

Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter

Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie

Martin Hautzinger und Sabine Welz

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Eberhard Karls Universität
Psychologisches Institut
Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie
Christophstrasse 2
D-72072 Tübingen
hautzinger@uni-tuebingen.de

Zusammenfassung

Ausgehend vom Mangel an wissenschaftlicher Evidenz bei der Psychotherapie von Depressionen im Alter, wird über eine kontrollierte, prospektive Studie berichtet, in welcher die Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention (KVT) im Vergleich zu einer Wartekontrollbedingung geprüft wird. Insgesamt 100 ältere, kognitiv nicht beeinträchtigte Patienten mit einer aktuellen depressiven Störung wurden zufällig entweder einer Gruppentherapie (N = 65) oder einer Wartebedingung (N = 35) zugewiesen. Erwartungsgemäß zeigte sich die KVT zu allen Messzeitpunkten der Wartebedingung überlegen. Die Effekte waren auf allen Messgrößen statistisch und klinisch signifikant. Deutliche Verbesserungen zeigten sich bei 36 Patienten unter KVT, doch nur bei 4 Patienten während des Wartens. Verschlechterungen hingegen traten bei 6 Patienten in der Wartegruppe und nur bei einem Patienten in der KVT auf. Die KVT ist eine gut angenommene, hoch effiziente Gruppentherapie. Warten ist ineffizient, bei dieser Patientengruppe sogar problematisch.

Schlüsselworte:

Altersdepression, Kognitive Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Psychotherapieforschung

Depressionen im Alter sind eine häufige Erkrankung. Sie betreffen etwa jeden sechsten Patienten in allgemeinärztlichen Praxen und zu einem noch höheren Prozentsatz die Patienten bei Fachärzten, in Krankenhäusern und in Heimen (Bickel, 2003; Soeder, 2002). Insbesondere im Alter ziehen Depressionen ernsthafte gesundheitliche Risiken, körperliche Erkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität nach sich und verursachen dadurch hohe Folgekosten (Katon, Lin, Russo & Unützer, 2003). Schon heute gehören Depressionen zu denjenigen Erkrankungen, die mit am häufigsten Belastungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen verursachen. Bis zum Jahre 2020 werden sie auf Platz 2 der weltweit am meisten Leid verursachenden Erkrankung vorrücken und dies nicht zuletzt aufgrund der Veränderungen in der Altersstruktur der (deutschen) Bevölkerung (Murray & Lopez, 1996).

Depressionen im höheren Lebensalter werden in der Mehrzahl nicht bzw. nicht rechtzeitig erkannt (Alexopoulos, Borson, Cothbert, Devanand et al. 2002). Werden sie erkannt, so erfolgt häufig keine angemessene Behandlung, obgleich erfolgreiche und Evidenz basierte pharmakologische und psychologische Behandlungen verfügbar sind (Areán & Cook, 2002). Das gilt Dies gilt jedoch nur in begrenztem Maße für ältere Patienten mit Depressionen, da bei dieser immer größer werdenden Patientengruppe ein eklatanter Mangel an gut kontrollierten pharmakologischen und erst recht an psychotherapeutischen Studien besteht. Speziell die Frage nach der längerfristigen Effizienz psychotherapeutischer Behandlungen, gemessen an der Verhinderung erneuter Erkrankungsphasen, ist von besonderer Relevanz (Unützer, Katon, Williams, Callahan et al. 2001).

Bis heute wurden international keine 20 Studien publiziert (Scogin & McElraeth 1994; Hautzinger, 1999), die sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen im Alter beschäftigen. Zwar wurden über 800 Patienten zwischen 60 und 82 Jahren in diese Studien eingeschlossen, doch erfüllten kaum mehr als 300 dieser Patienten die heute üblichen Diagnosekriterien einer (Major) Depression. Das häufigste Behandlungssetting war die ambulante Gruppentherapie. Die kognitive Verhaltenstherapie war die am meisten untersuchte Form der Psychotherapie, gefolgt von Reminiszenztherapie, tiefenpsychologischer Psychotherapie und Interpersoneller Psychotherapie. Nur bei einem Drittel der Studien wurden speziell

ausgebildete Therapeuten eingesetzt. Die Dauer der Behandlungen streute zwischen 5 und 46 Sitzungen, wobei der Mittelwert bei 12 Kontakten in wöchentlichem Abstand lag. Lediglich vier Studien berichteten einen Vergleich oder die Kombination von Psychotherapie mit antidepressiver Pharmakotherapie.

Im Prae-Post-Vergleich errechnete sich eine durchschnittliche Effektstärke von $d = .97$, was als großer Veränderungseffekt angesehen werden darf. Vor allem ressourcenfördernde und den Kontrollspielraum erweiternde Interventionen, zu denen in erster Linie die kognitive Verhaltenstherapie zu zählen ist, erwiesen sich als noch besser und erzielten Effektstärken von $d = 1.15$.

Die Wahrscheinlichkeit, erneut an einer depressiven Phase zu erkranken, steigt von 20% in den ersten zwei Monaten nach Behandlungsende auf 30% während der ersten sechs Monate und auf etwa 40% bis Ende des ersten Jahres (Belsher & Costello, 1988). Innerhalb von zwei Jahren nach der Indexepisode, muss mit einer Rückfallwahrscheinlichkeit von 50% gerechnet werden (Hollon, DeRubeis & Evans, 1992; Hautzinger & deJong-Meyer, 1996). Gloaguen, Cottraux, Cucherat und Blackburn (1998) kommen in ihrer Übersicht zu der Schlussfolgerung, dass die kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen über einen Zeitraum von zwei Jahren deutlich besser vor Rückfällen schützt als die Pharmakotherapie. Katamnestische Untersuchungen an älteren depressiven Patienten sind bislang hingegen selten. Gallagher-Thompson und Steffen (1994) berichten, dass 52% der älteren Patienten unmittelbar nach Behandlungsende der kognitiven Verhaltenstherapie die Depressionskriterien nicht länger erfüllten, zwei Jahre nach Behandlungsende traf dies sogar auf 70% der Patienten zu.

Ohne Zweifel und von führenden Wissenschaftlern erst kürzlich wieder betont (Frank et al., 2002; Hollon et al., 2002; Krishnan et al., 2002) besteht ein dringender Forschungsbedarf bezüglich affektiver Störungen über die Lebensspanne und insbesondere im höheren Lebensalter. Dies gilt speziell auch für die Therapieforschung an älteren depressiv erkrankten Patienten, da weder für die Pharmakotherapie noch für die Psychotherapie affektiver Störungen im Alter ausreichende empirische Evidenzen existieren.

Die hier berichtete Studie ist eine erste kontrollierte Untersuchung in einer Reihe von noch laufenden Studien, die alle die Beurteilung der Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei älteren depressiven Menschen zum Gegenstand haben.

Methode

Stichprobe

Alle Personen der Stichprobe sind mindestens 60 Jahre alt und haben eine aktuelle Depression. Sie wurden entweder durch einen Arzt überwiesen oder meldeten sich selbst. Die Stichprobenmerkmale sind in Tabelle 1 zusammengefaßt. Zum größten Teil besteht die Stichprobe aus Frauen, die im Mittel knapp 70 Jahre alt sind. Mehrheitlich (88%) liegt eine Major Depression (entsprechend DSM-IV) vor. Entsprechend werden zwei Drittel der Studienteilnehmer zu Studienbeginn und während der gesamten Studienzeit gleich bleibend mit Antidepressiva behandelt. Die Patienten sind kognitiv nicht eingeschränkt (MMST Mittelwert: 28 Punkte) und weisen eine mittelschwere Depression (GDS Median: 18 Punkte) auf.

----- hier Tabelle 1 einfügen -----

Zur Aufnahme in die Studie mussten Personen mindestens 60 Jahre alt sein und es musste eine unipolare Depression (Major Depression, Dysthymie oder Nicht näher bezeichnete Depression) vorliegen. Alle Patienten wurden über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und mussten ihre ausdrückliche Zustimmung zur Teilnahme an der Studie und zu den Studienbedingungen geben. Von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden diejenigen Patienten, bei denen keine Depression oder eine andere psychische Störung bzw. akute Suizidalität vorlag. Davon ausgenommen waren aktuelle Somatoforme Störungen und Generalisierte Angststörungen. Lebenszeitdiagnosen einer Schizophrenie, einer paranoiden Störung oder einer bipolaren affektiven Störung waren ebenfalls Ausschlussgründe. Die kognitive Leistungsfähigkeit durfte nicht bzw. bestenfalls minimal beeinträchtigt sein (MMST > 23 Punkte). Eine parallele Psychotherapie war nicht erlaubt.

Innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren meldeten sich 337 Personen, von denen 237 nicht in die Studie aufgenommen werden konnten, da entweder Ausschlusskriterien erfüllt oder Einschlusskriterien nicht erfüllt waren. Die aufgenommenen 100 älteren, depressiven Patienten wurden zufällig im Verhältnis 2:1 auf die experimentelle Therapiegruppe oder auf die Wartekontrollgruppe verteilt. In der Kontrollgruppe brachen 5 (14%) Patienten während der Wartezeit und 7 (20%) weitere Patienten während der sechsmonatigen Nachkontrollphase die Studienteilnahme ab. In der Therapiebedingung schieden 10 (15%) Patienten vorzeitig aus, weitere 5 (8%) Patienten während der Katamnese.

Vorgehen

Alle zur Studienteilnahme angemeldeten Patienten wurden zunächst von unabhängigen, trainierten Klinikern diagnostisch untersucht und bezüglich der Ein- bzw. Ausschlusskriterien geprüft. Unmittelbar im Anschluß an die informierte Einwilligung erfolgte die Zuweisung zu einer der beiden Studienbedingungen durch die Studienzentrale anhand von zuvor erstellten Randomisierungslisten. Die Interventionsphase dauerte 3 Monate, woran sich eine Katamnese von 6 Monaten anschloß. Der Wartegruppe wurde nach Abschluss der Studie die Teilnahme an einer verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung angeboten.

Interventionen

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm (KVT) folgte dem von Hautzinger (2000) beschriebenen und in einigen Vorstudien (Hautzinger 1999) bereits erprobten Vorgehen. Die zwölf Gruppensitzungen mit 5-7 Teilnehmern dauerten jeweils zwei Stunden und fanden ambulant im wöchentlichen Abstand statt. Die Intervention war strukturiert und durch vorgegebene Inhalte und Materialien weitgehendst standardisiert. Die ersten beiden Gruppensitzungen waren dem gegenseitigen Kennenlernen, der Erarbeitung eines kognitiv-verhaltenstheoretischen Erklärungsmodells der Depression, sowie der Definition persönlicher Problembereiche mit entsprechender Ableitung von Zielen für die Gruppenintervention gewidmet. Die Sitzungen 3 bis 5 und Teile der 9. Sitzung fokussierten auf Aktivitätsaufbau, Steigerung angenehmer und Abbau belastender Alltagserfahrungen sowie Tagesstrukturierung. Die Sitzungen 6 bis 8 vermittelten kognitive Methoden zum Erkennen von automatischen, dysfunktionalen Gedanken

und deren Selbstkontrollmöglichkeiten. Die Sitzungen 9 bis 11 drehten sich um den Aufbau von selbstsicherem Verhalten und sozialer Kontaktfähigkeit, wobei der Schwerpunkt auf der konkreten Durchführung von Verhaltensübungen lag. Themen der Abschlusssitzung waren die Beibehaltung des Therapieerfolgs, Erkennen und Umgang mit Krisen und Rückschlägen, Notfallplanung.

Von den 65 Patienten der Therapiegruppe nahmen 26 (40%) an allen 12 Gruppensitzungen teil. Weitere 29 (45%) Patienten waren zu mindestens 9 Gruppensitzungen anwesend. In der Gruppe der 10 Therapieabbrecher (15%) sind all diejenigen Patienten vertreten, die an weniger als 9 Sitzungen teilnahmen und deshalb nicht mehr in angemessener Weise dem Therapieprogramm ausgesetzt waren.

Instrumente und Messgrößen

Zur diagnostischen Beurteilung der angemeldeten Personen wurde das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* (SKID) von Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig (1997) durchgeführt. Im Rahmen dieses Interviews wurden zusätzlich die soziodemographischen Informationen, krankheitsbezogene Auftretens-, Behandlungs- sowie Verlaufsdaten erfasst. Der *Mini Mental Statustest* (MMST) von Folstein, Folstein, & McHugh (1990) erlaubt die Abschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit bzw. deren Einschränkungen. Personen, die weniger als 24 Punkte erreichten, wurden nicht in die Studie aufgenommen.

Die *Geriatrische Depressionsskala* (GDS) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das speziell für die Untersuchung älterer Menschen entwickelt wurde. Es besteht aus 30 Items und erlaubt die Beurteilung des Schweregrads einer aktuellen Depression. Bezogen auf die letzte Woche werden die Feststellungen der Skala mit „Ja“ oder „Nein“ selbständig beantwortet. Der Wertebereich des Summenwerts reicht von 0 bis 30 Punkte. Werte über 13 Punkte gelten als klinisch auffällig und trennen depressive von nicht-depressiven Patienten mit hoher Sicherheit (Spezifität 89%). Die deutschsprachige Adaptation (Gauggel & Birkner, 1999) hat sich bewährt und weist gute psychometrische Merkmale auf.

Mit dem *Inventar Depressiver Symptome* (IDS) wird das Ausmaß und die Schwere aktueller depressiver Beschwerden, jedoch als eine Fremdbeurteilung gemessen. Basierend auf einem Gespräch mit dem Patienten hat ein unabhängiger Kliniker

insgesamt 26 aus 28 Items zu beurteilen. Der Bezugszeitraum ist die letzte Woche, die Urteile sind für jedes Item auf einer vierstufigen Skala möglich. Ab 20 Punkten erreicht der Summenwert klinische Relevanz. Die deutschsprachige Adaptation (Hautzinger & Bailer 1999) hat sich bewährt und weist gute psychometrische Merkmale auf. Die Korrelation mit der häufig verwendeten Hamilton Depression Scale beträgt $r = .92$.

Die *Symptom Checkliste* (SCL 90, Franke, 1995) ist ein international verbreitetes und gut bewährtes, mehrdimensionales Beschwerdemaß. Es erlaubt die Beurteilung unterschiedlicher Aspekte psychischer und somatischer Auffälligkeiten auf verschiedenen Faktoren. Neben der Dimension Depressivität werden hier die Störungsbereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Ängstlichkeit und Aggressivität betrachtet.

Schließlich sollen mit der *Hoffnungslosigkeitsskala* (HR) von Krampen (1994) generalisierte negative Erwartungen und damit zentrale kognitive Aspekte der Resignation und Suizidalitätsneigung gemessen werden. Die insgesamt 20 Items werden hinsichtlich der persönlichen Zustimmung auf einer 6-stufigen Skala erfasst. Der Summenwert, der eine mögliche Bandbreite von 20 bis 120 Punkten einnimmt, kann als Indikator der subjektiven Hoffnungslosigkeit interpretiert werden. Werte über 65 Punkten gelten als klinisch auffällig.

Das weitverbreitete globale Beurteilungsmaß „*Clinical Global Impression*“ (CGI) wurde ergänzend eingesetzt. Unabhängige Kliniker beurteilten zu jedem der drei Messpunkte die Krankheitsschwere auf einer globalen 7-stufigen Skala (von „1“ Patient ist überhaupt nicht krank, über „3“ Patient ist nur leicht krank, „5“ Patient ist deutlich krank, bis zu „7“ Patient gehört zu den extrem schwer Kranken).

Ergebnisse

Sowohl die selbstberichtete (GDS), als auch die per Fremdurteil erfasste (IDS) depressive Symptomatik reduziert sich bei der mit KVT behandelten Patientengruppe signifikant, während die Wartekontrollgruppe keine Veränderung in der Depressionsschwere über die Zeit zeigt. Die positiven Effekte sind auch noch zur Katamnese (6 Monate nach Behandlungsende) erhalten. Die Hoffnungslosigkeit (HR) wird durch die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen ebenfalls günstig

beeinflusst, während auch hier die Kontrollgruppe kaum Veränderungen zeigt. Die SCL-Skalen Depressivität, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Somatisierung und Ängstlichkeit zeigen ein vergleichbares Bild. Durch die KVT werden diese selbstberichteten Beschwerden signifikant und bis zur Nachuntersuchung dauerhaft gesenkt, während sich in der Kontrollgruppe kaum Effekte zeigen.

----- Tabelle 2 hier einfügen -----

Die Subskala Aggressivität der SCL ist die einzige Variable, die sich nur minimal und dabei unabhängig von den beiden Interventionen verändert. Die Ausgangswerte sind dabei niedrig, was keinen großen Veränderungsspielraum zulässt (Bodeneffekt).

Im CGI starten beide Behandlungsgruppen zu Behandlungsbeginn mit einem Median von 4 (mäßig krank), auf dem die Wartegruppe auch über alle weiteren Messpunkte verbleibt. Die mit KVT behandelte Interventionsgruppe verbessert sich auf einen Median von 3 (nur leicht krank), der auch bei der Nachkontrolle stabil erhalten bleibt.

Die erwartete Wechselwirkung zwischen Gruppe (KVT, WG) und Zeit (Woche 0, Woche 12 und Woche 36) wird in Abbildung 1 anhand der Fremdbeurteilungen (IDS) deutlich. Die Reduktion der depressiven Symptomatik um 12 Punkte stellt dabei nicht nur ein statistisch signifikantes Ergebnis dar, sondern darf auch als klinisch bedeutsam eingestuft werden.

----- Abbildung 1 hier einfügen -----

Zur Beurteilung der klinischen Signifikanz und Relevanz der erzielten Veränderungen wurde die Abweichung von einer Standardabweichung als kritischer Grenzwert festgelegt (vgl. Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984). Anhand der in den jeweiligen Testpublikationen genannten Kennwerte für klinische und nicht-klinische Gruppen ergab sich für die GDS ein kritischer Wert von +/- 4 Punkten und für das IDS ein kritischer Wert von +/- 10 Punkten. In Tabelle 3 sind die Häufigkeiten der im GDS bzw. im IDS als verbessert, als unverändert und als verschlechtert eingestuft Patienten, jeweils zur Postmessung und zur Katamnese dargestellt.

Erfreulicherweise können 52,3% der Patienten bzw. 55,3% als durch die KVT verbessert eingestuft werden. Durch Warten verbessern sich lediglich 11,4% („Spontanremission“). Jedoch verschlechtern sich durch das Warten 17,6% bzw. 14,3% der älteren Patienten, wohingegen dies unter KVT lediglich in 1,6% der Fälle (1 Patient) eintritt. Zur Nachuntersuchung bleiben diese Ergebnisse weitgehend stabil.

----- Tabelle 3 hier einfügen -----

Die Effektstärken (siehe Tabelle 2) der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Wartegruppe erreichen bis zum Behandlungsende Werte zwischen $d = .83$ (SCL Somatisierung) und $d = 1.38$ (IDS) bzw. $d = 1.30$ (GDS). Selbst zur Katamnese werden noch Effektstärken zwischen $d = .69$ (SCL soziale Unsicherheit) und $d = 1.31$ (IDS) bzw. $d = 1.30$ (GDS) gefunden. Auch hier ist es lediglich die SCL-Aggressivität, die mit $d = -.13$ bzw. $d = -.55$ keine bedeutsamen Effekte zeigt.

Diskussion

Unsere strukturierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenintervention (Hautzinger, 2000) wird von den älteren depressiven Patienten gut angenommen. Die Teilnahme an den Gruppenterminen ist hoch und zeichnet sich durch rege Mitarbeit aus, Anforderungen werden gut gemeistert. Großen Anklang finden die zahlreichen Materialien, die auch in der Zeit nach Behandlungsende weiter verwendet werden. Die eher niedrige Abbruchrate ist zumeist durch neu auftretende oder sich verschlechternde körperliche Erkrankungen sowie Kur- bzw. Krankenhausaufenthalte bedingt.

Die im Vergleich zu einer unbehandelten Wartekontrollgruppe erzielten Interventionseffekte sind nicht nur statistisch überzufällig, sondern auch von klinischer Signifikanz. Die Effektstärken liegen in einem als hoch zu bezeichnenden Bereich (Cohen, 1988), die als gebessert einzustufenden Patienten erreichen zur Katamnese einen Anteil von nahezu 60 Prozent. Die erfreulichen Effekte konnten nicht nur bei der depressiven Symptomatik, sondern auch bei der Hoffnungslosigkeit, der Ängstlichkeit, der sozialen Unsicherheit, der Somatisierung und der Zwanghaftigkeit nachgewiesen werden. Einmal erreichte positive Veränderungen werden über den hier realisierten (kurzen) Katamnesezeitraum von 6 Monaten gehalten, z.T. sogar weiter verbessert.

Verschlechterungen treten in der Interventionsgruppe kaum (1 Patient von 65) auf, während die Verschlechterung der Symptomatik in der Wartegruppe (6 Patienten von 35) doch bedenklich stimmt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass zwei Drittel der in die Studie aufgenommenen Patienten über den gesamten Studienzeitraum mit antidepressiver Medikation i.d.R. durch den Hausarzt behandelt wurde ohne Einflussnahme von unserer Seite. Lediglich 4 Patienten verbessern sich während der Wartezeit bedeutsam. Dabei kann nicht zweifelsfrei von Spontanremission gesprochen werden, denn auch hier wurden 3 der 4 Patienten während der Studienzeit psychopharmakologisch behandelt. Angesichts dieses Ergebnisses erscheint die Berücksichtigung einer reinen Wartegruppe in zukünftigen Studiendesigns überflüssig, wenn nicht sogar ethisch problematisch.

Weder das Lebensalter, die Depressionsschwere, die Behandlung mit Psychopharmaka, die Anzahl bisheriger Depressionsbehandlungen, die Komorbidität noch die Anzahl körperlicher Beschwerden nehmen auf die durch die KVT erzielten günstigen Effekte Einfluss. Die entsprechenden (multivariaten) Kovarianzanalysen erbringen keinen statistischen Effekt.

Trotz der erfreulichen Befunde muss auf einige Beschränkungen unserer Untersuchung hingewiesen werden. Die behandelten älteren Patienten waren kognitiv nicht beeinträchtigt, sie waren motiviert und meldeten sich zumeist selbst aufgrund von Hinweisen in Arztpraxen, psychosozialen Einrichtungen und Institutionen sowie auf Pressemitteilungen in lokalen Zeitungen. Die behandelten Depressionen sind eher als leicht bis mittelschwer einzustufen. Welche Effekte bei stationären bzw. teilstationären und damit schwerer depressiven Patienten zu erwarten sind, muss gegenwärtig offen bleiben. Dieselbe Frage stellt sich auch für weniger motivierte Patienten, die beispielsweise aufgrund ärztlicher Vorgabe zur Behandlung kommen. Erste Erfahrungen dazu liegen jedoch vor (Hautzinger, 1999). Ebenso darf die Bedeutung paralleler, antidepressiver Medikation, doch auch die Rolle von wöchentlicher Zuwendung, Aufmerksamkeit und Unterstützung durch eine Gruppe gleichermaßen Betroffener bei der Beurteilung der Ergebnisse nicht übersehen werden. Schließlich ist zur Beurteilung der längerfristigen Wirksamkeit der KVT die Katamnese mit einem halben Jahr unzureichend.

Unsere Ergebnisse ergänzen die eingangs dargestellten vergleichbaren Studien bzw. Metaanalysen (Gallagher & Thompson, 1983; Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1987; Gallagher-Thompson & Steffen, 1994; Scogin & McElrath, 1994; Reynolds et al. 1999; Hautzinger, 1999; Areán & Cook, 2002). Die KVT ist eine offenbar auch bei älteren Patienten (Altersspanne von 60 bis 87 Jahre) hoch wirksame und stabile Effekte erzielende Intervention. Ausgehend von dieser Befundlage sollten weitere Forschungsbemühungen unternommen werden, welche folgende unterschiedliche Bedingungen untersuchen: Stationärer, psychiatrischer Behandlungsrahmen; Einsatz während Rehabilitation nach körperlicher Erkrankung (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Operationen, Krebsbehandlung); verschiedene Patientenmerkmale wie Schweregrad der Depression, Geschlecht, soziale Einflussgrößen, Ausmaß kognitiver Beeinträchtigungen; begleitende bzw. alternative Behandlungen wie

antidepressive Medikation und Kombinationsbehandlung; mögliche Wirkfaktoren der KVT, wie Relevanz der Behandlungselemente, Gruppen- versus Einzelbehandlung; freundliche, unterstützende, psychoedukative Zuwendung versus verhaltenstherapeutische bzw. kognitive Interventionselemente. Ferner besteht Bedarf an umfangreichen, kontrollierten Studien unter Einbezug anderer psychotherapeutischer Ansätze, wie sie z.T. schon vorgeschlagen (Radebold, 1997) wurden, denen es bislang jedoch an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz fehlt (Heuft & Marschner, 1994; Areán & Cook, 2002). Schließlich sind multizentrische Studien mit einem sehr viel längerfristigen Design, d.h. Nachuntersuchungen von bis zu fünf Jahren, erforderlich.

Literatur

Alexopoulos, G.S., Borson, S., Cuthbert, B.N., Devanand, D.P. (2002) Assessment of late life depression. Biological Psychiatry 52, 164-174.

Areán, P.A., Cook, B.L. (2002) Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. Biological Psychiatry 52, 293-303

Belsher, G, Costello, C.G. (1988) Relapse after recovery from unipolar depression. A critical review. Psychological Bulletin 104, 84-96.

Bickel, H. (2003) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter (S. 11-26). In: H. Förstl (Hrsg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotheapie. Thieme Verlag, Stuttgart.

Cohen, J. (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences. Erlbaum Publisher, Hillsdale NJ.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1990) Mini Mental Status Test (MMST). Hogrefe Verlag, Göttingen.

Frank, E., Rush, A.J., Blehar, M., Essock, S., Hargreaves, W., Hogan, M., Jarrett, R., Johnson, R.L., Wayne, J. K., Lavori, P., McNulty, J.P., Niederehe, G., Ryan, N., Stuart, G., Thomas, S.B., Tollefson, G.D., Vitiello, B. (2002) Skating to where the puck is going to be: A plan for clinical trials and translation research in mood disorders. Biological Psychiatry 52, 631-654.

Franke, G.H. (1995) Die Symptom Checkliste von Derogatis (SCL 90). Hogrefe Verlag, Göttingen.

Gallagher, D.E., Thompson, L.W. (1983) Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. Journal of Gerontology 38, 707-712.

Gallagher-Thompson, D.E., Steffen, A.M. (1994) Comparative effects of cognitive behavioral therapy and brief psychodynamic psychotherapy for depressed older family caregivers. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, 543-549.

Gauggel, S., Birkner, B. (1999) Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). Zeitschrift für Klinische Psychologie 28, 18-27.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I.M. (1998) A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. Journal of Affective Disorders 49, 59-72.

Hautzinger, M. (1999) Verhaltenstherapeutische Behandlung depressiver Störungen im Alter. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 20, 359-375

Hautzinger, M. (2000) Depression im Alter. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Beltz/PVU, Weinheim.

Hautzinger, M., deJong-Meyer, R. (1996) Depression. Ergebnisse von zwei mutlizentrischen Vergleichsstudien bei unipolarer Depression. Zeitschrift für Klinische Psychologie 26, 80-160.

Hautzinger, M., Bailer, M. (1999) Das Inventar Depressiver Symptome (IDS). Universität Tübingen, Psychologisches Institut (unveröffentlichter Testbericht)

Heuft, G., Marschner, C. (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter. State of the Art. Psychotherapeut 39, 205-219.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M. (1992) Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General Psychiatry 49, 774-781.

Hollon, S.D., Munoz, R.F., Barlow, D.H., Beardslee, W.R. (2002) Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression. Biological Psychiatry 52, 610-630.

Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D. (1984) Psychotherapy outcome research. Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy 15, 336-352.

Katon, W.J., Lin, E., Russo, J., Unützer, J. (2003) Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. Archives of General Psychiatry, 60, 897-903.

Krampen, G. (1994) Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen). Hogrefe Verlag, Göttingen.

Krishnan, K.R.R., DeLong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, Christopher, G., McDonald, W., Dew, A.M., Alexopoulos, G., Buckwalter, K., Cohen, P.D., Evans, D., Kaufmann, P.G., Olin, J., Otey, E., Wainscott, C. (2002) Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. Biological Psychiatry 52, 559-588.

Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. WHO Global Burden of Disease an Injury Series Vol. I. Harvard School of Public Health, Cambridge MA

Radebold, H. (1997) Psychoanalytische Psychotherapie von Depressionen über 60Jähriger (S.115 – 132). In: H. Radebold, R.D. Hirsch, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe, C. Wächtler (Hrsg.) Depressionen im Alter. Steinkopff Verlag, Darmstadt.

Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., Imber, S.D. (1999) Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. A randomized controlled trial in patients older than 59 years. Journal of the American Medical Association 281, 39-45.

Scogin, F., McElrath, L. (1994) Efficacy of psycho-social treatments for geriatric depression. A quantitative review. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, 69-74.

Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980) The benefits of psychotherapies. John Hopkins University Press, Baltimore.

Soeder, U. (2002) Störungsepidemiologie. Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen (S. 59-72). In: A. Maercker (Hrsg.) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg.

Thompson, L.W., Gallagher, D.E., Breckenridge, J.S. (1987) Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 55, 385-390.

Unützer, J., Katon, W., Williams, J.W.J., Callahan, C.M., Harpole, L., Hunkeler, E.M. (2001) Improving primary care for depression in late life. A design of a multi-center randomized trial. Medical Care 39, 785-799.

Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., Zaudig, M. (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Hogrefe Verlag, Göttingen.

Tabelle 1: Stichprobenmerkmale der beiden Untersuchungsgruppen

	Therapiegruppe (KVT) N = 65		Wartekontrollgruppe N = 35	
	M	(SD)	M	(SD)
Alter	68,69	(6,50)	68,23	(6,51)
	Range: 60-87		Range: 60-84	
MMST (kognitive Leistungsfähigkeit)	28,06	(1,50)	27,94	(1,51)
	Range: 24-30		Range: 25-30	
Geriatrische Depressionsskala GDS	Median: 18		Median: 18	
	f	(%)	f	(%)
Anteil der über 75jährigen	9	(13,8)	5	(14,3)
Geschlecht				
weiblich	52	(80,0)	27	(77,1)
männlich	13	(20,0)	8	(22,9)
Familienstand				
ledig	6	(9,3)	4	(11,4)
verheiratet	24	(36,9)	9	(25,7)
getrennt lebend, geschieden	13	(20,0)	12	(34,3)
verwitwet	22	(33,8)	10	(28,6)
Schulabschluss				
Hauptschule / Realschule	49	(75,4)	23	(65,8)
Gymnasium	7	(10,8)	6	(17,1)
Fachhochschule / Universität	9	(13,8)	6	(17,1)
letzte Berufstätigkeit				
Arbeiter, einfacher Angestellter	43	(66,2)	16	(45,7)
Beamter, gehobener Angestellter	15	(23,1)	13	(37,1)
selbständig	5	(7,7)	3	(8,6)
nie berufstätig gewesen	2	(3,0)	3	(8,6)
Belastungen im letzten Jahr (typisch: Krankheit, Todesfall)	30	(46,2)	16	(45,7)
Aktuelle Diagnosen				
Major Depression (nach DSM-IV)	55	(84,6)	32	(91,4)
andere affektive Störung	10	(15,4)	3	(8,6)
andere komorbide Achse I Störung(en)	27	(41,5)	10	(28,6)
medizinische Depressionsbehandlung	42	(64,6)	24	(68,6)
Depressionsbehandlung in der Vorgeschichte	40	(61,5)	27	(77,1)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; f = Häufigkeit; KVT = Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen

Tabelle 2: Zusammenstellung der Veränderungsmaße über die Zeit sowie die Therapie- und Wartekontrollgruppe im Vergleich (Mittelwerte, Wechselwirkungen, Effektstärken)

		Zeitpunkt						Interaktion Gruppe x Zeit ANOVA			Effektstärke	
		Prae t ₁ (0 Wochen)		Post t ₂ (12 Wochen)		Katamnese t ₃ (36 Wochen)		F	df	p	Post t ₂ (12Wo)	Katam t ₃ (36Wo)
		M	SD	M	SD	M	SD				d ₁	d ₂
GDS	KVT	18,37	5,39	13,55	6,67	13,50	6,90	13,42	2	.0001	1,30	1,30
	WG	17,73	5,46	17,73	5,86	17,73	5,86					
IDS	KVT	25,45	9,69	12,90	8,53	13,58	9,17	25,03	2	.0001	1,38	1,31
	WG	25,36	8,02	25,73	8,78	25,83	8,78					
HR-Skala	KVT	72,92	16,93	66,03	18,14	66,43	16,04	4,14	2	.02	0,88	0,77
	WG	75,21	14,53	74,64	15,02	74,64	15,02					
SCL, Somatisierung	KVT	0,906	0,671	0,728	0,574	0,741	0,580	5,50	2	.005	0,83	0,78
	WG	0,863	0,436	0,937	0,428	0,937	0,428					
SCL, Zwanghaftigkeit	KVT	1,295	0,674	0,993	0,640	1,074	0,653	14,52	2	.0001	1,04	0,85
	WG	1,306	0,596	1,453	0,486	1,453	0,486					
SCL, Soziale Unsicherheit	KVT	1,168	0,811	0,815	0,575	0,843	0,611	6,87	2	.002	0,93	0,69
	WG	1,156	0,771	1,140	0,731	1,140	0,731					
SCL, Depressivität	KVT	1,500	0,789	0,986	0,675	1,081	0,775	10,56	2	.0001	1,08	0,87
	WG	1,465	0,628	1,442	0,595	1,442	0,595					
SCL, Ängstlichkeit	KVT	0,936	0,658	0,688	0,562	0,703	0,669	7,80	2	.001	0,85	0,81
	WG	0,941	0,533	1,000	0,552	1,000	0,552					
SCL, Agressivität	KVT	0,654	0,609	0,479	0,448	0,526	0,510	0,75	2	.44	-0,13	-0,55
	WG	0,843	0,682	0,594	0,465	0,594	0,465					

Anmerkungen: KVT= Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen; WG = Wartekontrollgruppe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert; df = Freiheitsgrade; p = Signifikanz;
 $d_1 = (M(t1-t2)_{TG} - M(t1-t2)_{WG}) / SD(t1-t2)_{WG}$; $d_2 = (M(t1-t3)_{TG} - M(t1-t3)_{WG}) / SD(t1-t3)_{WG}$; GDS = Geriatrische Depressionsskala, IDS = Inventar depressiver Symptome, HR = Hoffnungslosigkeitsskala, SCL = Symptomcheckliste

Tabelle 3: Veränderung der depressiven Symptomatik: Klinisch relevante Verbesserungen bzw. Verschlechterungen zu Behandlungsende und zur Katamnese

		Prae t ₁ – Post t ₂		Prae t ₁ – Katamnese t ₃			
		KVT		WG		KVT	
		f	(%)	f	(%)	f	(%)
GDS	verschlechtert (- 4 Punkte)	1	(1,6)	6	(17,2)	1	(1,6)
	unverändert (+/- 3 Punkte)	30	(46,1)	25	(71,4)	29	(44,6)
	verbessert (+ 4 Punkte)	34	(52,3)	4	(11,4)	35	(53,8)
IDS	verschlechtert (- 10 Punkte)	1	(1,6)	5	(14,3)	1	(1,6)
	unverändert (+/- 9 Punkte)	28	(43,1)	26	(74,3)	26	(40,0)
	verbessert (+ 10 Punkte)	36	(55,3)	4	(11,4)	37	(58,4)

Anmerkungen:

KVT = Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen; WG = Wartekontrollgruppe; f = Häufigkeit;

GDS = Geriatrische Depressionsskala; IDS = Inventar depressiver Symptome

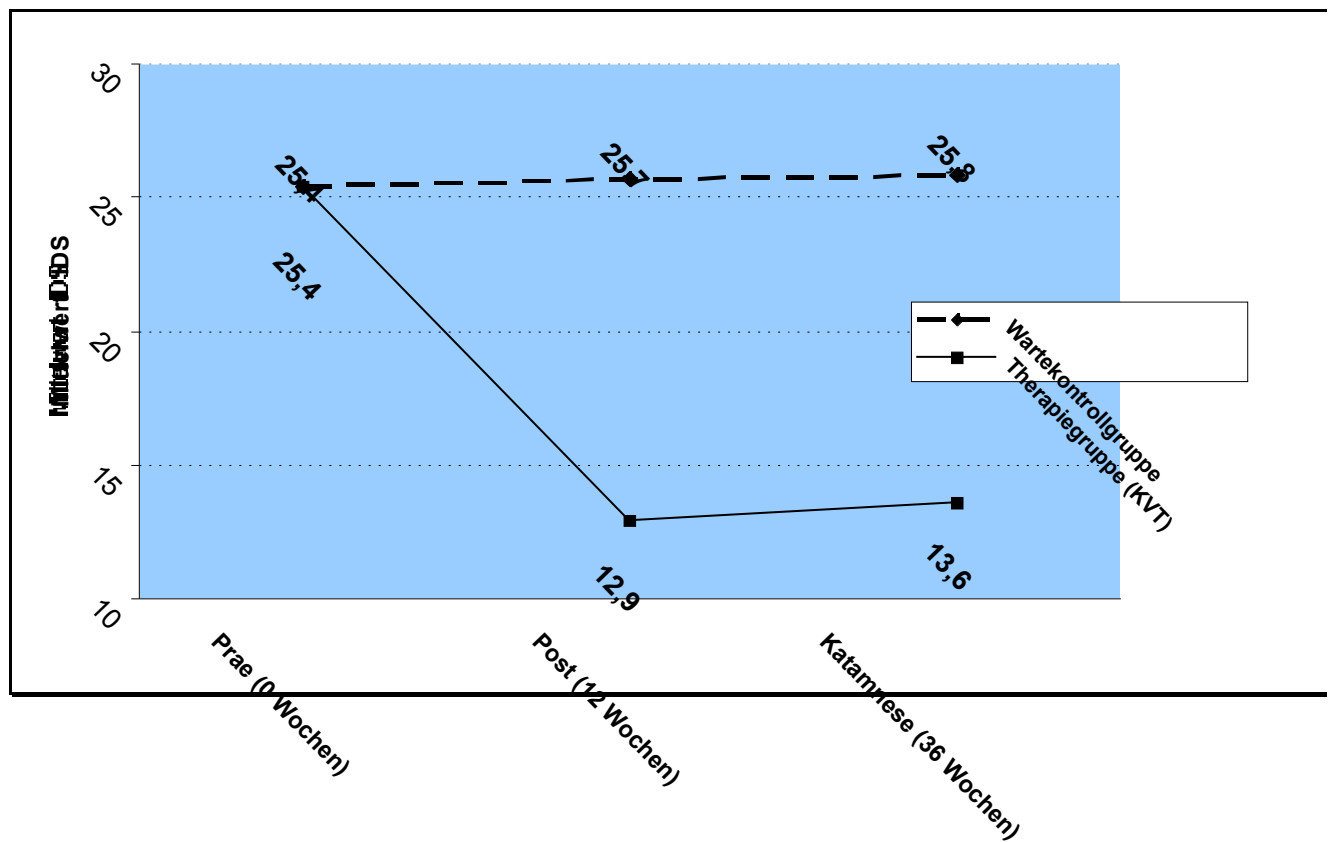


Abbildung 1:
Fremdbeurteilung depressiver Symptome (mit IDS) über die drei Hauptmesszeitpunkte der Wartekontrollgruppe und der Gruppenverhaltenstherapie

Dr. Martin Hautzinger

Universitätsprofessor für Psychologie, Leiter der Abteilung Klinische und Entwicklungspsychologie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Leiter der psychotherapeutischen Hochschulambulanz am Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Mitglied im Gutachterkreis des Instituts für medizinische, pharmazeutische und psychotherapeutische Prüfungsfragen, Mitglied im Fachkollegium Psychologie bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Mitglied in der Geschäftsführung der priv. Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, Ausbilder und Supervisor an verschiedenen Psychotherapie Ausbildungsstätten, Arbeitsschwerpunkte sind: Interventionsforschung (Psychotherapie, Prävention), Affektive Störungen bei verschiedenen Alters- und Zielgruppen, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, psychophysiologische Störungen bei verschiedenen Alters- und Zielgruppen u.a.