



**University of
Zurich** ^{UZH}

Department of Informatics



What Are the Opportunities for Sensing in an Inpatient Depression Treatment Facility?

Masters Thesis at the Department of Informatics at the University of Zurich

Yves Egide Bilgerig

of Baden AG, Switzerland
Student-ID: 06-917-710
yves.bilgerig@uzh.ch

30. January 2014

Supervisors:

Prof. Elaine May Huang, PhD
Zurich People and Computing Lab (ZPAC)
Department of Informatics
University of Zurich
www.ifi.uzh.ch/zpac

Prof. Dr. Thomas Fritz
Software Evolution and Architecture Lab (SEAL)
Department of Informatics
University of Zurich
www.ifi.uzh.ch/seal



Acknowledgements

This Masters thesis could not have been realized without the great support from so many different people.

First and foremost, I would like to thank Elaine May Huang and Thomas Fritz for giving me the opportunity to write this thesis. I am very thankful for their advise and support. It was an incredibly interesting topic and I really enjoyed working on this thesis.

Next, I would like to thank Prof. Dr. med. Achim Haug for having me introduced to the notion of asynchronous drive and mood. Especially, I would like to thank him for giving me the opportunity to visit the psychiatric hospital.

Special thanks go to the team of the depression ward *A0* at the psychiatric hospital *Clenia Schlössli* in Oetwil am See. They have given me an unforgettable insight in psychotherapy and have answered all my questions very patiently.

Thank you to all the participants of the interviews for their participation and for letting me learn about psychotherapy.

I would like to thank three friends of mine, Simone, Sara, and Fabian, who all graduated in psychology, for helping me with basic psychology terms, and for pointing me to relevant literature. Special thanks go to Fabian for proof reading my thesis.

Next, I would like to thank the ZPAC research group for their warm welcome and the great working atmosphere.

Then, I would also like to thank my flatmates, Nadja and Reto, for their support and for letting me use half of the apartment for the affinity diagram.

Finally, I would like to thank my parents for having me supported throughout all my studies, as much as during the last six month. Thank you very much!

Abstract

By 2020, depression will be the disease with the second-highest financial demand. Health monitor devices that have recently coming to customer markets may support treatment and reduce costs. This thesis tries to identify sensing opportunities in an inpatient facility. Therefore, a three-days observation at a psychiatric hospital and four interviews with therapists have been conducted. Eleven general findings are presented. Design opportunities and implications are discussed. A list of indicators for elevated suicidal-risk is compiled. And four fields of application for smart pedometers are introduced.

Zusammenfassung

Im Jahr 2020 werden Depressionen die Krankheit mit dem zweitgrössten Finanzbedarf sein. Geräte die körperliche Aktivitäten messen sind in den letzten Jahren im Endverbrauchermarkt aufgetaucht. Solche Geräte könnten Behandlungen unterstützen und Kosten senken. Diese Masterarbeit versucht Möglichkeiten aufzuzeigen, um Messungen in einer stationären Klinik durchzuführen. Dafür fand eine dreitägige Beobachtung in einer psychiatrischen Klinik statt und vier Interviews mit Therapeuten wurden durchgeführt. Elf generelle Erkenntnisse werden präsentiert. Gestaltungsmöglichkeiten und Implikationen werden diskutiert. Eine Liste von Indikatoren für ein erhöhtes Suizidrisiko wird zusammengestellt. Und vier Anwendungsfelder für smarte Schrittzähler werden eingeführt.

Contents

Acknowledgements	ii
Abstract	iii
Zusammenfassung	iv
1 Introduction	1
1.1 Research Question	1
1.2 Structure and Overview of This Thesis	2
2 Background	3
2.1 Depression	3
2.2 Related Work	3
2.2.1 Electronic Mood Diaries	3
2.2.2 Monitoring People Suffering From Bipolar Disorder	3
2.2.3 Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy	4
2.2.4 Computers And Emotions	4
3 Stationary Treatment of Depression	5
3.1 Method	5
3.2 Stationary Treatment	5
3.3 The Depression Ward	6
3.3.1 Patients at the Ward	6
3.3.2 Personnel at the Ward	6
3.3.3 Rooms at the Ward	7
3.4 Elements of Therapy	7
3.4.1 One-on-One Meetings	8
3.4.2 Senior Physician's Round	8
3.4.3 Start-of-the-Day Meeting	8
3.4.4 Group Therapy Sessions	8
3.4.5 Psychoeducation	8
3.4.6 Insomniac Group	8
3.4.7 Ergotherapy	9
3.4.8 Physiotherapy	9
3.4.9 Music Therapy	9
3.4.10 Other, Unscheduled Means of Therapy	9
3.4.11 Medication	9

3.5	Learning from Depression Treatment in a Psychiatric Hospital	9
3.5.1	Patient's Life Plays Mainly Inside the Ward	10
3.5.2	The Table Inside the Nurses' Room is the Heart of the Ward	10
3.5.3	Having an Updated Status of a Patient's Mood Is Important for All Therapists	11
3.5.4	Setting Goals Boosts Patients	11
3.5.5	Oversleeping Is an Everyday Issue	11
3.5.6	Patients Have to Set Objective Measures in an Individual Context	12
4	Interviews	13
4.1	Method	13
4.1.1	Participants	13
4.1.2	Evaluation	13
4.2	General Insights From the Interviews	14
4.2.1	Relationship of Trust Between Patients and Care Personnel	14
4.2.2	Structure in Daily Routine	14
4.2.3	Activity Is Anti-Depressing	16
4.2.4	Nurses and Therapists Ask Proactively	16
4.2.5	Therapy Is Not Surveillance	17
4.2.6	Distorted Perception	17
4.2.7	Nurses and Therapists Rely on Their Intuition	18
4.2.8	Communication Between Nurses and Therapists	18
4.2.9	Patient's Motivation vs. Resistance against therapy	19
4.2.10	Learning Techniques for Future Situations	20
4.2.11	Communication Between Patients	20
5	Pedometer in Clinical Context	22
5.1	Pedometer Background	22
5.1.1	Form Factors	23
5.1.2	Sensor Types	23
5.2	Biofeedback	24
5.2.1	Learning from Biofeedback	24
5.3	Findings from the Interviews	25
5.3.1	Acceptance	25
5.3.2	Fields of Application	25
5.3.3	Data Analysis	27
6	Suicidal Tendency	29
6.1	Elevated Suicidal Risk Through Asynchronous Development of Mood and Drive	29
6.1.1	Terminology	29

6.1.2	Explanation of the Phenomenon Based on Interview Statements	29
6.2	Indicators	30
6.2.1	Examples of Indicators	30
6.2.2	Assessment Model	31
6.3	Detection of This Phase with Sensors	32
6.3.1	Suggestions	33
Appendix		34
A Quotations From the Interviews		35
A.1	Relationship of Trust Between Patients and Care Personnel	35
A.2	Structure in Daily Routine	35
A.3	Activity Is Anti-Depressing	36
A.4	Nurses and Therapists Ask Proactively	36
A.5	Therapy Is Not Surveillance	36
A.6	Distorted Perception	37
A.7	Nurses and Therapists Rely on Their Intuition	37
A.8	Communication Between Nurses and Therapists	38
A.9	Patient's Motivation Vs. Resistance Against Therapy	38
A.10	Learning Techniques for Future Situations	39
A.11	Communication Between Patients	39
A.12	Assessment Model for Suicidal Risk	39
B Interview Protocol		41
C Consent Form		43
D Observation Report		45
E Interview Transcripts		72
E.1	Transcript of the Interview with Participant 1	72
E.2	Transcript of the Interview with Participant 2	86
E.3	Transcript of the Interview with Participant 3	94
E.4	Transcript of the Interview with Participant 4	102

List of Figures

	Cover picture: Evening mood in autumn 2013 on the Buessberg in Wettingen (own work) . . .	i
1	Picture of the affinity diagram.	15
2	A simple pedometer.	22
3	A smart pedometer or an activity monitor as a wristband.	23
4	State space of drive and mood. Own representation based on [37].	30

1. Introduction

Almost half of the population of Switzerland suffers at least once in their lifetime from a mental disorder. The exact number differs between 32 and 48%, depending on the study. Similar numbers have been found for other countries. In other words, almost everybody is somehow – personally or through friends – confronted with mental disorder. [1], [2]

Out of all types of mental disorder, depressive disorder is currently the second-most often type (behind anxiety disorder). Up to 20% of the population suffers from depressive disorder. But according to calculations by the World Health Organisation, the relevance of depression will continue to rise. By 2020, depression will be the disease with the second-highest financial demand (right behind heart diseases). [3], [4]

Suicidal tendency is a serious issue with depressive disorders. Many people who suffer from depression are suicidal. On average about 15% of depressives died of suicide [5]. Suicidal risk varies during a depressive episode. Risk is often elevated because of an asynchronous development of mood and drive. However, detection of this elevated risk is difficult.

At the same time, evolution in the digital world takes big steps. We live in a world with smart devices. Each of these smart devices may have a dedicated task and its own sensors. But all of these devices are interconnected, allowing for data exchange. Besides this, smart devices nowadays are of a very portable size.

In the recent years, smart devices for health monitoring have reached consumer markets. This allows simple and inexpensive access to devices that can be used for patient monitoring. Because of the portability of such devices, new possibilities for constant monitoring has come up. For patients with suicidal tendency, constant monitoring could help as a means of protection.

This thesis aims to find opportunities for sensing in an inpatient environment. On one hand, this should support therapy. On the other hand, opportunities for sensing the above mentioned period will be explored.

Most research on ubiquitous healthcare so far focussed on somatic health. Only little research has been presented on ubiquitous computing for mental health. Besides this, almost all of them focus on outpatient treatment. [6]

1.1. Research Question

In the motivation above, two themes have been named. On one hand, activity monitors have been mentioned as a means of technology. On the other hand, the divergence of mood and drive has been named as a known problem. This thesis will try to address both topics, because it is assumed that there will be a solution by bringing together both.

First, a research question concerning technology is formulated. Smart pedometers or activity tracker have reached consumer markets and are not that expensive. Thus, devices like these are very easily available and work out of the box. It might be a simple, yet effective utility in depression treatment. Acceptance and usage of pedometers in therapy should be studied.

Hence, the **first, specific subquestion** on smart pedometers is formulated as follows:

“What are the opportunities for using pedometers in an inpatient depression treatment facility?”

Second, a research question concerning a known problem is formulated. One of the most relevant issues with depression is suicide. Around 15% of depressive patients commit suicide[5]. The assessment of a patient's suicidal risk is a difficult task for therapists. Taking an objective measure into account for therapists sounds promising.

Therefore, in this **second, specific subquestion** the focus is on the assessment of suicidal risk:

“What are the opportunities for using sensors to support a therapist in assessing a patient's suicidal risk?”

One has to take a step back to bring together both topics to one research question. The **main research question** of this thesis is formulated as follows:

“What are the opportunities for sensing in an inpatient depression treatment facility?”

1.2. Structure and Overview of This Thesis

The remainder of this thesis is structured as follows: First, Chapter 2 gives some background information about depression and related work.

Then, treatment of depression in a psychiatric hospital is presented in Chapter 3. For this, a three-days observation has been made. Impressions from this time are presented together with some learnings.

In Chapter 4, the interviews are introduced. Based on interview statements, a list of eleven insights are presented. Each of the insights is furthermore discussed for design opportunities and implications.

After these more general insights, Chapter 5 will treat a technological question. The use of pedometers in psychiatry is analyzed. About half of the interview questions were around this topic. The findings from the interviews are presented and discussed.

Chapter 6 will address a known problem with suicidal patients. Findings from the interviews are presented. Finally, the connection to the previous chapters is drawn.

2. Background

2.1. Depression

Classification of Depressive Disorders. The *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – or just *ICD* in short – is a medical classification for all kinds of diseases by the World Health Organisation (WHO). For example, it contains definitions for diagnosis of diabetes, short-sightedness, or leg fractures. But it also contains chapter V (*F*), one dedicated chapter for mental and behavioral disorder. Within this chapter, depressive disorders are listed within the group of affective disorders. [7].

Depressive Disorders. Depression is characterized by a reduced mood, fears, emotional emptiness, reduced drive, lost of interests and a number of other symptoms. [8]

Therapy of Depression. What elements the treatment of depressions consist of is explained in Section 3.4. Literature on psychotherapy can be found in [9, pp. 481-487] and [10].

Depressive Episode. A depressive episode is the period of time when a patient suffers from depression. [11]

Bipolar Disorder. Bipolar disorder is characterized by recurring episode of depression and mania. Because this thesis' focus is on the depressive episode specifically, it does not concern us whether a patient is bipolar or unipolar (has only depressive episodes). [12], [13]

2.2. Related Work

2.2.1. Electronic Mood Diaries

Traditionally, mood diaries are forms that allow patients to keep track of their mood progression. Examples for such traditional mood diaries can be found as an appendix in [12] and [4].

In the recent years, electronic variants of mood diaries have been introduced. Some versions offer a web interface, while others offer a mobile application.

Traditional paper mood-diaries have been compared to a mobile application in [14]. Compliance was found to be significantly higher on mobile phones than paper. And it was found that usage is not more difficult than with the paper mood-diary.

However, all of the electronic mood diaries above cover self-assessed mood only. The solutions under study do not include sensors like activity trackers.

2.2.2. Monitoring People Suffering From Bipolar Disorder

There are two research projects that focus on monitoring of bipolar disorder.

The MONARCA project created a mobile application that predicts mood swings for bipolar patients. [15], [16], [17] The psyche project developed a sensorized t-shirt for sensing a number of measures. [18], [19]

However, both projects focus on people with bipolar disorder and not on depressives only. Besides this, neither of the projects focussed on inpatient facilities.

2.2.3. Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy

The following papers compare traditional Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with computer-assisted CBT. CBT is one of the therapy forms used with depressives. All papers are from the field of clinical psychology.

In [20], a computer-aided self-help clinic is presented. This clinic offers two web based systems of CBT, and two accessible by phone.

The other papers compare traditional CBT and computer-supported CBT with a wait-list control group. In both papers, computer-supported CBT performed significantly better than wait-list. In [21], no difference between the treatment groups could be found, while [22] found that computer-assisted CBT had more robust effects in reducing measures of cognitive distortion.

As with electronic mood diaries, the studied systems did not include advanced forms of interaction. All systems used the traditional PC setting with mouse and keyboard. Sensors have not been included.

2.2.4. Computers And Emotions

Affective Computing is a field of computer science that deals with emotions in computing. The basic idea is to “give computers the ability to recognize, express, and in some cases, ‘have’ emotions” [23, p. 1].

[23], [24], and [25], all list a wide range of possibilities for how computers could perceive emotions. However, limitations in current implementations are quite high. [25]

Although affective computing has not yet been used with depressives, the potential could be large in the future. Perceiving a patient’s affective state through sensors would open up new dimensions. However, while affective computing focuses mainly on emotions, this thesis focuses on patients’ mood, which is something else by definition.

3. Stationary Treatment of Depression

Treatment of mental disorders is much more different from treatment of a leg fracture for example. In order to understand how depression therapy works, a three-days observation has been made at a depression ward. This chapter will give an introduction into psychotherapy. It is not addressed to psychologists, but rather to software designers or interaction designers who are interested in designing systems in an inpatient environment.

The chapter is structured as follows. First, the research method is presented. This contains details about the observation. Second, a short discourse is given on what makes stationary treatment special. Third, the depression ward is introduced with its staff and rooms. Fourth, the elements that belong to depression treatment are listed. In the end of the chapter, six learnings are presented. Each learning is discussed for design opportunities.

3.1. Method

For learning more about stationary treatment of patients with depression, I got the opportunity to visit the depression ward at the psychiatric hospital *Clienia Schlössli* at Oetwil am See. During three days, I had a look at life at the ward. I sat in on group therapy sessions and reports between care personnel.

Most of the time, I accompanied nursing staff. This gave me the opportunity to ask questions in-between therapy sessions. Psychologists and psychiatrists had a quite busy schedule. While not having a group therapy session or being at a report, most of the time they were in their offices for one-on-one meetings. I did not attend any one-on-one meeting.

There were two parts that interested me most. First, I wanted to get an idea on how life at the ward is. I also wanted to know how psychotherapy works to get a better understanding on where any type of sensing could help. Second, I was interested in all kinds of processes and information flow. I was interested in understanding how people at the ward communicate with each other and how information is kept and shared.

After each of these three days, I recorded my personal impressions together with what I have learned that day on an audio recorder. I transcribed these notes later and wrote a report on the observations I had made. The results have been shown to the ZPAC research group at the University of Zurich. The observation notes have then been ordered in an affinity diagram. For this thesis, I have compacted the data in such a way that it will give the reader an idea on the main parts and ideas behind psychotherapy.

3.2. Stationary Treatment

In this section, the inpatient depression treatment is presented. That means, the difference between ambulant and stationary treatment is highlighted.

According to participant 1¹, there are basically two types of patients in a psychiatric hospital: Some patients are exposed to danger. They can no longer deal with the outside world and need protection. Other patients are dangerous for others and therefore need to go to a psychiatric hospital. However,

¹ See Section 4.1 for more details on the interviews and participants.

most patients decide on their own to go to the hospital. In the canton of Zurich, about 80% go autonomously and 20% are committed by a doctor. It is a big and a hard decision. Patients need some effort in overcoming this decision. One has to realize that one can no longer cope with the situation alone. One has to admit that one needs external help. A stay may also help to leave a stressing situation at home.

There are several ways how patients come to a psychiatric hospital. The regular way is to take the decision together with his physician or with an (ambulant) psychotherapist. Some patients decide on their own and go straight to the psychiatric hospital. Other patients change internally from the emergency psychiatry ward to the depression ward for example, to get a more appropriate therapy.

Methods for psychotherapy are generally the same for ambulant and stationary treatment. But treatment is more intense for inpatients. Outpatients usually meet only about once per week with their therapist. In [26, pp. 17-29], a deep discourse on stationary and ambulant treatment can be found.

To sum up, therapy at a psychiatric hospital is more intense and can be very helpful for patients who are in a deep crisis. Most of the patients decide autonomously to stay in a psychiatric hospital. This decision however is somehow a difficult and hard step.

3.3. The Depression Ward

In this section, the inpatient treatment facility is presented from an organizational and structural point of view.

One thing that impressed me when visiting the psychiatric hospital was the fact that the depression ward is a separate and dedicated place in the hospital. The psychiatric hospital consists of several wards for several types of mental disorders and for several types of treatment. The depression ward is the dedicated place for treatment of patients with depression. Each ward has its own personnel, and is situated in a separate wing of the hospital complex. This organizational fact is substantial for understanding how treatment of depression in a psychiatric hospital works.

3.3.1. Patients at the Ward

The ward offers rooms for up to 21 patients. Some rooms are double occupancy. All patients suffer from a form of depressive disorder.

3.3.2. Personnel at the Ward

Nursing staff: There are about 14 nurses and a secretary working at the ward. They work in different shift, with some designated for night and weekend shifts. Some nurses are still in education or in their studies. About half of the nurses have a College of Professional Education and Training degree. These nurses have additional duties compared to nurses without degree. Patients are assigned to a nurse like this for having a clear contact person. Besides this, nurses with degree also conduct some of the therapy sessions.

Therapists: There are one senior physician, one other psychiatrist, and three clinical psychologists working at the ward. All of them have one-on-one meetings with patients and are conducting therapy sessions. Besides this, there is one ergotherapist.

External staff: Along with the personnel mentioned above, there is a music therapist, a social worker, and some physiotherapists who are working with patients from all the psychiatric hospital. By external I mean that they are working at the hospital, but not as part of the depression ward.

3.3.3. Rooms at the Ward

In the studied hospital, the depression ward is located in a separate wing of the hospital and has its separate entrance. Inside the depression ward, the following rooms can be found:

- Patient's rooms
- Recreational area where patients can stay in their spare time:
 - Dining room
 - Living room
 - Kitchen
- For therapy:
 - 2 group-therapy rooms
 - Ergotherapy² room
- Therapist's offices
- For nursing staff:
 - Nurses' room
 - Office
- Other rooms:
 - Medication room
 - Control of vital signs room
 - Linen and laundry room
 - Shared bath

That means almost all important rooms are situated inside the ward. For patients, life basically plays all inside the ward.

However, patients are not trapped inside the ward. Most patients have full permit to go out at any time. Patients are even encouraged to go outside for a walk. There is a public café and restaurant on the hospital site. And some sessions take place at another building of the hospital, as physiotherapy sessions for example.

3.4. Elements of Therapy

Treatment of depression consists of a number of different therapies which will be presented in this section. At the studied hospital, all of the following therapies are offered to patients with depression. However, the idea is not that a patient attends all of these therapies. Out of this catalog, the therapist creates a schedule together with the patient. This program is chosen based on the patient's preferences, and on its personal situation.

The minimal program consists of the elements described in Sections 3.4.1 to 3.4.4, plus Medication (Section 3.4.11).

² Ergotherapy will be introduced in Section 3.4.7.

3.4.1. One-on-One Meetings

There are several one-on-one meetings. Each patient has an assigned therapist (either a psychologist or a psychiatrist) and an assigned nurse. During a week the patient has at least one meeting with each of them. The assigned nurse can spend a total of 60 minutes throughout a week for one-on-one meetings per patient.

3.4.2. Senior Physician's Round

Once per week, there is a short meeting with the senior physician. The assigned therapist and nurse are attending this meeting too. It is scheduled for about 10 minutes.

3.4.3. Start-of-the-Day Meeting

Every morning, a short meeting takes place. This meeting is held in groups of about seven patients. Patients are required to attend this meeting. However, it is very common that some patients oversleep. These patients will be waken by nurses right after this meeting.

On Mondays, the weekend is discussed. Some patients stay at home during the weekend. On Tuesdays and Thursdays, patients have to set a personal goal for the day. These goals will be discussed on Wednesday and Friday respectively. It will be discussed whether the goal could have been achieved. The focus of this discussion is on what helped the patient in achieving it.

3.4.4. Group Therapy Sessions

At the studied hospital, two different therapy approaches are offered: Interpersonal psychotherapy (IPT), and CBASP (Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy). IPT focuses on questions about interpersonal aspects. Examples are: 'What is my reaction on other people?', 'How do others see me?', or 'What do I think others are seeing me?'. The CBASP approach focuses more on analyses of situations. Further introduction into both approaches can be found in [10], [8], and Usage in depression. [9, pp. 481-487].

After having attended one session of each direction, it is not easy to make a clear distinction between the two approaches and the ideas behind. However, from a non-psychologist's point of view there is not a relevant difference between the two approaches. At least not when focussing on organizational aspects of therapy: Both approaches consist of group therapy sessions. Discussion and role play are central methods used with both approaches. In addition to the group sessions, the contents of the one-on-one meetings are adapted to either of the two approaches.

3.4.5. Psychoeducation

Psychoeducation is a lecture on depression. Patients are supposed to learn something about their disorder. A therapists gives this lecture in front of a group of people. A printed hand-out is given to the patients to support learning. Patients get a better understanding of their disorder.

3.4.6. Insomniac Group

The insomniac group is similar to psychoeducation. It is a lecture on insomnia. Patients learn about reasons for and methods against insomnia.

3.4.7. Ergotherapy

Ergotherapy is very similar to a crafts class at school. Patients chose from a variety of activities, like drawing, painting, or pottery making. However, the focus is not on the final product, but more on the process of creation. While working on a small project, patients have to take action, take decisions, and set goals for their work. Ergotherapy is a physical activity which helps patients in being more active.

3.4.8. Physiotherapy

There are different physiotherapy activities offered by the physiotherapy department of the hospital. The main goal of these activities is to be physically active. Activities include Qi Gong, oriental dance, or nordic walking. Besides this, a weights room is open for individual work-out.

3.4.9. Music Therapy

Music therapy is offered too. However, I can nothing reported on that, because I did not attend this kind of therapy.

3.4.10. Other, Unscheduled Means of Therapy

There is a range of other activities offered by the ward that can be used by patients in an unscheduled, individual way. For light therapy, patients can sit in front of a light source. Fango compresses are offered and there is a shared bath for patient's use. Both light and warmth have a positive influence on mood.

3.4.11. Medication

Medication is last in this list of elements, but not less important than any other element of therapy. Medication has a very strong impact on patients. Often, medication has side effects that have to be taken care of later. Medication is a primary form of treatment and is used with all patients at the hospital.

Psychologists have to arrange medication together with a psychiatrist, as only psychiatrist can prescribe medicine. Patients have to go and get their medicine on their own at the medication room.

3.5. Learning from Depression Treatment in a Psychiatric Hospital

After having learned about treatment of depression in a psychiatric hospital, six learnings are presented and discussed. In the sections before, an introduction and overview on treatment of depression in a psychiatric hospital was given. First, the differentiation between ambulant and stationary treatment was made. Second, the depression ward with its staff and rooms was presented. And third, a look was given at the different elements that form a therapy.

Now, I would like to consolidate the impressions from the observation at the depression ward. Therefore, the impressions have been analyzed. During my stay, I have noted some insights which I tried to validate in the subsequent days. I have presented my insights to the ZPAC³ research group and have

³ The Zurich People and Computing Lab (ZPAC) at the University of Zurich is the research group where I have written this thesis (<http://www.zpac.ch>).

revised them based on questions and feedback from this presentation. And after completion of data collection for this thesis, I have selected and formulated six learnings out of this observation:

1. Patient's life plays mainly inside the ward.
2. The table inside the nurses' room is the heart of the ward.
3. Having an updated status of a patient's mood is important for all therapists.
4. Setting goals boosts patients.
5. Oversleeping is an everyday issue.
6. Patients have to set objective measures in an individual context.

The order of the learnings is of no importance. In the following, each learning will be explained in detail. Furthermore, design opportunities and implications are discussed for each learning.

3.5.1. Patient's Life Plays Mainly Inside the Ward

Large parts of a patient's life play inside the ward. Most of the therapy sessions take place in a room inside the ward. The patient interacts with the nurses of the ward. Patients talk and discuss with other patients of the depression ward. Most patients knew each other by name. The ward gets like a (temporary) home for the patients. It is a new home from two perspectives: Because the ward offers a social environment of nurses and patients. And because of the collocation of all relevant rooms.

Again, this does not mean that the patient is trapped inside the ward, in no sense. Most patients have full permit to go outside during the day. Often, therapists motivate patients to go outside for a walk or something. But it should illustrate the social and structural environment of an inpatient.

Design Opportunities. This fact helps in defining the action scope of a patient. It allows the installation of stationary devices for sensing or for getting user input.

3.5.2. The Table Inside the Nurses' Room is the Heart of the Ward

The busiest room at ward is probably the nurses' room. This room is situated right next to the entrance of the ward. It is the room where nurses and therapists meet between sessions. The daily report, which is attended by all nurses and therapists, is held in this room. The room features a large whiteboard that serves as an information board for organization. All patients are listed with their room number, assigned nurse and therapist, permission to go out, if they are currently absent, and other information. Nurses refer to this board all the time and keep it constantly updated.

In the middle of the room, there is a large table which is literally used for everything. Nurses write down something or prepare for the next therapy session. Therapists sit at this table when they have to talk with nurses. Discussions are held. Patients knock on the door when they need something. Reports are written on laptops. Nurses in education are studying and preparing presentations for school. The daily report is held around this table. Coffee breaks are made at the table.

Because of its multipurpose use and central location, I like to refer to this table as the heart of the ward.

Design Opportunities. Thinking about technical interventions regarding the nurses' room is hard. This room is mainly a place for communication. Interpersonal communication cannot be improved. The whiteboard is chosen to be a permanently visible and all-time changeable place for keeping information. Because of the intense usage of the room, most things in the room have been optimized over time.

Nevertheless, the central location and the fact that all nurses and therapists enter this room several times per day make it very interesting for interventions. The nurses' room is the best location for reaching personnel. Important information could be displayed on the wall, similar to the whiteboard.

3.5.3. Having an Updated Status of a Patient's Mood Is Important for All Therapists

At the beginning of each session, therapists asked patients to rate their current mood on a scale from one to ten. This has been made by all therapists and in all sessions. It is important for them to have an update, because sometimes something has going on since the last encounter. It is also important, for knowing whether a patient needs more care than others. It is also useful for the other patients to know how each one feels at the moment. Like this, they can be more cautious with each other. In the end of every session, therapists asked for an update again.

Surprisingly for a computer scientist, therapists did not protocol the mood, but they keep the mood score roughly in mind. If they notice a change, they will address this or take measures accordingly.

Design Opportunities. If anyone would be interested in having a progression of patients' mood, this moment could be used to record mood ratings. Having a progression could help therapists to have a better overview on all patients or it could also be used for research. One implementation idea would be to use a tablet computer. The therapist would bring the tablet to the session and give it to the patients. When the patient gives his status update, he will enter his mood rating (a number between one and ten) on the tablet. The rating will be kept in the patient's profile.

This is an example of how data recording could be integrated in an already established process. I do not believe though that this status round in the beginning can be replaced. Not even if every patient had to log his mood digitally on a regular basis and this would compile a report of all patients' current mood.

3.5.4. Setting Goals Boosts Patients

Setting goals is an integrated part of motivation in psychotherapy. At the start-of-the-day meeting, patients have to formulate a goal for the day. In ergotherapy, patients have to discuss their weekly goal in every session. Setting a goal gives patients a concrete task to be accomplished within a certain period of time. The idea of achieving a goal motivates and boosts patients.

Subsequently, the goal is evaluated and discussed. This moment of discussion is a form of contemplation. Patients reflect on what helped them in achieving the goal, or why they did not reach it.

Design Opportunities. The most important learning of this statement is the interplay of goals and contemplation. For future design, one should try to integrate both. Whenever a patient is supposed to do something, he should think of a goal, and after the task, he should get the opportunity to contemplate about what he did.

3.5.5. Oversleeping Is an Everyday Issue

It is very common that patients oversleep and do not show up for the mandatory start-of-the-day meeting. Moreover, patients come late to all types of sessions. This example should illustrate that punctuality is a serious issue with depressives. And it is important to acknowledge that patients with depressive disorders are unable in acting to a certain degree.

Design Opportunities. This issue is definitely not solved by a loud alarm clock, because this issue is founded in the disease. When designing systems, it should be taken into consideration that one can not rely on punctuality. On the other hand, this issue offers an opportunity for further research.

3.5.6. Patients Have to Set Objective Measures in an Individual Context

In the insomniac group session, patients have discussed about using a sleep monitor app. One patient had an application installed on its smart phone that tracks phases of sleep. The question was: *What does knowing the duration of sleep help you for a better sleep?* The sleep tracker is an quantification of sleep only. To learn more about influences on sleep quality, a patient needs to learn more about its sleep than only numbers.

A sleep diary is a good means for keeping track of sleep. But it should not only contain the hours slept. It should also include one's personal, subjective perception of sleep quality. It should include things made shortly before going to bed. It should include the feeling when getting up.

Based on these reports, the patient can later contemplate on his sleeping habits. He will set the objective measures from the sleep tracker into its individual context. He may detect correlations and identify influences.

Design Opportunities. This insight is probably the most important of the six for future design. It tells us that only objective numbers will not help the patient. For learning more about himself, the patient needs an individual context. That means, patients must have the opportunity to record additional information on personal perceptions.

4. Interviews

In the previous chapter, the foundations of depression treatment have been presented. In order to get more specific answers to the research question, interviews have been conducted. This chapter is dedicated to these interviews.

In the first section, the method is introduced including an introduction of all participants. In the second section, a list of eleven general insights is presented. Each insight will be described in detail. For each insight, design opportunities and implications will be discussed.

This chapter will not give direct answers to the research questions, although the interviews are about pedometers on one end, and about suicidal tendency on the other end. Indeed, this chapter presents general insights that have emerged from participants' responses.

4.1. Method

Four interviews have been conducted. The interviews lasted between 30 and 60 minutes. The interview contained questions on assessment of patients' suicidal risk and on possible usage of pedometers. The full interview protocol is attached in Appendix B. The interview with participant 1 additionally contained more general questions on therapy of depressive patients and on organization in a psychiatric hospital.

4.1.1. Participants

The four participants cover all relevant roles for treatment of depression. Participants are from both fields, nursing and therapy. They include both a psychiatrist and psychologists. And participants have experience in stationary and ambulant treatment. Finally, all participants are working particularly with depressive patients.

Participant 1: Psychiatrist. P1 is a psychiatrist and works in both an ambulant psychiatric practice and a psychiatric hospital. P1 has worked with all types of mental disorder including depression.

Participant 2: Psychotherapist. P2 studied psychology and later psychotherapy. P2 is working for 20 years in an ambulant psychotherapeutic practice. Before, P2 has worked in a psychiatric hospital. Most of P2's patients suffer from depressive disorder or anxiety disorder.

Participant 3: Nurse. P3 is a nurse with a College of Professional Education and Training degree. For three years now, P3 works at a psychiatric hospital with depressive patients only. Before, P3 worked for 2 years in emergency psychiatry.

Participant 4: Psychotherapist. P4 studied psychology and later psychotherapy. P4 is a specialist in therapy for depressive patients. P4 works for two years now at a psychiatric hospital with depressive patients only.

4.1.2. Evaluation

The interviews have been audio recorded and fully transcribed. Afterwards, an affinity diagram was made with the interview statements. A picture of the affinity diagram is shown in Figure 1. Whenever

appropriate, notes from the observation have been added to the affinity diagram.

The affinity diagram has been structured in two dimensions: Statements that contained answers to the same questions had been grouped. In addition, statements that named popular topics have been marked with a small colored flag. For example, the relationship between therapists and patients was expressed in several statements in answers to multiple questions. Like this, topics that have been named repeatedly but in different contexts are analyzed separately.

All these 'general' insights will be presented first, in Section 4.2. The two following chapters will then focus on specific questions. In Chapter 5, opportunities for using pedometers in stationary treatment are discussed. Chapter 6 addresses the suicidal tendency of patients. Answers from the interviews regarding these questions will be presented in each chapter.

4.2. General Insights From the Interviews

Before addressing the questions on pedometers and suicidality directly, the interviews are analyzed from a general point of view. Eleven findings are listed below. Each findings is explained in detail. Right after, design opportunities and implications are discussed. The order of the findings is random and of no importance.

4.2.1. Relationship of Trust Between Patients and Care Personnel

A good interpersonal relationship is of great importance for a good therapy. This includes both, the relationship between therapists and patients, and between nurses and patients. It is the foundation of any interaction with the patient. A relationship of trust is important to get access to a patient. It will allow the therapist to learn more about a patient and to hear the real causes. This is crucial in situations of crisis.

P2: *"The more detailed I am asking and the more established the relationship [between me and the patient] is, the more confidently will the patient be open and tell me."* P2-(16:53)

P3: *"And it is also about trust. Is [the patient] telling me about it or not?"* P3-(20:08)

All participants have been talking about their relationship to patients. All quotes on relationship to patients are listed in Appendix A.1. This relationship is established and strengthened in all kinds of situations: one-on-one meetings, group therapy sessions, and informal encounters in the ward's corridors. Of course, therapists and nurses have professional experience and knowledge on techniques for establishing a therapeutic relationship.

Design Opportunities and Implications. The importance of this relationship is an important implication for the environment of a system. A system should not be designed to mistrust this relationship or to work against this relationship. It should not give one half of the relationship more power over the other. Moreover, a system should not try to establish its own relationship or the relationship between patients. For this, therapists with its knowledge, experience, and intelligence are ways better in performing this.

4.2.2. Structure in Daily Routine

The everyday life at the psychiatric hospital is clearly structured. The day begins with a mandatory start-of-the-day meeting. Meal is served at set times. Therapy sessions take place according to a weekly schedule. This structure gives patients some orientation. It helps to have a clear daily routine.



Figure 1: Picture of the affinity diagram.

When discharging from the hospital, patients have to give structure to their everyday life themselves. Therefore, therapists are addressing the daily routine actively. All statements from the interviews about structure and daily routine are listed in Appendix A.2.

P2: *"I am talking [with the patients] about their structure, their everyday routine. They have a structure at the hospital. But [when they become ambulant] I have to discuss this."* P2-(21:21)

P4: *"I know of patients having an elevated suicidal risk before they leave [the hospital]. For example, because they are anxious about how life continues at home. Or maybe because they feel ejected from the protecting environment at the hospital."* P4-(2:49)

Design Opportunities and Implications. As a learning from this insight, it is suggested to integrate a clear structure into processes of a system. A strict routine and rituals will give the user a better orientation. However, this should not necessarily be forcing functions. The patient should not be forced to a prescribed routine.

4.2.3. Activity Is Anti-Depressing

Activity has a positive influence on depression. The therapy at the hospital consists of several activities that involve physical movement. Physiotherapy sessions are all about physical activity. Ergotherapy is about being active. It is about crafting something with your own hands and about activating motor functions. Also during start-of-the-day meetings, multiple patients said they would go for a walk that day.

In the interviews, participants said they are motivating patients to be more physically active (see Appendix A.3 for all relevant quotes). They point out the importance of activity for therapy success also.

P2: *"Movement, or walking [...] really helps for people with depression. It is almost as effective as antidepressants."* P2-(34:19)

P4: *"One could say: Our idea is trying to convince the patient: The more you move, the better you will feel."* P4-(20:58)

Design Opportunities and Implications. This insight underlines the relevance of using activity trackers for this work. When activity is directly contributing to a better therapy, activity trackers can be used as a means of motivation. This stands for a relevant opportunity for technological intervention.

4.2.4. Nurses and Therapists Ask Proactively

When a nurse or a therapist detects something remarkable, they will directly address this and ask the patient about it. This is mainly applicable regarding suicidal risk. Therapists will not wait until patients tell them something about suicidality, but ask them directly.

P4 on detecting elevated risk for suicide: *"Always when meeting with a patient, I am inquiring about mood. For patients who are latently suicidal, I will ask actively: How is it with your suicidal thoughts? How is your drive going on?"* P4-(4:57)

But it is not only for suicidal risk, where therapists ask proactively (see Appendix A.4 for more quotes):

P3: *"When you see that drive is increasing massively, the mood is bad, and all of a sudden [the patient] is of extremely good mood. Then, I will address this actively."* P3-(5:54)

Design Opportunities and Implications. The phenomenon described in this section implies that therapists are detecting something remarkable first, before asking proactively. The opportunity for a technological intervention lays in the first step of this process. Sensors may support therapists in monitoring patients. Intelligent analysis algorithms may detect abnormalities and inform the therapist. In the end, it will still be the therapists task to inquire about it.

4.2.5. Therapy Is Not Surveillance

Therapists and nurses do not want the patient to feel under surveillance. Control is not the focus of therapy. A therapy should not be disciplinary. A patient should take control on himself. When it comes to the use of a pedometer, a patient should control by himself whether he reached his goals or not. This later can be discussed in a therapy session. It may even help the therapist to get a more objective view on the patients activities. But the therapist's role is not to be a disciplinary controller.

Although, the observation of patients is important to get a better understanding of a patient. It is also important to quickly detect changes in behavior. And P3 said, having some objective measure would help in formulating goals differently. All quotations are listed in Appendix A.5.

P2 on whether it helps P2 to have an overview of a patient's activity: *"That is part of a patient's own control. We could have a look at it: How did you do this week? We could discuss [the results] together. But besides this it is the patient's self-control and not my part of control. Therapy is not control, it is not at all. This gets mistaken often."* P2-(35:56)

P4 on analyzing pedometer data (in real-time): *"Not as a means of control. I have no time at all to have a look in-between at what a patient is doing. I would not check the current activity and if the patient is sleeping, go to the room wake him up. That would be very educational. That is not therapeutical."* P4-(23:35)

P3 on whether it helps P3 to see if a patient went for a walk: *"I see two sides: It may help. This could assist me to formulate other goals. But I could also make the patient feel being under my control. That is not optimal. It is not so good, when a patient feels like I can monitor everything he does, and control if [the patient] did something or not."* P3-(29:07)

Design Opportunities and Implications. The learning that therapy should not be educational nor a type of control is important. It implies that a system should not be designed as a means for therapists to monitor patients. A system should more be designed in a sense of a tool that can be used by patients and therapists together.

4.2.6. Distorted Perception

Depressive patients often have a distorted perception. This can mean two things. On one side, self-assessment and external assessment do vary. Some patients believe they are more active than they really are. Some patients do not feel better, even though they had rated their mood better over the last couple of days. In these cases, the therapist's task is to give the patient an outside view. Sometimes therapists need to help patients in realizing that something has changed.

P1: *"There is often a gap [in perception]. The patient is rating his mood better every day, but does not feel like anything changed. Then you can say: See here, you gave yourself a better grade for your mood, so you obviously felt better that day."* P1-(30:25)

P4 on getting feedback on activity through a pedometer: *"Patients often have a distorted perception on how active they really are and how active they think they are."* P4-(15:19)

On the other side, patients often have lost sense of themselves. They are not able to notice signs emitted by their body. In therapy, a patient will learn to listen to his body. He is made more aware of slight changes to his mood. Signs are elaborated and classified in therapy.

P2: *“Patients, who get to know themselves better through therapy, will feel when a small episode is approaching. Those, who are face with it the first time, are not aware of it. [...] Sometimes people fall in a depression and do not realize they are.”* P2-(44:13)

All quotes on distorted perception are listed in Appendix A.6.

Design Opportunities and Implications. This finding opens up another opportunity for intervention: Sensors can be used to give patients objective feedback. This feedback can serve patients for comparing self-assessment to an external assessment. It would be a foundation for patient’s contemplation.

4.2.7. Nurses and Therapists Rely on Their Intuition

Nurses and therapists often rely on their intuition (cf. Appendix A.7). Their gut feeling helps to detect situations which call for more attention. In this case, intuition helps as a warning sign.

P3 on indicators for an elevated suicidal risk: *“There are moments in which you think: I have a bad gut feeling, then you ask the patient proactively.”* P3-(7:29)

Participant 4 mentioned trusting its feeling to classify a patient’s reactions:

P4 on perceiving a patient: *“I get a feeling. What feeling does he release in me when he sits in front of me? There exists a desperate type of weeping [by the patient], where I get the feel to care about. And there is another kind of weeping where nothing happens with me. That is a little show for me, but I do not feel anything at all.”* P4-(11:32)

Nevertheless, intuitions cannot be used for argumentation. The therapist needs to ask and find a rationale in the patient’s statements.

P3: *“Only because I have a bad feeling, we cannot declare retention for a patient.”* P3-(20:32)

Design Opportunities and Implications. This finding leads rather to an opportunity, nor to an implication. As a take-home message however, one can learn that the intuitive feeling of a therapist is irreplaceable.

4.2.8. Communication Between Nurses and Therapists

Nurses and therapists are communicating intensively with each other. Firstly, there are a couple of formal and scheduled conferences: conferences where the assigned nurse meets with the assigned therapist; conferences with the senior physician or with other therapists; and the daily report with all ward’s staff where a short status update is given for each patient of the ward. Secondly, there is always chance for an unscheduled discussion. Nurses usually meet at the ward’s room between sessions and have a talk on patients. Therapists either join the ward’s room for talking with nurses, or they have a discussion at their office. And thirdly, there exists an electronic file for each patient where notes can be left. However, this system is primarily used for documentation and less for communication, according to my observations.

P1 on forms of communication: *“[Information is exchanged] mostly orally. But we keep a written record for each patient.”* P1-(33:02)

Therapists rely on nurses’ observations. Nurses are quite close to patients during the whole day, while therapists often work in their offices. Thus, therapists ask nurses about patients. In general, therapists and nurses exchange their observations and perspectives for classifying and assessing situations together.

P4: *"I try to get closer to the patient. I ask nursing staff: What have you encountered?"* P4-(5:21)

P3 on recording changes in a patient's behavior: *"[...] I also discuss this with the assigned therapist. Together we are trying to assess this observation."* P3-(11:07)

All quotes on exchange between therapists and nurses are listed in Appendix A.8.

Design Opportunities and Implications. Big parts of interaction between nurses and therapists are informal and unscheduled face-to-face meetings. As an implication, therapists and nurses should have easy access to data wherever they are. Sometimes therapists and nurses meet in the corridor and ask each other something. When discussing about anything confidential, they will move to a separate room. Quick and easy access to data is required, when they are discussing about a patient's progression and want to check something. For this, access to the system should be installed in all relevant rooms, or portable devices should be handed out to personnel. *Smart watches* would be an opportunity to be studied further. During my stay at the hospital, it caught my eye that nurses are wearing watches more than average people.

The face-to-face meetings in general can not be improved through a technological intervention. However, there is another aspect that may offer an opportunity to find an improvement. All personnel is always busy. Time for exchange of information is always short. Here, the opportunity is to find an improved way of communication between nurses and therapists. The solution should be timesaving, but not at the expense of therapists being kept less updated.

4.2.9. Patient's Motivation vs. Resistance against therapy

There exists a certain discrepancy between motivation and resistance by patients. During the stay at the depression ward, some situations of resistance could be observed. In psychoeducation (Section 3.4.5) and a little bit less in the insomniac group (Section 3.4.6), some patients did not agree with what therapists tried to explain. They did not feel understood, and said: "This does not apply to me." Patients started an argument with the therapist. One patient said, he indeed is following all advices, but does not feel any better.

The ergotherapist told me that patients question their benefit from ergotherapy quite often. While sitting in on an ergotherapy session, one patient was discussing with the ergotherapist on his benefit for most of the session.

P1 on patient's acceptance of therapy methods: *"When you tell the patient its an established treatment method, most patients will accept it. When they think it is ridiculous, it is nothing for me. Then you have see how to continue. You may choose another method. Or it may be part of the patient's resistance, that he is not ready for getting himself into therapy."* P1-(30:41)

On the other hand, most patients come voluntarily to the psychiatric hospital. In general, they are motivated to take a therapy for feeling better. One nurse told me that depressive patients are very cooperative, much more than patients with other mental disorder.

P1 on forms of patient's resistance against therapy: *"Nevertheless, the patient is coming to therapy."* P1-(31:29)

P1: *"Most, notably most of the patients decided on their own to go to a psychiatric hospital. Either completely on their own: Some people are so desperate they go straight to the hospital. But most come via a general practitioner or their ambulant psychiatrist."* P1-(17:37)

After all, these examples (and some more in Appendix A.9 show that controversy over therapy is a common topic. An established relationship to the patient helps the therapist in convincing him about the usefulness of a means.

Design Opportunities and Implications. This again is less a finding that directly leads to a design opportunity. Instead, the controversy over therapy has to be considered in the system context. As with the relationship, this controversy has to be discussed between therapists and patients.

4.2.10. Learning Techniques for Future Situations

One objective of therapy is to prepare the patient for critical situations in the future. Therefore, the patient will learn a number of techniques which he could apply later. Participant 1 refers to these techniques (cf. Appendix A.10) as of a toolbox. A box of tools and techniques which can be used in future situations of crisis.

Together with biofeedback sessions (Section 5.2), breathing techniques are learned. These techniques help patients to consciously control their breathing activity. It helps for reducing tension in stressful situations.

In a psychoeducation session (Section 3.4.5), patients filled out an emergency plan. It is an action plan that is supposed to be used in case of a future psychic emergency situation. It consists of decisions made in advance, so in an situation of emergency, no time is needed for deciding. This emergency plan is another example of supporting tool for future situations.

P1: "In-between, you are learning relaxation techniques. So the patient has a means against when fear is coming up." P1-(26:25)

Design Opportunities and Implications. The toolbox metaphor offers a number of opportunities for design. One system could be designed to support a patient to learn techniques. This system would give feedback and motivate the patient. Another system would itself be part of this toolbox. It could be an application that can be used by the patient in future situations.

4.2.11. Communication Between Patients

Communication and interaction between patients is part of the therapy. Patients can learn from each other and are often communication with each other, during therapy sessions or in spare time.

One nurse at the ward told me that patients can profit more from the group than from one-on-one meetings. In all group sessions, patients can learn from each other. Patients are usually telling others about a personal problem or how they cope with a situation. This helps patients to see how others deal with depression. These sessions are usually open for questions and discussion between patients.

And also in their spare time, patients are interacting with others. The recreational area is a meeting place for patients. Some patients share a double-occupancy room with another patient. To some extent, it depends on how open a person is to communicate with others. But patients get to know each other quite quickly in group sessions. All relevant quotations are listed in Appendix A.11.

P1 on activities in spare time: "Patients are having conversations with other patients. They often have similar problems from which they can learn." P1-(22:06)

Design Implications. This aspect of depression treatment is definitely of importance and has not been studied satisfyingly. The focus of both the interviews and the observation was on therapists and nurses. Further research on this topic is suggested.

As a first design implication, it should be taken into consideration that patients are in exchange with each other. Patients may discuss their results with other patients. So when patients are comparing their results, they should be made aware that data can not be compared on an absolute level. The goal for using sensors may differ from patient to patient. For one patient, a sensor is used as a means of

feedback, while for another patient sensors may be used to reach goals (more on possible applications in Section 5.3.2).

Another topic worth further studies is the aspect of sharing data between patients. This would open up a new, social dimension to treatment, as in a social network. It may be an additional motivation for patients to be more active. Or it may add pressure to the patient, which may be contra productive.

5. Pedometer in Clinical Context

This chapter will focus on the question:

“What are the opportunities for using pedometers in an inpatient depression treatment facility?”

The interviews have already been introduced⁴ and some general insights have been presented. In this chapter, answers will be given to specific question about using pedometers at the psychiatric hospital. But before analyzing the interviews, some background information is presented.

The chapter is organized as follows. First, features and limitations of currently available pedometers are presented. Second, an introduction into Biofeedback is given. This method was found during the observation at the ward. Lessons learned from this approach are presented. Third, the answers from the interviews are presented. Acceptance by patients is discussed. Fields of application are presented. And the moment of data analyzation is considered.

5.1. Pedometer Background

In recent years, smart pedometers or activity monitors have reached consumer markets. This section gives an overview on current models and limitations.

Simple pedometers have existed for a couple of years. They typically sense the number of steps through a piece of weight inside its casing. The number of steps is typically shown on a numeric display. An example of such a simple pedometer is shown in Figure 2. This variant features a tree visualization similar to UbiGreen [27].



Figure 2: A simple pedometer.

However in recent years, smart pedometers came to the market. They consist of an accelerometer which allows for more detailed analysis. The device connects to a smart phone or to a computer and allows for detailed analysis. These devices cost typically about 100-150 CHF. Figure 3 shows an example of a smart pedometer. [28]

⁴ See Section 4.1 for more details on the interviews and participants.



Figure 3: A smart pedometer or an activity monitor as a wristband.

In the following, when talking about pedometer, I am referring to a smart pedometer or activity monitor.

5.1.1. Form Factors

There exists several form factors and sizes which mainly depend on the diversity of included sensors.

Clips: There are some devices that can be clipped to your clothing or be carried in your pocket.

Wristband: Other devices are worn like a watch or bracelet. Some of the clippable devices come with a flexible wristband so it can be worn around the wrist alternatively.

Armband: One device comes as an armband and is worn around the upper arm. This device can monitor galvanic skin response and therefore is placed at this position.

Chest Strap: One manufacturer offers an activity monitor watch with a chest strap [29]. The chest strap is used for accurate and continuous heart rate monitoring. Another manufacturer offers a standalone chest strap. This device measures breathing activity by thoracic excursion as a plus [30].

Smart Phone: Most smart phones are equipped with an accelerometer too. There exist apps for all platforms that collect activity data. Advantages are that no additional device has to be carried, and that GPS can be integrated into the tracking. A disadvantage is the battery drain of such apps.

5.1.2. Sensor Types

All pedometers include an accelerometer. Based on this sensor, two basic measures can be sensed: the number of steps per hour or per day; and minutes active and idle time.

These devices can often be used during sleep time too. They will track phases of sleep and minutes slept. This does not work with clippable-only devices.

Besides these measures, there exists a range of devices with additional sensors and additional measures, as:

- number of stairs climbed
- heart rate monitor
- galvanic skin response
- electrocardiogram

- skin temperature
- breathing activity by thoracic excursion
- GPS-tracking

The accuracy of these devices have been subject in [31] and [32]. These works show that in general accuracy is good. But depending on the body region where the sensor is located, certain types of activity (e.g. cycling) will be tracked very badly.

5.2. Biofeedback

Biofeedback is a technique used for giving patients feedback from their body. From a technical point of view, there are a number of sensors that are connected to the patient's body giving measurements back (like galvanic skin response or heart rate). From a methodological point of view, biofeedback is used to give the patient the ability to extended perception. This helps the patient to control his body functions more actively. Biofeedback is also used at the studied psychiatric hospital for treatment of depression.

Biofeedback is introduced here, because it is an already established form of therapy using technology. By careful analysis of the implementation, learnings for other systems can be made. The introduction in this section is based on both observations made at the psychiatric hospital, and literature review.

Literature Background. Biofeedback dates back to 1958 [33, p. ix]. Since then, research in this field has expanded and biofeedback has become a well established technique used by physicians, psychologists, and other therapists. [34] [35]

Among a wide range of diseases, biofeedback can be used for depression treatment. The effectiveness of biofeedback has been scientifically proven. [35] [9, pp. 121-126]

Biofeedback Apparatus. The biofeedback apparatus that is installed at the studied psychiatric hospital features several sensors. Each sensor can be added or removed depending on the purpose. All sensors are connected to a computer. There is a finger sensor which measures pulse, temperature, and skin conductance level. A proximity sensor is placed in front of the stomach to track breathing activity. Electromyography diodes can be attached to the apparatus as well.

On the screen, the sensor data is showed as curves or in other forms. The software contains a number of exercises for a wide range of applications. It is the therapist's role to pick the appropriate exercise, based on the patient's disorder and the goal of the biofeedback session.

5.2.1. Learning from Biofeedback

From biofeedback, two things can be learned: First, biofeedback sessions may have several purposes. It may be a means for giving a patient feedback so he can get a feeling for his body again. It may also be used as a means of explanation. Patients who do not understand, will quickly realizes on themselves.

Second, the therapist that operates the biofeedback apparatus told me: Sensors help patients to get back a feeling for themselves. But at the same time, it is important to release from the sensor, and to start getting a feeling for themselves back again.

As an implication for the usage of pedometers, it should be studied whether there is demand for using pedometers for different purposes too. If so, the different purposes should be identified. Multiple solutions should be developed to suit all purposes.

5.3. Findings from the Interviews

One part of the interview questions focussed on pedometer use in stationary depression treatment. In this section, the results of these questions will be presented. The interview consisted of three questions on pedometers. First, the question was whether it would be generally accepted by patients to wear a pedometer. Second, potential situations where pedometers could be used for therapy were studied. And third, the moment, where pedometer data is analyzed and interpreted, was taken under examination. The results presented here are based on statements from participants during the interviews⁵.

5.3.1. Acceptance

One goal of the interviews was, to learn whether pedometer would be accepted in general and if so, what would be the more accepted form factor. In this section, the findings of the interviews are presented regarding these question.

General Acceptance. In general, all participants said that pedometers will be accepted by some patients. Such a device will not suit all patients. Some patients may be reserved to this technology. For other patients it may simply not fit together with other treatment approaches. But there exists a potential group of patients. This reflects my observation that there are patients interested in new technology indeed: I have seen a couple of patients carrying a smartphone at the ward. One patient used it for taking a picture of a painting he made. Another patient reported on using a sleep-tracking app.

Participant 4 made some reservations that patients may not be convinced about the benefit in the beginning, but will see the advantages later. This may somehow refer to the general resistance to therapy approaches as introduced in Section 4.2.9. It will be the therapist's task to convince the patient of the advantages, as with other means of treatment.

Form Factor. Besides general acceptance, I was also asking what form factor would be most suitable for patients in a psychiatric hospital. The wristband type was the preferred model for all participants. It was preferred because of its unobtrusive and small design. The main concern was that the clippable model would be forgotten on clothes. Patients sometimes have to switch clothes between physiotherapy and group therapy. In stressing situations like this, the clip pedometer could be left on the old set of clothes. The armband type was put in disadvantage because of its prominent appearance. One participant mentioned that the elastic band may be uncomfortable to wear.

5.3.2. Fields of Application

Participants have named a couple of possibilities for using pedometers in depression treatment. This suggestions have been analyzed and similar ideas have been combined. It appeared that not all ideas could be combined into one application. Four different fields of application have been revealed in the end.

Pedometers could be used:

- for setting goals and validating the achieved.
- for learning about effects of activity.
- for having objective feedback.
- for motivation.

⁵ The research method, interview participants, and evaluation of data has been introduced in detail in Section 4.1.

In the following, each field of application is presented. Each of them follows a different goal in depression therapy. Therefore, it is suggested to let a therapist choose the appropriate way of application, depending on a patient's condition and its goals for therapy.

For Setting Goals and Validating the Achieved. Pedometers can be used for setting goals. Even now, patients have to set goals for their day or goals for a therapy session. But instead of *only* going for a walk, one could try to walk a little bit more every day. With pedometers, a more detailed way of setting goals would become possible. It would even be possible for patients to set their goals and validate the achieved themselves. The next day, one could check whether the goal could be achieved or not.

In this situation of analysis, support by a therapist could be helpful or for some patients necessary. Some thoughts about analysis of pedometer data are presented in Section 5.3.3. It is also important to mention that the goal should not necessarily increase from day to day. It should be set in regard to the patient's current condition.

For Learning About Effects of Activity. The pedometer could be used to learn from. Patients would track their activity with a pedometer. Simultaneously, patients would protocol their mood. In a therapy session, patients would analyze the data and derive both correlation between and influence of activity and mood. Based on the assumption 'the more you move, the better you feel'⁶, patients may detect how activity takes influence. In this field of application, the pedometer could be used as a means of learning.

For Having Objective Feedback. Patients often have a distorted perception of themselves (cf. Section 4.2.6). A pedometer could be used as a means of objective feedback. This would give patients a undistorted view.

P4: "Some patients are always expecting way too much from themselves. For them, it would be a good means to show reality. But there are also patients who say: 'I have already been very active', [but have not been active much]." P4-(15:37)

For Motivation. Pedometer could be used as a motivator. As mentioned before, activity has positive effects on depression. A pedometer would extend the experience of walking. It allows to later analyze the walk. It is an additional motivation: The patient not only goes for a walk for being active, but also for counting steps. And it makes walking measurable and controllable.

All of these four fields of application follow a different approach and have different goals. In the interviews, all participants pointed out the importance of adapting treatment for each individual patient. Therefore, the therapist should pick one of the four applications and use a pedometer for one specific goal. This implies four different systems. Each of the four systems will have an individual way of data representation. Each system calls for other forms of user interaction. A final product – let us say a system consisting of a pedometer with the accompanying software according to one of the applications above – should be used by therapists like a tool for treatment of a patient. If therapists feel like it is appropriate and it may help the patient in its current state, they can make use of it. For some patients, the use of a pedometer can be a counterproductive, as the following example shows:

⁶ This statement was given by participant 3 and is discussed in Section 4.2.3.

P3: *“Some patients have to make everything perfect. They feel like they have to participate in all therapy sessions. I could see them walking around with the pedometer until they reach their goal. They would maybe walk along the hallway for 30 minutes until they have got their steps. They would feel like: ‘I will be punished if I do not do this. Or I did not do it right.’”* P3-(32:09)

5.3.3. Data Analysis

The sole fact of wearing a pedometer does not do anything good. Data analysis and reflection is necessary for better results. In this section, the process of analyzing and studying the data is discussed. In the interviews, participants have named some relevant aspects for having a patient reflect on his data.

Currently, some patients fill out mood diaries or have to make other kinds of exercises. This data is discussed in a session with a therapist.

P1 on evaluating mood diaries together with a patient: *“We have a look at the mood ratings and we look if there is a tendency. Does the patient realize that his ratings have increased over the week? There is often a gap [in perception]. The patient is rating his mood better every day, but does not feel like anything changed. Then you can say: See here, you gave yourself a better grade for your mood, so you obviously felt better that day.”* P1-(30:01)

Self-Interpretation or Analysis Through a Therapist. In Section 4.2.6, it was presented that patients often have a distorted perception. In Section 5.2 on Biofeedback, it was shown that one of the therapists roles is to help the patient in interpreting the data. Based on these findings, there is a strong suggestion to have the analysis of the data be made together with a therapist. However, participant 2 believes that some patients can make the right conclusions:

P2 on whether patients could find dependencies between activity and mood: *“I can imagine some patients realizing this themselves. This depends on the resilience factors⁷. And I think it depends on cognition too. But it would be nice, if a psychotherapist could help.”* P2-(37:53)

After all, one has to see this in a clinical environment: When a therapist decides on using a pedometer for therapy with a patient, the therapist has to control the efficacy of this form of treatment. As soon as the therapist realizes that the patient misuses or misinterprets the pedometer, appropriate means have to be taken.

Measures. A couple of different measures can be derived from the raw data of the accelerometer inside the pedometer. In this paragraph, some representations are discussed. All participants mentioned that *comparison* of data is more important than having a concrete number of steps. Usually, patients have no idea about how many steps they do per day. It has been mentioned that patients should make a trial first in order to get an understanding of the measure ‘number of steps per day’. Patients need to have a baseline on which they can orientate. Having this, patients can start to compare day to day. They will identify more and less active days.

Active time and idle time would also be a good measure for patients. It was wished to have a ratio of active and idle time. These measures would even be easier to understand and would not require a trial period. However, the definition of an active moment is not very clear and depends on the device. Because of this issue, time is not an ideal measure for setting goals.

Participant 4 mentioned that data about sleep would also be very interesting. The number of hours in bed and again, a ratio between sleeping and lying in bed could be useful.

⁷ Resilience factors denote a persons resistance to adverse living conditions. [36]

Individual Parametrization. For analysis, it is important to set data in relation to each patient individually. Participants mentioned that some patients are generally more active than others. While some patients go outside three times per day, others hardly make 50 steps per day. Therefore, individual scales should be applied for each patient.

In Section 6.2.2, it is shown that therapists are very interested in notable changes. Deriving from this finding, the individual assessment should also apply to changes. For example, a change from 50 to 100 steps per day would be a notable change for a very inactive person, while a change from 2,000 to 2,200 may not be notable.

Participant 3 brought up another aspect to take into account for analyzation: The number of steps depends to a certain amount on the individual program of a patient. Patients sometimes have to go for an appointment to another city, e.g. for an appointment with a specialized doctor. In such a case, the patient would get an additional number of steps only for this fact. This has to be filtered out during analysis. Or it should already be taken into account while setting the daily goal.

6. Suicidal Tendency

This chapter will focus on the question:

“What are the opportunities for using sensors to support a therapist in assessing a patient’s suicidal risk?”

Most notably, one specific issue regarding suicidal risk is taken under observation: The asynchronous development of mood and drive often increases the suicidal risk.

First, a definition of the mentioned divergence between mood and drive is given based on statements from the interviews. Second, it is analyzed how therapists assess suicidal risk. A number of indicators and a decision model is presented. And finally, the use of sensors for detecting this phase is discussed.

6.1. Elevated Suicidal Risk Through Asynchronous Development of Mood and Drive

There exists a wide range of reasons that take influence on a patient’s suicidal risk. The risk changes throughout the depressive episode. One of the influences for an elevated suicidal-risk is the asynchronous development of mood and drive. In this section, a definition of this divergence is given based on statements from the interviews⁸. Before, definitions of the terms ‘drive’ and ‘mood’ are given.

6.1.1. Terminology

Drive is defined as an impulse that leads to the execution of a certain action. [36]

Mood is defined as an emotional state. In distinction from emotions, mood is a longer-lasting emotional state of less intensity. [36]

In [37], a two-dimensional state space is presented, where drive and mood are the two dimensions. This state space is illustrated in Figure 4. This illustration allows to make a clear distinction between mood and drive. It allows to classify affective states and disorders according to mood and drive.

6.1.2. Explanation of the Phenomenon Based on Interview Statements

Typically, mood is bad and drive is reduced with depressives. On one side, patients’ mood is depressed. And on the other side, they feel no power to do anything. They are reduced and slow in every movement. It seems unconcerned. They can not do anything. As a consequence, suicidal patients are unable to perform their suicidal thoughts.

Through therapy, drive increases usually first. Medication has often the effect to increase drive. But also other elements of therapy increase drive. Because of that, patients feel the ability again to make something. They get passion again for doing something, even before having better mood.

P3: *“There comes a critical point , where drive is getting better, but mood remains low. This is a situation that calls for higher attention.”* P3-(5:24)

⁸ The interviews have been introduced in detail in Section 4.1.

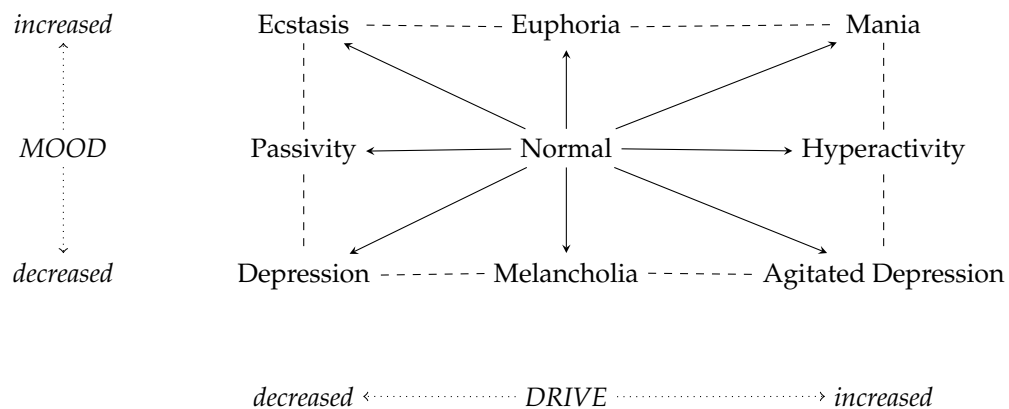


Figure 4: State space of drive and mood. Own representation based on [37].

This discrepancy of mood and drive opens up a period of elevated risk for suicides. Because mood is still bad, patients are still with its suicidal thoughts. But now, their drive is back. They feel able now to perform their suicidal plans.

The elevated suicidal risk during this period of asynchronous mood and drive has not been scientifically shown. However, all participants have reported about this completely unbiased. Participants have heard about this period at school, through reports from patients, or have learned this through experience.

Because this phenomenon appears within a depressive episode, it concerns all types of depressive disorders including bipolar disorder. However, not everyone suffering from depression has suicidal tendencies. This period occurs for these patients too. But without suicidal tendency, patients will not be exposed to a risk.

6.2. Indicators

In this section, indicators will be presented. At first, a number of examples are given. These examples reflect the indicators that therapists take into account when assessing a patient's suicidal risk. After that, a decision model was elaborated based on findings from the interviews. This four-step assessment model is introduced and discussed.

6.2.1. Examples of Indicators

According to all participants, it is not possible to directly assess a patients risk by an indicator. However, there are a couple of indicators that therapists have a look on. These indicators will help therapists in detecting anomalies which then may point to an elevated suicidal-risk.

P3 on indicators for elevated suicidal-risk: *"There is no indicator that lets you know unmistakably."* P3-(16:17)

P4: *"It is not possible to say someone who is more active has a higher suicidal risk than someone who is less active."* P4-(25:12)

Participants mentioned that they assess suicidal risk particularly based on statements from patients. In some cases, they also take into account observations they made or impression of nurses. For mood,

participants almost completely rely on patient's statements. In the following, a compilation of indicators that have been named by participants is presented.

The following list contains examples of indicators for **increased drive**.

One has an increased drive, when one...

- is talking about the future.
- volunteers to contribute an idea.
- has more conversation with others.
- reads the newspaper more often.
- listens to music with joy.
- begins to enjoy visits again.
- lays not that long in bed anymore.
- is no longer reclusive.
- goes outside.
- goes running.
- gets up easier.

In the following list, a couple of questions are named exemplarily. Therapists take into account these indicators for **detecting an elevated suicidal-risk**.

- Does he avoid encounters with some persons?
- Did gestures and facial expressions change?
- How has contact with relatives changed?
- How is interaction with other patients?

6.2.2. Assessment Model

Based on the list of indicators above and based on participants' statements, the following model is suggested. Therapists usually assess the patient's suicidal risk according to a four-step assessment.

1. Therapists look out for a *notable change* in behavior of a patient.
2. If they can not understand the reason for this change, they will be in an *arised state of warning*.
3. They will tell the patient about their concerns, ask for a *rationale*, or continue observing.
4. If the concerns could not have been eliminated so far, an elevated suicidal-risk would be confirmed.

Additional measures will be taken by the therapists.

1. Notable Changes. Therapists watch out for notable changes rather than absolute indicators. This has been mentioned in the interviews by all participants.

P3 on what a patient's sudden change from 2000 steps per day to 10000 steps per day would tell: *"This is proof for a changel, but it does not mean anything per se.] I would need to find out what is behind in a dialog with the patient."* P3-(36:09)

P4 on analyzing pedometer data for suicidal risk assessment: *"[For me interesting might is] the comparison of the numbers. Someone who was always very inactive, and suddenly he is active. And I will also keep track of mood. This could help me to start investigating about it: What is happening?"* P4-(24:23)

Another example for a notable change: In the beginning of the CBASP group therapy session, all patients gave a mood rating. Nurses did not protocol this mood rating, but they told me they usually keep these numbers more or less in mind. If a patient suddenly has a better rating, this is registered as a change.

2. Warning Signs. Notable changes are primarily a warning sign for therapists. They will be in an raised state of warning and pay higher attention to this patient.

P4: *"I try to understand in detail: When something changes, why? If I do not understand why, then this is a warning sign."* P4-(12:48)

P3: *"The patient's mood is bad. But now the situation has changed: He goes outside, instead of lying in bed. He probably avoids you, goes outside for his one-on-one talks. This is another example of a change in behavior where my warning bells are ringing."* P3-(16:59)

3. Finding a Rationale. When therapists detect elevated drive, they will first try to find out more about the reason of this. They will confront the patient and ask him actively about their observation. They will keep an eye on this patient. Furthermore, they will ask nurses for their impression on the patient.

P4: *"When I realize that the patient is outside more often, is moving a lot, but his mood is still bad, then I will be cautious and ask about it. I try to get closer to the patient. I ask nursing staff: What have you encountered?"* P4-(5:10)

4. Taking Additional Measures. When the initial suspicion is confirmed and the suicidal risk is indeed elevated, therapists will take action. They will arrange an emergency meeting. They will fill out a suicidal assessment form and check if further assistance is required. They will adjust medication. They will reduce permission to go out. Or they will require the patient to show up at the nurses' room in a regular interval.

P4 on reactions when an elevated risk is detected: *"There exists an assessment form for suicidality which contains some aspects. Then, we increase measures. This may concern medication, limitation for going out, or increasing contact."* P4-(8:51)

All quotations from the interviews that concern this four-step assessment model are listed in Appendix A.12.

6.3. Detection of This Phase with Sensors

Close to the end of this thesis, connections to the chapters before are drawn in order to find an answer to the question:

"What are the opportunities for using sensors to support a therapist in assessing a patient's suicidal risk?"

Taking into account everything that has been presented so far in this thesis, the conclusion is that suicidal risk cannot be sensed. I would like to reason about this in the following.

Indicators Are Too Complex to Be Sensed. In Section 6.2, many different indicators have been named. Many of these indicators cannot be sensed. Even if they could be, they would be too many. In addition, for each indicator a baseline measurement should be established. Calibration would be complex and probably impossible to be performed in the middle of a depressive episode.

Indicators Serve as a Warning Sign. Therapists usually use indicators to detect warning signs. When detected, this does not directly mean that the patient has an elevated suicidal-risk. Further investigation is required by the therapist.

Indirect Correlation Between Activity and Drive. Supposing, a pedometer would be used as an activity monitor. It is not clear to what extent implications on drive could be made. Drive is not identical with the level of activity. According to the definition in Section 6.1.1, drive is giving an impulse for an action. Going for a walk would be an example of such an action. In this case, the activity would be tracked by a pedometer. However, there exists other actions that require less activity. For example, getting up and sitting in front of the light source requires the patient to take an action, but not to be active.

Participants' Assessment of the Idea Is Negative. When asked whether pedometer or other sensors could tell them about a patient's suicidal risk, they all rejected the idea.

6.3.1. Suggestions

However, there exists one very specific and unambiguous case:

P4: *"It would be an obvious case, when mood continues to be bad, but activity is going up. Then I have to watch out."* P4-(26:25)

A system that keeps track of mood and combines this information with data from a pedometer could catch this specific case. Though, it would be just one single indicator of the many listed in the section before. Therefore, I would not suggest to use pedometers for detecting elevated suicidal-risk primarily.

My suggestion would be to use pedometers for therapy as one of the applications introduced in Section 5.3.2. This looks like a promising design opportunity. As a side-effect, the application may be an indicator, but only secondary.

Appendix

A. Quotations From the Interviews

This section of the appendix features translated quotations from the interview. All quotations are grouped around a specific topic, which is further explained in the thesis.

A.1. Relationship of Trust Between Patients and Care Personnel

Findings based on these quotations are presented in Section 4.2.1.

P2: *"The more detailed I am asking and the more established the relationship [between me and the patient] is, the more confidently will the patient be open and tell me."* P2-(16:53)

P4: *"I feel like [the patient] is hiding something [when in a one-on-one meeting]. I feel like he is pretending something and telling me that everything is easy. Then I have to ask about this."* P4-(12:26)

P3 on discrepancy between drive and mood: *"When you are so close and so often together with the patient, and you are exchanging [your impression] with your colleagues during reports, you will notice."* P3-(17:34)

P3: *"When someone flat-out lies to me and says 'no', you can not do anything."* P3-(9:21)

P1 on identifying a patient's suicidal risk: *"You are somehow dependent on the patient telling you about."* P1-(35:49)

P3: *"And it is also about trust. Is [the patient] telling me about it or not?"* P3-(20:08)

P2 on reasons to lower suicidal risk: *"First influence is the relationship. When a person has a relationship, then the risk is fairly lower."* P2-(41:06)

P3: *"It is not so good, when a patient feels like I can monitor everything he does, and control if [the patient] did something or not."* P3-(29:24)

P4 on how to introduce a pedometer: *"I would not tell the patient [the pedometer] is a means of control. I would tell him that he is here to feel better. And that one important aspect is increasing activity. For this, we are having a pedometer to reach this goal together."* P4-(23:08)

P2 on making a non-suicide contract: *"When they cannot promise to me [not to commit suicide], I can not take responsibility any further. [...] Or they give the promise, and then it works. It never happened to me that it did not work, because they had promised me."* P2-(23:21)

A.2. Structure in Daily Routine

Findings based on these quotations are presented in Section 4.2.2.

P2: *"Patients leave the hospital and commit suicide. This is also possible. Because at the hospital, patients were motivated or have been motivated through structure and the daily routine."* P2-(8:55)

P2: *"I am talking [with the patients] about their structure, their everyday routine. They have a structure at the hospital. But [when they become ambulant] I have to discuss this."* P2-(21:21)

P4: *"I know of patients having an elevated suicidal risk before they leave [the hospital]. For example, because they are anxious about how life continues at home. Or maybe because they feel ejected from the protecting environment at the hospital."* P4-(2:49)

A.3. Activity Is Anti-Depressing

Findings based on these quotations are presented in Section 4.2.3.

P4: *"Our goal is to raise activity. [...] One very important point is to raise activity."* P4-(15:07:41)

P2: *"Movement, or walking [...] really helps for people with depression. It is almost as effective as antidepressants."* P2-(34:19)

P2 on intensity of movement: *"I do not mean excessive activity, but walking in its own rhythm, a bit challenging, but not overchallenged."* P2-(34:23)

P4: *"One could say: Our idea is trying to convince the patient: The more you move, the better you will feel."* P4-(20:58)

P2: *"My experience tells me that activity helps. It helps raising mood. And it helps raising or increasing drive."* P2-(38:22)

P4: *"[...] The patient] is here to feel better. And [...] one important aspect is increasing activity."* P4-(23:16)

A.4. Nurses and Therapists Ask Proactively

Findings based on these quotations are presented in 4.2.4.

P2 on when asking for suicidal thoughts: *"I am asking as soon as I determine a minor depression. And people with burnout that tends towards a depression, that is very sensitive too. There I am always asking."* P2-(11:38)

P4 on a perceived change in mood or drive: *"I would ask: If you feel better, why do you feel better? When there is no reason for it, then that is something strange."* P4-(12:34)

P4 on detecting elevated risk for suicide: *"Always when meeting with a patient, I am inquiring about mood. For patients who are latently suicidal, I will ask actively: How is it with your suicidal thoughts? How is your drive going on?"* P4-(4:57)

P3: *"When you see that drive is increasing massively, the mood is bad, and all of a sudden [the patient] is of extremely good mood. Then, I will address this actively."* P3-(5:54)

P3 on latently suicidal patients: *"With these patients, it is very important to keep [suicidality] in mind. When the patient gets an increased drive: Where does your suicidality stand?"* P3-(9:10)

P3: *"I think it has to be in mind for everyone. Suicidality has to be addressed and discussed in any case, independent on suicide attempts. One has to be conscious about this topic and it should be addressed."* P3-(35:23)

A.5. Therapy Is Not Surveillance

Findings based on these quotations are presented in Section 4.2.5.

P3 on whether it helps P3 to see if a patient went for a walk: *"I see two sides: It may help. This could assist me to formulate other goals. But I could also make the patient feel being under my control. That is not optimal. It is not so good, when a patient feels like I can monitor everything he does, and control if [the patient] did something or not."* P3-(29:07)

P2 on whether it helps P2 to have an overview of a patient's activity: *"That is part of a patient's own control. We could have a look at it: How did you do this week? We could discuss [the results] together. But besides this it is the patient's self-control and not my part of control. Therapy is not control, it is not at all. This gets mistaken often."* P2-(35:56)

P4 on how to introduce a pedometer: *"I would not tell the patient [the pedometer] is a means of control. I would tell him that he is here to feel better. And that one important aspect is increasing activity. For this, we are having a pedometer to reach this goal together. You cannot force anyone, but I would introduce the pedometer as a tool for both of us."* P4-(23:08)

P4 on analyzing pedometer data (in real-time): *"Not as a means of control. I have no time at all to have a look in-between at what a patient is doing. I would not check the current activity and if the patient is sleeping, go to the room wake him up. That would be very educational. That is not therapeutical."* P4-(23:35)

A.6. Distorted Perception

Findings based on these quotations are presented in Section 4.2.6.

P2 on self-protection: *"These are factors, that I elaborate in a dialog with the patient. What signs are telling you: You need to protect you now?"* P2-(42:31)

P4 on what analysis of pedometer data is helpful: *"I think the comparison between days is important, for aligning self-assessment with external assessment. I think the comparison is important. Only with this, it is possible to orientate from numbers."* P4-(18:49)

P1: *"There is often a gap [in perception]. The patient is rating his mood better every day, but does not feel like anything changed. Then you can say: See here, you gave yourself a better grade for your mood, so you obviously felt better that day."* P1-(30:25)

P2 on helping a patient in identifying signs for the beginning of a depressive episode: *"Maybe the patient did not realize it before. So what are the signs and symptoms? Where does it all start? Examples are: chewing over something, strong feelings of guilt, feeling to be a failure, shame, pondering, anxiety, to retard, insomnia, losing appetite, feeling tired, tiredness. These are such signs."* P2-(43:09)

P2: *"Patients, who get to know themselves better through therapy, will feel when a small episode is approaching. Those, who are face with it the first time, are not aware of it. [...] Sometimes people fall in a depression and do not realize they are."* P2-(44:13)

P4 on getting feedback on activity through a pedometer: *"Patients often have a distorted perception on how active they really are and how active they think they are."* P4-(15:19)

P4: *"Some patients always expect too much from themselves. [A pedometer] would be a good means for demonstrating reality."* P4-(15:37)

P1: *"The patient should learn something about his disease. He has to, for a good therapy. He has to recognize indicators for his disorder."* P1-(12:33)

A.7. Nurses and Therapists Rely on Their Intuition

Findings based on these quotations are presented in 4.2.7.

P4 on perceiving a patient: *"I get a feeling. What feeling does he release in me when he sits in front of me? There exists a desperate kind of weeping [by the patient], where I get the feel to care about. And there is another kind of weeping where nothing happens with me. That is a little show for me, but I do not feel anything at all."* P4-(11:32)

P3 on indicators for an elevated suicidal risk: *"I think it is important to go with one's gut. When you do not feel good about something, you should address this."* P3-(6:47)

P3 on indicators for an elevated suicidal risk: *"There are moments in which you think: I have a bad gut feeling, then you ask the patient proactively."* P3-(7:29)

P3: *"Only because I have a bad feeling, we cannot declare retention for a patient."* P3-(20:32)

P3: *"When someone [about to go out] is completely in a state of agitation and weeping, I would not have a good feeling although this patient is not suicidal. Then, I would stop him and ask him for a talk. I would say that I am concerned about him and I do not want him to leave the ward. Then, I would like to find out the reason behind."* P3-(14:16)

P3: *"When I meet a patient in the corridor about to go out for half a day and I have a bad feeling about this, then I would ask him right there for a short talk. I would ask him [on what is going on. ...] If I cannot assess [his state], I will consult the assigned therapist."* P3-(11:43)

A.8. Communication Between Nurses and Therapists

Findings based on these quotations are presented in 4.2.8.

P3 on recording changes in a patient's behavior: *"Yes, I do record changes, whenever something catches my eye that is different, strange, or special. But I also discuss this with the assigned therapist. Together we are trying to assess this observation."* P3-(11:07)

P1: *"There are conferences about a patient [with the assigned therapist and the assigned nurse], with the patient, the doctor's round. There is communication."* P1-(32:23)

P1 on forms of communication: *"[Information is exchanged] mostly orally. But we keep a written record for each patient."* P1-(33:02)

P1 on observations made by nursing staff: *"That is something that will be discussed in a conference: 'Mrs Müller has got more drive. She was already twice outside today. And she said herself that she got up easier today.' That is how it is going to be reported at the conference."* P1-(42:39)

P4: *"I am often working in here in my office and I am not so often in the corridors of the ward. Hence, I am asking nursing staff because they are observing patients more often."* P4-(13:44)

P3 on assessing a patient's state: *"By asking the patient directly, through exchange in team on how others perceive a patient, and by your own feeling."* P3-(7:18)

P4: *"I try to get closer to the patient. I ask nursing staff: What have you encountered?"* P4-(5:21)

P3 on discrepancy between drive and mood: *"When you are so close and so often together with the patient, and you are exchanging [your impression] with your colleagues during reports, you will notice."* P3-(17:34)

A.9. Patient's Motivation Vs. Resistance Against Therapy

Findings based on these quotations are presented in Section 4.2.9.

P1 on deciding to go to a psychiatric hospital: *"It is a step, a difficult step, to make for patients. [...] It needs some overcoming. One has to admit that one needs external help. This is quite difficult for many."* P1-(9:09)

P1 on whether patients come voluntarily: *"In the psychiatric hospital, there is both: Some patients come voluntarily. Some patients are committed to by a physician. [...] In the canton of Zurich, about 20% are involuntarily committed. But this depends from canton to canton."* P1-(10:02)

P1: *“Most, notably most of the patients decided on their own to go to a psychiatric hospital. Either completely on their own: Some people are so desperate they go straight to the hospital. But most come via a general practitioner or their ambulant psychiatrist.”* P1-(17:37)

P1: *“It is you who decided to go to the psychiatrist. Then we discuss together. So it is not a one-sided decision by the physician. It will be discussed in two. And when the patient feels like he can no longer stay at home [...], the physician would not say no.”* P1-(18:30)

P1 on forms of patient’s resistance against therapy: *“Nevertheless, the patient is coming to therapy.”* P1-(31:29)

P1 on patient’s acceptance of therapy methods: *“When you tell the patient its an established treatment method, most patients will accept it. When they think it is ridiculous, it is nothing for me. Then you have see how to continue. You may choose another method. Or it may be part of the patient’s resistance, that he is not ready for getting himself into therapy.”* P1-(30:41)

A.10. Learning Techniques for Future Situations

Findings based on these quotations are presented in 4.2.10.

P1: *“It helps many patients to learn relaxation techniques. This depends a bit on the type of disorder. But with depression, it is often helpful.”* P1-(13:38)

P1: *“In-between, you are learning relaxation techniques. So the patient has a means against when fear is coming up.”* P1-(26:25)

A.11. Communication Between Patients

Findings based on these quotations are presented in 4.2.11.

P1 on activities in spare time: *“Patients are having conversations with other patients. They often have similar problems from which they can learn.”* P1-(22:06)

P1: *“Patients can eat alone, but usually they are eating together with other patient on the ward.”* P1-(22:29)

A.12. Assessment Model for Suicidal Risk

Findings based on these quotations are presented in Section 6.2.2.

P3 on what a patient’s sudden change from 2000 steps per day to 10000 steps per day would tell: *“This is proof for a change[, but it does not mean anything per se.] I would need to find out what is behind in a dialog with the patient.”* P3-(36:09)

P4 on analyzing pedometer data for suicidal risk assessment: *“[For me interesting might is] the comparison of the numbers. Someone who was always very inactive, and suddenly he is active. And I will also keep track of mood. This could help me to start investigating about it: What is happening?”* P4-(24:23)

P3 on indicators for elevated suicidal risk: *“There is no indicator that lets you know unmistakably. But you can see changes. An extreme example: Someone is never getting up in the morning, weeping all the time, and sleeping all day long. And one morning, he is standing in front of you, goes for a walk, goes outdoors, goes running, and so on.”* P3-(16:17)

P3: *"There is not a posture that tells you: suicidality. But there are behavioral changes, which help you detect: gestures, facial expressions, is the patient looking into my eyes when we talk?"* P3-(9:55)

P4: *"Is the patient in company with other patients? Is he not [in the common areas of the ward]? How is he integrated? And there it is always good to watch out for changes. Someone who was well integrated, and all of a sudden he is not visible at the ward anymore. This is suspicious too."* P4-(6:07)

P4: *"Is the patient in company with other patients? Is he not [in the common areas of the ward]? How is he integrated? And there it is always good to watch out for changes. Someone who was well integrated, and all of a sudden he is not visible at the ward anymore. This is suspicious too."* P4-(6:07)

P4: *"I try to understand in detail: When something changes, why? If I do not understand why, then this is a warning sign."* P4-(12:48)

P3: *"There is anything wrong, when a patient no longer has eye contact when talking to me."* P3-(10:15)

P3 on a detected change: *"An extreme example: Someone is never getting up in the morning, weeping all the time, and sleeping all day long. And one morning, he is standing in front of you, goes for a walk, goes outdoors, goes running, and so on. But you realize, the patient is weeping still each time after going for a walk. Then, my warning bells are ringing."* P3-(16:38)

P3: *"The patient's mood is bad. But now the situation has changed: He goes outside, instead of lying in bed. He probably avoids you, goes outside for his one-on-one talks. This is another example of a change in behavior where my warning bells are ringing."* P3-(16:59)

P1: *"'One of the patients got up on himself for the first time, this morning. Nobody had to go and get him.' This is primarily a warning sign. It is a good sign, because drive is increasing. But it is a warning sign, because suicidal risk may raise as well."* P1-(45:39)

P4: *"It would be an obvious case, when mood continues to be bad, but activity is going up. Then I have to watch out."* P4-(26:25)

P4: *"When I realize that the patient is outside more often, is moving a lot, but his mood is still bad, then I will be cautious and ask about it. I try to get closer to the patient. I ask nursing staff: What have you encountered?"* P4-(5:10)

P4 on reactions when an elevated risk is detected: *"There exists an assessment form for suicidality which contains some aspects. Then, we increase measures. This may concern medication, limitation for going out, or increasing contact."* P4-(8:51)

B. Interview Protocol

Preparation

Material

- Audiorecorder (2x) (Olympus + iPhone)
 - check space on device
 - check battery / bring spare batteries
- Consent form (2x)
- This protocol + pen + paper
- Watch
- Gift for participant

Interview Protocol

Introduction

- **Thank you:** Thank you for participating at my study.
- **Overview:** This study is about depressive patients in a psychiatric hospital. I would like to learn from your experience, and hear your assessments.
- **Consent form:** Go through with participant. “Do you have questions on the consent form?” Have him sign the forms. Give one copy to the participant, keep the other.
- **Your experience counts:** It is important to say, that there are no wrong or right answers. The only thing that counts is your experience and your perception.
- **No obligation:** Please let me know, when you feel uncomfortable about sharing information with me, this is absolutely okay.

Questions

- I have heard that there exists a dangerous period of time towards the end of a depressive episode⁹.
 - Have you heard of this period before?
 - Does your experience agree with this?
 - How do you experience this period?
 - How did you learn about the existence this period? (i.e. are people usually just handing this information over by word of mouth when you start the job there?)
- How do you determine this period?
 - What are you looking for?
 - Indicators?
 - Statements made by patients?
 - Measurable/objective criterion?
 - Do you look for mood & drive?
 - What roles play mood and drive?
 - What indicators help you in determining high/low Mood/drive?

⁹ After having conducted the interviews, I have realized that this definition is not correct. The period I was interested at, where drive and mood are asynchronous, is not necessarily ‘at the end of an episode’.

- How do you follow these indicators?
 - On a regular basis? On demand? How often?
 - How do you monitor these observations? (Mood diaries?, Personal notes?, Computer?)
- What is your reaction/what actions do you take when you realize a patient is in this period?
 - What are you doing?
 - How do you deal with a patient in this period? How does the patient react?
 - Are you informing other staff? How? When? What are you telling them?
- Pedometers are a way to track patients activity. We are wondering whether we could use them in therapy. There are different forms of pedometers.
 - Do you think patients would accept wearing something like this?
 - Also over a long period?
 - When they feel really bad?
 - There are several forms of pedometers: wristbands, belt clips, or armbands (show examples or pictures of the devices). Do you think acceptance is equal for all types?
 - Would a pedometer help you for your therapy?
 - In which way?
 - How would you analyze the data?
 - Would it be helpful for the patient to see the number of steps per day?
 - Would it be helpful for you, when you had a similar view on the patient's mood?
- Closing Question: Do you feel like there is something other important concerning this period, or mood and drive in general?
- Thank you for your participation.

C. Consent Form



**Universität
Zürich**^{UZH}

People and Computing Lab (ZPAC)

Universität Zürich
Institut für Informatik
Binzmühlestrasse 14
CH-8050 Zürich
www.ifi.uzh.ch/zpac

Informiertes Einverständnis

Yves Bilgerig
Masterstudent
Telefon +%% %%% %%% %%%
yves.bilgerig@uzh.ch

Projektübersicht

In dieser Arbeit möchten wir mehr über Patienten mit depressiven Störungen lernen. Wir möchten ihren Zustand und ihr Verhalten während ihres Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik besser verstehen.

Diese Studie ist Teil einer Masterarbeit der ZPAC-Forschungsgruppe des Institut für Informatik der Universität Zürich.

Freiwilligkeit & Ausstieg

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig. Sie werden damit einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis von depressiven Patienten leisten. Sie werden zu keiner Zeit zu einer Antwort gezwungen. Sie können es ablehnen eine Frage zu beantworten, wenn Sie diese nicht beantworten möchten. Sie haben das Recht zu jeder Zeit von der Studie auszusteigen ohne dass für Sie irgendwelche Konsequenzen entstehen.

Ablauf

Wenn Sie sich bereit erklären an dieser Studie teil zu nehmen, werde ich Sie persönlich über Ihre Erfahrungen und Erlebnisse mit depressiven Patienten befragen. Dieses Interview wird ungefähr eine halbe Stunde dauern.

Datensammlung

Mit Ihrem Einverständnis wird das Gespräch mit einem Audiorecorder aufgezeichnet und es werden während des Gesprächs Notizen gemacht. Sollten Sie sich frühzeitig zu einem Abbruch der Befragung entscheiden, so können die bis zu dem Zeitpunkt gemachten Aussagen dennoch für die Studie verwendet werden, solange Sie nicht ausdrücklich Gegenteiliges verlangen.

Datenspeicherung

Ihre Daten werden anonymisiert abgelegt und auf passwortgeschützten Computern oder in geschlossenen Aktenschränken oder Räumen der Universität aufbewahrt. Zugang zu diesen Daten wird nur Studenten und Wissenschaftlern gewährt die direkt an dieser Studie beteiligt sind oder der ZPAC-Forschungsgruppe angehören.

Verwendung der gewonnenen Erkenntnisse

Die anonymisierten Resultate dieser Studie werden voraussichtlich in internen sowie externen Präsentationen und Publikationen verwendet. Die Erkenntnisse werden in einer Masterarbeit veröffentlicht und können weiter auch für Publikationen in akademischen Zeitschriften oder Tagungsberichten verwendet werden.

Entschädigung

Sie erhalten für Ihre Teilnahme keine Entschädigung.



**Universität
Zürich**^{UZH}

People and Computing Lab (ZPAC)

Einverständnis

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

- 1) dass Sie die Informationen über die Teilnahme an dieser Studie zu Ihrer Zufriedenheit verstanden haben.
- 2) dass Sie sich bereit erklären an der Studie teil zu nehmen.

Durch Ihr Einverständnis verzichten Sie keinesfalls auf Ihre gesetzlichen Rechte. Sie entbinden damit auch nicht die Wissenschaftler und die involvierten Institutionen von Ihrer rechtlichen und beruflichen Verantwortung.

Unterschriften

Ort und Datum: _____

Name des Studienteilnehmers: _____

Unterschrift: _____

Name des Befragenden: _____

Unterschrift: _____

Kontakt

Sollten Sie Fragen haben, können Sie diese jederzeit stellen. Für spätere Rückfragen erreichen Sie uns folgendermassen:

Yves Bilgerig, B.Sc.

Masterstudent am Zurich People and Computing Lab (ZPAC)
Institut für Informatik der Universität Zürich
yves.bilgerig@uzh.ch

Elaine M. Huang, Ph. D.

Professorin für Human-Computer Interaction am Zurich People and Computing Lab (ZPAC)
Institut für Informatik der Universität Zürich
huang@ifi.uzh.ch

Thomas Fritz, Prof. Dr.

Professor für Software Qualität am Software Evolution and Architecture Lab
Institut für Informatik der Universität Zürich
fritz@ifi.uzh.ch

Seite 2/2

D. Observation Report



University of
Zurich^{UZH}

Department of Informatics

Observation report

October 15th – 17th, 2013

Yves Bilgerig

Contents

1	Introduction	5
1.1	Materials	5
General observations		6
2	Schedule	6
2.1	My Schedule (German)	6
2.2	My Schedule (English)	7
2.3	Patient's program	7
3	People at the ward	8
3.1	Staff	8
3.1.1	Absent Staff	8
3.1.2	External Staff	8
3.2	Patients	9
3.3	Notes on people	9
4	Building	10
4.1	Map	10
4.2	Rooms of the building	11
4.2.1	Stationszimmer	11
4.2.2	Office of the ward	11
4.2.3	Corridor	12

4.2.4	Recreation area (3 rooms)	12
4.2.5	Smaller rooms	12
4.2.6	Patients' rooms	12
4.2.7	Therapy rooms	13
Observations on activities		14
5	Daily stand-up ("Tagesbesprechung")	14
6	Daily report (Tagesrapport)	15
7	CBASP	15
8	IPT	17
9	Insomniac group	18
10	Biofeedback	19
11	Ergotherapy	21
12	Psychoeducation	23
13	Unsorted Notes	24
13.1	Austrittsgespräch	24
13.1.1	Talk with the ward's head:	24

13.2 Information system	25
13.3 Unrelated notes	26

1 Introduction

This is the report of my stay at the depression ward of a psychiatric hospital. I have accompanied nurses and psychologists for three days from October 15th to 17th.

The report is divided into two parts. In the first part, general observations are reported. This contains general information about schedules, patients and staff, and the rooms in the building. In the second part, the observations are listed per activity. For example, observations that have been made during or in relation to the CBASP group-therapy session are listed under the section CBASP.

Most of the observations have been recorded on tape by me, before they have been written down in this report. Therefore, time codes are indicated after every note containing both the number of the audio file and the position in this file. Notes that have no corresponding audio recording are labelled with No audio reference.

1.1 Materials

I have received the following documents for personal use.

- Handout “Insomniegruppe”
- Handout “Psychoedukation”
- Form “Situationsanalyse” (CBASP)
- Form “Zukunftssituationsanalyse” (CBASP)
- Biofeedback: Print out from my personal trial session
- Booklet “Depression: Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der Zusammenhang mit Stress?” by Martin E. Keck

General observations

2 Schedule

2.1 My Schedule (German)

This is the schedule of activities I attended during my stay.

Tuesday		Wednesday		Thursday	
8.00	Ankunft und Begrüssung, Kurzes Gespräch mit der Stationsleiterin	8.00	Ankunft	8.00	Ankunft
8.20	Tagesbesprechung (group yellow)	8.20	Tagesbesprechung (group red)	8.20	Tagesbesprechung (group green)
8.40	Tagesrapport	8.40	Tagesrapport	8.40	Tagesrapport
9	Kaffeepause	9	Kaffeepause	9	Kaffeepause
9.30	Stationsrundgang, Einführung in die CBASP-Therapie durch eine Pflegerin	9.30	Einführung in Biofeedback durch eine Pflegerin	9.20	Insomniegruppe
11.00	Austrittsgespräch zwischen einer Patientin und einer Pflegerin	10.30	Ergotherapie	11.00	Gespräch mit Stationsleiterin
12	Lunch	12	Lunch	12	Lunch
13	CBASP (group therapy session)	13	Psychoedukation	13	IPT (group therapy session)
15	Kai-Zen	16	Gespräch mit Betreuer an der Uni		

2.2 My Schedule (English)

Tuesday		Wednesday		Thursday	
8.00	Arrival, Talk with the Head of the ward	8.00	Arrival	8.00	Arrival
8.20	Daily stand-up (group yellow)	8.20	Daily stand-up (group red)	8.20	Daily stand-up (group green)
8.40	Daily report	8.40	Daily report	8.40	Daily report
9	Coffee break	9	Coffee break	9	Coffee break
9.30	Tour of the ward, Introduction to the CBASP therapy	9.30	Introduction to Biofeedback by a nurse	9.20	Insomniac group
11.00	Discharge talk between a patient and a nurse	10.30	Ergotherapy	11.00	Talk with Head of the ward
12	Lunch	12	Lunch	12	Lunch
13	CBASP (group therapy session)	13	Psychoeducation	13	IPT (group therapy session)
15	Kai-Zen	16	Talk with Supervisor at University		

2.3 Patient's program

- Physician's visit: Oberarzt + Behandlungsteam (i.e. Betreuungsperson + Fallführender Therapeut) This took place on Tuesday morning. 088 #00:20:22-5#
- Weekly program for a patient: group therapy sessions, ergotherapy, physiotherapy (e.g. oriental dance, fitness center), music therapy, light therapy, (some parts outside of the ward). One-on-one: meeting with the caregiver (one hour per week, can be splitted over several days, e.g. 4x15'), one-on-one with the psychologist (in CBASP: used for elaboration of imprints, 1h twice a week in the beginning of the stay). Oberarztvsite: 10min, weekly, Oberarzt + care team. Care team: caregiver (a nurse with diploma) plus the responsible therapist (psychologist). 089 #00:02:49-6#
- In the morning, a voluntary activity is offered. The activity is either going for a walk, or doing Qi Gong. It is offered by nurses in turn. It lasts for maybe 30-45 minutes and ends at around 8. No audio reference

3 People at the ward

3.1 Staff

#	German job title	English job title
7	Dipl. Pflegefachmann/frau HF	Clinical Psychologist
2	Klinische Psychologen	Clinical Psychologist
2	Psychiater	Psychiatrists
2	Pflegefachfrau HF in Ausbildung	
2	Fachmann / frau Gesundheit	
1	Ergotherapeutin	Ergotherapist
1	Stationssekretärin	Secretary
S1-S7, S12-S15: Nurses S6-S7: Psychologists S8-S9: Psychiatrists		

3.1.1 Absent Staff

#	German job title	English job title
1	Klinische Psychologin	Clinical Psychologist
about 3	PflegerInnen (insbesondere für Nachtschichten und am Wochenende)	Night Nurses

3.1.2 External Staff

Working for all divisions of the clinic, not only for this ward:

#	German job title	English job title
several	Physiotherapeuten	Physiotherapists
1	Musiktherapeutin	Music therapist
1 (or 2?)	Sozialarbeiterin	Social Worker

3.2 Patients

Patients can go out (if they are allowed to). When patients leave the ward, they have to inform the nursing staff. I believe they have to leave a note on a list when they leave. Some patients have to inform the nurses, which will add a magnet marker to the patient on the white board plus they will write down the expected return time. 088 #00:08:53-3#

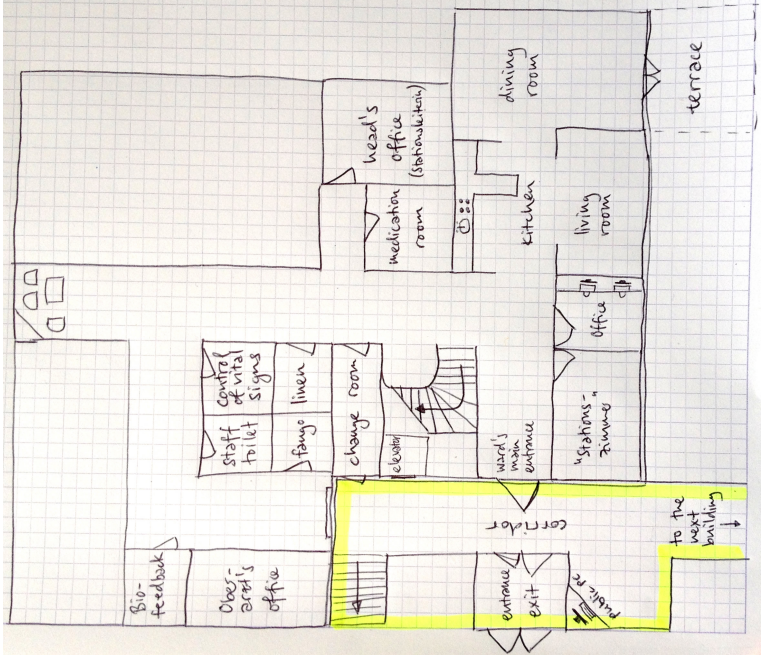
3.3 Notes on people

- People at the ward: FaGe and FaGe iA, Pflegefachfrau HF iA 089 #00:02:05-4#
- "Dipl. Pflegefachfrau HF "die Diplomierten" die auch als Betreuungspersonen tätig waren. " 089 #00:02:19-0#
- Betreuungspersonen belong to Betreuungsteam. They meet once a week with the patient. 089 #00:02:39-7#
- FaGe and HF iA have quite similar tasks: They have shifts at the medication room and they are recording vital signs. They don't have to attend all reports (only once per day). Whereas Dipl. are less likely doing these tasks. Dipl. are hosting therapy sessions (e.g. CBASP group therapy sessions, psychoeducation) on their own (without a psychologist). In addition, Dipl. have also the role of a caregiver. Caregiver is a personal contact for patients. Dipl iA are attending therapy sessions, and sometimes are hosting daily stand-up instead of a Dipl. 089 #00:05:56-5#
- Ergotherapist: she finished her studies 1 or 2 years ago. Ergotherapy is a bachelor degree. 089 #00:06:51-4#
- "Therapist's/nurses' outfit: they were wearing their personal ("normal") clothes. Nurses told me they sometimes are missing a clear distinction between work and leisure. One nurse said she sometimes changes clothes at home as an act of role switching. All staff are wearing a name tag (the only way to differentiate patients from staff; It happened to me twice that a patient thought I am a patient as well because I had no name tag). A badge (mainly used to clock in and out, and to pay for lunch and for the parking spot). A keyring (with a key for the ward, plus a square box wrench (to open up toilets)); many things were locked up (e.g. Stationszimmer, cupboard with tools and scissors at the ergotherapy room, staff toilet, change room, medication room). Quite a lot nurses were wearing a watch. This caught my eye." 089 #00:31:16-8#
- Telephones: There exists two telephones for the ward: one is for nurses with diploma and one for nurses without diploma. (Internal) calls go either to one of the numbers depending on the request/need of the caller. All therapists have a personal phone number. No audio reference
- In general, I had the impression that for most patients their gestures and facial expression was gone. (Personal Interpretation) No audio reference

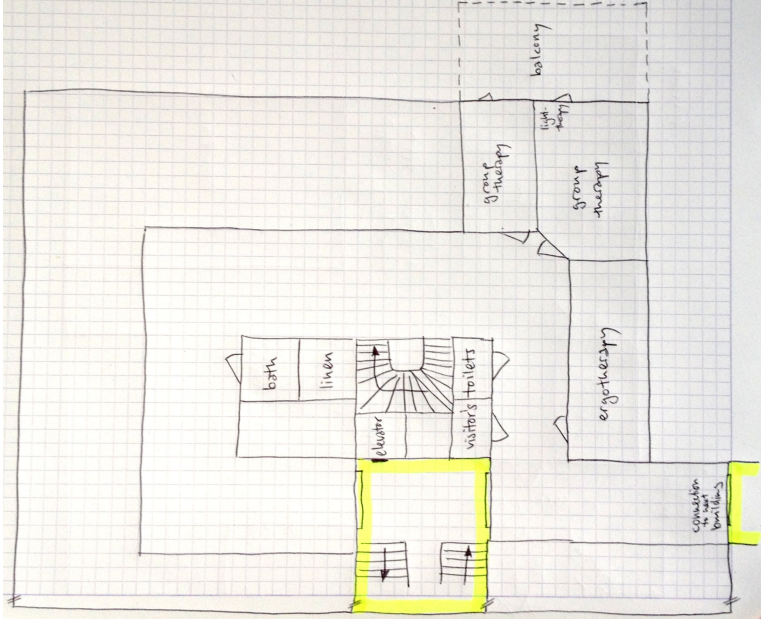
4 Building

The depression ward is located in building A on the ground floor and first floor. On the second and third floor, there is another ward. I think it was the ward for borderline patients, if I remember correctly.

4.1 Map



Ground floor



Upper floor

4.2 Rooms of the building

INT : The ward reminded me of a camp house (as I know it from youth organization camps). 088 #00:01:38-4#

- Two floors. 088 #00:01:44-0#

4.2.1 Stationszimmer

- Stationszimmer: a big table in the middle, all staff can have a seat around it. In the middle of the table: a case containing pens, post-it notes, scotch tape, paperclips, and other office stuff. 2 or 3 laptops that can be used by all staff. 088 #00:01:57-9#
- On the wall: a whiteboard where all patients are listed, with: room number, telephone number, patient's name, caregiver (responsible nurse, "Betreuungsperson"), responsible therapist ("Fallführender", psychologist or physician), phase (either: entry, treatment, or discharge phase), with exit date (if already set), special treatment, permission to go out (accompanied, limited (to 1 hour, typically in the beginning of a patient's stay), free (most patients have no restrictions)). 088 #00:02:27-3#
- On a separate column: semi-residential care ("Teilstationäre Patienten", TSA). These are patients that will come for 2 or 3 days to the hospital for therapy sessions, but they do not stay or sleep at the hospital. These patients are typically former inpatients. 088 #00:03:20-6#
- Also in the "Stationszimmer": sink, coffee machine and water heater, a small box for each nurse 088 #00:03:36-2#
- A Kai-Zen board: a whiteboard / pin-board that is used to improve internal processes. Kai-Zen meetings are held on a regular basis. 088 #00:03:52-0#
- Two other magnet boards with any kind of possible print outs, e.g. shift plan, telephone list. 088 #00:03:58-1#
- Usually, the Stationszimmer's door is open, so patients can come and ask for a nurse. Patients are not meant to enter the room though. For example, patients come to ask for medication, or one patient had to show up every hour in front of a nurse. The door is closed during meetings, reports, and whenever nurses are talking about a patient. 088 #00:04:18-3#
- Nursing students ("Pflegefachfrau in Ausbildung HF") also used the table inside Stationszimmer for studying. No audio reference

4.2.2 Office of the ward

Next, there is the ward's office. Two PCs can be found there. It is used for more time consuming work in front of a PC. But I have seen most nurses using the laptops in the Stationszimmer instead. 088 #00:04:32-4#

4.2.3 Corridor

- In front of the office: a board with appointments for the patients. Appointment notes will be pinned on this wall (e.g. an appointment for an ECG ("EKG")). The team believes a lot in the independence and self-responsibility of the patients. 088 #00:04:54-4#
- Patients get a personal weekly schedule printed out on Monday. This print out is from the hospital's IT system, where each patient has a personal Outlook-like calendar. 088 #00:05:06-7#
- On another whiteboard, the weekly schedule of all patients can be seen (including therapy sessions, ergotherapy, physiotherapy and so on). 088 #00:05:16-8#
- In a corner of the corridor, there can be found armchairs and a couch table. A public PC is planned to be installed here. 088 #00:07:06-4#

4.2.4 Recreation area (3 rooms)

Recreation room (with TV, bookshelf, stereo, sofas), kitchen: patients can cook here if they like, dining room with tables and a table football, with access to a terrace, which is used as a place for eating and for smoking. 088 #00:06:01-2#

4.2.5 Smaller rooms

- Medication room: open 4 times per day for an hour or so. 088 #00:06:21-3#
- Behind this: the office of the head of the ward. An office with a small meeting table. 088 #00:06:38-4#
- There is also a larger, shared bath room, with a bath tub, and a massage shower. This room can be used by patients for bathing and showering as a way of relaxation. 088 #00:07:30-0#
- Upstairs: toilets for visitors. 088 #00:07:44-3#
- A linen room: Patients can bring and replace their linen. Patients are meant to make their linen themselves. Nurses are only replacing them in the event of a room change. 088 #00:07:56-0#
- There is a laundry room with a washing machine and a tumble dryer. 088 #00:21:23-6#

4.2.6 Patients' rooms

- Patient's rooms: each with shower and toilet. About 5 rooms are double occupancy, the others are single occupancy. They have space for 21 patients (in an emergency they have at least two additional emergency beds). All rooms have ethernet access. 088 #00:06:49-7#
- There is a WiFi network that can be used by patients. 088 #00:07:17-0#

- Patients have their personal laptops and smartphones with them. For example, I saw two patients with an iPhone in the ergotherapy session. One patient used his iPhone to take a picture of his painting. 088 #00:07:21-7#

4.2.7 Therapy rooms

- Psychiatrists and psychologists have a personal office which also serves as a therapy room I believe. 088 #00:08:00-1#
- Ergotherapy room. 088 #00:08:25-7#
- Two multipurpose rooms that are used for group therapy sessions or other talks. 088 #00:08:31-1#

Observations on activities

5 Daily stand-up (“Tagesbesprechung”)

- Daily stand-up took place every morning (Mon - Fri) at 8.20 a.m in one of the three groups (red, yellow, green). Patients plus at least one nurse.
- Tageseinstieg: Dipl. + HF iA met with their patients. 088 #00:15:48-9#
- There are three groups of patients: yellow (= CBASP), red, and green. 088 #00:16:15-7#
- First thing: Are all patients here? One (or more?) patient did not attend the Tageseinstieg. The nurses took note of that, proceeded with the program, and visited this patient individually after the activity. 088 #00:16:41-0#
- Each patient had to set a goal for the day. 088 #00:17:14-0#
- Examples of goals of the day: “I will go outside for a walk today.” “I will spend some time with my baby (who is visiting me with its grandmother).” 088 #00:17:25-9#
- One patient had no idea about a goal. S12 helped her in suggesting: “what about going for a walk?” The patient then agreed with this goal. Later, S3 talked about this to S12 and suggested: If a patient has no idea for a goal, a good idea would be to find a goal that depends on today's schedule (e.g. attending today's CBASP therapy session). 088 #00:17:50-2#
- The nurse wrote down all the goals on a piece of paper. This sheet has been printed out in the morning with all the (current) patients on it. The nurse who printed it out also marked all patients of this group with a yellow highlighter (and did the same for the other groups). They used the same sheet for the next day (evaluation of the goal). I'm not sure whether they made a transcript of this. 088 #00:18:14-5#
- Tageseinstieg Tuesday: “I will go for a walk”. “I will spend some time with my son.”; “I have no idea for a goal” - S12: “Do you think you would like to go for a walk?” - “Yes, I'll do this.” (S3 suggested later: “Attending the therapy session could be a goal.” Goal depending on today's program.) 090 #00:00:27-7#
- Tagesbesprechung Wednesday at ergotherapy room: Once again, one patient did not come and two were late. One patient asked for a short personal chat with the nurse. 089 #00:09:04-6#
- Monday: weekend flashback. Tuesday and Thursday: defining a goal for the day. Wednesday and Friday: evaluation of the goal whether it could be reached or not. If so, what did help you in reaching the goal? 089 #00:09:14-5#
- Tagesvorbesprechung group green: A very different atmosphere than the days before. The nurse was more funny, also a bit perky to patients, absolutely correct though. Two patients were about to leave the hospital, so their goal for the day was to leave the hospital. One patient directly came to the room from his bed, with a short delay. One patient was missing. 089 #01:00:06-7#
- A talk between patients: Quite a bad result for me: This week is only for three days and I overslept twice. The other patient: It is quite usual for me that I oversleep at least once a week. 089 #01:01:13-9#

- Goals for the day: (Tuesday: I would like to go to the weights room.) Now that he has muscle hangover, he will do something meditative today. 089 #01:01:31-2#
- For Tagesvorbereitung, the nurse noted the goals down on a piece of paper. No idea, whether this will be typed into the computer later. 089 #01:02:24-3#

6 Daily report (Tagesrapport)

- Next: Daily report. All staff from the ward was attending except for the Oberarzt who was out on Tuesday. On nurse was on early shift: S4. She was chairperson of the daily report. She named each patient subsequently and gave a quick update on this patient's state and probably how the night was. Other staff could ask questions or add something (notably updates from the daily standup). Nurses were notably interested in the patients they are caring for. 088 #00:19:05-3#
- Daily report: Staff asked specifically about patients that caught their attention (because of bad mood, an incident, or because of their personal relation as a caregiver). I felt like nursing staff was interested in the personal development of a patient since they saw them the last time. 089 #00:08:33-0#
- Daily report Wednesday: Was not as structured as on Tuesday. Not all patients were listed in alphabetical order. Instead, two patients caught the attention. This incident was discussed in detail. These patients could not sleep and had a controversy or discussion during night time. 089 #00:10:02-6#
- Daily report: On Thursday, I felt it was even more chaotic than on Wednesday. The senior physician had to leave after 10 minutes and asked whether there was something important he had to know. The other nurses were talking one-to-one or one-to-three. 089 #01:03:10-1#

7 CBASP

- CBASP: beginning and end of the session: patients rated their mood on a scale from 1 to 10. 088 #00:00:00-0#
- S4: This mood rating is not taken for record. It is used for: What made the therapy session with the patient? Does he feel better or worse? 088 #00:00:11-9#
- S4: Nurses do not protocol the mood rating, but usually keep the number in mind. Nurses do realize when a patient, who usually had a 3, suddenly has a 6 or so. This means something. 088 #00:00:53-0#
- S4: Also, one patient said her mood is at 0. This is of importance. The nurse will inform the night shift about this, so they can keep an eye on this patient and should check with suicidal tendency. So this specific rating will call a number of actions. 088 #00:01:13-3#
- S3 told me a lot about CBASP: S3 attended a special training for nursing in a CBASP program. All nurses on the ward attended a foundation training, but she (and S4) attended the full training (including sit-ins on therapy sessions at other hospitals). 088 #00:24:51-6#

- The CBASP session I attended was hosted by the psychologist accompanied by a nurse with diploma. But on Thursday afternoon, two nurses with diploma will host the CBASP group therapy session. 089 #00:08:12-1#
- CBASP consists of several parts: "Prägungen" (imprinting? significant others history?): In one-on-one sessions with the psychologist, a list of the patient's imprints are elaborated. Examples: "My partner is the only person I can trust in." "I have to try very hard to be taken serious/feel valuable." These imprints can be seen in everyday situation. Next step: situational analysis (either a piece of paper or content of a group therapy session). This situational analysis is used in situations where a patient had desired outcome (DO) which was different from the actual outcome. As a motivation, patients can also make an analysis of situations where the actual outcome was the desired one. [SEE SITUATIONSANALYSE SA, ZUKUNFTSANALYSE] Similar to this: future development analysis: DO, desired behavior, role play of this situation as an exercise, slogan ("Schlachtruf"). Slogans are important for patients as a mean of orientation and as a mean of a simple reminder. 088 #00:25:38-9#
- In the CBASP session, the group made a future situational analysis. They wrote this analysis on a flip chart paper. The nurse later typed these notes down to a Word file. She saved this document as an attachment to the patient's file. She also gave a printout to the patient, so he can make use of what they were talking about in the session. I could observe this procedure at least twice. 089 #01:02:35-3#
- CBASP session with psychologist S8 and nurse S4: Start with a short round each patient telling their current mood on a scale from 1 to 10 (best). 090 #00:01:06-4#
- Three out of five patients are in time. Two patients are not present. 090 #00:01:22-8#
- S8 informed the group that one patient does not feel well, S8 will thus not ask the patient to answer any questions. 090 #00:01:40-7#
- One patient's mood was 6. One patient (TSA) was at 8. 090 #00:01:56-6#
- One patient was at 0. S8 responded: It's nice you are here. I appreciate this. 090 #00:02:27-0#
- S8: Did you encounter your imprints during last week? 090 #00:02:42-8#
- Only two patients answered. 090 #00:02:57-2#
- Idea: Each patients told about a situation. The group then chooses one to focus and discuss. 090 #00:03:07-0#
- Usually, a situational analysis is made. In this case, a future situational analysis has been made because the situation occurred every week and will come up in the future. 090 #00:03:16-7#
- Last situation was a success for the patient. It was not easy, but eventually he could come up with his desired outcome. 090 #00:03:33-2#
- Situation: Patient's mother usually calls the patient on Friday: Do you like to come visiting us at the weekend? Patient does not like these visits because he does not feel good and he believes they have nothing to talk. At the same time, he can not say no, because he feels obliged to his parents. 090 #00:03:50-5#
- Future analysis: 090 #00:05:03-6#
- 1. description of the situation: mother will call on Friday. 090 #00:05:04-4#
- 2. Desired outcome: Saying no, also for future weekends. This led to a discussion, about what is the patient's will? Just say no? Give an explanation? Alternatives have been discussed. The patient had to say what he wants. 090 #00:05:21-0#

- 3. Behavior: calm, friendly-dominant (on Kiesler's interpersonal circumplex "Kiesler-Kreis") 090 #00:05:24-6#
- In the mean time, two more patients joined the group. Two patients left the room for some time. The nurse S4 followed them and talked with them outside the room. 090 #00:05:46-4#
- 4. Battle cries: "I am worth something." "I don't have to justify my decisions." 090 #00:06:20-7#
- After a short break: Two patients played this situation in a role-play. Therapists and patients gave feedback and discussed. 090 #00:06:45-7#
- In the end, a round with mood again. Two patients showed emotions. Always the offer to talk about in a one-on-one meeting. 090 #00:07:33-2#
- Materials in this room: a flip chart, a tv-screen (with an image of Kiesler's circle projected). 090 #00:08:13-9#
- Flip chart paper has been transcribed the next day and a copy was handed to the patient. 090 #00:08:28-1#
- This was a very hard session (said by S8 and S4), because almost no one participated. Plus, future situational analyses are uncommon. 090 #00:08:58-2#
- CBASP therapy is set up for an 8 weeks duration. 089 #01:21:14-5#
- CBASP session: 3 inpatients, 2 semi-stationary patients. 089 #01:21:47-9#

8 IPT

- IPT, Thursday afternoon, psychologist S9 and nurse S6. 090 #00:09:05-4#
- Last session: analysis of an old and a new (current) role. Finding advantages and disadvantages for each. Patients currently only see the advantages of the old role, and the disadvantages of the new role. This should be switched to seeing the advantages of the current/new role. ("Den Cervelat drehen", according to a visualization). 090 #00:09:15-6#
- Each patient should have made such an analysis of their personal situation for this session. S9 asked the round to tell about their roles. 090 #00:09:53-8#
- Role play: Two patients sat in the middle of the group. One patient's role: You trust the other person. You are going to tell the other person about your plans (future job) and ask her for her impression, whether this helps you or not. The other patient: She felt like she's not able to do this. But the therapist convinced her. 090 #00:10:46-9#
- So the patient told about his plans and asked if he can do this or not. The other patient asked for formal requirements, but suddenly changed to a personal level. She told him that he believes in this idea, that he is a good man for this work. 090 #00:11:27-3#
- The group discussed about what where the persons reactions. Trust was there. She could help me in getting more confident about my plan. I found a talent of me. I felt confirmed. 090 #00:12:15-9#
- Talent vs. endowment (Talent vs. Begabung): Endowment is something everyone has, but it's only a talent when someone else acknowledges it (pays money for it). 090 #00:12:42-6#

- That means: Everyone can identify his endowments, but not talent. For talents, an external perspective/person is required. So a talk as the one played before is required. 090 #00:13:00-0#
- Main idea from this session (or of IPT in general?): A view from outside is required. This decision can only be made by others. And I have to ask others for that. 090 #00:13:41-5#
- Final round (with mood) in the end. 090 #00:14:07-6#
- One patient expected more in this session. S9 tried once again to transfer the example to his concrete case. 090 #00:14:17-5#
- Not yet clear how to make the switch, this will be content of the next session. Following this session, patients will not be able to find out themselves but have to ask others. 090 #00:15:33-1#

9 Insomniac group

- Insomniac group: S9 similar like psychoeducation (but more accepted), with some exchange between patients. Main content: sleep diary. S9: Sleep diary is mainly a subjective impression of sleep. The patient will note down their mood before and after sleep. Idea: patients should learn consciously what kind of activities before sleep have what influence on sleep. 089 #01:04:11-6#
- This should help in no longer thinking in a deficit oriented way, but in a resource oriented way when it comes to sleep. That means: One feels tired and goes to sleep. That might be the wrong approach. Better: plan your sleep. 089 #01:05:47-2#
- Metaphor (introduced by S9): Sleeping is similar to having a guest for dinner. Sleep is like your guest. You have to prepare your apartment and prepare the meal when someone is coming over. If they don't arrive in time, you won't start filling out your tax declaration. With sleep it's similar. Prepare yourself so sleep can come over. Sleep is not coming over when you're not ready. My addition to this: When the apartment is not tidy (your mind is constantly thinking), sleep will not come. 089 #01:06:22-2#
- Some patients could not draw this metaphor back on their sleep problem. One patient asked: What if guests are coming without invitation? S9: This would be some power nap. 089 #01:07:27-6#
- One patient: When I'm trying to sleep, my thoughts are turning. S9: Let thoughts go! Most thoughts are irrelevant, because you can not change anything during night (because offices are closed anyways). S9 throws an object on the ground as an act of letting a thought go and as a reminder on that thought for the next morning. 089 #01:07:51-9#
- Insertion: S9 mentioned that many people feel good in the evening, because nothing can happen then. All offices and stores are closed, so there is nothing that has to be done and nothing that may come up. 089 #01:08:57-3#
- It is important to let thoughts go. This is difficult, but necessary. 089 #01:09:42-0#

- Sleep cycle alarm: One patient mentioned that she is using an app on her phone (without armband, just the app on the iPhone). This app also takes record of sleep cycles (approximation). S9: This is a way of quantifying data, but this does not give you an idea what helped you for sleeping and what not. This is a good enhancement, but does not replace the sleep diary. Preparation needs to be taken into account. 089 #01:09:47-6#
- Resistance in insomniac group session: One patient said she indeed is doing rituals (having a tea 1 hour in advance) before going to bed, but still has problems with sleep. 089 #01:11:54-8#
- Some patient expressed a force having to lay in bed for 8 hours. S9: Who tells you have to? Patients have to take a decision. Some decisions are important to take in bed, but some are not (because they can't change anything). E.g. Should I go to the toilet? makes sense. Decisions that require calling someone don't make sense to take them now. 089 #01:13:30-6#
- The discussion led to sleeping hygiene, which was topic in the next session. 089 #01:14:38-1#
- Insomniac group: S9 told a joke about a hen in a bottle which was solved from the bottle by a loud sudden cry (because it was only imagination). This was a metaphor for thoughts that should be released when going to sleep. 090 #00:17:13-5#

10 Biofeedback

- Biofeedback: S5 am I tensed up? R1: yes, a bit. S5: Who causes tension? R1: Stress? Basically: muscles do not tense up on their own. There always is a reason. You can tense your muscles up consciously. Patients usually have no feeling for tension, nor do they have an idea where this tension comes from. Also, patients often have physical symptoms like muscle tension, and they often don't realize/feel how strong this tension is. On one hand, patients lose their feelings for their tension/tenseness and feel nothing until they feel pain. Biofeedback is a mean to visualize this tension. 089 #00:11:00-4#
- It is used in several forms: Intervention: a current state is monitored. Then, the patient is stressed (e.g. Subtract 17 from 9000 continuously! or a very noisy sound). This stress can be seen on the curve. Some patients who can not feel a change, can see the difference on the graph. Biofeedback is also used to show absolute differences from one week to the next. Or for relative differences (a patient could reach a relaxing state faster than in the week before). 089 #00:12:33-4#
- It is also a great tool for people with a migratory background who don't speak German well. It is a simple way to show those people. Not much of talking is required, they realize on their own. 089 #00:13:57-6#
- Biofeedback Hardware: a device that is connected to a pc, several sensors can be plugged into this device: 089 #00:14:15-6#
- a finger sensor: measures pulse, temperature, skin conductance level, 089 #00:14:34-4#
- a proximity sensor to measure breathing activity: This device is placed on a tripod in front of the patient's stomach. It looks like it measures proximity and transforms this into three curves: breathing curve (up and down), frequency, and amplitude. Works with UV or IR probably. 089 #00:15:05-0#
- Electromyography "EMG": electrodes are placed on the upper back. Like this, tensions can be measured. I could not try this on my own. Difference between

tensions on body half can be seen and located. 089 #00:16:21-2#

- Software: The software that comes with this device is basically a set of exercises. These exercises are listed in a catalog corresponding to diseases. Such an exercise is somehow similar to a powerpoint slideshow that is shown to the patient. [ADD] 089 #00:17:16-6#
- The software can be used in dual screen mode: One screen for the therapist, the other for the patient. 089 #00:17:37-3#
- Examples of Exercises: Stress exercise as described above. 089 #00:17:40-9#
- Breathing exercises: The breath curve is shown in real time on the screen. Behind the curve, a wave pattern is shown. The patient should try to adapt his breathing speed to match the background wave. There are two ways of breathing: Diaphragmatic breathing/belly breathing and shoulder breathing. Simply said: The first is the more relaxing, whereas the latter is the more stressing way of breathing. Both types of breathing are recognized by the proximity sensor. Patients are learning breathing techniques (also between the biofeedback therapy sessions). When doing a new biofeedback session, patients who practiced breathing exercises can adapt their breath speed much faster. Another way of controlling breathing: the lip break ("Lippenbremse") helps in slowing down the breathing frequency. This helps getting to the right breathing frequency quickly. When on a relaxing breathing frequency, the temperature and skin conductance levels also go towards a relaxing state. 089 #00:18:16-4#
- Skin conductance levels: a measure for stress level. The higher the value, the more stressed/agitated is the person. Temperature: The warmer the fingertip the more relaxed is a person. (From what I understood: Stress reduces blood circulation. If blood circulation is bad, the fingertips are not well supplied with blood and thus colder.) There are exercises where patients can consciously control this. 089 #00:20:15-8#
- Example: Patient, relax! Because of there is a lack of feedback, the patient may soon give up. Biofeedback is a possibility to train relaxation (e.g. think of something nice). The goal is to bring the temperature on a level as high as possible. 089 #00:21:10-7#
- With both, breathing and relaxation exercises, you can quickly tell whether a patient did exercise on his own, according to S5. Adaptation to a relaxing level is quicker after exercising. 089 #00:22:03-7#
- Heat and light is important in depression therapy, according to severals (S1, S5), (e.g. fango, light therapy). Autogenous training (felling warm and heavy). All these kinds of trainings are relaxation methods. Patients are exercising these kinds of techniques to apply them in a stressing situation. Biofeedback serves as a mean of visualization and realtime feedback, but also as a mean of showing differences (before and after). 089 #00:22:43-0#
- There is also a mobile device that patients can take with them. Technical details: The device is about the size of a smart phone. It can connect to the pc by a micro-USB cable. It has a fingertip sensor which senses the same parameters as the stationary sensor. (I'm not sure about skin conductance though.) It features a bar of LEDs, with a separate green LED on top of the bar and a red one on the bottom of the bar. It works like this: Patient holds/pushes fingertip on the sensor. Patient has to do a relaxation exercise. When in a relaxed state, the green LED glows. In the meantime on the LED bar, one LED after the other starts shining. The goal is to remain in a relaxed state until all LEDs are shining (maybe 20 sec or so). It is possible to load different programs or exercises on the device via the USB cable. Patients can do these exercises on their own, in their room. 089 #00:24:15-5#

- Biofeedback sessions are held on an irregular basis, very punctual, for a specific goal. Such sessions are held as a mean of support, as a mean of explanation, visualization. Maybe once a week, in specific cases twice a week, but sometimes only once during the stay, and with many patients not at all. 089 #00:26:40-1#
- S5's role: First, she chooses the appropriate exercise (and visualization (detailed graph, or only a color indication; depending on the user's cognitive possibilities)). Second, she acts as a therapist and educates patients. Third, she is interpreter of the data. She is supporting the patient in understanding data. She can adjust the scales of the graphs. She can also filter out irrelevant data (like sneezes). Zoom in at peaks. Normalize. A time marker (vertical line) is shown in the graph whenever the exercise changes/goes to a new slide. However, it is not very clear which section of the graph corresponds to which part of the exercise. This correspondence can only be made by the time indication or by analysis of the curve. 089 #00:27:22-1#
- Biofeedback (separate notes made on a piece of paper): "Sensors help patient to get back a feeling for themselves". But at the same time: It is important to release from the sensor, and to start getting a feeling for themselves back again. Manufacturer of the Biofeedback hardware installed at the hospital: SOFTmed, insight.co.at or www.biofeedback.co.at 089 #00:29:02-2#
- Biofeedback exercises: Many different exercises for all kinds of diseases, sorted in a long catalogue of diseases. E.g. migraine, physical symptoms. 089 #00:29:10-4#
- Relaxation exercise: Senses and visualizes temperature. A special kind of visualization: Concentric rings were shown in different color. The more red a ring was, the warmer and thus relaxing the patient was. When the temperature rose, the inner ring became larger and replaced the outer one. (Sensitivity could have been adjusted by the therapist; in the beginning more sensitive for quicker success). 089 #00:29:55-4#
- Intervention exercise and breathing exercise: as described above. There exists also exercises without a graph visualization but with one bar going up and down. This is a simpler way for people uncommon with graphs. 089 #00:30:48-1#

11 Ergotherapy

- Ergotherapy: This was basically a crafts lesson. In the beginning, patients were sitting around a table. Each was asked about his current mood. It is important for the ergo therapist to hear what happened, what is a patient currently up to. 089 #00:36:49-1#
- Two patients were not present in the beginning. 089 #00:37:15-9#
- Ergotherapy sessions are taking place three times per week. 089 #00:37:28-9#
- Patients have a weekly goal. (e.g. finish a work). 089 #00:37:33-5#
- Patients can choose to go to ergotherapy. There will be a personal meeting with the ergo therapist first. In this meeting, the therapist and the patient are talking about what the personal goal the ergotherapy has. 089 #00:37:47-9#
- Ergotherapy is a combination of both work/activity and therapy. On one hand, patients are physically active and are creative. On the other hand, patients have to take decisions, set goals and reflect on them. The ergo therapist does both, she shows patients different drawing/painting/crafting techniques, but

in the mean time she talks to patients and help them in reflecting. 089 #00:38:27-5#

- S16: Ergotherapy is similar to crafts class at school, but without focus on the product, but with focus on the process instead. Goals oriented. 089 #00:38:46-5#
- One patient was painting: He was happy with the result of the painting from last time, he would like to paint once again. He realizes that painting does him good. It makes fun. His grandfather used to paint. 089 #00:39:07-4#
- One patient painted a tree the last time. She was unsure whether she should paint a tree once again. Then, the ergo therapist helped her by posing the right question: Do I want to do this again? What are the advantages/the disadvantages of painting another tree? Advantage was: I know now how to paint a tree, so I could paint a better one. But this was contrary to the weekly goal, to not make things perfect. 089 #00:39:32-9#
- One patient knotted a bracelet. 089 #00:41:16-1#
- One patient came in delayed. He didn't had an idea what to make. S16 left him think to come up with an idea. He then started drawing an eye with coal. 089 #00:41:24-6#

- In the middle of drawing, the patient asked the therapist: What is my benefit from the ergotherapy? This led to a discussion between patient and therapist.

S16: I got the feeling that moderate activities are good for you (who typically did all kinds of activities excessively). I got the impression that you enjoy the sessions, you even stay longer in the end to help me stowing away stuff. The patient needed a break to think about this. 089 #00:42:04-9#

INT : I chose this example to show that ergotherapy is not about the crafted product, but contains therapeutical activities too. The patient was drawing on his picture while talking to the therapist. I felt like he was not concentrated on the drawing at all, but this may have helped him in his thinking. 089 #00:43:37-5#

- One patient came for the first time. She glazed her pottery. 089 #00:41:47-4#
- End of the session: stowing away materials, then a debriefing round. Main question: There is one session left. Do you think you can reach your goal for the week? Why? Why not? What do you need? What helped you in reaching your goal? 089 #00:44:15-0#
- Ergotherapy is also a way of learning new techniques. One patient mentioned that it was in kindergarten when she worked with pottery the last time. She now realized that she liked this and had fun with. This success may help in other life situations. 089 #00:44:52-9#
- Ergotherapist finished her studies 1-2 years ago. 089 #00:45:36-6#
- S16 is writing a quite detailed report for each patient once a week. S16 thinks, she is the one writing the most detailed reports. S16 thinks this is because of her young age compared to older nurses (digital immigrants). 089 #00:45:59-3#
- S16 said it is very typical that patients question their benefit of ergotherapy. 089 #00:46:46-0#
- On Tuesday, S16 decided to cancel the ergotherapy session and to go outside with the patients instead. S16 walked by the Stationszimmer and informed the nurses who were present. 089 #00:47:22-1#
- Ergotherapy room: The room is open to the patients on evenings (when not in use by the therapist). Patients can use this room as a recreation room. One cabinet is left open, so patients can go painting and drawing in their spare time. However, this cabinet does not contain scissors (for safety reasons). 089 #00:47:49-9#

- Paintings that are left for drying have to be taken off quite soon, because the ergotherapy room is also used for one-on-one meetings. Paintings that feature a dark subject should not frighten other patients. 089 #00:48:39-7#

12 Psychoeducation

- Psychoeducation was hosted by a nurse with diploma. 089 #00:08:16-1#
- Psychoeducation: Similar to a lecture. The nurse teaches patients about the disease. 089 #00:49:37-9#
- In session 4 of 6: emergency plan and the golden rules. 089 #00:50:06-1#
- “Emergency plan is a form that should be filled out by the patient in a moment of clear thinking. It is an action plan that is supposed to be used in case of a future psychic emergency situation. The plan contains: early warning signs, behavior in such a situation, a person to be informed/called. Filling out this emergency plan means taking decisions in advance: In case of an emergency these decisions have already been made. “I will call this person when I feel bad.” is a decision that is made in advance and should be kept in written form. So in such a situation no time is needed for deciding.” 089 #00:50:14-3#
- Early warning signs: One patient listed a number of early warning signs. Another patient reacted on these signs and said: For him, these kind of signs come up when he is already in the middle of a crisis. This is the third time he is in a depression, so he could identify early warning signs that come up before: tension, shivering etc. He ignored these signs, but in retrospective he could identify that all started with signs like these. [INT]: an example of interaction between patients 089 #00:51:16-5#
- “Golden rules: A list of activities that should give a good feeling to patients. This led to resistance. One patient said: She did do all the activities on the list, but depression still started. S17: It is important to do these activities, but if the problem is still here, you won’t succeed. You have to find a solution for the problem. [INT]: Patients did not feel understood. “This does not apply for me.” My disease is more than just that. “You have no idea about how I am feeling.” I have no idea what patients are going to do with the information they learned in this session. The patient above will probably not use the list of golden activities.” 089 #00:52:43-5#
- “Another patient said: “I am not having depression, I am depressive.” I felt like other patient agreed with him. One patient said she has chronic pain and realized she is depressive for years now. [INT]: Patients can’t see a way out. /int Patient [on what you would tell someone about your disease]: I have a screw loose. And if you can see my eye sparkling, you better leave me.” 089 #00:54:52-1#
- Patients sometimes try to argue with nursing staff. One patient moved from another ward to the depression ward on Thursday. This patient tried to dictate his expectations to the nursing staff. He threatened staff with being suicidal otherwise. [INT]: I felt like provocation is taking place in several situations. Or argumentation. 089 #00:56:41-4#
- “[INT]: It was difficult for patients to accept the theory from the psychoeducation session. Patient would (or could?) not see what they have been taught.

- Patient who said “I am depressive”: To some extent I felt like he accepted that he is depressive and that he is not willing to change himself. I also had the impression that he might have other disorders than only a depression. This also shows that patients have to be willing to change something (on their person or situation).” 089 #00:57:19-1#
- After session: S17 told me that resistance was quite low today. S17 just returned from vacation and didn’t want to start arguing. S17 accepted that there is resistance and just continued with their teaching session. S17 is doubting the usefulness of psychoeducation and already asked S1 to no longer offer psychoeducation session, but without success. 089 #00:58:33-1# [INT]: Very difficult to teach patients about their disease. 089 #00:59:07-3#
 - S17: At the session on suicidality: Some patients tend(ed) to use the session as a platform (possibly to get attention and appreciation). Therapists have to pay attention on this and will not let patients tell about their suicidal tries. No audio reference

13 Unsorted Notes

13.1 Austrittsgespräch

- “S3 after having talked with a patient about her discharge, S3 returned to the Stationszimmer and recorded this event to the “Verlauf”.” 088 #00:11:00-5#
- “Talk about the discharge from the hospital (between S3 and patient): How does patient feel? What does she think about the future? How did drive and mood evolve during your stay? (Not sure if S3 asked about drive and mood only because she knew I was interested in.) Patient’s mood: was at 2, now between up to 8 and down to 3. Drive: was missing in the beginning, now drive is here. Patient said: she has to distract herself to get concentrated on something. Patient could distinguish between mood and drive. S3 to patient: “I like how your gestures and facial expressions came back. In the beginning, I could not see much.” 088 #00:21:44-0#

13.1.1 Talk with the ward’s head:

- Talk with the station’s head (S1): We talked about my observations. 089 #01:14:55-4#
- Three groups (yellow, red, green): made for better organization, management, responsibilities and delegation clearly assigned. Group yellow is all CBASP, red and green are IPT. There is a third treatment method in preparation (somatoform?), but has nothing (not yet?) to do with the three groups. 089 #01:16:06-8#
- “I was talking about drive and mood with S1. I had the impression that it is not very important to her. Drive and mood are like two symptoms (according to S1). S1 also said: Drive increase is mainly addressed in therapies. Most therapy approaches have not an immediate impact on drive, but a mid- to long-term impact. The only exception is a sleep deprivation therapy (“Wachtherapie”, “Schlafentzug”). Works like this: Patients are woken up in the middle of the

night (at 2.30 am). Patients are not allowed to sleep during the day (not even for a short nap), because the effect would be lost. Like this, patients will have increased drive in the afternoon. This is a short term effect only, it will be lost for the next day. At the ward, they offer this therapy twice per week." 089

#01:17:18-2#

- Mood: Two forms: DPI DIP DIS (?) and Hamilton (non-self-assessment). 089 #01:19:39-8#
- Before, patients had to fill out this form on a weekly basis. This led to biased results, because patients were worried that if they have a good rating, they would have to leave the hospital and would not get the treatment they feel they need. Therefore, this form is only filled out in the beginning, once in the middle of their stay, and once towards the end maybe. 089 #01:20:03-2#
- "Earlier, patients stayed for a long term, several months, up to 9 months. Now, for economical and organizational reasons, patients stay for a shorter period. The main goal of the therapy (from an organizational perspective) is to become semi-stationary. Semi-stationary patients should become outpatients as fast as possible. Semi-stationary ("teilstationär", "TSA") sleep at home and come to the hospital for 2-3 days. Some of those patients start working again." 089

#01:20:27-8#

- One patient was here for 6 weeks and left that day. One patient (Austrittsgespräch) stayed for 7 weeks. 089 #01:21:17-7#

- S1: "Patients can profit more from group therapy sessions than from one-on-one with therapists." No audio reference

- There also exists computer based exercises. From my understanding, these exercises focus on attention/concentration. No audio reference

INT : It was important for all to get a current mood overview in the beginning of any session (e.g. Tagesbesprechung, group therapy sessions, ergotherapy session). For therapists to get a hear about recent incidents and a current picture. For other patients to hear this as well, to treat someone with more caution.

089 #01:23:16-8#

13.2 Information system

- "The hospital's information system contains: "Verlauf" (a documentation of all therapeutical activities of a patient, each therapist and nurse can make notes), personal information (including stature, hair and eye color, size, weight; important in case someone disappears), personal schedule (each patient has its own Outlook calendar, care personnel can schedule events for patients), vital signs (this is the only quantifiable data in the system, everything else is free text; graphs can be generated from this data), " 088 #00:11:58-1#
- The following vital signs are measured on a regular basis and recorded in the system: blood pressure, pulse, weight (once per week). Depending on the medication, temperature, blood sample, and urine sample are taken. Additional vital signs can be saved in the system, but they are very rarely used. (I believe the system is designed for all kinds of medical treatment.) It depends on medication and on order of a physician, how regularly this data is measured. In the beginning, that's either twice per day or in a chess board pattern. These vital signs are notably important to learn about patients' reaction on medication.

088 #00:13:58-9#

- Example for scheduling an event: An ECG specialist called the ward and asked for an appointment with a patient. The nurse checked this patients calendar and scheduled an appointment. Then, she wrote the time down on an appointment note which will be handed to the patient later (or placed on the appointment board). 088 #00:12:54-1#
- I was surprised by the fact that psychologists and doctors had a paper calendar to schedule their meetings. 089 #00:35:14-9#
- There were quite a lot informal or unscheduled or very short meetings going on. E.g. a patient asked after a session for a short personal talk. Or nurses had to coordinate a new entry / a leave / an entry from another ward. Responsibilities had to be made clear. 089 #00:35:38-3#
- In contrary to these kinds of appointments, on the calendar system there were the more scheduled kind of events. 089 #00:36:18-5#

13.3 Unrelated notes

- In general, patient's life at the hospital is all inside the ward. 088 #00:08:42-9#
INT : I feel like the table in the Stationszimmer forms the heart of the ward. There is so much going on at and around this table. Nurses usually returned to the Stationszimmer whenever they had something done. There, they were talking with other nurses or therapists. They wrote something on the computer (writing on a patient's documentation "Verlauf"). 088 #00:09:27-2#
- A nurse once walked in and asked another nurse whether one patient is allowed to take this medicine. The nurses in the Stationszimmer did not check with the computer. They solved this in a short discussion. One of the nurses knew the details about the prescription. 088 #00:10:22-1#
- Fango: They use fango for warmth and comfort. 088 #00:20:58-6#
- Light therapy: There is also a light therapy machine inside one of the multipurpose group-therapy rooms. No audio reference
- Kai Zen session: Three topics have been discussed: scheduling of Oberarztvisite (physicians round) because it always takes longer as planned; where to place/stow material for taking blood probes; responsibility for changes in medication in case of an absence of the responsible therapist (triggering problem).

No audio reference

E. Interview Transcripts

E.1. Transcript of the Interview with Participant 1

#00:02:22-7# R1: Welche verschiedenen Personen oder Berufe oder auch Rollen gibt es hier in dieser Praxis, oder in der Klinik im Allgemeinen?

#00:02:31-5# In der Praxis hier gibt es Psychologen, Ärzte und Administration.

#00:02:36-6# Also ne Assistentin, die Empfang und das ganze Geldmanagement und Patientenmanagement und so unterstützt.

#00:02:50-4# In der Klinik gibt es zusätzlich noch alle möglichen anderen Berufsgruppen:

#00:02:51-9# Pflegefachleute natürlich viele, dann Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Physiotherapeuten, ich glaub das sind sie alle.

#00:03:03-2# Hotellerie natürlich auch noch, wir haben eine Wäscherei, Küchenmitarbeiter.

#00:03:14-6# Im stationären Bereich ist es ja ein eigenes grosse Business, eigentlich eine kleine Stadt für sich.

#00:03:26-5# R2: Darf ich eine kleine Frage stellen: Was ist eigentlich der Unterschied zwischen der Rolle des Arztes und des Psychologen?

#00:03:37-8# Ja, das ist eine grosse Frage, keine kleine Frage.

#00:03:44-6# R2: Zum Beispiel in der Behandlung?

#00:03:43-5# Wenn du als Patient auf die Station kommst, dann wird für dich der Unterschied sehr gering sein.

#00:03:52-7# Weil du wirst entweder einem Psychologen zugeordnet oder einem Arzt, der für dich zuständig ist und auch die Psychotherapien mit dir macht,

#00:03:59-5# auch mit den Medikamenten schaut, dass du die richtigen hast. Das wird er dann abprechen mit dem Arzt.

#00:04:05-8# Die körperliche Untersuchung wird am Anfang vom Arzt vorgenommen.

#00:04:10-2# Aber beide behandeln gleichmässig Patienten, jedenfalls bei uns [...].

#00:04:17-8# Beide werden supervidiert vom Oberarzt.

#00:04:22-2# Sonst: Ein Psychologe hat Psychologie studiert, ein Psychiater Medizin, das sind halt unterschiedliche Hintergründe die man hat.

#00:04:30-7# Ein Psychiater versteht auch was von Neurologie, von Hirntumoren und von andern Erkrankungen.

#00:04:41-7# Man kann dadurch besser Differenzialdiagnosen machen. Weil manche körperliche Erkrankungen erscheinen als psychische Erkrankungen.

#00:04:49-2# Da ist es wichtig auf die Idee zu kommen: Es könnte auch eine körperliche Krankheit sein.

#00:04:53-6# Psychologen haben einen anderen Background. Die haben zum Beispiel auch Organisationspsychologie studiert.

#00:05:02-0# Die haben andere Paradigmen mit denen sie eine Auseinandersetzung hatten. Sie sind meistens besser ausgebildet in Psychotherapie.

#00:05:19-3# R1: Vielleicht können Sie einmal einen typischen [depressiven] Patienten beschreiben?

#00:05:31-8# Der typische Patient insgesamt, den gibt es eigentlich nicht.

#00:05:34-1# Psychische Krankheiten sind ja sehr häufig. Neuere Untersuchungen zeigen dass fast die Hälfte, es sind glaube ich 48% in den aktuellsten Untersuchungen europaweit gemessen, aller Menschen einmal in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung erleiden werden.

#00:05:53-8# Also praktisch die Hälfte. Insofern sind das Menschen aller Klassen, Rassen, sozialen

Levels, mit allen möglichen Sorten von Problemen die, wenn sie schwer genug sind, zu einer psychischen Krankheit werden können.

#00:06:16-8# Also der typische psychiatrische Patient gibt es nicht. Das sind Menschen wie du und ich.

#00:06:23-3# Der typische depressive Patient hat eben hauptsächlich seine depressiven Symptome:

#00:06:31-5# Das sind eben Stimmungssymptome: Traurigkeit, eher so ein Gefühl der Gefühllosigkeit und verminderter Antrieb, Freudlosigkeit, verminderte Zukunftshoffung, also auch Hoffnungslosigkeit, häufig auch eben suizidale Gedanken.

#00:06:51-1# Das sind so die Hauptsymptome. Es gibt manchmal noch ein Spektrum von Patienten mit atypischen Symptomen, die sind seltener, gibt's aber auch.

#00:07:03-1# Die eher Gewichtszunahme hat wenn's ihnen schlecht geht, normalerweise hat der depressive Patient Gewichtsabnahme, die eher Heisshunger haben vor allem eben im Winter, wenn es dunkel wird.

#00:07:16-8# Und es gibt eine sogenannte larvierte Depression die sich versteckt hinter körperlichen Symptomen,

#00:07:27-3# so Schläppheit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, wo aber eigentlich der Grund die Depression ist.

#00:07:37-9# Aber die typische Depression besteht aus Interesslosigkeit, gedrückter Stimmung und vermindertem Antrieb.

#00:07:50-3# R1: Wie sieht dann ein typischer Ablauf aus, einer Person die hier zu Ihnen in die Praxis eingewiesen wird, bis sie keiner Behandlungen bedarf, bis sie die Praxis verlassen kann?

#00:08:12-8# Das ist natürlich auch sehr unterschiedlich.

#00:08:11-6# Es gibt Menschen die kommen zu einigen wenigen Konsultationen.

#00:08:19-5# Das Problem ist psychotherapeutisch gut in den Griff zu bekommen, eigentlich mehr ein Lebenscoaching dann in solchen Situationen.

#00:08:30-2# Bis hin zu Menschen die sehr lange in der Praxis sind, in Krisen, Zuspitzungen dann ins Krankenhaus müssen,

#00:08:41-9# mehrere Wochen bis Monate im Krankenhaus behandelt werden müssen und dann wieder zur Nachbehandlung kommen, wo sich der Prozess dann über Jahre hinziehen kann, die immer wieder Behandlung brauchen.

#00:08:54-7# R1: Können Sie mir ein bisschen mehr über den Moment erzählen in dem ein Patient das erste Mal in so eine Klinik oder Praxis kommt?

#00:09:09-3# Das ist bei Klinik und bei Praxis so, dass es ein Schritt ist den die Patienten machen, ein schwieriger Schritt.

#00:09:16-1# Zum Psychiater gehen ist zwar nicht mehr ganz so schlimm wie früher, das Stigma hat deutlich abgenommen, aber ist immernoch da.

#00:09:23-9# Man muss einige Überwindung, innere Überwindung machen.

#00:09:30-0# Man muss sich zugestehen, dass man nicht mehr alleine zurecht kommt, dass man externe Hilfe braucht.

#00:09:36-7# Das ist für viele schon mal schwierig.

#00:09:38-6# Und dass die Hilfe dann wegen eines psychischen Problems dann eben am besten der Psychiater macht, das ist der zweite Schritt den man machen muss.

#00:09:51-9# R1: Melden sich diese Patienten oftmals freiwillig, oder werden die auch eingeliefert, oder wie muss ich mir das vorstellen?

#00:10:02-3# In der Klinik ist das beides, in der Praxis kommen sie freiwillig.

#00:10:08-4# Es gibt ganz ganz seltene Fälle wo es gesetzliche Auflagen gibt, dass Menschen sich

- ambulant einer Psychotherapie stellen müssen. Die behandeln wir aber hier in der Praxis nicht.
- #00:10:21-4#** Und in der Klinik ist es so dass etwa 20% im Kanton Zürich zwangseingewiesen werden.
- #00:10:27-8#** Das ist von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich.
- #00:10:35-5#** Auch die Art, das Gesetz, wer zwangseinweisen darf ist in den Kantonen ganz unterschiedlich geregelt.
- #00:10:39-3#** Im Kanton Zürich darf es jeder Arzt.
- #00:10:46-3#** R1: Was sind denn die ersten Schritte, wenn ein Patient zu Ihnen kommt?
- #00:10:52-5#** Na erstmals schildert er sein Problem, warum er gekommen ist.
- #00:10:56-6#** Manchmal hat man schon Vorinformation vom Hausarzt oder anderen die Zuweisen.
- #00:11:00-9#** Und sonst wird die erste Stunde damit vergehen dass man sich kennenlernt und natürlich auch das Problem des Patienten kennenlernt.
- #00:11:10-2#** Versucht einzugrenzen, man versucht eine Verdachtsdiagnose vielleicht schon mal zu stellen.
- #00:11:14-9#** Also sich zu überlegen in welchen Bereich gehört die Störung.
- #00:11:18-2#** Wo liegen die Probleme?
- #00:11:22-1#** Und dann möchte der Patient natürlich auch wissen nach der ersten Stunde wie es dann weitergeht.
- #00:11:25-1#** Also was hat er, wie beurteilt man seine Situation, was gibt es für Vorschläge für weitere Behandlungen.
- #00:11:32-4#** Das ist in der Regel so die erste Stunden.
- #00:11:36-3#** Und dann geht es eben je nach Problem weiter mit Problemlösung, Therapien,
- #00:11:41-9#** aber am Anfang ist eigentlich immer so die Diagnostik, dass man schaut was liegt überhaupt für Problematik vor.
- #00:11:47-8#** Lösungsansätze können sehr verschieden sein und deshalb muss man genau wissen, was das Problem ist.
- #00:11:57-1#** R1: Wie sieht dann eine Therapie eines depressiven Patienten aus?
- #00:12:08-6#** Ja da gibt es unterschiedliche Elemente:
- #00:12:11-4#** Das eine ist, fangen wir damit an mit der Psychoedukation, der sogenannten
- #00:12:18-0#** Das heisst, man spricht mit dem Patienten auch über seine Erkrankung,
- #00:12:23-7#** über die vermutete Diagnose.
- #00:12:26-3#** Edukation ist immer so ein bisschen ein doofes Wort, weil es wie bei einem Schüler klingt: Education.
- #00:12:33-1#** Aber das ist schon so, dass der Patient auch über seine Krankheit einiges lernen soll
- #00:12:40-8#** und für eine gute Therapie auch lernen muss.
- #00:12:43-4#** Er muss Frühzeichen seiner Krankheit erkennen.
- #00:12:49-5#** Er muss verstehen warum man welche Therapieansätze macht.
- #00:12:52-5#** Häufig reicht die Störung ja auch nicht ins innere in die Psyche des Menschen, sondern auch ins Umfeld.
- #00:13:01-9#** Angehörige sind oft betroffen.
- #00:13:07-3#** Es betrifft meistens die berufliche Situation.
- #00:13:09-3#** Die Beziehung von Menschen sind häufig mitbetroffen von psychischen Erkrankungen.
- #00:13:13-6#** Und diese Zusammenhänge zu erfassen ist wichtig für den Patienten.
- #00:13:16-3#** Dann gibt's Psychotherapien wo man mit dem Patienten arbeitet auf einer Gesprächsebene
- #00:13:24-6#** mit bestimmten gelernten Techniken arbeitet, seine Probleme zu erkennen und zu überwinden.

- #00:13:33-4# Zum Teil übende Verfahren, zum Teil mehr aufdenkend erkennende Verfahren.
- #00:13:38-5# Vielen Patienten tut dann gut auch Entspannungstechniken zu lernen.
- #00:13:45-2# Das kommt ein bisschen auf die Störung an, aber bei Depressiven ist das häufig so.
- #00:13:46-9# Oder auch Menschen die im Stress sind, Burn-Out-Patienten, gehört es zum Bestandteil dass man Entspannungstechniken lernt und übt miteinander.
- #00:13:56-9# Dann auch so was wie neuere Therapien, so mindfulness-based Ansätze.
- #00:14:09-7# Das kommt aus dem asiatischen Raum ursprünglich.
- #00:14:12-3# Dass man so die Welt mit andern Augen sieht, vielleicht, die Welt lernt mit anderen Augen zu sehen, bewusster zu sehen, viel aufmerksamer [sie] wahrzunehmen.
- #00:14:29-8# Da gibt's verschiedene Übungen, verschiedene Techniken die man da machen kann.
- #00:14:28-1# Weil viele Menschen halt sehr in ihrem Beruf verfangen sind,
- #00:14:39-9# und nichts mehr anderes sehen, keinen Genuss mehr haben können,
- #00:14:40-4# und den Genuss, das Geniessen erst wieder lernen müssen.
- #00:14:43-4# R1: Und das [unterbrochen]
- #00:14:46-3# Und Medikamente natürlich. Bei vielen Störungen sind Medikamente wichtig, die unterstützen.
- #00:14:52-9# Andere Therapien: Musiktherapie, Ergotherapie, Physiotherapie ist auch nicht unwichtig bei psychischen Erkrankungen.
- #00:15:00-2# Also körperliche Tätigkeit.
- #00:15:02-2# Es gibt ein ganzes Sammelsurium von verschiedenen Therapieansätzen,
- #00:15:06-9# und das muss man dann halt schauen, je nachdem welches Problem vorliegt
- #00:15:09-2# So ein Baukasten sag ich immer, oder ein Handwerkskoffer sag ich immer,
- #00:15:17-8# so zusammenzustellen, den der Patient auch später nutzen kann, wenn er nicht mehr in Therapie ist.
- #00:15:21-0# R2: Sind die Methoden der Therapie gleich für ambulante Patienten und auch im Klinikum?
- #00:15:28-4# Ja, eigentlich im Grundsatz ja.
- #00:15:31-5# Man kann ambulant ein bisschen länger mit den Patienten arbeiten.
- #00:15:35-1# In der Klinik die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist 30 Tage da kann man gar nicht sehr viel machen.
- #00:15:42-6# Dafür ist die Klinik natürlich intensiver,
- #00:15:44-5# schützt mehr natürlich bei gefährdeten Patienten
- #00:15:48-7# man kann etwas intensiver mit ihnen arbeiten
- #00:15:54-1# Übliche Frequenz in der Praxis ist einmal pro Woche eine Stunde die man mit dem Patienten arbeitet
- #00:15:58-6# und in der Klinik ist der natürlich wirklich dort
- #00:16:02-9# und kann viel intensiver behandelt werden
- #00:16:03-4# aber die Verfahren, die Techniken sind eigentlich die gleichen
- #00:16:07-2# R1: Bleiben wir bei diesem Unterschied zwischen Klinik und ambulanten Patienten:
- #00:16:23-3# R1: Wieso gibt es Patienten die eher in die Klinik gehen und solche die sich ambulant behandeln lassen?
- #00:16:35-6# Es gibt Menschen die gefährdet sind durch Suizidgedanken, akut gefährdet, die den Schutz brauchen,
- #00:16:44-2# und es gibt Menschen die gefährlich sind für andere.
- #00:16:51-0# Das sind die zwei Hauptgründe die dazu führen dass man in die Klinik geht oder gehen muss.
- #00:16:57-6# Und dann gibt es Symptome die so schwer sind, dass sie mit einmal in der Woche einfach

- nicht ausreichend behandelt werden können.
- #00:17:07-9#** Wo die Patienten so niedergeschlagen sind, dass sie keinerlei Freude mehr haben, wo dann einmal in der Woche sich zu sehen einfach nicht reicht,
- #00:17:16-9#** da ist zu viel dazwischen dem sie hilflos ausgeliefert sind.
- #00:17:21-2#** Das sind so vielleicht die drei Hauptgründe.
- #00:17:26-9#** Es gibt noch ein paar Nebengründe.
- #00:17:28-1#** R2: Dann wäre es richtig zu sagen, dass die Leute die im Klinikum sind, die haben sich nicht dafür entschieden. Man kann sich nicht entscheiden: Ich gehe ins Krankenhaus.
- #00:17:37-7#** Doch, doch ja. Die meisten, also deutlich die meisten haben das für sich so entschieden.
- #00:17:47-4#** Entweder ganz alleine, das gibt es auch,
- #00:17:49-7#** dass Menschen sagen ich bin jetzt so verzweifelt ich muss jetzt in die Klinik und direkt hingehen.
- #00:17:51-7#** Die meisten kommen über ihren Hausarzt oder ihren Psychiater ambulant, die man dann einweist in die Klinik.
- #00:17:58-3#** Und eben so ungefähr im Kanton Zürich, das ist aber relativ hoch im Schweizer Schnitt, 20% werden gegen ihren Willen eingewiesen.
- #00:18:09-2#** Das ist aber eben, also eben 80% freiwillig, 20% nicht freiwillig.
- #00:18:15-1#** R2: Aber wenn zum Beispiel ich depressiv wäre, könnte ich entscheiden, dass ich im Krankenhaus bleibe oder muss das ein Arzt entscheiden, ob die Krankheit genug schwer ist?
- #00:18:30-6#** Naja, du entscheidest dass du hingehst in die Ambulanz oder zum Psychiater
- #00:18:35-8#** und dann berät man miteinander
- #00:18:39-1#** aber das ist nicht eine einseitige Entscheidung vom Arzt, das wird miteinander besprochen
- #00:18:48-9#** und in der Regel wenn der Patient das Gefühl hat, ich halt's nicht mehr aus zuhause,
- #00:18:53-3#** oft sind ja Konflikte auch zuhause
- #00:18:55-1#** Ich muss mal raus genommen werden aus diesem Umfeld,
- #00:18:57-5#** dann wird der Arzt nicht sagen, das geht nicht.
- #00:19:02-8#** R1: Wie kommt es dann zum Moment in dem ein Patient eine Klinik verlassen kann?
- #00:19:12-8#** Das läuft genauso. Das ist auch ein Gespräch zwischen Patient und Arzt
- #00:19:18-3#** Wenn man das Gefühl hat jetzt geht's wieder zuhause.
- #00:19:25-6#** (unverständlich)
- #00:19:27-3#** Es wird wirklich gemeinsam. Man sieht es geht deutlich besser.
- #00:19:31-5#** (unverständlich)
- #00:19:32-9#** Man ist auch nicht nur in der Klinik und dann wieder ganz nur zuhause.
- #00:19:38-0#** Sondern zwischendurch gibt es Urlaube zuhause,
- #00:19:40-8#** am Wochenende, auch wenn er in der Klinik ist,
- #00:19:41-7#** wo man die Belastung mal sieht, wie erträgt der Patient die Belastung wieder
- #00:19:48-0#** und dann macht man damit seine Erfahrungen.
- #00:19:52-5#** Dann muss man die Nachbehandlung organisieren.
- #00:19:54-3#** Und irgendwann ist dann der Moment wo man gemeinsam sagt, so jetzt können Sie wieder nach Hause.
- #00:19:55-9#** Manchmal ist es eher der Patient der drängt, manchmal ist es dann eher der Arzt.
- #00:20:05-5#** Es gibt's eigentlich selten Patienten die eigentlich schon wieder zu gesund sind
- #00:20:08-6#** und dann trotzdem noch gerne bleiben, weil, das gibt es auch, aber das ist eher selten.
- #00:20:13-5#** weil das ist natürlich auch gewisserweise angenehm in der Klinik,
- #00:20:21-3#** man muss für nichts sorgen, man muss nicht kochen man muss nicht für seinen Unter-

halt sorgen,

#00:20:24-6# man hat Leute um sich rum, das ist für manche Menschen auch attraktiv,

#00:20:28-8# das muss man dann natürlich auch besprechen,

#00:20:30-6# das ist dann auch ein Symptom eigentlich, wenn das so auftritt.

#00:20:35-7# R1: Wie läuft denn ein Tag ab für einen Patienten in einer Klinik?

#00:20:42-8# Also heutzutage sehr individuell.

#00:20:48-5# Der Patient bekommt bei der Aufnahme, mit den ersten Gesprächen, bekommt er ein Programm geliefert für die Woche

#00:20:58-5# Also wir haben so ein Musterprogramm wo alle Therapien drin stehen, da ist der ganze Wochenplan belegt,

#00:21:06-1# wenn man das alles machen würde, würde man mehr arbeiten als wir,

#00:21:07-6# und aus diesen vielen Möglichkeiten wir mit dem Patient gemeinsam in der Regel ein Programm erstellt

#00:21:17-4# Und dann kriegt er ein Stundenplan, wie in der Schule

#00:21:19-2# und zu den Therapien soll er dann auch da sein,

#00:21:26-7# und in der Zwischenzeit kann er sich frei bewegen.

#00:21:28-3# R1: Da hat er auch eine gewisse Flexibilität, das mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten zu besprechen?

#00:21:42-3# Ja

#00:21:42-3# R1: Was sind denn das für Aktivitäten die ein Patient in der Zwischenzeit, zwischen den Therapien oder Behandlungen durchführt.

#00:21:54-2# Die allermeisten Patienten haben freien Ausgang,

#00:21:59-1# das heisst sie können an die frische Luft gehen, spazieren gehen

#00:21:59-1# Musik hören auch lesen, sich in ihr Zimmer mal zurückziehen,

#00:22:06-3# vieles läuft auch im Gespräch mit anderen Patienten,

#00:22:09-5# die haben zum Teil ähnliche Probleme wo man auch viel lernen kann

#00:22:12-3# Dann gibt's Besuche von den Angehörigen,

#00:22:19-9# also sehr verschiedene Möglichkeiten.

#00:22:25-0# R2: Essen die Patienten zusammen, oder essen sie alleine?

#00:22:29-1# Sie können alleine essen, in der Regel essen sie zusammen auf der Station

#00:22:34-8# oder sie gehen, das können sie auch, mit ihren Angehörigen in das Restaurant gehen.

#00:22:41-5# Also in der Klinik gibt es auch ein Restaurant für Angehörige, für Mitarbeiter und für Patienten,

#00:22:48-4# und da können auch Patienten essen gehen, das ist offen. Auch für Externe.

#00:22:54-1# R1: Vielleicht, wir haben jetzt über Patienten in einer Klinik gesprochen. Wie sieht es aus für Patienten die ambulant behandelt werden? Wie sieht dort ein Tagesablauf aus?

#00:23:14-6# R1: Arbeiten die ganz normal nebenher? Oder wie muss ich mir das vorstellen?

#00:23:18-2# Ja auch das ist verschieden.

#00:23:23-6# Die meisten arbeiten ganz normal, leben in einer Beziehung und kommen einmal in der Woche dann zur Therapie.

#00:23:24-3# So wie man Samstags zum Hausarzt geht, nur eben regelmässig und ein bisschen öfters.

#00:23:32-5# Aber es gibt natürlich Patienten, die nicht arbeiten können,

#00:23:38-1# die arbeitslos sind, oder auch aufgrund ihrer Erkrankung krankgeschrieben sind,

#00:23:38-4# und nicht arbeiten können.

#00:23:44-0# Es gibt Patienten die sind IV, Invalidenrentner, aufgrund ihrer Erkrankung.

#00:23:50-8# Also auch das ist verschieden, aber das ist so wie im normalen Leben auch.

- #00:23:51-6# Da gibt es sozusagen das gesamte Spektrum, was man in der Gesellschaft vorfindet, gibt's natürlich auch bei unseren Patienten.
- #00:23:59-3# R1: Dann möchte ich gerne noch ein bisschen mehr über eine typische Therapiesitzung hören. Wie läuft das ab? Gibt es da viel Gespräch? Oder wie muss ich mir das vorstellen.
- #00:24:27-5# Auch das ist sehr unterschiedlich. Da gibt es ganz unterschiedliche Therapieansätze.
- #00:24:30-2# Also es gibt die.. Berühmt ist ja die Psychoanalyse.
- #00:24:36-1# Wo man versucht frühe Kindheitsmuster aufzudecken.
- #00:24:44-8# Das heisst dort wird man biographisch arbeiten,
- #00:24:44-8# wird mit dem Patienten seine Biographie durchgehen,
- #00:24:47-6# von vor der Geburt angefangen bis heute.
- #00:24:51-5# Man wird schauen wo im Verlauf der Entwicklung Störungen aufgetreten sind.
- #00:24:58-8# Wo Konflikte nicht richtig bearbeitet wurden,
- #00:25:02-6# und über diesen Prozess der biographischen Arbeit dann versuchen,
- #00:25:08-3# dass der Patient das erkennt auch,
- #00:25:09-4# wo er Konflikte nicht richtig verarbeitet hat, die heute noch wirken,
- #00:25:15-8# und durch dieses Erkennen dieses nicht bearbeiteten Konflikts sozusagen die Konfliktlösung nachholt.
- #00:25:19-5# Das ist so kurz beschrieben etwas verkürzt das Prinzip der Psychoanalyse,
- #00:25:27-5# dann gibt's aber auch Verhaltenstherapeutische Methoden die rein übend arbeiten,
- #00:25:31-9# dort ist die Theorie dass man Fehlverhalten oder Symptomatik, Fehlerleben
- #00:25:38-9# sozusagen dass man das lernt, und auch wieder verlernen kann.
- #00:25:41-5# Alles was man lernt kann man auch wieder verlernen.
- #00:25:43-6# Angsterkrankungen sind dabei ein typisches Beispiel, Phobien,
- #00:25:50-7# Also wenn Sie eine Fahrstuhlphobie haben zum Beispiel dann ist das gelernt, das ist nicht in Genen.
- #00:25:54-8# Gen kennt keine Fahrstühle
- #00:25:57-1# Sondern das ist ein erlerntes Verhalten, eine erlernte Angst.
- #00:26:00-0# Und die kann man wieder verlernen durch Übung.
- #00:26:04-9# Und die erste wie gesagt das ist so das was man sich vorstellt vom Psychiater, man sitzt sich gegenüber und redet miteinander,
- #00:26:11-2# meistens redet der Patient,
- #00:26:15-5# während das andere ist ne ganz andere Form von Therapie
- #00:26:16-3# da geht man raus und geht in die Geschäfte, und lässt den Patienten Rolltreppen fahren,
- #00:26:21-6# erst ganz kleine, und dann geht man mit ihnen und fährt grössere Rolltreppen
- #00:26:25-2# und dann geht man in Lift, und zwischendrin übt man Entspannungstechniken,
- #00:26:30-5# dass sie dann auch etwas haben wenn die Angst kommt was sie machen können.
- #00:26:33-5# Also da gibt's sehr unterschiedliche Ansätze.
- #00:26:36-3# R2: Gibt es spezifische Arten von Therapien für Leute die Depressiv sind?
- #00:26:39-6# Ja für depressive gibt's auch diese beiden Formen als Hauptschulen,
- #00:26:48-2# es gibt noch ganz viele andere Schulen,
- #00:26:48-8# heute gibt es sehr viel mehr, das ist eine Entwicklung der letzten 20 Jahre
- #00:26:53-2# sehr viel mehr Psychotherapie, mit Kurzpsychotherapiemethoden die
- #00:26:58-6# die diagnosenspezifisch sind, also speziell bei Depression gut sind,
- #00:27:06-6# oder bei Depression und Angsterkrankung, die sind häufig gemischt gut sind
- #00:27:10-6# IPT ist eine Technik, wo man interpersonell arbeitet,
- #00:27:21-9# also dort ist die Theorie dass Störungen die depressiv machen sehr viel etwas zu tun

- haben mit dem interpersonellen, also mit dem Umgang mit anderen Menschen,
- #00:27:28-7#** und das wird angeschaut,
- #00:27:28-6#** Wie reagier ich auf andere?
- #00:27:30-9#** Wie erleb ich andere Menschen?
- #00:27:32-7#** Wie erleben andere Menschen mich?
- #00:27:39-6#** Wie denke ich, dass andere Menschen mich erleben?
- #00:27:40-8#** Und wie ist es wirklich?
- #00:27:42-9#** Nach solchen Mustern wird dann dort gearbeitet.
- #00:27:45-0#** Und dann gibt's noch spezielle Techniken, CBASP [Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy] ist eine ganz moderne Form.
- #00:27:47-4#** Also das sind immer wieder sehr verschiedene hypothesengeleitete Dinge, die sich dann in Studien bewährt haben,
- #00:27:55-9#** Therapien die sich in Studien bewährt haben, und die dann jetzt systematisch angewendet werden
- #00:28:03-3#** Es wird jetzt zu weit führen alle die möglich sind aufzuzählen.
- #00:28:07-1#** R1: Ja, klar.
- #00:28:08-2#** R1: Was verwenden Sie denn für Materialien für solche Sitzungen?
- #00:28:17-8#** R1: Verwenden Sie auch irgendwelche Arbeitsblätter oder Fragebögen?
- #00:28:22-7#** Speziell bei diesen eher verhaltenstherapeutisch orientierten Techniken da gibt es natürlich richtige Übungen.
- #00:28:25-7#** Also da gibt es vom Tagebuch anfangen,
- #00:28:29-8#** bei Schlafstörungen Schlaftagebücher, dass die Patienten morgens aufschreiben müssen wie lange sie geschlafen haben,
- #00:28:35-6#** vielleicht was sie geträumt haben, wie gut sie geschlafen haben,
- #00:28:39-2#** Dann gibt's Übungshefte. Ganz einfache Übung: Der Patient muss jeden Tag etwas schönes erleben.
- #00:28:48-7#** Ganz bewusst. Und das aufschreiben, was er schönes erlebt hat.
- #00:28:54-2#** Das kann was ganz Banales sein, vom schönen Vogelflug, bis zu einem schönen Abendessen mit der Freundin oder Freund.
- #00:28:59-1#** Aber er muss irgendwas aufschreiben.
- #00:29:04-8#** Dann gibt's so Selbstbeurteilungen: Wie ging's mir heute? Was sind meine Hauptprobleme?
- #00:29:09-6#** Das ist die erste Stunde die dann damit mit der Identifikation der Hauptprobleme?
- #00:29:15-4#** Und dann werden die beurteilt jeden Tag, auf einer Skala von 1 bis 10 oder so.
- #00:29:19-6#** Und da gibt's ganz viele solcher Techniken.
- #00:29:24-0#** Es gibt auch Hausaufgaben, wo man sich jeden Tag was Gutes tun muss,
- #00:29:28-6#** oder wo man jeden Tag eine Treppe weiter steigen muss oder so
- #00:29:34-3#** also wie beim Muskelaufbau, so ist es manchmal auch in der Psychotherapie
- #00:29:35-7#** R1: Wie setzen Sie diese ein? Geben Sie diese Übungen als Aufgabe und dann setzt er sich damit auseinander?
- #00:29:58-2#** Genau. Wie Ufzgi in der Schule. Man kriegt Übungen mit, und dann bespricht man das in der nächsten Stunde.
- #00:30:06-9#** R1: Wie besprechen Sie das mit den Patienten?
- #00:30:10-1#** Ja man schaut es an, diese Ratings die er gemacht hat, zum Beispiel zu seinem Befinden
- #00:30:14-0#** und schaut ob ein Verlauf drin ist,
- #00:30:16-2#** und ob dann der Patient das auch so wahr nimmt,

- #00:30:20-3#** dass zum Beispiel über den Wochenverlauf die Zahlen besser geworden sind, die Ratings,
- #00:30:23-8#** seine eigene [...]
- #00:30:25-6#** Häufig klafft das auseinander, dass der Patient zwar täglich eine bessere Note macht,
- #00:30:29-0#** aber eigentlich nicht das Gefühl hat, es hat sich etwas getan,
- #00:30:32-4#** dann kann man sagen, schauen Sie, Sie haben aber selber hier eine gute Note gegeben,
- #00:30:36-7#** an dem Tag ging's Ihnen offensichtlich gut, ging's Ihnen besser.
- #00:30:41-1#** R1: Wie werden diese Aufgaben von Patienten akzeptiert? Kommen die gut damit klar?
- #00:30:56-3#** Ja klar, also wenn man Ihnen das als etablierte Therapiemethode verständlich macht, dann kommen die meisten gut damit klar.
- #00:31:08-8#** Wenn sie finden, das ist nichts für mich, das ist albern,
- #00:31:09-6#** dann muss man schauen, wie man weiterkommt, ob man vielleicht andere Ansätze dann wählt, für den Patienten
- #00:31:19-5#** oder ob das schon wieder ein Teil der Widerstands ist
- #00:31:21-6#** der sich ausdrückt dass er sich nicht richtig einlassen kann auf die Therapie
- #00:31:24-4#** dass muss man dann sehen, dass ist halt dann die Erfahrung die auch einfach notwendig ist,
- #00:31:29-7#** das rauszukriegen.
- #00:31:33-3#** Aber Patienten kommen ja zur Therapie.
- #00:31:37-1#** R1: Sie haben vorhin erwähnt, dass die Patienten verschiedene Arten von Therapien besuchen auch bei verschiedenen Therapeuten. Wie gehen die verschiedenen Beteiligten miteinander um? Findet da eine Zusammenarbeit statt oder wie wird das miteinander abgesprochen?
- #00:32:11-6#** Also speziell im ambulanten Bereich ist es ja eine Person die behandelt,
- #00:32:17-4#** Und im stationären Bereich spielt das was Sie sagen eine grosse Rolle,
- #00:32:23-4#** dass ein Behandlungsteam da ist und da gibt es natürlich viele Absprachen, ja.
- #00:32:27-7#** Da gibt es gemeinsame Konferenzen zum Patienten, mit dem Patienten, Visiten, da gibt es Absprachen.
- #00:32:34-7#** R1: Das erfolgt über solche Absprachen?
- #00:32:40-5#** Ja, solche Konferenzen. Es gibt eigentlich immer einen Fallführenden,
- #00:32:46-8#** das ist der Arzt oder der Psychologe der sozusagen zuständig ist für den Patienten,
- #00:32:49-1#** und der koordiniert dann auch die anderen Therapien.
- #00:32:53-2#** R1: Werden Informationen nur mündlich ausgetauscht oder auch schriftlich?
- #00:33:02-2#** Beides. Also mündlich vor allen Dingen.
- #00:33:04-3#** Aber es wird natürlich auch schriftlich dokumentiert im Verlauf, im sogenannten Verlauf
- #00:33:08-9#** der für jeden Patienten dokumentiert wird.
- #00:33:12-4#** von der Pflege und vom fallführenden Arzt oder Psychologen.
- #00:33:19-6#** R1: Dieser Verlauf bleibt beim fallführenden Psychologen? Oder wie muss ich mir das vorstellen?
- #00:33:28-3#** Der funktioniert heute elektronisch, mit elektronischen Krankengeschichten und ist bei uns jedenfalls,
- #00:33:32-8#** dann auch für jeden einsehbar,
- #00:33:37-2#** das heisst, der Ergotherapeut kann dann auch schauen, was der Doktor erarbeitet hat,
- #00:33:42-6#** vielleicht nicht in ganz intensiven psychotherapeutisch, psychoanalytisch biographischen Situationen,
- #00:33:49-5#** das muss ja nicht jeder wissen, was dann berichtet wird.
- #00:33:51-6#** aber so das Allgemeine wo man sich koordinieren muss,

- #00:33:54-3# das steht dann im Verlauf und ist abrufbar für jeden.
- #00:33:58-3# R2: Gibt es auch Leute die darauf achten was die Patienten in der Freizeit machen?
- #00:34:03-4# R2: Ob sie in der Freizeit aktiv sind? Oder wie die Stimmung in der Freizeit ist?
- #00:34:09-2# Man geht gelegentlich sogar auch mit um das zu sehen, wie kommt der Patient überhaupt draussen zurecht
- #00:34:16-8# und sonst wird das natürlich am Montag zum Beispiel im Gespräch dann eine Rolle spielen,
- #00:34:26-4# was hat er denn am Wochenende gemacht
- #00:34:27-1# oder man spricht mal mit den Angehörigen, mit der Ehefrau,
- #00:34:36-8# wie war's jetzt am Wochenende für Sie, wie war's für Ihren Mann
- #00:34:36-6# Also die Information von der Freizeit spielen auch eine grosse Rolle
- #00:34:42-6# das ist ja der Zustand indem man den Patienten auch zurückbringen will,
- #00:34:49-4# dass er zuhause zurecht kommt, nicht in der Klinik.
- #00:34:49-8# Das ist eben der erste Schritt, dass man in der Klinik zurecht kommt.
- #00:34:52-9# R1: Sie haben auch schon erwähnt, dass es Patienten mit Selbstmordgedanken gibt. Wie häufig kommt das vor?
- #00:35:10-5# Das kommt sehr häufig vor. Bei depressiven Patienten ist es so, dass 10-15% sterben.
- #00:35:16-2# Durch Suizid. 10-15% aller Depressiven.
- #00:35:27-7# Auch bei anderen Erkrankungen: Schizophrene auch 10%, Alkoholpatienten 10-15%,
- #00:35:30-5# Also es ist ein gravierendes Problem.
- #00:35:37-8# R1: Wie äussert sich das? Wie bemerken Sie dass ein Patient suizidgefährdet ist?
- #00:35:49-2# Gut man ist natürlich abhängig davon, dass der Patient auch einem etwas darüber berichtet.
- #00:35:54-7# Aber man muss das auch gezielt fragen. Es gehört mit zur professionellen Technik, dass man die Patienten darauf anspricht.
- #00:36:01-9# und sich ein Bild macht, wie der Patient gefährdet ist.
- #00:36:06-1# Es gibt auch unterschiedliche Gründe warum man gefährdet ist,
- #00:36:08-6# das ist bei Schizophrenen anders als bei Depressiven und wieder anders bei Alkoholabhängigen.
- #00:36:15-4# Die Gründe muss man dann auch immer ansprechen, und schauen.
- #00:36:19-6# R1: Wie gehen Sie dann damit um?
- #00:36:26-5# Wenn jemand gefährdet ist?
- #00:36:26-5# R1: Ja.
- #00:36:26-4# Dann ist wieder wichtig: Wie stark ist jemand gefährdet.
- #00:36:31-6# Hat er einfach einen Gedanken, dass das Leben eigentlich so nichts wert ist, aber das war's dann,
- #00:36:37-1# (er) würde sich nie umbringen oder so, aber ist im Moment in einer verzweifelten Situation
- #00:36:42-2# das ist dann etwas anderes als wenn der Patient sagt:
- #00:36:44-6# ich hab mich jetzt entschieden, und ich werd mir jetzt das Leben nehmen,
- #00:36:48-4# und ich hab schon Medikamente gesammelt zuhause,
- #00:36:49-8# und am nächsten Tag gehe ich nach Hause und nehme die Medikamente ein
- #00:36:53-6# das sind zwei unterschiedliche Situationen und dazwischen gibt's eine ganze Bandbreite von Konstellationen
- #00:36:58-9# und auch das ist ärztliche Kunst das raus zu kriegen, wie hoch das Risiko ist
- #00:37:08-1# Manchmal, erzählen Patienten auch nichts darüber und es gibt keine Möglichkeiten

einzugreifen.

#00:37:17-1# Und es gibt ja auch in Kliniken Suizide. Das kann man nicht immer 100% vermeiden.

#00:37:21-0# R1: Versuchen Sie das zu verhindern? Wie?

#00:37:24-0# Ja klar. Am Anfang steht die Einschätzung des Risikopotentials.

#00:37:34-5# da wird man es natürlich mit ihm besprechen auch,

#00:37:39-4# und da draus noch mal wieder einen Eindruck bekommen wie stark ist der Patient gefährdet

#00:37:43-7# und dann wird man entweder engmaschiger mit ihm reden, bis hin zu ihn auch mal nicht raus lassen,

#00:37:55-4# mal vor sich selber schützen für eine gewisse Zeit in einer akuten Phase

#00:37:57-5# oder eins zu eins Betreuung ist auch was das man machen kann,

#00:38:06-5# wo eine Pflegerin, eine Krankenschwester oder ein Pfleger immer mit dem Patienten eins-zu-eins sich mit ihm beschäftigt

#00:38:18-8# R1: Dann würde mich noch interessieren, wie sich Stimmung und Antrieb über den Verlauf der Depression beim Patienten verhält.

#00:38:41-1# Ja, das ist ja Grundlage des Projekts,

#00:38:46-5# also die Stimmung ist in der Regel schlecht bei Depressive und der Antrieb ist vermindert,

#00:38:50-8# das heisst Menschen spüren keine Kraft mehr etwas zu tun auf der einen Seite

#00:38:56-9# und gleichzeitig sind sie niedergedrückt, das sind ja zwei ganz verschiedene Dinge eigentlich,

#00:39:01-0# die aber bei der Depression typischerweise zusammenkommen,

#00:39:04-4# und durch die Therapie wird eben häufig der Antrieb zuerst gebessert

#00:39:10-4# das heisst eigentlich das erste Zeichen ist häufig, dass Patienten wieder ein bisschen mehr Kraft spüren etwas zu tun,

#00:39:20-6# ein bisschen mehr Lust haben, was zu machen

#00:39:22-1# noch bevor sie merken, dass es ihnen auch besser geht also die Stimmung besser wird,

#00:39:27-2# und das ist eben so ein Fenster das sich da auftut durch diese asynchrone Entwicklung,

#00:39:34-3# wo Menschen dann wieder den Antrieb haben sich das Leben zu nehmen,

#00:39:38-9# aber eben noch in der tiefdepressiven Stimmung drin sind und sich das Leben nehmen wollen

#00:39:46-7# R2: Also was sind die Zeichen von höherem Antrieb? Mehr Gespräche...?

#00:39:53-2# Ja, mehr Aktivität, mehr Gespräche,

#00:39:56-3# sie lesen vielleicht wieder die Zeitung, oder Musikhören macht wieder Spass,

#00:40:01-9# sie haben Besuche wieder lieber, Besuche von Angehörigen,

#00:40:08-7# oder gehen vielleicht sogar selber wieder mehr raus an die frische Luft

#00:40:14-4# sind nicht mehr nur im Bett, nur zurückgezogen

#00:40:15-8# in der schwersten Depression hat man ja gar keine Lust aufzustehen, oder keine Kraft aufzustehen

#00:40:21-6# R2: Aber es scheint keine Wirkung auf die Stimmung zu haben, obwohl sie spazieren gehen oder Musik hören?

#00:40:26-9# Ja, noch nicht. Normalerweise ist es natürlich schon so, wenn sich die Depression bessert, bessern sich alle Symptome der Depression

#00:40:33-6# R2: Also es macht keine Freude Musik zu hören, obwohl sie mehr Musik hören?

#00:40:36-6# Also in der tiefen Depression macht es oft keine Freude, überhaupt etwas zu tun.

#00:40:46-1# auch keine Zeitung lesen, auch keine Musik hören

- #00:40:47-9# und dann, wenn die Depression besser wird, bekommt man diese Freude wieder
- #00:40:51-8# das ist ein Symptom. Also die Stimmung wird besser.
- #00:40:57-1# Man ist nicht mehr so niedergedrückt, nicht mehr so traurig.
- #00:41:02-1# Und gleichzeitig hat man wieder mehr Energie. Das heisst, es ist eben nicht gleichzeitig sondern meistens ist die Energie die wiederkommt etwas zu tun vor dem dass die Stimmung besser wird.
- #00:41:14-3# Und deshalb gibt es so eine Phase wo man noch traurig ist, und noch niedergedrückt ist
- #00:41:19-3# eigentlich nicht viel Hoffnung hat, dass es besser werden kann, aber wieder etwas mehr Energie bekommt
- #00:41:24-0# und das ist halt eine gewisse Gefährdung dann weil wenn man wegen der Traurigkeit suizidal ist,
- #00:41:31-1# weil man keine Hoffnung hat sich das Leben nehmen will,
- #00:41:34-4# und dann wieder Kraft hat, das auch umzusetzen, das zu tun, also tatsächlich sich die Medikamente zu besorgen oder so
- #00:41:42-3# das ist eine gewisse gefährliche Phase
- #00:41:44-9# R1: Wie stellen Sie denn das fest, dass der Antrieb nach oben geht?
- #00:41:53-6# Ja eben durch solche kleinen Beispiele: Patienten gehen wieder leichter aus dem Bett,
- #00:42:00-0# sie sind mehr auf am Tag, sie gehen vielleicht auch spazieren
- #00:42:05-9# sie sprechen wieder mehr mit anderen Patienten
- #00:42:09-8# haben wieder mehr Freude wenn Besuch kommt
- #00:42:11-8# solche Zeichen.
- #00:42:17-2# R1: Und das hören Sie dann in der Therapie, in einer Sitzung, wenn der Patient davon erzählt?
- #00:42:23-0# Ja in der therapeutischen Sitzung, aber auch die Pflege ist natürlich da, die so was schnell mitbekommt,
- #00:42:28-4# eigentlich eher die Pflege, weil die Therapiesitzungen sind ja auch nur zwei, drei Mal die Woche, maximal
- #00:42:35-9# aber die Pflege ist ja dauernd da und kriegt die Patienten mit.
- #00:42:39-5# Also das ist etwas das auch in diesen Konferenzen dann besprochen wird
- #00:42:42-3# "Frau Müller¹⁰ hat wieder mehr Antrieb, sie war heute schon zweimal wieder draussen und sagt auch selber dass sie leicht aus dem Bett gekommen ist,"
- #00:42:50-5# so wird das dann berichtet.
- #00:42:51-9# R1: Und die Stimmung, stellen Sie das auch so fest? Wie stellen Sie fest, dass Antrieb und Stimmung dass da ein gewisser Unterschied besteht?
- #00:43:09-7# Für Stimmungsverbesserung gibt es natürlich auch Zeichen:
- #00:43:11-6# Patienten sagen selbst, jetzt bin ich nicht mehr ganz so niedergeschlagen,
- #00:43:17-0# oder: Ich habe wieder ein bisschen mehr Zutrauen dass es besser werden wird,
- #00:43:22-4# vielleicht werde ich doch wieder gesund.
- #00:43:25-7# Solche eher optimistischeren Aussagen.
- #00:43:26-0# Sie sagen auch: Ich spür wieder was in mir, weil wie gesagt, die Depression ist ja nicht die eigentliche Traurigkeit die wir kennen
- #00:43:36-4# Die typische Depression ist mehr so eine Leere, eine Leere, eine innere Leere,
- #00:43:41-1# wenn Patienten sagen: Es ist nicht mehr ganz so leer, ich spür wieder ein bisschen was, es fängt wider an dass ich was empfinde

¹⁰'Frau Müller' was used by the participant as a fictional character and does not relate to a real person.

#00:43:48-8# das kann dann sogar Trauer sein, das ist immer noch besser als Leere,
#00:43:51-2# dann sind das Zeichen für Verbesserung von Stimmung also von Mood
#00:44:05-9# R2: Kann ich fragen...
#00:44:07-7# Gestik, Mimik spielt auch noch eine Rolle. Also man sieht's dem Patienten oft auch an.
#00:44:12-8# Die Gesichtszüge sind auch etwas lebendiger.
#00:44:17-0# Sie sind etwas freier in ihrer Körperbewegungen, etwas aktiver in ihrer Körperbewegung, auch das spielt - für den Erfahrenen ist das ein gewisses Zeichen
#00:44:25-8# R2: Typischerweise, wie lange dauert diese Phase dazwischen? Ist das normalerweise ein paar Tage oder kann das Monate dauern?
#00:44:36-9# Nein ein paar Tage, so eine Woche ungefähr.
#00:44:40-3# R2: Eine Woche, okay.
#00:44:40-7# Also, von ziemlich grosser Varianz. Aber wir reden von Tagen.
#00:44:45-8# R2: Diese gefährliche Phase?
#00:44:48-7# Ja.
#00:44:50-4# R1: Wie reagieren Sie denn wenn Sie feststellen, dass ein Patient sich eben genau in dieser Phase befindet?
#00:44:59-0# Also, in der Regel wird das Pflegepersonal aufmerksam gemacht auf diese gefährliche Phase,
#00:45:08-6# und die Therapeuten lernen das auch im Studium, dass es diese Phase gibt,
#00:45:10-2# und da besonders darauf zu achten und Acht zu geben auf den Patienten,
#00:45:16-9# ist eine wichtige Sache die in der Ausbildung eine Rolle spielt
#00:45:21-8# und dann halt auch in den Konferenzen, wenn's gut läuft immer wieder in Erinnerung gerufen werden,
#00:45:28-1# gerade wenn man, wenn's einen Bericht gibt Frau Müller ist jetzt heute zum ersten Mal selbständig zum Frühstück gekommen, man hat sie nicht holen müssen aus dem Bett,
#00:45:39-5# dann ist das eigentlich zunächst mal ein Warnzeichen,
#00:45:44-0# das ist ein schönes Zeichen, weil wahrscheinlich der Antrieb besser wird
#00:45:48-8# aber es ist ein Warnzeichen weil diese Phase anfangen könnte
#00:45:51-7# sie hat wieder mehr Antrieb und die Frage ist dann, hat sie auch parallel dazu eine bessere Stimmung,
#00:46:00-2# oder hinkt die Stimmungsverbesserung hinterher, und sie hat immer noch ihre Suizidgedanken
#00:46:04-6# und kann sie dann jetzt aber auch umsetzen
#00:46:06-1# R2: Die meisten Patienten haben diese Phase, oder ist es manchmal, dass die Stimmung und der Antrieb zusammen [steigen]?
#00:46:15-6# Das gibt's auch aber nach meiner Erfahrung haben die meisten Patienten dieses Leck.
#00:46:20-7# Nicht alle sind gefährdet. Insofern, also nicht alle haben überhaupt Suizidgedanken. Es gibt ja depressive Patienten die einfach niedergeschlagen sind aber keine Suizidgedanken haben
#00:46:30-1# für die ist dann diese Phase auch kein Problem.
#00:46:33-5# Aber für die die das haben kann diese Phase ein Problem sein.
#00:46:37-1# R1: Und das trifft Ihrer Erfahrung nach auch für alle depressiven Patienten, also bipolar, unipolar oder?
#00:46:44-3# Ja, da gibt's kein Unterschied zwischen den Verlaufsformen.
#00:46:47-0# Bipolar und Unipolar sind ja nur verschiedene Verlaufsformen.
#00:46:51-4# Die Depression selbst in der der Patient ist ist die gleiche.
#00:47:13-8# R1: Vielleicht noch eine letzte Frage zu diesem Thema: Sie haben erwähnt dass das Pflegepersonal und auch die Therapeuten daraufhin vorbereitet werden. Wie läuft das ab? Oder gibt

es dazu spezifische Unterlagen oder Dokumente worauf die Therapeuten geschult werden?

#00:47:49-8# Die gibt es eigentlich nicht. Das lernt man in der Ausbildung

#00:47:53-2# wo man lernt wie eine Depression ist, und man lernt es natürlich immer wieder an Einzelfällen auf der Station

#00:48:00-4# dass eben in den Konferenzen darauf hingewiesen wird,

#00:48:04-2# aber jetzt müsst ihr aufpassen, wenn sie jetzt wieder mehr Antrieb bekommt, dann müsst ihr auf die Suizidalität aufpassen

#00:48:12-3# auch mehr als sonst. Wer so schwer krank ist, so wenig Antrieb hat dass er nur im Bett liegen kann, gar nicht die Kraft hat aufzustehen, der kann sich nicht umbringen.

#00:48:21-7# Aber eben, wenn er dann wieder raus kommt dann kann er,

#00:48:25-8# wenn er dann wieder raus geht, dann kann er auf einen Turm steigen, dann ist wieder der Antrieb da

#00:48:30-7# und eben die Möglichkeit, da sich umzubringen.

#00:48:37-0# R1: Dann bin ich mit meinen Fragen durch.

E.2. Transcript of the Interview with Participant 2

- #0:04:47-6#** R1: Es geht um Depressive Patienten. Ich habe gehört, dass gegen Ende einer depressiven Episode einen Zeitabschnitt gibt, in welchem suizidale Patienten einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Kannst du diese Einschätzung teilen?
- #0:05:24-0#** Ich habe das Gefühl es gibt eine Gruppe Menschen bei denen das so hat.
- #0:05:32-5#** Es gibt auch Menschen die schnell in eine schwere Depression fallen. Und die schnell Suizidal sind.
- #0:05:36-3#** Also bei denen im Voraus keine (oder wenige) Vorsymptome wahrgenommen werden (auch nicht vom Umfeld).
- #0:05:53-4#** Und dann gibt es die langsamen, bei der es verschiedene Phasen gibt, in die man je länger je mehr rein kommt. und am Schluss dann auch Suizidgedanken hinzukommen. Oder sogar ausgeübt werden.
- #0:06:06-3#** R1: Wie verhält sich das über den Verlauf einer Episode?
- #0:06:27-5#** Wenn ein Mensch in eine Depression fällt, die nicht behandelt wird, spielt es eine Rolle ob es eine leichte, mittlere oder schwere Episode ist.
- #0:06:38-1#** Wir unterscheiden zwischen leicht, mittel und schwer (Episode).
- #0:06:43-4#** Bei einer leichten Depression gehören selbstzerstörerische Gedanken dazu, vielleicht auch "Ich möchte nicht mehr leben", aber nicht direkt wie bei einer schweren Depression.
- #0:07:05-4#** Bei einer ganz schweren und der Patient nur noch im Bett liegt, dann bringt er sich oft auch nicht um.
- #0:07:16-6#** Gefährlich wirds... (in Anführungszeichen, das ist ja immer auch eine ethische Frage)
- #0:07:26-2#** Gefährlich sind immer die Übergangsphasen, in denen sie ein Stück weit am Leben hängen.
- #0:07:35-1#** R1: Was meinst du mit diesen Übergangsphasen?
- #0:07:41-7#** Bei denen noch ein kleines bisschen an Sinnvollem vorhanden ist, an Gedanken oder Handlungen
- #0:07:55-6#** oder ein gewisses Umfeld oder Arbeitsmöglichkeiten sind vorhanden
- #0:08:06-7#** bis zur ganz schweren bei der gar nichts mehr geht.
- #0:08:12-1#** R1: Das wäre eher am..? An welcher Stelle einer Episode? Mittendrin?
- #0:08:27-1#** Hhm. Also bei Jugendlichen sieht es noch einmal anders aus als bei Erwachsenen.
- #0:08:31-0#** Reden wir von Erwachsenen?
- #0:08:37-2#** R1: Ja. Eher von Erwachsenen.
- #0:08:44-5#** Lassen wir Kinder und Jugendliche weg, weil dort sieht es noch einmal etwas anders aus.
- #0:08:49-4#** Bei Erwachsenen kann es z.B. auch heikel sein, dass sie in einer Klinik waren und behandelt wurden
- #0:08:55-8#** kommen raus aus der Klinik und bringen sich um, auch das kann vorkommen
- #0:09:00-9#** weil sie in der Struktur und im Klinikalltag sich irgendwie motivieren oder fremdmotiviert werden
- #0:09:16-0#** Aber die Übergänge: Jemand der noch arbeitet aber die Leistungen nicht mehr bringen kann weil er zu langsam ist, am morgen keine Antrieb hat.
- #0:09:34-6#** Die Stimmung ist trüb. Und dann: Hier "versagt" er so genannt vom Arbeitgeber her. Hier wird es heikel.
- #0:09:50-2#** R1: Also so wie ich das verstanden habe, besteht gegen Ende einer Episode bei solchen die grundsätzlich einem Suizidrisiko ausgesetzt sind eine erhöhte Gefährdung, weil es wieder aufwärts geht und sie sich auch mehr motivieren können sich etwas anzutun.
- #0:10:32-0#** Ja. Das sind die beiden Phasen, bei der man hinein kommt, und bei der man wieder

rauskommt.

#0:10:45-2# Dies sind die "sensiblen Phasen". So würde ich die nennen.

#0:10:54-0# R1: Wie hast du von dieser Phase erfahren? Im Studium?

#0:11:10-3# Nein. Das ist Erfahrung. Das haben mir die Patienten so erzählt.

#0:11:15-9# Im Studium nicht. Dort habe ich gelernt was eine Depression ist und dass es verschiedene Episoden gibt.

#0:11:23-4# In der Weiterbildung, dort haben wir eher, in Supervisionen, Fallbesprechungen, (davon gehört).

#0:11:34-7# Und dann ist es Erfahrung. Patienten haben mir davon erzählt.

#0:11:38-0# Wenn ich frage. Ich frage immer. Sobald ich eine leichte Depression feststelle oder den Eindruck habe, oder auch bei Menschen mit Burnout, das dann in eine Depression geht, das ist auch sehr sensibel.

#0:11:54-7# Dort frage ich immer.

#0:12:06-0# R1: Sprechen wir über diese letzte Phase gegen Ende der Depression. Wie merkst du dass sich ein Patient in der Phase befindet und ein erhöhtes Risiko besteht?

#0:12:29-9# Wenn die Leute zu mir kommen, wir Medikation ein Thema relativ rasch.

#0:12:43-9# R1: Schon zu Beginn bei der ersten Sitzung?

#0:12:49-5# ja, wenn es klar ist es ist eine Depression, dann thematisiere ich das Medikament.

#0:12:56-5# Ich gehöre zu dieser Art Psychotherapeutinnen nach langer Erfahrung.

#0:13:00-0# Dort gibt es JA: Dann gehen sie zum Psychiater oder ich arbeite mit dem Hausarzt zusammen, wenn sie den Psychiater nicht wollen.

#0:13:08-0# Dann wird das Medikament ein Thema

#0:13:11-1# und dann in der Regel wird es zusammen mit der Psychotherapie kein Thema mehr dass sich Menschen umbringen wollen

#0:13:20-0# ausser es wird eine schwere psychiatrische Depression, dann kommt der Psychiater und man wird stationär.

#0:13:29-9# sonst wird es ein Thema, dass ich es thematisiere: Wie oft denken sie? Wann denken sie?

#0:13:42-1# Ich schaue auch, wie sie im Alltag strukturiert sind.

#0:13:43-1# und daran erkenne ich es

#0:13:45-1# R1: Erkennst du es auch daran wie ein Patient auf dich wirkt?

#0:13:54-4# Die Stärke der Depression? Ja. Oder eher die Phase? Was meinst du mit Phase?

#0:14:09-2# R1: Was mich interessiert: Bei einem Patient mit Suizidgedanken, gegen Ende einer Episode oder Behandlung: Da nimmt seine Aktivität und Antrieb zu, so dass er wieder die Möglichkeit hat sich etwas anzutun.

#0:14:50-1# Genau. Also in einer schweren Depression habe ich diese Möglichkeiten nicht mehr, weil wenig bis gar nichts mehr geht.

#0:14:58-5# Du sprichst von einer schweren Depression?

#0:15:05-4# R1: Vielleicht rede ich von einer zu schweren Depression?

#0:15:09-2# Ja, es geht ja um Patienten in einer Klinik. Und die Menschen mit einer schweren Depression gehen natürlich in eine Klinik.

#0:15:19-0# Und die die eine leichte Depression haben gehen nicht in die Klinik.

#0:15:26-1# Bei mittelschweren kann man vielleicht eine Psychotherapiestation gehen, aber meistens mittelschwer bis schwer.

#0:15:32-5# Bei denen ist genau da die heikle Phase. Das habe ich auch so erlebt, als ich in der Klinik gearbeitet hatte.

#0:15:39-3# Das ist dann, wann der Antrieb wieder kommt.

- #0:15:43-5#** Wenn das Gemüt wieder kommt. Früher sprach man vom Gemüt.
- #0:15:47-7#** Wenn der Antrieb wieder kommt. Wenn es wieder eine Perspektive gibt.
- #0:15:58-3#** Nach einer langen Phase wieder zurück in den Alltag zu kommen, das ist für viele gar nicht so einfach.
- #0:16:02-9#** R1: Wie erkennst du, dass der Antrieb wieder zurückkehrt? An was stellst du das fest?
- #0:16:10-2#** Indem jemand schon ein bisschen von der Zukunft redet.
- #0:16:15-5#** Bereits daran merke ich dass eine Öffnung geschieht.
- #0:16:18-0#** Dass er vielleicht von sich aus eine Idee hineinbringt, ein kleines Bedürfnis auftaucht.
- #0:16:29-7#** sich wieder vermehrt mit anderen Menschen unterhält. bereits dies (zeigt es auf).
- #0:16:38-4#** R1: Würdest du sagen, das sind vor allem die Aussagen der Patienten?
- #0:16:44-3#** Das sind vor allem die Aussagen. Natürlich kann ich von aussen beobachten. Aber als Psychotherapeutin berufe ich mich am meisten auf das was der Patient sagt.
- #0:16:54-7#** Je genauer ich frage, und je sicherer die Beziehung ist, desto vertrauensvoller öffnet sich der Patient und erzählt mir das auch.
- #0:17:05-6#** Und dann mache ich auch noch Tests. Teils mache ich klinische Fragebogen.
- #0:17:15-7#** R1: Was für Fragebogen?
- #0:17:21-3#** Z.B. Mögen sie wieder einen Spaziergang machen? Können Sie wieder mit anderen Leuten reden? telefonieren?
- #0:17:33-6#** R1: Welches Resultat schaut dabei heraus?
- #0:17:36-7#** Ob Motivation da ist, Zukunftsperspektive, ..
- #0:17:44-5#** R1: Ergibt das eine Punktzahl?
- #0:17:51-0#** Ja da kann man von 0-10 einteilen.
- #0:17:55-4#** R1: Gibt es eine Auswertung?
- #0:18:00-1#** Ja, den kann man quantitativ auswerten. Also wenn Fragen a-z so beantwortet werden, bist du mehr in der Hälfte oder eher in der Mitte.
- #0:18:11-4#** Diese Tests sind ganz einfach, aber das hilft mir in der Praxis.
- #0:18:11-8#** R1: Sind die Antworten eher zu Stimmung oder zu Antrieb?
- #0:18:19-1#** Beides.
- #0:18:22-8#** R1: Zusammen oder separat?
- #0:18:25-4#** Es werden Fragen in die eine und solche in die andere gestellt. Und schlussendlich wird dies gemeinsam ausgewertet.
- #0:18:37-8#** R1: Gibt es eine Unterscheidung zwischen Stimmung und Antrieb?
- #0:18:45-5#** Ja. Stimmung ist ein Leitsymptom. Das ist das Leitsymptom der Depression.
- #0:18:54-8#** Dann gibt es den Antrieb, der etwas anderes ist. Natürlich hängt es zusammen, aber es ist etwas anderes.
- #0:19:04-4#** Die Stimmung kann sehr betrübt sein und dennoch habe ich ein bisschen Antrieb.
- #0:19:10-9#** R1: Wie zeichnest du diese Resultate auf? Machst du das regelmässig? Wöchentlich?
- #0:19:28-3#** Nein, ich nicht. Ich mache zu Beginn bei Eintritt und bei Verdacht auf Depression einen Fragebogen. Dann frage ich natürlich auch wie manche solche (Episoden) hatten sie schon? Wann trat die erste auf?
- #0:19:42-3#** Ist es eine wiederholende? Wie schwer waren die früheren? Solche Einschätzungen hole ich ein. Das nehme ich sehr genau auf.
- #0:19:52-0#** Dann protokolliere ich die Stunden (Sitzungen).
- #0:19:57-6#** Wenn jemand schwerer und schwerer wird, müssen die Medikamente überprüft werden und erhöht werden.
- #0:20:09-0#** Ich muss sagen, ich hatte Glück, dass sich bei mir bisher noch niemand das Leben genom-

men hat.

#0:20:13-1# Das ist Glück würde ich behaupten.

#0:20:26-6# Klar habe ich immer genau nachgefragt, aber ich hatte natürlich auch nicht die schweren psychiatrischen Patienten, die gebe ich ab an die Psychiater oder nehme sie gemeinsam.

#0:20:40-5# Und dann haben wir frühzeitig erfasst dass sie in die Klinik sollen. Aber ich denke es ist auch Glück.

#0:20:44-4# R1: Protokollieren die Patienten ihre Stimmung auch selbst?

#0:20:50-0# Das mache ich teilweise auch: Stimmungstagebücher.

#0:20:52-5# R1: Wie müssen die Patienten das ausfüllen? Jeden Tag eine Zahl, oder wie?

#0:20:59-7# Die machen auch Symbole, die sie selber wählen.

#0:21:06-5# Manche schreiben eine Zahl von 1-7 auf.

#0:21:12-3# Andere machen Symbole, Smiley. Je jünger desto eher in diese Richtung.

#0:21:19-0# Manche tragen das auch im iPhone ein inzwischen.

#0:21:21-3# Was ich auch noch mit ihnen mache ist, ihre (Alltags-)Struktur besprechen. Ihre Tagesstruktur

#0:21:27-6# In der Klinik haben sie eine Struktur, im Ambulanten Fall muss ich das mit ihnen besprechen.

#0:21:39-5# R1: Was unternimmst du, wenn du erkennst dass jemand besonders gefährdet ist?

#0:21:53-2# Bei einem ambulanten Patienten mache ich eine Notfallsitzung ab.

#0:22:04-9# Ich spreche es sicher an: "Ich mache mir sorgen, ich habe den Eindruck Ihnen geht es nicht gut."

#0:22:16-0# Ich frage auch: Angenommen sie würden sich jetzt das Leben nehmen, wie würden sie das tun?

#0:22:19-9# Ich spreche über das? Zug, im Wald, erhängen, Pistole nehmen.

#0:22:32-6# Dann antworte ich: Das Risiko ist gross dass Sie nicht gut treffen, und Sie wissen was dann passiert, wenn Sie nicht gut treffen. Denn Sie müssen sehr gut zielen, und das können die wenigsten.

#0:22:44-4# Woher hätten Sie die Pistole?, also ich mache das wirklich ausführlich zum Thema.

#0:22:48-8# Nachher, wenn ich sehe dass es so bleibt, dann mache ich einen Anti-Suizid-Vertrag.

#0:22:56-6# Das heisst, sie bringen sich nicht um, während der Zeit in der sie bei mir in Therapie sind, und sonst müssen sie mir sagen dass sie das machen wollen.

#0:23:07-9# Mit ganz gefährdeten Menschen mache ich das schriftlich, sonst mache ich das per Handschlag. Und das klappt.

#0:23:14-9# Vielleicht ist es auch das, was hilft der Antisuizidvertrag.

#0:23:21-1# Und wenn sie es mir nicht versprechen können, dann kann ich die Verantwortung nicht übernehmen. Dann muss ich an den Notfallpsychiater gehen oder an meine Kollegen (Psychiater), die sie dann einweisen in die Klinik.

#0:23:40-1# Oder sie versprechen es mir und dann klappt es. Ich habe es noch nie erlebt dass es nicht funktioniert, denn sie haben es mir ja versprochen.

#0:23:52-6# R1: Zurück zu den Anzeichen: Welche Rolle spielen Mimik und Gesichtsausdrücke?

#0:24:05-2# Eine grosse Rolle!

#0:24:10-9# Der Blick, die Mimik, die Gestik, das spielt eine riesige Rolle.

#0:24:20-6# Daran kann ich natürlich auch mit der Erfahrung viel erkennen.

#0:24:24-7# R1: Wie sieht ein schwerer Fall aus?

#0:24:38-3# Sehr verlangsamt, sehr.

#0:24:42-3# Verlangsamt in allem, zäh, langsam. Redet wenig bis fast nichts.

- #0:24:52-3# Monoton in der Stimme, die meisten essen nicht mehr.
- #0:25:08-4# Leer, grau, fahl.
- #0:25:13-2# Leerer Blick, Gedanken oder fadenrisse. Können Sachen/Gedanken nicht verfolgen.
- #0:25:27-4# Merkfähigkeitsstörungen, wissen nicht mehr was sie gerade erzählt haben, wissen überhaupt nicht was sie erzählen
- #0:25:35-3# Es ist eh alles öde.
- #0:25:43-0# Sitzen hier, bewegen wenig.
- #0:25:48-1# Es ist alles wie gedämpft. Zurückgedimmt, zurückgeschraubt, es ist alles ganz langsam.
- #0:25:57-9# Und von sich aus kommt wenig bis nichts mehr
- #0:26:02-5# Schlarpen sich schon hinein. Es ist ihnen egal wie sie angezogen sind, wie sie aussehen.
- #0:26:09-9# Die Hygiene zerfällt.
- #0:26:16-2# Entweder nehmen sie total zu oder nehmen sehr ab.
- #0:26:22-8# Vergessen sich, werden vergässlich, nachlässig.
- #0:26:27-6# Sie können es nicht. Es ist ein nicht können wollen.
- #0:26:34-8# Es wirkt alles so gleichgültig.
- #0:26:37-3# Viele sagen dann: "Du musst halt ein bisschen spazieren gehen", aber das geht alles nicht. Es ist ein nicht können.
- #0:26:46-4# Es ist wie abgelöscht, leer.
- #0:27:12-8# R1: Interessant. Mich interessiert natürlich vor allem, was man objektiv wahrnehmen kann.
- #0:27:16-1# Ja, also auch wenig Bewegung.
- #0:27:19-4# Auch ein bisschen steif. Es ist nicht nur erstarrt, es kann zwar erstarrt sein - man sagt dem "Kataton", das kann es auch sein - also fast unbeweglich, auch die Mimik ist fast unbewegt.
- #0:27:39-0# Das Interesse ist auch weg.
- #0:27:54-4# R1: Schrittzähler sind eine Möglichkeit um die Aktivität eines Patienten zu messen. Hast du vielleicht schon Erfahrungen gemacht mit Patienten die sowas genutzt haben?
- #0:28:21-1# Nein, Schrittzähler nicht, leider nicht.
- #0:28:27-5# Walken habe ich schon. Also wenn ein Patient schon wieder walkt, das ist dann schon viel.
- #0:28:34-5# R1: Aber nicht dass sie von selbst...?
- #0:28:40-3# Die schweren liegen von sich aus im Bett.
- #0:28:43-4# Wenn sie noch an den Tisch gehen dann ist das viel, bei den ganz schweren.
- #0:28:51-1# R1: Ich habe hier drei verschiedene Modelle als Beispiel.
- #0:29:25-7# Das kann man auch zum joggen brauchen? Wenn man abnehmen will?
- #0:29:30-0# R1: Ja, das kann man auch dafür gebrauchen.
- #0:29:54-2# R1: Hast du das Gefühl dass man sowas im Rahmen einer Therapie einsetzen könnte?
- #0:30:20-3# Je nach Patiententyp kann ich mir das vorstellen. Es geht nie für alle, aber für eine Gruppe von Patienten könnte ich mir das vorstellen, ja.
- #0:30:36-7# Und in der Klinik kann ich mir das sehr gut vorstellen, für solche die bereits in einer Laufgruppe sind. Auch wenn die schon 50 Schritte machen würden, das wäre für die viel.
- #0:30:54-4# Aber die sind mit der Zeit auch medikamentös eingestellt und dann kommt das auch mehr, sofern es sich nicht schwer chronifiziert (das als Ausnahme).
- #0:31:08-1# R1: Hast du den Eindruck, eines würde besser passen?
- #0:31:20-6# Das [Bodymedia] ist eher das Modell für die Sportler, würde ich sagen.
- #0:31:31-8# Das [Jawbone] könnte ich mir gut vorstellen, weil man das schnell anziehen kann.
- #0:31:38-3# Und dieses [Fitbit], da kommt es ein bisschen drauf an, wie sie angezogen sind. Im am-

- bulanten Bereich kann ich mir das gut vorstellen, aber in der Klinik sind sie oftmals im Trainer.
- #0:31:54-2#** R1: Das Gerät könnte man auch in die Tasche nehmen.
- #0:32:02-4#** Ah okay, dann könnte ich es mir auch vorstellen.
- #0:32:06-0#** [Bodymedia] mit Klettverschluss, das haben viele nicht so gerne.
- #0:32:16-4#** Aber das [Jawbone], darf ich das einmal anziehen? Das ist doch praktisch, da muss man nicht viel machen, das ist auch leicht. Das könnte ich mir auch für die Männer vorstellen.
- #0:32:31-6#** Oder dieses [Fitbit] hier in den Sack, aber dann verliert man das?!
- #0:32:37-1#** [Jawbone] kann ich nicht verlieren, das ist genial.
- #0:32:42-9#** R1: Manche tragen das [Fitbit] auch am Schlüsselbund.
- #0:32:44-7#** Aha. Dann würdest du aber schon von Personen ausgehen, die das nach einer Depression benutzen würden?
- #0:32:58-0#** R1: Primär suche ich nach einem Weg, diese Aktivität quantitativ zu messen.
- #0:33:11-9#** Es könnte auch einen Motivator sein, die Schritte zu zählen.
- #0:33:15-7#** Jeden Tag ein bisschen mehr. Das könnte eine therapeutische Technik sein in einer Psychotherapie.
- #0:33:23-4#** R1: Wie kann man das im Rahmen der Therapie einsetzen? Hier sieht man wie viele Schritte man im Verlauf eines Tages gemacht hat, hier wie viele im Verlauf eines Monats.
- #0:34:07-8#** Es gibt wohl viele Möglichkeiten. Ich sehe spontan zwei Anwendungsmöglichkeiten: Einmal als Technik einsetzen um den Motivator, den Antrieb, den Motor in Gang zu bringen.
- #0:34:19-1#** Also ich setze mir selber ein Ziel. Also je mehr ich mich bewege. Man weiss heute die Bewegung, das Gehen (also nicht das über-die-Verhältnisse-gehen sondern im Rahmen des eigenen Rhythmus gehen, ein bisschen gefordert aber nicht überfordert, an einer guten Grenze). Das hilft wirklich sehr bei Menschen mit einer Depression.
- #0:34:50-9#** Das hat fast die gleiche Wirkung wie ein Antidepressiva.
- #0:34:56-9#** Das heisst man könnte das als Motivator einsetzen bei einer Behandlung.
- #0:35:03-7#** Man geht nicht "einfach" nur walken. Sondern man schaut auch: "Schaffe ich jeden Tag ein bisschen mehr Schritte?".
- #0:35:12-5#** Oder man könnte ausrechnen: Eine halbe Stunde entspricht wie vielen meiner Schritte? Dann kann man schauen dreimal pro Woche eine halbe Stunde ergibt so viele Schritte, dann weiss ich, ich muss so viele Schritte machen pro Woche, das wäre eine Variante.
- #0:35:33-2#** R1: Würde dir als Therapeutin auch helfen, wenn du eine solche Übersicht siehst? Oder könntest du auch Rückschlüsse auf die Stimmung ziehen aus dieser Grafik?
- #0:35:47-5#** Das wird heikel.
- #0:35:51-3#** R1: Oder Rückschlüsse auf den Antrieb?
- #0:35:56-4#** Also das würde ich schon so sehen, aber das geht in die Selbstkontrolle des Patienten. Man könnte dann vielleicht anschauen, wie haben Sie es gemacht diese Woche? Wir können es zusammen besprechen.
- #0:36:05-7#** Aber sonst geht das in eine Selbstkontrolle des Patienten und weniger in meine Kontrolle. Also Therapie ist eben nicht Kontrolle, das ist es überhaupt nicht. Das wird oft verwechselt.
- #0:36:21-6#** Aber wenn es der Patient selbst in Kontrolle nimmt, und wir besprechen das dann da finde ich sowas sehr hilfreich, das mache ich heute auch.
- #0:36:31-4#** Und das andere wäre natürlich das Umgekehrte: Man könnte es auswerten und schauen, ob das hilft. Also, ich schaue nach einem Monat wie sieht es aus, und dann schaue ich an welchem Tag ging es mir gut und entspricht das der Bewegung?
- #0:36:51-0#** Da gäbe es spannende Auswertungen.
- #0:36:52-1#** R1: Dass man parallel ein Stimmungstagebuch führt und die Schritte zählt?

- #0:36:58-2#** Genau.
- #0:37:02-1#** R1: Das müsste man dann aber schon in einem Therapiegespräch besprechen?
- #0:37:06-8#** Ja. Ich glaube da müsste man eine Studie darüber machen nachher.
- #0:37:11-6#** Im Rahmen einer Studie mit Kontrollgruppe, die das nicht hat.
- #0:37:16-9#** Das wäre eine spannende Studie. Und da wäre ein solches Gerät hilfreich.
- #0:37:35-1#** R1: Die Analyse von Stimmungstagebuch und Schritten, denkst du dass das ein Patient selbst die Zusammenhänge zu erkennen oder ist es wichtig, dass dies im Gespräch mit der Therapeutin passiert?
- #0:37:53-3#** Ich kann mir vorstellen, dass einige das selbst erkennen. Das kommt ein bisschen auf die Resilienzfaktoren an.
- #0:38:00-4#** Ich denke auch ein bisschen auf die Kognition.
- #0:38:06-5#** Aber es wäre natürlich schön, wenn ein Therapeut hier mithelfen könnte.
- #0:38:16-2#** Aber ich glaube schon, dass man Zusammenhänge erkennen kann.
- #0:38:22-1#** Aus Erfahrung bin ich davon fest überzeugt, dass Bewegung hilft.
- #0:38:23-9#** Also hilft die Stimmung zu heben, es hilft den Antrieb zu beschleunigen/hervorzurufen.
- #0:38:34-9#** Weil es macht etwas mit dem Nervensystem und den Hormonen.
- #0:38:39-0#** Das ist eindeutig so.
- #0:38:42-4#** R1: Man kann das auch den ganzen Tag tragen und jeden Schritt aufzeichnen.
- #0:39:18-7#** Jemand der 20min Arbeitsweg hat und geht. Auch jemand in der Klinik könnte auch schauen, hebt es meine Stimmung oder habe ich mehr Antrieb, wenn ich mehr laufe?
- #0:39:36-7#** Man könnte das auch an die Hirnforschung anhängen. Und man würde merken dass gewisse Hirnbereiche aktiver sind, das würde man sehen, davon bin ich überzeugt. Solche Studien gibt es ja bereits.
- #0:39:50-2#** Und da könnte sowas natürlich helfen, als Selbstkontrolle oder Selbstmotivator.
- #0:40:13-7#** R1: Gibt es noch etwas das dir wichtig ist oder in den Sinn kommt bzgl. dieser Phase?
- #0:40:33-7#** Nein, ich denke
- #0:40:37-6#** In der Klinik sind die Leute ja sowieso geschützt. Also man weiss es ja nie.
- #0:40:42-3#** Ein Restrisiko bleibt. Dort müssen sie fest begleitet werden, davon bin ich überzeugt.
- #0:40:58-1#** Ich glaube mit Verträgen, also auch subjektiven Verträgen, ist viel zu erreichen.
- #0:41:06-7#** Erster Wirkfaktor ist die Beziehung. Wenn der Mensch eine Beziehung hat, ist das Risiko recht heruntergesetzt.
- #0:41:22-6#** R1: Würde man ein neues Gerät entwickeln, das einem sagt: Vorsicht, jetzt bist du besonders gefährdet. Würde das helfen?
- #0:41:47-8#** Das ist eine unglaubliche Überlegung. Das sind neue Zeiten für mich.
- #0:42:00-3#** Ich weiss nicht ob das die Selbstkontrolle ersetzen könnte?!
- #0:42:20-3#** Ich kann mir schon vorstellen dass es sowas gibt. So ein Gerät das einem sagt jetzt musst du dich schützen.
- #0:42:31-4#** Das sind auch die Faktoren, die man im Gespräch herausarbeitet.
- #0:42:40-1#** Welche Zeichen sagen dir: Jetzt brauche ich Schutz!
- #0:42:50-6#** Das ist ja der Grund, weshalb ich jemanden in die Klinik tue.
- #0:42:55-2#** R1: Verstehe ich das richtig, du erarbeitest mit dem Patient, was sind seine Zeichen, damit er das selber spürt.
- #0:43:04-6#** Genau.
- #0:43:07-6#** R1: Weil er das nicht so recht merkt.
- #0:43:09-0#** Ja, vielleicht nicht merkte in der vorherigen Phase.
- #0:43:12-3#** Also was sind die Vorzeichen? Wie beginnt das Ganze?

#0:43:18-4# R1: Was sind das für Vorzeichen?

#0:43:21-6# Immer am gleichen herumstudieren, starke Schuldgefühle, Versagergefühle, Scham, immer um das gleiche herumkreisen, Ängste, verlangsamten, Schlafstörungen,

#0:43:46-2# Das sind so Vorzeichen.

#0:43:51-7# Nicht mehr essen mögen, müde, Müdigkeit.

#0:44:02-9# R1: Merken die Patienten das oder musst du ihnen das aufzeigen?

#0:44:13-9# Diejenigen die sich durch die Therapie besser kennenlernen, werden merken wenn sich wieder eine kleine Episode anbahnt.

#0:44:22-9# Die die das erste Mal hineinkommen, haben das Bewusstsein noch nicht. Und je jünger desto sensibler.

#0:44:33-0# Manchmal fallen Menschen in eine Depression und merken nicht, dass sie in einer Depression sind.

#0:44:38-3# Weil sie einfach müde sind. Und der Hausarzt sagt dann: Nehmen Sie ein bisschen Vitamine.

#0:44:44-4# Und da werden die Hausärzte aber auch immer mehr sensibilisiert.

E.3. Transcript of the Interview with Participant 3

#0:01:47-5# R1: Gibt es da eine Art Selektion auf der Akutstation?

#0:01:53-1# Man schaut natürlich immer. Bei psychischen Erkrankungen auf einer Akutstation oder bei Stressfolgeerkrankungen, findet man oftmals auch eine Depression.

#0:02:11-9# Bei einem Alkoholiker der trinkt, weil er depressiv ist. Oder trinkt und dann in eine Depression hinein gekommen ist. Irgendwo findet man den Ansatzpunkt.

#0:02:20-0# Auf der Akutstation geht es um die erste Krisenintervention.

#0:02:25-1# Da kommt jemand suizidales. Da geht es einfach gesagt darum: Wie halte ich den am Leben? So dass er sich nicht das Leben nimmt.

#0:02:33-8# Oder Leute die aus einer Krise kommen (jemand Bekanntes ist gerade verstorben oder so), die vielleicht eine Woche Stabilität brauchen, bei denen ein Teil depressiv dabei ist

#0:02:43-9# Oder dann auch einen akuten Eintritt, bei dem man sah, diese Depression muss man behandeln, dann plant man schon den Übertritt auf die Depressivstation

#0:03:02-2# R1: Wie kommen Patienten hier auf die Depressionsstation?

#0:03:19-0# Einerseits überwiesen als Übertritt aus einer anderen Station. Wenn man merkt es handelt sich um eine Depression und braucht ein Therapeutisches Setting.

#0:03:32-9# Andererseits, Leute die schon einmal bei uns waren können sich auch selbst einweisen.

#0:03:38-1# Oder als Überweisung von einem Hausarzt, ambulantem Psychologen/Psychiater, einer Tagesklinik.

#0:03:47-2# Wir haben chronisch Depressive bei uns, aber auch rezidivierende Leute mit klarer Ursache, Leute die in der ersten Phase einer Depression sind und noch nie eine Depression hatten, oder schon mehrere Phasen hatten, dann auch chronische, auch Bipolare Manisch-Depressive.

#0:04:18-3# R1: Ich habe gehört dass bei Suizidgefährdeten Personen gegen Ende einer Episode ein besonderes Risiko besteht. Kannst du diese Einschätzung teilen? Wie siehst du das?

#0:04:46-4# Ja, also es ist schon wichtig, dass man da ein besonderes Auge auf die Patienten hat.

#0:04:56-3# Wenn man beispielsweise antriebssteigernde Medikamente gibt, dann ist es meistens so dass zu Beginn der Depression ist der Patient zu müde und kann nicht die Energie aufbringen zur Handlung.

#0:05:13-8# Dann steigt der Antrieb, und oftmals bleibt die Stimmung noch tief, weil das Gefühl etwas nachhinkt,

#0:05:24-8# Dann kommt der kritische Punkt an dem der Antrieb besser wird, aber die Stimmung noch nicht.

#0:05:31-0# Und das ist die Situation in der besondere Obacht gilt, bei der man im Hinterkopf behalten muss, wenn jemand plötzlich so aufgestellt ist, bzw. so viel Antrieb hat, da eben aufzupassen, dass da das Suizidrisiko nicht erhöht wird.

#0:05:44-4# R1: Wie passt du denn dann auf? Auf was achtest du dich?

#0:05:49-6# Einerseits durch Beobachten des Patienten: Wie verhält er sich?

#0:05:54-6# Auch stimmungsmässig: Wenn man sieht der Antrieb geht massiv nach oben, die Stimmung ist schlecht, und plötzlich von heute auf morgen hat er mega gut Laune.

#0:06:05-7# Da spreche ich das auch einmal direkt an.

#0:06:10-5# R1: Erkennst du das durch Beobachtung oder auch durch Aussagen des Patienten?

#0:06:19-6# Das ist ein bisschen beides.

#0:06:20-7# Das eine ist die Beobachtung, wenn man sieht jemand tut plötzlich viel, aber macht einen Lätsch,

#0:06:30-7# R1: Das erkennst du am Gesicht?

- #0:06:32-2#** Genau, an der Gestik und Mimik.
- #0:06:33-8#** Und plötzlich lacht der Patient, die Anspannung ist plötzlich weg, dann fragt man einmal nach.
- #0:06:43-7#** Was ist passiert? Was ist los?
- #0:06:47-1#** Das Andere, das ich persönlich immer wichtig finde, ist dein Bauchgefühl: Also wenn du irgendwo kein gutes Gefühl hast, dann dies auch ansprechen und darauf hören.
- #0:07:01-9#** Desweiteren: Wenn jemand nicht so absprachefähig ist: Braucht es noch eine zusätzliche Unterstützung? Muss man schauen, dass jemand weniger Antrieb hat?
- #0:07:18-2#** Oftmals durch direktes Ansprechen, durch den Austausch im Team wie der Patient wahrgenommen wird, und dein eigenes Gefühl.
- #0:07:29-3#** Es gibt so Momente in dem man das Gefühl hat: Jetzt habe ich kein gutes Bauchgefühl, dann sprichst du ihn wirklich darauf an.
- #0:07:38-5#** R1: Gibt es auch Phasen, in denen du dich stärker darauf achtest oder tust du das konstant?
- #0:07:48-7#** Eigentlich immer. Also ich schaue immer, und habe das immer im Hintergrund, weil es auch die Realität ist.
- #0:07:57-3#** Und zwar egal, sicher wenn man depressiv ist und in dem Stadium ist in dem der Antrieb besser wird, dass die Chance noch grösser ist.
- #0:08:04-9#** Aber grundsätzlich dass es ein allgemeines Thema ist.
- #0:08:09-2#** Und ich finde das muss man immer ansprechen. Und da dran bleiben und schauen ob sich was verändert.
- #0:08:16-7#** R1: Wie hast du von dieser Phase erfahren?
- #0:08:25-8#** Das haben wir in der Schule gelernt, vor allem bei der Antidepressiven Behandlung, dass bei antriebssteigerung das Risiko erhöht ist.
- #0:08:34-9#** Aber auch aus Erfahrung.
- #0:08:40-2#** Viele Patienten sagen, wenn sie suizidal sind, sie sind zu feige dafür, oder Sie haben die Kraft nicht dafür.
- #0:08:52-4#** Wenn du nachfragst, die Gedanken sind da, haben Sie einen Handlungsdruck, oder einen Plan?
- #0:09:00-0#** Dann kommt oft auch, wenn ich so auf meine Erfahrung zurückschaue: Viele Leute sagen ich habe die Kraft nicht, oder den Antrieb nicht dazu.
- #0:09:10-5#** Und bei denen ist es dann umso wichtiger, dass man das immer im Hintergrund behält. Wenn er den Antrieb hat: Wo steht die Suizidalität? Wo steht der Mensch?
- #0:09:21-1#** Wenn dir jemand ins Gesicht lügt und Nein sagt, dann sind dir wie die Hände gebunden, weil 100% verhindern kann man das nicht, sonst müsste man alle das Lebenslang einsperren.
- #0:09:38-3#** R1: Du hast vorhin auch Gesichtsausdruck und Gestik Mimik als Indikatoren genannt. Gibt es noch weitere Sachen auf die du dich achtest?
- #0:09:55-9#** Allgemein auch das Non-Verbale.
- #0:09:59-3#** Also es gibt nicht DIE Körperhaltung, die sagt Suizidalität.
- #0:10:05-9#** Aber es gibt Veränderungen im Verhalten, die du erkennst: Gestik, Mimik, schaut mir der Patient in die Augen, wenn wir miteinander reden.
- #0:10:15-1#** Wenn jemand mit mir spricht und mir nicht mehr in die Augen schaut, dann ist auch etwas faul.
- #0:10:22-9#** Leute bei denen man merkt, sie nehmen Medikamente in Eigenverantwortung aber der Spiegel ist tief.
- #0:10:36-9#** Was macht er mit den anderen Medikamenten? Hortet er sie? Dann muss ich das ansprechen.

- #0:10:41-4#** Das ist etwas das man von aussen sieht.
- #0:10:43-0#** Auch die Körperhaltung: Ist jemand plötzlich offen? Oder verschlossen?
- #0:10:49-6#** Veränderungen, die gibt es ja immer wieder, jeden Tag; aber dass man die auch einordnet bzgl. Suizidalität.
- #0:10:59-8#** R1: Hältst du diese Beobachtungen fest?
- #0:11:07-5#** Ja, ich dokumentiere Veränderungen. Also wenn mir etwas auffällt dass etwas anders oder komisch oder speziell ist, dann dokumentiere ich das.
- #0:11:18-4#** Aber ich spreche das auch immer im Behandlungsteam mit dem Fallführenden an.
- #0:11:23-5#** Gemeinsam schauen wir, wie wir das einordnen können.
- #0:11:25-4#** Wenn wir das nicht einordnen können, ist es wichtig, dass wir den Patienten auch ansprechen, entweder sie, ich oder wir gemeinsam.
- #0:11:31-8#** R1: Würdest du zuerst auf die behandelnde Therapeutin zugehen?
- #0:11:43-4#** Es kommt drauf an: Wenn ich den Patienten im Gang antreffe und er sich bei mir abmeldet und sagt, er gehe einen halben Tag weg, und ich kein gutes Gefühl habe: Dann würde ich ihn gerade direkt fragen, ob wir uns kurz zusammen hinsetzen können und ihn fragen.
- #0:11:58-2#** Ich würde sagen: Ich wäre froh, wenn sie im Moment hier bleiben.
- #0:11:59-8#** Wenn ich's nicht einschätzen kann, dann ziehe ich den Behandelnden mit ein, oder je nach Gefühl auf jeden Fall.
- #0:12:08-5#** Wenn Suizidalitätsrisiko besteht, müssen wir eine Suizidalitätseinschätzung machen.
- #0:12:16-8#** Das ist ein Instrument: Da gibt es verschiedene Scores. Z.B. Hat schon einmal ein Suizidversuch in den letzten 6 Monaten gegeben? Ja/nein?
- #0:12:29-8#** Gab es einen Suizidversuch in der Familie?
- #0:12:33-3#** Ist der Patient psychotisch?
- #0:12:40-3#** Gibt es Einfluss von Dritten?
- #0:12:48-3#** Solche Fragen mit 1-4 Punkten zu vergeben.
- #0:12:56-8#** Das füllen wir gemeinsam aus. Zuerst gibt es ein Gespräch mit dem Patienten, dann wird es mit dem Therapeuten zusammen ausgefüllt. Also ich mit der Psychologin oder dem Arzt.
- #0:13:10-3#** Dann werden die Punkte zusammengerechnet.
- #0:13:15-4#** Hinzu kommen Punkte für Attribute die ihn am Leben erhalten: Ist er religiös, also dass Suizid nicht erlaubt ist?
- #0:13:26-8#** Kinder, die ihn am Leben erhalten? Jemand der ganz alleine ist hat hier gar keine Abzüge, die ihn am Leben halten.
- #0:13:34-5#** Das könnte man dann hiervon abziehen, wenn das jemand hat. Und dann erhält man eine Einschätzung: Keine, leichte, mittlere und grosse Gefährdung.
- #0:13:42-5#** Dort hält man dann auch direkt die Massnahmen fest, die man vornimmt. Wird der Ausgang gestrichen? Ob ein Isolationszimmer notwendig ist? Ob es Medikamente braucht? Ob eine Überwachung nötig ist? Dass man stündlich oder viertelstündlich Kontakt aufnimmt?
- #0:14:01-1#** R1: Wie rasch bahnt sich so eine Veränderung an?
- #0:14:16-3#** Auch wenn jemand völlig aufgelöst und heulend auf mich zu kommt. Dann habe ich einfach kein gutes Gefühl, auch wenn er nicht suizidal wäre.
- #0:14:29-3#** Dann würde ich wie noch einmal abfangen und sie bitten kommen Sie mit mir mit, ich mache mir sorgen um Sie, Ich möchte nicht dass Sie die Station verlassen.
- #0:14:36-0#** Dann möchte ich die Ursache herausfinden, wieso sie weint. Und dann einordnen: Ist das gerade weil der Freund Schluss gemacht hat? Wegen eines schwierigen Therapiegesprächs? Einfach so?
- #0:14:48-2#** Dann mit ihr einschätzen, ob es gut geht? Ob es Sinn macht, dass sie jetzt alleine geht?

- Braucht sie zusätzliche Unterstützung? Braucht es zusätzliche Medikamente? Dann würde ich hier reagieren.
- #0:15:00-6#** Und diejenigen, die sich wirklich (das Leben nehmen wollten)... Ich kann jetzt nicht einschätzen ob das geplant gewesen war, weil man nicht mehr danach fragen kann.
- #0:15:14-9#** Bei denen die ich erlebt habe, denen hätte ich es nicht angemerkt.
- #0:15:23-7#** Im Nachhinein, könnte man sagen: Vielleicht. Ah das war vielleicht ein Anzeichen.
- #0:15:29-5#** Aber im Moment nichts.
- #0:15:35-6#** R1: Hattest du dann das Gefühl, ... Also mich interessieren vor allem die Indikatoren. Woran erkennt man die erhöhte Gefährdung?
- #0:16:17-9#** Es gibt kein Anzeichen, bei dem man sagen kann: an dem erkennt man es (eindeutig).
- #0:16:21-5#** Was man erkennt, ist: Es geht vor allem um Veränderungen.
- #0:16:28-4#** Beispielsweise: Jemand der morgens nie aufsteht, weint die ganze Zeit und schläft den ganzen Tag. Das ist jetzt ein Extrembeispiel.
- #0:16:38-1#** Und eines Morgens steht er vor dir und beginnt Sachen zu unternehmen, geht spazieren, geht nach draussen, joggen, und so weiter.
- #0:16:49-5#** Aber man merkt, nach jedem Male nach dem spazieren, weint er dennoch.
- #0:16:55-7#** Dann beginnt für mich die Alarmglocken zu läuten.
- #0:16:59-9#** Er hat schlechte Stimmung; Aber jetzt hat sich verändert, dass er nicht mehr nur im Bett liegen bleibt, sondern immer nach draussen geht.
- #0:17:11-6#** Dir vielleicht auch aus dem Weg geht.
- #0:17:13-9#** Nach draussen geht, wenn er seine Einzelgespräche hat.
- #0:17:19-1#** Das ist beispielsweise eine Verhaltensänderung, bei denen die Alarmglocken auch läuten.
- #0:17:25-5#** Da siehst du, die Stimmung ist tief, es geht ihm schlecht, er ist traurig, er weint viel; aber man merkt, er kommt in die Gänge.
- #0:17:34-8#** Hier ist das Spektrum. Das gibt es natürlich auch abgeschwächt.
- #0:17:39-6#** Aber wenn man so nahe und viel mit dem Patienten zusammen ist, und man sich auch im Rapport (mit dem Kollegen) austauscht, merkt man es.
- #0:17:49-8#** Aber oftmals merkt man es auch nicht.
- #0:17:51-8#** R1: Würdest du sagen, dass es auch mit der Aktivität des Patienten zusammenhängt?
- #0:17:59-1#** Also mit dem Antrieb, ja.
- #0:18:00-4#** Und Antrieb ist ja dazu: Macht er etwas, oder tut er nichts?
- #0:18:04-1#** Es ist ja, der Antrieb der hoch geht, und die Stimmung die tief bleibt.
- #0:18:08-2#** R1: Durch das, dass der Antrieb hoch geht, geht auch die Aktivität hoch?
- #0:18:13-3#** Also wenn er mehr Antrieb hat und ins Handeln kommt. Also es geht ja um das Handeln.
- #0:18:18-6#** Vorher sagt er: Ich kann nicht Handeln, oder ich bin zu feige, oder ich mag nicht.
- #0:18:22-4#** Und jetzt hat er plötzlich die Energie zum Handeln.
- #0:18:28-1#** R1: Handeln und Aktivität, wie steht das zueinander? Also Laufen ist physische Aktivität, das ist für mich klar, er bewegt sich da.
- #0:18:51-7#** ... und er handelt. Er tut etwas. Er liegt nicht mehr einfach nur im Bett.
- #0:18:59-7#** R1: Aber es könnte auch andere Handlungen geben?
- #0:19:03-1#** Es kann auch einer sein, der plötzlich aufsteht und herumtanzt. Oder auf den Home-Trainer geht. Oder sich vor die Lichtlampe setzt. Oder plötzlich aufgedreht ist und die ganze Station unterhält.
- #0:19:16-5#** Das sind schon eher die Extremen.
- #0:19:18-6#** Man spricht es ja auch regelmässig an.
- #0:19:24-5#** Dann gibt es auch viele Leute, oder die Mehrheit, die wenn man sie konkret fragt: Wie ist

es mit der Suizidalität und mit den Gedanken? Hoffnungslosigkeit?

#0:19:35-8# Viele erzählen es dann.

#0:19:42-4# Viele erzählen es ja, und man weiss es, und man hat es im Kopf, und man spricht es auch an.

#0:19:49-6# Viele erzählen dir dann auch genau diese Problem: Jetzt mache ich wieder, aber ich habe an nichts Freude.

#0:19:55-7# Nichts macht mir Spass und ich habe an nichts Interesse, obwohl ich wieder mag.

#0:20:03-0# Und da geht es auch um das Vertrauen. Erzählt er es mir oder nicht?

#0:20:08-7# Wenn ich es sehe und vermute, und ihn dann anspreche und wir alle ihn ansprechen, und er alles immer verneint,

#0:20:19-4# dann muss es irgendwann einen Wandel geben, dass er so lange wartet, bis die Stimmung hochgeht, auch wenn er es geplant hat,

#0:20:28-5# oder eben dann passiert es.

#0:20:32-1# aber dann habe ich nur durch das dass ich ein schlechtes Gefühl habe, kann ich jetzt nicht sagen dass wir deswegen einen Rückbehalt ausschreiben können.

#0:20:42-4# Wenn er alles verneint und abstreitet und ganz klar sagt: Nein, ich will leben.

#0:20:49-8# Das ist immer so ein Graubereich und ein Schwanken, zwischen Vertrauen, Beobachten, meinem Gefühl, aber auch mit dem Patienten zusammen.

#0:21:01-5# R1: Geht es da auch darum, ob und wie der Patient mit dir zusammenarbeiten will?

#0:21:07-6# Ist er bereit es anzugehen? Schämt er sich so sehr dafür, dass er sich gar nicht getraut es zu sagen, haben wir eine solch tragfähige Beziehung miteinander, dass er sich doch getraut es anzusprechen?

#0:21:19-9# Wenn nicht mit mir, dann sicher dass der Fallführende es auch versucht.

#0:21:24-4# Oder wenn es beim Fallführenden nicht geht, dann versuche ich es noch einmal.

#0:21:27-0# Weil verschiedene Ebenen, Beziehungen stehen. (Weil auf mehreren Ebenen versuchen hilfreich ist. Weil die Beziehungen zum Patienten unterschiedlich sind)

#0:21:31-5# Auch dort sagen: Wir machen uns sorgen um ihn.

#0:21:38-4# Es gibt da verschiedene Gesprächsführungen und Techniken, um an den Patienten ran zu kommen.

#0:21:42-0# Aber wenn das nicht geht, ...?

#0:21:48-6# R1: Eine Möglichkeit aus meinem Bereich um Aktivität zu messen, sind Schrittzähler. Hast du/ihr bereits Erfahrungen mit Schrittzähler oder ähnlichem?

#0:22:15-3# Nicht dass ich wüsste.

#0:22:17-5# Entweder Schrittzähler, oder auch mit Puls und Kalorienmessgeräte, bei denen man messen kann, wie fest sich der Patient aktiviert.

#0:22:34-7# Es gibt auch Leute, die dreimal täglich spazieren gehen. Und dann gibt es auch Leute, die eine Stunde auf den Hometrainer gehen oder im Kraftraum, und dann hast du ja in der Bewegung keine Schritte drin, oder?

#0:22:55-1# Ich stelle mir so eine Kombination vor: Wieviele Schritte, wieviele Kalorien und wo ist der Puls? Wo man dann auch sieht von der Anstrengungshöhe her, ob es da.

#0:23:12-2# R1: Ich habe hier drei Beispielgeräte. Denkst du, das wäre eine Möglichkeit sowas im Rahmen einer Therapie einzusetzen?

#0:24:21-3# Das würde mich auch persönlich interessieren, ob sich hier etwas verändert. Weil wenn du dich nach aussen orientierst wird es eh viel mehr Schritte geben, wenn man jedesmal von hier nach Zürich muss, als wenn du die ganze Zeit hier sitzt, oder wenn du am Wochenende noch nach Hause gehst.

- #0:24:39-4#** Die andere Frage wäre ob die Patienten mitmachen würden? Da müssten sie wie auch eine Art Protokoll machen mit ihrer Einschätzung: Der Tag war für mich ein guter Tag oder ein schlechter Tag, dass man das wie miteinander vergleichen könnte.
- #0:25:02-7#** [Jawbone] wäre am idealsten, weil es beim Sport und im Sommer nicht so störend ist.
- #0:25:16-6#** Auch bei Kleiderwechsel oder beim Duschen ist es einfacher (abzuziehen).
- #0:25:22-6#** Wenn man von der Bewegung zurückkommt und dann in die nächste Gruppe(Therapie) muss, dass du es dann nicht an der andern Hose vergisst.
- #0:25:34-5#** [Sensewear] ist vielleicht ein bisschen zu offensichtlich und je nach Jahreszeit nicht so geeignet.
- #0:25:45-5#** R1: Könntest du dir vorstellen, dass einige Patienten bereit wären so etwas zu tragen?
- #0:25:55-4#** Ja ich denke da würde es bestimmt Patienten geben, die dazu bereit wären.
- #0:26:34-4#** R1: Hier siehst du wieviele Schritte du gemacht hast, wie viele Kilometer, wie lange du Aktiv warst, und kannst auch über eine Woche/Monat wieviele Schritte du gemacht hast.
- #0:26:47-1#** Dann siehst du auch, ob du eine Stunde lang 10km gejoggt bin und dann den ganzen Tag sonst nichts gemacht hast?
- #0:26:55-5#** R1: Ja das würdest du hier sehen. Das siehst du einen ganzen Tag wann du sehr aktiv warst und wann nicht.
- #0:27:22-5#** R1: Sähest du einen Einsatzbereich etwas solches einzusetzen? Man könnte einem Patienten dieses Gerät geben und dann vielleicht mit ihm ein Ziel festlegen...?
- #0:28:15-3#** Also wir haben ja morgens die Tagesziele. Da geht es darum, eine halbe Stunde spazieren, nächstes Mal vielleicht 3/4Std spazieren.
- #0:28:27-2#** Da könnte man das erste Mal messen, wie lange benötige ich für einen Spaziergang (wie viele Schritte), und dann anhand dem (ein Ziel festlegen).
- #0:28:36-1#** Und nicht einfach: Er geht 45min spazieren, davon sitzt er aber 30min auf einem Bänkli.
- #0:28:42-8#** Das wäre wie aktivere Aktivität.
- #0:28:46-3#** Das zu überprüfen ob 3/4 Std nach draussen auch laufen bedeutet, oder ob der Patient nur um die Ecke geht und eine halbe Stunde auf einer Bank hockt und sich sonnt.
- #0:28:56-5#** Da ist er auch 3/4 Std draussen gewesen.
- #0:28:59-2#** R1: Könnte dies auch dir helfen, ob der Patient effektiv laufen gegangen ist?
- #0:29:07-8#** Das sind wie zwei Seiten jetzt. Das könnte mir helfen, das könnte eine Unterstützung sein, auch um Ziele anders zu formulieren.
- #0:29:15-8#** Aber auch dass der Patient stärker das Gefühl bekommt noch mehr von mir kontrolliert zu werden.
- #0:29:24-8#** Was auch nicht immer optimal ist. Also nicht immer gut ist, wenn der Patient das Gefühl hat, ich könne ihn auf Schritt und Tritt nachverfolgen ob er das auch wirklich getan hat oder nicht.
- #0:29:37-4#** Das ist auch eine Frage ob ich ihm das Vertrauen entgegenbringe.
- #0:29:44-2#** Was mich brennend interessieren würde: Wie das denn über eine längere Zeitdauer aussehen würde.
- #0:29:50-7#** Bei chronisch Depressiven: Verändert sich etwas während derer 8wöchigen Aufenthalt?
- #0:29:58-5#** Wird das massiv mehr oder überhaupt nicht? Wenn sie Einbrüche/Krisen haben, haben sie dann mehr Bewegung, weil sie es als Skill haben sich zu bewegen? Oder eben genau nicht, weil sie nur noch im Bett liegen und weinen.
- #0:30:18-6#** R1: Bisher ist es ja auch schon ein Thema, dass Patienten raus und laufen gehen. Wäre das ein Zusatznutzen, wenn er hier sehen kann wieviele Schritte er gemacht hat?
- #0:30:41-9#** Wenn es rauf geht, ist es sicher positiv. Wenn es runter geht, kann es auch frustrierend sein.

- #0:30:51-8#** Oder auch: Heute habe ich weniger gemacht und fühle mich auch schlechter, also: Bewegung wäre eigentlich schon gut.
- #0:31:02-3#** Ich bin aber ein bisschen skeptisch, ob der Patient einen direkten Nutzen hat, oder ob es mehr aus statistischer Sicht gut ist um herauszufinden und zu beobachten.
- #0:31:31-9#** Also durch Studien zu beweisen dass bei denen Bewegung gut tut. Und dass man sagt, chronisch Depressive die körperlich Fit sind sollen versuchen X Schritte pro Tag zu gehen.
- #0:31:50-7#** R1: Also ich höre raus, dass es einerseits positiv ist, wenn das Patienten aufzeigen kann, was sie tun. Aber ich höre auch raus, dass es nicht nur gut ist, wenn Patienten effektiv so etwas sehen.
- #0:32:09-7#** Ich sehe den positiven Anteil. Aber ich sehe auch Leute, die alles perfekt machen müssen und die an allen Therapien teilnehmen müssen (selbstbestimmt), die dann vielleicht mit dem Schrittzähler herumlaufen würden bis sie wirklich ihr Ziel erreicht haben.
- #0:32:29-4#** Vielleicht dazu einen halbe Stunde im Gang hin und her laufen, bis sie ihre Schritte erreicht haben.
- #0:32:35-4#** Die die das Gefühl haben, wenn ich das nicht mache, werde ich bestraft, oder dann habe ich es nicht richtig gemacht.
- #0:32:42-6#** R1: Da müsste auch der Therapeut entscheiden können, ob es passend wäre (das einzusetzen)?
- #0:32:51-0#** Ja, oder dass man sagt: Alle die wollen, können das anziehen. Aber dass wir sagen: Nicht jeder muss 14000 Schritte erreichen, sondern einer muss weniger,
- #0:33:07-4#** Bei jenem arbeiten wir mit dem als Zielführung, bei jenem setzen wir das ein als positive Rückmeldung, dass er überhaupt gegangen ist, wenn er sich verbessert benutzen wir dies Statistik
- #0:33:20-8#** Dass man die Patienten aufteilt und ihnen auch anpasst, wie man das einsetzt.
- #0:33:27-0#** Also ich denke nicht, dass es möglich ist zu sagen 14000 ist korrekt, wenn sie das machen geht es ihnen besser, und dann muss das jeder tun.
- #0:33:37-7#** R1: Was interessant wäre, ob man anhand von diesen Schrittzählern auf die Gefährdung Rückschlüsse ziehen könnte. Wenn das System sagen könnte: Alarm, wir sind in dieser Phase?
- #0:34:32-9#** Das ist immer schwierig. Die Frage ist: Wo sind die Grenzen, wo nicht? Wenn jemand nach Zürich muss, dann schlägt es aus, weil er plötzlich das dreifache von gestern gemacht hat?
- #0:34:49-8#** Oder jemand der nicht chronisch depressiv ist, der schon grundsätzlich mit mehr (Schritten pro Tag) kommt, und jetzt wieder die Freude daran findet?
- #0:35:04-1#** Ich sehe den Rückschluss noch nicht so. Weil es in der Realität auch nicht so ist, dass man sagt, der bewegt sich jetzt mehr, der ist (gefährdet).
- #0:35:14-4#** Es gibt ja immer verschiedene Beobachtungspunkte.
- #0:35:16-1#** Im ganzen Prozess: Wo stehst du? Wie bist du mit ihm in Kontakt? Wo man hierbei wie nicht sieht.
- #0:35:23-3#** Ich finde, es muss bei jedem im Hintergrund stehen: Suizidalität muss auf jeden Fall angesprochen und besprochen sein. Unabhängig von Suizidversuchen.
- #0:35:45-8#** Diese Thema muss uns bewusst sein und abgesprochen werden.
- #0:35:50-3#** R1: Ich frage mich, könnte dir das helfen, wenn ein Patient von 2000 Schritten/Tag plötzlich auf 10000 Schritte/Tag kommt?
- #0:36:09-4#** Dann müsste ich wie im Einzelnen, herausfinden wie es ihm geht.
- #0:36:14-6#** R1: Das heisst, es wäre für dich zwar ein Zeichen, dass eine Änderung da ist, aber das heisst noch nichts.
- #0:36:21-1#** Das ist für mich ein Beweis einer Veränderung.
- #0:36:24-4#** Wenn ich ihn jetzt frage, wie ist ihr Antrieb? Und er sagt: Der Antrieb ist besser. Und ich frag: Wie ist ihre Stimmung? Und er sagt: Nicht gut. - Ja, wieso?

#0:36:35-7# Dann kann ich sagen: Ihr Antrieb ist viel besser. Aber was mit der Stimmung los ist, müsste ich ja dennoch herausfinden.

#0:36:46-2# Aber das sind für mich zwei Fragen - Wie ist der Antrieb, wie ist die Stimmung - Etwas das ich in jedem Einzelnen meine Leute frage: Wie geht es Ihnen?

#0:36:58-6# R1: Gibt es noch etwas das dir wichtig erscheint?

#0:37:16-9# Mir ist immer wichtig, ...

#0:37:19-0# Es gibt ja unterschiedliche Depressionsformen, und diese Phase hast du nicht bei allen, und je nach Stadium, hat das auch nicht jeder.

#0:37:35-1# Suizidrisiko besteht bei jedem, bei dir genauso wie bei mir, je nachdem wo du in deinem Leben stehst.

#0:37:45-9# Und wenn jemand wirklich will und das plant, dann wirst du so lange du nicht in sein Hirn hineinsehen kannst was er denkt, nicht herausfinden.

#0:37:54-1# Wenn jemand offen ist, dann wird er es dir sagen. Entweder von sich aus oder auf Nachfrage.

#0:38:03-9# Aber ich finde es sehr spannend, aber ich denke auch schwierig, daraus etwas abzuleiten, daraus erkenne ich es, oder so.

#0:38:20-5# Weil es spielen viele Faktoren mit. Und wenn jemand wirklich will, dann sind uns auch irgendwann die Hände gebunden.

E.4. Transcript of the Interview with Participant 4

- #0:01:55-5#** R1: Ich habe gehört, gegen Ende einer depressiven Episode, bei Patienten mit Suizidrisiko zu einem erhöhten Risiko kommt. Kannst du diese Einschätzung teilen?
- #0:02:22-1#** Die Frage ist natürlich, was heisst das Ende einer depressiven Episode? Es gibt natürlich verschiedene Fachbegriffe.
- #0:02:28-6#** Man sagt es gibt verschiedene Definitionen, wann ist eine Episode remittiert, wann ist sie komplett weg,
- #0:02:35-1#** Es gibt auch Definitionen die sagen, die Symptome haben sich verbessert.
- #0:02:42-0#** Das frage ich mich jetzt, was hier wohl genau gemeint ist.
- #0:02:49-8#** Was ich natürlich kenne ist, dass Patienten ein erhöhtes Suizidrisiko haben vor dem Austritt bei uns.
- #0:02:55-2#** Zum Beispiel, weil sie jetzt Angst haben, wie geht es jetzt daheim weiter, oder sie sich vielleicht sogar von dem schützenden Umfeld hier ausgestossen fühlen.
- #0:03:04-7#** Sowas kenne ich.
- #0:03:05-9#** Oder aber, was auch oft mal (vorkommt): Es ist so, bestimmte Symptome verbessern sich schneller als andere.
- #0:03:15-1#** R1: Zum Beispiel?
- #0:03:16-0#** Im Hinblick auf die Psychopharmakologie, kann es sein dass bei manchen Medikamenten der Antrieb zu erst verbessert. Und dann die Stimmung.
- #0:03:27-9#** Das kann natürlich unter Umständen dazu führen, dass die Suizidgedanken da sind. Und auf einmal ist die Kraft dafür da, das umzusetzen.
- #0:03:36-2#** Dann gibt es ein erhöhtes Suizidrisiko.
- #0:03:38-9#** Ich hab jetzt noch nicht davon gehört dass ... (gegen Ende der Episode), aber wie gesagt das hängt auch mit der Definition zusammen.
- #0:03:44-4#** R1: Vielleicht war das von mir etwas unpräzise formuliert gewesen (mit dem Ende der Episode).
- #0:03:48-5#** R1: Aber das ist für mich auch interessant. Also sind das die Phasen, in denen Patienten deiner Meinung nach einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind?
- #0:04:01-4#** Ja. Natürlich, neben individuellen Faktoren.
- #0:04:05-8#** Angenommen: Im Laufe der Behandlung ändern sich Bedingungen: Die Ehefrau trennt sich.
- #0:04:12-2#** Oder jemand stirbt.
- #0:04:13-8#** Natürlich gibt es auch sozusagen äussere Belastungsfaktoren, die auch das Risiko erhöhen können.
- #0:04:18-0#** Aber ich denke, die Ablösung wenn ein therapeutischer Prozess in Gang gesetzt wurde und eine therapeutische Beziehung da ist.
- #0:04:25-3#** Und natürlich bricht die Beziehung auf eine Art auseinander am Ende der stationären Behandlung, ich kann nicht alle meine Patienten noch ambulant sehen,
- #0:04:34-3#** das kann schon mal ein schwieriger Punkt sein.
- #0:04:38-7#** R1: Vorher hast du auch das Beispiel genannt, bei dem der Antrieb zunimmt. Wie erkennst du dass sich der Patient in einem solchen erhöhten Risiko befindet?
- #0:04:57-4#** Ich frag natürlich immer wenn ich ihn sehe genau ab, also ich prüf natürlich wie ist die Stimmungslage.
- #0:05:03-4#** Bei Patienten die latent suizidal sind frage ich aktiv nach, was machen die Suizidgedanken?, wie ist ihr Antrieb?

- #0:05:10-9#** Und wenn ich da merke, der Patient ist wieder viel draussen, und bewegt sich viel, aber die Stimmung ist noch schlecht, bin ich vorsichtig und frage nach.
- #0:05:21-5#** Ich versuch näher dran zu sein. Ich frag die Pflege, was habt ihr erlebt?
- #0:05:26-2#** Es ist immer ganz wichtig am Anfang konkret zu erheben was gibt es denn für Suizidgedanken? Gibt es Pläne?
- #0:05:32-5#** Wenn es Pläne gibt, frage ich nach, wie sieht es aus damit.
- #0:05:38-2#** R1: Was sind für die Indikatoren? Du fragst die Pflege? Gibt es noch weitere Indikatoren auf die du dich achtest? Oder ist das vor allem etwas das du im Gespräch heraushörst?
- #0:05:58-9#** Ja, natürlich vor allem im Gespräch. Aber ich schau mir auch immer an, wenn ich durch die Station gehe, wie verhält sich ein Patient.
- #0:06:07-7#** Sehe ich den unter der Patientengesellschaft? Sehe ich den gar nicht? Wie ist der integriert?
- #0:06:13-1#** Und da ist es natürlich immer gut auf Veränderungen zu achten.
- #0:06:16-4#** Jemand der immer integriert war und auf einmal sehe ich den nicht mehr, oder jemand der immer isoliert war und auf einmal ist er unter andern, das kann auch auffällig sein.
- #0:06:24-8#** Da versuche ich auch immer nah dran zu bleiben und gut zu beobachten.
- #0:06:30-5#** R1: Gibt es spezielle Indikatoren die dir Rückschlüsse auf die Stimmung geben können?
- #0:06:51-9#** R1: Also wie ich das raushöre spielen vor allem Stimmung und Antrieb eine Rolle,...
- #0:07:01-5#** Natürlich geht es je nach Patient auch weiter, da gibt es eine Angstsymptomatik, oder wie sieht es aus mit der inneren Unruhe, mit der Getriebenheit, es gibt solche die sind sehr agitiert, die halten diesen Zustand kaum aus.
- #0:07:17-7#** Da ist auch immer die Frage: Wie kommen sie zurecht mit ihren Symptomen? Die wir nicht von heute auf morgen ändern können.
- #0:07:26-1#** Es gibt Patienten, die sind so gequält, dass ich dann quasi bewusst Medikamente auch einsetzte (bzw. wir), die zum Symptommanagement gehören,
- #0:07:36-2#** die nicht unbedingt die Depression besser macht,
- #0:07:39-3#** da kann es auch wichtig sein Benzodiazepine (Angstlösende Medikamente) einzusetzen um den Patienten zu schützen vor seiner Symptomatik, die er dann nicht mehr aushalten kann.
- #0:07:48-8#** R1: Also die Symptomatik wäre hier die ständige Agitiertheit?
- #0:07:53-3#** Es kann eine innere Unruhe sein, es kann ein Gedankenkreisen sein, es können Ängste sein.
- #0:08:02-6#** R1: Wie verfolgst du solche Anzeichen? Hältst du sowas fest?
- #0:08:13-7#** Dokumentieren im Verlauf. Klar, wenn die Anzeichen stärker werden, dann erhöhen wir natürlich die Beobachtungsrate.
- #0:08:23-5#** Im Zweifel direkt mit dem Patienten, dass er mit uns Kontakt aufnehmen soll zur Pflege. Oder wenn das nicht möglich ist, dass wir regelmässig Kontakt aufnehmen.
- #0:08:35-6#** R1: Wie reagierst du, wenn du erkennst, dass jetzt jemand einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist?
- #0:08:49-4#** Allgemein kann man das schwer sagen.
- #0:08:51-5#** Es gibt bestimmte Vorgaben. Es gibt eine Suizideinschätzung die bestimmte Aspekte beinhaltet.
- #0:09:02-9#** Dann erhöhen wir die Massnahmen. Das kann sein über die Medikation, über die Beschränkung des Ausgangs, über die Erhöhung der Kontaktaufnahme.
- #0:09:15-7#** R1: Was mich persönlich aus der Sicht der Informatik interessiert ist ob man hier ein objektives Kriterium beiziehen könnte, das dich bei der Einschätzung. Ich weiss nicht ob du jetzt auch schon objektive Kriterien beiziehst?

- #0:09:45-4#** Was sind denn objektive Kriterien?
- #0:09:49-5#** R1: Beispielsweise, die Aktivität eines Patienten, zum Beispiel mit Hilfe eines Schrittzählers. Hast du schon mit sowas gearbeitet?
- #0:10:11-0#** Nein (noch nicht gearbeitet).
- #0:10:11-3#** Also man kann Schrittzähler einsetzen um Patienten zu motivieren sich mehr zu Bewegen.
- #0:10:17-5#** Aber um jetzt die Suizidalität einzuschätzen, finde ich das ein bisschen schwierig.
- #0:10:24-4#** Also unser Suizideinschätzungsbogen ist ja so ein Instrument, um ein bisschen pseudomässig meine persönliche Einschätzung zu objektivieren.
- #0:10:37-0#** Ich kann ja sagen, ich vertraue dem Patienten, aber das reicht nicht, sondern ich muss ja bestimmte Fragen ausfüllen.
- #0:10:43-4#** Man kann darüber diskutieren, ob das eine objektivere Einschätzung gibt.
- #0:10:51-2#** Aber eine Einschätzung bleibt eine Einschätzung.
- #0:10:55-8#** Ich behaupte mir fällt jetzt kein Mass ein, selbst mit einem Schrittzähler, das würde mir glaube ich keine Rückschlüsse geben, ob jetzt jemand ein erhöhtes Suizidrisiko hat.
- #0:11:22-8#** Ich behaupte es kommen so viele individuelle Punkte und Informationen hinzu die ich nutze, ...
- #0:11:28-7#** R1: Was sind das für Informationen die du nützt?
- #0:11:32-4#** Das spüre ich, wenn der Patient mir gegenüber sitzt: Was löst er in mir aus?
- #0:11:40-1#** Es gibt zum Beispiel ein weinen, das ist verzweifelt. Wo ich das Gefühl habe, ich muss mich kümmern.
- #0:11:45-8#** Und es gibt ein Weinen wo ich das Gefühl habe, da passiert bei mir nichts. Das ist jetzt ne kleine Show für mich, aber ich fühl überhaupt nichts mit.
- #0:11:53-5#** Auch das alleine reicht natürlich jetzt nicht um zu sagen, das eine ist suizidgefährdet und das andere nicht.
- #0:11:59-2#** Sondern, ich muss wissen, wie ist der Patient sonst drauf. Was macht er sonst?
- #0:12:05-0#** Also es gibt tausend Sachen: Gibt es nahe Angehörige? Wie ist der Kontakt? Zieht er sich jetzt mehr zurück? Erzählt er mir etwas schwieriges über die Person oder versucht er's eher auszuklammern?
- #0:12:18-9#** Wie verhält er sich mit den Mitpatienten? Was war vorher, wie ist es jetzt?
- #0:12:26-8#** Wenn er bei mir ist, dann habe ich das Gefühl er versteckt irgendwas? Habe ich das Gefühl er spielt mir auf einmal vor, dass alles easy ist?
- #0:12:34-7#** Dann muss ich mich fragen, fühle ich das auch dass es besser ist, oder ist das nur?
- #0:12:40-8#** Ich würde dann nachfragen, ganz wichtig wenn es ihnen jetzt besser geht, warum geht es ihnen jetzt besser?
- #0:12:45-2#** wenn dann nichts kommt, ist das komisch.
- #0:12:48-1#** das heisst, ich versuche möglichst engmaschig auch zu verstehen, wenn sich was verändert warum?
- #0:12:56-8#** wenn ich das warum nicht verstehe ist das wie ein alarmzeichen
- #0:13:01-1#** Ich versuche sehr nahe am Patienten dran zu sein und ihn möglichst gut zu verstehen, und alles was ich nicht verstehe ist erstmal für mich: Vorsicht!
- #0:13:17-2#** R1: So wie ich das verstehe geschieht das meiste im Gespräch und im Einzelnen mit dem Patient. Gibt es auch Sachen die du beobachtest ohne dass der Patient das mitbekommt?
- #0:13:37-4#** Ich sehe ihn natürlich auch in der Gruppe.
- #0:13:44-5#** Ich bin natürlich oft hier in meinem Zimmer am arbeiten und nicht so oft auf der Station. Das heisst, da frage ich mehr die Pflege, die beobachtet den Patienten mehr.

- #0:13:50-8#** Ich lauf auch über die Station mit offenen Augen und wenn ich da was wahrnehme, fließt das natürlich mit ein.
- #0:13:57-9#** Aber ich bin eher auf die Rückmeldungen der Pflege angewiesen, die die Tür offen hat und die Patienten stärker mitkriegt.
- #0:14:06-8#** R1: Zurück auf die Schrittzähler: Ich habe ein paar Modelle ausgedruckt. [...] Siehst du eine Möglichkeit, sowas im Rahmen einer Therapie einzusetzen?
- #0:15:07-4#** Auf jeden Fall. Unser Ziel ist ja auch die Aktivität zu steigern.
- #0:15:11-8#** Ich geh jetzt da von der Suizidalität weg, ich persönlich bin nicht sicher ob man da jetzt wirklich Rückschlüsse ziehen kann.
- #0:15:17-4#** R1: Das ist okay.
- #0:15:19-2#** Ein ganz wichtiger Punkt ist ja auch die Aktivität zu steigern. Und da finde ich das super. Weil die Patienten haben ja oft eine sehr verschobene Wahrnehmung.
- #0:15:27-1#** Wie aktiv bin ich tatsächlich, und was denke ich.
- #0:15:31-3#** Und da kann man so ein objektives Mass natürlich sehr gut einsetzen als Feedback.
- #0:15:34-3#** Sowohl in die eine als auch in die andere Richtung.
- #0:15:37-0#** Es gibt Patienten die erwarten von sich immer viel zu viel. Da könnte das ein gutes Mittel sein um ihnen die Realität aufzuzeigen.
- #0:15:45-1#** Oder aber auch solche, die sagen ich habe mich schon so viel bewegt. Das wär natürlich super.
- #0:15:52-8#** R1: Denkst du, dass Patienten sowas akzeptieren? Also das auch tragen würden wenn es ihnen sehr schlecht geht?
- #0:16:08-0#** Naja, wir sind eine Therapiestation. Also wer zu uns kommt, bringt idealerweise ein bisschen Motivation mit.
- #0:16:19-2#** Und ich würde das dann eher so verkaufen, dass das Teil der Therapie ist und deshalb erwarten wir, dass Sie das tragen.
- #0:16:25-6#** Es kommt ein bisschen darauf an, wie man das verkauft. Wenn man sagt, das ist Teil der Therapie, deshalb müssen sie das.
- #0:16:33-7#** So wie sie auch zur Tagesvorbesprechung kommen müssen, das finden die Patienten auch nicht toll, morgens früh aufzustehen.
- #0:16:39-2#** Aber wenn es Teil der Therapie ist glaube ich würde es akzeptiert werden.
- #0:16:45-2#** Ob das positiv angenommen wird, am Anfang wohl nicht, am Ende wenn sie merken, dass es ne Rückmeldung gibt, vielleicht schon.
- #0:16:54-1#** R1: Wenn du die drei Modelle siehst, denkst du dass das eine besser geeignet wäre im klinischen Umfeld?
- #0:17:07-2#** Das [Jawbone] wirkt natürlich am unauffälligsten. Ich finde das recht unauffällig.
- #0:17:17-3#** Ich denke das ist sehr alltagstauglich, weil sie müssen es nicht von der Kleidung wechseln.
- #0:17:21-0#** Man muss eher pragmatisch sein. Sonst hat man das [Fitbit] eher an der falschen Hose gehabt.
- #0:17:30-3#** R1: Hier die Übersicht/Statistik Tages und Wochenübersicht. Was würde diese Statistik dem Patienten helfen?
- #0:18:49-6#** Ich denke der Vergleich zwischen verschiedenen Tagen ist wichtig. Zur Fremd und Selbstschätzung, um das Abzugleichen. Also ich denke der Vergleich wäre wichtig.
- #0:19:15-0#** Weil dann erst kann man sich natürlich an Zahlen orientieren.
- #0:19:19-5#** R1: Denkst du das hilft dem Patienten, wenn sie sehen heute habe ich 2972 Schritte gemacht?
- #0:19:28-1#** Nein, das sicherlich nicht. Ich denke eher, denen hilft, wie viele Minuten war ich aktiv,

und wie viele Stunden habe ich gelegen.

#0:19:37-0# Also man bräuchte quasi ein Verhältnis zwischen Ruhen und Aktiv.

#0:19:42-0# Und es wäre natürlich die Frage: Na gut, man kann sich an Normen gewöhnen. Ich wüsste jetzt nicht wie viele Schritte ich täglich mache. Aber wenn ich das über einen Monat betrachte, dann habe ich eine Idee, wann war ich aktiver und wann war ich nicht aktiv.

#0:19:59-5# Ich glaube daran könnten sich Patienten auch "gewöhnen".

#0:20:07-1# Was natürlich super wär, wieviele Stunden liegen sie im Bett.

#0:20:11-9# Wenn es messen könnte, wie viele Stunden schläft man auch tatsächlich, das wäre auch noch was anderes (informatives).

#0:20:23-7# R1: Was würden diese Daten dir als Therapeutin helfen?

#0:20:30-8# Ich könnte gezielter motivieren oder auch strenger konfrontieren, mit:

#0:20:37-0# Sie haben gesagt, sie wollen mehr aktiv sein, aber da tut sich gar nichts.

#0:20:40-2# Im Moment bin ich natürlich auf die Beobachtung und die Selbsteinschätzung der Patienten angewiesen, ob er seine Ziele erreicht hat.

#0:20:49-9# Ich sage: Wir machen jetzt zum Ziel: Jeden Tag 15min joggen. Dann kann er mir noch so oft erzählen er hat's gemacht oder er hat's nicht gemacht.

#0:20:58-2# Man könnte auch: Unsere Idee ist ja dem Patienten zu verkaufen, je mehr Sie sich bewegen, desto besser wird es Ihnen gehen.

#0:21:07-1# Wenn man da einen Verlauf hat und die Stimmung auch noch mit erhebt, dann kann man auch die Patienten besser motivieren,

#0:21:16-4# dass es auch was hilft was wir sagen, dass das nicht nur leere Worthülsen sind

#0:21:41-4# R1: Angenommen, man hätte so ein Gerät. Wie würdest du das einsetzen? Mit dem Patienten gemeinsam besprechen?

#0:22:08-9# Ich bräuchte ne Auswertung bevor ich mit dem Patient spreche, damit ich auch sehe, wie sieht es denn aus.

#0:22:21-8# R1: Patient wäre bereit die Information mit dir zu teilen in Echtzeit?

#0:23:08-3# Ich würde es so einführen, dass das nicht eine Kontrolle ist, sondern dass der Patient ja hier ist, dass es ihm besser geht.

#0:23:16-8# Und ein ganz wichtiger Punkt ist ja die Steigerung der Aktivität.

#0:23:21-3# dass wir zusammen gut an diesem Ziel schaffen können, hätten wir dieses Armband. Natürlich kann man keinen dazu zwingen,

#0:23:29-6# aber ich würde das halt einführen als Hilfsmittel, das wir zusammen haben.

#0:23:35-2# Ja, nicht als Kontrolle. Und ich habe sicherlich keine Zeit zwischendurch reinzuschauen, was macht jetzt der Patient gerade.

#0:23:39-9# also ich würde nicht so vorgehen, ich schau rein und wenn er schläft geh ich in sein Zimmer und wecke ihn auf.

#0:23:47-8# also das ist ja sehr erzieherisch, das ist nicht therapeutisch

#0:23:59-1# R1: Zurück zur Frage um das Suizidrisiko zu Beginn: Angenommen man hätte so ein System, könnte dir das indirekt helfen das Suizidrisiko einzuschätzen?

#0:24:23-9# Mit den Vergleichen, also jemand der immer sehr inaktiv war und auf einmal aktiv ist, und ich habe die Stimmung im Blick,

#0:24:37-3# dann kann es mir natürlich helfen nachzuforschen, was ist los?

#0:24:42-9# Die Suizidgedanken sind oft stärker wenn jemand ineffektiv ist, das aktive Suizidrisiko dass sich jemand was tut ist dann geringer, weil es ist zu wenig Antrieb da.

#0:24:54-5# Aber ich denke, man hat natürlich mehr Möglichkeiten, Unterschiede objektiv mitzubekommen. Das schon.

#0:25:02-9# R1: Würdest du sagen, für dich sind Unterschiede wichtig?

#0:25:12-5# So Allgemein nicht. Ich habe Mühe zu sagen, jemand der aktiv ist der hat ein höheres Suizidrisiko, jemand der nicht so aktiv ist ist ein höheres Suizidrisiko, das kann man natürlich nicht so sagen.

#0:25:29-2# Man kann es immer nur in Relation sehen, wie ist jemand sonst.

#0:25:33-2# Und in Relation zur Entwicklung der Stimmung.

#0:25:43-6# R1: Du hast vorhin erwähnt, immer wenn etwas anders ist als sonst, dann ist das für dich ein Zeitpunkt zum Nachfragen, ja?

#0:25:53-8# Genau.

#0:25:57-8# Wenn jemand natürlich suizidal kommt, dann nehme ich das natürlich auch so dran, aber wenn ich jetzt gar keinen Hinweis darauf habe, sind natürlich Veränderungen noch wichtiger für mich.

#0:26:08-8# R1: Vorhin hast du noch den Zusammenhang zur Stimmung erwähnt?

#0:26:25-6# Wenn die Stimmung nach wie vor schlecht ist, und die Aktivität hochgeht, dann wär das für mich quasi ein eindeutiger Fall. Dann muss ich aufpassen.

#0:26:32-4# Und natürlich wenn die Stimmung steigt, passe ich auf, warum steigt die: Es gibt ja oft Patienten die haben eine Entscheidung getroffen,

#0:26:45-9# die haben den Entschluss gefasst: Ich tue es, dann und dann und dann, und dann ist die Stimmung natürlich besser, dann gibt's einen Ausweg.

#0:26:50-7# Das heisst, wenn der mir nicht erklären kann, warum die Stimmung steigt und es für mich nachvollziehbar ist, dann muss ich mal da nachfragen.

#0:27:03-5# R1: Gibt es noch etwas das dir besonders wichtig ist?

#0:27:13-7# Ich fände die Idee mit dem Ziel den Patienten mehr zur Aktivität zu motivieren und ihm eine objektivere Rückmeldung zu geben fände ich super.

#0:27:24-4# Ich bin mir noch nicht sicher, ob es hilfreich ist, das Suizidrisiko einzuschätzen, aber wie gesagt, das kann ein Teil dazu beitragen.

References

1. *Gesundheit in der Schweiz: nationaler Gesundheitsbericht 2008* (ed Meyer, K.) ISBN: 9783456846262 3456846266 (Huber, Bern, 2009).
2. Baer, N., Baer, N. & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung: Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration* ISBN: 9782940502066 2940502064 (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel, 2013).
3. Organization, W. H. *Depression - WHO fact sheet No 369* WHO - Depression. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>> (2012).
4. Keck, M. E. *Depression - Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der Zusammenhang mit Stress?* (Lundbeck, Glattbrugg).
5. Angst, J., Angst, F. & Stassen, H. H. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry* **60 Suppl 2**. PMID: 10073389, , 113–116. ISSN: 0160-6689 (1999).
6. Arnrich, B., Osmani, V. & Bardram, J. Mental health and the impact of ubiquitous technologies. *Personal and Ubiquitous Computing* **17**, 211–213 (2013).
7. Müssigbrodt, H., Kleinschmidt, S., Schürmann, A., Freyberger, H. J. & Dilling, H. *Psychische Störungen in der Praxis - Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V(F) der ICD-10* 4th ed. 167 pp. ISBN: 9783456848808 (Verlag Hans Huber, Bern, 2010).
8. Hautzinger, M. *Akute Depression* 94 pp. ISBN: 9783801721442 (Hogrefe, Göttingen, 2010).
9. Linden, M. & Hautzinger, M. *Verhaltenstherapiemanual* 660 pp. ISBN: 9783642161971 (Springer DE, 2011).
10. De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen* ISBN: 9783801720704 3801720705 (Hogrefe, Göttingen, 2007).
11. Dinner, P. *Depression 100 Fragen, 100 Antworten ; Hintergründe - Erscheinung - Therapie* ISBN: 9783456848761 3456848765 (Huber, Bern, 2010).
12. Hautzinger, M. & Meyer, T. D. *Bipolar affektive Störungen Fortschritte der Psychotherapie*. 86 pp. ISBN: 9783801721466 (Hogrefe, Göttingen, 2011).
13. Bräunig, P. *Leben mit bipolaren Störungen: Manisch-depressiv: Wissen, das Ihnen gut tut* ISBN: 9783830461548. <http://books.google.ch/books?id=nurTgfINd_8C> (TRIAS, 2009).
14. Matthews, M., Doherty, G., Sharry, J. & Fitzpatrick, C. Mobile phone mood charting for adolescents. *British Journal of Guidance & Counselling* **36**, 113–129 (2008).
15. Mayora-Ibarra, O. The MONARCA Project for Bipolar Disorder Treatment. *Journal of Cybertherapy & Rehabilitation* **1** (2011).
16. Bardram, J. E., Frost, M., Szántó, K. & Marcu, G. in *Proceedings of the 2nd ACM SIGHIT International Health Informatics Symposium* (ACM, New York, NY, USA, 2012), 21–30. ISBN: 978-1-4503-0781-9. doi:10.1145/2110363.2110370. <<http://doi.acm.org/10.1145/2110363.2110370>> (visited on 09/11/2013).
17. Frost, M., Doryab, A., Faurholt-Jepsen, M., Kessing, L. V. & Bardram, J. E. in *Proceedings of the 2013 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing* (ACM, New York, NY, USA, 2013), 133–142. ISBN: 978-1-4503-1770-2. doi:10.1145/2493432.2493507. <<http://doi.acm.org/10.1145/2493432.2493507>> (visited on 2014).

18. Greco, A. *et al.* in *Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2012 Annual International Conference of the IEEE* (2012), 6691–6694. doi:10.1109/EMBC.2012.6347529.
19. Valenza, G., Gentili, C., Lanatà, A. & Scilingo, E. P. Mood recognition in bipolar patients through the PSYCHE platform: Preliminary evaluations and perspectives. *Artificial Intelligence in Medicine* **57**, 49–58. ISSN: 0933-3657 (2013).
20. Gega, L., Marks, I. & Mataix-Cols, D. Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: Experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology* **60**, 147–157. ISSN: 0021-9762, 1097-4679 (Feb. 2004).
21. Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P. & Erdman, H. P. Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *The American Journal of Psychiatry* **147**, 51–56. ISSN: 1535-7228(Electronic);0002-953X(Print) (1990).
22. Wright, J. H. Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression: Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time. *American Journal of Psychiatry* **162**, 1158–1164. ISSN: 0002-953X, 1535-7228 (June 1, 2005).
23. Picard, R. W. *Affective computing* 292 pp. ISBN: 0262161702 (MIT Press, Cambridge, Mass, 1997).
24. Cowie, R. *et al.* Emotion Recognition in Human-Computer Interaction. *IEEE Signal Processing Magazine*, 32–80 (2001).
25. Pantic, M., Sebe, N., Cohn, J. F. & Huang, T. in. MM'05 (ACM, Singapore, Nov. 2005).
26. Reinecker, H. *et al.* *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* ISBN: 9783871590207. <<http://books.google.ch/books?id=VebwPQAACAAJ>> (Dgvt-Verlag, 1999).
27. Froehlich, J. *et al.* in *Proceedings of the 27th international conference on Human factors in computing systems CHI 2009* (ACM, Boston, July 4, 2009).
28. Pogue, D. Wearable Devices Nudge You to Health. *The New York Times*. ISSN: 0362-4331. <<http://www.nytimes.com/2013/06/27/technology/personaltech/wearable-devices-nudge-you-to-a-healthier-lifestyle.html>> (visited on 2014) (June 26, 2013).
29. POLAR. *Products: heart rate monitors and GPS-enabled sports watches* 2014. <<http://www.polar.com/en/products>> (visited on 2014).
30. Instruments, I. *Biofeedbackgerät für Unterwegs: Das PhysioModul* 2014. <<http://www.biofeedback.co.at/biofeedbackgeraete/biofeedback-mobil-das-physiomodul/>> (visited on 2014).
31. Yang, C.-C. & Hsu, Y.-L. A Review of Accelerometry-Based Wearable Motion Detectors for Physical Activity Monitoring. *Sensors (Basel, Switzerland)* **10**. PMID: 22163626 PMCID: PMC3231187, 7772–7788. ISSN: 1424-8220 (Aug. 20, 2010).
32. Reynolds, G. *How Accurate Are Fitness Trackers?* The New York Times: Well. <<http://well.blogs.nytimes.com/2013/06/12/how-accurate-are-fitness-monitors/>> (2014).
33. *Biofeedback and self-regulation* in collab. with Birbaumer, N. & Kimmel, H. D. 469 pp. ISBN: 0470268530 (L. Erlbaum Associates ; distributed by the Halsted Press, Hillsdale, N.J. : New York, 1979).
34. Hume, W. I., Kaups, E., Leuner, H. & Hume, W. I. *Biofeedback: Forschung und Therapie* ISBN: 3456807813 9783456807812 (H. Huber, Bern [etc.], 1979).
35. *Biofeedback: Grundlagen, Indikationen, Kommunikation, Vorgehen ; mit 48 Tabellen* (eds Rief, W. & Birbaumer, N.) ISBN: 9783794527489 3794527488 (Schattauer, Stuttgart, 2011).
36. *Dorsch Lexikon der Psychologie* in collab. with Wirtz, M. A. <<http://portal.hogrefe.com/dorsch>> (visited on 2014) (Huber, Bern, 2014).

37. Supprian, U. *Stimmung und Antrieb über eine Theorie der manisch-mischbildhaft-depressiven Psychosen* ISBN: 9783832285159 3832285156 (Shaker, Aachen, 2009).