nach Dringlichkeit der klinischen Probleme, Präferenzen der Patienten und Familien und Verfügbarkeit von Ressourcen. (S. 857 „*The a family*“)

Beschriebene Limitationen Die Autoren bedauern, dass es keine einheitlichen empirischen Daten gibt über den wirkungsvollsten Weg, diese Ansätze (biopsychosozialen Behandlungsansatz mit Pharmakotherapie, individueller Psychotherapie und Familientherapie) zu integrieren. Zudem gebe es keine kontrollierte Ergebnis-Forschung über die Wirksamkeit von Familientherapie (inklusive

McMaster Ansatz zur Familienbehandlung) bei chronischer Depression. (S. 883 „Clinical issues and summary“)

Zur Studiendurchführung selber haben die Autoren keine Limitationen aufgeführt.

Die Studie ist nicht nach der wissenschaftlichen Struktur der Einleitung (welches Ziel und Zweck verfolgt die Studie), der Methode (wie sind die Forscher vorgegangen), der Resultate (was wurde herausgefunden) und der Diskussion (Was bedeuten die Resultate) gegliedert. Die einzelnen Aspekte müssen durch die Verfasserinnen der Arbeit in den Texten zusammengesucht werden, wobei zur Methode der Studie nichts zu finden ist. Näheres sind dem ausgefüllten Critical Review Form-Qualitative Studies (Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland, 2007) zu entnehmen.

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil Es ist keine eigentliche Forschungsfrage ersichtlich. Deutlich wird nur, dass die AutorInnen aufgrund rarer empirischer Daten von Familienbehandlung bei Patienten mit chronischen Depressionen, ein Modell und Therapie beschreiben wollen anhand der Behandlung einer chronisch depressiven jungen Frau und deren Eltern. Familientherapie kann bei der Verbesserungen der depressiven Symptome und der Fähigkeit der Familienmitglieder effektiver mit der Depression umzugehen unterstützend wirken. Für die Familienmitglieder stellt dieser Ansatz die Möglichkeit dar, eigene Probleme, auch unabhängige der Depression, zu bewältigen. (S. 884)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Bezüglich Ergotherapie gibt die Studie einen Ausblick auf wichtige berufliche Fragen wie die Wichtigkeit biopsychosozialer Ansätze in der Behandlung. Die Autoren schlussfolgern, dass hierfür fortlaufende Kommunikation und Koordination unter Gesundheitsberufen erforderlich ist, wie auch Therapeuten, die geschult sind, ein Therapiemodell gezielt und konsequent anzuwenden. Das in der Studie besprochene McMaster Model of Family Functioning beinhaltet wichtige Aspekte, die in der Ergotherapie aufgenommen werden können und/oder durch ergotherapeutische Modelle in die Behandlung übertragen werden können.

Würdigung Keitner et al. (2003) mittels „Critical Review Form Qualitative Studies“ (Letts et al., 2007)

	Comments
STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <u>yes</u> no	<u>Outline the purpose of the study and/or research question</u> Es gibt nahezu keine empirischen Daten von Familienbehandlung bei Patienten mit chronischen Depressionen. in dieser Studie wird ein Modell zu Funktionsweisen von Familien (the McMaster model) und Therapie (the Problem-Centered Systems Therapy of the Family) beschrieben und deren Anwendung in der Behandlung einer chronisch depressiven jungen Frau und deren Eltern.
LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <u>Yes</u> No	<u>Describe the justification of the need for this study: Was it clear and compelling?</u> Herleitende Literatur wird angegeben und ausgeführt: Die Studie von Keitner, Ryan, Miller, & Keller (1996) untersuchte familiäre Funktionsweisen bei ambulanten Patienten mit chronischer Depression als Teil einer klinischen Untersuchung über die relative Effektivität von zwei Antidepressiva für chronische Depression. Chronisch depressive ambulant behandelte Patienten sahen ihr Familienfunktionieren gleichermassen mangelhaft und schlecht wie aktuell depressive und stationär behandelte Erkrankte. In der Studie wurde angenommen, dass es wichtig sein könnte, Familientherapie zusätzlich zur Pharmakotherapie anzubieten zwecks Wahrscheinlichkeitsmaximierung der Besserung. In dieser Studie behandelte Erfassungs- und Therapiemodelle und -ansätze werden angegeben: - Problem-Centered Systems Therapy of the Family (PCSTF; Epstein, Bishop, Keitner & Miller, 1990) --> Behandlung

	- McMaster Model of Family Functioning (MMFF; Epstein, Ryan, Bishop, Miller, & Keitner, 2003) --> Modell Das Modell umfasst eine gesunde (und ungesunde) Sicht des Familienfunktionierens, Techniken zur Erfassung des Familienfunktionierens und ein Ansatz, Familien zu behandeln. <u>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</u> Das in der Studie besprochene Modell beinhaltet wichtige Aspekte, die in der Ergotherapie aufgenommen werden können und/oder durch ergotherapeutische Modelle in die Behandlung übertragen werden können. Das Modell deckt sich zum Beispiel mit dem klientenzentrierten Ansatz der Ergotherapie, dem Ansatz des erweiterten Klienten (Fisher, 2008). Zudem lässt es sich beispielsweise mit anderen, auch nicht-ergotherapeutischen Modellen wie dem Transtheoretischen Modell zur Verhaltensänderung (Prochaska et al., 1994), verbinden. Ein wichtiges Kennzeichen des McMaster Model of family functioning sind die 6 Dimensionen, anhand deren Familienfunktionieren entworfen und erfasst wird (siehe Studienzusammenfassung „Beschreibung der Intervention“) Das PCSTF ist die strukturierte multidimensionale und systemorientierte, kurzzeitige Behandlung innerhalb des MMFF. Es wurde wirksam und kostengünstig aufbereitet und basiert auf 10 Prinzipien (siehe Studienzusammenfassung „Beschreibung der Intervention“). Das PCSTF besteht aus 4 Hauptetappen: Erfassung, Vertrag, Behandlung, Abschluss.
STUDY DESIGN: What was the design? <u>Phenomenology</u> Ethnography Grounded theory Participatory action research <u>Other Case Study</u>	<u>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) explain</u> Die AutorInnen der Studie machen keine Angaben zum Design. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit plädieren am ehesten für einen phänomenologischen Ansatz dieser Studie oder eine Case Study. Phänomenologischer Ansatz: Die Studie versucht, das Phänomen der chronischen Depression in Verbindung mit dem Funktionieren / Aufrechterhalten des Familienlebens zu verstehen. Es werden damit verbundene Gefühle und Beziehungen und auch Zugehörigkeiten innerhalb der Familie beschrieben und es kann somit davon ausgegangen werden, dass es gemeinsame Erfahrungen gibt. Die Forschenden versetzen sich in die Lebenswelt der betroffenen Personen und interpretieren die Erfahrungen der Familie. Case Study Ansatz: Es wird versucht, ein vertieftes fallbezogenes Verständnis bezüglich der durchgeführten Therapie mit einer Familie darzustellen
Was a theoretical perspective identified? Yes <u>No</u>	<u>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective</u> Eine theoretische Sichtweise wird in Form einer alten Studie der 3 von 4 Autoren, die als Basis für die vorliegende Studie dient, angegeben. Ebenso werden bestehende Modelle und Assessments angegeben, an deren Entstehung, soweit erkennbar in der Studie, immer mindestens ein Autor der vorliegenden Studie auch beteiligt war. Eine individuelle theoretische oder philosophische Perspektive der Autoren ist nicht ersichtlich.
Method(s) used: <u>Participant observation</u> <u>Interviews</u> <u>Document review</u> Focus groups Other	<u>Describe the method (s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</u> In der Studie wird nicht klar, ob der Therapeut, der die Fall-Familie begleitet hat, einer der Autoren war. So kann nicht abschliessend gesagt werden, welche Art von Methode angewendet wurde. Wenn der Therapeut gleichzeitig Forschender war, könnten die Daten durch teilnehmende Beobachtung gesammelt worden sein. Ist dies nicht der Fall, müssten die Forschenden Dokumente zur Verfügung haben, in denen der Therapeut den Verlauf geschildert hat. Interviews werden in der Studie erwähnt (Assessments), jedoch nicht, wer genau sie durchgeführt hat.

SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? Yes <u>No</u>	<u>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</u> Die Sampling Methode wird nicht beschrieben. Es kommt lediglich zur Sprache, dass der vorliegenden Fall den Gebrauch des MMFF aufzeigt, indem die klinische Erfassung der Familie A beschrieben und das Familienfunktionieren der einzelnen Mitglieder ausgewertet wird, die Bewertung des Therapeuten und der Verlauf der Behandlung, die mithilfe des PCSTF stattfindet. Zusätzlich zur Familientherapie wurde der Patientin Venlafaxine (150 mg/Tag) verordnet und sie bekam Kognitive Einzeltherapie.
Was sampling done until redundancy in data was reached? Yes <u>No</u> Not addressed	<u>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</u> Es wird keine Stichprobensättigung beschrieben
DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: yes <u>no</u> participants: <u>yes</u> no Role of research & relationship with participants: yes <u>no</u> Identification of assumptions and biases of researcher: Yes <u>no</u>	<u>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</u> Die Intervention wird klar und ausführlich beschrieben. Mit den Daten zusammenhängenden Elemente werden teilweise beschrieben: - TeilnehmerInnen: Demographische Hintergrunddaten der Familienmitglieder werden kurz erläutert (Alter, Beziehungsstatus, Ausbildungsstatus). - Beschriebene Annahmen und Vorurteile: zugrundeliegende theoretische Modelle werden beschrieben, Sichtweisen der Forschenden nicht. <u>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</u> - Ort der Durchführung: wird nicht beschrieben. - Rolle der Forschenden und Beziehung zu TeilnehmerInnen: keine Erläuterungen dazu. Durch die fehlenden Beschriebe zur Ort und Forschenden, fehlt ein erheblicher Teil, der wichtig wäre für ein Gesamtbild. Dies lässt Zweifel aufkommen an der Evidenz dieser Studie, was sehr schade ist, da die Intervention an sich klar, gehaltvoll und eingängig beschrieben wird.
Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? Yes <u>No</u> Not addressed	<u>Do the research provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gathers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</u> Die verwendeten Verfahren für die Datensammlung und -aufzeichnung sind nicht beschreiben. Somit kann nicht gesagt werden, ob die erhobenen Daten repräsentativ sind. Es bleibt offen, auf welche Informationsquellen sich die Forschenden alle beziehen. Der Prozess der Datenerhebung wird nicht beschrieben, ebenso wenig der Zugang zum Forschungsort, die Methoden zur Datenerhebung, die Schulung der Datenerheber, die Dauer der zur Datenerhebung aufgewandten Zeit, sowie die Menge der gesammelten Daten.
DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? Yes <u>no</u> not addressed Findings were consistent with & reflective of data? <u>Yes</u> no	<u>Describe metho(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</u> Es wird nicht beschrieben, wie sich die Erkenntnisse aus den Daten ergeben haben. Die Methode zur Analyse der qualitativen Daten kann nicht identifiziert werden. Die Ergebnisse stimmen nach Ansicht der Verfasserinnen der Bachelorarbeit mit den wenigen Daten überein und spiegeln diese wieder.

Auditability Decision trial developed? yes <u>no</u> not addressed Process if analysing the data was described adequately? yes <u>no</u> not addressed	<u>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rational given for development of themes.</u> Die Überlegungen der Forschenden in der Analyse sind klar beschrieben. Die Identifizierung von Kategorien, gemeinsamen Elementen, Mustern, Aussagen und Beziehungen aus den Daten sind verständlich beschrieben. Die Darstellung eines Entscheidungspfad, der den genauen Weg der während des Prozesses getroffenen Entscheidungen angibt, einschließlich der Entwicklung von Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien oder Codes ist jedoch nicht ersichtlich. Eine spezifische Analysemethode (die Art und Weise, wie Daten in Codes jener sich ergebenden Aussagen und Beziehungen transformiert wurden, die ein Bild des untersuchten Phänomens geben) ist nicht beschrieben.
Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <u>Yes</u> <u>No</u>	<u>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</u> Die verwendeten theoretischen Konzepte (Modell, Intervention, Assessments) sind klar und verständlich dargestellt.
OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility: yes <u>no</u> Transferability: yes <u>no</u> Dependability: yes <u>no</u> Confirmability: Yes <u>no</u>	<u>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</u> - Glaubwürdigkeit: fraglich durch die Intransparenz bezüglich Datenerhebung. - Übertragbarkeit: ausführliche und nachvollziehbare Beschriebe der in den Interventionen verwendeten Modelle und der Intervention an sich. StudienteilnehmerInnen werden nicht direkt zitiert, jedoch werden Aussagen ausführlich beschrieben. Sample und Setting werden nach Auffassung der Verfasserinnen der Bachelorarbeit nicht ausreichend beschrieben. - Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit: Entscheidungspfade sind nicht ausreichend beschrieben. - Bestätigbarkeit: Ergebnisse der Assessments und Schlussfolgerungen aus der Intervention werden dargelegt. Der Weg zu den Schlussfolgerungen bleibt offen. Ergebnisse wurden verifiziert durch 1-jähriges follow-up. Keine Begleitung durch externe Person innerhalb der vorliegenden Studie, aber das verwendete Modell wurde immer wieder von denselben und neu dazugekommenen Forschenden angewendet und überprüft. --> Resultate der Studie von Miller et al., 1985 zeigen, dass das Mc Master-FAD adäquate Test-Retest Reliabilität, moderate Korrelationen mit anderen Selbsteinschätzungen bezüglich Familienfunktionieren hat, signifikant zwischen klinisch gesunden und kranken Familien differenziert. (Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. & Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. Journal of Marital and Family Therapy, 11, 345-356.) What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? Das angewendete Modell und Interventionsleitfaden lassen sich nach Erachten der Verfasserinnen der Bachelorarbeit auf die ergotherapeutische Praxis übertragen in ein ergotherapeutisches Modell.
CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <u>Yes</u> <u>no</u>	<u>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitation in the study?</u> Die Schlussfolgerungen deckten sich mit den aus der Intervention gewonnenen Ergebnisse. Die Art und Weise der Analyse bleibt aber unklar. Die Verbreitung von chronischer Depression erfordert laut Autoren einen umfassenden biopsychosozialen Behandlungsansatz, welcher Pharmakotherapie, individuelle Psychotherapie und Familientherapie einschliesst. Diese

The findings contributed to theory development & future OT practise / re-search? <u>Yes</u> no	Behandlungen könnten simultan oder sequentiell angeboten werden, je nach Dringlichkeit der klinischen Probleme, Präferenzen der Patienten und Familien und Verfügbarkeit von Ressourcen. Die Autoren bedauern, dass es keinen einheitlichen empirischen Daten gibt über den wirkungsvollsten Weg, diese Ansätze (biopsychosozialen Behandlungsansatz mit Pharmakotherapie, individueller Psychotherapie und Familientherapie) zu integrieren. Die Autoren erläutern, dass es keine kontrollierte Outcome-Forschung über die Wirksamkeit von Familientherapie (inklusive McMaster Ansatz zur Familienbehandlung) für chronische Depression gebe. Die Limitationen, vor allem bezüglich der kleinen Stichprobe und Intransparenz deren Rekrutierung und Art der Datenerhebung und -sammlung, sind aus Sicht der Verfasserinnen der Bachelorarbeit zu wenig ausgeführt. Die Schlussfolgerungen erscheinen ansonsten sinnvoll. Bezüglich Ergotherapie geben sie einen Ausblick auf wichtige berufliche Fragen wie die Wichtigkeit biopsychosozialer Ansätze in der Behandlung. Die Autoren schlussfolgern, dass hierfür fortlaufende Kommunikation und Koordination unter Gesundheitsberufen erforderlich ist, wie auch Therapeuten, die geschult sind, ein Therapiemodell gezielt und konsequent anzuwenden. Da die Studie keine Ergotherapiestudie darstellt, können die aus dieser Studie gewonnenen Resultate nur im übertragenen Sinn verwendet werden (Übertrag in ergotherapeutisches Modell).
--	---

Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E. & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78, 98-105. doi:0.1159/000201935

Zweck der Studie Es gibt nahezu keine empirischen Daten über die Verwendung von Familientherapien wie Mehrfamilien-Therapie, die Patienten mit einer schweren Depression und deren Familien im Rahmen einer Hospitalisation häufig angeboten werden. Ziel der Studie war (1.) das Prüfen der Effektivität einer zusätzlichen Familientherapie (nebst der gewohnten Behandlung, treatment as usual TAU) während dem stationären Aufenthalt von depressiv Erkrankten und (2.) das Vergleichen der entsprechenden Werte von Einzelfamilientherapie (SFT) und Mehrfamilientherapiegruppen (MFT).

Hypothesen: 1.) Patienten, die zusätzlich Familientherapie in Anspruch nehmen, erzielen bessere Therapieergebnisse als diejenigen, welche während der stationären Behandlung nur die psychiatrische Standardbehandlung erhalten. 2.) Patienten, welche Mehrfamilien-Therapie erhalten, erzielen bessere Therapieergebnisse als Patienten, die die Einfamilienintervention erhalten. (S. 99 linke Spalte oberhalb Methode)

Hintergrundliteratur Diverse Quellen wurden als Hintergrundliteratur beigezogen. Paartherapien haben ähnliche Effekte wie die kognitive Therapie oder Antidepressiva-Medikationen für distressed Paare (NICE, 2007).

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Familientherapie in der Depressionsbehandlung gilt als effektiv (es gibt v.a. Studien über weibliche Erkrankte während ambulanter Behandlung ohne Kontrollgruppe). Es besteht wenig Forschung (nur 2 ältere Studien) bezüglich Familientherapie bei stationärer Depressionsbehandlung. Die zwei vorhandenen Studien haben keine andere Familientherapie wie die oft angebotene Multifamilientherapie angeschaut. (S. 99 linke Spalte oberhalb Methode)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Patienten, welche ins „Anxiety and Depression Unit of the University Hospital Leuven“ überwiesen wurden und folgende Kriterien erfüllten, wurden in die Studie aufgenommen: DSM-IV Diagnose „major depressive disorder“, 18-65

Jahre, mit dem Partner mindestens ein Jahr zusammenlebend, Einverständniserklärung zur Teilnahme durch Patient und Partner. Patienten mit einer Diagnose DSM-IV „bipolar disorder“ wurden ausgeschlossen. Wer die Patienten ins „Anxiety and Depression Unit of the University Hospital Leuven“ überwiesen hat und von wo aus, wird nicht beschrieben. Es bleibt auch offen, weshalb dieses Spital gewählt wurde. Die Zuteilung der Gruppen erfolgte durch Block-Randomisierung (4-7) mit einer Zufallszahlentabelle zu einer der drei Gruppen (TAU/TAU+SFT/TAU+MFT). (S. 99 „Participants“)

Beschreibung der Teilnehmenden TAU (23): Durchschnittsalter 43.2 Jahre, 69.6% weibliche Teilnehmer, durchschnittliche Beziehungsdauer 18.1 Jahre, 30,4% kinderlos. TAU + SFT (25): Durchschnittsalter 40.2 Jahre, 64% weibliche Teilnehmer, durchschnittliche Beziehungsdauer 14.8 Jahre, 24% kinderlos. TAU + MFT (n=35): Durchschnittsalter 43.9 Jahre, 80% weibliche Teilnehmer, durchschnittliche Beziehungsdauer 18.7 Jahre, 28,6% kinderlos.

Insgesamt nahmen 83 Patienten plus Partner teil. Zwischen den Gruppen bestehen keine soziodemographischen Unterschiede ausser, dass bei MFT signifikant mehr Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen bestehen. (S.100 Tabelle 1)

Einholung der Zustimmung Alle Teilnehmer erhielten eine detaillierte Erklärung zur Studie und gaben ihr schriftliches Einverständnis. (S.99 „Sample selection“)

Ethikverfahren Keine Erwähnung eines Ethikverfahrens.

Beschreibung der Methodik Studiendesign Es handelt sich um eine randomisierte kontrollierte Studie. Die Studie wurde durch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit mithilfe der PEDro-Skala (Hegenscheidt et al., 2010) auf ihre interne Validität und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse durch genügend statistische Informationen überprüft.

Beschreibung der Intervention Normale Behandlung während 2-3-monatigem Aufenthalt (TAU): 1. Phase 1 Monat „Problemanalyse“. 2. Phase Problem-Arbeit „working trough“. Jede Phase zeichnet sich durch spezifische therapeutische Massnahmen oft im Gruppen- oder Einzelsetting mit verschiedenen Konzepten aus: Nonverbale Therapie wie Kunst und Entspannung, kognitive Verhaltenstherapie wie Psychoedukation, Funktionsanalyse, Training sozialer Fertigkeiten, systemische Therapie wie Genogramm-Gruppe. Kommunikationstraining, pharmakologische Behandlung (alle ausser ein Patient erhielten Antidepressiva), Aktivierung wie Sportaktivitäten, Ergotherapie. Die Angehörigen von neu zu gelassenen Patienten wurden zu einem Familientreffen eingeladen, an dem sie über die Station informiert wurden und Informationen über die Fähigkeiten des Patienten vor Eintritt geben konnten.

SFT und MFT fanden erstmals ungefähr in der Hälfte des Aufenthalts statt.

SFT: Besteht aus TAU und 7 Einfamilientherapien à 60 Minuten mit einer Pause. Zum Aufbau des Modells der Familientherapie wurden verschiedene Quellen beigezogen wie z.B. systemische Paartherapie bei Depression (Jones, 2002), narrative Konzepte, Family Systems-Illness Model (Rolland, 1994). Zunächst konzentriert sich die durchzuführende Behandlung auf das Krankheitsbild der Depression und deren Erkundung bezüglich Beziehungskontext, bevor auf weitere Interaktionsmuster, Fragen rund um die Lebensqualität eingegangen wird. Abschliessend geht es um die Diskussion über Therapiegewinne und Rückfallprävention.

Die Autoren haben Anpassungen zum Originalkonzept der systemischen Paartherapie Manuals bei Depression von Jones und Asen (2002) vorgenommen (die Anpassungen werden nicht begründet): Die Anzahl der Behandlungseinheiten wurde auf 6 zweiwöchige Therapien mit dem Patient und dessen Partner gekürzt und einer Follow-up Therapie nach 3 Monaten. Zusätzlich wurden die Kinder zu zwei der Therapien einbezogen mit dem Ziel, deren Bedürfnisse aufzunehmen (es wurden keine Auswertungen des Einbezugs der Kinder in der Studie vorgenommen).

Ziel der Familientherapie war nicht primär Beziehungsstress zu verändern, sondern den Paaren zu helfen, besser mit der Art umgehen zu können, wie die Depression ihr Leben beeinflusst. Den Patienten und deren Familien soll geholfen werden, bessere Copingstrategien zu finden innerhalb der verschiedenen Phasen der Depression und der Genesung, gemeinsamen Anstrengungen Rechnung zu tragen, den Einfluss der Depression auf die Familie zu reduzieren und eine bessere Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Patienten, der Familie und dem Therapeutenteam zu fördern.

1. Einheit: Einfluss der Depression auf das Familienleben (vor allem auf Partner)
2. Einheit: Einfluss der Depression auf das Familienleben (vor allem auf Kinder)
3. Einheit: Beziehungsthemen
4. Einheit: Wiederherstellung des Familienfunktionierens (paarbezogen)
5. Einheit: Wiederherstellung des Familienfunktionierens (als Ganzes mit Kindern)
6. Einheit: Rückfallprävention
7. Einheit: Stabilisierung Behandlungsertrag

MFT: TAU + 7 Mehrfamilientherapien à 90min mit Pause und einem Co-Therapeutenteam, 4-7 Patienten + Partner. Rahmenbedingungen ansonsten gleich wie bei SFT. Ziel besteht darin, dass die einzelnen Familien von den Stärken der anderen profitieren können, um das Gefühl von Stigmatisierung und Isolation zu minimieren und die Gruppe zu nutzen als Ressource zur Problemlösung. Für das genaue Vorgehen wird auf Lemmens et al. (2007) verwiesen. (S. 99 „*Description of the treatment conditions*“)

Beschreibung des Kontextes Die Studie wurde in Belgien im „Anxiety and Depression Unit of the University Hospital Leuven“ durchgeführt. Eine nähere Beschreibung ist nicht zu finden.

Präsentierte Ergebnisse MFT: 6 von 35 Patienten haben MFT nicht beendet (1 nicht angefangen, 5 vorzeitig abgebrochen). Von 8 konnten nach 3 Monaten keine Follow-up Daten erfasst werden (4 Ausgestiegene, 4 Abschliessende). Von 10 konnten nach 15 Monaten keine Follow-up Daten erfasst werden (von 5 Ausgestiegenen und 5 Abschliessenden), da diese den Fragebogen nicht zurückgesendet haben.

SFT: 3 Patienten schieden vorzeitig aus (1 startete nicht, 2 vorzeitig abgebrochen). Von 6 konnten nach 3 Monaten keine Follow-up Daten erfasst werden (von 3 Ausgestiegenen und 3 Abschliessenden). Von 8 konnten nach 15 Monaten keine Follow-up Daten erfasst werden (von 3 Ausgestiegenen und 5 Abschliessenden), da diese den Fragebogen nicht zurückgesendet haben.

Ähnliche Drop-out Rate SFT und MFT; ausgeschiedene Patienten sind signifikant älter (51 vs. 41,6 Jahre), mehrheitlich männlich (55,6 vs. 24,3%), haben längere Beziehungen (23,9 vs. 16,6 Jahre), kürzerer Aufenthalte (9,4 vs. 12,3 Wochen), mehr Komorbiditätsdiagnosen, vor allem Drogenmissbrauch (44,4 vs. 9,5%) zu Beginn.

Die Kinder werden nur erwähnt bezüglich durchschnittlicher Therapieteilnahme.

TAU: Von 10 konnten nach 3 Monaten keine Follow-up Daten erfasst werden (43,5%). Von 12 konnten nach 15 Monaten keine Follow-up Daten erfasst werden (52,2%) da diese den Fragebogen nicht zurückgesendet haben. Keine Erwähnung von Dropouts. Trotz hohem Datenverlust im TAU, wurden keine signifikanten Unterschiede in der Menge der verlorenen Daten zwischen den 3 Behandlungsgruppen nach 3 und 15 Monaten gefunden. Die Patienten, die ihre Erfassung nach 3 und 15 Monaten nicht vervollständigt haben, unterschieden sich nur im häufigeren Vorkommen komorbider Diagnosen (Drogenmissbrauch) zu Beginn.

Behandlungseffekte: Signifikanter Rückgang des BDI (Beck Depression Inventory) (durch Patienten ausgefüllt. Wiederholung nach 3 und 15 Monat) über die Zeit bei allen Behandlungsarten ohne signifikante Unterschied zwischen TAU und SFT/MFT.

Familientherapien haben zwischen 3 und 15-monatigen Follow-up im Vergleich zu TAU kontinuierliche Verbesserungen der Stimmung aufgezeigt (BDI TAU blieb etwa gleichbleibend). Wobei offen bleibt welche der vier Antwortmöglichkeiten gewählt wurden und in welchen Bereichen der 21 Items Verbesserungen aufgetreten sind.

Nach 15 Monaten SFT/MFT signifikant mehr Fragebögen zurückgeschickt als TAU. Signifikante Unterschiede zwischen MFT und TAU und zwischen MFT und SFT, aber nicht zwischen SFT und TAU.

Zwischen allen Interventionsarten keine signifikanten Unterschiede bezüglich ehospitalisation, Suizidraten, Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste zwischen der Entlassung und 15-monatigem Follow-up.

Absetzung Antidepressiva nach 15 Monaten: TAU 0%, SFT 16% und MFT 26% (MFT im Vergleich zu TAU signifikant, SFT im Vergleich TAU nicht). Es gibt nebst der gebesserten Stimmung verschiedene Gründe zum Absetzen der Medikation. BDI-Vergleiche zwischen Personen, welche Antidepressiva nehmen und welche nicht, ergaben signifikante Unterschiede. Tatsächlich hatten aber nur 2 von 13 Patienten, die keine Antidepressiva nahmen, einen BDI-Wert über 9.

Die Wahrnehmung der subjektiven Gesundheit des Partners der Patienten (SEH, gegenseitiges ausfüllen Pat + Partner, nach 3 und 15 Monate Wiederholung) wurde im Vergleich zu MFT und SFT bei TAU nicht verbessert. SEH der Patienten wurde von den Partner bei SFT und MFT nach 3 und 15 Monaten als verbessert angesehen. Bei TAU wurden erst nach 15 Monaten Verbesserungen des SEH der Patienten von den Partnern erfasst. (ab S. 101 „Results“)

Beschriebene Limitationen Im Vergleich zu SFT und MFT haben mehr Teilnehmer der TAU den Fragebogen nach 3 bzw. nach 15 Monaten nicht zurückgeschickt – der Rückzug von depressiv Erkrankten von Forschungsarbeiten wird als bestehendes Problem in der Literatur beschrieben. Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse ist Vorsicht geboten beim Vergleichen von SFT und MFT (mögliche Fehlerquellen). Zudem hätte die Studie mehr Gewicht, wenn Ressourcen zur Verfügung gestanden hätten, die nebst subjektiven Messungen (BDI) nach 3 und 15 Monaten auch objektive Beobachtungen zugelassen hätten. (S. 103 „Discussion“ zu Beginn)

Zum Erfassungsinstrument „Subjective Emotional Health“ (SEH) sind in der Studie keine Angaben zur Güte zu finden, auch kein Literaturhinweis. Eine Einschätzung der Validität / Reliabilität ist deshalb für die Verfasserinnen der Bachelorarbeit nicht möglich. Die Werte dieses Erfassungsinstrument sind mit Vorsicht zu behandeln. Die Autoren der Studie begründen die Anpassung des Originalkonzepts der systematischen Paartherapie nicht, was die Verfasserinnen der Bachelorarbeit als limitierend betrachten.

Lemmens et al. (2009) messen die Rehospitalisation nach 15 Monaten mit einem Selbstreport und wenn nötig einem zusätzlichen Telefoninterview, wie genau vorgegangen wird, ist nicht beschrieben. Das Erfassen der Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste und der Suizidraten bleibt unklar, was die Verfasserinnen der Bachelorarbeit bemängeln. Die Behandlungsremission wird als BDI Wert unter 9 (Beck et al., 1961) definiert. Aus diesen Gründen sind die Effekte diesbezüglich nach den Verfasserinnen der Arbeit mit Vorsicht zu interpretieren.

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil 1. Effektivität einer zusätzlichen Familientherapie während stationären Aufenthalt prüfen: Das Zurückgehen der depressiven Symptome bei allen Patienten ist ausgeprägter bei den Familieninterventionen als bei TAU. Die Depression bei Patienten mit TAU verbesserte sich vor allem in den ersten 3 Monaten, wobei sich dies bei den Patienten in SFT und MFT kontinuierlich auch während des Follow-ups verbesserte. Zudem helfen SFT und MFT den Partner Verbesserungen der Stimmung früher als TAU (nach 3 Monaten SFT/MFT, TAU nach 15 Monaten) wahrzunehmen. Die Autoren diskutieren, dass dies auf eine

Verbesserung der Awareness des Angehörigen zurückzuführen sein könnte, da dieser leichte Verbesserungen in der Stimmungen wahrnehmen kann oder, dass die Familiendiskussionen über die Ressourcen des Patienten, den Partnern geholfen hat, die Depression schneller relativieren zu können. SFT und MFT helfen stationären depressiven Patienten die Einnahme von Antidepressiva zu reduzieren.

2. Vergleich von Einzel- und Mehrfamilientherapie: Differenzen bezüglich der beiden Familientherapien sind relativ klein. Grössere Unterschiede MFT zu TAU als zu SFT bezüglich Einnahme von Medikamenten, Antwortraten, subjektiver Gesundheit Patient und Partner (SEH). (S. 103 „Discussion“)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Die Autoren ziehen in Betracht, dass Familientherapien, welche länger als 7 Sessions dauern, bedeutendere Behandlungseffekte mit sich bringen könnten. Die Autoren sehen ihre Studie als Hinweis darauf, dass hospitalisierte Patienten mit einer schweren Depression von SFT und vor allem MFT profitieren können bezüglich Behandlungserfolg und Reduktion des Medikamentengebrauchs, wenn auch vor der routinemässigen Implementierung der Ergebnisse in den klinischen Alltag laut den Autoren die Resultate nochmals überprüft werden sollten. Die Unterschiede zwischen den Behandlungen in der Art und Weise wie die Partner das Wohlbefinden der Patienten wahrnehmen, weist auf einen potenziell wichtigen Bereich für künftige Untersuchungen hin.

Weiter wird berichtet, dass in anderen Studien über diverse psychische Erkrankungen durch MFT eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten, Reduktion der Stigmatisierung und sozialen Isolation bewirkt werden konnte und auch bei depressiv Erkrankten erforscht werden sollte. Die ökonomischen Gesundheitskosten in Bezug auf die beiden Familientherapien sollten untersucht werden. Die Autoren sehen unzureichende Evidenz, um überzeugt sagen zu können, dass aus MFT in der Behandlung von Depression einen grösseren Nutzen gezogen werden kann, als aus SFT. Dennoch zeigen die klareren Resultate der Veränderungen bei den Patienten und deren Partnern bezogen auf MFT das Potential dieser Behandlung an und die Notwendigkeit, die Effektivität von MFT für Depression und den untermauernden therapeutischen Mechanismus weiter zu erforschen. (S. 104 erste Spalte ganz unten)

PEDro-skala – Deutsch

1. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert	nein ☐ ja ☒ wo: S. 99 "Sample Selection"
2. Die Probanden wurden den Gruppen randomisiert zugeordnet (im Falle von Crossover Studien wurde die Abfolge der Behandlungen den Probanden randomisiert zugeordnet)	nein ☐ ja ☒ wo: S. 99 "Participants"
3. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte verborgen	nein ☐ ja ☒ wo: S. 99 "Participants"
4. Zu Beginn der Studie waren die Gruppen bzgl. der wichtigsten prognostischen Indikatoren einander ähnlich	nein ☐ ja ☒ wo: S. 101
5. Alle Probanden waren geblindet	nein ☐ ja ☒ wo: S. 99, 100 "Participants", "Assessments"
6. Alle Therapeuten/Innen, die eine Therapie durchgeführt haben, waren geblindet	nein ☐ ja ☒ wo: siehe Punkt 5
7. Alle Untersucher, die zumindest ein zentrales Outcome gemessen haben, waren geblindet	nein ☐ ja ☒ wo: siehe Punkt 5
8. Von mehr als 85% der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden wurde zumindest ein zentrales Outcome gemessen	nein ☐ ja ☒ wo: S. 102 "Tab. 2" S. 101 "Results"
9. Alle Probanden, für die Ergebnismessungen zur Verfügung standen, haben die Behandlung oder Kontrollanwendung bekommen wie zugeordnet oder es wurden, wenn dies nicht der Fall war, Daten für zumindest ein zentrales Outcome durch eine 'intention to treat' Methode analysiert	nein ☐ ja ☒ wo: S. 101 "Statistical Analyses"
10. Für mindestens ein zentrales Outcome wurden die Ergebnisse statistischer Gruppenvergleiche berichtet	nein ☐ ja ☒ wo: Ab S. 101 "Effects of Treatment"
11. Die Studie berichtet sowohl Punkt- als auch Streuungsmaße für zumindest ein zentrales Outcome	Ab S. 101 "Effects of Treatment" (Differenz Outcomes) nein ☐ ja ☒ wo: S. 102 "Tab. 2" (SD)

Hinweise zur Handhabung der PEDro scale:

Für alle Kriterien	Punkte werden nur vergeben, wenn ein Kriterium eindeutig erfüllt ist. Falls beim genauen Lesen einer Arbeit die Möglichkeit besteht, dass ein Kriterium nicht erfüllt wurde, sollte kein Punkt für dieses Kriterium vergeben werden.
Kriterium 1	Dieses Kriterium gilt als erfüllt, wenn berichtet wird, wie die Probanden rekrutiert wurden, und wenn eine Liste mit Kriterien dargestellt wird, die genutzt wurde, um zu entscheiden, wer geeignet war an der Studie teilzunehmen.
Kriterium 2	Wenn in einem Artikel steht, dass die Zuordnung zu den Gruppen randomisiert erfolgte, so wird dies von der Studie angenommen. Die genaue Methode der Randomisierung muss dabei nicht näher spezifiziert sein. Methoden wie Münz- oder Würfelwürfe sollten als Randomisierung angesehen werden. Quasi-randomisierte Zuordnungsverfahren wie die Zuordnung durch Krankenaktennummern im Krankenhaus, Geburtsdatum, oder alternierende Zuordnungen, erfüllen dieses Kriterium nicht.
Kriterium 3	<i>Verborgene Zuordnung</i> bedeutet, dass die Person, die entschieden hat ob der jeweilige Proband für eine Teilnahme geeignet war oder nicht, zum Zeitpunkt dieser Entscheidung nicht wissen konnte, welcher Gruppe der jeweilige Proband zugeordnet werden würde. Für dieses Kriterium wird auch dann ein Punkt vergeben, wenn über eine verdeckte Zuordnung nicht berichtet wird, aber in dem Bericht zum Ausdruck kommt, dass die Zuordnung mit Hilfe blickdichter Briefumschläge erfolgte, oder dass die Allokation über Kontaktaufnahme mit einem unabhängigen Verwalter des Allokationsplans, der sich 'nicht am Ort der Studiendurchführung' befand oder 'nicht anderweitig an der Studie beteiligt' war, erfolgte.
Kriterium 4	In Studien, die therapeutische Interventionen untersuchen, muss jeweils vor Beginn der Intervention mindestens eine Messung hinsichtlich des Schweregrades des zu behandelnden Zustandes, und mindestens ein anderes <i>zentrales Outcome</i> beschrieben werden (Eingangsmessungen). Der Gutachter muss ausreichend davon überzeugt sein, dass sich klinisch signifikante Unterschiede in den Gruppen-Outcomes nicht allein schon aufgrund von Unterschieden in den prognostischen Variablen zu Beginn der Studie (also zum Baseline-Zeitpunkt) erwarten ließen. Dieses Kriterium gilt auch dann als erfüllt, wenn nur Baseline-Daten für diejenigen Probanden beschrieben werden, welche bis zum Ende an der Studie teilgenommen haben.

Kriterien 4,7-11	<i>Zentrale Outcomes</i> sind jene Outcomes, welche das primäre Maß für eine Effektivität (oder eine fehlende Effektivität) der Therapie darstellen. In den meisten Studien wird mehr als eine Variable zur Outcome-Messung verwendet.
Kriterien 5-7	<i>Blindung</i> bedeutet, dass die betreffende Person (Proband/In, Therapeut/In oder Untersucher/In) nicht gewusst hat, welcher Gruppe der Proband zugeordnet worden ist. Außerdem wird eine Blindung von Probanden und Therapeuten nur dann als gegeben angenommen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass sie nicht in der Lage gewesen wären, zwischen den Behandlungen, die in den verschiedenen Gruppen ausgeführt wurden, zu unterscheiden. In Studien, in denen <i>zentrale Outcomes</i> von den Probanden selbst angegeben werden (z.B. Visuelle Analog Skala oder Schmerztagebücher), gilt der Untersucher als geblindet, wenn der Proband geblindet war.
Kriterium 8	Dieses Kriterium gilt nur dann als erfüllt, wenn die Studie <i>sowohl</i> über die Anzahl der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden, <i>als</i> auch über die Anzahl der Probanden, von denen tatsächlich zentrale Outcomes festgehalten werden konnten, Auskunft gibt. Bei Studien mit Outcome-Messungen zu mehreren Messzeitpunkten, muss mindestens ein <i>zentrales Outcome</i> bei mehr als 85% der Probanden zu einem dieser Zeitpunkte gemessen worden sein.
Kriterium 9	Eine <i>Intention to treat</i> Analyse bedeutet, dass in den Fällen, in denen Probanden die zugeordnete Behandlung (oder Kontrollanwendung) nicht erhalten haben und in denen Ergebnismessungen möglich waren, die Messwerte so analysiert werden, als ob die Probanden die zugeordnete Behandlung (oder Kontrollanwendung) erhalten hätten. Wird eine Analyse nach der ‚Intention to treat‘ Methode nicht erwähnt, gilt dieses Kriterium dennoch als erfüllt, falls explizit zum Ausdruck kommt, dass alle Probanden die Behandlungen oder Kontrollanwendungen wie zugeordnet erhalten haben.
Kriterium 10	Ein <i>Zwischen-Gruppen-Vergleich</i> beinhaltet einen statistischen Vergleich einer Gruppe mit einer anderen Gruppe. Abhängig vom jeweiligen Studiendesign kann es sich dabei um den Vergleich von zwei oder mehr verschiedenen Behandlungen, oder auch um den Vergleich einer Behandlung mit einer Kontrollanwendung (z.B. Placebo-Behandlung, Nicht-Behandlung, Scheinbehandlung) handeln. Die Analyse kann als einfacher Vergleich der Outcomes zwischen den Gruppen erfolgen, die nach einer durchgeführten Behandlung gemessen wurden, oder auch als Vergleich der Veränderungen in einer Gruppe mit den Veränderungen in einer anderen Gruppe (wurde eine faktorielle Varianzanalyse durchgeführt, um die Daten zu analysieren, so wird dies im letzteren Fall häufig als eine ‚Gruppe x Zeit Interaktion‘ berichtet). Der Vergleich kann als Hypothesentestung (die einen ‚p‘-Wert liefert, der die Wahrscheinlichkeit dafür angibt, dass der Unterschied zwischen den Gruppen rein zufällig entstanden ist) oder als Schätzung (z.B. der Differenz des Medians oder des arithmetischen Mittels, der Unterschiede in den Prozentanteile, oder der Number Needed to Treat, oder des relativen Risikos oder der ‚Hazard Ratio‘ ¹) mit einem dazugehörigen Konfidenz-Intervall durchgeführt werden.
Kriterium 11	Ein <i>Punktmass</i> ist ein Maß der Größe des Behandlungseffekts. Der Behandlungseffekt kann als Differenz in den Outcomes zwischen zwei Gruppen beschrieben werden, oder auch als Outcome in jeder der Gruppen. <i>Streuungsmaße</i> können sein: Standardabweichungen, Standardfehler, Konfidenzintervalle, Interquartilsabstände (oder andere Quantilsabstände), und Ranges. Punktmass und/oder Maße der Streuung können graphisch dargestellt sein (z.B. können Standardabweichungen als Balkendiagramm dargestellt werden), so lange diese Darstellungen eindeutig sind (z.B. so lange klar ist ob die Fehlerbalken Standardabweichungen oder Standardfehler darstellen). Für kategoriale Outcomes (nominal- oder ordinalskaliert) gilt dieses Kriterium als erfüllt, wenn die Anzahl der Probanden für jede Kategorie in jeder Gruppe angegeben ist.

Begründungen zur Einschätzung der PEDro-Skala von Lemmens et al. (2009)

Kriterium 1	Ein- und Ausschlusskriterien sind spezifiziert, jedoch ist die Rekrutierung der Probanden unvollständig (Rekrutierung durch Überweisung ins „Anxiety and Depression Unit of the University Hospital Leuven“ – wer überweist die Patienten von wo?)
Kriterium 2	Randomisierung: Personen wurden anhand Blockrandomisierung von 4-7 Personen durch Zufallszahlentabellen und geschlossenen Briefumschläge eingeteilt. Die Einteilung erfolgte in eine der drei Gruppen: TAU, TAU+ SFT, TAU+ MFT.
Kriterium 3	Es ist unklar, ob die Person die Entschieden hat ob der jeweilige Proband für die Teilnahme geeignet ist zum Zeitpunkt dieser Entscheidung nicht wusste welcher Gruppe der Proband zugeordnet wird. Jedoch erfolgte die verdeckte Zuordnung Mithilfe von blickdichten Briefumschlägen, was das Kriterium erfüllen lässt.
Kriterium 4	In MFT leiden signifikant mehr an Persönlichkeitsstörung als bei anderen Gruppen. Die Persönlichkeitsstörung wird als Covariat beschrieben (S. 101 „statistical Analysis“). Eine Kovarianzanalyse wurde durchgeführt – Ziel dieser Analyse ist es, die Auswirkung von in einem konkreten Experimenten nicht relevanter (bzw. als nicht relevant angesehenen) unabhängiger Faktoren (sog. Covariate oder Covariable) auf die Abhängige Variable auszublenden und so einen möglichen Effekt einer interessierenden unabhängigen Variable auf die abhängige Variable Statistik nachweisen zu können (Erhöhung der Power).
Kriterium 5, 6, 7	Aufgrund der Blockrandomisierung und der Tatsache, dass die Assistenzärzte routinemässig beim Eintritt festgelegte Assessments durchführen kann davon ausgegangen werden, dass Probanden, Untersucher und Therapeuten geblindet waren

Kriterium 8	„Beck Depression Inventory“ (BDI) und „Subjective emotional health“ (SHI) wurden bei der Baseline bei über 85% der zugeordneten Probanden erfasst.
Kriterium 9	Eine Intention-to-treat Analyse wurde für die fehlenden Daten angewendet.
Kriterium 10	Ergebnisse MFT, SFT und TAU werden tabellarisch und im Text fortlaufend verglichen mittels p-Wert.
Kriterium 11	Die Differenz der Outcomes zwischen der Gruppen wird beschrieben und Streuungsmassen werden durch Standarddeviationen dargestellt.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P. & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: A 2-year randomized trial. Journal of Family Therapy, 35, 3, 281-302. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00592.x

Zweck der Studie Paartherapie für den öffentlichen Sektor zu entwickeln für zumindest moderat depressive Patienten, auch bei nicht vorhandenem ehelichen Leiden. Die Studie befasst sich mit dialogischen und narrativen Prozessen in Paartherapien für Depression (Projekt DINADEP). Im Rahmen dieses Projektes soll Paartherapie bei Depressionen entwickelt werden als Teil des klinischen Alltags in der psychischen Gesundheitsfürsorge. („Abstract“, „Introduction“, „Design and therapeutic method“)

Hauptforschungsfrage des Projekts: Was kann eine durch qualifizierte Familientherapeuten durchgeführte Paartherapie zur Therapie von depressiv Erkrankten beitragen, wenn die Therapie an die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten angepasst wird?

Hauptforschungsfragen der Studie:

- Was sind die Unterschiede im Ausmass der notwendigen Behandlungen gemessen an der Anzahl Psychotherapien; andere Behandlungen und Hospitalisationen und der Gebrauch antidepressiver Medikation?
- Resultiert Paartherapie in Bezug auf Depression und allgemein psychische Gesundheit in besseren Ergebnissen als die Standardbehandlung (TAU) und was sind die klinisch signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen?
- Resultiert Paartherapie in besseren Ergebnissen als TAU in Bezug auf eheliche Anpassung? (S. 284 „Design and therapeutic method“)

Hintergrundliteratur Viele Therapeuten integrieren verschiedene Therapiemethoden, fokussieren auf das Messen der Suizidgedanken und die Art, wie die Beziehung die Depression unterstützen könnte (Beckermann, 2001). Jacobsen (2010) sagt, wenn eheliche Disharmonie besteht, kann das Fokussieren auf die emotionale Akzeptanz in der Therapie viel effektiver als kognitive Verhaltenstherapie sein. Die Auswertung der Selbsteinschätzung der depressiven Symptome mittels BDI zeigte nach Paartherapie bei 46% der Teilnehmer Verbesserungen (Casacalenda et al., 2002). Bei Bodenmann et al. (2008) waren es 62-74% und bei Cohen et al. (2010) 67%. (S.283, 284)

Diverse Quellen wurden als Hintergrundliteratur beigezogen, zum Beispiel:

- Barbato, A. & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: a meta-analysis. Psychiatric Quarterly, 79, 121-132.
- Beach, S. & Gupta, M. (2003). Depression. In DK. Snyder and MA. Whisman (eds) Treating Difficult Couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders (pp. 88–113). New York: Guilford.
- Snyder, D. & Whisman, M. (2004). Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: directions for clinical training and practice. Journal of Marital & Family Therapy, 30, 1-12.

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Depressionen wurden zu einem der schwerwiegendsten Gesundheitsprobleme in der erwachsenen Bevölkerung und sind die zweithäufigste Diagnose für eine Invalidenrente. Frauen sind häufiger betroffen (Pensola et al.,

2010). Es besteht eine besondere Herausforderung darin, Therapien für Depression zu entwickeln für den öffentlichen Sektor, damit die gesamte Bevölkerung freien Zugang zur Behandlung hat. Hierfür soll in der vorliegenden Studie Paartherapie entwickelt werden. Nach Beach und Gupta (2003) sind Beziehungsprobleme häufig bei Depressionen. Forschung über die Konsequenzen für die Familien ist rar (van Wijngaarden et al., 2009). Eine gute Beziehung kann einen Puffer zur Depression darstellen, eine schlechte kann Depression verursachen und aufrechterhalten (Beach & Gupta, 2003; Joiner et al., 1999; Rautiainen & Aaltonen, 2010; Teichman et al., 2003). Beziehungsleiden scheinen verbreiteter zu sein unter jenen, die mit einer Depression in Behandlung sind, als das Vorkommen einer Depression unter denjenigen, die eine Ehepartnerin aufsuchen (Atkins et al., 2009). Coyne et al. (1987) hat herausgefunden, dass 40 Prozent der Partner, die mit einer depressiven Person zusammenleben so leiden (Distress), dass sie selber psychologische Unterstützung benötigen, jedoch nicht genügend Beratung oder Unterstützung von Professionellen erhalten (Fadden et al., 1987; van Wijngaarden et al., 2009). Für Ehepartner sind Vertrauen, Akzeptanz und eine offene Kommunikation wichtig und eine enge Beziehung kann eine wesentliche Quelle von Unterstützung sein während dem Verlauf einer Erkrankung (Harris et al. 2006). Die Haupteinsicht von Paaren ist, dass die Therapie auf ganzheitliche Weise stattfindet (Sandberg et al. 2002). (S. 282 „Introduction“)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Die Patienten wurden im Rahmen der täglichen klinischen Praxis rekrutiert, ohne Auswahl über die Diagnose. Sie wurden entweder durch einen Allgemeinarzt zugewiesen an die lokale ambulante Klinik für psychische Gesundheit oder kontaktierten diese selbst aufgrund einer Depression. Für den Behandlungsprozess wurde davon ausgegangen, dass dieser so lange wie für die spezifischen Bedürfnisse jedes Paares erforderlich dauern würde. Das Design wurde mit dem Ziel der Gewährleistung guter externer Validität festgelegt, indem sichergestellt wurde, dass die in der Forschung verwendeten Therapien die gleichen sind, wie diejenigen im klinischen Alltag in der jeweiligen spezifischen ambulanten Klinik für psychische Gesundheit außerhalb dieser Studie. Die Therapien mit den Probanden wurden an drei verschiedenen Standorten in drei verschiedenen, finnischen ambulanten Kliniken für psychische Gesundheit durchgeführt. Eine im nördlichen Savo, eine in Espoo und eine im westlichen Lapland. In jeder dieser Kliniken wurden die Patienten nach der Einwilligung zur Studienteilnahme zufällig einer Paartherapie- oder Kontrollgruppe (TAU) zugeteilt. (S. 285 oben, S. 283 „Method“, S. 285 „Participants“)

Beschreibung der Teilnehmenden Insgesamt haben 66 Personen von 132 kontaktierten an der Studie teilgenommen. Durch eine strukturierte Interviewmethode wurde die Diagnose einer unipolaren Depression festgestellt. Personen mit einer mittleren und schweren Depression, die mindestens 14 Punkte in der Hamilton Depressionsskala erreichten, wurden eingeschlossen. Espoo hatte die höchste Ablehnungsrate mit 74%, die tiefste West-Lapland mit 33%. Nord-Savo 48%. 51% erklärten ihre Ablehnung durch Widerwille, den Ehepartner in der Behandlung dabeizuhaben. 21% durch Widerwille Forschung im Allgemeinen zu unterstützen. Und 15% wollten nicht aufgenommen werden. Es lehnten mehrheitlich Frauen ab und solche mit einem besseren Anstellungsstatus. Auch hatten diese Personen eine kürzere Dauer depressiver Symptome. Studienteilnehmer scheinen also insgesamt eine ernstere Lebenssituation und eine schwerwiegendere Krankheitsgeschichte zu haben.

15 Patienten gingen in den Follow-ups verloren und wurden deshalb von der Endanalyse ausgeschlossen. Diese Gruppe hatte signifikant mehr Vorschulkinder, eine kürzere Dauer der Arbeitslosigkeit in den zwei Jahren vor der Behandlung und laut dem BDI schwerwiegendere depressive Symptome. Das heisst, dass die in der Studie verbliebenen Personen im Follow up in einer schwierigeren Situation bezüglich ihres sozialen Status waren. Hingegen waren akute Symptome weniger markant unter denen, als unter jenen Patienten, die nicht geblieben sind.

Es gab keine Unterschiede zwischen den zwei Gruppen bezüglich der Schwundquote. Somit stammten die Enddaten von 51 Patienten (28 Nord-Savo, 18 West-Lapland, 5 Espoo). Aus dieser Population waren 29 in der Paartherapiegruppe und 21 in der TAU-Kontrollgruppe. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 42 Jahre in der Paartherapiegruppe und 43 Jahre in der

Kontrollgruppe. Insgesamt waren es 24 Frauen und 27 Männer. In der Paartherapiegruppe waren es 18 Männer und 11 Frauen. In der Kontrollgruppe 30 Frauen, 9 Männer. Die Unterschiede sind nicht signifikant. Die Dauer der Arbeitslosigkeit vor der Behandlung war signifikant länger in der Paartherapiegruppe (4 Monate) als in der Kontrollgruppe (1 Monat). Die Ehepartner in der Paartherapiegruppe zeigten signifikant schlechtere Bewertung im BDI und DAS. Ansonsten glichen sich die Gruppen und können laut Autoren als vergleichbar angesehen werden. (ab S. 286 „*Participants*“)

Einholung der Zustimmung Alle Patienten und deren Ehepartner gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. (S. 287 „*Participants*“)

Ethikverfahren Die Ethikkomitees für medizinische Forschung aller Kliniken bewilligten das Sammeln und Verwenden der für die Studie benötigten Daten. (S. 287 „*Participants*“ oben)

Beschreibung der Methodik Studiendesign Es handelt sich um eine randomisierte kontrollierte Studie. Die Studie wurde durch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit mithilfe der PEDro-Skala (Hegenscheidt et al. 2010) auf ihre interne Validität und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse durch genügend statistische Informationen überprüft.

Beschreibung der Intervention Die Paartherapiegruppe erhielt Paartherapie als bestes Verfahren wie zusammen mit dem Therapeuten und dem jeweiligen Paar vereinbart. Sie erklärten sich mit der Anzahl Therapien von mindestens 5 Einheiten einverstanden, um einen genügenden therapeutischen Prozess zu erzielen. Die Paare wurden ausgeschlossen, wenn sie weniger Einheiten durchliefen. Der Patient hatte die Möglichkeit, individuelle Psychotherapie zu erhalten, falls dies als Teil der Paartherapie gewünscht wurde. Zudem konnten Patienten jede als nötig angesehene Behandlung in Anspruch nehmen, wie zum Beispiel psychiatrische Konsultation, Medikamente, Hospitalisierung. Die Paartherapie fand zwischen den Paaren und mit einem Co-Therapeutenteam statt. Das Ziel dieser Gruppe war das Erzeugen von Dialogen zum Erhöhen des Verständnisses der Situation des Partners und der Rolle der Depression im Leben. Die Paare wurden ermutigt über Themen zu sprechen, welche sie wichtig fanden. Während jemand sprach, nahmen die anderen eine reflektierende Rolle ein und sprachen im Anschluss ihre Gedanken aus. Der Wechsel vom Zuhören und Sprechen stellt einen elementaren Teil der Paartherapie dar und es wurde eine gemeinsame Sprache entwickelt, was das Offenbaren bezüglich Symptomen, Eheproblemen oder problematischem Verhalten zuließ. Verschiedene Typen der Therapie wurden angewendet wie „Systematically based Therapy“ (z.B. Jones, Asen, 2000), „Narrative Therapy“ (White, Epston, 1990), „Collaborative Approaches“ (Anderson, Goolishian, 1992) und „Dialogical Approaches“ (z.B. Seikkula, Arnkil, 2006).

Die TAU-Kontrollgruppe hatte individuelle Behandlung mit möglicher Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie und anderen Formen üblicher Behandlung wie psychiatrischer Konsultation, Medikamente, Hospitalisierung. Bei Bedarf konnten die Paare auch Familien- oder Paartherapie in Anspruch nehmen, in denen jedoch lediglich Informationen über Depression und deren Behandlung gegeben wurden, ohne Fokus auf interaktionelle Anliegen. Benötigte Paartherapie wurde 9 Monate aufgeschoben. Wenn das nicht ging, startete die Paartherapie früher und der Patient wurde von der Studie ausgeschlossen. (S. 287 „*Participants*“)

Beschreibung des Kontextes Die Therapien mit den Probanden wurden an drei verschiedenen Standorten in drei verschiedenen, finnischen ambulanten Kliniken für psychische Gesundheit durchgeführt. Die Kliniken unterscheiden sich in der im Behandlungssystem einnehmenden Rolle von Paartherapie und in der Art der Therapie. Die Unterschiede werden in der Studie ausführlich beschrieben. („*Design and method*“)

Präsentierte Ergebnisse Folgende Messungen wurden zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten wiederholt: SCL-90 (Selbsteinschätzung Symptomliste generelle psychische Gesundheit), BDI

(Selbsteinschätzung Depression ausgefüllt durch Partner und Patient), HDRS (Interview des Patienten bezüglich seiner Depression), GAF (Globale Funktionsmessung des psychiatrischen Status), DAS (Selbsteinschätzung Ehezufriedenheit durch Partner und Patient), AUDIT (Alkoholkonsum des Patienten).

Anzahl Therapien: Paartherapiegruppe: von allen der gegebenen Therapien waren die meisten Paartherapien, variierend zwischen 5 und 33 Einheiten. 19 Patienten hatten keine Einzelpsychotherapie, 10 Patienten hatten eine, 4 davon über 10. In 3 Fällen trat keine erhebliche Verbesserung der depressiven Symptome oder allgemein psychischer Gesundheit auf.

Kontrollgruppe: die Anzahl der Psychotherapie-Einheiten variierte zwischen 3-208. Ein Patient hatte 3, einer 8 und einer 9. Zwei hatten 110 und 208. Die Mehrzahl (15/22) hatte 21 bis 69 Einheiten. Die Patienten der Kontrollgruppe hatte signifikant mehr zusätzliche Behandlung wie psychiatrische Konsultationen. 13 Patienten hatten gar keine Paartherapie. 5 hatten eine oder zwei Einheiten 2 Patienten hatten mehr als 5 Einheiten. Diese Paartherapien starteten wie beschrieben im Forschungsprotokoll nach 9 Monaten. Nach dem Start der Paartherapien traten positive Veränderungen auf. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen Fällen der Einbezug des Ehepartners ein fördernder Faktor für eine Veränderung war.

Die Paartherapiegruppe hatte ungefähr 21 Behandlungseinheiten, die Kontrollgruppe 65 während der gesamten Follow-up Periode (beinhaltet Paartherapie, Psychotherapie und weitere Therapien wie Psychiater oder Ergotherapie. (Tabelle 2 S. 292)

Antidepressiva: Zu Beginn hatten 61% der Patienten Antidepressiva. Es entwickelten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der durchschnittlichen Länge der Medikation. Paartherapiegruppe: 48%, nach 2 Jahren noch 32%. 5 Patienten (16%) keine Medikation. Kontrollgruppe: 68%, nach 2 Jahren noch 44% der Kontrollgruppe. 2 Patienten (9%) keine Medikamente. („Results“)

Geschlecht: Keine Unterschiede.

Anstellungsstatus: zu Beginn sind Unterschiede aufgetreten in GAF (Global Assessment of Functioning). Bei Verbesserung des Status wurden signifikante Veränderungen im GAF, BDI und DAS des Ehepartners ersichtlich.

Allgemeine psychische Gesundheit Unterschiede bei der Kontrollgruppe (SCL-90), in HDRS und in GAF. Bereits zu Beginn Gruppen-Unterschiede hinsichtlich AUDIT und DAS des Ehepartners. Eine signifikante Veränderung fand zugunsten der Paartherapiegruppe von Beginn bis zum 6-monatigen Follow-up hinsichtlich SCL-90, HDRS, GAF und AUDIT statt. In nachfolgenden Messungen konnten keine zusätzlichen Unterschiede erkannt werden. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in puncto DAS .

Alkoholkonsum (AUDIT): Signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, hauptsächlich durch die höhere Bewertung der Patienten der Paartherapiegruppe zu Beginn. Deren Alkoholkonsum reduzierte sich im 6-monatigen Follow-up. Dieses Ergebnis sehen die Autoren als bemerkenswert an und beziehen sich hierfür zusätzlich auf eine andere Studie von Kouri (2008), in der 38% der Teilnehmenden zu Beginn als schwere Trinker eingestuft wurden. (S. 295)

Erholung von der Depression: In beiden Gruppen reduzierte sich der BDI über 2 Jahre. In der Paartherapiegruppe von 23.6 auf 10.2, in der Kontrollgruppe von 24.8 auf 12.6. Im 2-jährigen Follow-up hatten sich 79% der Patienten der Paartherapiegruppe und 70% der Kontrollgruppe entweder erholt oder signifikant verbessert.

Hinsichtlich SCL-90 traten klinisch signifikante Veränderungen auf bei 67% der Patienten der Paartherapiegruppe und 60% der Kontrollgruppe.

Vergleich der Forschungsstellen: Die Unterschiede innerhalb der Forschungsstellen wurden untersucht. Weil die Gruppe in Espoo nur 5 Teilnehmer hatte, wurde sie vom Vergleich ausgeschlossen und somit wurden Nord-Savo (n = 28) und West-Lapland (n = 18) analysiert. Zu Beginn tauchten keine Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht, Anstellungstatus oder psychologischem Status der Patienten auf. In West-Lapland hatten die Patienten zu Beginn bessere GAF Bewertungen. In puncto Ergebnissen bezüglich allgemeiner psychischer Gesundheit (SCL-90) depressiver Symptome (BDI), konnten zu Beginn keine Unterschiede festgestellt werden, aber zum 2-jährigen Follow-up schnitten die depressiven Patienten in Tornio in den depressiven Symptomen und allgemeiner psychischer Gesundheit besser ab, als jene in Nord-Savo. (ab S. 293 „Treatment outcomes“)

Beschriebene Limitationen Die Autoren beschreiben die hohe Anzahl an Absagen, vor allem in der Paartherapiegruppe, als Limitation. Oft war es so, dass der Patient mit Ablehnung reagierte nachdem erklärt wurde, dass die Partner für gemeinsame Therapieeinheiten eingeladen werden könnten. Der Grund dafür war, dass sich die betroffene Person auch sonst schon als eine Belastung für die Familie ansieht und sich in der Zukunft nicht mehr aufdrängen möchten. Es benötigte Überzeugungskraft, die Patienten zu motivieren, dass sie trotzdem zustimmen. Durch die Wahl des RCT- Forschungsansatz wurden nach der Zustimmung für Paartherapie die Patienten zufällig der Paartherapiegruppe oder der Kontrollgruppe zugewiesen. So erhielten nicht alle Patienten und Ehepartner die bevorzugte Form von Psychotherapie.

Bei den Angehörigen sind grosse Unterschiede zu Beginn erkennbar (BDI, DAS). Wie die Autoren selber sagen, sind dadurch die Unterschiede der Ergebnisse des DAS innerhalb der Gruppen nicht klar auf die Studienintervention rückführbar.

Weiter ist auffallend, dass die Studie von Seikkula et al. (2013) die einzige ist, welche die Selbsteinschätzung der depressiven Symptome anhand des BDI (Beck et al. 1961) nebst dem Patienten auch durch den Partner evaluiert hat. Für die Verfasserinnen der Arbeit ist fragwürdig, inwiefern die Daten weiterverwendet wurden. Es sind keine Ausführungen diesbezüglich in der Studie von Seikkula (et al. 2013) zu finden.

Zusammenfassend kann nach den Autoren der Studie gesagt werden, dass depressive Erkrankungen eine anhaltende Herausforderung an psychiatrische Behandlung und Psychotherapie darstellen. Neue Ideen und die Integration verschiedener Ansätze sind nötig. In diesem Projekt wurden gute Ergebnisse in rund 79% der Patienten der Paartherapiegruppe erreicht und etwas weniger in der Kontrollgruppe. Auch wenn die Ergebnisse zunächst besser schienen als in manchen anderen Psychotherapien oder Arzneimitteltests, besteht Raum für Verbesserung. Das Ziel der Studie, grösstmögliche externe Validität zu garantieren, wurde versucht zu erreichen, indem verschiedene Methoden integriert wurden entsprechend den spezifischen Bedürfnissen. Die externe Validität ist zurückgegangen aufgrund der grossen Anzahl an Studienteilnahme-Abbrüchen. (S. 298)

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil 1. Was sind die Unterschiede im Ausmass der notwendigen Behandlungen gemessen an der Anzahl Psychotherapien, anderen Behandlungen und Hospitalisationen und der Gebrauch antidepressiver Medikation? Der therapeutische Prozess für die zwei Gruppen unterschied sich in der Bedeutung dafür, dass die Paartherapiegruppe signifikant weniger Behandlungseinheiten hatte. Das lässt vermuten, dass durch das Einschliessen des Ehepartners in die Therapie eines depressiv Erkrankten, eine viel schnellere Besserung der psychischen Gesundheit stattfinden kann mit weniger Behandlungen über den Zeitraum von zwei Jahren. („Discussion“)

2. Resultiert Paartherapie in Bezug auf Depression und allgemein psychische Gesundheit in besseren Ergebnissen als die Standardbehandlung und was sind die klinisch signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen? Bei der Paartherapie treten nach 2 Jahren betrachtet bessere Ergebnisse bezüglich der generellen psychischen Gesundheit auf (SCL-90, HDRS, GAF). Zudem zeigen in der Paartherapiegruppe 79% der Teilnehmer signifikante Verbesserungen der depressiven

Symptome (welche höher ist als der Wert von Cohen, 2010 67% oder von Bodenmann, 2008 62-74%). Grund für die besseren Ergebnisse könnte sein, dass in dieser Studie alle Aspekte der Therapie für einen positiven Wechsel integriert wurden. (*Beachte dazu die Limitationen „Discussion“*)

3. Resultiert Paartherapie in besseren Ergebnissen als die Standardbehandlung in Bezug auf eheliche Anpassung? Ein unerwartetes Resultat war, dass keine Unterschiede in Veränderungen bezüglich ehelicher Zufriedenheit ersichtlich wurden. Dies könnte aufgrund der Tatsache sein, dass in dieser Studie bestehende eheliche Probleme nicht vorausgesetzt wurden. Dadurch gab es keine spezifischen Erwartungen an signifikante Veränderungen in ehelicher Zufriedenheit. (S. 296 „Discussion“)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Es besteht die Herausforderung, Modelle zu entwickeln, um die bestmögliche Behandlung für jede Person zu erlangen und das Ergebnis der gewählten Therapie bewerten zu können. Im Vergleich zu singlevariablen Studien, würden solche höchstwahrscheinlich zu besseren Ergebnissen führen.

Würdigung Seikkula et al. (2013) mittels PEDro-Skala (Hegenscheidt et al., 2010)

PEDro-skala – Deutsch

-
- | | |
|--|---|
| 1. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 285, 287 "Design and therapeutic method", "Participants" |
| 2. Die Probanden wurden den Gruppen randomisiert zugeordnet (im Falle von Crossover Studien wurde die Abfolge der Behandlungen den Probanden randomisiert zugeordnet) | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 286 "Participants" |
| 3. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte verborgen | nein ☒ ja ☐ wo: |
| | keine Hinweise darauf ersichtlich |
| 4. Zu Beginn der Studie waren die Gruppen bzgl. der wichtigsten prognostischen Indikatoren einander ähnlich | S. 289 oberhalb |
| | nein ☒ ja ☐ wo: |
| | "Method" S. 297, "Discussion" |
| 5. Alle Probanden waren geblindet | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 286 "Participants", S. 287 "Participants" |
| 6. Alle Therapeuten/Innen, die eine Therapie durchgeführt haben, waren geblindet | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 287 "Participants" |
| 7. Alle Untersucher, die zumindest ein zentrales Outcome gemessen haben, waren geblindet | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 291 "Methods" |
| 8. Von mehr als 85% der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden wurde zumindest ein zentrales Outcome gemessen | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | Tabelle S. 290, 264 |
| 9. Alle Probanden, für die Ergebnismessungen zur Verfügung standen, haben die Behandlung oder Kontrollanwendung bekommen wie zugeordnet oder es wurden, wenn dies nicht der Fall war, Daten für zumindest ein zentrales Outcome durch eine ‚intention to treat‘ Methode analysiert | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 291 "Data analysis" |
| 10. Für mindestens ein zentrales Outcome wurden die Ergebnisse statistischer Gruppenvergleiche berichtet | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 289, 293, 295 "Participants", "Treatment outcomes", "Tab. 4" |
| 11. Die Studie berichtet sowohl Punkt- als auch Streuungsmaße für zumindest ein zentrales Outcome | nein ☐ ja ☒ wo: |
| | S. 290, 292, 293, 294 "Tab. 1", "Results", "Tab. 2", "Treatment outcomes", "Tab. 3" |
-

Begründungen zur Einschätzung der PEDro-Skala von Seikkula et al. (2013)

Kriterium 1	Wenige Ein- und Ausschlusskriterien sind definiert und über die ganze Studie verteilt. Die Der Ort und die Art und Weise der Rekrutierung sind beschreiben.
Kriterium 2	Die Zuteilung erfolgte Randomisiert in ein Interventions- und Kontrollgruppe.
Kriterium 3	Zum genauen Vorgehen der Randomisierung wird keine Stellung genommen.
Kriterium 4	Bezüglich Anstellungsstatus und Geschlecht zeigen sich Unterschiede. Der „Wald Test“ und „Jacobson–Truax“ Methode wurde angewendet. In der Baseline gibt es vergleichbare Outcomes (vor allem bei den Patienten), jedoch betreffend Partner sind grosse Unterschiede in der Baseline erkennbar. Diejenigen der Kontrollgruppe verfügen über schlechtere BDI und DAS Werte. Wie die Autoren selber sagen, sind dadurch die Unterschiede der Ergebnisse in Bezug zum DAS innerhalb der Gruppen nicht klar auf die Studienintervention rückführbar.
Kriterium 5, 6	Die Teilnehmer wurden nach der Einwilligung in die Studie, randomisiert eingeteilt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass diese geblindet waren. Unklar ist, worauf sich die genannte Vereinbarung zwischen Therapeut und Proband bezieht und ob diese einen Einfluss auf die Blindung hatte.
Kriterium 7	Einer der zwei Forscher der Forschungsstellen war nicht in der Therapie involviert und machte die Ratings.
Kriterium 8	Zum Zeitpunkt der Baseline und nach 6 Monaten wurden mehr als 85% der Probanden mittels der verschiedenen Assessments für die zentralen Outcomes erfasst.
Kriterium 9	Die fehlenden Daten wurden mittels MAR analysiert und in die Auswertung einbezogen.
Kriterium 10	Die Gruppenergebnisse werden tabellarisch und im Text fortlaufend verglichen mittels p-Wert, zudem wurde der Wald-test eingesetzt.
Kriterium 11	Die Differenzen der Outcomes zwischen der Gruppen werden beschrieben und Streuungsmassen werden durch Standarddeviationen dargestellt.

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. The British Journal of Psychiatry, 198, 385-390. doi:10.1192/bjp.bp.110.078626

Zweck der Studie Ziel der Studie ist es, die Familienpsychoedukation in der Behandlung depressiv Erkrankter zu prüfen und den Einfluss ausgedrückter Emotionen in den Familien (Expressed Emotions, EE) auf deren Effektivität zu klären. (S. 385)

Hintergrundliteratur Diverse Quellen wurden als Hintergrundliteratur beigezogen, viele vor allem ältere Literatur zu Expressed Emotions bezüglich Rückfall und anderen psychiatrischen Krankheitsbildern wie Schizophrenie.

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Es gibt mehrere Studien, welche den Zusammenhang vom Level der ausgedrückten Emotionen (EE) auf die Familienangehörigen und den Rückfall der Patienten darstellen in Bezug auf Schizophrenie. In der Behandlung von schizophren Erkrankten erzielt die Familienpsychoedukation das Reduzieren des EE Levels zur Prävention von Rückfällen. Auch der Zusammenhang von EE und bipolar affektiv Erkrankten wird in der Literatur beschrieben. Auch hier wird die Familienpsychoedukation als effektiv für die Rückfallprävention beschrieben. Weiter wird Literatur zitiert, die einen Zusammenhang von EE und Rückfall bei Depression feststellen. Rückfall und Wiedererkrankung sind stark mit dem familiären Umfeld verbunden – daher könnte die Familienpsychoedukation ein Gefäss darstellen, indem die Probleme innerhalb des familiären Umfelds aufgenommen und so Rückfälle und Wiedererkrankung bei Depression minimiert werden können. (S.385 linke Spalte)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Patienten des Psychiatrie Departements der „Kochi Medical School“ in Japan und dem „Doujin Hospital“, welche folgende Einschlusskriterien erfüllten, wurden eingeschlossen: 18-85 Jahre alt, Diagnose „Major Depressive Disorder“ nach DSM-IV. Vermutung, dass Teilnehmer während der Studiendurchführung die Antidepressivatherapie fortführen (diejenige, auf die sie während der akuten Phase angesprochen haben) und sich in teilweiser oder bereits voller Remission befinden. Keine Elektrostimulations-Therapie durchgeführt oder geplant. TN leben bei Studienbeginn 3 Monate oder länger mit ihrer Familie zusammen und wollen dies auch während Studiendurchführung so belassen. Mindestens 1 Familienmitglied (über 18 Jahre), welches mit dem Patient zusammenwohnt, soll an Familieninterventionen teilnehmen können. Mehr als 23 Punkte beim Mini-Mental-Test (kein Demenzverdacht) und keine organische Erkrankung diagnostiziert. (S. 385 „Method“)

Beschreibung der Teilnehmenden Interventionsgruppe Familien-Psychoedukation: 25 Teilnehmer, 1 davon ausgeschieden da keine Teilnahme am FMSS → 24 Teilnehmer. Kontrollgruppe ambulant: 32 Teilnehmer, 2 ausgeschieden (keine Teilnahme am FMSS und Tod eines Patienten) → 30 Teilnehmer. Zwischen den beiden Gruppen gab es weder bei den Patienten, noch den Angehörigen signifikante Unterschiede bezüglich demographischen und klinischen Charakteristika. (S.387 „Results“, Tabelle 1)

Einholung der Zustimmung Alle Teilnehmenden wurden über den Zweck und Ablauf der Studie informiert und haben eine Einverständniserklärung unterzeichnet. (S.386 linke Spalte oben)

Ethikverfahren Keine Erwähnung eines Ethikverfahrens.

Beschreibung der Methodik Studiendesign Es handelt sich um eine randomisierte kontrollierte Studie. Die Studie wurde durch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit mithilfe der PEDro-Skala (Hegenscheidt et al., 2010) auf ihre interne Validität und die Interpretierbarkeit der Ergebnisse durch genügend statistische Informationen überprüft. (S. 385 linke Spalte unten)

Beschreibung der Intervention Evaluation der EE: Family Attitude Scale (FAS, Selbsteinschätzung für Angehörige mit 30 Fragen). Five Minute Speech Sample (FMSS, Familienmitglied spricht 5min über den Charakter des Patienten und die Beziehung zu/mit ihm, ohne Unterbrechung durch den Interviewer. Ausgewertet durch zertifizierte Beurteilende).

Evaluation psychiatrischer Symptome durch Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) und Beck Depression Inventory (BDI).

Familien-Psychoedukation: Bis zu 5 Familienmitglieder (je ein Mitglied eines Patienten ohne diesen) nehmen alle 2 Wochen daran teil, insgesamt 4 Therapien à 90-120Minuten mit den Themen: Epidemiologie und Ursachen, Symptome, Behandlung und Verlauf, Krankheitsbewältigung (Coping) mit dem Patienten.

Die ersten 30 Minuten waren Informationsabgaben (durch Videos, Lehrmaterial) über Depression und deren Behandlung. Dann 60- 90 Minuten Gruppendiskussionen und Erproben von Problemlösungen für Situationen mit hohen EE-Levels (eine Liste mit möglichen Lösungen ergänzen, Vor- und Nachteile diskutieren etc.). Therapeut stärkt die Autonomie der Angehörigen und das Empowerment durch Zurückhaltung. Das Therapeutenteam bestand aus 2 Psychiatern und 1 Psychologe mit langjähriger Erfahrung im Bereich Psychoedukation. Die Therapien wurden gefilmt und sie diskutierten anschliessend über die Ausführung.

Ambulante Therapie: Die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe haben standardisierte ambulante Therapien in Anspruch genommen, unabhängig von der Behandlungszuteilung der Patienten oder des EE Levels der Familien. Die Standardbehandlung (TAU) besteht aus der Evaluation der psychiatrischen Symptome, Erfassung und Management der medikamentösen Therapie und unterstützende Psychotherapie im zweiwöchentlichen Rhythmus. (S.386 ganze rechte Spalte)

Beschreibung des Kontextes Die Studie wurde im „Department of Psychiatry, Kochi Medical School, Japan“ und „Doujin Hospital“ durchgeführt. Eine nähere Beschreibung der Kontextfaktoren ist nicht zu finden.

Präsentierte Ergebnisse Abbrüche: Von den 57 Zweiergruppen (Patient mit Angehörigen) haben in der Interventionsgruppe eine Person (Verweigerung Durchführung FMSS) und in der Kontrollgruppe zwei Personen (Tod eines Patienten und Verweigerung FMSS) vorzeitig abgebrochen. Von den 54 TeilnehmerInnen fuhren alle mit der 9-monatigen Behandlung fort und konnten im Follow-up erfasst werden.

FMSS: keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Antidepressiva: Die durchschnittliche Tagesdosis an Antidepressiva nach 9 Monaten waren 101mg in der Interventionsgruppe und 94mg in der Kontrollgruppe. In jeder Gruppe gab es eine Person, welche die Medikamenteneinnahme nach 9 Monaten stoppte.

Rückfälle: Noch vor den Follow-up Erfassungen nach 9 Monaten hatten in der Interventionsgruppe 2 (8%) und in der Kontrollgruppe 15 (50%) der Patienten einen Rückfall. Die Zeit zum Rückfall war in der Interventionsgruppe signifikant länger als in der anderen Gruppe (Kaplan Meier Survival Analysis, Hazard Ratio, Fishers Exact Test). Zum Zeitpunkt des Rückfalls zeigte sich im Durchschnitt in der Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 22.5 (IG) und 29.1 (CT) Punkte und der BDI lag bei 26.5 (IG) und 25.3 (KG). Die Remissionsrate zeigte einen signifikanten Unterschied nach 9 Monaten (83% in der Interventions-, 33% in der Kontrollgruppe).

Der Einfluss der EE Anfangserfassung auf die Effektivität der Behandlung zeigt keine Signifikanz, was darauf hinweist, dass die zu Beginn gemessenen EE den Behandlungseffekt nicht mildernd beeinflusst haben. Die Autoren weisen darauf hin, dass aufgrund der Limitationen, welche unten beschreiben werden, die Analyse dieses Zusammenhangs unzureichend stattfinden konnte.

Beschriebene Limitationen Das Sample war zu klein um einen Interaktionseffekt zu messen. Der FMSS und das FAS sind keine sensiblen Erfassungsinstrumenten zum Messen der EE, vor allem bei der Depression. In anderen Studien, welche ein hohes EE-Level als Risikofaktor ermittelt haben, wurde das Camberwell Family Interview angewendet. Zudem wurde die EE in der vorliegenden Studie zu Beginn gemessen, was heisst, dass sich die Patienten in der weiterführenden Therapiephase befanden. Das EE-Level bei den Angehörigen ist aber in der akuten Phase (Spitaleintritt Patient) am Auffälligsten. Diese Limitationen könnten laut Autoren den nicht-signifikanten Unterschied in der Rückfallrate zwischen hohen und tiefen EE-Levels erklären.

Eine weitere Schwäche der Studie ist laut den Autoren, dass die Teilnahme an der Studie bis zu 85 Jahren zu breit ist und dadurch die Ziele der Edukation spürbar unterschiedlich sein können (das Alter wurde so gewählt, weil Depression im höheren Alter ein wichtiges Thema ist). 7 Patienten (4 in IG und 3 in KG) sind über 75 Jahre, diejenigen Familienangehörigen hatten andere Lücken bezüglich der Diagnose als jüngere, z.B. dachten sie, dass die Depression mit einem Mangel an Willensstärke zusammenhängt. Der Ausschluss von Patienten mit Elektrostimulationstherapie könnte eine Fehlerquelle darstellen. Weiter diskutieren die Autoren, dass nicht nur ein Vergleich von der gewohnten Therapie und der Familientherapie Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte, da bei der Familientherapie auch unspezifische Faktoren wie Zeit mit Therapeuten verbringen, das Gefühl zu einer Gruppe zu gehören und von der Gruppe unterstützt zu werden, mitspielen. Die Autoren beurteilen die Ergebnisse sehr kritisch und sind sich den Limitationen bewusst. Diese werden nachvollziehbar dargestellt. (S. 388 oberhalb, „Discussion“)

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil Familienpsychoedukation (ohne den Patienten) à 4 Einheiten reduziert den Rückfall bei einer schweren Depression im Vergleich zur gewöhnlichen Therapie.

Es hat sich keine signifikante Reduktion des EE mittels FMSS und FAS nach der Familienpsychoedukation gezeigt. Die Limitationen und das kleine Sample Size könnten den nicht signifikanten Unterschied zwischen Rückfallrate und EE-Levels erklären. Wobei zu sagen ist, dass die Rückfallrate in beiden Gruppen grösser ist bei den Patienten mit höherem EE als bei jenen mit tieferen EE-Levels. (S. 388 „Discussion“)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Die Autoren erwähnen, dass Familien von Patienten mit psychischen Störungen häufig selber markant gestresst sind und sie sich ähnlich sozial isolieren. Familienpsychoedukation kann den Angehörigen benötigte Informationen zur Verfügung stellen. Das Zusammentreffen von Familien in ähnlichen Situationen kann zusätzlich die mentalen Sorgen (Distress) reduzieren. Die Reduktion der Belastung der Angehörigen kann dem Patienten ein mehr unterstützendes Umfeld Zuhause bieten.

Der genaue Effekt von Familienpsychoedukation in der Prävention von Rückfällen bleibt auch nach dieser Studie noch unklar. Die Autoren diskutieren, dass es verschiedene Wege gibt, die Interaktion zwischen dem Patienten und den Familienangehörigen zu beeinflussen (wie Paartherapie plus Medikamententherapie in der Akutphase). Familienpsychoedukation kann mit oder ohne Anwesenheit des Patienten ausgeführt werden. Die unterschiedlichen Effekte der beiden Ansätze bei Depression seien bis jetzt noch nicht erforscht worden und benötigen mehr Beachtung in der zukünftigen Forschung. Zwei Studien in Bezug zu bipolaren Störungen erhielten interessante Ergebnisse: Diejenige von Miklowitz et al. (1988) fand bei einem Familien- und Angehörigenansatz prophylaktische Effekte bei der Depression aber nicht bei der Manie heraus. Reinares et al. (2008) nutzten eine Familienpsychoedukation ohne Patienten und erkannten prophylaktische Effekte bei der Manie, aber nicht bei der Depression. Diese Studie hier ist die erste, welche nachweist, dass Familienpsychoedukation ohne Patienten bei der Diagnose Depression einem Rückfall vorbeugt. Die Autoren glauben, dass dadurch ein neuer Weg zum (kosten-) effektiven Behandeln von depressiv Erkrankten entstanden ist. Weitere Forschung zum Wiederholen der Studie mit mehr Teilnehmern zum Bestätigen der Effektivität und zum Erläutern des Mechanismus wird als berechtigt angesehen.

Würdigung Shimazu et al. (2011) mittels PEDro-Skala

PEDro-skala – Deutsch

-
- | | |
|--|---|
| 1. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert | nein ☐ ja ☒ wo: S. 385 "Method" |
| 2. Die Probanden wurden den Gruppen randomisiert zugeordnet (im Falle von Crossover Studien wurde die Abfolge der Behandlungen den Probanden randomisiert zugeordnet) | nein ☐ ja ☒ wo: S. 386 "Method" |
| 3. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte verborgen | nein ☐ ja ☒ wo: S. 386 "Method" |
| 4. Zu Beginn der Studie waren die Gruppen bzgl. der wichtigsten prognostischen Indikatoren einander ähnlich | nein ☐ ja ☒ wo: S. 387 "Tab. 1" |
| 5. Alle Probanden waren geblindet | nein ☐ ja ☒ wo: S. 386 "Method" |
| 6. Alle Therapeuten/Innen, die eine Therapie durchgeführt haben, waren geblindet | nein ☐ ja ☒ wo: S. 386 "Evaluation of psychiatric symptoms", "Out-patient treatment" |
| 7. Alle Untersucher, die zumindest ein zentrales Outcome gemessen haben, waren geblindet | nein ☐ ja ☒ wo: S. 386 "Method", "Evaluation of psychiatric symptoms", "Out-patient treatment" |
| 8. Von mehr als 85% der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden wurde zumindest ein zentrales Outcome gemessen | nein ☐ ja ☒ wo: S. 387 "Results", "Tab.1", "Relapse and outcome at 9 months" |
| 9. Alle Probanden, für die Ergebnismessungen zur Verfügung standen, haben die Behandlung oder Kontrollanwendung bekommen wie zugeordnet oder es wurden, wenn dies nicht der Fall war, Daten für zumindest ein zentrales Outcome durch eine „intention to treat“ Methode analysiert | nein ☐ ja ☒ wo: S. 387, 388 "Statistic analysis", "Relapse and outcome at 9 months" |
| 10. Für mindestens ein zentrales Outcome wurden die Ergebnisse statistischer Gruppenvergleiche berichtet | nein ☐ ja ☒ wo: S. 387, 388 "Statistic analysis", "Relapse and outcome after 9 months" |
| 11. Die Studie berichtet sowohl Punkt- als auch Streuungsmaße für zumindest ein zentrales Outcome | nein ☐ ja ☒ wo: S. 388, "Tab. 2 und 3" |
-

Begründungen zur Einschätzung der PEDro-Skala von Shimazu et al. (2011)

Kriterium 1	Ein-und Ausschlusskriterien sind spezifiziert, die Patienten wurden innerhalb der ambulanten Therapie im „Department of Psychiatry, Kochi Medical School, Japan“ oder „Doujin Hospital“ rekrutiert.
Kriterium 2	Randomisierung durch Zufallszahlentabellen.
Kriterium 3	Ein unabhängiger Sachbearbeiter hat nach Zufallszahlentabelle fortlaufend die Interventionen zufällig zugeteilt.
Kriterium 4	Es sind keine signifikanten klinischen und soziodemographischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen vorhanden.
Kriterium 5	Aufgrund der Randomisierung kann davon ausgegangen werden, dass die Probanden geblindet waren.
Kriterium 6, 7	Die involvierten und unabhängigen Psychiater, welche die Therapien oder Assessments durchführten, werden als geblindet beschrieben.
Kriterium 8	Von den 57 randomisierten Teilnehmern sind 54 analysiert worden.
Kriterium 9	Der Einfluss der zurückgetretenen Teilnehmer wurde in einer Sensitivitätsanalyse nach dem Worst-Case-Szenario untersucht. Die Analyse zeigten keine Veränderungen in den Resultaten.
Kriterium 10	Es wurden mehrere Zwischen-Gruppen-Vergleiche durchgeführt und the hazard ratio („Risikoeintrittsquotient“) angewendet.
Kriterium 11	Die Differenz der Outcomes zwischen der Gruppen wird beschrieben und Streuungsmassen werden durch Standardfehler dargestellt.

Timmerby, N., Austin, S.F., Ussing, K., Bech, P. & Csillag, C. (2016). Family psychoeducation for major depressive disorder-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 427. doi:10.1186/s13063-016-1549-0

Zweck der Studie Es hat sich gezeigt, dass eine schwere depressive Störung viele Bereiche des Familienlebens beeinträchtigt, inklusive dem Familienfunktionieren. Umgekehrt ist der Einfluss der Familie auf den Verlauf der Depression, inklusive dem Risiko eines Rückfalls ein Grund, die Familien in der Behandlung im Fokus zu haben. Die wenigen Studien, die in diesem Bereich durchgeführt wurden, zeigen, dass Familien-Psychoedukation zusätzlich zur herkömmlichen Behandlung das Rückfallrisiko von Patienten mit einer schweren Depression effektiv reduzieren kann und zusätzlich vorteilhaft für die beteiligten Angehörigen. Die Evidenz ist jedoch derzeit beschränkt. Die vorliegende Studie will den Effekt von Familien-Psychoedukation verglichen mit sozialer Unterstützung (Selbsthilfegruppe) im Verlauf der Krankheit bei Patienten mit einer schweren Depression untersuchen.

Primäres Ziel der vorliegenden Studie ist, eine Intervention bestehend aus FPE (Familien-Psychoedukation) mit einer aktiven Kontrollintervention aus sozialer Unterstützung für Angehörige von Patienten mit einer Diagnose der schweren Depression zu vergleichen. Sekundäres Ziel ist, Unterschiede zwischen den zwei Gruppen bezüglich Familienfunktionieren (Family Functioning), Well-Being, Beeinträchtigungsgrad (Level of Disability) und EE (Expressed Emotions) bei Patienten und Angehörigen zu untersuchen.

Hypothesen: 1. Psychoedukative Intervention für Angehörige reduziert das Risiko eines depressiven Rückfalls (definiert als Wert auf der Hamilton six-item subscale, HAM-D6 ≥ 7), bei remittierten depressiven Patienten (HAM-D6 < 7), verglichen mit der aktiven Kontrollgruppe. 2. Psychoedukative Intervention für Angehörige reduziert die Dauer zur Erreichung einer vollen Symptomatik-Remission (definiert als HAM-D6 < 5) bei teilweise remittierten depressiven Patienten (HAM-D6 = 8–12), verglichen mit der aktiven Kontrollgruppe. 3. Psychoedukative Intervention für Angehörige reduziert depressive Symptome (gemessen an der HAM-D6) bei derzeit depressiven Patienten (HAM-D6 ≥ 13), verglichen mit der aktiven Kontrollgruppe. (S. 1, 2, 3 „Abstract“, „Background“)

Hintergrundliteratur Es wird aussagekräftige Hintergrundliteratur angegeben. Insbesondere sind zwei Studien zu nennen, die bereits wichtige Erkenntnisse, inklusive wichtige Limitationen, für die vorliegende Studie liefern:

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. *Br J Psychiatry*, 198, 385-90.

RCT: Patienten mit einer vollen oder teilweisen Remission einer akuten depressiven Episode, deren Angehörige eine kurze Intervention bestehend aus FPE erhielten, hatten eine signifikant tiefere Rückfallrate im 9-monatigen Follow-up, verglichen mit der Kontrollgruppe. Jedoch fand der Vergleich statt zwischen FPE und TAU, wobei die TAU-Kontrollgruppe keine Intervention für die Angehörigen zur Verfügung hatte. Daher war es nicht möglich festzustellen, ob der signifikant positive Effekt von FPE nichtspezifischen Faktoren (z.B. Unterstützung durch die Gruppe) oder aktiver Psychoedukation zuzuschreiben ist.

Gegenwärtige Ergebnisse zum Effekt von FPE als Zusatz zu Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei schwerer Depression scheint erfolgsversprechend und könnte effektiv sein in der Rückfallreduzierung. Die Evidenz ist jedoch immer noch limitiert. Aufgrund Unzulänglichkeiten im Design dieser Studie war es nicht möglich, den Mechanismus hinter der Veränderung zu identifizieren. Ausserdem unterstützten die Resultate dieser Studie nicht klar die Hypothese, dass der Behandlungseffekt durch eine Reduktion der EE entstanden ist. EE war tief zu Beginn und da die Stu-

die in Japan durchgeführt wurde, ist es angemessen zu vermuten, dass EE-Levels kulturell variieren können. Vorangegangene Studien haben herausgefunden, dass EE tief ist in der japanischen Kultur; Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S. & Tanaka, S. (2000). Evaluation of expressed emotion (EE) status in mood disorders in Japan: inter-rater reliability and characteristics of EE. *Psychiatry Res.*, 94, 221-7. (S. 2 „Background“)

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Depression ist eine häufig auftretende Erkrankung mit einem geschätzten Vorkommen in Dänemark von 3–4 %, übereinstimmend mit Ergebnissen in anderen westeuropäischen Ländern. Das Rückfall- und Rezidivrisiko sind hoch. Patienten, die einmal eine depressive Episode durchgemacht haben, haben ein 50%-iges Risiko, erneut eine Episode durchzumachen (Kupfer, 1991). Darüber hinaus steigt das Rezidivrisiko mit der Anzahl vorangegangener depressiver Episoden. Eine robuste Beziehung gilt als zusammenhängend mit Familienfaktoren und dem Verlauf der Depression, inklusive Rückfallrisiko (Keitner, Miller 1990). Ein Rückfall gilt als voraussehbar durch das EE-Level wichtiger Angehöriger mit einer kritischen, ablehnenden oder emotional überengagierten Haltung oder Verhalten gegenüber dem Patienten (Butzlaff, Hooley, 1998). Mehrere Studien haben bestätigt, dass Patienten, die mit Angehörigen mit hohen EE-Levels zusammenleben, ein signifikant höheres Rückfallrisiko haben, als Patienten mit Angehörigen mit einem tiefen EE-Level.

Depression verursacht nicht nur Stress für Patienten, sondern auch für deren nahe Angehörige. Angehörige von Patienten mit Depressionen berichten über mehr Schwierigkeiten in der Familienfunktion und zeigen tiefere Levels der Quality of Life (innerhalb „Psychologischem Well-Being“) und allgemein mehr Schwierigkeiten als nichtklinische Familien und die Schwierigkeiten scheinen auch bei einer Symptomatik-Remission anzuhalten. Ungeachtet dessen, dass in einigen Studien potentielle Nutzen von FPE bei schweren Depressionen hervorgehoben werden, besteht ein Bedarf an der Durchführung gründlicherer Studien mit einer aktiven Kontrollgruppe, damit die Mechanismen hinter jeglichen von FPE abgeleiteten Nutzen identifiziert werden können. Neue Studien müssen auch mögliche langfristige Nutzen von FPE für Patienten und Angehörige untersuchen und den breiteren Einfluss von FPE auf psychologische Konstrukte wie Well-Being und Lebensqualität. (S. 2 „Background“)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Die Patienten wurden in ambulanten Kliniken von zwei Zentren, die der Universität von Kopenhagen angehören und bei privaten Psychiatern rekrutiert. Der Untersucher beurteilte, ob die Einschlusskriterien erfüllt sind, die Diagnose Depression nach ICD-10 wird mithilfe des MINI International Neuropsychiatric Interview verifiziert. Nach der Erfassung zu Beginn wurden die Angehörigen zufällig zu einer der Gruppen zugeteilt (Psychoedukation oder soziale Unterstützung). Die Randomisierung fand in Blöcken statt mit 10 Angehörigen in jedem Block. Zwecks Sicherung einer gleichmässigen Verteilung beider Behandlungen in jedem der Blöcke wurde eine computergestützte Randomisierungsprozedur verwendet, um Randomisierungscode zu generieren. Für die Randomisierung war jedes Mal ein Angehöriger dabei mit einem Sekretär der Forschungsstelle des Mental Health Centre North Zealand, der jedoch sonst nicht in die Studie verwickelt war. Die Erfassung der Patienten und Angehörigen wurde durch den Untersucher durchgeführt, der gegenüber der Gruppeneinteilung der Angehörigen geblindet war. Insgesamt wurden 100 Patienten mit je einem Angehörigen von zwei ambulanten Kliniken rekrutiert. („Abstract“, „Recruitment“, „Randomization“)

Beschreibung der Teilnehmenden Bei den Teilnehmenden handelt es sich um die Patienten plus ein emotional wichtiger Angehöriger zwischen 18 und 75 Jahren, welcher verfügbar war und mit dem Patienten zusammenlebt. Einschlusskriterien für die Patienten waren 18-75 Jahre alt, Diagnose Depression nach ICD-10 (egal ob rezidivierende oder erste Episode). Ausschlusskriterien wie z.B. eine chronische Depression (aktuelle Episode über 2 Jahre), Demenz oder Suchterkrankung. (S. 3 „Participants“)

Einholung der Zustimmung Patienten und Angehörige gaben ihr schriftliches Einverständnis, nachdem sie mündlich durch den Untersucher über die Studie informiert wurden und zusätzlich schriftliche Informationen erhielten. („*Ethics approval and consent to participate*“)

Ethikverfahren Vor dem Start der Studie wurde das Studienprotokoll dem Danish National Ethical Scientific Committee übermittelt. Da die Intervention in der Studie an die Angehörigen gerichtet ist und nicht an die Patienten, entschied das Komitee, dass eine förmliche Genehmigung nicht erforderlich ist. („*Ethics approval and consent to participate*“)

Beschreibung der Methodik Studiendesign Es handelt sich um eine randomisiert kontrollierte Studie. Es wird sehr gut beschrieben, wie die Autoren eine originalgetreue Wiedergabe der aufgenommenen Interventionen und Qualität sicherstellen wollen. Es werden unabhängige Experten hinzugezogen, welche die Aufnahmen evaluieren. Zudem wurden die Fachleute, welche die Interventionen durchgeführt haben geschult und durch einen der spezialisierten Autoren während der gesamten Studiendauer trainiert und begleitet. (S.1, 3, 5 „Abstract“, „Design“, „Fidelity and quality assurance“)

Beschreibung der Intervention Die Angehörigen nahmen teil an einer von zwei Interventionsmöglichkeiten (Psychoedukation oder soziale Unterstützung).

Interventionsphase: Angehörige werden nach dem Einschluss und der Erfassung zu einer der möglichen Konditionen zugeteilt, die insgesamt 4 Mal à 2h (über 4 Wochen) stattfinden. Entweder FPE (Interventionsgruppe) oder soziale Unterstützung (aktive Kontrollgruppe).

Follow-up-Phase: 9 Monate nach Abschluss der Behandlung Erfassung der Patienten und Angehörigen. Das Follow-up wurde so gewählt, weil eine vorangegangene Studie (Shimazu et al., 2011) signifikante Effekte von FPE gefunden hatte, mit einer Reduktion des Rückfallrisikos in diesem Zeitrahmen. Zusätzlich erlaubt diese Zeitspanne die Sammlung, Analyse und Berichterstattung von Resultaten im Verlauf eines 3-jährigen PhD-Projektes.

Während der Studie fahren die Patienten mit ihren Behandlungen (TAU) in den ambulanten Kliniken oder beim privaten Psychiater fort. Behandlungsentscheidungen werden nicht beeinträchtigt durch die Patientenentscheidung, an der Studie mitzumachen oder nicht. Keine Einschränkungen bezüglich Psychopharmakotherapie. Informationen darüber wurden zu Beginn und am Schluss registriert zwecks Dokumentation von Veränderungen.

Interventionsgruppe Psychoedukation: Manualisiertes Psychoedukationsprogramm (von den Autoren der Studie entworfen, basierend auf dem McFarlane Multifamily Treatment Programm analog Shimazu et al., 2011). FPE stellt den Angehörigen spezifisches Wissen zur Verfügung über wichtige Themen betreffend Depressionen, sowie aktive Strategien mit in der Gruppe identifizierten Problemen. FPE ist ein strukturiertes Format, indem sichergestellt werden kann, dass alle wichtigen Themen und Problemlösestrategien abgedeckt werden.

4 Therapien Psychoedukation à 2 Stunden während 4 aufeinanderfolgenden Wochen (McFarlane sieht 6 Therapien vor, 4 Therapien wurden aufgrund der Shimazu-Studie gewählt, die zeigen konnte, dass diese Behandlungsdauer in Verbindung steht mit der Reduktion des Risikos einer erneuten depressiven Episode). Patienten und Angehörige der besagten Studie gaben zudem diese Dauer als optimal an. Im Gegensatz zum McFarlane Programm, nehmen die Patienten nicht an der Psychoedukation teil. Dies geschah aufgrund Studien, die zeigten, dass Familien-Psychoedukation ohne Patienten ebenso einen positiven Effekt auf die Patienten haben und zudem laut Shimazu et al. (2011) den Vorteil, dass diese nicht zusätzlich belastet werden durch diese Therapie.

Gruppenzusammensetzung: 1-2 erfahrene psychiatrische Pflegerinnen, welche gut geschult in Gemütsstörungen waren und regelmässig strukturierte Psychoedukationsprogramme für Patienten und deren Familien durchführten und 5 Angehörige.

In der 1. Therapie stellen sich Gruppenleiter und Teilnehmer vor, Gruppenregeln betreffend Vertraulichkeit und Respekt werden abgemacht. Jede der 4 Therapien hatte dieselbe Struktur: 35 Minuten Psychoedukation basierend auf Wissensvermittlung über die Depression und das Konzept der Expressed Emotions (EE). 4 Themen wurden in jeder Therapie behandelt: Ursachen und Symptome der Depression, Behandlung der Depression, Kommunikation und Prävention neuer depressiver Episoden. 70 Minuten Übungen zur Problemlösung basierend auf durch die Angehörigen genannten Problembereiche.

Psychoedukation mit spezifischen Themen:

Symptome der Depression, Zustandekommen der Diagnose, Bio-psycho-soziales Modell als Ansatz für psychische Erkrankung, Ätiologische Faktoren und Stressoren

- Medikation und Nebenwirkungen, Psychotherapie, Wichtigkeit der Erhaltungstherapie, Negativer Einfluss der Depression auf die Kommunikation der Familie, Einfluss der Depression auf die Veränderung der Rollen und Verantwortlichkeiten der Familienmitglieder, Konzept der EE und wie kritisches und ablehnendes Verhalten die Patienten negativ beeinflussen können, Wünschenswerte Wege der Kommunikation in der Familie, Risiko einer erneuten depressiven Episode, Frühsymptome einer Depression, Coping Strategien von Angehörigen und wie zu sich selber geschaut werden kann und woher zusätzliche Informationen und Hilfe geholt werden können

Übungen zur Problemlösung (analog McFarlane): Den Angehörigen sollen Fertigkeiten zur Problemlösung zur Verfügung gestellt werden mit dem Fokus auf Coping Ansätze für Situationen in der Familie, inklusive Situationen mit hohen EE-Levels. Sie können dazu dienen, das in der Gruppe erlernte auf die jeweilige persönliche Situation zu übertragen.

Die Übungen beginnen jeweils mit einer Runde, in der alle Angehörigen ein Problem schildern können, was sie mit der depressiv Erkrankten Person erlebt haben/erleben. Danach unterstützt die Gruppenleitung die Angehörigen darin, eines der genannten Probleme auszuwählen und Lösungen dafür zu finden. 1. wird das Problem definiert, 2. werden mögliche Lösungen für das Problem durch die Gruppenmitglieder mittels Brainstorming zusammengetragen, 3. werden die Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Lösungen diskutiert, 4. wählt die problemeinbringende Person die für sie beste Lösung aus und 5. reflektiert diese Person, wie diese Lösung umgesetzt werden kann. In der folgenden Therapie gibt die Person der Gruppe Feedback über die Umsetzung.

Rolle der Gruppenleitung: Zur Verfügung stellen von mündlicher Information und führen der Gruppenmitglieder durch die Problemlöse-Übung. Wie durch McFarlane beschrieben, führt eine Person der Leitung die Teilnehmer durch die Schritte zur Problemlösung, während die andere Person ein Protokoll schreibt über die besprochenen Schritte und zusätzlichen Lösungen.

Benötigtes Material für die Psychoedukations-Gruppe: Manual für die Leitung, Handouts für die Angehörigen mit der Zusammenfassung des Hauptthemas der Therapie. Jede der Problemlöse-Übungen basiert auf vier fiktiven Fällen, die Situationen beschreiben, wie sie von Angehörigen mit schwer depressiv Erkrankten erlebt werden können. Zudem wird ein Arbeitsblatt vom McFarlane Programm für die Übungen angewendet.

Kontrollgruppe Soziale Unterstützung (Selbsthilfegruppe): Geleitet durch einen Experten (Psychologe in Ausbildung, psychiatrische Pfleger, oder Psychologe). Den Angehörigen wird gesagt, dass die Gruppe ein Forum bietet, in dem sie sich treffen und Erfahrungen mit gleichgesinnten Angehörigen austauschen können. Zudem werden sie informiert, dass die leitende Person nicht als Experte da ist und keine psychoedukative Intervention durchführt, sondern lediglich als unterstützende Person. Die Angehörigen konnten also selber entscheiden, welche Themen sie zusammen anschauen wollten.

Patienten und Angehörige werden während der ganzen Studie mehrfach erfasst. Am Ausgangspunkt, zusätzlich zur Erfassung der soziodemografischen Daten, Krankheitsgeschichte, Psychopharmakotherapie. In den 2 Wochen, nachdem die Angehörigen die vierte und letzte Intervention

hatten und zum 9-monatigen Follow-up. Zusätzlich werden mit den Patienten alle 6 Wochen Telefonate durchgeführt für die Erfassung zum Vorhandensein depressiver Symptome (HAM-D6). Auffällig an dieser Studie ist, dass die Items der Assessments unter dem Punkt Measures ausführlich erläutert und mit Literatur belegt werden. Somit entsteht ein sehr guter Überblick über gemessene Daten der Probanden. („Abstract“, „Design“, „Treatment“, „Assessments“, „Measures“)

Beschreibung des Kontextes Die Patienten wurden in ambulanten Kliniken von zwei Zentren, die der Universität von Kopenhagen angehören und bei privaten Psychiatern rekrutiert. Ansonsten keine nähere Beschreibung des Kontextes. (S. 3 „Design and Method“)

Präsentierte Ergebnisse Es handelt sich bei dieser Studie um ein Protokoll. Noch keine Ergebnisse vorliegend. Geprüft hinsichtlich Einfluss auf die zwei Interventionen werden für Patienten: Depressive Symptome der Patienten (MDI), Subjektives Well-Being (WHO-5), Beeinträchtigung (SDS), Familienfunktionieren (FAD), Wahrgenommene Kritik (PC). Und für Angehörige: Subjektives psychologisches Wohlbefinden (WHO-5, SCL-90-R), Familienfunktionieren (FAD), EE (FAS, Selbsteinschätzung bezüglich dem Verhalten des Patienten innerhalb 30 Items und FMSS, 5Minute Speech Sample). („Abstract“, „Fundamental differences between the FPE group and the active social support group“, „Outcomes“)

Beschriebene Limitationen Es werden keine Limitationen bezüglich der Studiendurchführung aufgeführt, sie ist noch nicht abgeschlossen.

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil FPE ist konzipiert, Angehörigen bessere Strategien anzubieten zwecks zurechtkommen mit und unterstützen von depressiven Familienmitgliedern und dadurch auch ein schnelleres Ansprechen auf die Therapie zu erleichtern. Das Wissen und neue Strategien können den Angehörigen nicht nur helfen, depressive Symptome zu verstehen, sondern auch, der depressiven Person bessere Unterstützung geben zu können und möglicherweise einen Rückfall zu verhindern und zu helfen, die Erholung aufrechtzuerhalten. Die Intervention stellt einen holistischen Ansatz zur Behandlung von Depression dar unter Berücksichtigung, dass die Depression nicht nur die Person betrifft, die an ihr erkrankt ist, sondern auch das weitere soziale Umfeld. Diese Beziehung ist gegenseitig; während ein schlechtes Familienfunktionieren das Rückfallrisiko erhöhen kann, kann gutes Familienfunktionieren ein schützender Faktor sein gegen den depressiven Rückfall. Wenn diese Intervention das Risiko eines depressiven Rückfalls reduziert und Genesung fördert, könnte das auch einen grösseren Einfluss auf das Verringern der Krankheitsbelastung haben. („Discussion“)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Die Autoren sagen: Eine systematische Evaluation über den Effekt von FPE füllt eine wichtige Lücke in zukünftiger Forschung durch vorgeschlagenes in Betracht ziehen der Patienten-Angehörigen-Beziehung als ein potentieller Mechanismus, den Ausgang der Depression zu beeinflussen. Durch die heterogene Gruppe von Patienten mit Depression in dieser Studie, die aus unterschiedlich geographisch gelegenen ambulanten Kliniken und privaten Psychiatern rekrutiert wurden, ist zu hoffen, dass die Resultate dieser Studie hoch generalisierbar sind in der klinischen Praxis. Die Implementation in die alltägliche Praxis kann auch aufgrund der nicht teuren und nicht komplexen Intervention vereinfacht werden. („Discussion“)

Durch den übersichtlichen und nachvollziehbaren Aufbau der Studie, auch in punkto Methode, und Einbezug wichtiger Literatur, erachten die Verfasserinnen der Bachelorarbeit diese Studie als sehr vielversprechend. Sie bedauern, dass die Studie zum Zeitpunkt der Erstellung der Bachelorarbeit noch nicht veröffentlicht wurde.

Tyrer, P., Sensky, T. & Mitchard, S. (2003). Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. Psychotherapy & Psychosomatics, 72, 350-6. doi:10.1159/000073032

Zweck der Studie Die Nidotherapie umfasst das systematische Beurteilen und Anpassen der Umwelt um den Einfluss der verschiedenen psychischen Störungen auf die einzelnen und die Gesellschaft zu minimieren. Die Therapie erzielt das Anpassen der Umwelt des Betroffenen ohne primär die Symptome und das Verhalten ändern zu wollen. Nido (lat. Nidus) bedeutet so viel wie Nest, was eine Umgebung ist, welche spezifisch angepasst und gepflegt werden kann. Das Anpassen der Umwelt entsprechend der Bedürfnisse ist nicht neu, jedoch bekräftigen die Autoren, dass dies zuvor im psychiatrischen Setting nicht systematisch innerhalb der Therapie angewendet wurde. Die Nidotherapie soll vorerst als Behandlungsstrategie angesehen werden, da es für spezifische Behandlungsinterventionen noch weitere Forschung benötigt.

Das Warten seitens der Langzeitpatienten auf Veränderungen der Symptome und der Funktionsfähigkeit mittels passiven Therapien soll durch einen Fokuswechsel, dass Anpassungen im Umfeld nötig sind, abgelöst werden. Bei diesem Ansatz werden also nicht personelle Veränderungen sondern das Verschieben des Fokus auf die Umwelt erzielt. Dadurch kann der Patient vom Glauben, dass der Grund für die anhaltende Erkrankung bei ihm liegt, verändert werden und ein aktives Teilhaben und so mehr Begeisterung und Motivation für die Therapie resultieren. Die Studie bezweckt das Prüfen der Effektivität der Intervention. (S. 350 rechte Spalte, S. 351 linke Spalte, S. 352 links)

Hintergrundliteratur Diverse Quellen wurden als Hintergrundliteratur beigezogen. U.a. Darwins „Origin of Species“.

Begründung der Notwendigkeit für die Durchführung der Studie Bei der Behandlung von Patienten mit komplexen Bedürfnissen sind Veränderungen, welche beim Patienten selber geschehen, sowie solche, die bei den anderen und dem Umfeld stattfinden, zum Reduzieren der Einflüsse der Probleme nötig. Die Nidotherapie stellt das Verändern der Umwelt in einem wechselseitigen Prozess dar, was es laut den Autoren bis jetzt nicht gibt, aber nötig ist. (S.351 rechts unten)

Beschreibung der Methode zur Stichprobenauswahl Es ist unklar, nach welchen Kriterien die Fallbeispiele zur Nidotherapie aus der Praxis gewählt wurden.

Beschreibung der Teilnehmenden Es gibt 6 Fälle, in denen das Anwenden von Nidotherapie anhand der beschriebenen Personen aufgezeigt wird. (S. 353 „Examples of nidotherapy in practice“).

Einholung der Zustimmung Aufgrund mangelnder Methodenbeschreibung ist nicht klar, ob und wie die beschriebenen Personen zur Teilnahme an der Studie zugestimmt haben.

Ethikverfahren Keine Erwähnung eines Ethikverfahrens.

Beschreibung der Methodik Studiendesign Die Autoren der Studie machen keine Angaben zum Design. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit plädieren am ehesten für eine klinische Beobachtungsstudie, aufgrund der Randnotiz „Clinical Note“ in der Studie selbst.

Beschreibung der Intervention Grundlegende Prinzipien der Nidotherapie sind:

- Collateral collocation: Wechselseitige Anerkennung von Fehlanpassung und deren Auswirkung auf die Umwelt. Festlegen der Umwelt entsprechend den Anforderungen des Patienten und des Therapeuten.
- Externally testable goals: Von aussen überprüfbare Ziele, die mit allen involvierten Personen festgelegt werden, um beim Nichterreichen ein Versagen eines Einzelnen zu verhindern.
- The primary aim of functional gain: Funktioneller Zuwachs zwischen der Person und ihrer Umwelt.
- Personal adaptation and control: Persönliche Adaptation, Kontrolle und Identifizierung von Veränderungsfeldern durch Patienten in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten.

- Arbitrage solving: Vermeiden von Konflikten durch unterschiedliche Vorschläge des Patienten/Therapeuten zur Änderung der Umwelt, z.B. durch das Einsetzen eines unabhängigen Vermittlers zur Sicherstellung persönlicher und gesellschaftlicher Passung. (S. 351)

Das primäre Ziel der Nidotherapie stellt die Reduktion der Distress und des Leidens des Patienten sowie das Verbessern der Handlungsfähigkeit / Funktionsfähigkeit dar. Primär werden also nicht die Symptome und die persönlichen Einstellungen angepasst, sondern vor allem das Verbessern der Passung zwischen der Person und dessen Umwelt genutzt, um die Funktionsfähigkeit zu verändern. Die Nidotherapie eignet sich vor allem für chronisch und rezidivierend psychisch Erkrankte. Die Basis der Nidotherapie ist auf das „Cognitive-Social-Model of Personality“ (Cervone & Shoda, 1999) zurückzuführen. Dieses Modell sagt aus, dass die gewöhnliche Persönlichkeitsbeschreibung begrenzt Vorhersagen zum Verhalten machen kann, weil sie die sich wiederholenden Wechselwirkungen zwischen der Person und der Umwelt ausser Acht lässt. Die Tatsache zum Beispiel, dass eine Person eine Tendenz zu aggressivem Verhalten hat (Aggression als Merkmal zeigt) ist weniger hilfreich für das Verständnis für das Individuum, als zu wissen, welche Umweltsmerkmale die Aggression auslösen. Nach diesem Modell sind es die Besonderheiten der Umwelt, welche kognitive und gefühlsmässige Reaktionen im Individuum auslösen.

Die Nidotherapie folgt im Ablauf ähnlichen Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie: Zuerst wird mit dem Patienten das fehlangepasste Verhalten identifiziert mittels Bearbeitung von wenn ..., dann...-Situationen, welche Probleme bereiten (so kann der Eindruck vermeiden werden, dass der Patient selber die gesamte Verantwortung für die Veränderung trägt). Danach werden kognitive Techniken zum Erkunden der kognitiven und gefühlsmässigen Antworten auf die problematischen Situationen des Patienten erprobt. Den Hinweis auf eine inflexible Antwort, in der der Patient Schwierigkeiten hat sich zu kontrollieren oder zu mässigen, würden auf die Angemessenheit von Nidotherapie hinweisen. Anders als die Erfassung, sind die Behandlung der Nidotherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie unterschiedlich. Die kognitive Verhaltenstherapie erzielt das Verändern der dysfunktionalen Überzeugungen, wobei die Nidotherapie das Verstehen der Hauptüberzeugungen nutzt, um die Umwelt dementsprechend anpassen zu können. Als eine Konsequenz von einem harmonischen Umfeld sind Verbesserungen der Symptome möglich. (S. 350 - 353)

Beschreibung des Kontextes Die Studie wurde in „Department of Psychological Medicine“ „Imperial College“ und „Central North West London Mental Health NHS Trust, London, UK“ durchgeführt, es werden keine näheren Angaben dazu gemacht.

Präsentierte Ergebnisse Anhand 6 Fallvignetten zeigen die Autoren das breite Spektrum der Nidotherapie mittels Illustration der Hautprinzipien.

Vignette 1 „Collateral Collocation“: Ein Mann mit paranoider Persönlichkeitsstörung erhält wiederkehrende Beschwerden von Nachbarn und Hausbesitzer. Der Mann glaubt an Verschwörungen gegen ihn, welche ihn krank machen und zieht deshalb mehrmals um. Durch Nidotherapie gelang es in einem langen Prozess die Abmachung mit ihm zu treffen, dass durch das klinische Team in seinem Namen mit den Nachbarn geredet werden durfte. Somit gelang es, dass er seine jetzige Wohnung zu einem längerfristigen Zuhause umwandeln konnte. Zudem half das Team, Pflanzen im Garten zu setzen, welche ihn vor den Nachbarn abschirmen.

Vignette 2 „Externally testable goals“: Frau mit schizoider Persönlichkeitsstörung ist in einem 24h-Wohnheim untergebracht und macht dort wiederkehrend Probleme. Das Personal droht mit Rehospitalisation. Die Frau benennt in Gesprächen, dass sie das Personal als beharrlich ansieht und es sich unnötig in ihr Leben einmischt. Nach dem Aufzeigen der Konsequenzen ihres Verhaltens und klaren Abmachungen mit den Mitarbeitern, zeigte die Frau kaum mehr Aggressionen.

Vignette 3 „The primary aim of functional gain“: Eine Frau mit mehreren psychischen Störungen, welche sich in einem verlassenen Parkhaus ein Zuhause aufbaute, reagiert mit Aggression, wenn

ihr Lebensraum in Gefahr scheint. Absprachen mit der Polizei und das Vernetzen mit örtlichen Allgemeinärzten wurden durchgeführt. Die Frau konnte die Praxen regelmässig besuchen, um sich zu waschen. Zudem hielt das medizinische Personal ihre körperliche und emotionale Verfassung aus der Ferne im Auge. Dadurch konnte der Wunsch der Frau, diesen Lebensstil beizubehalten gewahrt, Akzeptanz der Bewohner erzielt und ihr soziales Funktionieren verbessert werden.

Vignette 4 „The primary aim of functional gain“: Ein Mann mit Schizophrenie, welcher in einem Wohnheim lebt, reagiert gegenüber Mitbewohnern und dem Personal aggressiv. Er wird ins Spital überwiesen, reagiert dort aggressiv, weil er sich nicht ernst genommen und wie ein Mann behandelt fühlt. Während dem Aufenthalt verliebt sich der Mann in eine andere stationäre Patientin. Er zeigte eine reifere Haltung und es gab weniger Auseinandersetzungen. Seine Freundin durfte dank Gesprächen mit dem Personal einige Nächte im Wohnheim verbringen und nach 8 Monaten heirateten sie und bekamen einen Sohn. Die Nidotherapie hat dem Mann geholfen, seine sozialen Rollen zu verwirklichen, welche vorher vom Personal des Wohnheims ausgeblendet wurden.

Vignette 5 „Personal adaptation and control“: Ein 66-jähriger Mann mit wiederkehrender Depression (saisonale affektive Störungen) mit suizidalen Gedanken, spricht auf keine Antidepressiva an und auch nicht auf die Elektrostimulationstherapie. Nach Absprache mit seinen in Neuseeland lebenden Verwandten entschied er sich, die Wintermonate bei ihnen zu verbringen. Während dieser Zeit sind keine Symptome aufgetreten, er organisierte ab dann jedes Jahr diesen Aufenthalt und konnte den Winter so umgehen. Die Entscheidung traf der Patient.

Vignette 6 „Arbitrage Solving“: Bei einem Mann mit wiederkehrender Depression werden die Episoden so häufig, dass er auf keine Antidepressiva mehr reagiert. Seine Arbeit und Beziehungen, vor allem die zur Frau, sind dadurch stark beeinträchtigt. Er bevorzugt eine strikte Ordnung in seinem Leben. Seine Frau, seine Kinder und die Schwiegermutter dominieren den Haushalt. Er hat keine Rückzugs- und Entspannungsmöglichkeiten und empfindet die Einrichtung, die seine Frau als gemütlich ansieht, als chaotisch. Im Gespräch wurde ersichtlich, dass seine Frau und Schwiegermutter starke Persönlichkeiten sind und er sich unfähig fühlte, ihnen zu widersprechen. Es wurde abgemacht, dass das Anpassen der Wohnung erst erfolgte, wenn alle drei plus der Therapeut damit einverstanden sind. Die Frau gestand ihm mehr Verantwortung zu Hause zu und half somit auch zu ermöglichen, dass der Mann mehr Zeit für sich hatte. (S. 353- 355)

Im Abstract erwähnen die Autoren zusätzlich, dass die Nidotherapie zum Ändern der Umwelt und nicht der Person Elemente aus der kognitiven Therapie, wie auch Ergo- und Familientherapie und der Sozialarbeit nutzt.

Beschriebene Limitationen Die Nidotherapie soll laut den Autoren vorerst als Behandlungsstrategie angesehen werden, da es für spezifische Behandlungsinterventionen noch weitere Forschung benötigt. Zur Studiendurchführung selber haben die Autoren keine Limitationen aufgeführt. Nach Auffassung der Verfasserinnen der Bachelorarbeit ist die Studie nicht nach der wissenschaftlichen Struktur der Einleitung (welches Ziel und Zweck verfolgt die Studie), der Methode (wie sind die Forscher vorgegangen), der Resultate (was wurde herausgefunden) und der Diskussion (Was bedeuten die Resultate) gegliedert. Die einzelnen Aspekte müssen in den Texten zusammengesucht werden, wobei zur Methode der Studie nichts und zur Diskussion kaum etwas zu finden ist. Weiter wiederholen sich die Autoren mehrmals bezüglich der Beschreibung der Nidotherapie. Aufgrund mangelnder (methodischer) Ausführungen können die Verfasserinnen der Bachelorarbeit nicht vollumfänglich nachvollziehen, weshalb diese Therapieart abzuwarten ist und nicht parallel zu den anderen Therapien stattfinden kann. Zudem werden die Beispiele aus der Praxis nicht in Zusammenhang zueinander gesetzt.

Beantwortung der Forschungsfrage im Diskussionsteil Skeptiker können argumentieren, dass der Einbezug des Umfeldes in der Medizin schon vor dieser Studie als wichtig angesehen wird und dass dafür keine bestimmte Verfahren oder Grundsätze nötig sind. Die Antwort der Autoren darauf ist, dass bis heute der Einbezug des Umfelds nicht konsequent beschrieben und routinemässig

verfolgt wird. Sie ziehen die Studie von Weich, Blanchard, Prince, Burton, Erens und Sproston (2002) bei, welche aussagt, dass die Umgebung einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Daraus schliessen die Verfasserinnen der Bachelorarbeit, dass diese Art von Intervention als wichtig im psychiatrischen Setting angesehen werden kann. Eine Bezugnahme zum Forschungsziel in der Diskussion findet nicht statt. (S. 356 rechte Spalte)

Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung Die Nidotherapie kann zur Erreichung einer Umweltanpassung bei jeder mentalen Erkrankung angewendet werden, jedoch ist sie laut den Autoren erst anzuwenden, wenn die Symptom- oder Verhaltensänderung eine Grenze erreicht hat und keine weitere signifikante Veränderung mehr zu erwarten ist. Es ist wichtig zu erkennen, wann dieser Moment erreicht ist, weil es falsch sei, sich auf Umweltveränderungen zu konzentrieren, wenn durch andere Behandlungen ein Gewinn erzielt werden könnte. Nidotherapie wurde anfänglich für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen entwickelt und erweitert für chronische Depression, Essstörungen, chronisch psychotische Erkrankungen, Lernschwierigkeiten. Die Autoren hoffen, dass durch den Basisrahmen dieses Behandlungsansatzes, den sie in dieser Studie dargestellt haben, ein systematischerer Einbezug von umweltbezogenen Interventionen in individuellen Fällen gefördert wird. (S. 355 „Who is suitable for nidotherapy“)

11.6 Gütebeurteilung der Messinstrumente und Testverfahren

Beach und Whisman (2012)

Messinstrumente

Bodenmann et al., 2008:

- Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961), ordinalskaliert.

Der BDI weist eine gute Reliabilität und Validität auf (Cohen et al. 2010, Bodenmann et al. 2008, Hochmuth, Keil, Keller, Kuck, Ordowski & Weber, 2010). Differenzierbarkeit zu Angst ist schwierig, sollte nicht als einziges Diagnoseinstrument eingesetzt werden (Hochmuth et al., 2010).

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1960), ordinalskaliert.

Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) schreiben der HRSD eine gute Reliabilität und Validität zu. Fangmann, Assion & Vollmoeller (2006) benennen einen wesentlichen Kritikpunkt; drei Items gehen auf das Schlafverhalten ein, so dass sedierende Substanzen im Vergleich zu aktivierenden Antidepressiva grössere Veränderungen der Werte und einen vermeintlich besseren klinischen Erfolg bewirken. Veränderungen in der Skala können sich dadurch überproportional auswirken. Zudem führt die Anwendung verschiedener Versionen, vor allem wenn sie nicht angegeben ist, zu Unklarheiten (Fangmann et al., 2006).

- Partnership Questionnaire (PFB, Hahlweg, 1996), ordinalskaliert.

Die interne Konsistenz und Validität des Messinstruments konnte vielfach nachgewiesen werden (Hahlweg, 1996).

- Dyadic Coping Inventory (DCI, Bodenmann, 2008), ordinalskaliert.

Gmelch, Bodenmann, Meuwly, Ledermann, Steffen-Sozinova und Striegl (2008) bewerten die internen Konsistenzen des DIC insgesamt als gut, die Test-Retest-Korrelationen erwartungsgemäß als im mittleren Bereich liegend, die Konstruktvalidität als gut und die kriterienbezogene Validität als befriedigend.

- 5 Minute Speech Sample (FMSS, Magana, et al., 1986), ordinalskaliert.

Dem FMSS wird eine prädiktive Validität hinsichtlich klinischen Outcomes bei depressiv Erkrankten nachgewiesen (Hooley, Parker, 2006). Nach Wearden et al. (2000) deuten mehrere Studien darauf hin, dass der FMSS zum Erfassen des EE eine geringere Sensitivität aufweist als das „Camberwell Family Interview“ (CFI). Das CFI gilt als Goldstandard zur Messung der EE, der FMSS als Alternative dazu (Leff et al., 1985).

Cohen et al., 2009:

- Beck Depression Inventory I-II (BDI II, Beck et al., 1996), ordinalskaliert.

Die inhaltliche Validität ist gegeben. Die Überarbeitung des BDI durch die Aufnahme neuer, DSM-IV-relevanter Items erhöht die diagnostische Sensitivität des Verfahrens, während die Streichung diagnoseirrelevanter Items dessen diagnostische Spezifität verbessert. Der BDI-II weist hohe Übereinstimmung mit anderen, auf DSM-IV-Basis konstruierten, depressiven Selbstbeurteilungen auf (Kühner, Bürger, Keller, Hautzinger, 2007). Es ist ein erfolgreiches und valides Selbstbeurteilungsverfahren zur Bestimmung des Schweregrades einer Depression, Veränderungen während der Behandlung und Schwankungen der Befindlichkeit.

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1960), ordinalskaliert.

Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) schreiben der HRSD in ihrer Studie eine gute Reliabilität und Validität zu.

- Family Distress Scale for Depression (FDSD, Jacob et al., 1987, ordinalskaliert. Zeigte in der Studie einen hohen Grad an interner Konsistenz, .93 (Cohen et al., 2010).

- Illness-Related Behaviors and Attitudes Scale (IRBAS, Beardslee et al., 1993), Fragebogen misst Veränderungen krankheitsbezogenen Verhaltens und Gewohnheiten in Interventionen für Familien mit Depression; ordinalskaliert.

Studien haben eine exzellente Reliabilität des IRBAS angegeben (Beardslee et al., 1993).

- Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spanier 1976), ordinalskaliert.

Die DAS zeigt Evidenz bezüglich dem Inhalt, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität sowie eine hohe Skalenreliabilität (Spanier 1976; Klann, Hahlweg und Heinrichs 2003; Dinkel und Balck 2006).

Testverfahren

Zu den angewendeten Testverfahren der beigezogenen Studien werden im Review von Beach und Whisman (2012) keine Angaben gemacht. Bezüglich Bodenmann et al. (2008) wird eine fehlgeschlagene *Intention to Treat Analyse* als limitierend erwähnt. Bodenmann et al. (2008) und Cohen et al. (2009) werden solide Messungen und gut durchgeführte Analysen zugeschrieben (Beach und Whisman, 2012). Aufgrund der recherchierten Literatur zu den verwendeten Messinstrumenten, bestätigen die Verfasserinnen der Bachelorarbeit diese Aussage.

Hellemans et al. (2011)

Messinstrumente

Gruppen-Evaluations-Fragebogen (Lemmens et al., 2005).

Fragebogen mit 2 Items: a) "Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für sich selber während den vergangenen sechs Sessionen in der Familiengruppe?"

b) "Welche Vorkommnisse oder Erfahrungen halten Sie für wichtige, hilfreiche oder gute Lernerfahrungen für ihre Familie während den vergangenen sechs Sessionen in der Familiengruppe?"

Testverfahren

Die Daten wurden mittels „Interpretative Phenomenological Analysis“ (IPA, Smith, 1995, Smith & Osborn, 2003). IPA ist eine qualitative Forschungsmethode, die Phänomenologie und Hermeneutik kombiniert. Der Hauptfokus liegt hierbei darauf, welche Bedeutung die Erfahrungen für die Teilnehmenden haben und nicht darum, objektive Daten zu produzieren. IPA beinhaltet einen doppelten hermeneutischen Prozess: Die Teilnehmer schreiben ihren Erfahrungen zuerst Bedeutung zu. In einem zweiten Schritt versuchen die Forscher diesen Prozess der Sinnbildung zu verstehen (Hellemans et al., 2011). Um die Vertrauenswürdigkeit des Forschungsprozess zu verstärken ist es

laut Hellemans et al. (2011) nötig, dass die Forscher ihre eigene Überzeugungen, Annahmen und Gedanken bezüglich dieses Phänomens aufheben (dieser Prozess wird „bracketing“ genannt).

Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit würdigten die Studie kritisch anhand Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007):

Glaubwürdigkeit: Die Autoren berichten von Limitationen; die Resultate wurden den Teilnehmern nicht zurückgemeldet (kein "member-checking"), es wurden lediglich therapeutische Faktoren, die nach einem bewussten Level funktionieren, identifiziert. Zudem wurde keine Prozessergebnisanalyse durchgeführt. Und sie merken an, dass die Erkenntnis, dass die Teilnehmenden hilfreiche Faktoren berichteten, nicht unbedingt bedeutet, dass diese Faktoren automatisch in positiven Outcomes resultieren. Die Strategie der Triangulation wurde angewandt (mehr als ein Forscher ist beteiligt an der Analyse der Daten und an der Entwicklung und Testen des Codierungs-Schemas).

Übertragbarkeit: Es werden plausible Zitate genannt. Die therapeutischen Faktoren und die Analyse werden detailliert beschrieben.

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit: Die Autoren beschreiben ausführlich, wie sie die Daten ausgewertet, miteinander diskutiert und Themen zugeordnet haben.

Bestätigbarkeit: Durch die Triangulation gegeben (ein Forscher war zugleich Gruppentherapeut, die anderen zwei waren nicht in die Therapien involviert).

Lemmens et al. (2009)

Messinstrumente

- International Neuropsychiatric Interview (Mini, Overbeek et al., 1999), nominalskaliert. Erfassung ohne Auswertung in der Studie.

Sheehan und Lecrubier (2006) schreiben dem Mini eine hohe Validität und Reliabilität zu.

- Hamilton Rating Scale for Depression (ohne Angabe zu Referenz), ordinalskaliert.

Die HRSD ist nicht referenziert, somit kann keine genaue Aussage darüber gemacht werden.

Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) schreiben der HRSD (Hamilton, 1960) in ihrer Studie eine gute Reliabilität und Validität zu.

- Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961), erfasst zu Beginn, nach 3 und 15 Monaten, ordinalskaliert.

Der BDI weist eine gute Reliabilität und Validität auf (Cohen et al. 2010, Bodenmann et al. 2008, Hochmuth et al., 2010). Differenzierbarkeit zu Angst ist schwierig, sollte deshalb nicht als einziges Diagnoseinstrument eingesetzt werden (Hochmuth et al., 2010).

- Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spanier 1976), Follow up Messung nach 3 und 15 Monaten; ordinalskaliert.

Das DAS zeigt Evidenz bezüglich dem Inhalt, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität sowie eine hohe Skalenreliabilität (Spanier 1976; Klann, Hahlweg und Heinrichs 2003; Dinkel und Balck 2006).

- Subjective emotional health (SEH, ohne Angabe zu Referenz), erfasst zu Beginn, nach 3 und 15 Monaten, ordinalskaliert.

Frage: „Wie würden Sie die momentane emotionale und psychische Verfassung Ihres Partners beschreiben?“ (4Punkt-Likert-Skala; 1schlecht, 2nicht sehr gut, 3ziemlich gut, 4sehr gut).

Zu diesem Assessments sind in der Studie weder Angaben zur Güte zu finden, noch ein Literaturhinweis. Auch im Internet ist hierzu nichts zu finden. Eine Einschätzung der Validität und Reliabilität ist deshalb für die Verfasserinnen der Bachelorarbeit nicht möglich.

- Hospitalisationsdauer in Wochen zu Beginn, Rehospitalisation erfasst nach 15 Monaten, proportionalskaliert
- Behandlungserfolg, definiert als um mindestens 50% verbesserter BDI-Wert (Beck et al., 1961) und Behandlungsremission, definiert als BDI-Wert unter 9 (Beck et al., 1961), erfasst nach 3 und 15 Monaten, ordinalskaliert.
- Antidepressiva-Medikation Menge, erfasst zu Beginn, nach 3 und 15 Monaten, proportionalskaliert.
- Suizidrate, erfasst nach 15 Monaten, nicht angegeben, wie genau gemessen, die Verfasserinnen der Arbeit gehen davon aus, dass hier mindestens eine Ordinalskalierung vorliegt, wenn nicht eine Porportionalskalierung.

Testverfahren

Die Analyse erfolgte basierend auf einer *Intention to Treat Analyse*. Für fehlende Daten wurde der Ansatz der *Maximum Likelihood* verwendet.

Die charakteristischen Ausgangsdaten der Patienten (Alter, Geschlecht, Dauer der Beziehung, Komorbiditäten (...), Daten der Erfassungsinstrumente) in allen drei Gruppen (MFT vs. TAU vs. SFT) wurden anhand *einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA)* und *x2 Analyse* verglichen. Die Daten der beiden ordinalskalierten Assessments werden für die Varianzanalyse als intervallskalierte behandelt. Es besteht die Gefahr, dass diese Daten überinterpretiert werden.

Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit gehen davon aus, dass Daten wie das Alter und Geschlecht unabhängige Variablen sind und die Daten der Erfassungsinstrumente abhängige Variablen, die zu einem Zeitpunkt gemessen streng genommen ordinalskaliert sind, jedoch für die Varianzanalyse als intervallskaliert betrachtet wurden. Den Verfasserinnen der Bachelorarbeit fehlt hier die genaue Beschreibung, welche Daten mit welcher Analyse (Anova oder x2) ausgewertet wurden, um abschliessend bewerten zu können, ob methodisch sinnvoll vorgegangen wurde.

Die Behandlungseffekte wurden mittels *lineargemischtem Modell* für wiederholte Messungen serienmässig verglichen: 3 (MFT vs. TAU vs. SFT) x 3 (Beginn vs. 3 Monate vs. 15 Monate) für die Werte des BDI (Beck et al., 1961). Dies wird von den Verfasserinnen der Bachelorarbeit als methodisch sinnvoll betrachtet.

Und mittels *multivariater ANOVA* 3 (MFT vs. TAU vs. SFT) x 3 (Baseline vs. 3 Monate vs. 15 Monate) x 2 (Patient vs. Partner) für die Werte der SEH (ohne Angabe zu Referenz). Die Daten wurden somit intervallskaliert gehandhabt für die Varianzanalyse, obwohl sie durch die Autoren in der Studie als *Likert-Skala* Werte bezeichnet wurden. Und so streng genommen ordinalskaliert bleiben.

Unterschiede in Anzahl Therapieerfolge und -remission, Rehospitalisierung, Suizidrate und Gebrauch Antidepressiva-Medikation zwischen den Behandlungskonditionen (MFT vs. TAU vs. SFT) wurden mittels *x2 Analyse*, *Fisher's Exact Test* und *einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA)* verglichen. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wurde als *Kovariate* in die Analyse eingegeben.

Seikkula et al. (2013)

Messinstrumente

- Symptom Check List (SCL-90, Derogatis et al., 1973), erfasst zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten, ordinalskaliert.

Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind gegeben. Relativ hohe Cronbach's Alpha Werte werden als Belege für eine zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilität gewertet. Eine globale Inhaltsvalidität im Sinne der Erfassung einer allgemeinen psychischen Belastung scheint gegeben,

die Auswahl von Symptomen ist aber nicht für alle Subskalen überzeugend, besonders Psychotizismus und paranoides Denken (Glöckner-Rist und Stieglitz, 2011).

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1960), erfasst zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten, ordinalskaliert.

- Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961), erfasst zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten, ordinalskaliert. Einzige Erfassung, von der nur die Beginn-Werte tabellarisch aufgeführt sind.

Der BDI weist eine gute Reliabilität und Validität auf (Cohen et al. 2010, Bodenmann et al. 2008, Hochmuth et al., 2010). Differenzierbarkeit zu Angst ist schwierig, sollte nicht als einziges Diagnoseinstrument eingesetzt werden (Hochmuth et al., 2010).

- Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spanier 1976 erfasst zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten, ordinalskaliert.

- Global Assessment of Functioning (GAF, American Psychiatric Association, 1994), erfasst zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten, ordinalskaliert.

Das GAF bewährte sich als reliable und valide Messung psychiatrischer Störungen (Jones, Thornicroft, Coffey und Dunn, 1995).

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, ohne Angabe zu Referenz), erfasst zu Beginn, nach 6, 12, 18 und 24 Monaten, ordinalskaliert.

AUDIT zeigte für viele Samples und Settings einen hohen Grad an interner Konsistenz. Forschung bestätigt einheitlich die Validität vom AUDIT mit vergleichbarer und allgemein übereinstimmender Sensitivität und Spezifität hinsichtlich anderer Alkohol-Screening-Methoden (Reinert und Allen, 2007).

Testverfahren

Die interne Übereinstimmung (Ausgangswerte und Follow up's) von SCL-90 (Derogatis et al., 1973), HRSD (Hamilton, 1960), BDI (Beck et al., 1961) und DAS (Spanier 1976) wurde anhand *Cronbach's Alpha* gemessen.

Die Unterschiede der Veränderungen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe wurden mittels *hierarchischem linearem Modell* analysiert (Mplus Version 6, Muthén und Muthén, 2012):

- Level 1: Vergleich der Testresultate des Individuums während 5 Zeitpunkten (Beginn, 6, 12, 18, und 24 Monate).

- Level 2: Vergleiche der Testresultate zwischen den Individuen. Ein Parameter für die Vergleiche der Ausgangswerte der Kontrollgruppe, sowie ein weiterer für die Unterschiede der Ausgangswerte der Kontroll- und der Interventionsgruppe und weitere für die 4 anderen Parameter.

Der Effekt der wiederholten Messungen wurde mithilfe von *Dummy Variablen* analysiert, fehlende Werte wurden als *Missing on a Random Basis (MAR)* geschätzt.

Aufgrund von Unterschieden der Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich des Alters und des Beschäftigungsstatus wurden die Effekte der Parameter im hierarchischen Modell mittels *Wald Test* kontrolliert. Die klinische Signifikanz der Veränderung wurde mit der *Jacobson-Truax Methode* evaluiert. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit erachten diese Vorgehensweise als methodisch sinnvoll.

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb nicht alle Werte des BDI tabellarisch aufgelistet werden, wie die der anderen Erfassungsinstrumente.

Shimazu et al. (2011)

Messinstrumente

- Family Attitude Scale (FAS, Kavanagh et al., 1997), erfasst zu Beginn und nach 9 Monaten, ordinalskaliert.

Das FAS gilt als reliabler und valider Indikator in Beziehung zwischen Stress und ausgedrücktem Wut (Kavanagh, O'Halloran, Manicavasagar, Clark, Piatkowska, Tennant, Rosen, 1997).

- 5 Minute Speech Sample (FMSS, Magana et al., 1986), erfasst zu Beginn und nach 9 Monaten, ordinalskaliert.

Beim FMSS ist eine prädiktive Validität hinsichtlich klinischen Outcomes bei depressiv Erkrankten nachgewiesen (Hooley, Parker, 2006). Nach Wearden et al. (2000) deuten mehrere Studien darauf hin, dass der FMSS zum Erfassen des EE eine geringere Sensitivität aufweist als das „Camberwell Family Interview“ (CFI). Das CFI gilt als Goldstandard zur Messung der EE, der FMSS gilt als Alternative dazu (Leff et al., 1985).

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, Hamilton, 1967), erfasst zu Beginn und nach 9 Monaten, ordinalskaliert.

Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) schreiben der HRSD in ihrer Studie eine gute Reliabilität und Validität zu.

- Beck Depression Inventory (BDI, Beck et al., 1961), erfasst zu Beginn und nach 9 Monaten, ordinalskaliert.

Der BDI weist eine gute Reliabilität und Validität auf (Cohen et al. 2010, Bodenmann et al. 2008, Hochmuth et al., 2010). Differenzierbarkeit zu Angst ist schwierig, sollte nicht als einziges Diagnoseinstrument eingesetzt werden (Hochmuth et al., 2010).

Testverfahren

Die Zeit bis zum Rückfall zwischen den beiden Gruppen wurde mittels *Kaplan-Meier Überlebensanalyse* verglichen, was von den Verfasserinnen der Bachelorarbeit als methodisch sinnvoll angesehen wird. Ebenso die *Sensitivitätsanalyse (Worst-Case-Szenario)*, mit welcher der Einfluss der vorzeitigen Abbrüche gemessen wurde.

Die *Cox Proportional Hazard Analyse* wurde zur Kontrolle der Einflüsse potentieller Störfaktoren (confounding factors) wie des Alters, Geschlechts des Patienten, der Krankheitsdauer, der HRSD Eingangswerte, des Levels des FMSS zu Beginn und am Ende angewendet. Zur Überprüfung des Einflusses der Expressed Emotions auf die Intervention wurden die Interaktionsdaten mit dem *Cox Proportional Hazard Model* analysiert. Der Einfluss der Intervention auf die EE der Familien wurde mit dem Vergleichen der FMSS und FAS Werte (zu Beginn und nach 9 Monaten) zwischen den beiden Gruppen überprüft. Das Analysieren von möglichen Interaktionen der Einflüsse mittels genanntem Verfahren wird von den Verfasserinnen der Bachelorarbeit als sinnvoll betrachtet.

Die Remissionsraten nach 9 Monaten in beiden Gruppen wurden mit dem *Fisher's Exact Test* verglichen.

Tyrer et al. (2003)

Messinstrumente Es werden keine Assessments aufgeführt.

Testverfahren Es werden keine Testverfahren aufgeführt.

Trustworthiness nach Lincoln und Guba, 1985:

- Credibility (Glaubwürdigkeit): Die Studie ist insofern glaubwürdig, als dass die Autoren die Intervention (Nidotherapie) anhand Fallbeispielen (unterschiedliche Krankheitsbilder und Themen, die

im Alltag angegangen werden) analysiert haben. Dadurch konnten sie aufzeigen, dass das Konzept global anwendbar ist und die Studie ihren Zweck erfüllt. Nämlich das aufzeigen, dass Nidotherapie das systematische Beurteilen und Anpassen der Umwelt umfasst, um den Einfluss der verschiedenen psychischen Störungen auf die einzelnen und die Gesellschaft zu minimieren. Die Autoren konnten mithilfe der unterschiedlichen Fallbeispiele aufzeigen, dass die Therapie das Anpassen der Umwelt des Betroffenen erzielt und nicht primär eine Veränderung der Symptome und des Verhaltens.

- Transferability (Übertragbarkeit): Anhand sechs Fallvignetten zeigen die Autoren das breite Spektrum der Nidotherapie mittels ausführlicher Beschreibung der Hauptprinzipien. In den Fallbeispielen werden sie zudem verdeutlicht, indem die Autoren einen Theorie-Praxis-Transfer beschreiben, mit dem die Intervention nachvollziehbar wird. Zuerst wird die Ausgangssituation mit dem jeweiligen Patienten beschrieben, kurz die Entscheidungsfindung zur Art der Intervention erläutert und am Schluss aufgezeigt, was sich für den Patienten jeweils durch die Umwelтанpassung verändert hat. Jedoch werden zum Untermauern der Veränderungen keine Zitate angegeben.

- Dependability (Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit): Die Dokumentation der Entscheidungspfade der Autoren ist unzureichend dargestellt für eine Beurteilung. Es ist unklar, nach welchen Kriterien die Fallbeispiele zur Nidotherapie aus der Praxis gewählt wurden. Aufgrund mangelnder Methodenbeschreibung ist nicht klar, ob und wie die beschriebenen Personen zur Teilnahme an der Studie zugestimmt haben.

Die Autoren erwähnen, dass die Nidotherapie Elemente aus der kognitiven Therapie, wie auch Ergo- und Familientherapie und der Sozialarbeit nutzt. Diese Elemente werden, nach Ansicht der Verfasserinnen der Bachelorarbeit, zu Ungunsten der Nachvollziehbarkeit nicht erläutert. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit erkennen in der beschriebenen Nidotherapie klare ergotherapeutische Parallelen und fragen sich, weshalb die Autoren nicht näher darauf eingehen. Laut den Autoren kann Nidotherapie zur Erreichung einer Umwelтанpassung bei jeder mentalen Erkrankung angewendet werden, sei jedoch erst anzuwenden, wenn die Symptom- oder Verhaltensänderung eine Grenze erreicht hat und keine weitere signifikante Veränderung mehr zu erwarten ist. Laut den Autoren der Studie ist es falsch, sich auf Umweltveränderungen zu konzentrieren, wenn durch andere Behandlungen ein Gewinn erzielt werden könnte. Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit können nicht vollumfänglich nachvollziehen, weshalb diese Art der Therapie abzuwarten ist und nicht parallel zu den anderen Therapien stattfinden kann.

Die Nidotherapie soll laut den Autoren vorerst als Behandlungsstrategie angesehen werden, da es für spezifische Behandlungsinterventionen noch weitere Forschung, möglichst ein RCT, benötigt. Zur Studiendurchführung selber haben die Autoren keine Limitationen aufgeführt.

- Confirmability (Bestätigbarkeit): Die Studie ist nicht nach der wissenschaftlichen Struktur der Einleitung (welches Ziel und Zweck verfolgt die Studie), der Methode (wie sind die Forscher vorgegangen), der Resultate (was wurde herausgefunden) und der Diskussion (Was bedeuten die Resultate) gegliedert. Die einzelnen Aspekte müssen durch den Leser im Text zusammengesucht werden, wobei zur Methode der Studie nichts und zur Diskussion kaum etwas zu finden ist. Ob die Forschenden selbst die Intervention durchgeführt haben, wird nicht beschrieben. Wegen der fehlenden Angaben lässt sich deshalb kaum etwas über die Bestätigbarkeit aussagen, wie zum Beispiel über eine Begleitung durch eine externe Person.

Die Verfasserinnen der Bachelorarbeit gehen davon aus, dass es sich bei Tyrer et al. (2003) um eine dokumentierte klinische Beobachtung handelt. Da nach einer Internetrecherche nichts gefunden wurde, wie solche klinischen Dokumentationen kritisch bearbeitet werden können, haben sich die Verfasserinnen der Bachelorarbeit entschieden, dies nach Lincoln und Guba, 1985 zu tun.

11.7 Zuordnung der Effekte nach ICF-Core-Set Depression

Körperfunktion b

Nach Shimazu et al. (2011) wird durch Familienpsychoedukation die Rückfallrate bei einer schweren Depression im Vergleich zur gewöhnlichen Therapie reduziert. Noch vor den Follow-up Assessments nach 9 Monaten haben in der Interventionsgruppe zwei (8%) und in der Kontrollgruppe 15 (50%) der Patienten einen Rückfall erlitten. Die Zeit zum Rückfall ist bei der Familienpsychoedukation signifikant länger als bei der standardisierten ambulanten Therapie (Shimazu et al. 2011).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 130 „Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs“, b 140 „Funktion der Aufmerksamkeit“, b 1266 „Selbstvertrauen“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 1265 „Optimismus“, b 160 „Funktion des Denkens“, b 134 „Funktion des Schlafes“, b 1302 „Appetit“)

Die Remissionsrate zeigt einen signifikanten Unterschied nach 9 Monaten, so haben 83% der Patienten der Familienpsychoedukation und 33% der standardisierten Behandlung eine Remission erreicht (Shimazu et al. 2011).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 130 „Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs“, b 140 „Funktion der Aufmerksamkeit“, b 1266 „Selbstvertrauen“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 1265 „Optimismus“, b 160 „Funktion des Denkens“, b 134 „Funktion des Schlafes“, b 1302 „Appetit“)

Es hat sich keine signifikante Reduktion des EE mittels des „Five Minute Speech Sample“ (FMSS) und des „Family Attitude Scale“ (FAS) nach der Familienpsychoedukation gezeigt. Dies weist darauf hin, dass die EE Baseline den Behandlungseffekt nicht mildernd beeinflusst (Shimazu et al., 2011).

→ (b 126 „Funktionen von Temperament und Persönlichkeit“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 1521 „Affektkontrolle“)

Wobei zu sagen ist, dass die Rückfallrate in beiden Gruppen grösser bei den Patienten mit höherem EE ist als bei jenen mit tieferen EE-Levels (Shimazu et al., 2011).

→ (b 126 „Funktionen von Temperament und Persönlichkeit“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 1521 „Affektkontrolle“)

Erholung von der Depression, gemessen mit dem Beck Depression Inventory (BDI). In beiden Gruppen reduzierte sich der BDI über 2 Jahre. Bei der Paartherapiegruppe von 23.6 auf 10.2. Nach 2 Jahren haben sich 79% der Patienten der Paartherapiegruppe entweder erholt oder signifikant verbessert. Bei der Treatment as usual Gruppe von 24.8 auf 12.6. Nach 2 Jahren haben sich 70% der Kontrollgruppe entweder erholt oder signifikant verbessert (Seikkula et al., 2013).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“ unter anderem, b 1800 „Selbstwahrnehmung“)

Eine signifikante Veränderung fand bezüglich genereller psychischer Gesundheit zugunsten der Paartherapiegruppe von Beginn bis zum 6-monatigen follow-up hinsichtlich Schweregrad der Depression (HDRS) depressiver Symptome (gemessen mit SCL-90), Funktionsniveau (GAF) und Alkoholkonsum (AUDIT) statt. In den nachfolgenden follow-ups konnten keine zusätzlichen Unterschiede erkannt werden (Seikkula et al., 2013).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“ unter anderem, b 130 „Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs“)

Behavioural Marital Therapy (BMT) und Einzeltherapie bringen gleichwertige Outcomes bezüglich der Symptomreduktion mit sich (Beach 2003 in Beach et al., 2012).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“ unter anderem)

Messbar sind hoch signifikante Änderungen der Depression in allen drei Behandlungsarten (COCT, IPT, CT). Jedoch sind keine signifikanten Unterschiede bei den Veränderungen der Depression zwischen der paarbasierten- und den beiden Einzeltherapien ersichtlich (Bodenmann et al., 2008 in Beach et al., 2012).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“ unter anderem)

Es sind starke Unterschiede der EE (FMSS) zwischen den Behandlungsarten aufgefallen. Die Partner in der COCT zeigten eine wesentliche Abnahme der Vorwürfe gegenüber des depressiven Partners, was bei der IPT und CT nicht beobachtet wurde (Bodenmann et al., 2008 in Beach et al., 2012).

→ (b126 „Funktionen von Temperament und Persönlichkeit“, b 152 „Emotionale Funktionen“, b 1521 „Affektkontrolle“)

Es zeigen sich deutlich signifikante Unterschiede bei der Anzahl Veränderungen der Depression zwischen den Patientinnen der „Brief Couple Therapy for Depression“ (BCT) und der Kontrollgruppe. Patientinnen der BCT zeigen eine signifikant höhere Reduktionen in der Depression als diejenige in der Kontrollgruppe (HRSD und BDI-II- Werte) (Cohen et al., 2010 in Beach et al., 2012).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“ unter anderem)

Signifikanter Rückgang des erlebten Schweregrads der Depression mittels „Beck Depression Inventory“ (BDI) über die Zeit bei allen Behandlungsarten ohne signifikante Unterschied zwischen TAU und SFT/MFT festgestellt. Wobei das Zurückgehen der depressiven Symptome bei den Patienten der beiden Familieninterventionen ausgeprägter als bei TAU ist. Der BDI der TAU verbesserte sich vor allem in den ersten 3 Monaten und blieb dann etwa gleichbleibend, wobei sich der BDI bei den Patienten in SFT und MFT kontinuierlich auch während des Follow-ups von 15 Monate verbesserte (Lemmens et al., 2009).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“ unter anderem, b1800 „Selbstwahrnehmung“)

Zwischen SFT, MFT und TAU sind zwischen der Entlassung und dem 15-monatigen Follow-up keine signifikanten Unterschiede bezüglich Suizidraten messbar (Lemmens et al., 2009).

→ (b 160 „Funktion des Denkens“, b 1263 „Psychische Stabilität“)

Patienten der MFT und der SFT haben im Vergleich zur TAU bei der „Wahrnehmung der subjektiven Gesundheit“ (SEH) des Partners Verbesserungen wahrgenommen

SEH der Patienten wurde durch die Partner bei der SFT und der MFT nach 3 und 15 Monaten als verbessert angesehen. Hingegen wurde bei der TAU erst nach 15 Monaten Verbesserungen des SEH durch den Partnern erfasst (Lemmens et al., 2009).

→ (b 1263 „Psychische Stabilität“, b 152 „Emotionale Funktionen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist der Gewinn neuer Erkenntnisse. Dieser wurde häufig als hilfreich angegeben von Patienten und Partnern. Beide gaben an, dass die Gruppensessionen zu neuen Erkenntnissen über sich selbst führten (Helleman et al., 2011).

→ (b 1180 „Selbstwahrnehmung“, b 1644 „Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist der Gewinn neuer Erkenntnisse. Dieser wurde häufig als hilfreich angegeben von Patienten und Partnern. Beide gaben an, dass die Gruppensessionen zu neuen Erkenntnissen über die Depression und deren Behandlung führten („That the recovery process will take a long time for everybody.“, Patientin, 44 Jahre) (Helleman et al., 2011).

→ (b 164 „Höhere kognitive Funktionen“, b 1644 „Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen“, b 1645 „Das Urteilsvermögen betreffende Funktionen“)

Aktivität und Partizipation d

Familien von Patienten mit psychischen Störungen sind häufig selber markant gestresst (Shimazu et al., 2011).

→ (d 240 „Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“)

Familien von Patienten mit psychischen Störungen isolieren sich sozial ähnlich wie Betroffene (Shimazu et al., 2011).

→ (d 750 „Informelle soziale Beziehungen“)

Die Reduktion der Belastung der Angehörigen kann dem Patienten ein mehr unterstützendes Umfeld Zuhause bieten (Shimazu et al., 2011).

→ (d 240 „Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“)

Bezüglich Beziehungszufriedenheit (DAS) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Seikkula et al., 2013).

→ (d 760 „Familienbeziehungen“, d 770 „Intime Beziehungen“)

Bei einer Verbesserung des Anstellungsstatus, zeigten sich signifikante Veränderungen in der Beziehungszufriedenheit der Ehepartner (DAS) und signifikante Veränderungen im GAF und BDI des Patienten (Seikkula et al., 2013).

→ (d 845 „Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden“)

Durch die Anwendung der „Coping Oriented Couples Therapy“ (COCT) wird vor allem denjenigen Paaren ein hohes Potential zugeschrieben, die nicht unter Ehedistress leiden. COCT kann in diesen Fällen stressgenerierende Prozesse unterbrechen, welche sonst vergessen gehen, besonders solche, die mit dem EE in Beziehung stehen. Da die COCT keine signifikanten Änderungen in der Ehezufriedenheit mit sich bringt, sollte diese Therapieart mit Vorsicht bei depressiven Paaren, welche mehr als eine milde Beziehungsunzufriedenheit aufzeigen, eingesetzt werden (Bodenmann et al., 2008 in Beach et al., 2012).

→ (d 240 „Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“, d 760 „Familienbeziehungen“)

Bei der „Behavioural Marital Therapy“ (BMT) zeigten sich höhere Verbesserungen in der Ehefunktion. Wenn Beziehungsdistress vorhanden ist, zeigt die BMT im Vergleich zur Einzeltherapie eine signifikante Reduktion des Beziehungsdistress (Beach, 2003 in Beach et al., 2012).

→ (d 760 „Familienbeziehungen“, d 770 „Intime Beziehungen“)

Entgegengesetzt der Erwartungen sind hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Beziehungsqualität und dyadischen Bewältigung von externem Stress, welcher die Beziehung beeinflusst (PFD, DCI) keine signifikanten Unterschiede zwischen COCT, IPT, CT messbar (Bodenmann et al., 2008 in Beach et al., 2012).

→ (d 760 „Familienbeziehungen“, d 770 „Intime Beziehungen“)

Durch die Nidotherapie kann das jetzige Zuhause von Patienten mit Tendenz zum wiederkehrenden umziehen zu einem längerfristigen Zuhause umgewandelt werden. Individuelle Bedürfnisse wie das Abschirmen vor Nachbarn kann durch das Anbauen von Pflanzen erreicht werden (Tyrer et al., 2003).

→ (d 570 „auf seine Gesundheit achten“, d 710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“,)

Die Nidotherapie kann durch gezieltes Aufzeigen der Konsequenzen bei Patienten mit aggressivem Verhalten und klaren Abmachungen mit dem Umfelds Aggressionen reduzieren (Tyrer et al., 2003).

→ (d 720 „Komplexe interpersonelle Interaktionen“)

Mittels klaren Absprachen mit dem Umfeld innerhalb der Nidotherapie kann das Verwirklichen sozialer Rollen des Patienten (die z.B. durch das Umfeld unterdrückt werden) erreicht werden und die soziale Funktionsfähigkeit des Patienten verbessert werden (Tyrer et al., 2003).

→ (d 570 „Auf seine Gesundheit achten“, d 710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“, d 750 „Informelle soziale Beziehungen“, d 760 „Familienbeziehungen“)

Durch gezielte Absprachen innerhalb der Familie können durch die Nidotherapie die Zusprache von Verantwortungen, sowie das Erstellen von Rückzugsorten und mehr Zeit für sich selber erreicht werden (Tyrer et al., 2003).

→ (d 570 „Auf seine Gesundheit achten“, d 920 „Erholung und Freizeit“)

Durch das Mentoring des Nidotherapeuten wird der Patient befähigt Entscheidungen zu treffen und sich selber zukünftig zu organisieren wie er seine Symptome durch das Ändern des Umfelds reduzieren kann (Tyrer et al., 2003).

→ (d 177 „Entscheidungen treffen“, d 570 „Auf seine Gesundheit achten“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren sind Zusammenhalt und Verständnis. Patienten und ihre Partner gaben es als hilfreich an, eine Art von Teamgefühl und Gruppenzugehörigkeit erfahren zu können. Sie profitierten von der entstandenen affektiven Bindung / Beziehung zwischen den Gruppenteilnehmern („A form of cohesion.“, Patient, 54 Jahre, „The team feeling.“, Partner, 40 Jahre) (Hellemans et al., 2011). Auch das empfundene Gefühl des verstandenen Werdens in der Gruppe wird als hilfreich angegeben („... people who understand you.“, Partner, 39 Jahre, „To feel understood is very comforting.“, Patientin, 37 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (d 710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“, d 750 „Informelle soziale Beziehungen“, d 760 „Familienbeziehungen“)

Im Gegensatz zu den Partnern erwähnten die Patienten darüber hinaus das Vorkommen Zusammenhalt und Verständnis in der Partnerschaft. Das Erfahren von Zusammenhalt, Unterstützung und Verständnis ihres Partners, gaben sie als hilfreich an („The support and understanding of my partner.“, Patientin, 53 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (d 770, „Intime Beziehungen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist Selbstoffenbarung. Scheinbar wurde über die hilfreiche Erfahrung hinsichtlich dieses therapeutischen Faktors in zweierlei Hinsicht berichtet: Patienten und Partner fanden es hilfreich, wenn sie sich selbst in der Gruppe offenbaren konnten („That I could express that a relationship should be equal and balanced.“, Patientin, 54 Jahre, „I found most important that thoughts could be expressed in the group...“, Partner, 50 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (d 350 „Konversation“, d 710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist die Diskussion. Das Diskutieren über verschiedene Themen wurde von Patienten und Partnern als hilfreich angegeben. Beide betonten, dass sie sowohl von den Diskussionen über verschiedene Themen mit den eigenen Familienmitgliedern, wie auch mit anderen Gruppenmitgliedern und den Therapeuten profitieren konnten. Häufig genannte Themen waren; Kinder, Krankheit und deren Behandlung und Beziehungsthemen („Discussions with the children and partners of our and other families.“, Patientin, 49 Jahre, „Discussing relationships of the children.“, Partner, 47 Jahre). (Hellemans et al., 2011).

→ (d 355 „Diskussion“, d 350 „Konversation“, d 710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“)

Vor allem die Tatsache, mit Leidensgenossen sprechen zu können, wurde als nützlich angesehen („To discuss problems 'more easily' with persons with similar problems.“, Partner, 49 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (d 660 „Anderen helfen“, d 750 „Informelle soziale Beziehungen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren sind Beobachtungserfahrungen, die als wichtig in der Multi-Family Gruppe berichtet wurden. Genannt wurden das Lernen durch beobachten, Erfahren von Allgemeingültigkeit und Entdecken von Gemeinsamkeiten („That there are also others with the similar problems is comforting.“, Patientin, 44 Jahre, „To hear similar problems in the other couples.“, Partner, 39 Jahre) und Unterschieden

(“That other partners are sometimes less understanding than my partner.”, Patientin, 39 Jahre)
(Hellemans et al., 2011).
→ (d 163 „Denken“)

Umweltfaktoren e

Die Familienpsychoedukation kann den Angehörigen benötigte Informationen zur Verfügung stellen (Shimazu et al., 2011).
→ (e 580 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“, e 355 „Fachleute der Gesundheitsberufe“)

Das Zusammentreffen von Familien in ähnlichen Situationen kann zusätzlich den Distress reduzieren (Shimazu et al., 2011).
→ (e 325 „Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder“)

Die Patienten der Paartherapiegruppe hatten signifikant weniger Behandlungseinheiten als jene der Kontrollgruppe. Alles in allem hatte die Paartherapiegruppe ungefähr 21 Behandlungseinheiten und die Kontrollgruppe 65 über 2 Jahre (beinhaltet Paartherapie, Psychotherapie, psychiatrische Konsultation oder Ergotherapie). Seikkula et al. (2013) vermuten, dass durch das Einschliessen des Ehepartners in die Therapie eines depressiv Erkrankten eine viel schnellere Besserung der psychischen Gesundheit stattfinden kann mit weniger Behandlungen über den Zeitraum von zwei Jahren. (Seikkula et al., 2013).
→ (e 460 „Gesellschaftliche Einstellungen“, e 580 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“)

Bei Patienten der Kontrollgruppe, die nach neun Monaten Paartherapie in Anspruch nahmen, traten nach deren Start positive Veränderungen auf. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen Fällen der Einbezug des Ehepartners ein fördernder Faktor für eine Veränderung war (Seikkula et al., 2013).
→ (e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“)

Zu Beginn hatten 61% der Patienten Antidepressiva. Es entwickelten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der durchschnittlichen Länge der Medikation.
- Paartherapiegruppe: 48%, nach 2 Jahren noch 32%. 5 Patienten (16%) keine Medikation.
- Kontrollgruppe: 68%, nach 2 Jahren noch 44% der Kontrollgruppe. 2 Patienten (9%) keine Medikamente (Seikkula et al., 2013).
→ (e 1101 „Medikamente“)

Patienten der Gruppe „Brief Couple Therapy for Depression“ (BCT) erreichten signifikant höhere, wenn auch bescheidene, Verbesserungen in der Beziehungszufriedenheit (Dyadic Adjustment Scale, DAS), sowie zusätzliche Verbesserungen in der „Family Distress Scale for Depression“ (FDSD) und der „Illness-Related Behaviors and Attitudes Scale“, (IRBAS), was laut Cohen et al. (2010) darauf hindeutet, dass die wahrgenommenen Belastungen reduziert und eine höhere Akzeptanz durch die Therapie erreicht wurde (Cohen et al., 2010 in Beach et al., 2012).
→ (e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“, d 240 „Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“)

Die Intervention von Cohen et al. (2010) ist sehr kompakt, was Potential für signifikante Kosteneffektivität bezüglich paarbasierten Interventionen hat. Die Intervention ergänzt mit dem Fokus auf nondistressed oder wenig distressed Paare mit einem depressiven Partner länger dauernde, traditionelle Ansätze für Eheberatung mit disharmonischen Paaren. (Cohen et al., 2010 in Beach et al. 2012).
→ (e 460 „Gesellschaftliche Einstellungen“, e 580 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“)

Zwischen SFT, MFT und TAU sind zwischen der Entlassung und dem 15-monatigen Follow-up keine signifikanten Unterschiede bezüglich Rehospitalisation, Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Dienste messbar (Lemmens et al., 2009).

→ (e 580 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“)

SFT und MFT helfen dem Partner, Verbesserungen der Stimmung des Patienten früher als bei der TAU wahrzunehmen. Laut Lemmens et. al (2009) kann dies auf eine Verbesserung der Awareness des Angehörigen zurückzuführen sein, da dieser leichte Besserungen in der Stimmungen wahrnehmen kann oder dass die Familiendiskussionen über die Ressourcen des Patienten, den Partnern geholfen hat, die Depression schneller relativieren zu können (Lemmens et al., 2009).

→ (e 310 „Engster Familienkreis“, e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“)

SFT und MFT helfen stationären depressiven Patienten die Einnahme von Antidepressiva zu reduzieren. Nach 15 Monaten haben bei TAU 0%, bei SFT 16% und bei MFT 26% der Patienten ihre Antidepressiva abgesetzt, was bei MFT im Vergleich zu TAU signifikant, jedoch bei SFT im Vergleich zu TAU nicht signifikant bewertet wird (Lemmens et al., 2009).

→ (e 1101 „Medikamente“)

Die Autoren ziehen in Betracht, dass Familientherapien, welche länger als 7 Sessions dauert bedeutendere Behandlungseffekte mit sich bringen könnten (Lemmens et al., 2009).

→ (e 580 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“)

Mittels klaren Absprachen mit dem Umfeld innerhalb der Nidotherapie kann der Wunsch des Patienten nach einem bestimmten Lebensstil gewahrt werden, die Akzeptanz des Umfelds gegenüber des Patienten erzielt werden (Tyrer et al., 2003).

→ (e 425 „Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen“, e 460 „Gesellschaftliche Einstellungen“, e 465 „Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen“)

Es resultierten keine bedeutenden Unterschiede zwischen der Bedeutung der Antworten der Patienten und deren der Partner. Beide berichteten über ähnliche Erfahrungen, welche für sie und ihre Familien hilfreich in der Multi-Family Gruppe sind (Hellemans et al., 2011).

→ (e 425 „Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen“, e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist die Anwesenheit anderer Personen. Die Patienten profitierten insbesondere von der Anwesenheit der eigenen Familie (Partner und Kinder), obwohl die Anwesenheit anderer Familien auch als hilfreich angegeben wurde. Sie schätzten, dass die eigenen Familienmitglieder in die Behandlung mit einbezogen wurden und daran teilnahmen. („Participation in treatment was not easy for my family, but they have been able to do it.“, Patientin, 40 Jahre, „....the presence of the other partners...“, Patientin, 50 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (e 310 „Engster Familienkreis“, e 325 „Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder“)

Die Partner der Patienten gaben hauptsächlich die Anwesenheit der anderen Partner und die Gruppe im Allgemeinen als hilfreich an.

(„Meeting other partners.“, Partner, 52 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (e 325 „Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist Offenheit.

Patienten und Partner gaben dies als hilfreich an. Wieder unterstrichen die Patienten im Gegensatz zu den Partner mehr den hilfreichen Effekt offener Meinungen auf die eigene Familie („That

my partner has opened himself.”, Patientin, 45 Jahre, “Openness from patients and partners....”, Partnerin, 49 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“, e 425 „Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist

Selbstoffenbarung. Die Erfahrung der Selbstoffenbarung der eigenen Familienmitglieder oder diejenige anderer Gruppenmitglieder wurde als hilfreich angesehen (“That my children could express their opinions and feelings...”, Patientin, 54 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“, e 425 „Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist der Gewinn neuer Erkenntnisse. Dieser wurde häufig als hilfreich angegeben von Patienten und Partnern. Beide gaben an, dass die Gruppensessionen zu neuen Erkenntnissen über die Beziehungen führte (“We're stuck in our relationship and urgently need some couple therapy.”, Patientin, 51 Jahre, “Talking with others helps.”, Partner, 43 Jahre, “That our children like to be home alone with a baby sitter.”, Partner, 43 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (e 410 „Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises“)

Zu den genannten hilfreichen Beobachtungserfahrungen gehörte auch das Mitbekommen der Fortschritte, die andere machen. Patienten und Partner profitierten scheinbar direkt vom Verhalten, von Interaktionen und Coping der anderen Gruppenmitglieder. Die Patienten gaben vor allem das Hören der Geschichten der anderen als hilfreich an (“Listening to the experiences of others.”, Patientin, 44 Jahre). Die Partner fokussierten eher auf die erzählten Lösungen. Sie schätzten das Erlernen neuer Copingstrategien im Umgang mit der Depression und Beziehungsthemen (“I've curiously listened to the responses of the others, how other families are experiencing depression and are dealing with it.”, Partnerin, 39 Jahre)

(“Seeing progress in other group members.”, Partner, 47 years). Das Entdecken der Universalität der Probleme sowie das Erleben von ähnlichen und verschiedenen gesammelten Erfahrungen und Fortschritte wurden seitens der Patienten und der Partner als unterstützend angegeben (“I've found it important that I was not the only one suffering with depression.”, Patientin, 31 Jahre, “The things that you feel, you're not the only one who's thinking that way. This is comforting to me.”, Partner, 40 Jahre) (Hellemans et al., 2011).

→ (e 425 „Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen“)

Eine der acht resultierten wiederkehrenden therapeutischen Faktoren ist die

Anleitung durch den Therapeuten. Vor allem die Partner verwiesen auf die nützlichen Effekte durch die Therapeuten. Die Partner verstanden häufig nicht vollständig, was mit ihrem kranken Partner los ist und fühlten sich schuldig, nicht fähig zu sein, angemessen zu helfen. Das Erhalten von Informationen über Depression und deren Verlauf durch die Therapeuten wurde hierfür als hilfreich angesehen (“That it was made (by the therapist) clear that the recovery is not going to be a straight line (that there may be relapses).”, Partner, 48 Jahre, “The examples of the therapist concerning how to deal with the children.”, Partner, 42 Jahre). (Hellemans et al., 2011).

→ (e 450 „Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe“, e 580 „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“)

Haupt und Nebensymptome einer Depression nach ICD-10

- Gedrückte depressive Stimmung b 1263 „Psychische Stabilität“
- Interessenverlust, Freudlosigkeit b 152 „Emotionale Funktionen“
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit b 130 „Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs“
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit b 140 „Funktion der Aufmerksamkeit“
- Vermindert Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen b 1266 „Selbstvertrauen“

- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit b 152 „Emotionale Funktionen“
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven b 1265 „Optimismus“
- Suizidgedanken/-handlungen b 160 „Funktion des Denkens“
- Schlafstörungen b 134 „Funktion des Schlafes“
- Verminderter Appetit b 1302 „Appetit“

Zusammenfassung Körperfunktionen

Anhand der Zuordnung der berichteten Resultate zu den Körperfunktions-Items des ICF Coresets für Depression () kann gesagt werden, dass die Teilnahme an Familientherapien insbesondere positive Effekte auf die psychische Stabilität (b1263) und emotionalen Funktionen von depressiv Erkrankten (b152) haben.

Zudem können Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (b126), der psychischen Energie und des Antriebs (b130), die Funktion des Schlafes (b134), der Aufmerksamkeit (b140), des Denkens (b160) und höhere kognitive Funktionen (b164) positiv beeinflusst werden.

Des Weiteren kann anhand der Zuordnung gesagt werden, dass die Effekte Optimismus (b1265), Selbstvertrauen (b1266), Appetit (b1302), Affektkontrolle (b1521) positiv beeinflussen können, sowie das Einsichtsvermögen (b1644) und das Urteilsvermögen betreffende Funktionen (b1645) und die Selbstwahrnehmung (b1800).

10	b 1263 „Psychische Stabilität“
8	b 152 „Emotionale Funktionen“
3	b 126 „Funktionen von Temperament und Persönlichkeit
3	b 130 „Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs“
2	b 134 „Funktion des Schlafes“
2	b 140 „Funktion der Aufmerksamkeit“
3	b 160 „Funktion des Denkens“
1	b 164 „Höhere kognitive Funktionen“
2	b 1265 „Optimismus“
2	b 1266 „Selbstvertrauen“
2	b 1302 „Appetit“
3	b 1521 „Affektkontrolle“
2	b 1644 „Das Einsichtsvermögen betreffende Funktionen“
1	b 1645 „Das Urteilsvermögen betreffende Funktionen“
3	b1800 „Selbstwahrnehmung“

Zusammenfassung Aktivität und Partizipation

Im Bereich der Aktivität und Partizipation sind anhand der genannten Effekte mehrheitlich Verbesserungen der Familienbeziehungen (d760), der intimen Beziehungen (d750) und mit Stress und anderen physischen Anforderungen umgehen (d 240) erkennbar. Weiter werden auch Komponente der Elementaren (d710) sowie der komplexen (d 720) interpersonellen Aktivitäten, informelle soziale Beziehungen (d750), eine Arbeit erhalten, behalten und beenden (d845) und auf seine Gesundheit achten (d570) positiv beeinflusst.

4	d 760 „Familienbeziehungen“
4	d 750 „Informelle soziale Beziehungen“
4	d 770 „intime Beziehungen
3	d 240 „Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“
1	d 710 „Elementare interpersonelle Aktivitäten“,
1	d 720 „Komplexe interpersonelle Interaktionen“
1	d 845 „Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden“
1	d 570 „auf seine Gesundheit achten“

Zusammenfassung Umweltfaktoren

Bezüglich Umweltfaktoren hat die Teilnahme an Familientherapien insbesondere positive Effekte auf die individuellen Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises (e410) und der Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen (e425). Positive Effekte fallen in diesem Zusammenhang auch auf Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens (e580).

Weiter können positive Effekte bezüglich Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen (d240), engstem Familienkreis (e310), Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitgliedern (e325), Fachleuten der Gesundheitsberufe (e355) und deren individuelle Einstellungen (e450), gesellschaftlichen Einstellungen (e460) und gesellschaftlichen Normen, Konventionen und Weltanschauungen (e465) identifiziert werden. Nicht zu vergessen sind die positiven Effekte auf die Medikation („Medikamente“, e1101).

- 7 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises (e410)
- 5 Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen (e425)
- 6 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens (e580)
- 1 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen (d240)
- 2 Engster Familienkreis (e310)
- 3 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder (e325)
- 1 Fachleute der Gesundheitsberufe (e355)
- 1 Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe (e450)
- 3 Gesellschaftliche Einstellungen (e460)
- 1 Gesellschaftliche Normen, Konventionen und Weltanschauungen (e465)
- 2 Medikamente (e1101)