

M. HAUZINGER: KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE DEPRESSIVER STÖRUNGEN IM ALTER

Martin Hautzinger

Zusammenfassung

Verhaltenstherapie mit älteren Patienten lässt sich aus dem gerontopsychologischen Meta-Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation ableiten und theoretisch begründen. Verhaltenstherapie für diese Zielgruppe ist demnach ein systematischer Versuch, durch Einsatz einer Reihe von therapeutischen Methoden und Strategien Handlungsspielräume zu erweitern, auf notwendige Selektion von Zielen und Ansprüchen, auf die Optimierung vorhandener Ressourcen und die Kompensation möglicher Defizite hinzuwirken. Diese allgemeinen Formulierungen werden an der Entwicklung eines psychotherapeutischen Verständnisses der Altersdepression und einem darin begründeten Gruppenprogramm für ältere depressive Patienten konkretisiert und illustriert. Erfahrungen und Ergebnisse unter verschiedenen Rahmenbedingungen zeigen, dass damit positive, depressionsreduzierende Veränderungen erreichbar sind. Die Notwendigkeit, umfangreichere kontrollierte Therapiestudien durchzuführen, bevor weitreichende Empfehlungen für die klinische Versorgung gegeben werden können, wird betont.

Schlüsselwörter Gerontopsychologie - Selektion - Optimierung - Kompensation - Verhaltenstherapie - Altersdepression

Summary

Cognitive-behavioral therapy can be understood by a gerontological metamodel called "selective optimization with compensation". Cognitive behavior therapy for the elderly can be considered as a systematic attempt to help older people to select new goals, to reformulate old goals, to extend the personal area of action, to optimize ones own resources, and to compensate deficits. These principles and theoretical thoughts are used to develop a psychotherapeutical group program to treat depressed elderly. The twelve sessions of the group intervention are described. First results are reported and discussed in the light of available published research literature. It remains an open question if the presented positive results hold in larger, better controlled treatment outcome studies. There is an urgent need such studies before clinical recommendations and guidelines can be based on sound empirical knowledge.

Keywords gerontopsychology - depression - behavioral therapy - selection - compensation - optimization

Depressionen im höheren Lebensalter sind eine häufige Problematik (Hautzinger, 1998). Psychologische, soziale und physiologische Bedingungen dafür sind zwischenmenschliche Verluste, chronische Krankheiten, soziale Deprivationen, körperliche und soziale Veränderungen, Unterbrechungen bzw. Einschränkungen des Handlungs- und Kontrollspielraums, Reduktion der Perspektiven, Notwendigkeit zur Korrektur der Ansprüche und Ziele.

Depressive Störungen werden begünstigt, wenn ältere Personen an Zielvorstellungen, die nun nicht länger realisierbar sind, festhalten, das persönliche Anspruchsniveau weiterhin hoch ist bzw. sich den veränderten Gegebenheiten nicht entsprechend anpaßt, es zur Bewältigung der neuen Situation an Fertigkeiten mangelt, instrumentelle Verhaltensweisen, Problemlösestrategien und soziale Unterstützung fehlen und damit die veränderte Umwelt noch weniger kontrollierbar erlebt wird.

Liegen in der früheren Lerngeschichte und dem Lebensweg wiederholte Erfahrungen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins, dann trägt die daraus sich ergebende Einstellung, verbunden mit internaler und stabiler Ursachenzuschreibung negativer Erfahrungen und Misserfolge, zur Verschlimmerung der eingetretenen Lage bei.

Depressive Störungen treten nach diesen Überlegungen dann auf, wenn massive bzw. als massiv erlebte, unkontrollierbare bzw. als unkontrollierbar angenommene Bedingungen, wie oben beschrieben, eintreten oder vorherrschen, die Person diese als subjektiv bedeutsam wahrnimmt, kein Verhalten zur Bewältigung und Veränderung verfügbar hat und sie sich selbst als unfähig einschätzt (Baltes & Carstensen, 1996; Hautzinger, 1997, 1999).

In einer Psychotherapie mit älteren depressiven Menschen geht es daher darum, sie bei der "Selektion" (der Ansprüche), bei der "Optimierung" (verbesserter Einsatz vorhandener Ressourcen) und bei der "Kompensation" (Neulernen von Lösungsstrategien usw.) zu helfen, um so "erfolgreiches Altern" zu ermöglichen (Baltes & Carstensen, 1996).

Übertragen auf eine kognitive Verhaltenstherapie mit älteren, depressiven Patienten, ergeben sich daher folgende je nach Person variierende Ziele:

(a) Selektion:

- Ziele, Ansprüche und Wünsche müssen den Lebensbedingungen (körperliche Verfassung, Behinderung) angepaßt und realistisch gestaltet werden
- Bearbeiten alter Enttäuschungen und Aufgeben unrealistischer Hoffnungen und Verletzungen

(b) Optimierung:

- Depressionsfördernde Bedingungen in der Alltagswelt der älteren Menschen (wie z. B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen) beseitigen
- Enge Sozialpartner bzw. die Familie mit in die Behandlung einbeziehen

(c) Kompensation:

- Patienten kontingent auf aktives, nicht-depressives Verhalten verstärken
- Die Verstärkung von passivem, vermeidendem, depressivem Verhalten abbauen
- Verhaltensweisen der Patienten, die im Sinne von Verhaltens- und Ressourcendefiziten depressionsfördernd sind, korrigieren und durch situationsangemesseneres Verhalten ersetzen
- Verhaltensübungen und Realitätstesten anwenden
- Aktives, die Umwelt (wieder) kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. freilegen
- dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen (Einstellungen, Annahmen, Haltungen) abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen

Ein Gruppenprogramm für ältere depressive Menschen

Ein von uns entwickelte Gruppentherapie für depressive ältere Menschen (Hautzinger 1999) hat sich diese Überlegungen zur Grundlage genommen. Durch die Gruppe soll ein Rahmen und ein Raum geschaffen werden, der es ermöglicht:

1. über Enttäuschungen, Frustrationen und Hilflosigkeit mit anderen, ähnlich Betroffenen zu sprechen,
2. dadurch Verständnis, Ermunterung und Unterstützung zu erfahren,
3. durch die Gruppe unmittelbar neue Sozialkontakte zu knüpfen,
4. neue Verhaltensweisen zu erlernen, diese wiederholt zu erproben und sich mit Gleichaltrigen darüber auszutauschen,
5. eigene Ansprüche, unverändert vorhandene Ziele und Erwartungen zu hinterfragen, dazu Alternativen zu hören sowie zum Erproben neuer Sichtweisen angeleitet zu werden,
6. den Alltag zur besseren Bewältigung zu strukturieren und dafür Modelle von anderen zu erhalten,
7. neue Fertigkeiten und Problemlösungen für den Alltag mit Unterstützung durch die anderen Gruppenmitglieder zu lernen.

Das stark strukturierte Gruppenprogramm gliedert sich konkret in folgende Abschnitte, die in insgesamt zwölf Sitzungen zu jeweils 120 Minuten mit ambulanten Gruppen von fünf

bis sieben älteren (65- bis 85jährigen) Menschen bearbeitet werden.

Abbildung 1: Depression im Alter: Gruppenprogramm für ältere depressive Menschen (Hautzinger et al., 1999)

1. Begrüßung, Einführung, Depressionskonzept
2. Problem- und Verhaltensanalyse, Ziele formulieren
3. Angenehme Tätigkeiten und Stimmung
4. Planung angenehmer Tätigkeiten, Wochenplan
5. Angenehme Tätigkeiten und Befinden, Tätigkeitsprotokoll
6. Negative und positive Gedanken beeinflussen unser Befinden
7. Gedankenkontrolle: Techniken zu Reduktion negativer Gedanken
8. Umstrukturierung: Ereignis/bewertende Gedanken/Gefühle Technik
9. Verhalten und Befinden, Alltag und soziale Kompetenz
10. Lernen von Selbstsicherheit und Kompetenz
11. Soziale Kompetenz und Kontakte
12. Erfolgssicherung, Notfallplanung, Weiterarbeiten an Zielen

Sitzung 1: Begrüßung und einander kennenlernen; Vorstellen der Gruppenregeln; ausgehend von den Erfahrungen der Teilnehmer, ein Verständnis von Depression herausarbeiten, das den Zusammenhang von Denken, Handeln und Fühlen plausibel macht; Beispiele der Teilnehmer heranziehen und daran das Erklärungskonzept einer Depression demonstrieren; als Aufgabe zwischen den Sitzungen das Stimmungsprotokoll einführen.

Sitzung 2: Regelmäßige Begrüßung und Anerkennung der Teilnehmer; zunächst die ausführliche Besprechung der Hausaufgaben, danach folgt immer die Wiederholung und Zusammenfassung der letzten Sitzung; Erstellen einer persönlichen Problemliste, dabei lernen, Schwierigkeiten und Probleme einzugrenzen, ein bis zwei Ziele für das Gruppenprogramm formulieren, das Tagesprotokoll einführen und als Aufgabe mitgeben.

Sitzung 3: Besprechung der Hausaufgaben; Wiederholung und Zusammenfassung der zweiten Sitzung; Auswertung der Tagesprotokolle, dabei Erkennen des Zusammenhangs von Tätigkeiten, Handlungen und Befinden; Herausarbeiten der Bedeutung angenehmer Aktivitäten für die Stimmung; Auswertung der Liste angenehmer Aktivitäten; als Hausaufgabe Fortführung des Tagesprotokolls.

Sitzung 4: Besprechung der Hausaufgaben; Wiederholung und Zusammenfassung der dritten Sitzung; Erarbeiten des Unterschieds von Pflichten (Typ-A-Aktivitäten) und ange-

nehmen Aktivitäten (Typ B); Betonung der Notwendigkeit des Ausgleichs beider Aktivitätsarten über den Tag; Einführung des Wochenplans; Planung angenehmer Aktivitäten.

Sitzung 5: Besprechung des Wochenplans und der Erfolge mit der Aktivitätenplanung; Einführung des Tätigkeitsprotokolls und der Möglichkeit, damit über längere Zeit die Anzahl angenehmer Aktivitäten zu steigern und somit die Stimmung dauerhaft zu verbessern; Überleitung zur Bedeutung von Gedanken für das Befinden; Beobachtung von Gedanken bei negativer Stimmung.

Sitzung 6: Besprechung der Hausaufgaben; Austausch der Erfahrungen, wie negative Gedanken und Stimmungen zusammenhängen; Zusammentragen von Beispielen negativer, aber auch positiver Gedanken; Selbstbeobachtung negativer Gedanken; Führen von Gedankenkarten mit positiven, selbstwerterhöhenden Gedanken; Absprache darüber, wie diese positiven Gedanken im Alltag erinnert und präsent gemacht werden können.

Sitzung 7: Besprechung der Hausaufgaben; Wiederholung und Zusammenfassung der letzten Sitzung; Einführung von verschiedenen Gedankenkontrolltechniken; Übungen dieser Techniken, damit sie als Hausaufgaben im Alltag angewandt werden können.

Sitzung 8: Besprechung der Hausaufgaben, Wiederholung und Zusammenfassung der letzten Sitzung; Erarbeitung von Gedankenprotokollen (EbG-Technik: Ereignis/bewertende Gedanken/Gefühle, eingetragen in Spaltenprotokolle); wiederholte Übungen und Anwendungen dieser Protokoll- und Veränderungsmethode in der Sitzung; Fortführung dieser Technik als Hausaufgabe.

Sitzung 9: Stimmungs- und Tätigkeitsprotokoll (ab der 5. Sitzung) auswerten und in Grafik übertragen; dabei den Zusammenhang von Handeln und Fühlen wiederholen; die Stimmungs- und Tätigkeitsprotokolle weiterführen; Auswertung und Besprechung der EbG-Protokolle; Einführung zu der Bedeutung sozialer Fertigkeiten für das Befinden; Aufgabe, das Befinden in sozialen Situationen bzw. die eigene Unsicherheit dabei zu beobachten.

Sitzung 10: Besprechung der Hausaufgaben, Fortführung des Themas "Sozial kompetentes Verhalten und Befinden"; Verhaltensübungen und Rollenspiele in Selbstbehauptungssituationen, woraus sich die Aufgabe zum Weiterüben bis zur nächsten Sitzung ergibt.

Sitzung 11: Besprechung der Hausaufgaben. Fortführung von Verhaltensübungen und Rollenspielen zu typischen Alltagssituationen, vor allem mit dem Bezug zur Einleitung neuer sozialer Kontakte, Kennenlern- und Sympathieaufbau-Übungen; daraus ergeben sich dann ganz individuelle Hausaufgaben.

Sitzung 12: Besprechung der Hausaufgaben; Wiederholung und Zusammenfassung der letzten Sitzung; Einführung des Themas "Zeit nach Gruppenende"; für jeden Teilnehmer einen persönlichen Plan für die Zukunft, das Weiterüben und einen Notfallplan für mögliche Krisenzeiten festlegen.

Adaptation des Gruppenprogramms für Patienten in stationärer Behandlung

Dieses kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm wurde in geringfügig geänderter Form inzwischen mehrfach mit stationär behandelten älteren Patienten durchgeführt. Die Änderungen betrafen vor allem die Menge vermittelter Informationen und das Tempo des Vorgehens. Die eine Möglichkeit zur Anpassung an die bei stationären Patienten anzutreffende schwerere depressive Problematik ist die Verlängerung der Gruppentherapie auf 16-18 Sitzungen bei zumindest zwei Gruppensitzungen pro Woche. Die andere Möglichkeit ist die Reduzierung der Inhalte auf z.B. nur kognitive bzw. nur verhaltensbezogene Elemente. Die folgende Abbildung 2 gibt beide reduzierten Gruppenprogramme über 12 Sitzungen in sechs Wochen wieder. Wie erste Ergebnisse zeigen (siehe nächsten Abschnitt), reichen in der Regel diese sechs Wochen jedoch nicht aus, um befriedigende Ergebnisse zu erzielen. Wir sind heute der Überzeugung, daß eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppe im stationären Rahmen dreimal wöchentlich zu je einer Stunde angeboten werden sollte. Dabei sollten alle Elemente unseres ursprünglichen Programms berücksichtigt und verwirklicht werden. Besonderer Wert muß auf vielfältige Wiederholungen, gezielte Übungen und individualisierte Anleitungen gelegt werden. Trotz dieser Verlängerung der stationären Gruppe auf 18 Sitzungen (über sechs Wochen jeweils drei Sitzungen pro Woche) erscheint eine Fortsetzung der Gruppe über die stationäre Zeit hinaus eine wichtige Option, was bislang jedoch noch nicht Gegenstand von Untersuchungen war.

Zur Wirksamkeit des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms

Erfahrungen, Erprobungen und wissenschaftliche Studien zu dem eigenen Gruppenangebot erstrecken sich über mehrere Jahre. In den ersten Jahren ging es darum, dieses Konzept zu entwickeln, mit einzelnen Patienten zu erproben und erste Gruppenerfahrungen zu sammeln.

Erste Studien mit Kontrollgruppen wurden ab 1994 verwirklicht. Seit 1996 besteht eine Kooperation mit dem Geriatriischen Zentrum der Universität Tübingen (Psychiatrische Klinik, Tagesklinik Wielandhöhe). Außerdem bieten wir die Gruppen in verschiedenen wohnortnahen Einrichtungen als ambulantes, zeitbegrenztes Angebot an.

Die Aufnahmekriterien bei den bisherigen, z. T. noch laufenden Studien sind: Männer und Frauen über 60 Jahren mit einer depressiven Störung (Major Depression, Dysthymien, Anpassungsstörungen, nicht näher bezeichneten Depressionen) leichter bis mittelschwerer Ausprägung, die Bereitschaft zur Mitarbeit und zur Studienteilnahme zeigen. Wenn Antidepressiva eingenommen werden, dann sollte die Medikation über den Zeitraum der Gruppentherapie hinweg stabil bleiben. Die Ausschlußkriterien sind: Schwere depressive Symptomatik, akute Suizidalität, psychotische Symptomatik, Substanzabhängigkeiten, organisch bedingte Depressionen, kognitive Beeinträchtigungen (Mini Mental Status Test < 25),

Abbildung 2: Struktur eines sechswöchigen Gruppenprogramms für stationäre ältere Patienten

Verhaltensprogramm	Kognitives Programm
1. Begrüßung, Informationen, Erklärung, Depressionsspirale, Zusammenhang von Verhalten und Stimmung, Stimmungsprotokoll, Tagesplan	1. Begrüßung, Informationen, Erklärung, Depressionsspirale, Zusammenhang von Denken und Stimmung, Stimmungsprotokoll
2. Wiederholung, Liste angenehmer Aktivitäten, Auswertung der Tages- und Stimmungspläne	2. Wiederholung, Einfluß von Gedanken und Stimmung anhand der Stimmungsprotokolle
3. Wiederholung, Bearbeitung der Liste angenehmer Aktivitäten, Tages- und Stimmungsprotokoll	3. Wiederholung, Sammeln negativer und positiver Gedanken, Stimmungsprotokoll weiterführen
4. Wiederholung, Problemanalyse, Veränderungsplan, Ziele formulieren	4. Wiederholung, Erstellen einer persönlichen Gedankenliste, Analyse persönlicher Gedankenmuster, Stimmungsprotokoll weiterführen
5. Wiederholung, Auswertung der Tagespläne, Erkennen von Auslösern und vorausgehenden Bedingungen	5. Wiederholung, Fortführung der Analyse von Gedankenmustern, Vertiefung der Bedeutung von Kognitionen
6. Wiederholung, Kontrolltechniken für vorausgehende Bedingungen, Verhaltensfolgen, Protokolle führen	6. Wiederholung, Techniken zur Gedankenkontrolle (Stoptechnik, Erhöhung positiver Gedanken), Protokolle
7. Wiederholung, Erstellung eines Veränderungsplans, Einsatz von Belohnung, Tagesplan führen	7. Wiederholung, Übungen, Einführung von EbG-Technik, Protokoll führen
8. Wiederholung, Auswertung der Liste angenehmer Aktivitäten, Tätigkeitsprotokoll führen	8. Wiederholung, Erfahrungen mit EbG-Technik, Einsatzmöglichkeiten, Erarbeiten alternativer Gedanken
9. Wiederholung, Abbau unangenehmer Tätigkeiten, Planung angenehmer Tätigkeiten im Alltag	9. Wiederholung, EbG-Technik anwenden, Übungen dazu, Protokoll führen
10. Wiederholung, Auswertung der Erfahrungen, Veränderungsplanung, Belohnung	10. Auswertung der Erfahrungen, Individualisierung, Fortführung der Kontrolltechniken, Einsatz im Alltag
11. Wiederholung, Individualisierung, Verhaltensvertrag, Selbstbelohnung	11. Denken und soziale Situationen, Anwendung der EbG-Technik im sozialen Rahmen, Übungen (Rollenspiele), Selbstbelohnung
12. Wiederholung, Rückblick, Einsatz des Gelernten im Alltag, Beibehaltung der Fortschritte	12. Wiederholung, Rückblick, Einsatz des Gelernten im Alltag, Beibehaltung der Fortschritte

Wirksamkeit bei stationären Gruppen

Veränderung antidepressiver Medikation während psychotherapeutischer Intervention. Als individuelle Eingangsdagnostik wird das Strukturierte Klinische Interview (Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997; erlaubt Diagnostik nach DSM/ICD) sowie die Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit anhand des Mini Mental Status Test (MMST, Folstein, Folstein und McHugh, 1990) durchgeführt. Ferner werden die Geriatriische Depressions Skala (GDS, Gauggel und Birkner, 1998) als Selbsteinschätzung und das Inventar Depressiver Symptome (IDS, Hautzinger und Bailer, 1999) als Fremdbeurteilung beantwortet. Während der Gruppenintervention füllen die Teilnehmer wöchentlich die Allgemeine Depressionsskala (ADS-Kurzform, Hautzinger und Bailer, 1993) aus. Die Gruppenleiter beurteilen jeden Teilnehmer anhand einiger Adjektivpaare (NAR) aus dem Nürnberger Altersinventar (Oswald und Fleischmann, 1986)

Nachuntersuchungen wurden bislang längstens nach drei Monaten durchgeführt. Geplant ist, dies systematisch auszuweiten und auch nach sechs und zwölf Monaten eine Nachuntersuchung zu verwirklichen.

Verglichen wurden unter zwei Rahmenbedingungen (Psychiatrische Klinik und Altenheim) die Effekte des 12wöchigen Gruppenprogramms (in Kombination mit der unveränderten medikamentösen Therapie und den stationären Angeboten) mit der stationären medikamentösen Regelversorgung. In der Klinik und im Altenheim wurden insgesamt 32 Patientinnen aufgenommen und einer von zwei Bedingungen zugewiesen. Drei Monate nach Ende der Behandlung wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt, die zeigte, daß die Veränderungen durch das Gruppenprogramm nicht nur stabil waren, sondern zu weiteren Besserungen (gemessen mit Beck Depressionsinventar, BDI, Hautzinger et al., 1994) führten (siehe Abbildung 3). Alle stationären Psychiatriepatientinnen, die an dem Gruppenprogramm teilgenommen hatten, waren inzwischen (ohne Rückfall) entlassen, während dies nur für ein Drittel der regelversorgten Patientinnen zutraf. Die Erfolge der Altenheimgruppe waren ebenfalls über die Katamnese stabil (BDI: 8 Punkte), während die regelversorgten Patienten ohne das Gruppenprogramm weiterhin 14 BDI-Punkte aufwiesen.

Abbildung 3: Ergebnisse des IDS und des BDI bei stationären Patienten (Geriatric) und Altenheimbewohnern

Wirksamkeit bei Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Die bislang untersuchten 26 psychiatrischen Patienten der Tagesklinik weisen in zwei Fällen eine bipolare affektive, in acht Fällen eine rezidivierende und in 16 Fällen eine depressive Störung auf. Alle haben zusätzlich verschiedene körperliche Erkrankungen, waren vor der Tagesklinik stationär in der Psychiatrie und sind langfristig auf Antidepressiva eingestellt. Da durch die Rahmenbedingungen der Tagesklinik ein sechswöchiger Zeitraum vorgegeben ist, wurde das Gruppenprogramm adaptiert und in zwei inhaltlich separate Programme geteilt. Der eine Programmblock hatte im Mittelpunkt die handlungsbezogenen Elemente (Aktivitätsaufbau, Kompetenztrainings), während das andere Programm die kognitiven Elemente umfaßte. Die Gruppen wurden über die sechs Wochen zweimal pro Woche zu je einer Stunde (insgesamt 12 Gruppentermine) angeboten. Die Gruppengröße lag bei neun bis elf Teilnehmern. Ziel dieser Teilstudie war neben der Erprobung eines psychologischen Gruppenansatzes unter diesen geriatricischen Bedingungen auch der Vergleich des handlungsbezogenen mit dem kognitiven Ansatz hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik. Mit aller Vorsicht, angesichts der geringen Patientenzahl, kann man sagen, daß beide Programme vergleichbar effizient sind (siehe Abbildung 4). Dennoch sind die bei dieser Klientel innerhalb von sechs Wochen bei 12 jeweils einstündigen Sitzungen erzielbaren Effekte nicht ausreichend (GDS- und IDS-Werte sind noch deutlich erhöht). Eine Schlußfolgerung daraus ist die Verlängerung bzw. Intensivierung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angebots, wie es nun verwirklicht wird.

Wirksamkeit bei ambulanten Gruppen

Ein weiteres Teilprojekt bot älteren depressiven Menschen die verkürzten sechswöchigen Programme, mit den Schwerpunkten Handlungs- und Kompetenzebene bzw. Kognitionsebene, als ambulanten Service an. Ziel dieses Vorhabens war es, zu prüfen, ob sich die aus institutionellen Bedingungen auf sechs Wochen verkürzten und inhaltlich reduzierten Programme unter ambulanten Bedingungen bewähren und welche vergleichenden kurz- und längerfristigen Effekte zu beobachten sind. Ferner interessierte uns die relative Bedeutung der Hauptkomponenten des Gesamtbehandlungskonzepts. Bislang konnten in die Gruppen 22 Personen aufgenommen werden. Diese verteilen sich bislang auf zwei Kognitions- und zwei Handlungsgruppen. Eine vorläufige Auswertung erbringt bezüglich der ADS, des IDS und beim GDS signifikante Ergebnisse (siehe Abbildung 5). Die Depressivität nimmt bedeutsam ab, wobei kurzfristig zunächst keine Unterschiede zwischen den Behandlungskonzepten zu finden waren. Erste katamnestic Befunde (sechs Monate nach Gruppenende) zeigen, daß bei den älteren Patienten, die an verhaltensbezogenen Gruppen teilnahmen, die erzielten Besserungen anhalten bzw. sich sogar fortsetzen. Bei den rein kognitiven Gruppen findet sich längerfristig überdies eine Tendenz zur Verschlechterung und zum Wiederauftreten depressiver Symptomatik. Offensichtlich sind die konkreten Handlungsanleitungen und Verhaltensänderungen hilfreicher und effizienter. Die rein kognitiven Methoden leiten die Patienten nicht zu ausreichenden, dauerhaften Veränderungen an.

Abbildung 4: Ergebnisse des IDS und des GDS bei depressiven Patienten einer psychiatrischen Tagesklinik. Vergleich des Handlungsteils mit dem Kognitiven Interventionsteil.

Abbildung 5: Ergebnisse des IDS und des GDS bei ambulanten Gruppenprogrammen für ältere depressive Menschen.

Vorläufige Schlußfolgerungen

Es gelang, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsangebot für ältere Menschen mit Depressionen zu entwickeln und erfolgreich einzusetzen. Die Teilnehmer beurteilen die Inhalte, den Gruppenrahmen, die Materialien und die erlernten Methoden durchweg positiv. Wendet man die beschriebene Sorgfalt (Vorgespräche, Diagnostik) bei der Auswahl der Teilnehmer an, so kommt es selten vor, daß Teilnehmer überfordert sind und die Gruppe vorzeitig verlassen. Die durch klinische Beurteilung und Befragungen der Teilnehmer erzielten Effekte sind erfreulich und im Rahmen der durch die internationale Fachliteratur vorgegebenen Effektstärken. Ein Umfang von 12 jeweils zweistündigen oder von zumindest 18 jeweils einstündigen Therapiesitzungen erscheint erforderlich, um klinisch bedeutsame Effekte zu erzielen.

So bestätigend die eigenen bisherigen Ergebnisse sind, um so deutlicher muß auf die Begrenztheit der Aussagekraft hingewiesen werden. Unsere Bemühungen gehen – ähnlich wie die erwähnte Fachliteratur - bislang nicht über einfache Versuchspläne hinaus. Die Stichprobengrößen sind unzureichend, und nicht in jedem Fall erfolgte eine konsequente Randomisation. Es ist erforderlich, daß Wirksamkeits- und Verlaufsstudien durchgeführt werden, die andere wirksame Mono- und Kombinationstherapien, doch auch unspezifische (sog. Placebo-) Interventionen berücksichtigen. Die Katamnesen sollten deutlich verlängert werden. Bei der Anlage der Studien sollte auf die saubere Trennung der diagnostischen und der therapeutischen Funktionen ebenso geachtet werden wie auf das bessere Training bzw. die Kontrolle (Supervision) der therapeutisch Tätigen. Um diese methodischen Forderungen umzusetzen, bedarf es nicht unerheblicher Forschungsmittel,

die zur Zeit und für die Zielgruppe der älteren Menschen nicht verfügbar sind.

Dennoch haben wir mit einer neuen Studie für mittelschwer depressive, ambulante ältere Patienten (mit und ohne begleitende Pharmakotherapie) begonnen, die einige dieser Kritikpunkte berücksichtigt. Insbesondere kehren wir wieder zu dem mindestens 12 Sitzungen umfassenden, über 12 Wochen gehenden Gruppenangebot zurück. Trotz des unverändert bestehenden Forschungsdefizits sprechen die gegenwärtigen Evidenzen eindeutig dafür, daß mit dem hier vorgestellten Programm ein Behandlungskonzept vorliegt, das sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Behandlung depressiver älterer Menschen gewinnbringend eingesetzt werden kann.

Literatur

- Baltes MM, Carstensen LL: Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozeßorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau* 1996;47,199-215.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini Mental Status Test (MMST). Weinheim: Beltz Test Verlag, 1990.
- Gauggel S, Birkner B: Diagnostik depressiver Störungen bei älteren Menschen: Eine Übersicht über Entwicklung und Evaluation der Geriatric Depression Scale (GDS). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1998;11:159-171.
- Hautzinger M: Psychotherapie im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke Verlag, 1997.
- Hautzinger M: Depression. Reihe Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1998.
- Hautzinger M, Bailer M, Keller F, Worrall H: Das Beck Depressions Inventar (BDI). Bern: Huber Verlag, 1994.
- Hautzinger M, Bailer M: Die Allgemeine Depressionsskala (ADS). Weinheim: Beltz Test Verlag, 1993.
- Hautzinger, M., Bailer, M. (1999) Das Inventar depressiver Symptome (IDS). Unveröffentlichter Testbericht. Universität Tübingen, Psychologisches Institut.
- Hautzinger, M. (1999) Depression im Alter. Ein Gruppentherapieprogramm für ältere depressive Menschen. Unveröffentlichtes Therapiemanual, Universität Tübingen, Psychologisches Institut (erscheint bei der Psychologie Verlags Union)
- Oswald WD, Fleischmann UM: Nürnberger Alters Inventar (NAI). Stuttgart: Testzentrale, 1986.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997.

Univ.-Prof. Dr. Martin Hautzinger

Psychologisches Institut der

Eberhard-Karls-Universität

Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie

Reutlinger Str. 12 • D-72072 Tübingen