



Bachelorarbeit

Komorbidität - Sucht und Depression

Verfasserinnen: Lena Telkmann Lea Vrielink

Studentennummer: 440864 432641

T.AMM.37489

Lena Telkmann
Sandstraße 34
49740 Haselünne
Studentennummer: 440864

Lea Vrielink
Ahornstraße 4
49828 Georgsdorf
Studentennummer: 432641

Studiengang: Sozialpädagogik

Fachbereich: Sozialwesen

Seminarbezeichnung: SE 9.2 Bachelor-Thesis

Thema: Komorbidität – Sucht und Depression

Prüfungscode: T.AMM. 37489

Begleitender Dozent: Lutz Siemer

Saxion University of Applied Sciences Enschede

Haselünne / Georgsdorf, 09.02.2018

Vorwort

Die folgende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema: „Komorbidität - Sucht und Depression“ und lässt betroffene Patienten zu Wort kommen. Im Rahmen des Abschlussverfahrens sind wir dazu angehalten eine Forschung durchzuführen und die entsprechende Bachelor Thesis anzufertigen. Hierzu haben wir mit der Fachklinik Hase-Ems in Haselünne kooperiert. Das Interesse an dem Thema wurde durch unser Arbeitsfeld und dem täglichen Kontakt mit Betroffenen geweckt. Lena arbeitet in der oben genannten Klinik und Lea in der psychiatrischen Abteilung der Euregio-Klinik in Nordhorn. Durch die Überschneidung der Bereiche Sucht und psychiatrische Erkrankung, insbesondere Depression, wurde uns deutlich, dass das Thema Komorbidität immer mehr in den Vordergrund unserer Arbeit tritt. Dadurch entstand die Motivation die Forschung mit Betroffenen durchzuführen, um ihre Anliegen und Wünsche bezüglich der parallelen Behandlung beider Krankheitsbilder, während eines vollstationären Settings deutlich zu machen. Zudem war es unsere Absicht zu untersuchen, inwieweit sich die parallele Behandlung beider Störungsbilder auf die Betroffenen auswirkt und welche Veränderungen dadurch hervorgerufen werden können.

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Bachelor Thesis bestand darin die Wirksamkeit der Depressionsgruppe der Fachklinik Hase - Ems zu evaluieren und die persönlichen Anregungen der Patienten im Hinblick auf die zukünftigen Depressionsgruppen bei nachfolgenden Patienten herauszuarbeiten. Die Verfasser haben sich sowohl für eine quantitative als auch eine qualitative Forschung entschieden. Es wurde eine Prä - und Postmessung hinsichtlich der Depressionsgruppe mit dem BDI II Fragebogen bei 30 Probanden durchgeführt. Zusätzlich haben die Verfasser von der Stichprobe zehn Patienten im Face to Face Interview befragt. Durch die Depressionsgruppe sinken die Werte des BDI II im Durchschnitt um 8.2 Punkte. Der Signifikanzwert p beträgt $p < 0.01$ und die Effektstärke 1.32. Bei der persönlichen Befragung der Patienten zeigte sich, dass sich alle eine Teilnahme an der Depressionsgruppe über einen längeren Zeitraum wünschen. Zudem wurde der Wunsch nach mehr Praxisanteilen während der Einheiten geäußert. Somit werden in der Bachelor Thesis Empfehlungen für die Fachklinik Hase - Ems und weitere Suchtkliniken in Deutschland ausgesprochen, indem sich die Einrichtungen zusammensetzen und auf der Mesoebene ein Konzept ausarbeiten, welches zur Verbesserung der Behandlung von Patienten, mit komorbider depressiver Symptomatik führt.

The aim of this thesis was to evaluate the success of the depression group held at the Fachklinik Hase – Ems and to work out the personal suggestions of the patients with regard to the future depression groups in subsequent patients. The authors decided to use quantitative as well as qualitative research tools. The thesis measured scores of 30 patients that attended the depression group, scores were taken prior attendance and after completion using the BDI II questionnaires. Additionally, the authors interviewed 10 patients from the pool of participants. Results showed that average scores on the BDI II questionnaire were 8.2 % lower once patients completed the depression group. The significance value p is $p < 0.01$ and the effective power is 1.32. The personal survey of the patients showed that everyone wished to participate in the depression group over a longer period of time. Therefore, this Bachelor thesis will discuss recommendation for the Fachklinik Hase – Ems as well as other facilities that specialise in substance misuse by suggesting a collaboration of various faculties using meso-analysis strategies that enable more successful recovery rates of patients with dual diagnosis (mental health and substance misuse).

Abkürzungsverzeichnis

BDI II	=	Beck-Depressions-Inventar
DD	=	Doppeldiagnose
DRV	=	Deutsche Rentenversicherung
SPSS Programm	=	Statistical Package for the Social Sciences Programm

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Suchtdreieck	6
Abbildung 2: Stichprobenzusammensetzung.....	16
Abbildung 3: Boxplot Grafik	33
Abbildung 4: Paired Samples Test	33

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Einleitung zum Thema Komorbidität: Sucht und Depression.....	2
2.1 Gesellschaftliche Relevanz und epidemiologische Daten.....	2
2.2 „Komorbidität“	4
2.3 „Sucht“	5
2.3.1 „Alkoholabhängigkeit“	7
2.3.1 „Drogenabhängigkeit“	9
2.3.3. „Polytoxikomanie“	9
2.4 „Depression“	9
2.5 „Depressionsgruppe“	10
3 Forschungsrahmen	11
3.1 Ziel der Forschung.....	11
3.2 Forschungsfragen.....	12
3.3 Projektrahmen	13
3.4 Forschungsart	13
3.5 Forschungsdesign	14
3.6 Forschungsmethode.....	14
3.7 Population	15
3.8 Forschungsinstrumente	17
3.8.1 Wissenschaftliche Gütekriterien	21
3.8.2 Fehlerquellen	23
3.8.3 Transkription.....	24
4 Darstellung der Ergebnisse	24
4.1 Vorstellung der Befragten.....	24
4.2 Methodik der Datenerhebung und -auswertung des BDI II-Fragebogens	32
4.3 Methodik der Datenerhebung und -auswertung der Interviews.....	32
5 Diskussion	38
5.1 Schlussfolgerung	38
5.1.1 Vergleich der prä und post Messung.....	38
5.1.2 Veränderungen durch die Gruppensitzungen	39
5.1.3 Verbesserungsvorschläge.....	39
5.1.4 Beantwortung der Hauptfrage	40
5.2 Empfehlung.....	41

5.2.1 Empfehlung für die Fachlink Hase-Ems.....	41
5.2.2 Empfehlung für mögliche Folgestudien.....	42
5.3 Stärken und Schwächen der Forschung.....	42
6 Ausblick	43
7 Literaturverzeichnis.....	45
8 Anhang	48

1 Einleitung

Die vorliegenden Bachelor Thesis befasst sich mit dem Thema: „Komorbidität - Sucht und Depression“ und lässt betroffene Patienten zu Wort kommen. Die Forschung hat in der Fachklinik Hase Ems der Caritas GmbH in Haselünne stattgefunden. Im Mittelpunkt stand die Depressionsgruppe, welche als feste Therapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung der Fachklinik verankert ist. Sie wurde durch den „Beck-Depressions-Inventar“ (BDI II) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) Fragebogen und persönliche Interviews auf ihre Effizienz hin überprüft. Zudem wurde der Fokus besonders auf Wünsche und Ideen der Betroffenen hinsichtlich der parallelen Behandlung ihrer Komorbidität gelegt. Das zweite Kapitel liefert dem Leser einen Einblick in die Thematik Komorbidität: Abhängigkeit und Sucht. Die Punkte 2.1-2.5 befassen sich mit der gesellschaftlichen Relevanz und beinhalten Begriffserklärungen. Im nächsten Kapitel wird der Forschungsprozess beschrieben und die Ziele der Bachelor Thesis werden benannt, wodurch Forschungsfragen abgeleitet werden. Die Unterkapitel 3.3-3.8, liefern Angaben zum Forschungsrahmen, Forschungsart, Forschungsdesign,- bzw. methode, der Population und den Forschungsinstrumenten. Darüber hinaus wird in den anschließenden Punkten auf die wissenschaftlichen Gütekriterien und mögliche Fehlerquellen eingegangen. Zusätzlich werden Angaben zur Transkription und zur Auswertung gemacht. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Forschung schließlich ausgewertet und dargestellt. Anschließend folgen die Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen. Am Ende enthält die Bachelor Thesis eine Stärken-, und Schwächenanalyse der Forschung und ein Fazit. Im Anhang I befindet sich ein Leitfaden zu den durchgeführten Interviews sowie die Transkription dessen. Abschließend enthält der Anhang II die Labeltabellen zur Auswertung der Interviews.

2 Einleitung zum Thema Komorbidität: Sucht und Depression

Das folgende Kapitel gibt eine Einführung in das Thema Komorbidität: Sucht und Depression. Es beinhaltet die gesellschaftliche Relevanz des Themas, die die Verfasser zu der Forschung veranlasst haben, sowie Begriffsdefinitionen.

2.1 Gesellschaftliche Relevanz und epidemiologische Daten

Das Thema unserer Bachelorarbeit ist in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund unserer Gesellschaft getreten, da viele Patienten neben ihrer Suchterkrankung auch eine Depression aufweisen. Zudem basiert der Grund der Forschung auf den fehlenden Kenntnissen über eine kompetente und zielführende Behandlung der Patienten, die unter einer komorbiden Erkrankung leiden. Laut Angaben des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2015) herrschen zwischen Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen häufige Wechselwirkungen. Es gibt immer weniger „klassische“ suchtkranke Patienten, stattdessen gibt es immer mehr Begleiterkrankungen, wie z.B. Depression. So leiden Drogenabhängige zwei bis drei Mal häufiger unter einer depressiven Störung als der Rest der Bevölkerung (Gouzoulis-Mayfrank, 2008). Ähnlich ist der Verlauf bei alkoholerkrankten Patienten. So klagten 80% der Alkoholiker über depressive Symptome, darunter 30%, die Kriterien für eine schwere depressive Störung erfüllen. Eine lebenslange Anamnese mit depressiven Störungen wurde bei 48% der Opiatabhängigen gefunden (The Royal College of Psychiatrists, 2011). Somit sieht man also, dass die Anzahl der Patienten mit einer Suchterkrankung und einer Depression sehr hoch ist. Aktuelle Studien zeigen, dass der Zusammenhang zwischen pathologischem Suchtmittelkonsum und Depression nach wie vor hoch ist. Die Wahrscheinlichkeit bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit zusätzlich noch an einer Depression zu erkranken liegt nach Schätzungen bei 30-60 % (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Bei einer Doppeldiagnose besteht ein deutlich höherer Therapieaufwand, zudem gibt es für die Patienten eine Erfolgsminderung der Therapie. Sinnvoll wäre eine störungsspezifische Behandlung beider Problematiken des Patienten, die sowohl psychosoziale als auch pharmakologische Elemente enthält. Dieses findet laut Gouzoulis-Mayfrank und Walter (2014) jedoch nur selten statt, da sich üblicherweise die Behandlung nur auf eine Störung fixiert. Oftmals wird primär die Suchterkrankung behandelt, da die Erfahrungen gemacht wurden, mit einer bestehenden Abhängigkeit die depressiven Symptome nicht effektiv behandeln zu können (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Diese Vorgehensweise hat

vor allem für die Patienten und dessen Wohlbefinden negative Folgen, da die Patientengruppe in der Gesellschaft besonders beeinträchtigt ist (Vogelsang, 2011). Zudem geben die Erkrankten zusätzlich an sich nicht richtig verstanden zu fühlen und nicht effektiv behandelt zu werden (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2014). Die Uneinheitlichkeit der Störungsbilder und die komplexe Dynamik der Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Erkrankungen verlangen dem Behandelnden viel ab (Dürsteler-MacFarland, Prica & Vogel, 2013). Zudem erschwert die Trennung zwischen dem Suchthilfesystem und der psychiatrischen Versorgung in Deutschland die optimale Behandlung der Patienten. Auch in den Niederlanden ist die Zusammenarbeit beider Fachbereiche nicht selbstverständlich. Hier wird ebenfalls zwischen „Verslavingszorg“ (dt. : Suchthilfe) und „Geestelijke Gezondheidszorg“ (dt. : Psychischer Gesundheitsdienst) unterschieden. Es fehlt oft auf der jeweils anderen Seite an fachlich guter Kompetenz um die vorliegenden Problematiken der Patienten gut behandeln zu können. Dies hat zur Folge, dass sich die Fachkräfte in dem jeweiligen Bereich oft frustriert und nicht fähig fühlen, die betroffenen Patienten ausreichend zu behandeln. Um diesem entgegen zu wirken, werden aktuell in den Niederlanden immer mehr Programme entwickelt, die auf komorbide Patienten spezialisiert sind. Zudem werden die Professionals der jeweiligen Fachbereiche geschult und weitergebildet, um kompetent auf beide Störungsbilder eingehen zu können. Allerdings stehen diesem neuen Trend noch viele Hürden im Weg. Beispielsweise sind getrennte Träger, geringe Budgets und organisatorische Defizite Gründe für die schwierige Umsetzung (Dom, et al., 2013). Wie schon beschrieben zeichnet sich dieses Problem der strukturellen Trennung beider Fachbereiche auch in Deutschland ab. Laut Moggi und Donati (2004) hat die Fixierung auf eine Störung während der Behandlung oft zur Folge, dass sich entweder die psychische Verfassung des Betroffenen verschlechtert oder aber es zu einem Rückfall des Suchtmittelkonsums kommt. Ein weiterer Nachteil für die Erkrankten besteht durch die „Ping-Pong Therapie“ (Moggi & Donati, 2004). Diese Art der Therapie beschreibt das „Hin und her Gekloppe“ der Patienten zwischen den jeweiligen Einrichtungen. Beispielsweise lehnen psychiatrische Einrichtungen Patienten mit einem Suchtproblem kennen und vermitteln diese weiter in Facheinrichtungen mit dem Schwerpunkt Sucht. Gleichzeitig verweigern Suchteinrichtungen Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung, wie einer Depression, die Aufnahme in ihrer Einrichtung und verweisen an die Professionals der psychiatrischen Behandlung. Dadurch fühlen sich die Betroffenen oft unzureichend behandelt und brechen häufig die Therapie ab. Somit entstehen laut Moggi und Donati (2004) häufig unzureichende Behandlungsverläufe bei Patienten mit komorbiden

Störungen. Das fehlende Wissen über eine adäquate Versorgung von komorbiden Erkrankten und die aktuellen Umstände im deutschen Gesundheitssystem legitimieren den Anlass für die Bachelor-Thesis. Ein weiteres Argument für die Bedeutung der Forschung ist die Entlastung der Gesellschaft. Da der Hauptkostenträger für medizinische Rehamaßnahmen die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist, trägt jeder Mensch, der dort Sozialversicherungsbeiträge einzahlt, zur Genesung des Betroffenen bei. Wie schon vorher erwähnt, führt die inadäquate Versorgung beider Störungsbilder immer wieder zu Rückfällen und zur Verschlechterung der psychischen Verfassung der Erkrankten. Dadurch wird die DRV und damit die einzahlenden Mitglieder, welche den Großteil der Gesellschaft ausmachen, immer wieder strapaziert. Durch eine nachhaltige und präventive Behandlung der Betroffenen in der Zukunft können wiederkehrende Kosten, die beispielsweise durch Rückfälle aufgrund mangelhafter Behandlung entstehen, für die DRV verringert werden. Dies hat zur Folge, dass die Gesellschaft unter anderem finanziell entlastet wird. Zudem wird sie ebenfalls sozial entlastet, da durch eine hinreichende Versorgung und Behandlung der komorbiden Erkrankten, dessen Chance auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft wesentlich höher ist.

2.2 „Komorbidität“

Der Begriff „Komorbidität“ bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall.“ (Donati & Moggi, 2004, S. 3)

Das parallele Vorkommen einer substanzgebundenen Sucht und einer psychischen Störung bezeichnet man als Doppeldiagnose, obwohl hierfür bisher noch keine einheitliche Definition existiert. Grundsätzlich wird unter DD (=Doppeldiagnose) eine spezielle Art von Komorbidität verstanden. Der Schweregrad einer Erkrankung wird nicht durch den Begriff Komorbidität charakterisiert. Vielmehr wird die Vielfalt der Kombination aus beiden Störungsbildern und den damit einhergehenden Begleiterecheinungen mit dem Begriff DD umschrieben (Donati & Moggi, 2004). Ab Anfang des 20. Jahrhunderts wurde das parallele Auftreten von Sucht und einer psychischen Störung thematisiert. In den 80 er Jahren verstand man unter dem Begriff DD noch die psychische Erkrankung mit der parallelen Erkrankung einer geistigen Behinderung. Donati und Moggi (2004) begründen die heutige Nutzung des Begriffs mit der entstandenen Definition aus den 80 er Jahren. Laut Heinz & Treckermann (1997) wird in der Fachsprache unter einer Doppel - bzw. Mehrfacherkrankung die Komorbidität verstanden. Die Vielfalt von Komorbiditätsbeziehungen ist sehr hoch. Zum einen gibt es relativ einfache Zusammenhänge, zum anderen ist die Beziehung unter den Störungsbildern teilweise

sehr komplex. Zudem müssen sich beide Störungsbilder nicht zwangsläufig beeinflussen. Häufig ist es jedoch der Fall, dass beide Erkrankungen im Zusammenhang miteinander stehen und die eine Erkrankung aus der anderen entstanden ist. So leidet ca. die Hälfte der Alkoholabhängigen an einer zusätzlich psychiatrischen Erkrankung wie Depression, Angstneurosen oder Persönlichkeitsstörungen. Dieses ist teilweise darauf zurück zu führen, dass Patienten den Alkohol als Selbstheilungsmittel missbrauchen, um die Symptome ihrer psychiatrischen Erkrankung zu dämpfen (Trost & Schwarzer, 2013). Insgesamt ist die Komorbiditätsrate bei Frauen höher als bei Männern. Frauen neigen öfter zu Angststörungen und affektiven Störungen, wohingegen alkoholranke Männer deutlich öfter von antisozialen Persönlichkeitsstörungen betroffen sind (Lindenmeyer, 2005). Besonders Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbidität auf. Ungefähr ein Drittel der Depressionserkrankten leiden zusätzlich an einer substanzinduzierten Abhängigkeit. Die Frage, welche der Erkrankungen zuerst aufgetreten ist, lässt sich bis kaum zuverlässig beantworten (Hautzinger, Depression, 1998).

2.3 „Sucht“

Das aktuelle Klassifikationsschema psychischer Störungen, die ICD - 10, beschreibt den Begriff wie folgt:

Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens-, oder kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden: Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. (Trost & Schwarzer, 2013, S. 238)

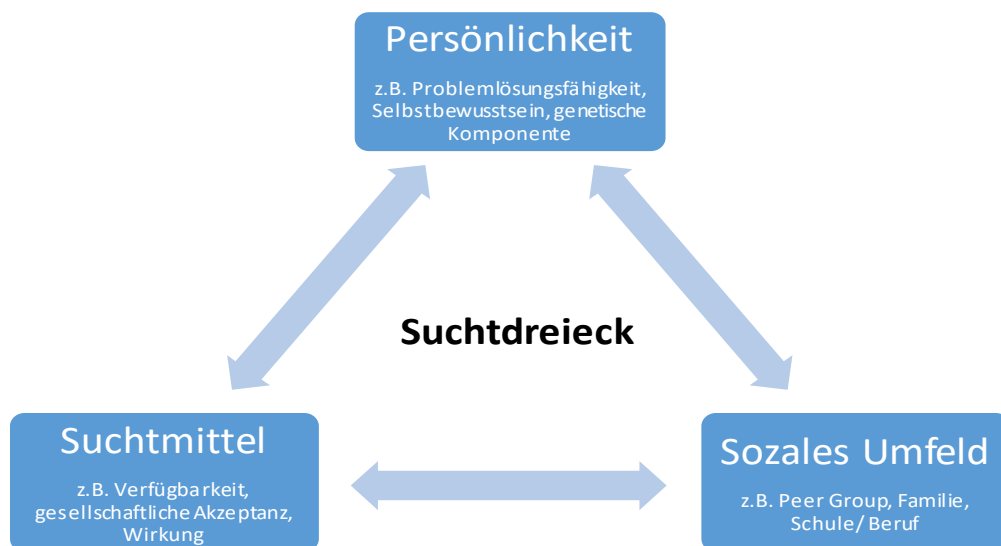
In der Umgangssprache wird häufig das Wort „Sucht“ verwendet, welches fachlich jedoch nicht korrekt ist. Im Jahr 1964 wurde der Begriff „Sucht“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch Abhängigkeit ersetzt (Trost & Schwarzer, 2013). Diese wird seit den 1990er Jahren nach der ICD - 10 diagnostiziert, sofern während des letzten Jahres drei oder mehr Kriterien gleichzeitig vorhanden waren

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels

3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügungen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art). (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2016)

In Abbildung 1 werden die Entstehungsbedingungen einer Abhängigkeit dargestellt. Hierbei ist wichtig zu wissen, dass die psychische Erkrankung nicht nur eine Ursache hat, sondern spielen viele unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Außerdem gilt die Abhängigkeit als eine chronische Erkrankung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2016).

Abbildung 1: Das Suchtdreieck



2.3.1 „Alkoholabhängigkeit“

„Alkoholabhängig ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten oder wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder andere immer wieder schweren Schaden zufügt.“ (Lindenmeyer, 2005, S. 5)

Die Alkoholabhängigkeit ist als behandlungsbedürftige Krankheit weltweit anerkannt, die mit Hilfe des „Diagnostischen Statistischen Manuals psychischer Störungen“ diagnostiziert wird (Saß et al., 1998). Der ICD - 10 beschreibt das Abhängigkeitssyndrom mit dem Code ICD: 10: F10.2. Zudem werden zwei Arten von Alkoholabhängigkeit nach Cloninger (1981) unterschieden. Der Typ A Alkoholismus ist ein neurotischer Subtyp mit wenig Risikofaktoren in der Kindheit. Außerdem beginnt dieser Typ relativ spät und weist nur wenige schwere Abhängigkeitssymptome auf. Das Trinken dient hier hauptsächlich der Angstminderung (Lindenmeyer, 2005). Typ B Alkoholismus ist dagegen ein psychopathischer Subtyp mit verstärkten Risikofaktoren in der Kindheit, da Alkoholismus in dessen Familien gehäuft auftritt. Neben den schweren Abhängigkeitssymptomen zeichnet diesen Typ auch der häufige Nebekonsum von anderen Suchtmitteln aus (Lindenmeyer, 2005). Zusätzlich gibt es noch eine Unterscheidung hinsichtlich des Trinkverhaltens bei Alkoholabhängigen. In Anlehnung an die Typologie von Jellinek (1960) lassen sich vier Formen unterscheiden, die sich jedoch auch untereinander vermischen können:

- Konflikttrinken (Alpha-Trinker): Die Betroffenen trinken in diesem Fall in ganz bestimmten Situationen, die häufig konfliktbelastet sind, sodass sie für sich keine andere Lösungsstrategie sehen, um die Situation zu bewältigen (ca. 5% der Trinker).
- Gelegenheitstrinken (Beta-Trinker): Hierbei geht es dem Betroffenen darum, mit anderen Menschen mitzuhalten. Er hat meist keine seelische Abhängigkeit, dafür aber häufig bereits körperliche Schäden, teilweise auch physische Abhängigkeit (ca. 5% der Trinker).
- Rauschtrinken (Gamma-Trinker): Diese Form des Trinkverhaltens zeichnet sich durch extremen Alkoholkonsum aus, der meist in einem schweren Rausch und dem sogenannten Kontrollverlust endet (ca. 65% der Trinker).
- Spiegeltrinken (Delta-Trinker): Hierbei achten die Alkoholkranken durch regelmäßigen Alkoholkonsum über den Tag verteilt, dass ihr Alkoholspiegel im Blut nie unter einen bestimmten Wert sinkt. Ansonsten drohen dem Betroffenen

starke körperliche, als auch psychische Entzugerscheinungen (ca. 20% der Trinker).

- Periodisches Trinken (Epsilon-Trinker): Bei diesem Trinkverhalten hat der Alkoholranke zwischenzeitlich immer wieder abstinente Phasen, die er dann plötzlich und ohne Anlass durch starken Alkoholkonsum wieder unterbricht. Dieses führt oft dazu, dass die Betroffenen abergläubisches Denken zur Erklärung ihres Rückfalls entwickeln (ca. 5 % der Trinker).

(Lindenmeyer, 2005)

Die Diagnose Alkoholabhängigkeit erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Alkohol erhöht die Dopaminkonzentration, dies hat dann Einfluss auf das Hirnbelohnungssystem, wozu es zur Verbesserung der Stimmung und dadurch zur Abhängigkeit kommt (Voderholzer & Hohagen, 2013). Nimmt der Betroffene über einen längeren Zeitraum keinen Alkohol zu sich, kommt es nicht selten zu schwerer Entzugssymptomatik. Physisch macht sich diese durch neurologische Störungen wie epileptische Anfälle und Magen-Darm Störungen aus. Zusätzlich haben die Erkrankten Konzentrationsstörungen und starke Schweißausbrüche. Psychisch wirkt sich der Entzug auf den Verstand der Betroffenen aus. Nicht selten kommt es zu optischen Halluzinationen (Delir) und Bewusstseinsstörungen (Trost & Schwarzer, 2013). Seit den 50er Jahren ist der Alkoholverbrauch pro Kopf in Deutschland immer wieder angestiegen. So kamen im Jahr 1950 fünf Liter reinen Alkohol (Äthanol) auf einen Einwohner, 1990 waren es bereits 12 Liter, wie auch noch im Jahr 2003 (Trost & Schwarzer, 2013). In Europa konsumieren 324 Millionen Menschen (84%) Alkohol, davon gelten 7,1 % als süchtig. In Deutschland sind 1,3 Millionen Menschen alkoholabhängig und 9,5 Millionen Menschen haben einen riskanten bzw. schädlichen Konsum (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017). Durch die vorher genannten Zahlen wird also deutlich, dass Alkohol in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert genießt. Hinzu kommt, dass Alkohol in den Alltag vieler Menschen integriert ist und für volljährige Bürger frei zugänglich ist, sodass er nicht als Droge angesehen wird. Laut Schneider (2015) ist das Trinkverhalten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern als gestört zu bewerten. Hilfe für Alkoholabhängige gibt es in Deutschland seit 1986 durch die Krankenkassen. Diese übernehmen seitdem die Kosten für eine medizinische Rehabilitation. Die Behandlung wird auf jeden Betroffenen individuell abgestimmt und besteht aus vier Phasen: Beratung, Entzugsbehandlung, Entwöhnung und Nachsorge (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), o.J.)

2.3.1 „Drogenabhängigkeit“

Neben dem Alkohol ist Cannabis die meist verbreitete Rauschdroge (Trost & Schwarzer, 2013). In Westdeutschland haben 26 % aller Menschen schon mal Kontakt zu der Droge gehabt, die vor allem bei jungen Erwachsenen sehr beliebt ist. Cannabis verändert die Wahrnehmung und kann zu Entspannung führen. Gleichzeitig kann es laut Trost und Schwarzer (2013) auch zu depressiven Phasen und Lustlosigkeit führen. Ebenfalls gehören Opiate wie Heroin zu beliebten illegalen Drogen. Die Konsumenten verspüren durch Einnahme eine stark euphorisierende Wirkung. Allerdings machen Opiate die Konsumenten, im Gegenteil zu Cannabis, sehr schnell körperlich und psychisch abhängig, sodass die Beschaffungskriminalität bezüglich dieser Drogen sehr hoch ist. Zuletzt beschreiben Trost und Schwarzer (2013), dass sogenannte Desingerdrogen wie Liquid Ecstasy stark zugenommen haben. Dieses und Crystal Meth gehören zu der Gruppe der Amphetamine. Auch sie führen selbst bei kurzen Konsum zu rascher Abhängigkeit sowie zu körperlichen und psychischen Schäden. Diese Mittel wirken stark leistungsfördernd und euphorisierend. Zudem funktionieren sie wahrnehmungsverzerrend und fördern Halluzinationen, sodass es immer wieder zur Entstehung von Psychosen kommt (Trost & Schwarzer, 2013). Körperliche Entzugssymptome sind bei allen illegalen Drogen unter anderem starkes Schwitzen, Übelkeit Bewusstlosigkeit bis hin zum Tod. Psychische Entzugssymptome gehen beispielsweise unter anderem mit Konzentrationsschwierigkeiten, optische bzw. akustische Halluzinationen und Verwirrheitszustände einher.

2.3.3. „Polytoxikomanie“

Unter dem Begriff Polytoxikomanie versteht man den parallelen abhängigen Missbrauch mehrerer Substanzen (Trost & Schwarzer, 2013). Ein häufiges Beispiel ist die Kombination Alkohol und Medikamenten oder von Alkohol und illegalen Drogen.

2.4 „Depression“

Die Depression zählt zu der Gruppe der affektiven Störungen und beinhaltet eine Störung des emotionalen Gleichgewichts (Gerrig & Zimbardo, 2008). Depression wird zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gewertet und ist behandlungsbedürftig, wenn die inhaltlichen und zeitlichen Kriterien für die Diagnose erfüllt sind und ein individueller Leidensdruck vorliegt. Bei einer depressiven Episode wird zwischen einer leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Form unterschieden. Eine schwere Depression

kann zusätzlich zudem noch mit psychotischen Symptomen erfolgen. Zu den Symptomen einer Depression zählen unter anderem Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, innere Leere und körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit. In der Regel sollten die Symptome mindestens zwei Wochen andauern, um eine entsprechende Diagnose stellen zu können (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015). Neben den individuellen Folgen, sind die gesellschaftlichen Auswirkungen für die betroffenen Patienten ein großes Problem. Zu diesen zählen laut des „Robert-Koch-Instituts (2010) Suizide oder häufige und lange Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Laut Trost und Schwarzer (2013) gilt der Leitsatz: „Je schwerer die Depression, umso größer die Selbsttötungsgefahr“ (S. 177). Neben der unterschiedlichen Wirkung einer Depression bei jedem Individuum, kann der Schweregrad und die Dauer einer Depression ebenfalls unterschiedlich sein. Beispielsweise existieren klinische Depressionen, bei denen die Betroffenen nur für wenige Wochen unter der Symptomatik leiden. Allerdings gibt es auch chronische oder episodische Depressionen, die sich über mehrere Jahre ziehen können. Ca. 21% der Frauen und 18% der Männer waren schon einmal in ihrem Leben von einer Depression betroffen (Gerrig & Zimbardo, 2008). Ungefähr 6,2 Millionen Menschen sind innerhalb eines Jahres an einer unipolaren Depression erkrankt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2017) unterscheidet zwischen bipolaren Störungen und der unipolaren Depression. Sie sieht die jeweiligen Störungen als eigenständige Erkrankung an. Da die unipolare Depression von den affektiven Störungen mit rund 70% am häufigsten vertreten ist, wird sich im Rahmen dieser Forschung auf diesen Typ von Depression spezialisiert. Die bipolare affektive Störung beträgt nur 25 % und die Manie nur 5% (Hautzinger, Depression, 1998).

Die Behandlung einer Depression teilt sich grundsätzlich in zwei Elemente auf. Zuerst wird die Erkrankung mithilfe von Psychotherapie, speziell durch kognitive Verhaltenstherapie behandelt. Wenn die Depression kein kognitives Arbeiten zulässt, dann wird als Unterstützung zusätzlich mit Psychopharmaka gearbeitet (analog zu den S3-Leitlinien). Zusammen sollen beide Therapieformen zur Alltagsbewältigung und zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten beitragen (Hegerl, o.J.).

2.5 „Depressionsgruppe“

Die Patienten, die durch die Auswertung des BDI II Fragebogens in die Indikationsgruppe eingebucht werden, leiden unter anderem unter einer gedrückten Stimmung und unter Verlust von Antrieb und Aktivität. Zusätzlich leiden viele Patienten unter sozialem Rückzug, Schlafstörungen und dysfunktionalen Kognitionen. Durch die Komorbidität

kommt es oft dazu, dass die Depression über Jahre unbehandelt bleibt und sich somit die Erkrankung chronifizieren kann. Die verschiedenen Suchtmittel werden zur Stimmungsaufhellung benutzt. In der Depressionsgruppe geht es darum, Depressionen mit ihren verschiedenen Merkmalen und Folgen besser zu verstehen und Formen zur Bewältigung zu erlernen. Nach eingehender Psychoedukation zu verschiedenen Symptomen werden auch Elemente der Verhaltenstherapie besprochen. In der Depressionsgruppe werden Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren einer Depression mit den Patienten erarbeitet. Wenn diese Inhalte mit den Patienten besprochen wurden, besteht das Ziel in einer Reduktion der oben genannten Symptomatik bzw. den Aufnahmekriterien für die Indikationsgruppe. Hier geht es darum, wieder verschiedene Freizeitaktivitäten für sich zu entdecken und als Hausaufgabe umzusetzen, eigene Emotionen wahrzunehmen und schwierige Emotionen als Frühwarnsysteme zu identifizieren. In der Depressionsgruppe erfolgt die kognitive Umstrukturierung z.B. mittels des ABC Modells. Die Depressionsgruppe ist fest in dem Therapieprogramm der Hase-Ems Klinik etabliert und die Teilnahme für Patienten mit entsprechender Indikation verpflichtend. Bisher besteht die Gruppe aus vier Einheiten und findet einmal pro Woche á 90 Minuten statt.

3 Forschungsrahmen

In diesem Kapitel wird explizit auf das Ziel der Forschung und die damit verbundenen Forschungsfragen eingegangen. Außerdem erläutern die Verfasser hier den Projektrahmen, in dem die Forschung stattgefunden hat, sowie die Untersuchungsmethodik.

3.1 Ziel der Forschung

Das Ziel ist es durch die Forschung einen Überblick über die aktuelle Behandlungssituation zu erhalten. Es sollen neue Ideen und Ansätze entstehen, um Doppeldiagnosen gezielter zu behandeln und um dem Patienten mit seinen Störungsbildern gerechter zu werden. Dabei soll der Fokus besonders auf den Ansichten und den Wünschen der Patienten liegen. Das Ziel aller Maßnahmen im Rahmen der Suchthilfe ist es, die abhängigen Menschen in die Gesellschaft zu integrieren, beziehungsweise zu reintegrieren (Deutsche Hauptstelle für Sucht Kranke, 2005). Die Frage nach der Zufriedenheit der Klienten steht bei dem Ziel der Forschungsarbeit

besonders im Vordergrund. Ebenso dient die Forschung als Feedback für das Konzept der Fachklinik Hase Ems, um zu überprüfen wie effektiv und sinnvoll das Angebot der Depressionsgruppe im stationären Suchttherapiesetting ist. Zudem soll die Forschung Verbesserungsvorschläge für die Institution zum Vorschein bringen, um die Zufriedenheit und den Behandlungserfolg der Patienten zu optimieren. Somit ist das kurzfristige Ziel der Forschung die Gruppentherapie zu verbessern. Merchel (2010) weist darauf hin, dass SozialarbeiterInnen in der heutigen Zeit vor der Herausforderung stehen, die eigene Praxis und dessen Konzepte und Abläufe zu untersuchen (Galuske, 2011). Zum Schluss der Forschung wollen die Verfasser eine Empfehlung für die weiteren Forschungen an dem Thema aussprechen können, um in der Zukunft auf weitere wichtige Erkenntnisse in Bezug auf die parallele Behandlung von Sucht und Depression zurückgreifen zu können. Als langfristiges Ziel der Forschung kann also der bessere und bewusstere Umgang mit beiden Diagnosen formuliert werden, um die Patienten bei der Krankheitsbewältigung besser zu unterstützen.

3.2 Forschungsfragen

Aus unserer Forschungsfrage leiten sich eine Hauptfrage und drei weitere Teilfragen ab. Diese Fragen, tragen zur weiteren Erarbeitung unserer Forschung bei. Um eine Hauptfrage beantworten zu können, ist es wichtig Teilfragen zu formulieren, denn nur so kann die Problematik bearbeitet werden. Wenn die Teilfragen beantwortet sind, kann auch die Forschungsfrage beantwortet werden.

Hauptfrage:

1. Welche Effekte gehen nach Auffassung der substanzgebundenen Suchtkranken aus psychotherapeutischen Gruppensitzungen im stationären Setting aus?

Mit der Hauptfrage soll überhaupt erst einmal dargestellt werden, ob und wenn ja, welche Veränderungen bei den Betroffenen auftreten, die während einer stationären Entwöhnungsbehandlung gleichzeitig an ihrer Depression arbeiten.

Teilfragen:

1. Wie ist der Score-Wert des BDI II Fragebogens vor und nach der Depressionseinheit?

Die erste Teilfrage soll explizit den Unterschied zwischen der ersten und zweiten Messung darstellen, um ein greifbares Ergebnis zu erhalten und um die Wirkung der Depressionsgruppe darzustellen. Der erste Messzeitpunkt (t_1) zeigt den Zustand des Patienten zu Beginn des vollstationären Reha Aufenthaltes. Der zweite Messzeitpunkt (t_2) dagegen beschreibt die Situation des Patienten eine Woche nach der letzten Einheit der Depressionsgruppe.

2. Welches Erleben machen die Patienten während und nach den Gruppensitzungen?

Die zweite Teilfrage zielt auf das Befinden der Individuen ab und soll die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Patienten darstellen, die sie durch die Gruppensitzungen machen.

3. Welche Verbesserungsvorschläge äußern die Befragten für die Zukunft?

Um der Fachklinik Hase Ems ein entsprechendes Feedback zu geben, befasst sich die dritte Teilfrage mit den Wünschen der Befragten. So können konkrete Vorschläge der Patienten sichtbar gemacht werden, welche die Einrichtung dann umsetzen kann. Alle drei Teilfragen bauen somit auf der Hauptfrage auf und dienen zur Beantwortung dieser. Die Teilfragen und dessen Antworten lassen die Beantwortung der Hauptfrage hinsichtlich verschiedener Aspekte zu.

3.3 Projektrahmen

Der Projektrahmen umfasst die Fachklinik Hase-Ems in Haselünne, die eine Einrichtung der Caritas Reha und Teilhabe GmbH ist. Sie bietet insgesamt 69 Behandlungsplätze (60 vollstationäre, sechs ganztägig ambulante Plätze und drei Adaptionen Plätze). Die Einrichtung arbeitet mit einem multidisziplinären Team, bestehend aus Klinikleitung, Ärzten, Psychologen, Suchttherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflegern und Verwaltungskräften. Behandelt werden Menschen mit einem Suchtproblem. Hierzu zählen Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- und pathologische Glücksspielsucht.

3.4 Forschungsart

Bei der vorliegenden Forschung handelt es sich um eine anwendungsorientierte Forschung. Grundlage für diese Forschung ist laut Schaffer (2009) ein soziales Problem zu dem es bisher wenig gesicherte Erkenntnisse gibt. Daher zielt die Forschung darauf ab diese nicht klaren Erkenntnisse zu erforschen und die erhaltenen Ergebnisse in der Zukunft praktisch zu nutzen. Verschuren und Doorewaard (2000) unterscheiden zwischen

fünf Typen für diese Forschung. Die Autoren ordnen diese Forschung in den Bereich der Evaluationsforschung ein, da das vorher beschriebene Problem bereits erkannt und offen thematisiert wurde. Durch die Forschung möchten die Verfasser nun hinreichende Ergebnisse erzielen, die einen bewussteren Umgang mit dem Problem ermöglichen und der Einrichtung ein entsprechendes Feedback zu ihrem Konzept geben. Da die Depressionsgruppe mit vier Einheiten schon fest in dem Konzept der Fachklinik verankert ist, evaluieren die Verfasser etwas, was es schon bereits gibt. In dem Falle eines neu konzipierten Therapieangebots wäre die Forschung mit einem experimentellen Charakter versehen. Da dieses jedoch nicht zutrifft handelt es sich bei dem Projekt um eine evaluierende Forschung.

3.5 Forschungsdesign

Laut Schaffer (2014) ist das Forschungsdesign von dem Ziel der Forschung abhängig. Bei dieser Forschung handelt es sich um eine Längsschnittuntersuchung, da die Forschung über einen gewissen Zeitraum stattfindet und die Verfasser durch den BDI II einen prä- und einen post-Wert erhalten, sodass es sich um keine Momentaufnahme wie bei der Querschnittsuntersuchung handelt. Längsschnittstudien unterscheiden sich in zwei Arten. In diesem Fall handelt es sich um eine Panel-Studie, da „dasselbe Instrument (z.B. ein Fragebogen) auf dieselben Personen zu mehreren Zeitpunkten angewendet wird.“ (Schaffer, 2014, S. 66). Gleichzeitig beschreibt Schaffer (2014) ebenfalls, dass Panel-Studien häufig durchaus über mehrere Jahre durchgeführt werden. Da der Zeitraum zwischen den Testungen sehr kurz ist und nur sechs Wochen beträgt, kann man bei dieser Forschung sinnvoller Weise von einer Anwendungsbeobachtung sprechen.

3.6 Forschungsmethode

Unsere Forschungsmethode hat einen quantitativen – sowie einen qualitativen Charakter. Durch den BDI II Fragebogen arbeiten die Verfasser quantitativ. Das Beck-Depressions-Inventar II (BDI – Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) ist ein psychologisches Testverfahren, das aus Sicht der Selbstbeurteilung die Schwere einer depressiven Symptomatik erfasst. Dabei soll nicht die Depression an sich, sondern lediglich der Schweregrad der Depression erfasst werden. Die Verfasser haben sich unter anderem für eine quantitative Untersuchungsmethode entschieden, da die Verfasser für die erste Teilfrage „Wie ist der Score-Wert des BDI II Fragebogens vor und nach der Depressionseinheit?“ quantitative, also numerische, Ergebnisse benötigen. Qualitativ

hingegen werden Face-to-Face-Interviews durchgeführt, welche anschließend mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden können. Bei dem qualitativen Interview stehen laut Schaffer (2014) die Erlebniswelt der Klienten und die subjektive Deutung im Vordergrund. Sie finden auf realer Ebene statt, was bedeutet, dass Personen direkt befragt werden können und man an dessen Ansichten interessiert ist. Somit sind die Informationen offen und flexibel zusammentragbar, da man auf unerwartete Situationen im persönlichen Gespräch direkt eingehen und Nachfragen anstellen kann (Verhoeven, 2016). Alleine die Forschungsfrage „Welche Effekte gehen nach Auffassung der substanzgebundenen Suchtkranken aus psychotherapeutischen Gruppensitzungen im stationären Setting aus?“ erfordert die Verwendung einer qualitativen Untersuchungsmethodik, da die Zielgruppe offen befragt werden muss. Laut Verhoeven (2016) eignen sich qualitative Untersuchungen vor allem gut für Problematiken, bei denen die Befragten auf eigene Erfahrungen und eigenes Erleben zurückgreifen können. Da sich die durchgeführten Face to Face Interviews genau auf die subjektive Wahrnehmung der Zielgruppe stützen, wird deutlich, dass die qualitative Forschung für einen Teil der Untersuchung unumgänglich ist. Schaffer (2014) unterscheidet innerhalb der Sozialforschung zwischen fünf verschiedene Interviewtypen. Die Interviewtypen, die den normalen Prinzipien angepasst sind, weichen im Einzelfall jedoch davon ab. Die Verfasser haben sich für das problemzentrierte Interview entschieden. „Das problemzentrierte Interview konzentriert sich auf eine bestimmte oder einige wenige Problemstellungen, die von der Interviewerin eingeführt werden und auf die sie immer wieder zurückkommt (Schaffer, 2014, S.151). Das problemzentrierte Interview wird in vier verschiedene Phasen aufgeteilt. Die Verfasser haben sich für die „Mixed – Methode“ entschieden, da sowohl quantitative (subjektive) als auch qualitative (Zahlen) Daten benötigt werden um die Forschungsfragen ausreichend beantworten zu können.

3.7 Population

Bei der Population der Studien handelt es sich um 30 Patienten der Fachklinik Hase - Ems in Haselünne. Alle Patienten absolvieren dort eine mehrwöchige Entwöhnungsbehandlung und leiden neben ihrer Abhängigkeitserkrankung unter einer Depression. Die Indikation, dass die Teilnehmer an der Forschung teilnehmen, wurde durch den BDI II Fragebogen festgestellt. Insgesamt besteht die Stichprobe aus 8 weiblichen Patientinnen und 22 männlichen Patienten. Die Altersspanne liegt zwischen 20 und 58 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 38,8 Jahre. Die Behandlungsdauer liegt zwischen 36 und 154 Tagen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei 82,3

Tagen. Von den 30 Patienten, die an der quantitativen Forschung teilnahmen, wurden 10 Patienten für qualitative Interviews ausgewählt. Dabei handelt es sich um 4 Frauen und 6 Männer. Die Probanden sind zwischen 20 und 55 Jahren alt. Das Durchschnittsalter beträgt 39 Jahre. Die 10 Teilnehmer sind zwischen 40 und 154 Tagen in stationärer Behandlung. Zudem sind die Patienten von unterschiedlichen Substanzen abhängig und haben einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Nicht zu vergessen ist, dass die Patienten sich durch ihr soziales Umfeld außerhalb der Therapieeinrichtung ebenfalls unterscheiden. Durch die Heterogenität der Population ist eine breite und große Informationssammlung sichergestellt. Außerdem wird durch den unterschiedlichen Krankheitsverlauf und die unterschiedlich sozialen Umstände der Befragten erneut ein großer Blick auf die Problematik gelegt. Die Zusammensetzung der Stichprobe wird in Tabelle 2 dargestellt.

Abbildung 2: Stichprobenzusammensetzung

Patient	Behandlungstage	Geschlecht	Alter	BDI II- Wert t1	BDI II- Wert t2
Frau S.	91	W	31	13	6
Herr J.	56	M	31	17	12
Frau H.	56	W	46	27	4
Herr K.	119	M	44	42	20
Herr N.	154	M	39	30	11
Herr T.	84	M	32	45	34
Herr R.	112	M	30	12	10
Frau R.	83	W	20	34	24
Herr L.	91	M	40	9	2
Frau V.	40	W	55	15	3
Frau L.	105	W	56	23	15
Herr B.	42	M	35	14	3
Herr F.	56	M	29	10	6
Herr W.	36	M	44	18	23
Herr H.	45	M	31	10	4
Herr P.	112	M	49	18	10
Herr R.	72	M	38	19	15
Herr S.	52	M	58	27	21

Herr T.	63	M	53	12	4
Herr T.	70	M	27	26	18
Herr T.	48	M	20	10	6
Herr P.	56	M	23	29	17
Herr M.	70	M	48	16	10
Frau J.	91	W	22	23	18
Herr L.	105	M	36	36	21
Herr B.	154	M	52	28	20
Frau M.	77	W	54	18	7
Frau H.	105	W	43	32	24
Herr W.	140	M	37	14	8
Herr S.	84	M	28	21	26

3.8 Forschungsinstrumente

Diese Forschung enthält zwei Forschungsinstrumente. Zum einen den BDI II Fragebogen, der quantitative Daten erfasst. Zum anderen wurde ein Fragebogen für Face to Face Interviews entworfen, der qualitative Daten hervorbringt.

Die revidierte Version des Beck Depressions -Inventar ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 21 Fragen, der schon bei Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen die Bestimmung der Schwere einer Depression ermöglicht.

Die 21 Gruppen des Fragebogens:

1. Traurige Stimmung
2. Pessimismus
3. Versagen
4. Unzufriedenheit
5. Schuldgefühle
6. Strafbedürfnis
7. Selbsthass
8. Selbstanklage

9. Selbstmordimpulse
10. Weinen
11. Reizbarkeit
12. Isolierung und sozialer Rückzug
13. Entschlussfähigkeit
14. Negatives Körperbild
15. Arbeitsunfähigkeit
16. Schlafstörungen
17. Ermüdbarkeit
18. Appetitverlust
19. Gewichtsverlust
20. Vermehrte Sorgen um Gesundheit und
21. Libidoverlust

Beispiel:

- (0) Ich bin nicht traurig.
- (1) Ich bin traurig.
- (2) Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- (3) Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

Die Addition der einzelnen Punkte kann BDI II-Summenwerte zwischen 0 und 63 ergeben.

Grenzwerte für das BDI-II:

- 0-8: Keine Depression
- 9-13: Minimale Depression
- 14-19: Leichte Depression
- 20-28: Mittelschwere Depression

- 29-63: Schwere Depression

(Hautzinger, Keller, & Kühner, 2009)

Der BDI II wurde vor Beginn der Depressionsgruppe und nach Abschluss der vier Einheiten von den Teilnehmern ausgefüllt und von den Forscherinnen ausgewertet. Sobald ein Patient neu in der Fachklinik Hase Ems aufgenommen wird, wird von dem behandelnden Team eine Eingangsdiagnostik durchgeführt, die sich aus verschiedenen Tests und Fragebögen zusammensetzt. Unter anderem müssen neue Patienten auch den BDI II ausfüllen, um eine Indikation für die Teilnahme an der Depressionsgruppe zu erhalten. Nach den vier Einheiten wird der BDI II erneut von den 30 Teilnehmern ausgefüllt um einen prä - und post - Wert zu erhalten.

Das zweite Forschungsinstrument, die Face to Face Interviews, befragt die Klienten nach ihren individuellen Ideen und Empfindungen zur Behandlung von Doppeldiagnosen im stationären Setting. Die Interviews beziehen sich speziell auf die vorher durchlaufende Depressionsgruppe. Der Leitfaden ist speziell auf die Klienten der Fachklinik Hase-Ems gerichtet und befindet sich im Anhang.

- **Aufbau:**

Am Anfang der Interviews wurden sogenannte Warm-up Übungen mit den Patienten durchgeführt, welche zur Lockerung des Gespräches dienten. Anschließend haben die Verfasser dem Klienten leichte Fragen zur Einführung gestellt, um die Offenheit und Redseligkeit der Patienten zu steigern. Die zu Beginn gestellten Fragen dienten ausschließlich der Absicht in ein Gespräch zu kommen und sind nicht untersuchungsrelevant. Anschließend sollte ein angemessenes Aufmerksamkeitsniveau herrschen um mit dem Interview beginnen zu können. Die für die Forschung am relevantesten Fragen, sollten laut Schaffer (2014) am Besten in der Mitte des Interviews gestellt werden. Die Reihenfolge der Befragung ist nach dem Halo-Effekt für die Befragten verständlich angeordnet (Schaffer, 2014).

- **Interviewsituation:**

Während der Befragung sollte der Gesprächsführer eine gut verständliche Haltung einnehmen, sodass sein Gegenüber sich wohl fühlt und eine gute Atmosphäre entsteht (Schaffer, 2014). Besonders wichtig ist es auch, dass sich der Befragte ernst genommen und verstanden fühlt, sodass er auch ehrliche Antworten von sich gibt.

Gerade durch das Paraphrasieren, kann man dem Gegenüber Verständnis aufweisen. Durch einfach formulierte Fragen und langsame Sprechen kann eine Überforderung des Befragten verhindert werden.

- **Motivation der Klienten:**

Gründe für die Teilnahme an einer Befragung sind laut Diekmann (2000) vor allem das Interesse an einem Thema. Die Forscherin, die in der Einrichtung tätig ist und auch die Depressionsgruppe begleitet, hatte die Teilnehmer zuvor über das Vorhaben informiert. Sie erklärte den Hintergrund dieser Forschung und erhielt das Einverständnis der Befragten. Außerdem ist es wichtig, dass die Klienten dem Interviewer Vertrauen entgegenbringen, sodass eine Basis geschaffen ist. Die Befragten müssen bereit dazu sein, die wissenschaftliche Befragung zu unterstützen und Interesse ihr gegenüber aufzuweisen. Für die Forscher ist dieses sehr wichtig, damit sie persönliche und subjektive Antworten und somit wahre Daten erhalten. Da eine der beiden Forscherinnen mit den Befragten täglich zusammenarbeitet sind diese Bedingungen für die Forschung neu erfüllt.

- **Termine für die Interviewführung:**

Die Interviews wurden eine Woche nach Abschluss der Depressionsgruppe durchgeführt, um Veränderungen durch die Einheiten festzustellen. Zudem war es sinnvoll mit der Befragung ein paar Tage zu warten, sodass der Klient die Gruppe zunächst auf sich wirken lassen konnte und die Möglichkeit hatte sich nochmal in Ruhe mit dem Thema zu befassen.

- **Gesprächsführung / Sprache:**

Voraussetzung für gelungene Interviews ist, dass die am Interview beteiligten Personen die gestellten Fragen verstehen und die Bedeutung dessen gleichermaßen interpretieren können (Diekmann, 2000). Bei Menschen mit psychischer Erkrankung kann es durch Reizüberflutungen oder kognitiven Einschränkungen zu Missverständnissen kommen. Somit sollte ebenfalls auf Fremdwörter bzw. Fachbegriffe verzichtet werden.

- **Neutrale Gesprächsführung**

Der befragten Person sollte erklärt werden, dass es weder richtige noch falsche Antwortmöglichkeiten gibt, sodass ihm die Angst genommen werden kann, etwas Falsches von sich zu geben.

Um die Effizienz der Beantwortung der Fragen zu sichern, haben die Verfasser einen Pre-Test durchgeführt. Dieser dient laut Schaffer (2014) dazu mögliche Probleme bei der Datenerhebung zu erkennen. Durch den Pre-Test sollen möglichen Schwierigkeiten beseitigt werden, um eine zuverlässige Datenerhebung zu gewährleisten. In diesem Falle ergaben sich Probleme bezüglich des Verständnisses seitens der Befragten. Diese hatten Schwierigkeiten einige Worte zu verstehen, sodass sich die Verfasser nach dem Pre-Test erneut Gedanken bezüglich der Formulierung gemacht haben. Sie entschieden sich dazu die Fragen hinsichtlich der Fremdwörter in eine "einfache" Sprache umzuwandeln.

3.8.1 Wissenschaftliche Gütekriterien

Die wissenschaftlichen Gütekriterien bestehen aus Objektivität, Realibität und Validität. Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Gütekriterien Bezug genommen.

„Die Objektivität eines Tests ist ein wesentliches Gütekriterium, das die Vergleichbarkeit von Testleistungen verschiedener Testpersonen sicherstellt.“ (Rudolf & Müller, 2012, S. 8)

Dies bedeutet also, dass die Forscher keinen Spielraum hinsichtlich Durchführung und Auswertung haben. Durchführungsobjektivität ist dann gegeben, wenn das Ergebnis nicht davon abhängt, welcher Forscher die Testung durchgeführt hat (Rudolf & Müller, 2012).

Bei der vorliegenden Forschung ist keine hundertprozentige Durchführungsobjektivität gegeben, da die Forscherin, die die Interviews geführt hat, ebenfalls in der Fachklinik Hase Ems arbeitet. Durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit ist es möglich, dass die Befragten die Fragen anders beantworteten als wenn ihnen ein unbekannter Forscher diese gestellt hätte. „Interpretationsobjektivität liegt dann vor, wenn verschiedene Testanwender bei Testpersonen mit demselben Testwert zu denselben

Schlussfolgerungen kommen.“ (Rudolf & Müller, 2012, S. 10). Bei der vorliegenden Forschung ist die Interpretationsobjektivität gegeben, da durch die quantitative Forschung mit dem BDI II Fragebogen greifbare Zahlen und Unterschiede deutlich wurden, die man eine einheitliche Schlussfolgerung ermöglichen. Ebenso sind die Antworten der Befragten während der Interviews so klar und strukturiert, dass diese eine unterschiedliche Interpretation der Ansichten der Patienten nicht zu lassen. Laut Rudolf und Müller (2012) ist eine Forschung dann objektiv, wenn die Testung, unabhängig von Zeit, Ort und Tester,

für eine bestimmte Testperson das gleiche Ergebnis hervorbringen würde. In diesem Fall ist eine relativ hohe Objektivität gegeben, da es sehr wahrscheinlich ist, dass ein anderer Forscher die selben Ergebnisse durch den BDI II die Interviews erzielt hätte. Lediglich wären kleinere Abweichungen hinsichtlich der Antworten der Befragten denkbar, da sich diese bei einem unabhängigen Forscher möglicherweise ehrlicher geäußert hätten. Da es bei den Interviews allerdings nicht um personelle Fragen, sondern um allgemeine Verbesserungen ging, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten durch Angst vor Konsequenzen, anders antworteten, eher gering. Realibität ist ein Gütekriterium, welches die Messgenauigkeit eines Testes beschreibt. Somit ist ein Test reliabel, wenn er genau, d.h. ohne Messfehler, misst (Moosbrugger & Augustin, 2008). Somit geht es bei einer qualitativen Forschung um die Genauigkeit eines diagnostischen Ergebnisses. Während der Datenerhebung können Fehler auftreten, die zufällig entstehen. Die Anzahl dieser Fehler wird durch die Realibität der Forschung angegeben. Erhält man bei einer wiederholten Forschung die gleichen Ergebnisse wie bei der ersten Testung, kann man von einer reliablen Forschung sprechen. Es gibt viele unterschiedliche zufällige Fehler. Um die zufällig auftretenden Fehler, die beispielsweise durch menschliches Handeln auftreten können, zu reduzieren, kann man mit der Form der Standardisierung diesem entgegenwirken. Laut Verhoeven (2016) gelingt dieses indem man die Daten mithilfe eines bestimmten Systems analysiert. In diesem Falle wurde die qualitative Inhaltsanalyse als Methode gewählt, welche somit zur Realibität der Forschung beiträgt. Ein anderes Procedere, das in dieser Forschung verwendet wird, um die Realibität zu erhöhen, ist die Iteration. Dies beschreibt die mehrfache Interpretation und Analyse der Daten bis der Forscher die Fragestellung beantworten kann (Verhoeven, 2016). Da die Daten dieser Forschung wiederholt interpretiert und analysiert werden und hierbei unterschiedliche Methoden verwendet werden, ist die Realibität der Ergebnisse gegeben. Die Validität beschreibt die Gültigkeit der Ergebnisse und gilt als wichtigstes Gütekriterium (Moosbrugger & Augustin, 2008) Sie bezieht sich auf systematische Fehler, die während der Durchführung gemacht wurden. Es wird zwischen unterschiedlichen Formen der Validität unterschieden. Hier wird Bezug auf die interne und externe Validität eingegangen. Die interne Validität kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Beispielsweise können veränderte Bedingungen, die Auswahl der Probanden oder externe Vorfälle, Auswirkungen auf die interne Validität haben (Verhoeven, 2016). Da für die vorliegende Forschung bestimmte Probanden ausgewählt wurden und somit eine Heterogenität bei der Stichprobe vorliegt, ist die interne Validität gegeben. Durch die verschiedenen Blickwinkel und Erfahrungen der Probanden erhalten die Forscher einen

breiten Einblick in Problematik. Somit können durch die validen Ergebnisse gesicherte Schlussfolgerungen gezogen werden. Ein weiterer Punkt, der zu der internen Validität beiträgt, ist, dass die Forschungsinstrumente während der Forschung nicht geändert wurden. Verhoeven (2016) beschreibt, dass die Veränderung des Interviewleitfadens, Auswirkungen auf die Beantwortung der Frage hat, da sich die Antworten ändern können. Da während der Interviews keine Änderungen am Forschungsinstrument unternommen wurden und auf eine hohe Heterogenität der Stichprobe geachtet wurde, ist die interne Validität gegeben. Die externe Validität beschäftigt sich mit der inhaltlichen Verallgemeinerung. Dies bedeutet, dass man die Generalisierung der Ergebnisse auch auf andere Situationen beziehen kann (Verhoeven, 2016). Die Ergebnisse der Interviews bzw. der Inhaltsanalyse sind auf die Patienten in der Fachklinik Hase-Ems ausgelegt. Die inhaltliche Generalisierbarkeit entfällt teilweise. Trotzdem können auch nicht Betroffene aus den Ergebnissen Erkenntnisse ziehen. Ein zusätzlicher Punkt, der die externe Validität der Forschung steigert, ist die Repräsentativität der Stichprobe. Dadurch, dass die Stichprobe aus Patienten während einer stationären Entwöhnungsbehandlung besteht, geben die Ergebnisse relevante Daten für die Population wieder.

3.8.2 Fehlerquellen

Unsere Forschung ist auf wahre und zuverlässige Daten angewiesen. Um diese zu erhalten, sollte man auf mögliche Fehlerquellen achten und sich diese bewusst machen. Zum einen kann die „soziale Erwünschtheit“ der Befragten dazu führen, dass die Patienten einige Fragen nicht wahrheitsgetreu beantworten. Damit ist gemeint, dass, wenn sich persönliche Ansichten der Befragten von den vorgegebenen Vorgaben der Gesellschaft deutlich unterscheiden, die Bereitschaft die Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten, geringer ist. Laut Diekmann (2000) ist vor allem bei „empfindlichen“ Fragen der Hang zu sozialer Erwünschtheit größer. Somit wäre es beispielsweise taktisch unklug die Betroffenen nach den Leistungen der Mitarbeiter zu befragen, die die Depressionsgruppe durchführen. Da die Betroffenen oft noch wochenlang mit diesen während ihrer stationären Therapie zusammenarbeiten ist, die Wahrscheinlichkeit, dass sie möglichen Unmut über die personelle Leistung aus beziehungs-technischen Gründen oder aus Angst vor persönlichen Nachteilen nicht öffentlich preisgeben. Somit wäre es sinnvoller die Patienten direkt nach Wünschen und Verbesserungsvorschlägen zu befragen, um ihnen die Chance zu geben sich an Veränderungen zu beteiligen und ihre persönlichen Ansichten zu teilen, sie gleichzeitig aber nicht in eine unangenehme Situation zu bringen. Zum anderen ist der sogenannte Halo- Effekt eine weitere mögliche

Fehlerquelle. Dieser Effekt beschreibt die Beeinflussung des Befragten bei Beantwortung durch vorherige Fragen. Speziell bei Fragen, die miteinander in Verbindung stehen und dessen Konsequenz miteinander zusammenhängt wird der Halo-Effekt vermehrt beobachtet (Schaffer, 2014). Um diesen Effekt zu vermeiden, ist es also notwendig, die Reihenfolge der Fragen bewusst zu wählen um zu vermeiden, dass Emotionen oder Wahrnehmungen durch vorherige Fragen die Antworten beeinflusst.

3.8.3 Transkription

Für die Auswertung der qualitativ geführten Interviews haben die Verfasser wortwörtliche Transskripte nach Mayring (2015) angefertigt (siehe Anhang). Unter Transkription versteht man eine Übertragung von gesprochener aufgenommener Sprache in eine schriftliche Form (Mayring 2002, S.89). Die geführten Interviews wurden in normales Schriftdeutsch übertragen, da es so leichter zu verstehen und der Fokus auf der inhaltlichen Ebene liegt. Der Stil wurde geglättet und leserlich runter geschrieben, kleine Fehler wurden behoben und Sätze teilweise zusammengefasst.

4 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden zuerst die Befragten beschrieben. Anschließend werden die jeweiligen Daten aus der Forschung ausgewertet und dargestellt.

4.1 Vorstellung der Befragten

Frau H.

Frau H. ist 46 Jahre alt und konsumierte zum ersten Mal Alkohol im Alter von 16 Jahren auf einem Schützenfest. Zu der Zeit habe sie in einem gesellschaftlich akzeptierten Rahmen Alkohol konsumiert. Im Alter von 37 – 41 Jahre berichtet Frau H. von häuslicher Gewalt durch ihren Ehemann, massiv im Jahr 2010. Frau H. zieht sich in der Zeit mehr und mehr zurück, geriet in eine depressive Episode und distanziert sich von Freunden. In dieser Zeit verliert Frau H. in der 10. SSW ihr Kind, daraufhin folgte eine sehr schwere Zeit für die Patientin, zu dieser Zeit kommt es erstmals zu einem Anstieg des Alkoholkonsums. Frau H. habe ihre Gefühle betäuben wollen und somit schlafen können. Weitere Gewalttätigkeiten des Ehemannes, eine Trennung durch die Pat. sowie ein Auszug des Ehemannes folgte. Diese ganze Situation lassen den Alkoholkonsum immer weiter ansteigen. Frau H. konsumierte alles, was sie im Haus finden konnte. Sie wollte

Ängste und ihre Gefühle „wegspülen“. Ihr Ehemann kehrt noch einmal zur Familie zurück. Es kommt zu einer weiteren massiven Steigerung des Trinkverhaltens. Frau H. konsumiert täglich Bier, bereits am frühen Vormittag brauchte Frau H. den Alkohol, um lt. ihren Angaben das Haus verlassen und einkaufen gehen zu können. In dieser Zeit werden eine Tendenz zum Kontrollverlust sowie Anzeichen der Abstinenzunfähigkeit beobachtet. Frau H. begibt sich erstmals im Oktober / November 2013 zur Entzugsbehandlung / Entwöhnungsbehandlung ins Krankenhaus. Frau H. berichtet im Anschluss von einer ca. dreimonatigen Abstinenzphase. Im Januar 2014 verstarb die Schwägerin der Klientin mit 47 Jahren an Krebs. Sie sei eine der wenigen Bezugspersonen der Klientin gewesen. Es kommt zu einer Rückfälligkeit. Im Alter von 43 Jahre – 45 Jahren folgte eine erneute Entzugsbehandlung sowie eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die Frau H. regulär beendete. Nach ihrer Entlassung seien die Streitigkeiten mit ihrem Ehemann, sowie der Schwiegermutter weitergegangen. Sie fühlte sich tyrannisiert und unterdrückt. Es kommt immer wieder zu Rückfällen. Frau H. entscheidet sich letztendlich im Juli / August 2016 zur Trennung des Ehemannes. Im Oktober bezog sie ihre eigene Wohnung und die Scheidung wurde vollzogen. Aus der Ehe gingen drei Kinder hervor (7 Jahre, 12 Jahre, 16 Jahre). Zu allen Kindern bestehe ein gutes Verhältnis. Alle drei Kinder leben derzeit nicht bei der Klientin. Die jüngste Tochter (7 Jahre) und der Sohn (12 Jahre) möchten lt. Frau H. auf Dauer jedoch wieder bei ihr leben. Heute bestehe zu beiden Eltern ein guter und täglicher Kontakt. Das Verhältnis zur Schwester sei immer gut gewesen, zu ihrem Bruder jedoch bestehe kein Kontakt mehr. Frau H. berichtet, dass sie seit Oktober 2016 ALG II beziehe. Vorher habe sie von dem Einkommen ihres Ex- Mannes gelebt und sei parallel immer wieder geringfügigen Beschäftigungen nachgegangen. Ab März dieses Jahrs war Frau H. erneut zwei Mal aufgrund von Rückfälligkeit zur Entzugsbehandlung im Krankenhaus. Bei der jetzigen Maßnahme handelt es sich um die 2. Langzeittherapie. Rezidivierende Depressionen hat Frau H. seit 2010. Im Jahre 2015 / 2016 hatte Frau H. zudem zwei Suizidversuche.

Frau S.

Frau S. ist 31 Jahre alt und hat in dem Zeitraum von 2004-2012 missbräuchlich Drogen (XTC, THC, Amphetamine) konsumiert, um teilweise ihre Ängste zu regulieren. Der Konsum sei dann in geringen Mengen am Wochenende erfolgt. Frau S. gibt an, dass Sie auch seit 5 Jahren regelmäßig Medikamente (Diazepam) von ihrem Hausarzt verschrieben bekommen und konsumiert hat. Die Dosissteigerung (von ursprünglich 2 mg bis zuletzt 80 mg) sei schleichend in Absprache mit dem Arzt erfolgt. Den Übergang zur

Sucht habe Frau S. gar nicht bemerkt. Als Hintergründe gibt die Pat. ihre Panikattacken und Verlustängste an. Bei der jetzigen Maßnahme handelt es sich um die 1. Langzeittherapie. Frau S. verfügt über ein grundlegendes Krankheitsverständnis, sieht sich als suchtkrank und kann dieses auch mit ihrem psychosozialen Bedingungsgefüge in Verbindung bringen. Frau S. gibt an, bis zum ihrem 20. Lebensjahr bei ihrer Mutter (Pflegeassistentin, alkoholabhängig) aufgewachsen zu sein. Sie ist ohne Vater aufgewachsen und war häufig bei ihren Großeltern. Der Großvater hat die Vaterrolle übernommen. Das damalige Zuhause bei der Mutter, sei immer geprägt von Alkohol, Nikotin und THC gewesen. Den „Erzeuger“, so die Pat., habe sie mit 13 Jahren kennengelernt. Sie habe gleich wieder den Kontakt abgebrochen. Der Vater habe öfter im Gefängnis gesessen wegen Drogen- und Diebstahldelikten. In ihrer Kindheit habe es gute und schlechte Zeiten gegeben. Prägend für Frau S. sei die Scheidung der Mutter vom Stiefvater gewesen. Die Schwester der Pat. (23) sei gleichzeitig ihre beste Freundin. Die Pat. habe ihren jetzigen Ehemann im Jahr 2014 geheiratet. Frau S. gibt an, ihren Ehemann zu lieben, jedoch würde die Ehe aktuell aufgrund der Abhängigkeit der Pat. in einer Krise stecken. Frau S. arbeitet als examinierte Altenpflegerin in der Intensivpflege, sie arbeitet gerne in diesem Beruf und möchte nach der Therapie hier auch wieder Fuß fassen.

Herr N.

Herr N. ist 39 Jahre alt und er hat im Alter von 15 Jahren das erste Mal Alkohol konsumiert, immer im gesellschaftlich akzeptierten Rahmen. Die derzeitige Dosierung evtl. mit Freunden alle 2 – 3 Wochen maximal 1 – 3 Gläser Cola / Rum. Der Erstkonsum mit Cannabis war ebenfalls mit 15 Jahren, Herr N. konsumiert zunächst in der Clique und im überschaubaren Rahmen. Jedoch hat er eine rasche Bindung zu der Substanz hergestellt und hatte über die ganzen Jahre besteht ein relativ unkontrollierter Konsum. Seit nunmehr ca. 2 Jahren ist der Kontakt zur Droge noch intensiver geworden. Ganz besonders in den Abendstunden und in besonderen Krisensituationen konsumiert Herr N. vermehrt. Seine durchschnittliche Dosierung liegt derzeit täglich bei ca. 1 – 2 g. Herr N. hat einen fünf Jahre älteren Bruder, zu diesem besteht bis heute ein guter Kontakt. Seine Kindheit und das Verhältnis zu seinen Eltern beschreibt er als sehr gut. Herr N. ist gelernter Fliesenleger, in dem Bereich war er auch viele Jahre selbstständig. Aus einer gescheiterten Ehe gehen Zwillinge hervor, zu den beiden jetzt 14 Jahre alten Jungen habe Herr N. einen guten Kontakt, er sieht die beiden alle zwei Wochen. Herr N. leidet unter narzisstischen Persönlichkeitsanteilen. Er arbeitet hart an sich, ihm fehlt aber die

nötige Krankheitseinsicht. Zurzeit bezieht Herr N. ALG II und lebt alleine in einer Wohnung zur Miete.

Herr T.

Herr T. ist 31 Jahre alt, er hat im Alter von 13 - 31 Jahren täglich Cannabis konsumiert, seine Dosis war zuletzt bei ca. 1 Gramm täglich. 18 - 27 Jahren fing Herr T. an ca. 3g Speed am Wochenende zu konsumieren, hinzu kamen 20 Tabletten Ecstasy und die Einnahme von Magic Mushrooms. Bei der jetzigen Maßnahme handelt es sich um die 1. Langzeittherapie Sucht. Der erste Eindruck suggeriert ein hohes Problembewusstsein, aber eine nur gering ausgeprägte Veränderungsmotivation. Herr T. versteht sich als suchtkrank, kann dieses aber kaum in Verbindung bringen mit seinem psychosozialen Bedingungsgefüge. Zu den Eltern des Patienten bestehe seit dem 25. Lebensjahr kein Kontakt mehr, da die Mutter unter starken Depressionen leide und sein Vater wird vom Patienten als alkoholabhängig beschrieben. Es gibt einen 10 Jahre älteren Halbbruder zu dem aber ebenfalls nur sehr unregelmäßig Kontakt besteht. Das soziale Umfeld wird von dem Patienten mit seiner Lebensgefährtin beschrieben, welche aktuell schwanger von ihm ist und Zwillinge erwartet. Von dem Großteil seines früheren Freundeskreises habe er sich entfernt, da diese weiterhin Drogen konsumieren werden.

Herr R.

Herr R. ist 29 Jahre alt, seinen ersten Alkohol hatte er mit dem 14. Lebensjahr. Am Wochenende habe Herr R. viel getrunken, Konsum bis zu 1 Kiste Bier + 1 Fl. Korn am Wochenende, Konsum zusammen mit Freunden (Punkszene), auf Konzerten oder in der Fußgängerzone (beim Betteln). Der Konsum war immer verbunden mit Filmrissen und Komatrinken. Sein Trinkverhalten sei sehr exzessiv gewesen, dies habe zu fremdaggressiven Verhaltensweisen geführt. Cannabis konsumierte Herr R. ab seinem 15. Lebensjahr täglich, im Alter von 21 Jahren fing er an Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Ritalin, LSD, Benzodiazepine bis zu Heroin zu sich zu nehmen. Wechselkonsum von Ritalin + XTC + Cannabis („ich habe das konsumiert, was der Körper gerade brauchte“), Konsum am Wochenende, unter der Woche kein Konsum, dadurch massiv die Nebenwirkungen wahrgenommen (Ängste, Panikattacken). Im Sommer habe Herr R. immer mehr konsumiert wie im Winter. Herr R. habe bis zur Entgiftung im März 2017 durchgehend konsumiert. Die jetzige Therapie, ist die erste von Herrn R. Er macht einen intrinsisch motivierten Eindruck, es besteht keine uns bekannte justizielle oder sonstige bekannte externe Motivationsquelle. Die Behandlungsmotivation des Patienten ist von

den negativen Konsequenzen seiner Suchtmittelabhängigkeit geprägt. Herr R. bewohnt alleine eine Wohnung zur Miete. Er hat ein abgeschlossenes Studium als Sozialpädagoge, in seinem Job möchte er nach der Therapie auch langsam wieder Fuß fassen. Zurzeit bezieht Herr R. ALG I. Zu seinen Eltern und seinem jüngeren Bruder besteht bis heute ein guter Kontakt. Seine Kindheit beschreibt er als „rosig“. Er habe kaum Verantwortung übernehmen müssen oder Verpflichtungen gehabt. Zudem habe er immer das bekommen, was er gerade haben wollte. Heute denke Herr R. wie folgt darüber: „Meine Eltern hätten mich etwas härter erziehen müssen. Ich musste mir nie etwas erarbeiten, da ich immer alles bekommen habe. Es gab keine klaren bzw. nur wenige Regeln. Auch wenn ich weiß, dass meine Eltern nur das Beste für mich wollten, würde ich meine Kinder konsequenter und mit mehr Disziplin erziehen“.

Frau R.

Frau R. ist 20 Jahre alt, sie konsumierte regelmäßig Alkohol ab dem 14. Lebensjahr. Eine erhebliche Mengensteigerung wurde seit dem 15. Lebensjahr beobachtet, ab dem Zeitpunkt kam es auch vermehrt zu Kontrollverlusten und funktionalem Trinken. Ihr Trinkkonsum lag hier bei 1 Flasche Wodka täglich. Der Erstkonsum mit Cannabis war im Alter von 16 Jahren, zunächst war der Konsum unregelmäßig aber ab dem 18. Lebensjahr fand dieser täglich statt. Der letzte Alkohol sowie Cannabiskonsum war kurz vor Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung. Neben der Alkoholabhängigkeit, massives tägliches Trinken zum „Vergessen“ und THC-Missbrauch, besehe eine Depression. Symptome seien Minderwertigkeitsgefühle und negatives Denken. Frau R. ist gemeinsam mit ihrem Zwillingbruder bei ihrer Mutter aufgewachsen. Die Mutter beschreibt ihre Tochter als ungerecht, fordernd, depressiv, anstrengend und überempfindlich. Der Vater ist alkoholabhängig, ihn erlebte Frau R. als stark und ehrlich. Die Eltern hätten sich jedoch scheiden lassen als die Frau R. und ihr Zwillingbruder erst 1 Jahr alt gewesen sind. An ihrer Kindheit erinnere sie sich kaum, die häusliche Atmosphäre beschreibt sie als streng und erdrückend. Zu ihrer Mutter habe sie ein sehr ambivalentes Verhältnis. Einerseits sei sie ihre wichtigste Bezugsperson, andererseits habe die Mutter die Kinder jedoch emotional vernachlässigt und habe nicht für die Verpflegung der Kinder gesorgt. Frau R. beschreibt ihre Kinder- und Jugendzeit als von sehr starken sozialen Ängsten geprägt. Bereits in der Grundschule sei sie sehr „still und zurückhaltend“ gewesen. Daher habe sie die Schule als belastend, angstbesetzt und überfordernd erlebt. Der hohen Leistungsanforderungen ihrer Mutter habe sie lediglich durch gute Noten für schriftliche Arbeiten gerecht werden können. Dieses sei jedoch „nie gut genug“ gewesen, so dass sie

sich einem „ständigen Druck“ ausgesetzt sah. Aufgrund ihrer frühen Abhängigkeitserkrankung sei der Kontakt zu ihrem Zwilling Bruder abgebrochen. Auch die Mutter habe sich zunehmend distanziert. Die Beziehung sei von massiven Konflikten und Vorwürfen mütterlicherseits geprägt. Frau R. sagt, sie habe alles verloren: Die Familie, das Abitur wurde abgebrochen, das soziale Netzwerk bestehe hauptsächlich aus „nassen Kontakten“. Eine Partnerschaft habe sie aktuell nicht. Nach der Therapie möchte Frau R. in eine Wohngruppe für mehrfachsuchtgeschädigte Menschen ziehen. Sie sieht langsam ein, dass sie ohne Unterstützung ihr Leben nicht wieder auf die richtige Bahn bekommt.

Herr K.

Herr K. ist 45 Jahre alt und seinen ersten Alkoholkontakt hatte er im Alter von 13 Jahren. Bis zum 16. Lebensjahr trank Herr K. nur am Wochenende. Mit Beginn der Lehre steigerte sich der Alkoholkonsum dann auf tägliche 3 Liter Bier und einige Schnäpse. Zu einer weiteren Dosissteigerung kam es nach dem plötzlichen Tod des Bruders. Kontrollverluste hatte Herr K. schon seit dem 15. Lebensjahr immer wieder. Seit ca. 5 Jahren trinke er 10 – 15 Fl. Bier (0,5 L) täglich. Herr K. habe bis jetzt zwei kalte Entzüge im Jahr 2003 hinter sich. Seine Entzugerscheinungen seien immer massiv gewesen. Herr K. ist 1972 in Slowenien geboren. Seine Familie siedelt 1975 um nach Berlin. Seine Eltern seien immer beide berufstätig gewesen und hatten wenig Zeit für die Kinder. Herr K. musste früh Gewalterfahrungen durch die Mutter erleben. Er hatte dann frühzeitig Kontakt zu „falschen Freunden“ und zu Alkohol und Drogen. Im Alter von 16 Jahren ist er aufgrund seiner Ausbildung von zuhause ausgezogen. 1997 wurde der Bruder (-9) von Herrn K. mit einer Überdosis Heroin auf der Straße gefunden und ist nach vier Jahren im Koma verstorben. Herr K. plagen starke Schuldgefühle, da er den Bruder in die Szene eingeführt habe. Im Jahr 1992-1996 zeigte er häufig selbstverletzendes Verhalten, um Spannungen abzubauen. Belastend erlebt Herr K. ebenfalls den Tod des Vaters vor zwei Jahren, von dem er sich nicht mehr verabschieden konnte sowie den Tod der Mutter 2017. Seit drei Jahren lebt Herr K. jetzt in einer neuen Partnerschaft, welche er als harmonisch und unterstützend beschreibt, endlich habe er erstmalig einen Menschen zum Reden gefunden. Nach der Therapie möchte er mit ihr zusammenziehen und den aktuellen Wohnort bzw. sein Umfeld ändern. Herr K. bezieht zurzeit ALG II und wohnt noch alleine in einer Wohnung zur Miete.

Herr L.

Herr L. ist jetzt 40 Jahre alt. Im Alter von 16 Jahren, mit Beginn seiner Bäckerlehre trinkt Herr L. maximal am Tag 3 Flaschen á 0,5 Liter Bier. Am Nachmittag um ca. 14:30 Uhr nach Arbeitsschluss habe er immer 1 Flasche zum „Einschlafen“ benötigt, dann zum Abendessen weitere 2 Flaschen Bier. Eine Veränderung des Konsums findet im 3. Ausbildungsjahr statt, hier beschreibt sich Herr K. vermehrt als „Einzelgänger“, er sei dem Druck der Ausbildung nicht gewachsen und müsse ihn ganz alleine durchstehen. Ab dem Zeitpunkt trinkt Herr L. bis zu 7 Flaschen Bier á 0,5 Liter. Dieses Konsummuster bleibt bis zur Arbeitslosigkeit mit 19 Jahren bestehen. Herr L. ist seit einem Jahr arbeitslos und durch die tägliche Langeweile konsumiert er weiterhin ca. 7- 10 Flaschen á 0,5 Liter Bier täglich. Die Arbeit als Bäcker habe ihm zugesagt, aber die besonderen Arbeitszeiten hätten dazu geführt, nicht mehr in diesem Beruf zu arbeiten. Danach absolvierte er eine betriebliche Umschulung in einem Berufsbildungswerk zum Elektroinstallateur, hier habe er gute Leistungen erbracht und auch weniger konsumiert, nach Arbeitsende, ca. 4 Flaschen Bier á 0,5 Liter. Nach seiner Umschulung habe er nur Helfertätigkeiten ausführen können und bei Zeitarbeitsfirmen gearbeitet. Zu dem Zeitpunkt hatte er eine Freundin, die vermehrt auf sein Trinkverhalten geachtet hat, die Beziehung hielt 4 Jahre und ging dann aufgrund des Trinkens in die Brüche. Nach der Trennung habe er täglich ca. 6 Liter Bier, zusätzlich Spirituosen bis zur stationären Entgiftungsbehandlung zu sich genommen. Herr L. befindet sich zurzeit in seiner 1. Langzeittherapie.

Frau V.

Frau V. ist 55 Jahre alt und habe das erste Mal im Alter von 17 Jahren im Freundeskreis Alkohol getrunken. Im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter beschreibt sie ihren Alkoholkonsum als „ganz normal, eher wenig“. Sie habe höchstens zu gesellschaftlichen Anlässen wie zum Beispiel zu Geburtstagfeiern oder in Gesellschaft anderer in Maßen Alkohol konsumiert. Eine problematische Konsumententwicklung gebe es seit ca. 2008, dort habe Sie begonnen in Stresssituationen (Belastung mit der Pflege der Eltern, familiäre Spannungen, etc.) abendlich zur Entspannung Wein zu trinken; „jetzt kannst dir mal am Abend ein Schlückchen gönnen“. In den darauffolgenden Jahren benennt sie eine Steigerung der Konsummenge. So habe sie zum Teil täglich 2 Flaschen Wein und ½ Flasche Kräuterlikör getrunken, sie hat zu dem Zeitpunkt bereits mittags mit dem Trinken begonnen.

Zwischenzeitliche Abstinenzzeiten von mehreren Tagen seien jedoch nie anhaltend gewesen und sie sei immer wieder in ihr Trinkverhalten zurückgefallen. Neben der

Alkoholabhängigkeit sei bei Frau V. eine Depression bekannt, diese habe sich mit Beginn der Wechseljahre eingestellt. Hauptsymptome seien Minderwertigkeitskomplexe, Antriebsarmut und mangelndes Selbstwertgefühl. Alkohol habe sie bewusst eingesetzt, um zufriedener zu werden. Frau V. wurde als Jüngste von insgesamt fünf Geschwisterkindern geboren. Ihr ältester Bruder sei 1994 bei einem Jagdunfall tödlich verunglückt. Ihr Vater sei früher als Arzt (mit einer eigenständigen Praxis) tätig gewesen, er verstarb 2012 an Herzversagen. Ihre zuletzt demente Mutter sei 2014 an Herzversagen verstorben. Frau V. habe beide Elternteile seit 2004 bis zu deren Tod im eigenen Haushalt gepflegt. Ihre Kindheit beschreibt Frau V. als „sehr harmonisch und behütet“. Da Frau V. gelernte Arzthelferin ist, habe sie viele bei Ihrem Vater in seiner Praxis gearbeitet, dadurch hatte sie zu ihm immer ein engeres Verhältnis. Meine Mutter war immer für uns da. Zu ihrem Bruder P. (61 Jahre alt) bestehe heute ein guter Kontakt, zu ihrem Bruder A. (60 Jahre alt) und ihrer Schwester C. (57 Jahre alt) sei sie aufgrund Erbschaftsschwierigkeiten im Streit und spreche nur noch über Anwälte mit ihnen. In der Vergangenheit sei die Klientin mit der elterlichen Pflege, ihrer eigenen Berufstätigkeit und den eigenen Verpflichtungen wie Haushalt, Ehe und den Kindern oft an ihre Grenzen gestoßen. Alkohol habe häufig die Funktion des Entspannungsmittels gehabt. Bezüglich weiterer Suchterkrankungen in der Familie benennt Frau V. ein auffälliges Trinkverhalten bei ihrer Schwester. Zu ihren zwei Kindern und ihrem Ehemann pflegt Frau V. ein sehr liebevolles Verhältnis.

Herr J.

Herr J. ist 32 Jahre alt und lebt nach der Trennung seiner Freundin übergangsweise wieder zu Hause bei seinen Eltern. Das erste Mal trank Herr J. mit dem Freund seiner älteren Schwester im Alter von 14 Jahren. Der Konsum war zunächst geregelt und hielt sich im Rahmen. In der Folgezeit im Alter von 16 Jahren, zu Beginn seiner Ausbildung als Automechaniker kam das verstärkte Wochenendtrinken dazu. Der zeitgleiche Druck von Schule und Arbeit wurden Herr J. zu viel und somit begann er auch gelegentlich in der Woche vermehrt zu trinken. Seit der Arbeitslosigkeit im Jahre 2010 kam es zu einer massiven Steigerung, dort fing Herr J. schon direkt morgens mit dem Trinken an, dies ging bis zu seiner Entgiftung im August 2017. Bei der derzeitigen Maßnahme handelt es sich um die 1. Langzeittherapie. Herr J. hat zu seinen Eltern ein angespanntes Verhältnis und möchte nach der Therapie auch so schnell wie möglich in eine eigne Wohnung ziehen. Zu seinen zwei Geschwistern besteht nur sporadisch Kontakt, wenn man sich zufällig bei den Eltern sieht. Sein älterer Bruder sitzt derzeit wegen Einbruchs im

Gefängnis. Er beschreibt seine Kindheit als schwierig, sein Vater konnte nie Gefühle zeigen und war immer sehr streng, die Mutter hingegen versuchte den Kindern alles zu ermöglichen und kümmerte sich herzlich um die Kinder.

4.2 Methodik der Datenerhebung und -auswertung des BDI II-Fragebogens

Hinsichtlich der Auswertung des BDI II Fragebogens wurden diese, durch das zusammenzählen der gemachten Angaben pro Patient handschriftlich ausgewertet. Anschließend wurde jeweils der Mittelwert der ersten und zweiten Testung bestimmt. Ebenfalls wurden die Daten in das SPSS Programm eingegeben um das Signifikanzniveau und die Effektstärke der Testung zu berechnen.

4.3 Methodik der Datenerhebung und -auswertung der Interviews

Als Befragungsform wurde, wie schon erwähnt, die mündliche Befragung, das Interview gewählt. Die erfassten Interviews werden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Es handelt sich dabei um eine offene, teilstandardisierte Befragung. Offen bezieht sich in diesem Fall darauf, sich frei zu äußern und das wiederzugeben, was dem Befragten bezüglich des Themas als wichtig erscheint. Teilstandardisiert bezieht sich auf die Vorgehensweise der Befragung durch den Interviewer. Es gibt zwar eine Reihenfolge der Befragung, dennoch kann diese bei Bedarf abweichen. Während des Interviews liegt durch die Reihenfolge der Fragen also ein Leitfaden zur Seite, um relevante Aspekte nicht im Verlauf des Interviews zu vergessen, damit wird gewährleistet, dass alle Themenbereiche angesprochen werden. Um den Erzählfluss des Befragten Patienten nicht zu beeinflussen, hat der Verfasser im Interview verstehend genickt, zuletzt Gesagtes wiederholt oder paraphrasiert. Da der Interviewer die befragten Patienten genauer kennt und schon länger mit ihnen arbeitet, bestand ein Vertrauensverhältnis.

Teilfrage 1

Die erste Teilfrage beinhaltet den Unterschied zwischen dem Score Wert vor der Depressionsgruppe und dem Score Wert nach Abschluss der Depressionsgruppe. In der Abbildung 3 macht dir Boxplot - Analyse die Unterschiede deutlich.

Measurement 1 stellt den Zeitpunkt der ersten Messung dar, Measurement 2 beschreibt die zweite Messung nach sechs Wochen. Der schwarze Strich in der Mitte ist

Abbildung 3: Boxplot Grafik



Durch das SPSS Programm wurde das Signifikanzniveau der beiden Messungen berechnet. Die Abbildung 4 zeigt, dass der durchschnittliche Unterschied zwischen der Prä und Postmessung 8.2 Punkte auf der BDI II Skala beträgt. Dies bedeutet, dass die Werte im Schnitt um 8.2 Punkte sinken. Der Signifikanzwert p beträgt statistisch ausgedrückt: $p < 0.01$, somit ist der Unterschied zwischen vorher und nachher statistisch signifikant bei einem α -Niveau von 0.05. Dadurch kann die Null-Hypothese, dass es keinen Unterschied zwischen der prä und post Messung gibt, verworfen werden. Zudem wurde mit dem SPSS Programm ebenfalls die Effektstärke berechnet. Diese beschreibt die Größe eines Effekts (Rudolf & Müller, 2012) Diese beträgt 1.32 und ist somit als groß zu bewerten, da die Effektstärke ab 0.8 als groß gewertet wird.

Teilfrage 2

Die zweite Teilfrage beschreibt das Erleben der Probanden während und nach den Gruppensitzungen. Im Folgenden werden einzelne Fragen aus der Interview Leitfaden und die Antworten der Patienten darauf benannt.

Haben Sie Veränderungen bei sich selbst durch die Depressionsgruppe bemerkt, falls ja, welche?

Diese Frage beantworten alle Probanden (n=10) mit „Ja“ (Labeltabelle, 1.1 Herr J./ 1.1 Frau S./ 1.1 Frau H./ 1.1 Herr K./ 1.1 Herr N./ 1.1 Herr T./ 1.1 Herr R./ 1.1 Frau R./ 1.1 Herr L./ 1.1 Frau V.). Hinsichtlich der positiven Veränderungen durch die Gruppe gibt es unterschiedliche Erfahrung. Ungefähr ein Drittel der Patienten verbesserten den Austausch über ihre Erkrankung mit anderen und wurden selbst offener diesbezüglich (Labeltabelle 1.5 Frau H./ 1.5 Herr K./ 1.5 Herr L.). „Ich habe gelernt über meine Depression offen zu reden.“ (Labeltabelle 1.5 Herr K.) Zudem berichteten die Probanden vermehrt darüber, sich mehr mit ihrer Erkrankung zu beschäftigen und bewusster mit ihr umzugehen (Labeltabelle, 1.7 Herr N./ 1.7 Herr R./ 1.7 Frau V.) „Man denkt darüber nach und setzt sich mit dem Thema mehr auseinander“ (Labeltabelle 1.7 Herr N.) Jeweils ein Proband gab an sich durch die Gruppe gestärkt zu fühlen (Labeltabelle 1.2 Herr J.) und mehr Lebensfreude bemerkt zu haben (Labeltabelle 1.8 Herr T.) „Ich habe mich gestärkt gefühlt.“ (Labeltabelle 1.2 Herr J.) „Ja, dass ich wieder mehr Lust am Leben bekommen habe.“ (Labeltabelle 1.8 Herr T.) Außerdem stärkten die Einheiten das Selbstbewusstsein eines Probanden (Labeltabelle 1.10 Frau V.). „(...) und zwar, dass ich mein Selbstbewusstsein wieder stärken konnte“ (Labeltabelle 1.10 Frau V.) Des Weiteren berichteten zwei Patienten von einer Verbesserung ihrer Aktivität durch die Teilnahme an der Gruppe (Labeltabelle 1.3 Herr J./ 1.3 Herr R.). „(...) und konnte Aktivitäten besser umsetzen.“ (Labeltabelle 1.3 Herr J.) Zudem fühlten sich die einige Probanden durch die Gruppe erleichtert, da sie sich mit ihrer Erkrankung nicht mehr alleine fühlten (Labeltabelle 1.6 Herr K./ 1.6 Frau H.). „Ich habe bemerkt, dass ich nicht alleine bin.“ (Labeltabelle 1.6 Herr K.) Zusätzlich erhielten zwei Patienten neue Denkanstöße und veränderten ihre Sichtweise auf ihr Leben (Labeltabelle 1.9 Frau R./ 1.9 Herr R.). „Denkmuster haben mir geholfen mein Leben anders zu sehen.“ (Labeltabelle 1.9 Frau R.)

Um weitere Informationen über das Erleben der Patienten durch die Depressionsgruppe zu erfahren, wird nun auf die zweite Leitfrage des Interviews eingegangen.

Was haben Sie speziell aus den verschiedenen Modulen mitgenommen?

Vier Probanden geben bei dieser Frage an, dass sie vor allem den Austausch unter den verschiedenen Teilnehmern mitgenommen und für hilfreich erachtet haben (Labeltabelle 2.2 Herr J./ 2.2 Herr N./2.2 Herr T./2.2 Frau V.). „Ich kann jetzt offen über meine Depression sprechen und mich mit anderen austauschen.“ (Labeltabelle 2.2 Frau V.) „Den Austausch mit meinen Mitmenschen. Durch die verschiedenen Module ist mir klargeworden, wie wichtig dieser Austausch ist.“ (Labeltabelle 2.2 Herr T.) Ein Proband betont, dass ihm vor allem die Gespräche mit den Mitpatienten nach den Einheiten gutgetan haben, da er das Gefühl hatte alles los werden zu können (Labeltabelle 2.6 Herr K.). „gerade die Gespräche mit den Leuten nach der Gruppe haben mir sehr gutgetan. Ich konnte endlich mal alles loswerden.“ (Labeltabelle 2.6 Herr K.) Zudem hat ein Befragter gelernt seine Depression endlich als Krankheit wahrzunehmen und auch zu akzeptieren (Labeltabelle 2.7 Herr N.). „Die Depression als Krankheit wahrzunehmen.“ (Labeltabelle 2.7 Herr N.) Eine häufige Antwort war ebenfalls die Steigerung der Aktivität durch die Gruppe. „Mitgenommen habe ich auch noch (...) jetzt wieder mehr Aktivitäten zu machen.“ (Labeltabelle 2.5 Frau H.) Vier Patienten gaben an, dass sie wieder aktiver geworden sind und teilweise wieder vermehrt an die frische Luft gehen (Labeltabelle 2.5 Frau H./ 2.5 Herr T./ 2.5 Frau R./ 2.5 Herr L.). Ebenfalls erwähnenswert ist, dass ca. ein Drittel der Patienten wieder vermehrt ihre sozialen Kontakte pflegen und wieder unter Menschen gehen (Labeltabelle 2.1 Herr J./ 2.1 Herr T./ 2.1 Herr L.). „Den Kontakt mit meinen Mitmenschen, den pflege ich jetzt wieder mehr.“ (Labeltabelle 2.1 Herr L.) Ein wichtiger Punkt ist außerdem, dass einige Patienten verschiedene Methoden als hilfreich und zielführend einschätzen. So geben zwei Befragte die Antwort, dass sie das ABC Modell im Alltag viel begleitet und sie sehr davon profitieren (Labeltabelle 2.3 Frau S./ 2.3 Herr R.). „Also was mir als erstes einfällt, ist das ABC Modell. Das habe ich schon des Öfteren anwenden können.“ (Labeltabelle 2.3 Herr R.) Ein Befragter hat für sich aus der Gruppe zusätzlich mitgenommen, sich ein Lichtgerät für die dunkle Jahreszeit zuzulegen, um die Stimmung diesbezüglich aufzubessern (Labeltabelle 2.4 Frau H.). „Das Lichtgerät, gerade jetzt in der dunklen Jahreszeit, würde ich mir demnächst gerne kaufen.“ (Labeltabelle 2.4 Frau H.)

Die vierte Frage des Interviews lautet:

„Wie haben Ihnen die Rahmenbedingungen der Gruppe hinsichtlich der Gruppengröße, der Räumlichkeiten, des Aufbaus und der Atmosphäre gefallen?“

Um das Erleben der Patienten in der Gruppe auszuwerten, wird nun speziell auf die empfundene Atmosphäre während der Gruppenstunden eingegangen. Hier gaben alle Probanden an, dass die Atmosphäre angenehm war und sie sich sehr wohlfühlten haben (Labeltabelle 4.10 Herr J./4.10 Frau S./4.10 Frau H./4.10 Herr K./4.10 Herr T./4.10 Frau R./4.10 Herr R./4.10 Herr L./4.10 Frau V.). „Die Atmosphäre passte sehr gut.“ (Labeltabelle 4.10 Herr T.) „Ich habe mich sehr wohlfühlt und konnte mich gut öffnen.“ (Labeltabelle 4.10 Frau R.) Interessanterweise äußert ein Patient, obwohl er sich in der Gruppe wohlfühlt hat, dass er sich eine fröhlichere Atmosphäre gewünscht hätte (Labeltabelle 4.11 Herr K.). Die Atmosphäre hätte etwas fröhlicher sein können (...) dennoch darf ruhig mal öfter gelacht werden.“ (Labeltabelle 4.11 Herr K.)

Teilfrage 3

Die dritte und letzte Teilfrage beschäftigt sich mit den Wünschen und Verbesserungsvorschlägen der Patienten hinsichtlich der Depressionsgruppe. Sie werden gezielt nach Ideen und Wünschen für die Zukunft gefragt. Hier wird bei der Auswertung genau wie bei der zweiten Teilfrage vorgegangen.

Um die bisherige Zufriedenheit der Patienten mit den Einheiten einschätzen zu und darstellen zu können, wird hier auf die dritte Frage des Interviews Bezug genommen.

Wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) - 10 (sehr gut) gefallen?

Durch die Befragung wird deutlich, dass ca. ein Drittel die Gruppe mit einer „8“ bewertet (Labeltabelle 3.3 Frau S./ 3.3 Frau H./ 3.3 Herr L.). Genau der gleiche Anteil gibt eine „9“ als Antwort auf die Frage (Labeltabelle 3.2 Herr J./ 3.2 Herr K./ 3.2 Herr N.). Es gibt jeweils einen Ausreißer in beide Richtungen. Zum einen gibt ein Proband seine Zufriedenheit mit einer „6“ an (Labeltabelle 3.5 Herr T.), zum anderen gibt ein Patient den Höchstwert „10“ an (Labeltabelle 3.1 Frau H.).

Wie schon vorher erwähnt, beschäftigt sich die vierte Frage des Interviews mit den Rahmenbedingungen der Gruppe. Um die später formulierten Wünsche und Ideen

nachvollziehen zu können, wird die Zufriedenheit bezüglich der äußeren Umstände befragt.

„Wie haben Ihnen die Rahmenbedingungen der Gruppe hinsichtlich der Gruppengröße, der Räumlichkeiten, des Aufbaus und der Atmosphäre gefallen?“

Hinsichtlich der Gruppengröße gibt der Großteil der Stichprobe an, dass sie die Gruppengröße angemessen fanden (Labeltabelle 4.1 Herr J./ 4.1 Frau S./ 4.1 Herr K./ 4.1 Herr T./ 4.1 Herr R./ 4.1 Frau V.). „Die Gruppe war genau passend so, war nicht zu klein oder zu groß meiner Meinung nach“ (Labeltabelle 4.1 Herr K.). Lediglich drei Befragte empfanden die Größe der Gruppe als zu groß (Labeltabelle 4.2 Frau H./ 4.2 Herr N./ 4.2 Herr L.). „Wir waren meiner Meinung nach zu viele Leute.“ (Labeltabelle 4.2 Frau H.). Noch klarer zeichnet sich die Bewertung hinsichtlich der Räumlichkeiten ab. Hier befinden neun Probanden die Räumlichkeiten für passend (4.3 Herr J./ 4.3 Frau S./ 4.3 Frau H./ 4.3 Herr K./ 4.3 Herr T./ 4.3 Frau R./ 4.3 Frau V.). „Auch die Räumlichkeiten waren passend gewählt.“ (Labeltabelle 4.3 Herr J.). „(...) und die Räumlichkeiten waren zu klein.“ (Labeltabelle 4.4 Herr L.), so ein Befragter.

Bezugnehmend auf den Aufbau der Gruppeneinheiten gab es viele unterschiedliche Ansichten. Vier von Zehn Patienten fanden die Einheiten zu kurz bzw. zu gering (Labeltabelle 4.5 Herr J./ 4.5 Frau H./ 4.5 Herr N./ 4.3 Frau V.). „Zum Aufbau der Gruppe fand ich die Einheiten zu kurz.“ (Labeltabelle 4.5 Herr J.) Drei Befragte gaben an, dass sie sich mehr Praxisanteile während der Einheiten gewünscht hätten (Labeltabelle 4.7 Herr N./ 4.7 Frau R./ 4.7 Frau V.). „Zum Aufbau hätte ich mir noch mehr Praxis gewünscht“ (Labeltabelle 4.7 Frau R.) Zuletzt bewerteten vier der Befragten den Aufbau als positiv und hatten keine Kritikpunkte diesbezüglich (Labeltabelle 4.9 Frau S./ 4.9 Herr T./ 4.9 Herr R./ 4.9 Frau V.). „Auch der Aufbau war gut durchdacht und aufbauend aufeinander.“ (Labeltabelle 4.9 Frau V.)

Um konkrete Verbesserungsvorschläge und Wünsche der Patienten zu erfahren bezieht sich die letzte Frage des Interviews eben auf diese.

Was wünschen sie sich in Bezug auf die Depressionsgruppe für die Zukunft?

Bei dieser Frage kristallisiert sich heraus, dass sich alle Befragten die Teilnahme an der Depressionsgruppe über einen wesentlich längeren Zeitraum wünschen (Labeltabelle 5.1 Herr J./ 5.1 Frau S. / 5.1 Frau H./ 5.1 Herr K./ 5.1 Herr N./ 5.1 Herr T./ 5.1 Herr R./ 5.1 Frau R./ 5.1 Herr L./ 5.1 Frau V.). „Ich würde mir wünschen, dass die Gruppe länger laufen

würde (...)“ (Labeltabelle 5.1 Frau R.). Einige Teilnehmer äußern sogar den Wunsch während ihrer kompletten stationären Therapie an der Gruppe teilnehmen zu können (Labeltabelle 5.1. Frau S./ 5.1 Herr N.) „Dass man über die ganze Therapie an der Depressionsgruppe angebunden wäre.“ (Labeltabelle 5.1 Frau S.). Dieser prägnante Wunsch der Befragten schließt an ebenfalls an die mehrfach geäußerte Idee an, dass die unterschiedlichen Thematiken intensiver behandelt werden und nicht wie bisher immer nur angeschnitten werden (Labeltabelle 5.2 Frau S./ 5.2 Herr N./ 5.2 Herr T.) „Man könnte dann auch näher auf einzelne Beispiele eingehen und nicht nur anschnitten.“ (Labeltabelle 5.2 Frau S.) Zusätzlich würden zwei Befragte gerne mehr Praxis in die Gruppe einbauen, um nicht nur theoretischen Input zu erhalten. „Ja einfach mehr Praxis (...)“ (Labeltabelle 5.4 Herr L.) Ein Proband wünscht sich konkret mehrere Diskussionsgruppen und Kleingruppenarbeit (Labeltabelle 5.4 Frau R.). Lediglich ein Proband äußert zusätzlich den Wunsch die Anzahl der Teilnehmer an der Gruppe zu reduzieren (Labeltabelle 5.3 Herr N.) „Ja, dass sie kleiner wäre (...)“ (Labeltabelle 5.3 Herr N.)

5 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden Schlussfolgerungen gezogen. Desweiteren wird eine Empfehlung für die Fachklinik Hase - Ems und mögliche Folgestudien ausgesprochen. Zudem wird zum Schluss des Kapitels auf die Stärken und Schwächen der Forschung eingegangen.

5.1 Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden nun Schlussfolgerungen hinsichtlich der Forschungsfragen gezogen. Zuerst werden die Teilfragen beantwortet um dann am Ende die Hauptfrage zu beantworten. Die Schlussfolgerungen basieren auf den Ergebnissen des BDI II und den Interviews mit den dazu gehörigen Inhaltsanalysen.

5.1.1 Vergleich der prä und post Messung

Wie hat sich der Score Wert des BDI II vor und nach Durchlaufen der Depressionsgruppe geändert?

Der Mittelwert der ersten Messung beträgt 19,7 Punkte. Der zweite Mittelwert hingegen beträgt 13,4 Punkte. Es wird hierdurch also deutlich, dass sich der Mittelwert durch die

Depressionsgruppe verringert. Der Wert sinkt von einer leichten depressiven Symptomatik zu einer knapp klinisch unauffälligen Symptomatik. Durch die Berechnungen mit dem SPSS Programm zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass es einen Unterschied zwischen der ersten und zweiten Testung gibt, sehr hoch ist.

5.1.2 Veränderungen durch die Gruppensitzungen

Welches Erleben machen die Patienten während und nach den Gruppensitzungen?

Durch die Interviews wird deutlich, dass alle Patienten eine positive Veränderung durch die Einheiten bemerkt hatten. Viele Probanden betonten, dass ihnen der Austausch untereinander während und auch nach der Gruppe sehr gutgetan habe, dass sie sich nicht mehr alleine mit ihrer Depression fühlten und lernten offen über ihre Erkrankung zu sprechen. „(...), dass ich offener geworden bin. Ich habe gemerkt, dass es ganz wichtig ist, sich mit anderen auszutauschen.“ Zudem berichtet ein Großteil darüber, dass sie erlebten, wie sie durch die Module wieder aktiver am Leben teilnahmen und wieder vermehrt ihre sozialen Kontakte pflegten. Zusätzlich beschreiben einige Befragte, dass sie das Kennenlernen von verschiedenen Methoden als hilfreich erachteten. „Ich arbeite viel mit dem ABC Modell, dies kann ich im Alltag ganz unkompliziert anwenden.“ (Labeltabelle 2.3 Frau S.) Zudem wurde durch die vierte Interviewfrage besonders hervorgehoben, dass sich alle Patienten während der Gruppe wohlfühlten und die Atmosphäre als angenehm bzw. gut beschrieben. Insgesamt wird als deutlich, dass die Teilnehmer ein positives Erleben während der Einheiten machten, welches hilfreich im Umgang mit ihrer Erkrankung und in der Bewältigung ihres Alltags ist.

5.1.3 Verbesserungsvorschläge

Welche Wünsche und Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die Depressionsgruppe äußern die Patienten für die Zukunft?

Durch die Skalierungsfrage in dem Interview zeichnet sich bereits eine relativ große Zufriedenheit der Befragten hinsichtlich der Gruppe ab. Die meisten Probanden bewerteten die Gruppe mit einer 10, 9 oder 8. Trotzdem sticht vor allem ein Wunsch der Patienten besonders hervor. Alle Teilnehmer wünschen sich die Teilnahme an der Gruppe über einen längeren Zeitraum hinweg. Die aktuelle Dauer von vier Wochen, empfinden alle Befragten als zu kurz. Einige Probanden äußern sogar die Idee, an die Gruppe während der kompletten stationären Entwöhnungsbehandlung angebunden zu werden.

„(...) mich hätte die Depressionsgruppe einfach noch länger begleiten müssen.“ (Labeltabelle 5.1 Herr J.) „(...), dass es schön wäre, wenn man die ganze Therapiezeit an einer solchen Depressionsgruppe angebunden wäre.“ (Labeltabelle 5.1 Frau H.) An den Wunsch nach längerer Teilnahme an der Gruppe, schließt direkt der zweithäufigste Wunsch der Patienten an: Die Vertiefung der Thematik. Wenn die Gruppe länger laufen würde und man mehr Zeit zur Verfügung hätte, könnte man einzelne Themen und Beispiele besser bearbeiten und man müsste sie nicht nur anschnelden. Ein weiterer Verbesserungsvorschlag einiger Probanden besteht darin, dass man in Zukunft mehr Praxis, speziell Kleingruppenarbeit und Diskussionsrunden, in die Gruppe einbaut. Allem in allem wird also deutlich, dass die längere Teilnahme an der Gruppe von allen Befragten das größte Anliegen und somit der bedeutendste Verbesserungsvorschlag ist. Die Idee von mehr Praxis während den Einheiten und die intensivere Auseinandersetzung mit verschiedenen Themen schließt somit daran an und lässt sich nur umsetzen, wenn die Gruppe zeitlich ausgebaut werden würde.

5.1.4 Beantwortung der Hauptfrage

Welche Effekte gehen nach Auffassung der substanzgebundenen Suchtkranken aus psychotherapeutischen Gruppensitzungen im stationären Setting aus?

Es wurde deutlich, dass alle befragten Patientin positive Erfahrungen und Veränderungen durch die Teilnahme an der Depressionsgruppe bemerkt haben. Diese beziehen sich einerseits auf ihre eigene psychische Verfassung, aber auch auf den eigenen Umgang mit der Erkrankung und auf den Umgang unter den Patienten. Die Berechnungen durch das SPSS Programm beweisen ebenfalls, dass die Wahrscheinlichkeit, dass es einen Unterschied zwischen den beiden Messungen gibt, sehr hoch ist. Durch die Interviews zeigt sich, dass sich alle Probanden einig sind, dass die Depressionsgruppe ihnen gutgetan hat und sie davon profitiert haben. Gleichzeitig sind die Patienten aber auch geschlossener Meinung, dass eine längere Teilnahme an der Gruppe effektiver und sinnvoller wäre im Hinblick auf die Umsetzung der dort gelernten Methoden und auch im Hinblick auf die psychische Stabilität der Patienten. Insgesamt kann man also sagen, dass alle Betroffenen sich durch die Gruppensitzungen mehr mit ihrer zusätzlichen Erkrankung, der Depression, auseinandergesetzt haben und sie angefangen haben, diese in ihrer Komplexität zu begreifen. Zudem sind positive Effekte entstanden, die die Teilnehmer in ihrer Alltags,- und Freizeitbewältigung hilfreich unterstützt haben.

5.2 Empfehlung

Das Forschungsfrage und dessen Teilfragen wurde mithilfe des BDI II Fragebogens und den Interviews beantwortet. Die Empfehlungen, die sich daraus ergeben, werden jetzt im nächsten Schritt ausgiebig beschrieben.

5.2.1 Empfehlung für die Fachklinik Hase-Ems

Die erste Empfehlung bezieht sich in diesem Fall speziell auf die Depressionsgruppe im stationären Setting der Suchtklinik Hase-Ems. Das Thema Komorbidität Sucht und Depression rückt immer mehr in den Fokus der stationären Behandlungen. Während der Forschung ist den Forschern zunehmend bewusst geworden, dass die meisten Patienten neben ihrer Suchterkrankung extrem unter ihrer zweiten Diagnose leiden und dass Doppeldiagnosen die Therapie zusätzlich deutlich erschweren. Die Patienten mit einer Komorbidität brauchen eine strukturierte Behandlung (Donati & Moggi, 2004). Für die Behandlung komorbid erkrankter Menschen müssen viele unterschiedliche Behandlungsmethoden angewendet werden, daher haben alle Behandlungsmethoden einer hohen Struktur-, Kommunikations-, und Organisationsbedarf, welches daran liegt, dass mehrere Professionen mit einem Patienten arbeiten (Eland, Kroon & Meeuwissen, 2001). Durch die Forschung ist schnell deutlich geworden, dass sich die Patienten eine adäquate Depressionsgruppe, begleitet über die Therapiezeit wünschen. Spezielle durch die Interviews wurde deutlich, dass die Patienten die Depressionsgruppe dankend annehmen, sich die Depressionsgruppe aber über einen längeren Zeitraum bestehend wünschen. Aus den Veränderungsvorschlägen der Patienten, kann man empfehlend sagen, dass es sinnvoll wäre mehr Praxisnahebeispiele mit einzubringen und die Gruppe über einen längeren Zeitraum laufen zu lassen. Hinsichtlich der Gruppengröße gab es nur eine Stimme, die die Gruppe für zu groß hielt. Hier wird dem Team der Fachklinik Hase Ems empfohlen die Gruppengröße von zehn Personen im Normalfall beizubehalten, da sich alle Befragten in der Gruppe wohlfühlten. Nehmen vermehrt Menschen mit einer sozialen Phobie daran teil, kann man die Gruppe individuell verkleinern, sofern es durch die verschiedenen Patienten gewünscht wird bzw. Gründe hierfür gegeben sind. Aus dem BDI II Fragebogen und aus den Interviews geht hervor, dass alle Patienten aus der Depressionsgruppe profitieren konnten, sich aber mehr Einheiten für die Zukunft wünschen.

5.2.2 Empfehlung für mögliche Folgestudien

Die zweite Empfehlung bezieht sich auf mögliche Folgestudien in dem Bereich Komorbidität Sucht und Depression. Während der Recherche ist klargeworden, dass es keine Behandlungsmanuale speziell zu einer Depressionsgruppe mit suchterkrankten Menschen gibt. Hier wird die Erstellung eines einheitlichen Behandlungsmanuals durch die Heterogenität des Krankheitsbildes gestört. Die Problematik liegt in der bemängelnden Therapiedauer der Depressionsgruppe, die sich die Patienten länger wünschen, um gezielter an ihrer Depression arbeiten zu können. Durch den BDI II Fragebogen wurde schnell klar, dass es eine eindeutige Verbesserung durch die Depressionsgruppe gibt, dennoch ist durch die Interviews deutlich geworden, dass die Patienten eine Verbesserung verspüren, sich aber mehr Einheiten zur Festigung wünschen. Daher lautet unsere Empfehlung, ein Manual speziell für Menschen mit der Komorbidität Sucht und Depression die sich in einer stationären Suchtbehandlung befinden zu entwickeln, um dort zeitgleich zu der Suchterkrankung gezielt die Depression behandeln zu können. Die Patienten im stationären Suchtsetting möchten ihre Depression nicht nur mit dem Bezugstherapeuten alleine aufarbeiten, sondern in einer Depressionsgruppe mit anderen Betroffenen um den Austausch untereinander zu gewährleisten. Eine Veränderung in ein paar Jahren, kann anhand dieser Befragung erneut erfasst werden.

5.3 Stärken und Schwächen der Forschung

In diesem Abschnitt werden auf die Stärken und Schwächen dieser Forschung eingegangen und im Anschluss nehmen die Verfasser Stellung zu den Ergebnissen.

Als Stärke der Forschung zählt die Methodenauswahl zur Datenerhebung. Da die Verfasser quantitativ sowie qualitativ gearbeitet haben, konnten sie ein deutliches Ergebnis erzielen. Hierdurch wurde den Verfassern ermöglicht mit einer umfassenden Sammlung an Ergebnissen zu arbeiten. Durch den BDI II Fragebogen konnte ein genauer Wert ermittelt werden und durch das Interview wurde vermehrt auf die menschlichen individuellen Bedürfnisse eingegangen. Gerade durch die teilstandardisierten Interviews konnten die Probanden ihre Wünsche und Anregungen äußern und ohne jegliche Bedenken aussprechen, denn vor der Durchführung der Interviews, wurde den Probanden die Anonymität zugesichert. Durch die Berechnungen mit dem SPSS Programm ist zudem deutlich geworden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Daten durch äußere Faktoren verfälscht wurden, sehr gering ist. Eine weitere Stärke ist es, dass forschungsethische Kriterien sinngemäß eingehalten und beachtet wurden. Die Probanden haben zielstrebig

und engagiert an der Forschung mitgearbeitet. Sie haben die von den Forschern ausgewählten Methoden gut angenommen und dadurch war eine Standardisierung der Ergebnisse möglich. Als Stärke können auch die zitierten Studien zum Thema Komorbidität Sucht und Depression benannt werden, wodurch die aktuelle Relevanz noch einmal besonders in den Fokus gerückt wurde. Auch ist dadurch deutlich geworden, dass in diesem Bereich etwas verändert werden muss, damit die suchterkrankten Menschen zeitgleich noch besser an ihrer Depression arbeiten können. Durch die gut strukturierte, theoretische Einleitung des Forschungsplanes, bekommt der Leser gleich zu Beginn eine gute Übersicht zu dem Thema. Ebenfalls bieten die ausführlich geschriebenen Definitionen einen guten Einstieg. Als Stärke gilt ebenfalls, dass die Forschungsarbeit zu zweit geschrieben wurde, so war es möglich sich gegenseitig Feedback zu geben. Zu den Schwächen der Forschung zählt unter anderem die geringe Stichprobe des BDI II Fragebogens und der Interviews. Sinnvoller wäre es, die Forschung über einen längeren Zeitraum laufen zu lassen, um so noch deutlichere Ergebnisse zu erzielen. Außerdem sollte man in Zukunft bei weiteren persönlichen Face to Face Interviews darauf achten, dass der Interviewer eine neutrale, unabhängige Person für die Befragten ist, um zu vermeiden, dass sie durch die soziale Erwünschtheit Anliegen oder Informationen zurückhalten oder nicht ganz ehrlich antworten. Auf der Mikroebene kann man sagen, dass die gesammelten Ergebnisse der verschiedenen Patienten zu Anregungen und Verbesserungen für die Zukunft geführt haben. Man kann sich an den Ergebnissen orientieren und hier anfangen etwas zu ändern. Durch die Fragebögen und die Interviews wird schnell klar, was sich die Patienten zur besseren Behandlung wünschen und wie die Einrichtung hier auf der Makroebene ansetzen kann. Indem sich die Fachklinik Hase-Ems mit ihren Partnerkliniken und anderen Suchtkliniken in Deutschland zusammensetzt, kann ein Konzept auf der Mesoebene zur Verbesserung der Behandlung komorbider Patienten ausgearbeitet werden.

6 Ausblick

Zusammenfassend können die Befunde der vorliegenden Studie einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an der Depressionsgruppe und der Verbesserung der psychischen Verfassung komorbider Patienten bestätigen. Ein zukünftiges Ziel sollte es daher sein, die komorbiden Patienten längerfristig im Hinblick auf ihre Depression zu begleiten. Dieser Aspekt sollte für die weitergehende Forschung fortwährend im Mittelpunkt stehen. Durch die Forschung wurde der Fachklinik Hase Ems und weiteren

Suchtkliniken einen Denkanstoß gegeben um weiter an Behandlungsmanualen zu arbeiten, die komorbide Patienten während des stationären Settings bewusster unterstützen. Die Studie hat die enorme Bedeutung der Behandlung von beiden Erkrankungen herausgearbeitet und einen Einblick in die Gedanken und Ansichten von betroffenen Patienten gegeben. Dadurch wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben aktiv an einer Verbesserung der Behandlungsmanuale mitzuwirken und zu einer Veränderung beizutragen.

7 Literaturverzeichnis

- "Robert-Koch-Institut". (2010). *Depressive Erkrankungen - Heft 51*. Abgerufen am 11.11.2017 von Gesundheitsberichterstattung des Bundes:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Depression_inhalt.html?nn=2370692
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (o.J.). *Behandlung und Therapie*. Abgerufen am 11.11.2017 von Alkohol?Kenn dein Limit: <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2017). *S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Kurzfassung*. Abgerufen am 12.11.2017 von <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-kurz.pdf>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2005). *Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe*. Abgerufen am 15.11.2017 von Fachliche Grundlagen und Ziele der Suchthilfe:
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf
- Diekmann, A. (2000). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (6., durchgesehene Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2015) *ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, v. B., Kroon, H., Muusse, C., Rooijen, v. S., . . . Wamel, v. A. (2013). *Handboek dubbele diagnose* . Utrecht: De Tijdstroom.
- Donati, R., & Moggi, F. (2004). *Psychische Störungen und Sucht : Doppeldiagnosen* . Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : Hogrefe - Verlag für Psychotherapie .
- Dooreward, H., & Verschuren, P. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom Lemma uitgevers .
- Dürsteler-MacFarland, K. M., Prica, M., & Vogel, M. (2013). Psychotherapeutische Herausforderungen in der Behandlung von Substanzstörungen : alte und neue Erkenntnisse unter Berücksichtigung psychischer Komorbidität. Abgerufen am 13. 05 2017 von http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2013_D%C3%BCrsteler-MacFarland-Prica-Vogel_Behandlung-von-Substanzstoerungen.pdf
- Eland, A., Kroon, H., & Meeuwissen, J. (2001). *Een basisprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose* . Utrecht: Trimboos-instituut .
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. München: Pearson.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2008). Komorbiditäten von Sucht und anderen psychischen Störungen - Grundlagen und evidenzbasierte Therapie. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, S. 263 - 271. Abgerufen am 16.11.2017 von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2008-1038154>

- Gouzoulis-Mayfrank, E., & Walter, M. (2014). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen - Diagnostik und Behandlungen von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). *BDI II Beck Depressions- Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Hegerl, P. D. (o.J.). *Wie wird eine Depression behandelt ?* Abgerufen am 08.12.2017 von Stiftung Deutsche Depressionshilfe: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/behandlung>
- Heinz, T. W., & Trenckmann, P. D. (1997). *Alkohol und Depression - Wie Sie die Doppelerkrankung besiegen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Holzbach, D. R. (August 2014). Abteilung Suchtmedizin - Die Behandlung von Suchtpatienten mit Angststörungen und Depressionen am Standort Lippstadt. Warstein, Nordrhein Westfalen, Deutschland. Abgerufen am 10. 05 2017
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global Definitin of Social Work*. Abgerufen am 26. 05 2017 von ifsw: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2014). Krankheitsbilder - Doppeldiagnosen (Komorbidität). Münster. Abgerufen am 11.11.2017 von https://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/lwl_klinik_warstein/Info-Center/Krankheitsbilder/Drogenabhaengigkeit/doppeldiagnosen
- Legewie, H. (o.J.). Von 12.Vorlesung: Gütekriterien und Qualitätssicherung qualitativer Methoden : http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_12.pdf abgerufen 10.01.2018
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. (2015). *Im Dickicht der Hilfesysteme ? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie. Bericht zur Suchtkrankenhilfe 2014*. Von http://www.ms.niedersachsen.de/download/115395/24._Niedersaechsische_Suchtkonferenz_Im_Dickicht_der_Hilfesysteme_Versorgungsprobleme_und_innovative_Loesungsansaetze_zwischen_Suchthilfe_und_Psychiatrie.pdf. abgerufen am 10.11.2017
- Schaffer, H. (2014). *Empirische Sozialforschung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Schneider, R. (2015). *Die Suchtfibel*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- The Royal College of Psychiatrists (2011). *Treating depression complicated by substance misuse*. von <http://apt.rcpsych.org/content/7/5/357> abgerufen am 16.11.2017
- Trost, A., & Schwarzer, W. (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek?* Boom uitgevers Amsterdam .

Vogelsang, M. (2011). *DGRW-Update :Alkoholabhängigkeit*. Abgerufen am 11. 05 2017 von Thieme - Rehabilitation: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0031-1285892#N66043>

8 Anhang

Anhang I: Interview Leitfaden und Transkription

1. Haben Sie Veränderungen bei sich selbst durch die Einheiten der Depressionsgruppe bemerkt? Falls ja, welche?
2. Was haben Sie aus den Modulen mitgenommen?
3. Auf einer Skala von 1 - 10 (1=schlecht, 10=sehr gut) wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen getan?
4. Wie hat Ihnen der Kontakt der Gruppe (Gruppengröße, Atmosphäre, Räumlichkeiten, Aufbau etc.) gefallen?
5. Was würden Sie sich in Zukunft in Bezug auf die Gruppensitzungen wünschen?

Herr J.

Ich: Hallo Herr J., schön, dass Sie sich heute Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Herr J.: Hallo, Sie können gerne starten, ich habe keine weiteren Fragen.

Ich: Haben Sie Veränderung bei sich selbst durch die Depressionsgruppe bemerkt, falls ja welche?

Herr J.: Also durch die ersten beiden Gruppenstunden habe ich jetzt nicht so große Veränderungen gemerkt, bei mir trat die Veränderung erst nach der dritten und vierten Gruppenstunde ein. Ich habe mich gestärkt gefühlt und konnte Aktivitäten besser umsetzen.

Ich: Okay das hört sich gut an, und was haben Sie speziell aus den verschiedenen Modulen mitnehmen können?

Herr J.: Ich habe ganz besonders mitnehmen können, mich wieder mehr mit meinen Mitmenschen zu unterhalten. Meine Probleme nicht in mich reinzufressen, sondern mit anderen darüber zu reden. Ich habe gelernt, dass das sehr wichtig für mich ist und auch schon teilweise gut umsetzen konnte.

Ich: Das sind gute Fortschritte Herr J., jetzt müssen Sie am Ball bleiben und auch weiterhin versuchen, die erlernten Dinge auch umzusetzen. Wenn ich Sie Frage, wie gut Ihnen die Gruppensitzungen auf einer Skala von 1-10 gefallen haben, wie würden Sie dann antworten, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist?

Herr J.: Auf alle Fälle eine glatte 9. Natürlich wäre es schöner gewesen, wenn die Gruppe noch mehr Einheiten gehabt hätte, dennoch hat die Depressionsgruppe mir ziemlich gutgetan.

Ich: Wie hat Ihnen der Kontakt der Gruppe gefallen? Die Atmosphäre, Räumlichkeiten, Gruppengröße, der Aufbau der Gruppe?

Herr J.: Die Gruppengröße war total okay, ich habe mich sehr wohl gefühlt und konnte mich auch gut öffnen. Auch die Räumlichkeiten waren passend gewählt. Zum Aufbau der Gruppe, ich fand die Einheiten zu kurz. Die Depressionsgruppe hätte mich über meine ganze Therapiezeit begleiten müssen. Ich habe eine sehr schwerwiegende Depression und da wären mehrere Einheiten schon ziemlich sinnvoll gewesen. Auch hätte ich mir gewünscht, dass jeder Teilnehmer noch mehr über seine Depression redet. Es wurde alles nur angeschnitten und nichts wurde in der Tiefe bearbeitet.

Ich: Dankeschön für die offenen und ehrlichen Worte, wenn ich Sie jetzt noch Fragen darf, was Sie sich in Zukunft in Bezug auf die Gruppensitzungen wünschen würden?

Herr J.: Ja ich muss sagen, dass ich die Einheiten einfach viel zu kurz fand, mich hätte die Depressionsgruppe einfach noch länger begleiten müssen. Die Leute würden sich auch besser öffnen, wenn es öfter und länger wäre. Also für die Zukunft doppelt so viele Einheiten.

Ich: Vielen Dank, dass Sie das Interview mit mir durchgeführt haben, ich werde ihre Anliegen mitnehmen. Ihnen noch einen schönen Tag.

Frau S.

Ich: Hallo Frau S., schön, dass Sie sich heute Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Frau S.: Hi, Sie können gerne anfangen.

Ich: Okay, dann starten wir mit der ersten Frage, haben Sie Veränderungen bei sich selbst durch die Einheiten der Depressionsgruppe bemerkt? Falls ja, welche?

Frau S.: Ja, das ist mal eine schwierige Frage. Also ich habe natürlich ein paar Sachen mitgenommen. Ich möchte mir jetzt eine Tageslichtlampe zulegen, gerade in der dunklen Jahreszeit mit den zusätzlichen Winterdepressionen kann mir das nur guttun. Das war nochmal eine tolle Idee von der Gruppe.

Ich: Was haben Sie speziell aus den verschiedenen Modulen mitgenommen?

Frau S.: Ich arbeite seitdem vielmehr mit dem ABC Modell, dies kann ich ganz unkompliziert im Alltag anwenden. Es hilft mir immer gut weiter.

Ich: Kannten Sie das ABC Modell vorab schon?

Frau S.: Nein, ich habe das jetzt ganz neu kennengelernt. Da bin ich auch echt froh drüber. Weil man so auch mal eine andere Sichtweise hat.

Ich: Das find ich super, dass Sie das für sich gewonnen haben und auch anwenden. Wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen auf einer Skala von 1-10 getan, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist?

Frau S.: Ich fand das auf jeden Fall gut, viele informative Sachen dabei gewesen. Ich würde mal eine 8 sagen.

Ich: Okay, und wie hat Ihnen der Kontakt in der Gruppe, also die Atmosphäre, Gruppengröße, Räumlichkeiten und der Aufbau gefallen?

Frau S.: Also ich habe mich in der Gruppe sehr wohl gefühlt, die Gruppe mit den Leuten war echt gut. Ich mein ich rede über meine Depression sowieso offen drüber. Von der Größe her mit ca. 10 Leuten war das auch optimal, manchmal sitzt man in Gruppen mit 16 Leuten und das ist viel zu groß. Der Raum war gut, er könnte ein bisschen größer sein aber es sind ja alle so klein. Der Aufbau der Gruppe war sonst gut.

Ich: Sie konnten sich also gut öffnen und haben sich wohl gefühlt?

Frau S.: Ja total.

Ich: Was würden Sie sich in Zukunft in Bezug auf die Gruppensitzungen wünschen?

Frau S.: Also ich würde mir mehr Gruppensitzungen wünschen oder Blockweise noch eine zweite Einheit dazu. So, dass man über die ganze Therapie an einer Depressionsgruppe angebunden ist. Man könnte dann auch näher auf einzelne Beispiele eingehen und nicht nur anschneiden.

Ich: Dankeschön für Ihre offene Art Frau S.

Frau H.

Ich: Hallo Frau H., schön, dass Sie sich heute Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Frau H.: Hallo Frau T., ich habe keine offenen Fragen, sie können gerne anfangen.

Ich: Okay super, dann starte ich mal mit der ersten Frage: „Haben sie Veränderung bei sich selbst durch die Einheit in der Depression Gruppe bemerkt, falls ja welche?“

Frau H.: Ja, ich habe gemerkt, dass ich offener geworden bin, weil ich gemerkt habe, dass es anderen Patienten ähnlich dann geht wie mir und dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin. Ich habe bei anderen viele Parallelen gesehen. Ich habe gemerkt, dass es ganz ganz wichtig ist sich mit andern auszutauschen, um sich Sorgen abzureden.

Ich: Was haben sie besonders bemerkt?

Frau H.: Ich habe bemerkt, dass ich mich für meine Depression gar nicht schämen muss, weil ich damit gar nicht alleine bin und das tat besonders gut.

Ich: Also sind sie mit einem gestärkten Gefühl aus den Modulen gegangen?

Frau H.: Ja, ich konnte viel positiver Denken.

Ich: Was haben Sie noch aus den Modulen mitgenommen?

Frau H.: Das Lichtgerät, jetzt gerade zu der dunklen Jahreszeit würde ich mir dieses gerne demnächst kaufen, wenn ich das Geld dafür zusammen habe. Mitgenommen habe ich auch noch, dass ich darauf achte, jetzt wieder mehr Aktivitäten zu machen. Aber zurzeit fällt mir dieses sehr schwer.

Ich: Woran liegt das? Hatten sie das während der Gruppensitzungen nicht?

Frau H.: Nein, da hatte ich das nicht, da viel es mir einfach, weil man sozusagen mehr kontrolliert wurde. Ich hätte mir gerne mehr Einheiten zur Verinnerlichung der Sachen gewünscht.

Ich: Okay ja, dass kann ich verstehen. Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist, wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen getan?

Frau H.: Eine klare 8.

Ich: Knackige, schnelle Antwort, okay. Wie hat Ihnen sonst der Kontakt der Gruppe, also die Atmosphäre, Räumlichkeiten, Gruppengröße, Aufbau gefallen?

Frau H.: Wir waren meiner Meinung nach zu viele Leute und es gab viel zu wenig Einheiten. Die Räumlichkeiten waren gut und man hat sich in der Gruppe auch wohl gefühlt. Dennoch einfach zu wenig Einheiten.

Ich: Okay, haben Sie sonst noch was dazuzufügen, was Sie sich in Bezug auf die Gruppensitzungen für die Zukunft wünschen?

Frau H.: Ja, ich kann nur nochmal sagen, dass es schön wäre, wenn man die komplette Therapiezeit an einer solchen Depressionsgruppe angebunden wäre. Gerade für Patienten die eine starke Depression haben brauchen diese Gruppe.

Ich: Vielen Dank Frau H. für das nette Gespräch. Ich merke, dass Sie das ganze etwas aufgewühlt hat, wenn Sie wollen, dann können Sie gleich im Anschluss noch mit in mein Büro kommen und wir reden nochmal in Ruhe miteinander.

Frau: Dafür nicht, ja sehr gerne.

Herr K.

Ich: Hallo Herr K., Danke, dass Sie sich heute Zeit für mich und das Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal anfangen?

Herr K.: Guten Tag Frau T., sie können gerne beginnen, ich bin soweit.

Ich: Das ist schön, dann lese ich mal die erste Frage vor: Haben Sie Veränderungen bei sich selbst durch die Einheiten der Depressionsgruppe bemerkt? Falls ja, welche?

Herr K.: Ja, also irgendwie habe ich gemerkt, dass ich nicht alleine bin und ich habe gelernt über meine Depression offen zu reden.

Ich: Während der Einheiten oder danach?

Herr K.: Während der Einheit war mir das noch nicht so bewusst, erst danach, als ich alles hab Sacken lassen. Mir ist es nach der Einheit leichter gefallen darüber zu reden als währenddessen.

Ich: Also tat Ihnen das da schon gut?

Herr K.: Oh ja, es hat mir gutgetan und geholfen.

Ich: Das ist schön, haben Sie sonst noch was Spezielle aus den Modulen mitnehmen können?

Herr K.: Was ich noch mitgenommen? Ich überlege mal. Ja halt wie gesagt, ich habe gemerkt, dass ich nicht alleine bin mit den Depressionen, gerade die Gespräche mit den Leuten nach der Gruppe haben mir sehr gutgetan. Ich konnte endlich mal alles loswerden. Das hat sehr gutgetan.

Ich: Das ist ja schon einmal sehr wertvoll, dass Sie sich jetzt mit andern Mitmenschen austauschen können. Wie gut hat Ihnen denn die Gruppe getan? Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist?

Herr K.: Da würde ich doch mal glatt eine 9 geben.

Ich: Okay gut. Wie hat Ihnen denn der Kontakt der Gruppe, also die Gruppengröße, der Aufbau, die Räumlichkeiten und die Atmosphäre gefallen?

Herr K.: Also ich habe mich da sehr wohl gefühlt, die Gruppe war genau passend so, war nicht zu klein oder zu groß meiner Meinung nach. Auch die Räumlichkeiten waren schon gut.

Ich: Und die Atmosphäre in der Gruppe?

Herr K.: Die Atmosphäre hätte etwas fröhlicher sein können. Klar ist es eine Depressionsgruppe aber dennoch darf ruhig mal öfter gelacht werden.

Ich: Ja, das stimmt schon. Und für die Zukunft? Was würden Sie sich da in Bezug auf die Gruppe wünschen?

Herr K.: Ja da brauche ich nicht lange überlegen, die Einheiten waren viel zu kurz. Mir hätte es gutgetan, wenn ich noch länger mit der Gruppe zusammen Sachen aufgearbeitet hätte. Sodass man um Umgang mit den Depressionen noch sicherer wird.

Ich.: Ja, dass kann ich nachvollziehen. Ich Danke Ihnen sehr für das Gespräch und wünsche noch einen schönen Tag.

Herr K.: Sehr gerne, wenn ich Ihnen damit weiter Helfen konnte Frau T. Ihnen auch noch einen angenehmen Tag.

Herr N.

Ich: Hallo Herr N., super, dass Sie sich heute Zeit genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Herr N.: Hallo, durch das besprochene im Vorfeld, sind keine Fragen mehr offengeblieben, also Starten.

Ich: Gut, dann starte ich mal mit der ersten Frage: „Haben sie Veränderung bei sich selbst durch die Einheit in der Depression Gruppe bemerkt, falls ja welche?“

Herr N.: Ja Veränderungen habe ich bemerkt, man denkt anders drüber nach und setzt sich mehr mit dem Thema auseinander. Man fragt sich wo kommen die Depressionen her, wo muss man ansetzen?

Ich: Okay, das sind ja schonmal einige Dinge. Also spielt sich das auch viel außerhalb der Gruppe ab?

Herr N.: Ja, sogar sehr viel.

Ich: Was haben Sie aus den Modulen mitnehmen können?

Herr N.: Ja da kann ich gerade nicht so viel zu sagen, weil ich immer alles insgesamt verarbeite und immer eine Menge hängen bleibt. Als großes Paket konnte ich aber viel mitnehmen. Alleine anders auf die Depression zu gucken habe ich mitgenommen und die Depression als Krankheit wahrzunehmen.

Ich: Und ganz direkt nochmal was?

Herr N.: Das Gruppenmiteinander, der Austausch an sich. Ich habe mir auch eine Mappe angefertigt, wo ich immer wieder alles nachlesen kann.

Ich: Schöne Idee. Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr gut und 10 sehr schlecht ist, wie gut hat Ihnen die Gruppe getan?

Herr N.: Eine 9.

Ich: Wie hat Ihnen der Kontakt der Gruppe, Größe, Atmosphäre, Räumlichkeiten, Aufbau gefallen?

Herr N.: Viel zu groß, aber das sind die meisten Gruppen für mich. Noch mehr Interaktionen versuchen mit einzubringen, sodass man die Leute ein bisschen mehr aus sich rausholt. Die Zeit der kompletten Gruppe würde ich mir länger wünschen.

Ich: Ja, okay. Was würden Sie sich in Zukunft in Bezug auf die Gruppe wünschen?

Herr N.: Ja, dass sie kleiner wäre und länger laufen würde. Am besten über den kompletten Klinikaufenthalt. Außerdem würde ich es schön finden, wenn mehr an Umsetzungen gearbeitet wird.

Ich: Okay, vielen Dank für die offenen Worte. Ihnen noch einen schönen Tag.

Herr N.: Gerne, Ihnen auch.

Herr T.

Ich: Hallo Herr T., Danke, dass Sie sich heute Zeit genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Herr T.: Hallo, sie können gerne anfangen.

Ich: Okay super, dann starte ich mal mit der ersten Frage: „Haben sie Veränderung bei sich selbst durch die Einheit in der Depression Gruppe bemerkt, falls ja welche?“

Herr T.: Ja, dass ich wieder mehr Lust am Leben bekommen habe.

Ich.: Das hört man gerne. Was haben Sie aus den verschiedenen Modulen mitgenommen?

Herr T.: Den Austausch mit meinen Mitmenschen, durch die verschiedenen Module ist mir wieder klargeworden, wie wichtig dieser Austausch ist. Mehr rausgehen und was unternehmen.

Ich: Also haben sie gleich viel umsetzen können?

Herr T.: Ja ich brauchte nur mal wieder ein paar Denkanstöße und einen kleinen tritt in den Hintern.

Ich: Ja dann sind wir jetzt auch schon so ein bisschen bei der Frage: „Was haben Sie aus den Modulen mitgenommen?“

Herr T.: Ja, ich geh jetzt wieder mehr an die frische Luft und habe wieder Anschluss an die Gesellschaft gefunden. Sodass ich wieder aktiv was gegen meine Depression tun kann.

Ich: Sehr gut. Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist, wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen getan?

Herr T.: Eine 6, die Sitzungen taten gut, waren aber viel zu kurz und zu oberflächlich.

Ich: Okay. Wie hat Ihnen denn der Kontakt der Gruppe gefallen? Also die Größe, Atmosphäre, Räumlichkeiten?

Herr T.: Das fand ich eigentlich alles ganz gut.

Ich: Haben sie sich wohl gefühlt?

Herr T.: Ja total, die Atmosphäre passte sehr gut.

Ich: Was würden Sie sich in Zukunft für die Gruppensitzungen wünschen?

Herr T.: Ja, dass die Einheiten länger sind und einzelne Themen besser vertieft werden. Vielleicht noch ein paar mehr Übungen die auch hinter besprochen werden. Sonst bringt es meines Erachtens nichts.

Ich: Also das man hinterher oder beim nächsten Mal guckt was erarbeitet wurde?

Herr T.: Genau, nicht das die Leute, die in einem tiefen depressiven Loch sind einfach nur sagen, ja habe ich gemacht. Sodass sie auch ihre Probleme angehen.

Ich: Ja, so sollte es sein, also dass die Probleme angegangen werden. Ich bedanke mich für ihre offene Art und wünsche Ihnen noch einen schönen Abend.

Herr T.: Ihnen auch. Bitteschön.

Herr R.

Ich: Hallo Herr R., Danke, dass Sie sich heute Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Herr J.: Hallo, im Vorfeld wurde alles gut erklärt, ich habe somit keine weiteren Fragen.

Ich: Gut, dann fange ich einfach mal mit der ersten Frage an: „Haben Sie Veränderung bei sich selbst durch die Depressionsgruppe bemerkt, falls ja welche?“

Herr R.: Ja, am Anfang habe ich mich immer viel auf meinem Zimmer zurückgezogen, wenn mir irgendwas nicht passte oder es mir schlecht ging. Dann habe ich immer oft

gedacht, ich mach jetzt gar nichts mehr zieh mich einfach nur alleine zurück. Und in der Depressionsgruppe fing ich langsam an über alles nachzudenken, mir ist klargeworden, dass ich dieses Gedankenmuster endlich durchbrechen muss. Ich muss wieder Kontaktfreudiger werden.

Ich: Hat es funktioniert? Sind Sie wieder mehr auf andere Menschen zugegangen?

Herr R.: Es ist auf jeden Fall besser geworden. Schon alleine, dass ich früher durch meinen Drogenkonsum noch depressiver war und mich somit noch mehr zurückgezogen habe. Jetzt ohne Drogen klappt das schon ganz anders. Ich mein natürlich bin hier in der Klinik jetzt viele Menschen und somit ist es einfach in Kontakt zu kommen. Ich habe es zwar immer noch ein bisschen, dass ich mich auf mein Zimmer zurückziehe, wenn es mir nicht so gut geht aber dann denk ich jetzt halt schon mehr drüber nach und geh dann auch immer gleich raus nach draußen, wo ich auf andere Mitpatienten treffe. Wir haben ja auch so eine Liste von Ihnen bekommen, wo dann draufsteht, was wir noch an Aktivitäten machen können und die nehme ich mir oft zur Hand, um auf neue Ideen zu kommen. Sodass ich auch mit Ideen schon auf die Mitpatienten zugehen kann. Letztendlich fühle ich mich danach auch immer besser und ausgeglichener, als wenn ich den Tag alleine in meinem Bett verbracht habe.

Ich: Das hört sich ja schonmal echt gut an. Gute Umsetzung der Ideen Herr R.

Herr R.: Ja es gelingt mir nicht immer aber schon immer häufiger.

Ich: Das hört man gerne. Was haben Sie denn genau aus den Modulen mitnehmen können?

Herr R.: Also was mir als erstes einfällt, ist das ABC Modell. Das habe ich auch schon gleich des Öfteren anwenden können. Meine Bezugstherapeutin hatte mich gefragt, ob ich mit in eine Schule und dort von meiner Sucht erzähle und ja, dann habe ich es so gemacht, wie es immer mache, nämlich unnehmen Aufgaben aus dem Weg gehen. Ich habe auch direkt gesagt, kenn ich nicht, habe ich Angst vor, mach ich nicht. Ich habe also direkt abgeblockt.

Ich: Also haben Sie direkt die alten Verhaltensmuster gezeigt und abgeblockt? Wie ist es dann zur Veränderung gekommen?

Herr R.: Ja, leider. Nachdem wir dann in der Depressionsgruppe das ABC Modell besprochen haben, gab es ja die Hausaufgabe, das ABC Modell einmal bis zur nächsten Woche anzuwenden. Ja und dann habe ich mich dank des ABC Modells noch einmal mit dem Gedanken beschäftigt, in der Schule vor Schülern über meine Sucht zu sprechen. Hätte ich das ABC Modell nicht kennengelernt und hätten wir nicht die Hausaufgabe bekommen dies anzuwenden, dann wäre ich nicht zur Schule gefahren. Im Nachhinein kann ich sagen, dass dies eine ganz tolle Erfahrung war.

Ich: Wow und seitdem nutzen Sie das ABC Modell öfter?

Herr R.: Ja auf jeden Fall, ich kann dies auch nur empfehlen.

Ich: Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist, wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen getan?

Herr R.: Eine 7.

Ich: Okay gut, und wie haben Ihnen die Gruppengröße, die Atmosphäre, die Räumlichkeiten und der Aufbau der Gruppe so gefallen?

Herr R.: Ich fand die Gruppe von der Größe her sehr angenehm, das waren jetzt nicht zu viel oder zu wenig Leute und auch von den unterschiedlichen Charakteren her passte das gut. Die einen waren etwas aktiver, die anderen haben sich etwas zurückgehalten aber das ist ja auch ganz normal. Es kam jeder zu Wort und es herrschte eine gute Atmosphäre. Ich hatte jetzt auch keine Bedenken mich zu öffnen und frei zu reden.

Ich: Ja und speziell für die Zukunft, gibt es da noch Anregungen und Wünsche zur Verbesserung der Gruppe?

Herr R.: Ich muss sagen, dass mir da so jetzt wirklich nichts einfällt. Mir hat die Gruppe gutgetan und war passend so für mich. Vielleicht ein paar mehr Einheiten aber sonst war der Aufbau an sich gut.

Ich: Okay super, dann nehme ich das so mit. Ich sage Dankeschön für die offenen Worte.

Herr R.: Bitte, dafür nicht. Gerne wieder. Ihnen noch einen schönen Tag.

Frau R.

Ich: Hallo Frau R., super, dass Sie sich heute Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Frau R.: Hallo Frau T., nein, sie können gerne anfangen.

Ich: Gut, dann starte ich mal mit der ersten Frage: „Haben sie Veränderung bei sich selbst durch die Einheit in der Depression Gruppe bemerkt, falls ja welche?“

Frau R.: Also mir ist das durch die Depressionsspirale jetzt nochmal extrem deutlich geworden, wie schwierig es doch ist daraus zu kommen. Und dass man aktiv was machen muss, nicht dass man noch tiefer reingezogen wird. Also das fand ich echt gut und auch die verschiedenen Denkmuster haben mir geholfen mein Leben anders zu sehen.

Ich: Da haben sie ja schon einiges aufgelistet. Fällt ihnen sonst noch was ein, was sie aus den verschiedenen Modulen mitgenommen haben?

Frau R.: Also mir ist jetzt nochmal deutlich geworden, dass ich nicht den ganzen Tag im Bett liegen darf sondern, denn so wird meine Depression nur noch schlimmer. Ich habe mitgenommen mich wieder aktiv am Leben zu beteiligen.

Ich: Ja das ist ein guter Ansatz. Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist, wie gut haben Ihnen die Gruppensitzungen getan?

Frau R.: Ich würde sagen 7.

Ich: Okay, wenn ich jetzt Frage, wie Ihnen der Kontakt der Gruppe gefallen hat, also Gruppengröße, Atmosphäre, Räumlichkeiten, was würden Sie sagen?

Frau R.: Ich habe mich sehr wohl gefühlt und konnte mich gut öffnen, mir hat der Raum gefallen und auch die anderen Teilnehmer waren nett. Zum Aufbau, ich hätte mir noch mehr Praxis gewünscht.

Ich: Dann kommen wir auch schon zur letzten Frage, was würden Sie sich in Zukunft in Bezug auf die Gruppensitzungen wünschen?

Frau R.: Ich würde mir wünschen, dass die Gruppe länger laufen würde und dass man mehrere Diskussionsrunden mit einbaut. Nicht nur Theorie, dass bleibt auch nicht so gut hängen. Kleingruppenarbeit wäre auch toll gewesen, dass man noch mehr von den andern mitbekommt. Einige kamen nämlich gar nicht zu Wort und andere ständig.

Ich: Danke Frau R. für die offenen und ehrlichen Worte. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Frau R.: Danke, wünsche ich Ihnen auch. Habe ich gerne gemacht, man möchte ja auch, dass sich was ändert.

Herr L.

Ich: Hallo Herr L., nett von Ihnen, dass Sie sich heute Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Herr L.: Hallo Frau T., ich habe kein Fragen mehr, also können wir gerne anfangen.

Ich: Dann starte ich mal mit der ersten Frage: „Haben sie Veränderung bei sich selbst durch die Einheit in der Depression Gruppe bemerkt, falls ja welche?“

Herr L.: Ja, mir tat der Austausch gut.

Ich: Okay, konnten Sie denn was aus den Modulen behalten und mitnehmen?

Herr L.: Ja, ich gehe wieder mehr Spazieren.

Ich: Okay, sonst nichts?

Herr L.: Doch der Kontakt mit meinen Mitmenschen, den pflege ich jetzt wieder mehr.

Ich: Das hört sich doch gut an. Auf einer Skala von 1-10, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist, wie haben Ihnen die Gruppensitzungen gefallen?

Herr L.: Eine 8 würde ich jetzt mal sagen.

Ich: Gut. Und die Gruppengröße, die Atmosphäre, die Räumlichkeiten, wie hat Ihnen das gefallen?

Herr L.: Leider fand ich die Gruppe viel zu groß und die Räumlichkeiten zu klein. Die Atmosphäre war gut so aber der Aufbau war sehr zielstrebig und zu trocken.

Ich: Okay, das nehme ich so mit. Was würden Sie sich denn für die Zukunft wünschen für die Gruppe?

Herr L.: Ja, einfach mehr Praxis, längere Einheiten.

Ich: Vielen Dank, das wars auch schon so weit. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Herr L.: Ihnen auch, Tschüss.

Frau V.

Ich: Hallo Frau V., schön, dass Sie sich Zeit für mich und das anstehende Interview genommen haben. Wie schon im Vorfeld besprochen, geht es um die Depressionsgruppe. Haben Sie noch weitere Fragen, sonst würde ich einfach mal Starten?

Frau V.: Hallo Frau T., ich habe keine Fragen mehr, sie können anfangen.

Ich: Okay super, dann starte ich mal mit der ersten Frage: „Haben sie Veränderung bei sich selbst durch die Einheit in der Depression Gruppe bemerkt, falls ja welche?“

Frau V.: Ja, habe mich und zwar, dass ich mein Selbstbewusstsein wieder stärken konnte. Ich habe die Ursachen erkannt und kann da jetzt anpacken, um was zu ändern. Die Ursache hat bei mir schon in der Kindheit begonnen und ich habe viel aufzuarbeiten. Ja das alles erstmal für mich klar zu haben war jetzt schon ein großer Fortschritt.

Ich: Ja, da tut sich ja einiges bei Ihnen. Haben Sie aus den verschiedenen Modulen sonst noch was mitnehmen können?

Frau V.: Ja, auf alle Fälle. Ich habe gelernt, dass ich nicht mit einer Depression alleine bin und das tat richtig gut. Ich kann jetzt offen über die Depression sprechen und mich mit anderen austauschen.

Ich: Ja der Austausch mit anderen ist sehr wichtig, dass sollten sie auch beibehalten. Wenn ich jetzt mal Frage, wie gut Ihnen die Gruppensitzungen auf einer Skala von 1-10 gefallen habe, wenn 1 sehr schlecht und 10 sehr gut ist, was würden Sie dann antworten?

Frau V.: Auf jeden Fall die 10. Ich fühle mich so erleichtert, dass ich mich mit anderen austauschen konnte.

Ich: Das kam schnell. Okay, wenn ich jetzt mal nach der Gruppengröße, Atmosphäre, Räumlichkeiten und den Aufbau Frage, wie haben sie das empfunden?

Frau V.: Ich habe das alles für sehr gut empfunden, vielleicht hätte ich mir noch etwas mehr Praxis gewünscht, also ein paar mehr Beispiele. Aber sonst war alles super. Netter Umgang untereinander und auch der Aufbau war gut durchdacht und aufbauend aufeinander. Mehr Einheiten wären vielleicht gar nicht so schlecht, denn desto länger man sich kennt, desto mehr tauscht man sich aus.

Ich: Schön, danke. Es sind ja jetzt schon einige Anregungen gefallen, gibt es speziell noch was für sie Zukunft, was Sie sich in Bezug auf die Gruppe wünschen?

Frau V.: Kann ich jetzt so gar nichts mehr zu sagen, mir hat die Gruppe wirklich gutgetan.

Ich: Ich Danke Ihnen für die offenen Worte. Vielen Dank und Ihnen noch einen schönen restlichen Tag.

Frau V.: Bitteschön, immer wieder gerne Frau T.

Anhang II: Labeltabellen nach Mayring

Frage 1

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Positive Veränderung	1.1	Herr J.	Ja, aber erst nach der dritten oder vierten Gruppenstunde
Positive Veränderung?	1.1	Frau S.	Ich habe natürlich ein paar Sachen mitgenommen
Positive Veränderung?	1.1	Frau H.	Ja, ich habe gemerkt, ...
Positive Veränderung?	1.1	Herr K.	Ja also irgendwie habe ich gemerkt, ...
Positive Veränderung?	1.1	Herr N.	Ja Veränderungen habe ich bemerkt
Positive Veränderung?	1.1	Herr T.	Ja
Positive Veränderung?	1.1	Herr R.	Ja
Positive Veränderung?	1.1	Frau R.	Also mir ist nochmal echt deutlich geworden, ...
Positive Veränderung?	1.1	Herr L.	Ja
Positive Veränderung?	1.1	Frau V.	Ja habe ich und zwar...
Gefühl der Stärke	1.2	Herr J.	Ich habe mich gestärkt gefühlt
Verbesserung der Aktivität	1.3	Herr J.	(..) und konnte Aktivitäten besser umsetzen.
		Herr R.	Wir haben ja auch so eine Liste von Ihnen bekommen, wo dann draufsteht, was wir noch an Aktivitäten machen können und die nehme ich mir oft zur Hand, um auf neue Ideen zu kommen.
Anregung der dunklen Jahreszeit entgegen zu wirken	1.4	Frau S.	Ich möchte mir eine Tageslichtlampe für die dunkle Jahreszeit zulegen
Austausch über Depression mit anderen	1.5	Frau H.	(..), dass ich offener geworden bin. Ich habe gemerkt, dass es ganz wichtig ist, sich mit anderen auszutauschen.
		Herr K.	Ich habe gelernt, über meine Depression offen zu reden. Mir ist es nach der Einheit leichter gefallen darüber zu reden als währenddessen.
		Herr L.	Mir tat der Austausch gut.
Gefühl, mit der Depression nicht alleine zu sein	1.6	Frau H.	(...), weil ich gar nicht alleine bin.

		Herr K.	Ich habe gemerkt, dass ich nicht alleine bin.
Bewusster Umgang mit der Erkrankung	1.7	Herr N. Frau V. Herr R.	Man denkt darüber nach und setzt sich mit dem Thema mehr auseinander. Die Ursache hat bei mir schon in der Kindheit begonnen (...), das alles erst einmal für mich klar zu haben, war ein großer Fortschritt. (...) ich mache jetzt gar nichts mehr und ziehe mich nur noch zurück. In der Depressionsgruppe fing ich an über alles nachzudenken (...)
Mehr Lebensfreude	1.8	Herr T.	Ja, dass ich wieder mehr Lust am Leben bekommen habe.
Andere Sichtweisen auf das Leben	1.9	Frau R. Herr R.	Denkmuster haben mir geholfen mein Leben anders zu sehen. Mir ist klargeworden, dass ich dieses Gedankenmuster endlich durchbrechen muss.
Stärkung des Selbstbewusstseins	1.10	Frau V.	(...) und zwar, dass ich mein Selbstbewusstsein wieder stärken konnte.

Frage 2

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Soziale Kontakte pflegen	2.1	Herr J. Herr T. Herr L.	(...) mich wieder mit meinen Mitmenschen zu unterhalten. (...) und habe Anschluss an die Gesellschaft gefunden. Den Kontakt mit meinen Mitmenschen, den pflege ich jetzt wieder mehr.
Austausch mit anderen über Depression	2.2	Herr J. Herr N. Herr T.	Meine Probleme nicht in mich reinzufressen, sondern mit anderen darüber zu reden. Das Gruppenmiteinander, den Austausch an sich. Den Austausch mit meinen Mitmenschen. (...) ist mir

		Frau V.	klargeworden, wie wichtig dieser Austausch ist. Ich kann jetzt offen über meine Depression sprechen und mich mit anderen austauschen.
ABC Modell als Methode	2.3	Frau S. Herr R.	Ich arbeite viel mit dem ABC Modell, dies kann ich im Alltag ganz unkompliziert anwenden. Also was mir als erstes einfällt, ist das ABC Modell. Das habe ich auch schon gleich des Öfteren anwenden können.
Lichtgerät um der dunklen Jahreszeit entgegen zu wirken	2.4	Frau H.	Das Lichtgerät, gerade jetzt in der dunklen Jahreszeit, würde ich mir demnächst gerne kaufen.
Steigerung von Aktivität	2.5	Frau H. Herr T. Frau R. Herr L.	Mitgenommen habe ich auch noch (...) jetzt wieder mehr Aktivitäten zu machen. Ich gehe wieder mehr an die frische Luft. Mehr rausgehen und unternehmen. Ich habe mitgenommen, dass ich nicht den ganzen Tag im Bett liegen darf (...), sondern mich wieder aktiv am Leben zu beteiligen. Ich gehe wieder mehr spazieren.
Auseinandersetzung mit der Thematik nach den Gruppensitzungen	2.6	Herr K.	(...) gerade die Gespräche mit den Leuten nach der Gruppe haben mir sehr gutgetan. Ich konnte endlich mal alles loswerden.
Steigerung der Krankheitseinsicht	2.7	Herr N.	(...) die Depression als Krankheit wahrzunehmen.

Frage 3

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Wert auf der Skalierungsskala: 10	3.1	Frau V.	Auf jeden Fall die 10. Ich fühle mich so erleichtert, dass ich mich mit anderen austauschen konnte.
Wert auf der Skalierungsskala: 9	3.2	Herr J. Herr K. Herr N.	Auf alle Fälle eine glatte 9. Da würde ich doch mal eine glatte 9 geben. Eine 9

Wert auf der Skalierungsskala: 8	3.3	Frau S.	Ich fand das auf jeden Fall gut (...). Ich würde mal eine 8 sagen.
		Frau H.	Eine klare 8.
		Herr L.	Eine 8 würde ich jetzt mal sagen.
Wert auf der Skalierungsskala: 7	3.4	Frau R.	Ich würde sagen eine 7.
		Herr R.	Eine 7
Wert auf der Skalierungsskala: 6	3.5	Herr T.	Eine 6, die Sitzungen taten gut, aber waren viel zu kurz und oberflächlich.

Frage 4 hinsichtlich der Gruppengröße

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Angemessen	4.1	Herr J.	Die Gruppengröße war total okay.
		Frau S.	Von der Größe her mit ca. 10 Leuten war das optimal, manchmal sitzt man in Gruppen mit bis zu 16 Leuten und das ist viel zu groß.
		Herr K.	Die Gruppe war genau passend so, war nicht zu klein oder zu groß meiner Meinung nach.
		Herr T.	Das fand ich eigentlich alles ganz gut.
		Herr R.	Ich fand die Gruppe von der Größe her sehr angenehm, das waren jetzt nicht zu viel oder zu wenig Leute.
		Frau V.	Ich habe das alles für sehr gut empfunden.
Unangemessen (zu groß)	4.2	Frau H.	Wir waren meiner Meinung nach zu viele Leute (...).
		Herr N.	Viel zu groß, aber das sind die meisten Gruppen für mich.
		Herr L.	Leider fand ich die Gruppe viel zu groß.

Frage 4 hinsichtlich der Räumlichkeiten

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Passend	4.3	Herr J.	Auch die Räumlichkeiten waren passend gewählt.
		Frau S.	Der Raum war gut.

		Frau H.	Die Räumlichkeiten waren gut.
		Herr K.	Auch die Räumlichkeiten waren schon gut.
		Herr T.	Das fand ich eigentlich alles ganz gut.
		Frau R.	Mir hat der Raum gefallen.
		Frau V.	Ich habe das alles für sehr gut empfunden.
Unpassend (zu klein)	4.4	Herr L.	(...) und die Räumlichkeiten zu klein.

Frage 4 hinsichtlich des Aufbaus

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Einheiten zu kurz	4.5	Herr J.	Zum Aufbau der Gruppe fand ich die Einheiten zu kurz.
		Frau H.	(...) und es gab viel zu wenig Einheiten.
		Herr N.	Die Zeit der kompletten Gruppe würde ich mir länger wünschen.
			Mehr Einheiten wären vielleicht gar nicht so schlecht.
		Frau V.	
Thematik nur oberflächlich behandelt	4.6	Herr J.	(...) nichts wurde in der Tiefe bearbeitet.
Mehr Einbau von Praxisanteilen	4.7	Herr N.	Noch mehr Interaktionen versuchen miteinzubringen, sodass man die Leute ein bisschen mehr aus sich heraus holt.
			Zum Aufbau hätte ich mir noch mehr Praxis gewünscht.
		Frau R.	Vielleicht hätte ich mir noch mehr Praxis gewünscht.
		Frau V.	
Zu viel Theorie	4.8	Herr L.	Der Aufbau war sehr zielstrebig und zu trocken.
Angemessener Aufbau	4.9	Frau S.	Der Aufbau der Gruppe war sonst gut. Das fand ich eigentlich alles ganz gut.

		Herr T.	(...) war der Aufbau an sich gut.
		Herr R.	Auch der Aufbau war gut durchdachte und aufbauend aufeinander.
		Frau V.	

Frage 4 hinsichtlich der Gruppenatmosphäre

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Angenehme Gruppenatmosphäre	4.10	Herr J.	Ich habe mich sehr wohl gefühlt und konnte mich auch gut öffnen.
		Frau S.	Also ich habe mich in der Gruppe sehr wohl gefühlt, die Gruppe mit den Leuten war echt gut. (...) und man hat sich in der Gruppe auch wohl gefühlt.
		Frau H.	Also ich habe mich da sehr wohlgefühlt. Die Atmosphäre passte sehr gut.
		Herr K.	Ich habe mich sehr wohlgefühlt und konnte mich gut öffnen. (...) die anderen Teilnehmer waren nett.
		Herr T.	Es kam jeder zu Wort und es herrschte eine gute Atmosphäre. Ich hatte jetzt auch keine Bedenken mich zu öffnen und frei zu reden.
		Frau R.	Die Atmosphäre war gut so.
		Herr R.	Aber sonst war alles super. Netter Umgang untereinander

		Herr L.	
		Frau V.	
Unangenehme Gruppenatmosphäre	4.11	Herr K.	Die Atmosphäre hätte etwas fröhlicher sein können. (...) denn darf ruhig öfter mal gelacht werden.

Frage 5

Kategorie	Label	Interviewte/r	Ankerbeispiel
Teilnahme an der Depressionsgruppe über einen wesentlich längeren Zeitraum während der stationären Therapie	5.1	Herr J.	(...) mich hätte die Depressionsgruppe einfach noch länger begleiten müssen. Also für die Zukunft doppelt so viele Einheiten.
		Frau S.	Dass man über die ganze Therapie an der Depressionsgruppe angebunden ist. (...), dass es schön wäre, wenn man die ganze Therapiezeit an einer solchen Depressionsgruppe angebunden wäre.
		Frau H.	Mir hätte es gutgetan, wenn ich noch länger mit der Gruppe zusammen Sachen aufgearbeitet hätte, sodass man im Umgang mit der Depression noch sicherer wird.
		Herr K.	(...), dass sie noch länger laufen würde. Am besten über den kompletten Klinikaufenthalt. Ja, dass die Einheiten länger sind. Vielleicht ein paar mehr Einheiten (...) Ich würde mir wünschen, dass die Gruppe länger laufen würde (...) (...) und längere Einheiten
		Herr N.	

		Herr T.	
		Herr R.	
		Frau R.	
		Herr L.	
Vertiefung der Thematik	5.2	Frau S.	Man könnte dann auch näher auf einzelne Beispiele eingehen und nicht nur anschneiden.
		Herr N.	Außerdem würde ich es schön finden, wenn noch mehr an Umsetzungen gearbeitet wird.
		Herr T.	(...) und einzelne Themen besser vertieft werden. Vielleicht noch ein paar mehr Übungen, die auch hinter her besprochen werden.
Kleinere Gruppengröße	5.3	Herr N.	Ja, dass sie kleiner wäre (...).
Einbau von mehr Praxis	5.4	Frau R.	(...) und dass man mehrere Diskussionsrunden miteinbaut. Kleingruppenarbeit wäre auch toll gewesen, dass man noch mehr von anderen mitbekommt.
		Herr L.	Ja, einfach mehr Praxis (...)
Keine Verbesserungsvorschläge	5.5	Frau V.	Kann ich jetzt so gar nichts mehr zu sagen, mir hat die Gruppe wirklich gutgetan.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinne nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Haselünne / Georgsdorf, den 09.02.2018


Telkmann, Lena


Vrieling, Lea