

Evaluation  
eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen  
Trainingsprogramms für depressive geriatrische  
Schlaganfallpatienten in einer Rehabilitationseinrichtung

**Dissertation**

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften  
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen  
Zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

Vorgelegt von  
**Dipl.-Psych. Claudia Windholz**  
aus Stuttgart

Tübingen

2005

Tag der mündlichen Qualifikation:

14.06.2006

Dekan:

Prof. Dr. Michael Diehl

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Peter F. Schlottke

## Inhaltsverzeichnis

### Teil A (Theoretischer Teil)

1	Einleitung .....	6
2	Geriatrische Rehabilitation von Schlaganfallpatienten .....	8
2.1.	Psychologische Interventionen im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation .....	10
2.1.1.	Grundsätzliches zu psychologischen Interventionen mit älteren Menschen .....	10
2.1.1.1.	Psychologische Interventionen mit geriatrischen Schlaganfallpatienten .....	11
2.1.1.2.	Therapieziele .....	14
3.	„Poststroke Depression (PSD): Konzeptualisierung der Störung .....	15
3.1.	Epidemiologie des Schlaganfalls .....	15
3.2.	Depression als Folge eines Schlaganfalls im höheren Lebensalter .....	15
3.2.1.	Phänomenologie der „Poststroke Depression“ .....	16
3.2.2.	Ätiologie und Pathogenese .....	18
3.2.2.1.	Biologische Erklärungsmodelle .....	18
3.2.2.2.	Psychosoziale Ansätze .....	20
3.2.3.	Diagnostik und Klassifikation .....	21
3.2.4.	Differentialdiagnose .....	24
3.2.5.	Prävalenz .....	25
3.2.6.	Risikofaktoren und Prädiktoren .....	26
3.2.6.1.	Depressive Vorgeschichte .....	26
3.2.6.2.	Psychiatrische Familiengeschichte .....	27
3.2.6.3.	Funktionelle Beeinträchtigung .....	27
3.2.6.4.	Kognitive Defizite .....	27
3.2.6.5.	Soziale Rahmenbedingungen/Wohnsituation .....	27
3.2.6.6.	Geschlecht .....	27
3.2.6.7.	Kritische Lebensereignisse .....	28
3.2.6.8.	Alter .....	28
3.2.6.9.	Persönlichkeit .....	28
3.2.7.	Implikationen für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten .....	29
3.2.7.1.	Funktionelle Beeinträchtigung .....	29
3.2.7.2.	Mortalität .....	30
3.2.7.3.	Stationäre Verweildauer .....	30
3.2.7.4.	Lebensqualität .....	31
3.2.8.	Bisherige Behandlungsansätze .....	33
3.2.8.1.	Pharmakologische Ansätze .....	33
3.2.8.1.1.	Empirische Befunde .....	34
3.2.8.2.	Elektrokrampftherapie .....	35
3.2.8.3.	Psychotherapeutische Ansätze .....	36
4.	Grundsätzliche Aspekte der Wirksamkeit/Effektivität therapeutischer Maßnahmen	
4.1.	Diagnostik .....	40
4.1.1.	Datenebenen .....	40
4.1.2.	Datenquellen .....	41
4.1.3.	Untersuchungsverfahren .....	42
4.2.	Die Darstellung von Therapie-Effekten .....	43
4.2.1.	Analyse von Mittelwertsunterschieden .....	43
4.2.2.	Prozentsatz gebesserter Patienten .....	43
4.2.3.	Breite der Veränderung (Wirkungsspektrum) .....	44
4.2.4.	Veränderungsmuster .....	44
4.3.	Klinische Bedeutsamkeit und statistische Signifikanz .....	44
4.4.	Wirksamkeit abhängig von der Zeitachse .....	44
4.5.	Wirksamkeit und Vergleichsmaßstab .....	45
4.6.	Wirksamkeit unter finanzieller Perspektive .....	45
4.7.	Patientenzufriedenheit als indirekte Wirksamkeitsprüfung .....	45
4.8.	Wirksamkeit unter Praxisbedingungen .....	46
4.9.	Metaanalysen .....	46
4.10.	Normative Verfahren .....	46

5.	„Schlaganfall bewältigen“: das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm .....	47
5.1.	Theoretische Grundlagen .....	47
5.1.1.	Gerontopsychologische Konzepte .....	47
5.1.2.	Verhaltenstheoretische Konzepte .....	48
5.1.3.	Kognitive Konzepte .....	49
5.1.3.1.	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit .....	49
5.1.3.2.	Das kognitive Modell von Beck .....	50
5.1.3.3.	Final-Common-Pathway-Modell .....	50
5.2.	„Schlaganfall bewältigen“ – inhaltliche Gestaltung .....	53
5.2.1.	Entwicklungsphase und Aufbau .....	54
5.2.2.	Therapeutenmanual .....	55
5.2.3.	Materialien für die Patienten .....	56

## Teil B (Empirischer Teil)

6.	Methodik und Auswahl der Stichprobe .....	58
6.1.	Darstellung der Hypothesen und Untersuchungsziele .....	58
6.2.	Design und Zeitplan der Erhebung .....	59
6.3.	Interventionen .....	61
6.3.1.	Klinische, multiprofessionelle Regelversorgung .....	61
6.3.2.	Antidepressive Pharmakotherapie .....	61
6.3.3.	Experimentalbedingung: Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm .....	62
6.4.	Diagnostik .....	63
6.4.1.	Erhebungs- und Messverfahren .....	64
6.4.1.1.	Psychopathologie .....	64
6.4.1.1.1.	Depressionsdiagnose mit dem SKID .....	64
6.4.1.1.2.	Verlaufsmaße der Depression .....	64
6.4.1.1.3.	Lebensqualität .....	65
6.4.1.1.4.	Lebensumfeld .....	65
6.4.1.2.	Geriatrische Diagnostik .....	65
6.4.1.2.1.	Medizinische Parameter .....	65
6.4.1.2.2.	Funktionelle Parameter .....	65
6.4.1.2.3.	Alltagskompetenz .....	66
6.4.1.2.4.	Zielerreichung .....	66
6.4.1.3.	Neuropsychologische Tests .....	67
6.4.1.3.1.	Allgemeines kognitives Leistungsniveau .....	67
6.4.1.3.2.	Verbale und nonverbale Intelligenz .....	67
6.4.1.3.3.	Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit .....	67
6.4.1.3.4.	Gedächtnis .....	67
6.4.1.4.	Haupterfolgsmaße .....	68
6.5.	Gewinnung der Stichprobe .....	70
6.5.1.	Stichprobengröße, Fallabschätzung .....	71
6.5.2.	Zusammensetzung der Stichprobe .....	71
6.5.3.	Allgemeine Auswertungsmodalitäten .....	72
6.6.	Die Untersuchungsstichprobe .....	72
7.	Ergebnisse .....	74
7.1.	Verlauf der depressiven Symptomatik .....	74
7.2.	Verlauf der neuropsychologischen Parameter .....	75
7.3.	Verlauf der funktionellen Parameter .....	80
7.4.	Lebensqualität .....	83
7.5.	Zusammenfassung .....	84
8.	Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg .....	85
8.1.	Pharmakologische Behandlung .....	85
8.2.	Einfluss früherer depressiver Episoden .....	89
8.2.1.	Erstmanifestationsalter .....	90
8.3.	Einfluss des Schweregrads der Depression .....	92
8.4.	Einfluss des häuslichen Umfelds .....	94
8.5.	Therapieziel Steigerung der Sozialkontakte .....	96

8.6. Einfluss des Geschlechts .....	98
8.7. Kritische Lebensereignisse .....	99
8.8. Alter .....	100
8.8.1. Altersverteilung der Stichprobe .....	101
8.9. Motivationale Einflüsse.....	102
8.10. Kognitive Überforderung.....	105
8.11. Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolgs .....	107
8.12. Weitere Einflussfaktoren.....	108
8.13. Zusammenfassung .....	109
9. Abschließende Diskussion.....	110
9.1. Ausblick .....	113
9.1.1. Gesundheitspolitische Aspekte der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland.....	113
9.2. Implikationen für zukünftige Interventionen und Forschungsprojekte.....	116
Literatur .....	118

## Anhänge

„Schlaganfall bewältigen“: Therapeutenmanual .....	Anhang A
„Schlaganfall bewältigen“: Patientenbroschüre.....	Anhang B
Responder Neuropsychologie .....	Anhang C
Responder ADLs .....	Anhang D
Responder vs. spontan gebesserte in der MAS.....	Anhang E
Rehaziel Stimmungsverbesserung.....	Anhang F
Kognitive Überforderung .....	Anhang G

Teil A:

Theoretischer Teil

## 1 Einleitung

Ein Schlaganfall ist ein dramatisches Ereignis mit weitreichenden Konsequenzen auf somatischer und psychischer Ebene, in dessen Folge Betroffene und Angehörige hohe Adaptionsleistungen erbringen müssen. Die Population der geriatrischen Schlaganfallpatienten stellt aufgrund ihres hohen Alters, ihrer Multimorbidität und dem Schweregrad des Störungsbilds auf neurologischer, psychischer und funktioneller Ebene höchste Ansprüche an Therapeuten und Behandlungsmethoden. Eine der häufigsten psychiatrischen Komplikationen nach einem Schlaganfall ist die Depression. Obwohl sich die Forschung seit über zwei Jahrzehnten dieses Problems annimmt, gibt es bis heute weder ein allgemein anerkanntes Modell der Pathogenese noch eine einheitliche Klassifikation der Störung. Während einige Forscher medizinische Krankheitsfaktoren für die Entstehung einer Depression nach Schlaganfall verantwortlich machen und daher auch in erster Linie neuroanatomische und biochemische Erklärungsmodelle präferieren (Eastwood et al., 1989; Robinson, 1997; Herrmann, 1992; Frühwald 1999; Katayama, 2003), betonen andere die psychosozialen Begleiterscheinungen des Schlaganfalls (Angeleri, 1997; Burvill et al., 1997; Gainotti & Marra, 2002; Blum & Haas, 2002) und lehnen das monokausale medizinische Krankheitsmodell zugunsten einer multifaktoriellen Pathogenese ab.

Auch bei der Behandlung der Depression nach Schlaganfall (*Poststroke Depression = PSD*) ist der Forschungsstand unbefriedigend. In der klinischen Praxis beschränkte man sich bislang auf die Gabe von Psychopharmaka. Zwar konnten einige Studien kurzzeitige Erfolge bezüglich der Stimmungsaufhellung durch die Gabe von Antidepressiva nachweisen (Lipsey, 1984; Cole et al., 2001), jedoch liegen keine Langzeitdaten vor. Unberücksichtigt bleibt darüber hinaus die Tatsache, dass die durch den Schlaganfall eingetretenen funktionellen oder auch kognitiven Veränderungen in vielen Fällen – zumindest teilweise - irreversibel sind. So werden die Betroffenen nach Beendigung ihrer Rehabilitation mit einer völlig veränderten Alltagssituation konfrontiert, ohne über entsprechende Copingstrategien zu verfügen. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, den Umgang mit der neuen Situation durch psychotherapeutische Trainingsprogramme zu erleichtern. Obwohl von zahlreichen Autoren seit Jahren gefordert (Herrmann, 1992; Cole et al., 2001; Gordon & Hibbard, 1997), standen wissenschaftlich fundierte und evaluierte Psychotherapiekonzepte bisher nicht zur Verfügung.

Die vorliegende Arbeit beschreibt einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer sinnvollen und umfassenden Behandlung geriatrischer Schlaganfallpatienten unter Anwendung eines neu konzipierten, erstmalig angewandten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms. Es werden die Ergebnisse und Erfahrungen aus einer Teilstudie im Rahmen eines Projekts zur Evaluation stationärer geriatrischer Rehabilitation berichtet. Im

Rahmen der randomisierten Kontrollgruppenstudie wurden insgesamt 431 Patienten der Klinik für geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses, Stuttgart, mit einem längstens ein Jahr zurückliegenden Schlaganfall, eingangsdagnostiziert. Im Rahmen einer umfangreichen Testbatterie wurden medizinische, funktionelle, neuropsychologische und emotionale Parameter zu verschiedenen Messzeitpunkten erhoben. Im Anschluss an die Eingangsdagnostik wurden die Patienten einer von zwei Versuchsbedingungen zugeteilt und in randomisierter Form der jeweiligen Experimental- bzw. Kontrollbedingung zugewiesen. Insgesamt liegen i.S.e. Verlaufsmessung Daten von 3 Messzeitpunkten vor. Die 3-Monatskatamnese fand in der häuslichen Umgebung der Patienten statt. Bei einer Teilstichprobe von N=100 wurde zu Rehabeginn eine Major Depression nach DSM-IV (APA, 1994) festgestellt (Studienarm II). N=51 Patienten erhielten unter der Kontrollbedingung die klinikübliche Regelversorgung durch das multiprofessionelle Team der Rehaklinik, die N=49 Patienten der Experimentalbedingung erhielten zusätzlich zur kliniküblichen Standardversorgung ein erstmalig für geriatrische Schlaganfallpatienten adaptiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm, das in Form von 9 Einzelsitzungen während des Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik durchgeführt wurde.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Wirksamkeitsprüfung dieses Depressionsprogramms im Vergleich zur kliniküblichen, regulären multiprofessionellen, antidepressive Medikation einschließenden, Regelversorgung.



## 2 Geriatrische Rehabilitation von Schlaganfallpatienten

Aufgrund des Wandels in der epidemiologischen Situation im Laufe des 20. Jahrhunderts sind heute chronische, mit Behinderung einhergehende Krankheiten des mittleren und höheren Lebensalters („chronic disabling diseases“) in den Vordergrund der medizinischen Versorgung getreten. Dieser Wandel weg von der kurativmedizinischen Einheit „Krankheit“ hin zur rehabilitationsmedizinischen Kategorie „Krankheitsauswirkungen“ wird als „Paradigmenwechsel“ bezeichnet. Damit einher geht eine Erhöhung des Stellenwertes der medizinischen Rehabilitation innerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Aufgrund der demografischen Entwicklung führt dies automatisch auch zu einer stärkeren Akzentuierung der geriatrischen Rehabilitation (Leistner & Bublitz, 2004).

Im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation steht der aktive und selbstverantwortliche Patient, dem Hilfe zur Selbsthilfe angeboten wird. Realisiert wird dieses Ziel bei geriatrischen Patienten durch Verbesserung der Mobilität, Verbesserung der sozialen Integration und Vermeidung der Abhängigkeit von Pflegepersonen.

In Deutschland ist die Rehabilitation ein gesetzlich definierter Bereich des Gesundheitssystems, der nach den akutmedizinischen Maßnahmen einsetzt. In einem bundesweiten begrifflichen und konzeptionellen Klärungsprozess wurden Arbeitsinstrumente, wie beispielsweise die „Begutachtungshilfe geriatrische Rehabilitation vom 12.12.2002 für den MDK“ und die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches vom 1.1.2002“ für geriatrische Patienten entwickelt, die nationale Standards setzen.

Von einem *geriatrischen Patienten* wird ausgegangen, wenn ein hohes Lebensalter erreicht wurde (i.d.R. 70 Jahre und älter) und die sog. „*geriatrietypische Multimorbidität*“ vorliegt. Hierunter versteht man die Kombination von mindestens zwei der folgenden Merkmalskomplexe: Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz, Dekubitalulzera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts, Depression/Angststörung, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörung, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit. Darüber hinaus relevant sind Mehrfachmedikation, herabgesetzte Medikamententoleranz und häufige Krankenhausbehandlungen. *Indikationskriterien* der geriatrischen Rehabilitation sind die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit, das Vorhandensein einer positiven Rehabilitationsprognose und realistischer und alltagsrelevanter Rehabilitationsziele (Leistner & Bublitz, 2004).

Die in geriatrischen Rehabilitationskliniken am häufigsten behandelten Schädigungen sind Halbseitenlähmungen und Bewegungseinschränkungen (z.B. z.N. Oberschenkel—oder Schenkelhalsfraktur), Z.n. Beinamputation(en), Entzündliche oder degenerative Erkran-

kungen des Bewegungsapparates (z.B. Arthrose, chronische Polyarthrit) und Mehrfachbehinderungen (Rönnecke, 1990). Geriatrische *Schlaganfallpatienten* haben im Schnitt mehr kognitive und funktionelle Einschränkungen (z. B. Gedächtnisstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Paresen, Sprachstörungen, Hörprobleme, verminderte Sehkraft, Gesichtsfeldeinschränkungen usw.) und mehr Probleme bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten („Activities of daily living“), wie z.B. Toilettengänge, Essen oder Körperpflege (Gutzmann & Rapp, 2002; Nikolaus, 1992). Häufig berichtet werden chronische Schmerzen, Kribbeln, Taubheitsgefühle und Schwindel. In vielen Fällen führen diese Beschwerden zu einer klagenden Haltung und geringen Kooperationsbereitschaft. Darüber hinaus erhalten Schlaganfallpatienten in der Regel eine umfangreiche pharmakologische Behandlung. Zur Rezidivprophylaxe werden blutverdünnende („Thrombozytenaggregationshemmer“) und blutdrucksenkende Präparate („Antihypertensiva“) verabreicht. In diesem Zusammenhang kann es aufgrund des veränderten Stoffwechsels älterer Menschen zu Neben- und Wechselwirkungen kommen, die häufig unterschätzt werden (Laux, 1999). Psycho-affektive Begleiterscheinungen, wie z.B. depressive Verstimmungen, können nicht nur als Folgen des Schlaganfalls, sondern auch als Nebenwirkung der verordneten Medikamente auftreten. Vor allem Antihypertensiva, Hormone, Kortikosteroide und Antiparkinsonmittel stehen im Verdacht, depressiogen zu wirken (Hautzinger, 2000; Müller, 2001).

## 2.1 Psychologische Interventionen im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation

### 2.1.1 Grundsätzliches zu psychologischen Interventionen mit älteren Menschen

Im Gegensatz zu der Arbeit mit den sog. „YAVIS-Patienten“ (young – attractive – verbal – intelligent – successful) (Pinquart, 1998), die für viele Therapeuten eine vertraute Zielgruppe darstellen, bestehen bezüglich psychotherapeutischer Arbeit mit älteren Menschen („HOUNDS“ = homely-old-unattractive-nonverbal-dump; Rönnecke, 1990) zahlreiche Vorbehalte. So wird aufgrund des vorangeschrittenen Alters der Sinn und der potentielle Erfolg einer psychotherapeutischen Maßnahme grundsätzlich angezweifelt, Rigidität und mangelnde Plastizität hindern angeblich ältere Menschen daran, erfolgreich neue Lösungen zu erarbeiten (Hirsch, 1990). Vielfach besteht die Auffassung, dass durch die Lebenssituation älterer Menschen eine Kombinationsbehandlung mit Psychopharmaka unerlässlich sei. Diese Annahmen begründen sich auf einer Reihe von Leitbildern über das Altern, die mittlerweile als überholt gelten können. Die Korrektur des sogenannten „Defizitmodells“ nach Lehr (1979) ist ein zentrales Postulat der heutigen gerontologischen Forschung. Neuere Forschungen messen dem chronologischen Alter als Indikationskriterium für eine Psychotherapie nur noch geringe Bedeutung zu („Man stirbt nicht am Alter, sondern an Krankheiten und deren Folgen“, Rönnecke, 1990, S. 103). Im Vordergrund steht vielmehr die Suche nach einer geeigneten *Therapieform* und dem konkreten *Inhalt*, der sich nach den speziellen Gegebenheiten und persönlichen Ressourcen der Klienten richten sollte (Hibbard et al., 1990). Heute geht man davon aus, dass über 60jährige psychosozial erfahrene Erwachsene sind, die in die Phasen des höheren und hohen Erwachsenenalters eintreten, die bis zu 40 % der Erwachsenenzeit umfassen können. Altern stellt somit keine qualitativ andere Phase im Vergleich zu den vorangegangenen Phasen des Erwachsenenalters dar. Dem Körper kommt eine zunehmend wichtige Bedeutung als Organisator der ablaufenden Entwicklung und als „letzter Verbündeter“ zu, der die eigene Selbständigkeit garantiert. In ihm laufen physiologische Veränderungen, organische und hirnorganische Alterskrankheiten mit nachfolgenden Einschränkungen und Behinderungen ab. Diese wiederum können zu Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die heute über 60jährigen unter sozialen, gesundheitlichen und historischen Gegebenheiten und Normen sozialisiert wurden, die sich deutlich von den nachwachsenden Altersgenerationen unterscheiden (Heuft et al., 2000).

Entwicklungsprozesse bei älteren Menschen sind nach der neueren Forschung durchaus realistisch. Kruse (1990) beschreibt folgende *Entwicklungspotentiale*, d.h. Möglichkeiten der Entwicklung, die sich nach der individuellen Ausprägung der nachfolgend dargestellten Entwicklungsbedingungen mehr oder weniger realisieren lassen (Kruse, 1990; S. 12 ff):

- *Biografische Verankerung*: Entwicklungsfähigkeit im Alter hängt von der in vorangegangenen Lebensphasen gezeigten Entwicklungsfähigkeit ab: Offenheit fördert Plastizität und Anpassungsfähigkeit menschlichen Erlebens und Handelns.
- *Personale Verankerung*: Wahrnehmung der eigenen Potentiale und deren Umsetzung sind zwei verschiedene Prozesse und hängen von den subjektiven Theorien ab, die eine Person hinsichtlich ihres Alters entwickelt hat. Die Umsetzung der eigenen Potentiale wird vor allem dann erschwert, wenn das soziale Umfeld dem älteren Menschen die Fähigkeit zu einem selbstverantwortlichen und selbstbestimmtem Leben abspricht.
- *Soziale Verankerung*: Hängt ab von dem Altersbild des sozialen Umfeldes sowie der Gesellschaft. Interpretiert die Gesellschaft das Alter als einen Prozess zunehmender Verluste, trägt sie dazu bei, dass der ältere Mensch dieses Altersbild übernimmt.
- *Kontextuelle Verankerung*: Die gesundheitliche Situation, die sozioökonomische Situation und die Wohnsituation beeinflussen die Entwicklungsmöglichkeiten tiefgreifend. Eine schlechte gesundheitliche Situation oder Mobilitätseinschränkungen engen den Handlungsspielraum dramatisch ein.

Bezugnehmend auf diese Potentiale sieht Kruse (1990) eine wesentliche Aufgabe der Psychotherapie mit alten Menschen in der Unterstützung bei der Verwirklichung von Entwicklungspotentialen.

#### **2.1.1.1 Psychologische Interventionen mit geriatrischen Schlaganfallpatienten**

Patienten in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erhalten üblicherweise im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt therapeutische Unterstützung durch ein multi- oder interdisziplinäres Therapeutenteam.

Neben der möglichst weitreichenden Wiederherstellung des prämorbidem Zustands gilt die Vorbereitung auf die Rückkehr in die gewohnte Umgebung als wesentliches Rehaziell. Dies sollte – aus Kostengründen – innerhalb kurzer Zeit gelingen. Häufig vernachlässigt wird der Umstand, dass sich die meisten Patienten über das Wesen ihrer Erkrankung Gedanken machen und dabei subjektive Erklärungsmodelle entwickeln. Diese hängen vom Vorwissen und den individuellen Einstellungen ab und können beispielsweise bewirken, dass Patienten ihre Mitarbeit verweigern, da sie der Meinung sind, wenn man krank sei, müsse man sich schonen. Andere begreifen Krankheit als „eine Strafe Gottes“ oder glauben an Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und ihrer Krankheit. Ein Teil der Patienten erhält durch Behinderung und Hilfsbedürftigkeit ungewohnte Zuwendung und strebt daher keine schnelle Rückkehr in die eigene (zuwendungsarme) Umgebung an.

---

Letztendlich beeinflussen all diese Umstände Therapiemotivation und Compliance (Rönnecke, 1990).

Zum Zeitpunkt ihrer Rehabilitation sind sich viele Patienten der eventuell drohenden Schwierigkeiten im Umgang mit der neuen Situation und mit ihren Angehörigen (noch) nicht bewusst. Bezüglich der eigenen Genesung mögen unrealistische Erwartungen und Hoffnungen bestehen. Trotz aller Rehabilitationsbemühungen bleiben jedoch oft Behinderungen zurück, die das zukünftige Leben entscheidend beeinflussen. Entsprechend werden verschiedene Bewältigungsmuster erkennbar. Einige versuchen, ihre Probleme zu bagatellisieren oder zu verleugnen, andere verfallen in eine grüblerische Haltung und Selbstvorwürfe. Dahinterstehen können beispielsweise Angst vor Institutionalisierung oder Vorbehalte gegenüber Psychologen (Pinquart, 1998). Eine Studie von Peters et al. (2000) ergab beispielsweise, dass ältere Patienten in einer Rehabilitationsklinik grundsätzlich eine niedrige Therapiemotivation für Psychotherapie aufbringen als jüngere und dass unter denjenigen mit niedriger Motivation auch keine Besserung der Symptomatik verzeichnet wurde.

Nach der Rückkehr in die häusliche Umgebung realisieren viele Betroffene erstmals, dass der prämorbid Zustand nicht wiederhergestellt werden konnte und bleibende Behinderungen und Einschränkungen zu verkraften sind (Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001). Das Leben in der häuslichen Umgebung ist schwieriger als erwartet. Es ergeben sich Konflikte mit dem (Ehe-)Partner oder anderen Bezugspersonen. Durch die eingeschränkte Mobilität droht Vereinsamung. Gefühle der Nutzlosigkeit, Langeweile und Perspektivlosigkeit treten ein. Es kommt zu Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen Personen, oft pflegenden Angehörigen. Patienten und Angehörige sind durch die neue Situation überfordert und zu enormen Adaptionisleistungen gezwungen, die sie ohne Unterstützung in vielen Fällen nicht erbringen können. Für einige, vor allem Alleinstehende, bedeutet die Entlassung aus der Rehabilitation die Unterbringung in ein Pflegeheim.

Entsprechend hoch sind die Anforderungen an Therapeuten und Therapie. Aufgrund der äußeren Gegebenheiten gestaltet sich eine Psychotherapie mühsam und anstrengend, die Erfolge hingegen eher bescheiden. Kognitive Einschränkungen, Schwierigkeiten bei der auditorischen und visuellen Wahrnehmung sowie Störungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit erschweren die Kommunikation. Ferner kann aufgrund von Mobilitätseinschränkungen sogar eine Therapie „im Liegen“ indiziert sein. Aufgrund des hohen Alters und der Schwere der Erkrankung ist mit einer erhöhten Rate von Todesfällen während der Therapie zu rechnen. Seit Jahren chronifizierte, konfliktträchtige Familien-

und Paarbeziehungen können nicht einfach „korrigiert“ werden und halten die erreichbaren Erfolge auf bescheidenem Niveau. Selbst wenn vorübergehend Erfolge erzielt werden, kommt es immer wieder zu Rückschlägen, beispielsweise aufgrund neuer Erkrankungen (z.B. Reapoplex), Todesfällen im näheren Umfeld der Patienten oder anderer äußerer Veränderungen. Beim Behandler können Gefühle der Frustration und Insuffizienz auftreten (Heuft, 2000). All diese Umstände erfordern ein hohes Maß an Flexibilität und Empathie sowie Verständnis für die Belange älterer Menschen und deren Lebenswelt. Interaktionsprobleme zwischen Patient und Therapeut ergeben sich durch große Altersunterschiede. Mangelndes Verständnis und mangelnde Erfahrung der oft bis zu 50 Jahre jüngeren Therapeuten stören den Rehabilitationsprozess. Ein Grund hierfür ist die unzureichende Ausbildung vieler Therapeuten für die spezielle Behandlung älterer Menschen (Stamm, 2001). Heuft et al. (2000) führen dies u.a. auf die geringe Anerkennung der professionellen Tätigkeit durch die (Fach-)Öffentlichkeit zurück.

Für einen optimalen Erfolg der Rehabilitation sollte jeder Therapeut, der mit Schlaganfallpatienten arbeitet, die Bereitschaft aufbringen, in einem interdisziplinären Team von Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden usw. zu arbeiten und regelmäßig Fort- und Weiterbildungsangebote erhalten und nutzen (Pössl & Schellhorn, 2001). Die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen soll an einem Beispiel illustriert werden: Erhält ein Patient Psychotherapie und Pharmakotherapie parallel, so ist eine enge Kooperation von Psychologen und Ärzten erforderlich: Eventuell vorhandene Vorbehalte der Psychologen gegenüber der Pharmakotherapie sollten thematisiert und diskutiert, eine Entscheidung dafür oder dagegen sorgsam abgewogen werden: Zu beachten ist allerdings erstens, dass es ein Stück Versorgungsrealität darstellt, dass viele Patienten bereits vor Rehabeginn medikamentös eingestellt sind und eine Absetzung nur unnötige Komplikationen verursachen würde; zweitens kann unter bestimmten Umständen eine Prämedikation eine psychologische Intervention gar erst ermöglichen und die Kommunikationsfähigkeit und kognitive Wachheit des Patienten erhöhen (Linden, 2001). Zu den negativen Begleiterscheinungen einer Pharmakotherapie zählen neben unerwünschten physiologischen ebenso psychologische „Nebenwirkungen“: Die Einnahme von Psychopharmaka kann eine Auseinandersetzung mit der Krankheit verhindern. Eine Besserung der Beschwerden könnte fälschlicherweise nur auf die medikamentöse Behandlung attribuiert werden und der Patient könnte glauben, ohne Medikamente nicht gesund werden zu können (Hautzinger, 1997b). Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Ärzten kann ein zum Wohle des Patienten gut abgestimmtes Behandlungskonzept mit Medikament und Psychotherapie gefunden werden.

### 2.1.1.2 Therapieziele

Schulenübergreifend definieren Heuft et al. (2000, S. 237 ff) folgende Ziele psychotherapeutischer Maßnahmen mit älteren Menschen:

- Fördern von Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Verbessern sozialer Fähigkeiten
- Stärkeres Berücksichtigen des Körpers
- Klären intra- und intergenerationeller Schwierigkeiten
- Akzeptieren des und Aussöhnen mit dem gelebten Leben (Bilanzziehung und Lebensrückblick)
- Auseinandersetzen mit Altern und Tod
- Fördern des Gegenwartsbezugs
- Erarbeiten praktischer Lösungen

In einer Rehabilitationseinrichtung befindliche, geriatrische Schlaganfallpatienten bilden bezüglich einer psychotherapeutischen Intervention innerhalb der Population der über 60jährigen eine eigenständige Gruppe mit speziellen Attributen. Sie befinden sich in einem stationären Setting mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 3 Wochen, so dass einer psychologischen Intervention enge zeitliche Grenzen gesteckt sind. Psychotherapeutische Sitzungen fügen sich in einen dicht gepackten „Stundenplan“, der in manchen Fällen wenig Zeit für Ruhephasen vorsieht und teilweise zur Überforderung führt. Eine Reflexion und Nachbearbeitung der in der Therapiesitzung erarbeiteten Inhalte ist dadurch unter Umständen schwierig. Außerdem werden die Patienten „geschickt“ und bringen u.U. nur geringe Eigenmotivation mit (Heuft et al., 2000; Peters et al., 2000). Aufgrund dieser äußeren Gegebenheiten reduziert sich das Anforderungsprofil an eine psychologische Intervention mit geriatrischen Schlaganfallpatienten in einer Reha-Einrichtung realistischerweise auf folgende Interventionsziele:

- Akzeptanz unveränderbarer Grenzen,
- Milderung der Beschwerden
- Erreichen eines Höchstmaßes an Unabhängigkeit, Selbstvertrauen und Würde.

Pinquart (1998) geht davon aus, dass sich für die Zielgruppe der Senioren im allgemeinen insbesondere gegenwartsbezogene Kurztherapien eignen. Dies trifft in besonderem Maße auf Schlaganfallpatienten zu: Eine Vorgehensweise in kleinen Schritten mit häufiger Wiederholung des Erarbeiteten und eine schriftliche Aufarbeitung des Materials sind – in Anbetracht zu erwartender Gedächtnisstörungen - unerlässlich.

### 3 „Poststroke Depression“ (PSD): Konzeptualisierung der Störung

#### 3.1 Epidemiologie des Schlaganfalls

Unter dem Begriff „Schlaganfall“ subsumiert man ein heterogenes Störungsbild mit einer Vielzahl verschiedenster Beeinträchtigungen auf kognitiver, funktioneller und psychischer Ebene. Schlaganfälle sind die häufigste neurologische Erkrankung und stehen mit 11,4 % auf Platz 3 der Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland, nach Herzerkrankungen und Krebs (Kolominsky-Rabas & Reuschmann, 2002). Zudem ist der Schlaganfall die häufigste Ursache für lebenslange Behinderung und Langzeit-Institutionalisierung. Mit zunehmendem Alter steigt die Schlaganfall-Häufigkeit an. Der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland betrug 1999 ca. 16%, im Jahr 2030 wird mit ca. 33% gerechnet. Durch die fortgesetzte Zunahme der Lebenserwartung werden voraussichtlich auch die Schlaganfälle deutlich ansteigen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Inzidenzen, nach Schlaganfalltypen:

Schlaganfalltyp	Männer		Frauen		Gesamt	
	Inzidenz	CI 95%	Inzidenz	CI 95%	Inzidenz	CI 95%
Hirnfarkt	119	102-139	154	134-175	137	124-151
Intrazerebrale Blutung	18	12-27	29	21-39	24	18-30
Subarachnoidalblutung	4	1-9	8	4-14	6	3-10
Nicht klassifiziert	5	2-11	11	6-17	8	5-12

**Tabelle 1:**

Inzidenz nach Schlaganfalltypen, Erlanger Schlaganfall-Register, Zeitraum 1994-1996; erstmalige Schlaganfälle bezogen auf 100 000 Einwohner (zitiert nach Kolominsky-Rabas & Reuschmann, 2002)

Mit 80% sind die Hirnfarkte die bedeutendste Gruppe unter den Schlaganfällen. Als Haupt-Risikofaktoren gelten *Arteriosklerose* (Risikofaktoren: Hypertonie, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, metabolisches Syndrom und Nikotinabusus); *Kardioembolie* (Hauptursachen: Vorhofflimmern, akuter Myokardinfarkt, Ersatzklappen und Endokarditiden) und *Mikroangiopathie* (Ursache hierfür sind langjähriger, schlecht eingestellter Bluthochdruck und/oder Diabetes) (Kolominsky-Rabas & Reuschmann, 2002).

#### 3.2 Depression als Folge eines Schlaganfalls im höheren Lebensalter

Die erste Studie, die sich mit den emotionalen Auswirkungen eines Schlaganfalls beschäftigte, stammt von Folstein et al. (1977). Die Autoren konnten zeigen, dass Schlaganfallpatienten häufiger unter einer depressiven Episode litten als Orthopädiepatienten mit vergleichbaren funktionellen Einschränkungen. Bald danach begannen die Forscher um R.G. Robinson, die sog. „Baltimore-Gruppe“, sich mit den psychologischen Konsequenzen des Schlaganfalls zu befassen. Von dieser Forschergruppe liegt eine Vielzahl von Publikationen mit Daten von über 700 Patienten vor. Davon litten über die Hälfte innerhalb



der ersten 2 Jahre nach dem Akutereignis unter einer affektiven Störung (Robinson, 1998). Die Depression ist die häufigste affektive Störung nach einem Schlaganfall. Die Autoren verwenden den Begriff „Poststroke Depression (=PSD)“, um die Eigenständigkeit des Störungsbildes zu betonen. Einen Gegenpol bildet in England die Forschergruppe um House (=“Oxford-Arbeitsgruppe“). Auch in Schweden, den Niederlanden, Australien, Dänemark, Finnland, Kanada und Italien, um nur einige zu nennen, gibt es breit angelegte Forschungsprogramme zu diesem Thema. Im deutschsprachigen Raum wurde am Hamburger Albertinenhaus die sog. PASS-Studie durchgeführt, die sich in einem Teilprojekt mit depressiven Störungen nach Schlaganfall befasst (Blum & Haas, 2000). Die folgenden Abschnitte geben einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand und die kontroversen Positionen der einzelnen Forschergruppen. Diskutiert werden Phänomenologie, Ätiologie, Verlauf, Diagnose und Klassifikation, Prävalenz, Risikofaktoren und Prädiktoren der Depression nach Schlaganfall.

### **3.2.1 Phänomenologie der „Poststroke Depression“**

Zu den psychologischen Konsequenzen eines Schlaganfalls zählen depressive Verstimmungen, bipolare Störungen bzw. Manie, Angststörungen, Psychosen, Katastrophenreaktion und Persönlichkeitsveränderungen (Robinson, 1998; Frühwald, et al., 1999). Die häufigste psychiatrische Komplikation nach Schlaganfall ist die Depression. Das klinische Bild einer Depression manifestiert sich durch Symptome wie niedergeschlagene bzw. traurige Stimmung, Interessenverlust, psychomotorische Verlangsamung, Agitiertheit, Angespanntheit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Energieverlust, Schlafstörungen, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Negativismus, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit und Gedanken an den Tod bzw. Suizid. Auf Grundlage dieser Symptome sowie deren Anzahl und Ausprägungsgrad werden nach den gebräuchlichen Diagnosesystemen die verschiedenen depressiven Störungen diagnostiziert (APA, 1994; WHO, 1992, Spitzer et al., 1978).

Einige Autoren vertreten die Auffassung, dass sich die o.g. allgemeinen Kriterien einer Depression nicht unreflektiert auf die Gruppe der Schlaganfallpatienten übertragen lassen. Aben et al. (2001) kritisieren, dass die erforderlichen Kriterien ursprünglich für relativ junge, ansonsten gesunde depressive Patienten konzipiert wurden. Die Einschlusskriterien seien demzufolge strikt und hätten eine hohe Schwelle, so dass Patienten mit weniger stark ausgeprägten Symptomen keine Diagnose erhielten. Ferner thematisieren die Autoren die Einbeziehung somatischer und kognitiver Items in die Depressionsdiagnose, da diese ebenso eine direkte Folge des Schlaganfalls sein könnten und demzufolge bei nicht-depressiven Schlaganfallpatienten gleichermaßen auftreten können.

Auch Gauggel & Konrad (2001) weisen auf die Problematik der Einbeziehung somatischer Items zur Diagnose affektiver Störungen bei hirngeschädigten Patienten hin und fordern speziell auf die Zielgruppe abgestimmte und validierte Verfahren. Stein et al. (1996) untersuchten die diskriminativen Eigenschaften somatischer und nicht-somatischer Symptome und kommen zu dem Schluss, dass nicht-somatische Symptome zur Depressionsdiagnose nach Schlaganfall geeigneter sind. Beblo et al. (2001) verglichen depressive Schlaganfallpatienten mit depressiven Patienten ohne Schlaganfall und fanden bei Schlaganfallpatienten weniger emotionale und mehr somatische Symptome. Diese Beispiele implizieren eine Überschätzung der depressiven Symptomatik und falsch positive Depressionsdiagnosen. Herrmann (1992) mahnt in diesem Zusammenhang zu einem kritischen Umgang mit Untersuchungsverfahren, die somatische Items hoch gewichten: Letztendlich könne nie sicher beurteilt werden, „ob bestimmte Itemkomplexe wie bspw. Energieverlust, Gewichtsabnahme oder Schlafstörungen im Sinne depressiver Symptome oder als Folge koexistierender neuropsychologischer Teil- oder Basisstörungen gewertet werden müssen“ (Herrmann, 1992, S. 32).

Aber auch der umgekehrte Fall ist denkbar: Liegen somatische Symptome, wie z.B. Appetitmangel oder Schlafstörungen vor, wird das dahinter verborgene Vollbild einer Depression häufig nicht erkannt (Frühwald et al., 1999).

Eine viel zitierte Untersuchung bezüglich der Einbeziehung somatischer Symptome stammt von der Baltimore-Arbeitsgruppe (Lipsey et al., 1986): Ein wesentliches Ergebnis bestand darin, dass depressive Schlaganfallpatienten und eine Vergleichsgruppe ohne hirngeschädigte Schädigungen fast identische Symptomprofile zeigten. Andersen et al. (1994) fanden dagegen bei depressiven Schlaganfallpatienten signifikant mehr Schlafprobleme, Verlangsamung, gastrointestinale und allgemeine somatische Symptome als bei depressiven Patienten ohne Schlaganfall. Jedoch zeigte sich das selbe Muster auch beim Vergleich von nicht-depressiven Schlaganfallpatienten mit nicht-depressiven Patienten ohne Schlaganfall.

Fedoroff et al. (1991b) verglichen die Häufigkeit psychologischer und autonomer Symptome (z.B. Gewichtsabnahme, Schlafprobleme, Energieverlust) bei Schlaganfallpatienten mit und ohne depressiver Stimmung. Beide Symptomkomplexe traten häufiger bei depressiven als bei nicht-depressiven Patienten auf. Paradiso et al. (1997) konnten zeigen, dass sich diese Unterschiede auch nach einem Zeitraum von zwei Jahren aufrecht erhielten.

Analog zu somatischen Symptomen können auch kognitive Defizite direkte Folgen der hirnganischen Schädigung sein. Verlangsamung in Sprache oder Denken kann als psychomotorische Verlangsamung im Rahmen einer Depression, aber auch als ein neuropsychologisches Defizit in kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit aufgefasst werden (Aben et al., 2001). Erschwerend kommt hinzu, dass eine Depression aufgrund schwerer Störungen der integrativen Funktionen, wie z.B. Aphasie, in manchen Fällen nicht diagnostiziert werden kann (Frühwald et al., 1999).

Des Weiteren betonen zahlreiche Autoren die Abhängigkeit der Phänomenologie vom Zeitpunkt des Einsetzens der Depression. Nach Provinciali & Coccia (2002) seien Depressionen, die in einem frühen Stadium nach dem Schlaganfall *einsetzen*, v.a. durch Ängstlichkeit, Libido-Verlust und Schuldgefühle zu charakterisieren und i.S.e. biologischen Krankheitsmodells zu interpretieren (siehe 3.2.2.1), wohingegen Symptome wie frühmorgentliches Erwachen oder sozialer Rückzug charakteristisch für eine später eingetretene Depression seien und dann i.S.e. psychosozialen Depressionsmodells zu erklären seien.

### **3.2.2 Ätiologie und Pathogenese**

Die Ätiologie der Depression nach Schlaganfall hat weitreichende Implikationen für Diagnose, Klassifizierung und Behandlung. Während einige Autoren Depression im Sinne einer reaktiven Entwicklung als Folge einer Krankheitsverarbeitung bei körperlichen Behinderungen verstehen (Carson et al., 2000; Herrmann et al., 1998; Kotila et al., 1998), interpretieren andere Autorengruppen Depression als Korrelat der Pathogenese einer Stoffwechselfdysbalance, wie sie beim Schlaganfallereignis in der Läsionszone vorzufinden ist (Astrom et al., 1993; Eastwood et al., 1989; Fedoroff et al., 1991; Starkstein & Robinson, 1989). Im Rahmen der letztgenannten Sichtweise werden eine Majorform („Major Depression“), diagnostiziert nach DSM-IV, und einer Minorvariante („Minor Depression“), angelehnt an die „Research Diagnostic Criteria“ (RDC), unterschieden.

#### **3.2.2.1 Biologische Erklärungsmodelle**

##### *Die Bedeutung der Läsionslokalisation*

Mit ihrer neurologischen und neuropsychiatrischen Sichtweise steht die Baltimoregruppe vor allem für die Bemühung, organische Korrelate in Form von anatomisch-strukturellen und funktional-metabolischen Veränderungen des Gehirns zu finden, die ihre Entsprechung auf der Ebene der klinischen Symptomatik finden. Die Forscher unterschieden

dabei zunächst eine (organisch bedingte) Major- von einer Minor-Variante. Da die neuroanatomischen Korrelate der „Minor Depression“ nicht präzisiert werden konnten, wurde diese als psychologische Reaktion auf die zerebrale Schädigung interpretiert, wohingegen der „Major Depression“ biologische Auslöser zugeschrieben wurden. Die sogenannte Links-Anterior-Hypothese postuliert, dass die Depression umso schwerer sei, je näher die vordere Grenze der Läsion zum Frontalpol liegt.

Zu Beginn der 90er Jahre entwickelte die Baltimore-Gruppe ihr Modell dahingehend weiter, dass den verschiedenen Schweregraden der Poststroke Depression (also der Major- bzw. Minorvariante) unterschiedliche Ätiologien zugrunde gelegt wurden (Morris et al., 1994). Dieser Forschergruppe zufolge existiert eine frühe, organisch bedingte, schwere Form („Major Depression“), die unmittelbar nach dem Schlaganfallereignis auftritt, im Gegensatz zu einer „Minor Depression“, die nach mehreren Tagen bis Wochen auftritt. Da die Ergebnisse anderer Studien keinen Zusammenhang zwischen Läsionslokalisation und der Entwicklung einer Depression nahelegten (Herrmann et al., 1998; House et al., 1990, Kotila et al., 1998), versuchten Chemerinski & Robinson (2000) die divergierenden Befunde in ein einheitliches Krankheitsmodell überzuführen: So sei das frühe Auftreten der Major Depression auf den sofortigen Abfall der biogenen Amine zurückzuführen, der nicht ausgeglichen werde und ein unmittelbares Einsetzen der Depression zur Folge habe. Demgegenüber habe eine rechtshemisphärische Läsion einen starken Abfall von Noradrenalin und Serotonin zur Folge. Die verspätet eintretende Minor Depression sei durch die mit Verzögerung eintretende Hochregulation der Serotoninrezeptoren zu erklären.

### *Vaskuläre Depression*

Ein neuerer Ansatz unter den biologischen Erklärungsmodellen ist die „Hypothese der vaskulären Depression“ (Alexopoulos et al., 1997). Die Autoren interpretieren Depression als Ergebnis einer progredienten Zerstörung des zerebrovaskulären Systems. Depression im Alter ist nach diesem Modell eine Folge „stillter Infarkte“ und Hyperdensitäten, die im MRI sichtbar gemacht werden können und über Jahre unentdeckt bleiben können. Innerhalb dieses Modells ist die Poststroke Depression lediglich ein Beispiel für eine solche Zerstörung der Gefäße, die ebenso durch Diabetes, Myocardinfarkte, koronare Herzkrankheit oder Bluthochdruck entstehen kann.

### 3.2.2.2 Psychosoziale Ansätze

#### *Der psychodynamische Ansatz*

Nach dem psychodynamischen Modell des „Grief Response“ (Tanner & Gerstenberger, 1988) sind depressive Veränderungen immer als vorhersagbare *psychogene* Reaktionen auf einen seriell ablaufenden Krankheitsprozess zu interpretieren. Die Autoren beschreiben einen dreiphasigen Verlauf, ausgehend von einer ersten Phase der Verleugnung, gefolgt von der Phase der Frustration durch Gewahrwerden der Irreversibilität der Beeinträchtigung und daraus resultierender Depression (siehe auch Pössl & Schellhorn, 2001) und schließlich hin zu einer dritten Phase der Akzeptanz.

#### *Von den biologischen zu den psychosozialen Erklärungsmodellen: Die Arbeiten von Gainotti*

Seit den frühen 70er Jahren befasst sich das Forscherteam um Gainotti mit den Auslösern und Konsequenzen der Poststroke Depression. In seinen ersten Ansätzen unterschied Gainotti (1972) zunächst drei verschiedene emotionale Reaktionsmuster nach Schlaganfall: die „Katastrophenreaktion“ (=CR) i.S.v. Furcht, Tränen usw., die depressive Stimmung (=DM) und die Indifferenzreaktion (=IR). Die Katastrophenreaktion und die depressive Reaktion fanden sich häufiger bei linkshemisphärischen, die Indifferenzreaktion dagegen häufiger bei rechtshemisphärischen Läsionen. Unter den Patienten mit linkshemisphärischen Läsionen wiederum fand Gainotti einen signifikanten Zusammenhang zwischen Broca-Aphasien und depressiver Stimmung sowie zwischen amnestischen Aphasien und Angstreaktionen. Anhand dieser Phänomenologie versuchte Gainotti, reaktive (also psychogene) und strukturell induzierte (also biologische) Auslöser zu unterscheiden.

In späteren Arbeiten (Gainotti et al., 1999; Gainotti & Marra, 2002) überprüften die Autoren die Hypothesen der Baltimoregruppe, dass es *erstens* zwei unterschiedliche Formen von PSD gibt („Major“ und „Minor Depression“), *zweitens* dass sich die Symptomprofile der Schlaganfallpatienten mit „Major Depression“ nicht von denen „endogen“ (= ohne äußeren Auslöser) depressiver Patienten unterscheiden und *drittens* dass die „Major Depression“ auf links-anteriore Läsionen zurückzuführen sei, wohingegen die „Minor Depression“ keine anatomischen Korrelate habe. Mit einer eigens hierfür entwickelten Skala („Post-Stroke Depression Rating Scale“; Gainotti et al., 1997) unterschieden sie zwischen „motivierten“ und „unmotivierten“ depressiven Symptomen, d.h. Depressionssymptomen, die nicht als Reaktion auf ein äußeres Ereignis zu interpretieren sind. Sie fanden heraus, dass sich die Symptomprofile der depressiven Schlaganfallpatienten in allen Phasen nach dem Schlaganfall stark ähnelten, wohingegen sie sich von denen „endogen“ depressiver Patienten signifikant unterschieden. Während bei

depressiven Schlaganfallpatienten „motiviert“ Symptome, wie z.B. Ängstlichkeit oder Katastrophenreaktion im Vordergrund standen, zeigten die „endogen“ Depressiven hauptsächlich „unmotiviert“ Symptome, wie z.B. Schuldgefühle oder Selbstmordgedanken. Weiterhin fanden die Autoren keinerlei Zusammenhang zwischen Läsionslokalisierung, PSD und zeitlichem Abstand zum Ereignis. In einer weiteren Studie (Gainotti & Marra, 2002) fanden die Forscher ein Kontinuum der verschiedenen Ausprägungen der Poststroke Depression und stellten somit die Unterscheidung von „Major“ und „Minor“ Depression grundsätzlich in Frage. Ein wesentlicher Einflussfaktor sei vielmehr der Grad der funktionellen Beeinträchtigung (Sato et al., 1999) bzw. dessen subjektive Bewertung (Gainotti, 2001) (siehe 3.2.6).

Huff et al. (2003) kommen in ihren Ausführungen bezüglich des Forschungsstands zur der Ätiologie der PSD zu dem Ergebnis, dass „monokausale Konzepte keine Erklärungen über die Entstehung der PSD liefern können“. Nach dem aktuellen Stand der Literatur werde der Läsionsort zur Erklärung überschätzt. (Huff et al., 2003: S. 112). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Carson et al. (2000), die keine Belege für die Lokalisationshypothese fanden.

### **3.2.3 Diagnostik und Klassifikation**

Obwohl sich die Forschung seit über 20 Jahren mit dem Thema beschäftigt, konnte bislang noch kein Konsens bezüglich Diagnostik und Klassifikation der Störung erzielt werden. Selbst die Existenz der „Poststroke Depression“ als solche wird angezweifelt. Das jeweils zu verwendende Diagnosesystem sowie die zu stellende Diagnose werden unter den einzelnen Forschergruppen kontrovers diskutiert.

Betrachtet man den Schweregrad der psychischen und physischen Einschränkungen, das hohe Alter der Schlaganfallpatienten, deren Multimorbidität und den hohen Bedarf an verschiedenartigsten Behandlungen inner- und außerhalb von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, so ist es nicht verwunderlich, dass gerade bei dieser Personengruppe Varianzquellen und Probleme bei der Diagnose und Klassifizierung von depressiven Störungen besonders deutlich hervortreten und immer wieder zu differierenden Angaben bezüglich Art, Schweregrad und Prävalenz führen.

Nach Spitzer & Fleiss (1974) ergeben sich im diagnostischen Prozess folgende Varianzquellen:

**Subjektvarianz**

Ein Patient wird zu zwei Zeitpunkten untersucht, an denen er sich in verschiedenen Krankheitszuständen befindet.

**Situationsvarianz**

Ein Patient wird zu zwei Zeitpunkten untersucht, an denen er sich in verschiedenen Phasen oder Stadien einer Störung befindet

**Informationsvarianz**

Verschiedenen Untersuchern stehen unterschiedliche Informationen zum Patienten und seiner Erkrankung zur Verfügung.

**Beobachtungsvarianz**

Verschiedene Untersucher kommen zu unterschiedlichen Urteilen und Bewertungen über Vorhandensein und Relevanz der vorliegenden Symptome

**Kriterienvarianz**

Verschiedene Untersucher verwenden unterschiedliche diagnostische Kriterien für die Diagnose derselben Störung.

**Abbildung 1:**

Varianzquellen im diagnostischen Prozess (Spitzer & Fleiss, 1974)

Frühwald et al. (1999) sowie Huff et al. (2003) diskutieren in diesem Zusammenhang eine Vielzahl von Einflussgrößen: *Erstens* hängen die exakte Diagnose und Bezeichnung des Störungsbilds vom zugrundegelegten Krankheitsmodell (biologische vs. psychologische bzw. multifaktorielle Pathogenese) und vom verwendeten Diagnosemanual ab (ICD-10, DSM IV bzw. RDC). Dies entspricht der o.g. *Kriterienvarianz*. *Zweitens* kann es – ebenfalls i.S. der o.g. *Kriterienvarianz* - zu einer Konfundierung der in Depressionsfragebögen häufig enthaltenen somatischen und kognitiven Items kommen (siehe 3.2.3). *Drittens* kommt der Auswahl der Erfassungsinstrumente große Bedeutung zu. In den meisten Fällen fehlt eine Validierung der entsprechenden Instrumente an Schlaganfallpatienten. *Viertens* variiert die Symptomatik in hohem Maße mit der Auswahl des Erhebungszeitpunkts (*Situationsvarianz*), der von der Akutphase bis zu einem Jahr nach Schlaganfall reicht. Hier sehen Huff et al. (2003) die entscheidende Variable: Die Autoren gehen davon aus, dass sich eine *PSD* 4-6 Wochen nach dem Schlaganfallereignis entwickelt, in einigen Fällen zurückbildet, chronifiziert oder auch episodisch verläuft. Sie empfehlen daher, lediglich Punktprävalenzen anzugeben. *Fünftens* kommt dem Setting (Situationsvarianz) entscheidende Bedeutung zu. Erhebliche Unterschiede ergeben sich beispielsweise zwischen Untersuchungsstichproben aus Schlaganfallregistern (=„Community-based samples“; z.B. House et al., 2001) im Gegensatz zu Populationen, die in Rehakliniken rekrutiert wurden (z.B. Paolucci et al., 1998). Aben et al. (2001) geben einen detaillierten Überblick über Prävalenzen, Diagnoseinstrumente und Assessment-Zeitpunkte.

Neben den oben erörterten Problemen erschweren Probleme bei Verständnis bzw. Verbalisierung der diagnostischen Fragen (z.B. durch Aphasie) die diagnostische Arbeit.

Am Ende des diagnostischen Prozesses steht die Klassifikation, also die „Einteilung oder Einordnung von Phänomenen (z.B. Symptomen), die durch gemeinsame Merkmale gekennzeichnet sind, in ein nach Klassen eingeteiltes System (Klassifikationssystem)“ (Stieglitz et al., 2002, S. 17ff). Im Rahmen dieser Einordnung in ein solches System kommt es sowohl auf Seiten des Diagnostikers als auch auf Seiten der Patienten zu Fehlern. Beim Diagnostiker kommt es zu logischen Fehlern. Beispielsweise wird I.S.e. Halo-Effekts (= ein besonders markantes Merkmal beeinflusst die Wahrnehmung anderer Merkmale) aufgrund häufigen Weinens eine Depression diagnostiziert, ohne dass die erforderlichen Diagnosekriterien in relevantem Ausmaß vorhanden sind. Auf Seiten des Patienten treten zum einen unwissentliche Fehler auf, wie z.B. Erinnerungsfehler, die gerade bei geriatrischen Schlaganfallpatienten eine erhebliche Rolle spielen, aber auch Selbstbeurteilungs- und Beobachtungsfehler. Zum anderen kommt es zu absichtlichen Fehlern (z.B. Simulation, Dissimulation, Bagatellisierung oder Aggravation). In der Generation der heutigen Senioren herrschen aufgrund entsprechender Sozialisation während der NS-Zeit Vorbehalte bezüglich psychologischer Tätigkeit (Pinquart, 1998), was Dissimulations- und Bagatellisierungstendenzen leicht erklärt.

Schließlich wird - entsprechend der zugrundegelegten Ätiologie (siehe 3.2.2) - entweder eine Depression aufgrund eines organisch bedingten Krankheitsfaktors (organische depressive Störung; ICD 10: F06.32; DSM-IV: 293.83) oder eine Major Depression (DSM-IV: 296.2x; ICD-10: F32.x) klassifiziert. Während Frühwald et al. (1999) die Diagnose einer organisch bedingten depressiven Störung bevorzugen („Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors“ nach DSM), befürwortet Robinson (1998) – sofern die entsprechenden Kriterien erfüllt sind, -die Diagnose einer Major Depression nach DSM. Blum & Haas (2000) klassifizieren ebenfalls „Major Depression“ nach DSM-IV, allerdings um ihre Vorbehalte gegenüber der monokausalen Sichtweise der biologischen Krankheitsmodelle zugunsten einer multifaktoriellen Pathogenese deutlich zu machen. Im Kontrast zu den genannten Vorgehensweisen lehnt die Oxford-Arbeitsgruppe (House et al., 1991) den Begriff „Poststroke Depression“ gänzlich ab, da sie zwar die Häufigkeit psychiatrischer Symptome nach Insulten anerkennen, jedoch weder die Kriterien einer Depression noch sonstiger relevanter Störungsbilder als erfüllt betrachten.

Das Konstrukt „Minor Depression“, das – wie in Abschnitt 3.2.2 - erläutert – sowohl Teil des ursprünglichen als auch des revidierten biologischen Krankheitsmodells ist, wurde



ursprünglich von Spitzer et al. (1978) in den Research Diagnostic Criteria (RDC) eingeführt. Die Autoren schlagen vor, Störungsbilder, die hauptsächlich durch eine relativ andauernde depressive Stimmung gekennzeichnet sind, ohne jedoch das Vollbild einer Major Depression zu erfüllen, darunter zu subsumieren. Im DSM-III gab es keine Entsprechung, jedoch Übereinstimmungen mit der „dysthymen Störung“; im DSM-IV findet das Konstrukt im Rahmen einer Forschungsempfehlung wieder Erwähnung (Anhang B, „Forschungskriterien für die leichte depressive Störung“).

### 3.2.4 Differentialdiagnose

Depressive und kognitive Veränderungen nach einem Schlaganfall sind eng miteinander verwoben. Daraus ergibt sich die Frage, ob die durch den Schlaganfall bedingten kognitiven Einschränkungen zu einer Depression („Depression der Demenz“) geführt haben oder ob umgekehrt die nach dem Schlaganfall eintretende Depression zu kognitiven Einschränkungen führt („Demenz der Depression“). Die Bedeutung dieser Frage liegt im Grad der Reversibilität der Störung und letztendlich der Auswahl geeigneter Therapien: Depressionsbedingte kognitive Einschränkungen können durch eine erfolgreiche Behandlung der Depression gebessert werden. Handelt es sich hingegen um schlaganfallbedingte neurologische Defizite, konzentrieren sich therapeutische Maßnahmen eher auf neuropsychologische Interventionen und die Erhaltung des Ist-Zustandes.

Die besondere Herausforderung an die Diagnostik besteht in der Abgrenzung der beiden – vom äußeren Erscheinungsbild sehr ähnlich wirkenden – Konstrukte. Hautzinger (2000) nennt folgende Kriterien zur Unterscheidung einer depressiven Störung von einer Demenz: Anzahl der Episoden in der Vorgeschichte, unauffällige neurologische Symptomatik, ständige dysphorisch-depressive bzw. ängstliche-hilflose Stimmung, klagende Haltung und Herausstellung der kognitiven Defizite, unauffällige Aufmerksamkeitsspanne, Auffassung und Orientierung, bei Tests variierende Leistungen, frühmorgentliches Erwachen mit pessimistisch-grüblerischem Denken, Schwankungen über den Tag, Antriebsminderung, Appetitstörung und Suizidgedanken. Demgegenüber zeigt sich eine beginnende bzw. manifeste Demenz eher durch einen schleichenden Beginn, unkooperatives, misstrauisches, ungeselliges Verhalten, neurologische Symptomatik, reduzierte Wachheit, eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit, Desorientierung und Verwirrtheit, Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses, Bemühen, kognitive Defizite zu verbergen, flacher Affekt bzw. emotionale Labilität und fluktuierende Stimmungszustände, Umkehrung des Schlaf-Wach-Rhythmus, keine Hinweise auf frühere Psychopathologie und Depression und bei Tests konsistent schlechte Leistungen (Hautzinger, 2000; Laux et al., 1999).

Dam (2001) fand in einer 7-Jahres-Follow-up Studie keine Unterschiede im kognitiven Leistungsniveau zwischen depressiven und nicht-depressiven Schlaganfallpatienten. Dennoch erlebten depressive Schlaganfallpatienten mehr Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisprobleme als nicht depressive. Kimura et al. (2000) untersuchten den Zusammenhang zwischen kognitiven Defiziten und dem Vorhandensein einer Poststroke Depression. Ihre Befunde unterstützen die Theorie der „Demenz der Depression“, woraus sich ableitet, dass eine erfolgreiche Behandlung der Depression zu einer Verbesserung des kognitiven Status führt. Narushima et al. (2003) fanden sogar heraus, dass die durch die erfolgreiche Depressionsbehandlung erzielte Verbesserung des kognitiven Status über einen Zeitraum von 2 Jahren stabil bleibt. Andersen et al. (1996) dagegen fanden keine signifikante Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten durch die (pharmakologische) Behandlung der Depression und schließen sich daher den Befürwortern der „Depression der Demenz“ an. Da bislang noch kein Konsens in dieser Frage vorliegt, bedarf deren Klärung weiterer Forschung.

### **3.2.5 Prävalenz**

Die nachfolgend genannten - stark variierenden - Angaben zur Prävalenz der Poststroke Depression spiegeln die kontroversen Positionen der verschiedenen Forschergruppen und deren unterschiedliche Vorgehensweisen wider. Wie unter Abschnitt 3.2.3 erläutert, sind die angegebenen Prävalenzen stark abhängig vom zugrundeliegenden Krankheitsmodell, den verwendeten Diagnosekriterien- und Instrumenten, der Studienpopulation („Community-based“ versus Rehabilitationseinrichtungen; siehe auch Burvill et al., 1995) und vom Erhebungszeitpunkt (Aben et al., 2001). So führen beispielsweise einige Autoren Prävalenzen für „Major“- und „Minor“ Depression getrennt auf (Robinson et al., 1984; Kauhanen et al., 1999), wohingegen andere lediglich genaue Angaben zur „Major Depression“ machen (Astrom et al., 1993). Einige Forscher legen DSM-Kriterien zugrunde (Robinson et al., 1984; Astrom et al., 1993), andere bevorzugen die Klassifikation nach RDC (Eastwood et al., 1989). House et al. (1990) orientieren sich am ICD-10. Herrmann et al. (1998) verwenden lediglich Cut-Off-Scores von Depressionsfragebögen (Selbst- und Fremdbeurteilung; eine detaillierte Übersicht über die verwendeten Diagnoseinstrumente gibt Gall, 2001). Huff et al. (2003) fanden in ihrer Übersicht Prävalenzraten für „Major Depression“ zwischen 6% (Dam, 2001) (Erhebungszeitpunkt: 7 Jahre nach Schlaganfall) und 34% (Robinson et al., 1984) (Erhebungszeitpunkt: 6 Monate nach Schlaganfall). Bei „Minor Depression“ schwanken die Angaben nach Huff et al. (2003) zwischen 1% (House et al., 1991) (1 Monat nach Schlaganfall) und 44 % (Kauhanen et al., 1999) (3 Monate nach Schlaganfall). Major- und Minorvariante zusammen betrachtet,

ergeben sich Prävalenzen zwischen 6% (Palomäki et al., 1999) (Akutphase) und 67% (Carod-Artal et al., 2000) (1 Jahr nach Schlaganfall). Selbst beim Vergleich innerhalb eines einzigen Messzeitpunktes (3 Monate nach Akutereignis) variieren die Angaben zwischen 9% (Kauhanen et al., 1999) und 31% (Astrom et al., 1993) für „Major Depression“. Im allgemeinen fallen die Prävalenzraten in „community-based“ studies etwas niedriger aus als bei Populationen aus Rehabilitationseinrichtungen. Dort variieren die Angaben nach Aben et al (2001) von 10-32% für Major Depression, von 20-40% für Minor Depression und von 38-64% für Major oder Minor Depression.

### **3.2.6 Risikofaktoren und Prädiktoren**

Aus der Forschung mit depressiven älteren Menschen ohne Schlaganfall liegen zahlreiche Erkenntnisse bezüglich der Risikofaktoren vor. Hierbei handelt es sich beispielsweise um das Vorhandensein früherer depressiver Episoden, häufige Erkrankungen im Vorfeld, Vorliegen eines körperlichen Gebrechens bzw. einer chronischen Funktionseinschränkung, Stattfinden eines körperlichen Eingriffs (z.B. OP), Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. Antihypertensiva, Hormone, Kortikosteroide, Antiparkinsonmittel), kurz zurückliegende Verluste von nahestehenden Personen oder sozialer Rollen, Aufgaben und Funktionen, Defizite bei Fertigkeiten und Ressourcen, Vorliegen von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften und Attributionsstilen (Hautzinger, 2000). Lassen sich diese Erklärungsansätze auf die Population der Schlaganfallpatienten übertragen?

Viel Aufmerksamkeit wurde bereits in den frühen 80er Jahren den biologischen und biochemischen Erklärungsmodellen zur Entstehung der Poststroke Depression gewidmet. Die Forschung außerhalb biologischer Korrelate hingegen begann erst in den 90er Jahren. Im Mittelpunkt standen hierbei psychosoziale, funktionelle und kognitive Einflussfaktoren sowie prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale. Hierzu zählen Alter, Geschlecht, Lebensform, vorangehende psychiatrische Geschichte, psychiatrische Familiengeschichte, Beeinträchtigung der „Activities of daily living“ (=ADLs“), Aphasie, depressive Vorgeschichte, Grad der kognitiven und funktionellen Beeinträchtigung, Persönlichkeitsfaktoren, fehlende soziale Unterstützung, Verlust sozialer Rollen und kritische Lebensereignisse. Nachfolgend werden die einzelnen – zum Teil widersprüchlichen Befunde – diskutiert.

#### **3.2.6.1 Depressive Vorgeschichte**

Eine ganze Reihe von Studien belegten für Schlaganfallpatienten einen der bedeutsamsten und plausibelsten Zusammenhänge. Lagen in der Anamnese schon

vorangehende depressive Episoden vor, war die Wahrscheinlichkeit, eine PSD zu erleiden, erheblich höher (Andersen et al., 1995; Eastwood et al., 1989; Wade et al., 1987).

### **3.2.6.2 Psychiatrische Familiengeschichte**

Einen Zusammenhang zwischen PSD und einer psychiatrischen Vorgeschichte fanden Morris et al. (1992), die das Vorliegen einer prämorbidem Angststörung in Zusammenhang mit PSD brachten. Paradiso & Robinson (1998) ermittelten einen Zusammenhang zwischen prämorbidem Alkoholabusus und „Major Depression“ nach Schlaganfall.

### **3.2.6.3 Funktionelle Beeinträchtigung**

Die funktionelle Beeinträchtigung – also, in den alltäglichen Funktionen (wie z.B. Essen, zur Toilette gehen usw.) eingeschränkt zu sein, Mobilität einzubüßen und von fremder Hilfe abhängig zu sein – zählt zu den entscheidenden und wichtigsten Prädiktoren der PSD (Eastwood et al., 1989; Herrmann et al. (1998). Parikh et al. (1990) fanden, dass die negativen Auswirkungen der funktionellen Einschränkung vor allem in den späteren Phasen nach dem Schlaganfall immer deutlicher wurden. Daraus folgerten die Autoren, dass bei einer früh einsetzenden Depression die körperliche Rekonvaleszenz beeinträchtigt wird. Auch Herrmann et al. (1998) berichten ähnliche Befunde. Chernerinski et al. (2001) konnten nachweisen, dass Patienten mit gebesserter Depression eine signifikant höhere funktionelle Verbesserung erzielten.

### **3.2.6.4 Kognitive Defizite**

Andersen et al. (1995) ermittelten in einer multivariaten Regressionsanalyse die kognitive Beeinträchtigung als alleinigen Prädiktor für die Entstehung einer Poststroke Depression. Diese Befunde konnten allerdings kaum repliziert werden: Keinen positiven Zusammenhang fanden Astrom et al. (1993) und Pohjasvaara et al. (1998).

### **3.2.6.5 Soziale Rahmenbedingungen/Wohnsituation**

Aström et al., (1993) fanden, dass Patienten, die vor dem Infarkt allein lebten, signifikant häufiger eine Depression entwickelten als Patienten, die mit einer anderen Person in einem Haushalt lebten. Sowohl nach einem als auch nach zwei und drei Jahren nach dem Schlaganfall hatten Personen mit „Major Depression“ weniger Sozialkontakte als nichtdepressive. Die Kausalbeziehung bleibt allerdings ungeklärt. Möglicherweise begünstigt ein Mangel an Sozialkontakten im Vorfeld das Entstehen einer PSD.

### **3.2.6.6 Geschlecht**

In drei Studien fand sich eine positive Korrelation zwischen weiblichem Geschlecht und PSD (Andersen et al., 1995; Paradiso & Robinson, 1998; Ng et al., 1995). Eine Studie

fand eine Korrelation zwischen dem männlichen Geschlecht und PSD (Morris et al., 1992), drei Studien ergaben keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und PSD (Kauhanen et al., 1999; Pohjasvaara et al., 1998; Astrom et al., 1993). Diese Befunde differieren von der in der Allgemeinpopulation vorherrschenden Mehrzahl an weiblichen Depressionspatienten.

### **3.2.6.7 Kritische Lebensereignisse**

Bush (1999) fand einen Zusammenhang zwischen der Entstehung einer PSD (allerdings nur 6 Monate nach dem Schlaganfall) und kritischen Lebensereignissen (höchstens 6 Monate vor dem Schlaganfall). Dieser Ansatz betrachtet *vorangehende* kritische Lebensereignisse als Risikofaktoren. Aben et al (2002) hingegen, die sich mit der Vorhersagekraft von Persönlichkeitsmerkmalen beschäftigten, betrachten den Schlaganfall selbst als „negative life event“, das moduliert durch Persönlichkeitsfaktoren und dem Schweregrad funktioneller, psychologischer und sozialer Konsequenzen, direkten Einfluss auf die Entstehung einer PSD hat.

### **3.2.6.8 Alter**

Zahlreiche Autoren fanden einen Zusammenhang zwischen Lebensalter und „Major Depression“ (Kauhanen et al., 1999; Morris et al., 1992). Depressive Schlaganfallpatienten waren im Schnitt älter als nicht-depressive. Diese Befunde wurden durch detaillierte Regressionsanalysen jedoch zu weiten Teilen wiederlegt (Andersen et al., 1995; Astrom et al., 1993; Burvill et al., 1997). Vorangeschrittenes Alter kann somit nicht als verlässlicher Prädiktor für PSD betrachtet werden.

### **3.2.6.9 Persönlichkeit**

Die Erforschung der Vulnerabilität rückte erst in jüngster Zeit in den Mittelpunkt der PSD-Forschung. Aben et al. (2002) analysierten anhand der „NEO-Five Factors“ (Costa et al., 1985) den Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf die Entwicklung einer Poststroke Depression. Ihre Ergebnisse legen nahe, dass Personen mit hohen Neurotizismuswerten ein um den Faktor 4,6 erhöhtes PSD-Risiko aufweisen. Daneben hatte lediglich der Grad der funktionellen Einschränkung prädiktive Qualität. Die Autoren zeichnen ein multifaktorielles Entstehungsmodell, bestehend aus einer Interaktion zwischen Persönlichkeitsfaktoren und dem Ausmaß der funktionellen, psychischen und sozialen Konsequenzen.

Insgesamt ist die Befundlage bezüglich der Prädiktoren uneinheitlich. Gall (2001) kommt in ihrer Zusammenfassung zu dem Schluss, dass lediglich depressive Vorgeschichte und funktionelle Einschränkung als Prädiktoren betrachtet werden können. Auch Ouimet et al.

(2001) identifizieren psychiatrische Vorgeschichte, soziale Situation und funktionelle Einschränkung als häufig gefundene Risikofaktoren und fordern weitere Anstrengungen bei der Suche nach Risikofaktoren, um Betroffene zu identifizieren und durch Hilfsangebote zu unterstützen. Huff et al. (2003) regen an, den ätiologischen Einfluss von Persönlichkeitsvariablen, inklusive Krankheitsverarbeitung, Kontrollüberzeugung und vorbestehender und wahrgenommener Wohn- und Lebenssituation weiter zu erforschen. Spezifische Behandlungsansätze könnten bei Kenntnis des Variablenprofils zumindest der Gefahr einer Chronifizierung entgegenwirken (Huff et al., 2003: S. 112).

### **3.2.7 Implikationen für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten**

Während bei den epidemiologischen Daten, der Ätiologie, den Risikofaktoren und Prädiktoren der Poststroke Depression kontroverse Positionen existieren, sind sich die Forscher bezüglich der Auswirkungen einer Depression auf den weiteren Rehabilitationsverlauf weitgehend einig. Eine Poststroke Depression wirkt sich negativ auf fast alle Outcomeparameter aus: Sowohl die Rückbildungszeit, das Rückbildungsausmaß als auch die Überlebenschancen in entscheidendem Maße von der An- bzw. Abwesenheit einer Depression ab (Huff et al., 2003).

#### **3.2.7.1 Funktionelle Beeinträchtigung**

Morris et al. (1992), die eine Gesamtprävalenz von 41% Depressiven ermittelten, fanden in ihrer Studie mit kaukasischen Patienten einen Zusammenhang zwischen PSD und einer verminderten funktionellen sowie kognitiven Verbesserung nach 14 Monaten. In der „Sunnybrook Stroke Study“ (Herrmann et al., 1998) korrelierte PSD mit funktioneller Beeinträchtigung, weiblichem Geschlecht und früheren depressiven Episoden. Depressive erzielten eine geringere funktionelle Verbesserung nach 3 Monaten und 1 Jahr nach dem Schlaganfall. Chemerinski et al. (2000) teilten N=74 depressive Patienten in eine remittierte und eine nichtremittierte Gruppe (Zeitfaktor: 3 bzw. 6 Monate). Die Autoren konnten zeigen, dass sich Patienten mit gebesserter depressiver Symptomatik auch funktionell stärker verbesserten. Gainotti et al. (2001) evaluierten ebenfalls die Auswirkungen der PSD auf die funktionelle Verbesserung und zeigten, dass die gefundenen negativen Auswirkungen durch antidepressive Pharmakotherapie ausgeglichen werden konnten. Die Studie von Gillen et al. (2001) ergab, dass schwer depressive Patienten die in der Rehabilitation angebotenen Therapien weniger effizient nutzten als Nichtdepressive. Das Vorhandensein einer depressiven Vorgeschichte sagte längeren Klinikaufenthalt vorher. Die Autoren sprechen von einer Art „psychologischen Narbe“, die eine Art subklinische Residualsymptomatik hinterlässt, und das betroffene Individuum

anfällig für schwerere Einschränkungen und einer weniger effizienten Teilnahme am Rehabilitationsprogramm macht. Diamond et al. (1995) fanden zwischen Depressiven und Nichtdepressiven bei Rehaantritt keine Unterschiede, bei Entlassung zeigten depressive Patienten jedoch größere funktionelle Einschränkungen.

### **3.2.7.2 Mortalität**

Zahlreiche Studien erbrachten Nachweise, dass depressive gegenüber nichtdepressiven Schlaganfallpatienten eine erhöhte Mortalität aufwiesen. In der „Perth Community Stroke Study“ (Burvill et al., 1995) zeigte sich nach einem Jahr ein 2,6fach höheres Mortalitätsrisiko für depressive Schlaganfallpatienten. Auch Morris et al. (1993) fanden eine erheblich höhere Mortalität bei Depressiven in einem Zeitraum von 10 Jahren nach dem Schlaganfall. Uneindeutig sind die Befunde von House et al. (2001): Obwohl sich ein Trend abzeichnete, konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer „Major Depression“ und einer erhöhten Mortalität hergestellt werden. Keinen Zusammenhang fanden Astrom et al. (1993) und Dam (2001). Huff et al. (2003) interpretieren diese divergierenden Befunde dahingehend, dass - im Gegensatz zur Frühphase nach dem Schlaganfall – in späteren Phasen von Verlaufsuntersuchungen keine direkten kausalen Beziehungen mehr zwischen Depression und erhöhter Mortalitätsrate nachzuweisen sind, weil eine Reihe anderer Faktoren zusätzlich wirken.

Neben den oben genannten Outcomeparametern ergänzen mittlerweile moderne Konzepte das Spektrum an Zielvariablen: *Subjektive* Komponenten des Erlebens auf Seiten der Patienten (=Lebensqualität) und ökonomische Aspekte (Inanspruchnahme medizinischer Dienste, Komorbidität sowie Betreuungs- und Pflegeaufwand) rücken zunehmend ins Zentrum der Forschungsbemühungen (Berger, 1998).

### **3.2.7.3 Stationäre Verweildauer**

Aus politischer Sicht nimmt die Bedeutung der stationären Verweildauer – und entsprechender Bemühungen, diese zu senken - kontinuierlich zu. Nur wenig Studien erforschten jedoch bislang systematisch den Zusammenhang zwischen der Ausprägung einer Depression und der Länge des stationären Aufenthalts. Eastwood et al. (1989) konnte zeigen, dass depressive Patienten im Schnitt eine längere stationäre Verweildauer aufwiesen. Signifikant war dieser Zusammenhang allerdings nur in der Akutphase. Loong et al. (1995) und auch Paolucci et al. (1999) fanden dagegen keine längere Verweildauer bei Rehapatienten mit Depression.

Die oben genannten Ergebnisse sind nur bedingt aussagekräftig, weil sich die stationäre Verweildauer meist eher nach den landesüblichen Regelungen der Kostenträger mit teilweise vorgegebenen Verweildauerkontingenten als nach der therapeutischen Notwendigkeit richtet (Huff et al., 2003).

#### **3.2.7.4 Lebensqualität**

Bei älteren Schlaganfallpatienten wird die vollständige Wiederherstellung des prämorbidem Zustands in vielen Fällen zu einem unrealistischen Rehaziell (Pössl & Schellhorn, 2001). Instrumente, die lediglich funktionelle und kognitive Verbesserungen abbilden, eignen sich daher nur bedingt zur Outcome-Messung. Stattdessen rücken subjektive Komponenten zunehmend in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses (Wyller et al., 1997). Neben dem körperlichen Zustand (inkl. dem Vorhandensein von Schmerzen), äußeren Rahmenbedingungen (Wohnsituation, Anwesenheit von Bezugspersonen und sozialen Netzwerken, medizinische Versorgung und Ressourcen im Gesundheitssystem), üben vor allem psychologisch-affektive Komponenten großen Einfluss auf die subjektiven Bewertungen und Empfindungen der Betroffenen aus: *Subjektiver Gesundheitszustand*, *„Subjective Well-Being“*, *Lebenszufriedenheit*, *Sinnerleben*, *Selbstachtung*, *Identität*, *Kontrollüberzeugung* und *Selbstwirksamkeit* (Pinquart, 1998) sind geläufige Termini. Als eine Art „Sammelsurium“ dieser Einzelaspekte steht der Begriff „Lebensqualität“ für eine subjektive, unabhängig vom funktionellen und kognitiven Zustand – (psycho-)therapeutisch veränderbare Größe.

Im Zusammenhang mit einer niedrigen Lebensqualität nach Schlaganfall werden vor allem psychische Einschränkungen (Depression), funktionelle Einschränkungen, Aphasie und unangemessenes Krankheitsverhalten diskutiert. Als Prädiktoren für eine hohe Lebensqualität gelten Unabhängigkeit im ADL-Bereich, funktionelle Mobilität, soziale Unterstützung und vorhandene Ressourcen aus dem Gesundheitssystem (Bays, 2001). Bislang liegen zahlreiche Definitionsbemühungen und Assessmentinstrumente mit unterschiedlichen Gewichtungen von Einzelaspekten vor; eine einheitliche Definition des Begriffs „Lebensqualität“ dürfte allerdings aufgrund dessen Vielschichtigkeit schwierig sein.

Die Tatsache, dass ein Schlaganfall einen Verlust an Lebensqualität mit sich bringt, erscheint zunächst trivial. Was jedoch *genau* führt zu diesem Verlust? Zahlreiche Autoren lieferten Belege für den immensen Einfluss einer Depression auf die Lebensqualität nach einem Schlaganfall: Jonkman et al. (1998) und Clarke et al. (1999) ermittelten Depression und das Ausmaß neurologischer bzw. funktioneller Defizite als Hauptprädiktoren für eine niedrige Lebensqualität. Auch Carod-Artal et al. (2000) fanden 1 Jahr nach dem Schlaganfallereignis Korrelationen mit funktionellem Status und Depression. Die Autoren halten



eine einseitige Fixierung auf physische Maße zur Messung der vollen Auswirkungen des Schlaganfalls für ungeeignet und fordern stattdessen – ebenso wie Wyller et al., (1997) und Clark & Smith (1998) -, eine stärkere Berücksichtigung subjektiver Komponenten wie Einstellungen und Überzeugungen. Kauhanen et al. (2000) evaluierten die bereichsspezifische Lebensqualität unter Berücksichtigung von Läsionslokalisation, Alter, Depression, neurologischem und funktionellem Status, Familienstand und Lebensbedingungen. Der von ihnen verwendete Fragebogen umfasste mit den Unterskalen „Physical Functioning“, „Role limitations-physical“, „mental health“, „Role limitations-emotional“, „Vitality“, „Social functioning“, „Bodily pain“ und „General health“ ein breites Spektrum an Einflussfaktoren. In dieser Studie erzielten die depressiven Patienten innerhalb eines Jahres nach dem Schlaganfall zwar eine Verbesserung ihrer neurologischen und funktionellen Einschränkungen, jedoch nicht ihrer Depression. Depression und Familienstand erwiesen sich wiederum als Hauptprädiktoren für niedrige Lebensqualität. Somit kann gefolgert werden, dass die Depression selbst – und nicht etwa mangelnde funktionelle Verbesserung – ursächlich zu einer niedrigen Lebensqualität beigetragen hat. Fast identische Ergebnisse lieferte auch die Studie von Kim et al. (1999): Stärkster Prädiktor für eine niedrige Lebensqualität war wiederum Depression, die allein 32 % der Varianz aufklärte. 16 % der Varianz wurden durch das Vorhandensein einer stabilen Partnerschaft aufgeklärt, 9 % durch die Qualität der sozialen Unterstützung, lediglich 6 % durch IADLs. Die Autoren fordern – ebenso wie Löfgren et al. (1999), die in erster Linie die affektiven Aspekte der Lebenszufriedenheit nach Schlaganfall erforschten – konsequente psychologische Betreuung in Rehabilitationseinrichtungen in Form einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen Schlaganfallpatienten und Therapeuten. Betroffene sollen so die Möglichkeit erhalten, ihre Probleme zu identifizieren und Lösungen zu erarbeiten. Letztendlich erhöhten derartige Behandlungsansätze die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz, den Selbstwert und das Zutrauen in eigene Fähigkeiten und führten dadurch zu einer Steigerung der Lebensqualität (Robinson-Smith et al., 2000).

### 3.2.8 Bisherige Behandlungsansätze der „Poststroke Depression“: State of the Art

#### 3.2.8.1 Pharmakologische Ansätze

Üblicherweise erhalten depressive Schlaganfallpatienten - neben den in Rehabilitationskliniken üblichen Angeboten, wie z. B. Physio- und Ergotherapie, logopädische und physikalische Therapie, zur speziellen Behandlung der depressiven Symptomatik eine Pharmakotherapie. In Anbetracht der Multimorbidität, altersbedingter Veränderungen in der Pharmakokinetik und -dynamik sind Nutzen und Risiken allerdings sorgsam abzuwägen.

Die bedeutsamste Gruppe von Medikamenten zur Behandlung von Depression sind die Antidepressiva. Unter der Vielzahl der heute zur Verfügung stehenden Präparate werden sowohl bereits ältere Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (z.B. Desipramin, Nortriptylin, Amitriptylin, Mianserin, Maprotilin) als auch Antidepressiva neueren Typs verabreicht. Zu diesen zählen die Selektiven Serotonin- bzw. Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (=SSRI; z.B. Citalopram, Fluoxetin, Sertralin) oder auch Substanzen wie Mirtazapin, Venlafaxin oder Reboxetin. Die Verabreichung von Antidepressiva an ältere Menschen ist mit Vorsicht durchzuführen, weil diese im Vergleich zu jüngeren Menschen Veränderungen in der Absorption und Verteilung der Medikamente, Veränderungen im Metabolismus und der Ausscheidung sowie eine veränderte Sensibilität gegenüber Medikamenten aufweisen. Ihre Metabolisierung in der Leber und Exkretion über die Niere sind reduziert. Damit erhöht sich der Plasmaspiegel der Medikamente (Ziegler, 1999).

Trizyklische Antidepressiva sind seit über 40 Jahren erfolgreich im Einsatz, preisgünstig, und ihre Wirksamkeit ist durch zahlreiche Studien belegt. Im Gegensatz dazu liegen für SSRIs wenig Daten bei stationär behandelten Patienten vor. Darüber hinaus gibt es noch keine Langzeitstudien (Laux, 1999). SSRIs können bei älteren Menschen ohnehin häufig auftretende Symptome wie Inappetenz oder Übelkeit verstärken. Trizyklika dagegen weisen eine gute gastrointestinale Verträglichkeit auf. Auch Arzneimittelinteraktionen sind bei Trizyklika weniger zu beobachten. Demgegenüber besonders gefährlich sind jedoch Wechselwirkungen mit Anticholinergika, Antihypertonika und Sedativa. Hier belegen erste Erfahrungen mit SSRIs, dass diese den trizyklischen Präparaten diesbezüglich überlegen sind (Gottfries et al., 2001). Sie eignen sich daher vor allem bei kognitiv beeinträchtigten Patienten und werden zunehmend zum Mittel der ersten Wahl.

Tabelle 2 fasst Vor- und Nachteile der trizyklischen Antidepressiva im Vergleich zu SSRIs zusammen:

Trizyklika	SSRIs
<b>Vorteile</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit vielen Jahren am Markt und dadurch Umgang vertraut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine schwerwiegenden Nebenwirkungen</li> <li>• Überdosierung nicht gefährlich (z.B. Suizidversuch)</li> </ul>
<b>Nachteile</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuell schwerwiegende Nebenwirkungen (kardiotoxisch, orthostatische Dysregulation; Verschlechterung kognitiver Leistungen durch anticholinerge Wirkung)</li> <li>• Überdosierung gefährlich (z.B. Suizidversuch)</li> <li>• Verzögerter Wirkbeginn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuell Auftreten von Nausea (vorübergehend, dosisabhängig)</li> <li>• Z.T. erst seit kurzem auf dem Markt</li> <li>• Verzögerter Wirkbeginn</li> </ul>

**Tabelle 2:**

Vor- und Nachteile der trizyklischen Antidepressive (TZA) und der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) bei Altersdepression (nach Kasper & Hilger, 1999)

Unter Klinikbedingungen können durch ein entsprechendes Monitoring (Labor- und EKG-Kontrollen) problematische Verträglichkeit, Toxizität durch Überdosierung sowie Interaktionen relativ leicht kontrolliert werden. Eine kritische Phase ist jedoch der (Wieder-) Eintritt in die häusliche Umgebung. Fehlendes Monitoring, mangelnde Akzeptanz der Behandlung und damit einhergehend mangelnde Compliance, Übernahme der Behandlung durch den Hausarzt und resultierende Modifikationen in Art und Dosierung der Medikation beeinflussen den weiteren Genesungsverlauf.

Neben dem medikamentösen Einsatz von Antidepressiva wurde bei der Behandlung der Poststroke Depression auch die antidepressive Wirkung von Psychostimulanzien untersucht, zu denen beispielsweise Methylphenidat oder Dextroamphetamin gehören. Sie unterscheiden sich von den Antidepressiva vor allem durch ihren rascheren Wirkungseintritt, der bereits 2 Tage nach Therapiebeginn einsetzt (Huff et al., 2001). Auf die differenziellen empirischen Befunde zur Pharmakotherapie wird im nachfolgenden Abschnitt näher eingegangen.

### 3.2.8.1.1 Empirische Befunde

Obwohl seit Jahren Untersuchungen zur Wirksamkeit von antidepressiven Medikamenten zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall durchgeführt werden, muss bis heute ein Mangel an kontrollierten Studien mit Doppelblind-Design beklagt werden. Cole (2001) beispielsweise sichtet in ihrer Übersicht 44 Artikel über einen Zeitraum von 10 Jahren, unter denen sich lediglich 5 randomisierte Kontrollgruppenstudien befanden. Dazu zählt die Untersuchung von Lipsey et al. (1984): Die Autoren konnten über einen Zeitraum von 4 bis 6 Wochen in der Experimentalgruppe durch die Gabe von Nortriptylin eine signifikan-

te Reduktion der depressiven Symptomatik erzielen. Diese Verbesserung zeigte sich allerdings nicht in den alltäglichen Aktivitäten der Patienten. Reding et al. (1986) erzielten durch die Gabe von Trazodon eine Besserung der depressiven Symptomatik, die sich sogar in den alltäglichen Aktivitäten niederschlug. Ebenso Gonzales-Torrecillas et al. (1995), die die Wirkung von Nortryptilin und Fluoxetin verglichen und in beiden Gruppen signifikante Besserungen der depressiven Symptomatik erzielen konnten. Anderson et al. (1994) behandelten Poststroke Depression erfolgreich mit der Gabe von SSRI vs. Placebo. Wiart et al. (2000) konnten eine signifikante Depressionsreduktion, jedoch keine bessere funktionelle oder kognitive Entwicklung bei mit Fluoxetin behandelten Patienten im Gegensatz zur Placebogruppe feststellen. Kimura et al. (2000) fanden unter der Behandlung mit Nortriptylin erstens mehr Responder als in der Kontrollgruppe und zweitens in der Respondergruppe eine signifikante Verbesserung der kognitiven Funktionen.

Bezüglich der Wirksamkeit von Psychostimulantien finden sich in der Literatur am häufigsten Hinweise auf die Studien von Lazarus et al. (1994) und Masand et al. (1991), in denen die antidepressive Wirksamkeit von Methylphenidat bzw. Dextroamphetamin demonstriert werden konnte.

Bezüglich der optimalen Behandlungsdauer liegen ebenso wenig Daten vor wie zu den Langzeitwirkungen, insbesondere der SSRIs. Ein weiterer, häufig wenig beachteter Aspekt, betrifft die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an einer Pharmakotherapie. Landreville et al., (2001) verglichen an einer Stichprobe älterer depressiver Patienten die Akzeptanz antidepressiver Pharmakotherapie mit zwei psychotherapeutischen Verfahren (kognitive Therapie, Bibliothherapie) und fanden heraus, dass kognitive Therapie, ungeachtet des Schweregrads der Depression, in dieser Altersgruppe durchweg besser akzeptiert wird als Pharmakotherapie.

Darüber hinaus kann selbst bei guter Akzeptanz, korrekter Einnahme und erwartungsgemäßer Wirkung der Antidepressiva eine dauerhafte Rückfallprophylaxe nur gelingen, wenn geeignete Strategien zur Krankheitsbewältigung verfügbar sind (Hibbard et al., 1990). Hier stoßen pharmakologische Ansätze an ihre Grenzen. Zahlreiche Autoren fordern daher dringend wissenschaftlich fundierte und evaluierte psychologische Behandlungskonzepte bei Depression nach Schlaganfall (Beekmann et al., 1998; Gordon & Hibbard, 1997; Herrmann, 1992).

### **3.2.8.2 Elektrokrampftherapie**

Einige Autoren berichten über erfolgreiche Behandlungen älterer Schlaganfallpatienten mit Elektrokrampftherapie (einen Überblick geben beispielsweise Huff et al., 2001). Die

Autoren beklagen in diesem Zusammenhang die methodischen Mängel entsprechender Studien und die häufig nicht näher bezeichneten Nebenwirkungen. Insgesamt gelten bezüglich Elektrokrampftherapie dieselben Vorbehalte wie gegenüber pharmakologischer Behandlung: Behaviorale und kognitive Aspekte bleiben unberücksichtigt, geeignete Copingstrategien werden nicht vermittelt.

### 3.2.8.3 Psychotherapeutische Ansätze

Trotz des gestiegenen Forschungsinteresses und zahlreicher Studien mit depressiven Schlaganfallpatienten ist die Datenlage bezüglich erfolgreicher psychotherapeutischer Interventionen äußerst dürftig. In der überwiegenden Mehrzahl der Studien wird, wenn überhaupt, eine Pharmakotherapie angewandt. Selbst wenn man jedoch von einem erfolgreichen Einsatz antidepressiver Medikation während der Rehabilitation ausgeht, so stellt dennoch die Entlassung aus der Rehabilitationsklinik eine kritische Phase dar. Fehlendes Monitoring, mangelnde Akzeptanz der Behandlung und damit einhergehend mangelnde Compliance (Hibbard et al., 1990), Übernahme der Behandlung durch den Hausarzt und damit einhergehende Modifikationen in Art und Dosierung der Medikation beeinflussen den weiteren Genesungsverlauf

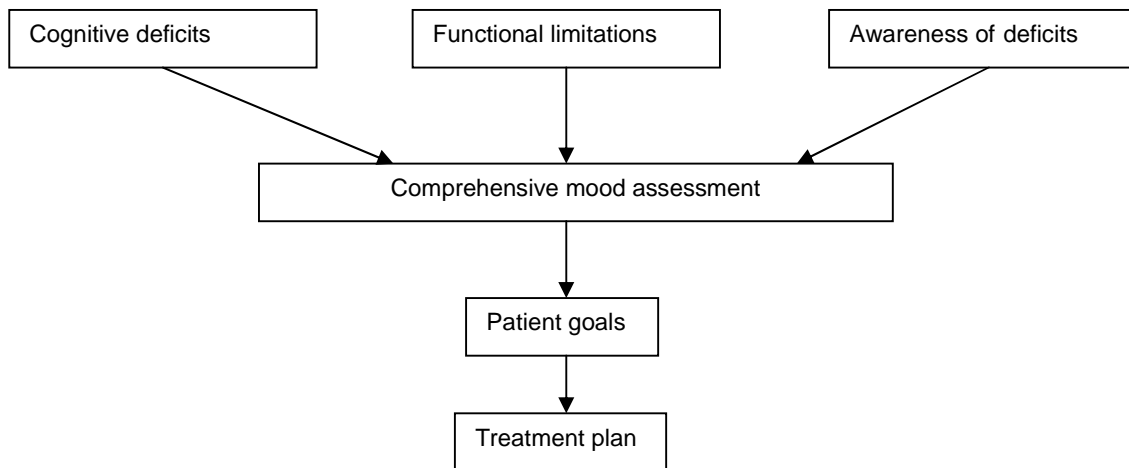
Obwohl zahlreiche Autoren die Notwendigkeit der Miteinbeziehung psychologischer und psychotherapeutischer Konzepte betonen, gibt es im deutschen Sprachraum *keine* wissenschaftlich fundierten und evaluierten Therapiekonzepte für depressive geriatrische Schlaganfallpatienten. Gainotti & Marra (2002) resümieren, dass bislang lediglich für die Pharmakotherapie positive Effekte nachgewiesen werden konnten, nicht aber für Psychotherapie.

Systemorientierte Ansätze wurden beispielsweise von Scholze (1995) vorgelegt: Die Autorin berichtet ihre Erfahrungen an mit einem familientherapeutischen Ansatz mit drei Schlaganfallpatienten mit halbseitigen Lähmungen. Auch Watzlawick & Coyne (1980) beschreiben anhand eines Einzelfalls einen familientherapeutischen Ansatz zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall. Hier wurden die Familienangehörigen des Betroffenen in einer Art paradoxer Intervention angehalten, ihr „hilfsbedürftiges“ Familienmitglied wenig zu unterstützen und stattdessen dessen Selbstständigkeit in Frage zu stellen, um dessen Ehrgeiz zu wecken, wieder selbst aktiver zu werden. Shoemaker (2001) berichtet über zwei Einzelfälle, die mit einem – dem US-amerikanischen Gesundheitssystem entsprechenden – „Case Management“-Ansatz erfolgreich betreut wurden. Hier oblag die psychosoziale Betreuung der depressiven Schlaganfallpatienten einem Team aus speziell ausgebildeten Krankenschwestern, Ärzten bzw. Psychiatern und Sozialarbeitern. Barton et al. (2002) berichtet über einen gruppentherapeutischen Ansatz, der es verschiedenen Therapiegruppen ermöglicht, flexibel auf die einzelnen Belange der

Gruppenmitglieder einzugehen. Die Autoren geben an, dass lediglich Patienten mit Residualsymptomatik (allerdings nur funktionell und sprachlich, keine kognitiv eingeschränkten Patienten) daran teilnahmen. Die methodischen Limitierungen dieses Ansatzes bestehen darin, dass im Vorfeld kein standardisiertes Assessment bezüglich emotionaler, funktioneller oder kognitiver Parameter durchgeführt wurde und keine standardisierte Vorgehensweise gewählt wurde.

Kneebone & Dunmore (2000) fanden in ihrer Review insgesamt lediglich vier randomisierte kontrollierte Therapiestudien mit unspezifischen Interventionen. Drei der Studien erbrachten keine oder sogar negative Effekte. Neben den unzureichenden Designs wird vor allem das Fehlen von Behandlungsmanualen kritisiert.

Aufgrund der Verfügbarkeit standardisierter Manuale und der wissenschaftlichen Fundierung favorisieren zahlreiche Autoren deshalb kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte zur PSD-Behandlung (Beekman et al., 1998; Gall, 2001; Gordon & Hibbard, 1997; Kneebone & Dunmore, 2000). Erste Ansätze gibt es im englischsprachigen Raum. Die Arbeitsgruppe um Mary Hibbard in den USA begann Anfang der 90er Jahre mit der Adaption von Becks kognitiver Verhaltenstherapie bei Depressionen auf die speziellen Belange von Schlaganfallpatienten (Hibbard et al. 1990). Nach ihrer Ansicht muss effektive kognitive Verhaltenstherapie die spezifischen, individuellen kognitiven Einbussen der einzelnen Patienten, den Bewusstseitsgrad der Patienten über ihre kognitiven Defizite und den Grad der Beeinträchtigung durch diese kognitiven Defizite auf Denken und Persönlichkeit berücksichtigen (siehe Abb 2). Leider berichten Hibbard et al. (1992b) lediglich eine Einzelfallstudie, die methodischen Kritikern nicht standhält (Kneebone & Dunmore, 2000).



**Abbildung 2:**

Comprehensive assessment of poststroke depression (nach Hibbard et al., 1990)

Ein uneinheitliches, wenngleich in eine positive Richtung weisendes Bild erbrachte zunächst die nicht-randomisierte Pilotstudie ohne Kontrollgruppe von Lincoln et al. (1997) aus Großbritannien. Von den 19 mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelten depressiven Schlaganfallpatienten profitierten 4 Patienten durchweg gut, 6 profitierten etwas und 9 überhaupt nicht von der Intervention. Kneebone & Dunmore (2000) kritisieren allerdings - neben dem unzureichenden Design - auch die zweifelhafte Repräsentativität der Stichprobe (von den 136 aus einem Schlaganfallregister entnommenen und aufgesuchten Patienten stimmten lediglich 19 einer Behandlung zu) und die mangelnde psychotherapeutische Qualifikation der Behandler.

In einer weiteren Studie (Lincoln & Flannaghan, 2003) versuchten die Forscherinnen, die vormals kritisierten methodischen Mängel zu eliminieren. Sie führten eine randomisierte Kontrollgruppenstudie durch, die eine Placebo-Kontrollgruppe und eine unbehandelte Kontrollgruppe beinhaltete, um Effekte unspezifischer Zuwendung von tatsächlichen Interventionseffekten abzugrenzen. In dieser Studie wurden keine signifikanten Verbesserungen in der Verumgruppe bezüglich Depression, ADLs, funktionellen Einschränkungen oder Zufriedenheit mit der Behandlung gefunden. Die Autorinnen führen dies auf geringe Fallzahlen und einer zu geringen Anzahl von Sitzungen (durchschnittlich ca. 10) zurück und fordern weitere randomisierte Studien.

Im deutschen Sprachraum existieren keine Therapiekonzepte für die erfolgreiche Behandlung von Depression nach Schlaganfall bei geriatrischen Patienten. Lediglich aus der neuropsychologischen Forschung mit Hirngeschädigten und Demenzkranken gibt es erste Ansätze (z.B. Romero & Wenz, 2002) einfügen. Pössl & Schellhorn (2001) berichten ihre

klinische Anwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden bei hirngeschädigten Patienten. Die Autoren beklagen den Mangel an Erfahrungen bezüglich der praktischen Umsetzbarkeit und Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Sie fanden ein vermehrtes Auftreten einer Depression in der postakuten Rehabilitationsphase, wenn die Hoffnung auf weitestgehende Wiederherstellung des prämorbidem Zustands schwindet und die Auseinandersetzung mit bleibenden Behinderungen in den Vordergrund rückt. Die Autoren regen an, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen durch Studien abzuklären, die den Verlauf der Stimmung und Befindlichkeit mit den psychotherapeutisch angestrebten Veränderungen und Parametern des Rehabilitationsprozesses in Zusammenhang bringen. Diesen Wirksamkeitsnachweis betrachten Pössl & Schellhorn (2001) allerdings als eine große Herausforderung, da das Problem der während der Rehabilitation parallel ablaufenden Interventionen besteht (Pharmakotherapie, Sprach-, Physio-, Ergo-, Sehtherapie, kognitive Therapie, Patientengruppen, Angehörigenbetreuung und sozialrechtliche Beratung) und die spezifische Wirkung psychologischer Intervention nur schwer nachweisbar ist.



## 4 Grundsätzliche Aspekte der Wirksamkeit/Effektivität therapeutischer Maßnahmen

Die Interpretation von Behandlungs- oder Interventionseffekten setzt eine sorgfältige Auswahl der Zielparameter voraus. Gebräuchliche Begriffe sind auch „Zielvariable“, „Effektparameter“, „Outcomes“ oder „Endpunkte“ (Nikolaus & Jamour, 2000). Bei der Evaluation von Interventionseffekten fand in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel vom „was wurde getan“ hin zum „was wurde erreicht“ statt (Berger, 1998). Es steht daher nicht die Quantität der eingesetzten Mittel im Vordergrund, sondern deren Effektivität. Bauman et al. (2002) verstehen unter Effektivität (=Wirksamkeit) das Ausmaß an Veränderung im Hinblick auf einen Zielzustand, die auf die Therapie zurückgeführt wird. Die Wirksamkeit sollte *multimodal* konzipiert werden, d.h. es sollten Variationen in folgenden Kategorien angestrebt werden: auf Datenebene, in Datenquellen, bei Untersuchungsverfahren und bei den Konstrukten.

### 4.1 Diagnostik

#### 4.1.1 Datenebenen

##### ***Biologische (somatische, physikalische) Ebene***

Die multimodale Diagnostik auf verschiedenen Datenebenen ist gerade in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen relativ einfach durchzuführen. Im Vordergrund stehen körperliche Vorgänge, die physikalisch oder chemisch erfassbar sind (z.B. Blutdruck, körperliche Beschwerden).

Medizinische Parameter, wie Laborwerte, Haupt- und Nebendiagnosen sowie aktuelle Medikation werden ohnehin erfasst und durch ein exaktes Monitoring gut kontrolliert.

##### ***Psychische Ebene***

Im Vordergrund stehen individuelles Erleben und Verhalten (z.B. Extraversion, Freude), ebenso gehören Leistungen dazu (z.B. Intelligenz)

##### ***Soziale Ebene***

Akzentuierung auf interindividuelle Systeme und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. soziales Netzwerk, soziale Anpassung)

##### ***Ökologische Ebene***

Beinhaltet materielle Rahmenbedingungen (z.B. Wohnung)

Auf *psychologischer Ebene* ist eine Erhebung affektiver Parameter, wie z.B. Depression, durch Psychologen oder Psychiater sinnvoll. Der Sozialdienst, der sich u.a. mit Entlassungsvorbereitungen beschäftigt, kann die nötigen Daten bezüglich des individuellen sozialen Netzwerks (*soziale Ebene*) und der Wohnsituation (*ökologische Ebene*) erfassen. Diese Voraussetzungen ermöglichen eine exakte und umfangreiche Diagnostik und damit - ohne allzu großen zusätzlichen personellen Aufwand – eine erste Grundvoraussetzung zur Qualitätssicherung.

#### **4.1.2 Datenquellen**

Als Datenquellen unterscheiden Baumann et al. (2002) Die befragte Person selbst, bei der eine Selbstbeobachtung zu Selbstbeurteilungen oder Selbstregistrierungen des Verhaltens führt, andere Personen (Bezugspersonen, geschulte Beurteiler, Therapeuten, Pflegepersonal usw.), deren Fremdbeobachtung zu Fremdbeurteilungen bzw. Verhaltensbeobachtungen führt (hierzu zählen auch institutionell anfallende Daten wie die Zahl der Krankenhaustage) und apparative Verfahren, Verfahren der Leistungs- und Intelligenzdiagnostik (mittels Papier/Bleistift oder Computer).

Auch die Nutzung verschiedener Datenquellen ist in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung durch das multiprofessionelle Rehateam gut durchführbar. So kann – durch die gleichzeitige Befragung von Patienten, Pflegepersonal, behandelnden Ärzte und Therapeuten ein exaktes Bild des einzelnen Patienten und dessen spezifischer Problematik entstehen. Grundvoraussetzung hierfür ist ein gut funktionierendes Therapeuten-Team: Eine Untersuchung von Schuler et al. (2001) an Schmerzpatienten ergab, dass die Beurteilungsgüte des Rehateams von der Berufsgruppe, der Häufigkeit der Zuständigkeit, der wöchentlichen Arbeitszeit sowie der Berufserfahrung abhing. Häufige Mitarbeiterwechsel wirkten sich negativ aus.

Bezüglich der Nutzung apparativer Verfahren kann in einer Rehaklinik ebenfalls auf umfangreiche Ressourcen zurückgegriffen werden: Beispiele sind EEG, EKG, neuropsychologische Papier- und Bleistifttests sowie computergestützte diagnostische Verfahren, (beispielsweise zur Prüfung der Aufmerksamkeit oder des Gesichtsfelds).

### 4.1.3 Untersuchungsverfahren

Baumann et al. (2002) unterscheiden folgende Untersuchungsverfahren:

***Selbstbeobachtung in Form von Selbstbeurteilungsverfahren***

(Beispiel: GDS = Geriatrische Depressionsskala)

***Fremdbeobachtung in Form von Fremdbeurteilungsverfahren***

(z.T. Fremd-Ratings genannt), bei denen meist die Einstufung von Konstrukten gefordert wird (z.B. „Rankin Scale“ zur globalen Einschätzung des funktionellen Niveaus)

***Fremdbeobachtung in Form von Verhaltensbeobachtung***

Registrierung von Verhaltensdaten mittels Häufigkeiten, (z.B. „Motor-Assessment-Scale“ zur Messung des funktionellen Niveaus der oberen und unteren Extremitäten)

***Interviews***

Diese Form der Datenerhebung ist zum Teil mit Fremdbeurteilungsverfahren gekoppelt (z. B. ärztliche Anamnese zu Rehabeginn)

***Verfahren der Leistungsdiagnostik***

(einschließlich apparative Verfahren)

***Verfahren der Felddiagnostik***

(besonders computerunterstützte Verfahren), die meist in Form von Selbstbeobachtung, vereinzelt aber auch in Form von Fremdbeobachtung verwendet werden (z.B. Langzeit-EKG)

***Projektive Verfahren***

(Rorschach-Verfahren)

***Inhaltsanalytische Verfahren***

Hier werden Texte (direkt entstanden oder transskribiert) ausgewertet.

Die oben genannten Untersuchungsverfahren spiegeln das breite Spektrum potentiell vorhandener diagnostischer Möglichkeiten wider. Bei geriatrischen Schlaganfallpatienten sollten Testbatterien allerdings auf ein Minimum reduziert werden, um Überforderung zu vermeiden. Vor allem die Quantität sollte in einem überschaubaren Rahmen mit ausreichend Pausen zwischen den einzelnen Tests gehalten werden. Dennoch müssen geriatrische Assessments hohen Qualitätsansprüchen genügen (Gauggel et al., 2002; Hofmann et al., 1995). Zu den häufig eingesetzten diagnostischen Verfahren zählen beispielsweise die „Geriatrische Depressionsskala“ (GDS), ein Selbstbeurteilungsverfahren, Yesavage et al., 1983), Fremdbeobachtungsskalen wie z.B. die Cornell-Depressionsskala, Verhaltensbeobachtungen, wie z.B. die Rankin Scale (Berger et al., 1999), Motor Assessment Scale oder der Barthel Index zur Messung der Activities of daily Living oder der Mini-Mental-Status Test (Folstein et al., 1975) usw.

## 4.2 Die Darstellung von Therapie-Effekten

Sind die Daten mittels zahlreicher diagnostischer Verfahren auf verschiedenen diagnostischen Ebenen erst einmal gewonnen, besteht der nächste Schritt in deren Analyse und Bewertung. Dazu müssen präzise Erfolgskriterien festgelegt werden, Effektgrößen bestimmt und die erzielten Ergebnisse interpretiert werden. Bauman et al. (2002) geben einen Überblick über die formalen Methoden der Wirksamkeitsdarstellung, die am Beispiel der vorliegenden Untersuchung erläutert werden sollen.

### 4.2.1 Analyse von Mittelwertsunterschieden

Besonders in Gruppenstudien wird die Signifikanz der Veränderung (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe) als Kriterium der Wirksamkeit herangezogen. Die formalen Methoden der Wirksamkeitsdarstellung sind gerade in der geriatrischen Rehabilitation aufgrund ihrer besonderen Komplexität ein Bereich, dem viel Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Während im funktionell-medizinischen Bereich meist rasch sichtbare Erfolge verbucht werden können, sind bei neuropsychologischen und psychotherapeutischen Bemühungen meist keine so raschen und deutlich erkennbaren Effekte zu erzielen (Pientka, 2001). Für eine psychologische Intervention bei depressiven geriatrischen Schlaganfallpatienten bedeutet dies, dass die beteiligten Forscher besonders genau abwägen müssen, welche Kenngröße zur Wirksamkeitsdarstellung sinnvoll, praktikabel und realistisch erscheint und welche Messzeitpunkte gewählt werden sollten, um Latenzzeiten zu berücksichtigen („Langzeiteffekte“). Um den Erfolg einer psychologischen Depressionsbehandlung abzubilden, reichen Mittelwertsunterschiede in Form einer reinen Prä-Post-Messung allein nicht aus.

### 4.2.2 Prozentsatz gebesserter Patienten

Dieses Kriterium erfordert eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Erfolgsindikatoren bzw. es wird ein Hauptindikator herausgegriffen. Für die Festlegung der Besserungsrate werden häufig bedeutsame Veränderungen zugrundegelegt. Der Prozentsatz gebesserter Patienten als Referenzgröße impliziert die Frage nach der *bedeutsamen* Veränderung: Ab wann gilt – im klinischen Sinne – eine Verbesserung als bedeutsam? Können bei depressiven geriatrischen Schlaganfallpatienten dieselben Maßstäbe wie bei jüngeren, gesünderen Depressiven angewandt werden? Ist es beispielsweise sinnvoll, den Therapie-Erfolg einer Depressionsbehandlung durch das Absinken des GDS-Wertes unter einen kritischen Wert nach der Behandlung abzubilden, auch wenn dies im einen Fall einen Rückgang um 10 Zähler, im anderen jedoch lediglich um 2 von insgesamt 30 Zählern bedeutet?

### **4.2.3 Breite der Veränderung (Wirkungsspektrum)**

Die Erfassung möglicher – positiv und negativ bewerteter – Wirkungen macht eine breite multimodale Erfassung möglicher Effekte notwendig, die über die Zielsymptomatik hinausgehen. Therapiemethoden können sich in ihrem Wirkungsspektrum unterscheiden. So könnte man mit der Depression verwandte Variablen, wie z.B. Lebenszufriedenheit, heranziehen, um ein differenzierteres Bild bezüglich des Wirkungsspektrums zu erhalten.

### **4.2.4 Veränderungsmuster**

Die Veränderungserfassung erfordert eine komplexe Analyse der Merkmale. Therapieeffekte können durch spezifische Veränderungsmuster charakterisiert sein. Diese spielen bei geriatrischen Schlaganfallpatienten eine besonders bedeutende Rolle: So kann beispielsweise die Besserung der depressiven Symptomatik auch zu einer gleichzeitigen Besserung kognitiver oder funktioneller Parameter führen. Im Extremfall äußert sich ein Therapieerfolg ausschließlich in der Verbesserung begleitender Variablen, also im funktionellen oder kognitiven Bereich, ohne dass jedoch eine Verminderung des Depressionsscores zu verzeichnen wäre. Derartige Phänomene wurden zum Beispiel im zweiten Studienarm der vorliegenden Untersuchung mit neuropsychologisch beeinträchtigten Patienten beobachtet (Koczy, 2004): Durch das neuropsychologische Training konnten Patienten funktionelle Verbesserungen im Bereich Mobilität und ADL's erzielen, ohne dass sich jedoch die neuropsychologischen Parameter (die der eigentliche Gegenstand des Trainings waren) verbessert hätten.

### **4.3 Klinische Bedeutsamkeit und statistische Signifikanz**

Bei der Wirksamkeit müssen klinische Relevanz und statistische Signifikanz unterschieden werden. Klinisch bedeutsame Veränderungen sind meist größer als statistisch signifikante. Klinische Bedeutsamkeit kann durch Expertenurteil festgelegt werden oder durch das Absinken von Kennwerten in den Normbereich Gesunder nach Therapieende (Kendall et al., 1999).

### **4.4 Wirksamkeit abhängig von der Zeitachse (Prozess-/Erfolgsforschung, Katamnesen)**

Um letztendlich nachweisen zu können, ob eine Therapie eine nachhaltige Besserung der behandelten Symptomatik bewirkt hat, müssen Beobachtungen über längere Zeiträume angelegt sein. Die Durchführung von Katamnesen ist daher ein zentrales Postulat der heutigen Therapieforschung. Nur so kann die Stabilität der Wirksamkeit über das Therapieende hinaus belegt werden.

Außerdem wird der Verlauf von Therapiebeginn bis Therapieende beobachtet: Zwei Therapien können gleichermaßen wirksam sein, sie unterscheiden sich aber im Verlauf, indem eine Therapieform rascher zur Besserung führt als eine andere.

#### **4.5 Wirksamkeit und Vergleichsmaßstab**

Zur Abgrenzung gegenüber Spontanremission werden unterschiedliche Formen von Kontrollgruppen diskutiert: Unbehandelte Gruppen, Wartekontrollgruppen, Placebokontrollgruppen, Gruppen mit Routinebehandlung und Gruppen, die mit einer anderen Therapiemethode behandelt wurden (Grawe, 1994; Hager et al., 2000). Insbesondere in diesem Zusammenhang sind die besonderen Gegebenheiten einer Rehabilitationseinrichtung und der implizierten „Versorgungsrealität“ zu berücksichtigen: Wartekontrollgruppen verbieten sich aus zeitlichen Gründen, Placebokontrollgruppen sind aus ethischer Sicht fragwürdig. Daher erscheinen Gruppen mit Routinebehandlung (in einer geriatrischen Reha-Klinik also beispielsweise Personen, die das übliche multiprofessionelle Angebot der Reha-Klinik erhalten) oder Gruppen, die mit einer anderen Therapiemethode behandelt wurden, am praktikabelsten.

#### **4.6 Wirksamkeit unter finanzieller Perspektive: Effizienz**

Bauman et al. (2002) verstehen unter Effizienz den zur Zielerreichung benötigten Aufwand.

Im Rahmen einer Kosten-Effektivitäts-Analyse wird geprüft, mit welchen Kosten das Erreichen von Therapiezielen verbunden ist. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse dagegen werden *positiver Nutzen* (aufgrund von Therapie kann eine bessere Arbeitsfähigkeit erzielt werden) und *Nutzen durch Kosteneinsparung* (weniger stationäre Aufenthalte) gegenübergestellt. Bei den Kosten wird der mit der Behandlung verbundene monetäre Aufwand berücksichtigt.

#### **4.7 Patientenzufriedenheit als indirekte Wirksamkeitsprüfung**

Wie bereits unter Abschnitt 3.2.7.4 (Lebensqualität) beschrieben, spielt dieser Faktor gerade in der Gruppe der geriatrischen Schlaganfallpatienten – im Vergleich zu sonst üblichen Outcomeparametern wie Mortalität oder Laborwerte - eine gewichtige Rolle (Freimüller & Fheodoroff, 2003; Wade, 1993) und kann – z.B. aufgrund der Irreversibilität funktioneller und kognitiver Beeinträchtigungen - zum primären Therapieziel werden (Pientka, 2001). In ihrer Metaanalyse angloamerikanischer und skandinavischer Studien zur Bewertung von Stroke Units unterscheiden Nikolaus & Jamour (2000) „primäre Endpunkte“ (Tod, Hilfsbedürftigkeit, Institutionalisierung) vs. „sekundäre Endpunkte“

(Lebensqualität, Zufriedenheit von Patienten und Pflegenden, Aufenthaltsdauer in der jeweil. Institution) und fordern eine stärkere Berücksichtigung der letztgenannten Kriterien.

#### **4.8 Wirksamkeit unter Praxisbedingungen**

Das Prozessmodell der Wirksamkeit von Linden (1987), zitiert nach Baumann et al. (2002), das ursprünglich aus der Medikamentenforschung stammt, enthält folgende Phasen:

**Phase I:** Anfangsphase: erste präklinische Erprobung

**Phase II:** Pilotphase: hypothesengenerierend; Ermittlung von Zielsymptomen und Festlegung der Störungsgruppen, bei denen die Substanz eingesetzt werden soll

**Phase III:** Testphase; Großversuche, Multizenterstudien; hypothesentestend: Nachweis einer klinisch relevanten Wirkung, Verträglichkeit und Kosten-Nutzen-Analyse in Relation zu anderen Behandlungsmöglichkeiten

**Phase IV:** Routineüberwachungsphase: Bewertung der Anwendung unter Routinebedingungen.

Die sog. Phase-IV-Forschung (Linden, 1987) beobachtet die Routinepraxis mit der Behandlung (z.B. Antidepressivum) und entwickelt daraus Therapiestandards, die für die Praxis Gültigkeit beanspruchen. (=“Effectiveness“, „Praxisbewährung“).

#### **4.9 Metaanalysen**

Mittels der Metaanalyse wird die vorhandene Literatur systematisch unter Nutzung von Datenbanken und statistischen Verfahren ausgewertet. Sie integrieren Befunde mehrerer Studien. Studienergebnisse werden quantifiziert. Üblicherweise werden hierbei die Effektstärken bestimmt (Cohen, 1992).

#### **4.10 Normative Verfahren: Kriterienkataloge, Behandlungsrichtlinien, Kriterienkataloge**

Zur Bewertung von Psychotherapieverfahren hat die American Psychological Association einen Kriterienkatalog zur Überprüfung erstellt, inwieweit ein Therapieverfahren empirisch validiert – „empirically validated/supported treatments“ – ist. Es werden explizite Regeln zur Beurteilung von Therapien formuliert. Das Prädikat „gut belegte Wirksamkeit“ wird erteilt, wenn mindestens zwei fundierte Gruppenuntersuchungen aus unterschiedlichen Forschergruppen oder eine grosse Anzahl experimenteller Einzelfallstudien vorliegen. Außerdem müssen die untersuchten Therapien auf Behandlungsmanualen basieren.

## 5 „Schlaganfall bewältigen“: Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm bei Depression nach Schlaganfall

Das Trainingsprogramm berücksichtigt sowohl die unter den vorangehenden Abschnitten erläuterten Anforderungen an die Wirksamkeit und Effizienz therapeutischer Maßnahmen als auch das spezifische Setting einer geriatrischen Rehabilitationsklinik. Es basiert auf bereits vorliegenden Forschungsergebnissen zur Depression bei älteren Menschen und stellt eine Weiterentwicklung und Adaption auf die Zielgruppe der Schlaganfallpatienten dar. Im folgenden werden theoretische Grundlagen, empirische Befunde, die Adaption des Programms und dessen konkreter Inhalt dargestellt.

### 5.1 Theoretische Grundlagen

Hautzinger (2000) bezieht sich zur Erklärung von Altersdepression auf die folgenden Erklärungsmodelle:

#### 5.1.1 Gerontopsychologische Konzepte

##### ***Das S-O-K-Meta-Modell (Baltes & Carstensen, 1996):***

Dieses Modell erfolgreichen Alterns formuliert drei konstituierende Komponenten erfolgreicher Anpassung an Lebensveränderungen, Belastungen und Älterwerden:

##### Selektion:

Auswahl bzw. Veränderung von Zielen und Verhaltensbereichen. Eine psychologische Hilfe zur *Selektion* wird beispielsweise nötig, wenn Verluste von Sozialpartnern oder Funktionsverluste und körperliche Gebrechen eintreten.

##### Optimierung:

Stärkung und Nutzung vorhandener, zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen. Hierbei geht es um die Gestaltung der Umwelt (z.B. Wohnraum, Einbezug von Diensten und Serviceleistungen sowie der Familie oder der Gemeinde).

##### Kompensation:

Schaffung, Training und Nutzung neuer Handlungsmittel. Hierbei werden einzelne Kompetenzen, wie z.B. Kochen, Einkaufen, Stressbewältigung, Tagesplanung, soziale Fertigkeiten usw. verbessert bzw. erlernt, um den Handlungsspielraum zu erweitern.



***Das Modell der Handlungsspielräume (Bruggemann et al., 1975; Schneider, 1991):***

Nach diesem Modell eines vierdimensionalen Handlungsspielraums ist ein möglichst weiter Handlungsspielraum Voraussetzung für Lebenszufriedenheit und psychische Gesundheit. Psychologische Interventionen sollten daher ältere Menschen unterstützen, die Dimensionen ihres Handlungsraums zu erhalten bzw. zu erweitern. Im einzelnen handelt es sich um folgende Dimensionen:

*1. Tätigkeitsspielraum*

Der Handlungsraum ist umso weiter, je mehr Tätigkeiten eine Person ausführt und je vielfältiger diese Aktivitäten sind. Interventionen können das Ziel haben, dazu beizutragen, dass ältere Menschen in möglichst vielen und möglichst anspruchsvollen Tätigkeitsfeldern aktiv sind.

*2. Entscheidungs- und Kontrollspielraum*

Hier handelt es sich um das Ausmaß, in dem jemand seine Lage selbst bestimmen oder doch zumindest mitbestimmen kann. Je mehr das der Fall ist, umso aktiver, motivierter leistungsfähiger und positiver gestimmt werden die Betroffenen.

*3. Interaktionsspielraum*

Diese Dimension bezieht sich auf die Anzahl und Qualität der vorhandenen Sozialbeziehungen. Befriedigende Sozialbeziehungen und Unterstützung wirken sich positiv aus.

*4. Anerkennungsspielraum*

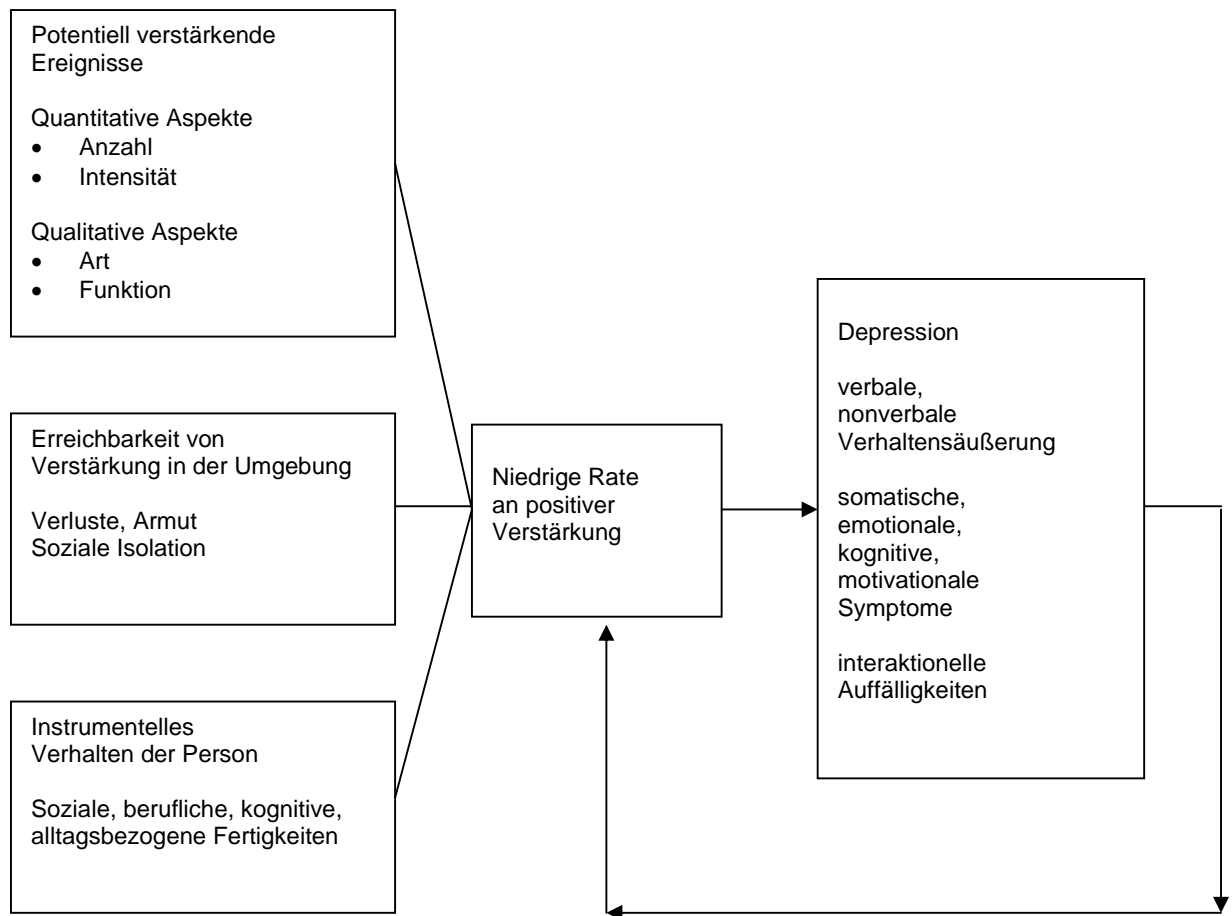
Zufriedenheit entsteht, wenn Aktivitäten ausgeübt werden, die mit Anerkennung, Status und sozialer Bedeutung verbunden sind.

Nach diesem Modell geht erfolgreiches Altern einher mit einem Maximum auf allen vier Dimensionen. Interventionen verfolgen daher das Ziel, dieses Maximum zu schaffen. Ausgangsniveau, gegenwärtige Leistungsfähigkeit und Funktionseinschränkungen sind zu berücksichtigen. Überforderung führt hingegen nicht zur Hebung des Wohlbefindens (Hautzinger, 2000).

**5.1.2 Verhaltenstheoretische Konzepte**

Auf den Annahmen Lewinsohns (1974) basierend, entwickelten Gallagher & Thompson (1981) ein verhaltenstheoretisches Modell für depressive Störungen für den geriatrischen Bereich. Dem Modell zufolge entsteht Depression, wenn nur eine geringe Rate verhaltenskontingenter Verstärkung verfügbar ist. Diese wird von drei Einflussgrößen bestimmt: 1. Der Anzahl und Funktion potentiell verstärkender Ereignisse, 2. Der Menge

verfügbarer bzw. zugänglicher Verstärker, 3. Dem Repertoire instrumenteller Fähigkeiten. Häufig wird das auf diese Weise entstehende depressive Verhalten zumindest kurzfristig durch Zuwendung und den Wegfall unangenehmer Bedingungen verstärkt (siehe Abb. 3).



**Abbildung 3:**  
Lerntheoretisches Konzept depressiver Störungen (zitiert nach Hautzinger, 2000)

### 5.1.3 Kognitive Konzepte

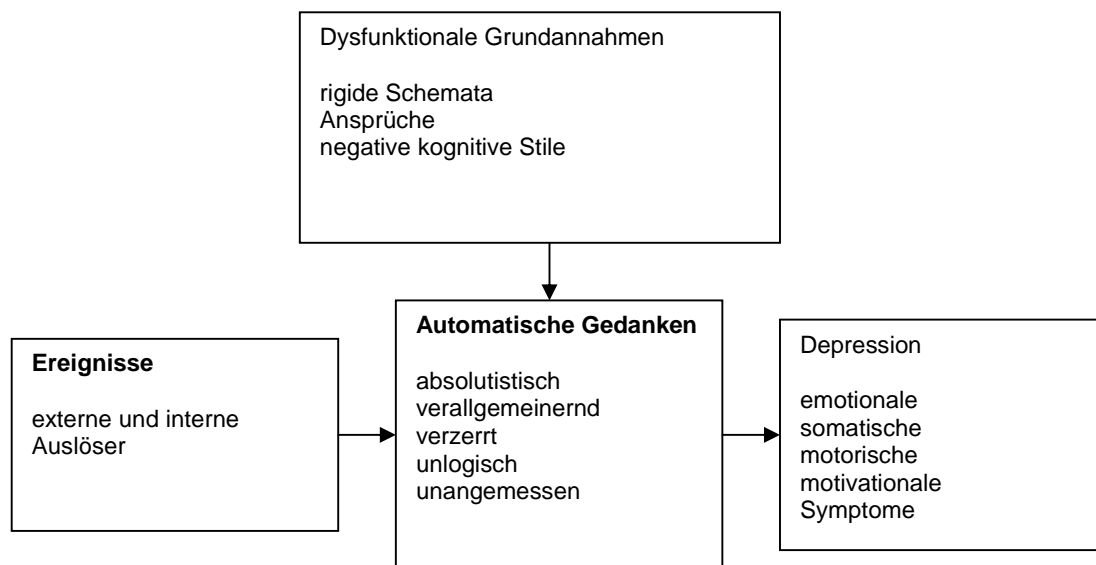
#### 5.1.3.1 Das Modell der erlernten Hilflosigkeit

Das reformulierte Modell der erlernten Hilflosigkeit (Abramson et al., 1978) postuliert, dass sich Depressionen entwickeln,

- wenn Belastungen und persönlich wichtige Ereignisse als unkontrollierbar erlebt werden
- diese Nichtkontrolle als dauerhaft angenommen wird,
- dem persönlichen Versagen angelastet wird und
- auch zukünftig Hilflosigkeit angenommen wird.

### 5.1.3.2 Das kognitive Modell von Beck (1974)

Nach diesem Modell (siehe Abbildung 4) dienen vor allem dysfunktionale Überzeugungen, Übergeneralisierungen, voreilige Schlussfolgerungen, verzerrte Wahrnehmungen, also kognitive Stile, zur Erklärung von Depression. Diese zeigen sich in Form von automatischen Gedanken in konkreten Zusammenhängen des Alltags. Über die Analyse und Korrektur dieser situationsnahen automatischen Gedanken zeigen sich allmählich überdauernde Grundüberzeugungen und Anspruchshaltungen, die dann Gegenstand der Therapie werden können (Hautzinger, 2000).



**Abbildung 4:**  
Das kognitive Depressionsmodell nach Beck (1974), zitiert nach Hautzinger (2000)

### 5.1.3.3 Final-Common-pathway-Modell: Integration bisheriger Forschungsergebnisse: Depressionsgenese bei älteren Menschen nach Schlaganfall

Das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell von Akiskal & Mc Kinney (1975) integriert biologische, soziale und psychologische Einflussgrößen: Genetische, entwicklungsgeschichtliche, organische, psychosoziale, kognitive und psychophysiologische Faktoren münden in einer gemeinsamen Endstrecke biochemischer und neuronaler Veränderungen, deren mögliche Konsequenz eine Depression sein kann. Angewendet auf geriatrische Schlaganfallpatienten ergibt sich – unter Berücksichtigung der o.g. Erklärungsmodelle sowie der in Abs. 3.2.2 dargestellten Ansätze zur Erklärung von Depression nach Schlaganfall – folgendes, adaptiertes Modell:

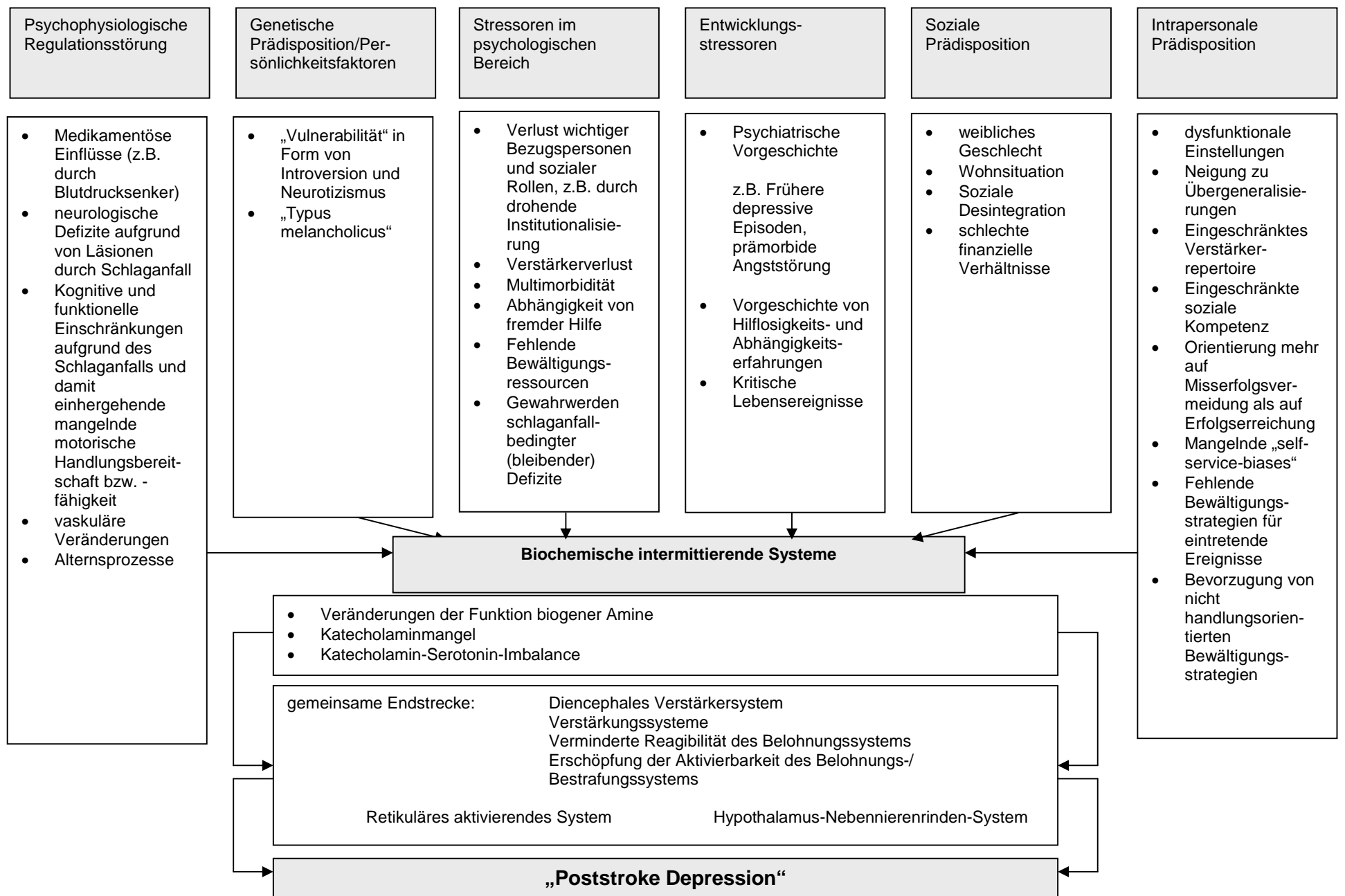


Abbildung 5: Final-Common-Pathway Modell (in Anlehnung an Akiskal & Mc Kinney (1975))

Das Modell fasst alle bisher bekannten Einflussfaktoren in einem multifaktoriellen Ansatz zusammen. Es bietet ferner die Möglichkeit, die unter Abs. 3.2.2 beschriebenen Erklärungsmodelle zur Entstehung der „Poststroke Depression“ in ein einheitliches Modell zu integrieren. Das Modell bietet zahlreiche Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Behandlung: Es sind sowohl biologische Ansatzpunkte (z.B. in Form von Pharmakotherapie) als auch psychotherapeutische Interventionen denkbar, ohne einander gegenseitig auszuschließen. Ebenso kann das Modell als Arbeitsgrundlage multidisziplinärer Teamarbeit dienen, die auf möglichst vielen Ebenen stattfinden sollte. Im Falle einer geriatrischen Rehabilitationsklinik bedeutet dies eine enge Zusammenarbeit von Physio- und Ergotherapeuten zur Verbesserung des funktionellen Status, in Kombination mit medizinisch-pflegerischen Aufgaben und der Bearbeitung der neuropsychologischen und psycho-affektiven Aspekte durch Psychologen. Bezüglich psychotherapeutischer Interventionen können im wesentlichen die von Hautzinger (2000) formulierten Interventionsziele bei Depression im Alter herangezogen werden:

- Ressourcen und Kompetenzen zu schaffen bzw. zugänglich zu machen,
- neue Ziele und Interessen durch Erproben und Realitätstesten zu entwickeln,
- soziale Unterstützung und Kontakte zu optimieren,
- weiterhin kontrollierbare Lebensbereiche zu selektieren.

## 5.2 „Schlaganfall bewältigen“ - inhaltliche Gestaltung

In Anlehnung an die oben dargestellten theoretischen Grundannahmen, an Forschungsergebnisse zur Altersdepression und die unter Abs. 3.2.8 dargestellten Erkenntnisse zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall, orientiert sich das Programm an bereits publizierten Vorlagen (Hautzinger, 1997), die sich u.a. an zwei Multizenter-Studien empirisch bewährt haben (Hautzinger & deJong-Meyer, 1996). Ferner liegt für die Zielgruppe der älteren depressiven Patienten ein adaptiertes Manual vor (Hautzinger, 2000), das inzwischen im stationären, teilstationären und ambulanten Rahmen evaluiert wurde (Hautzinger, 1999). Da Schlaganfallpatienten innerhalb der älteren Menschen eine Spezialgruppe mit besonderen Attributen darstellen, wurde eine Reihe von Veränderungen und Anpassungen erforderlich. Aus den vorhandenen Vorlagen wurde ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm mit Therapeutenmanual und Übungsmaterialien entwickelt, das aus 9 Einzelsitzungen mit einer Sitzungsdauer von 50 Minuten besteht. Wesentliche Merkmale des Programms sind das strukturierte und theoretisch orientierte Vorgehen unter Verwendung von – auf die spezielle Zielgruppe abgestimmten – Übungen, Arbeitsmaterialien und Informationstexten.

Wie alle verhaltensorientierten Ansätze ist es gegenwartsorientiert, zerlegt komplexe Verhaltensziele in Teilziele, bietet die Möglichkeit einer direkten und kontinuierlichen Beobachtung von Effekten (Erfolgskontrolle) und der Kombination mit anderen Therapieformen. Aufgrund dieser Vorteile eignet sich das Programm insbesondere zum Einsatz während eines stationären Aufenthalts in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung.

Das Programm besteht aus 3 Modulen mit folgendem Inhalt:

### *Aufbau von Verstärkern:*

Die Betroffenen werden durch gezielte Übungen angeleitet, Inaktivität zu überwinden, positive, nicht genutzte Aktivitätsmöglichkeiten zu identifizieren, sich bewusst positive Erfahrungen und Alltagsaktivitäten zu verschaffen und eine günstige Tagesstrukturierung zu erlernen.

### *Veränderung von Kognitionen*

Negative Kognitionen werden identifiziert und alternativ verarbeitet. Betroffene erlernen einen neuen Umgang mit den durch den Krankheitsverlauf bedingten Unabänderlichkeiten der Situation. Realistische Ziele und Erwartungen werden, gemeinsam mit dem Therapeuten und den Angehörigen, erarbeitet.

### *Aufbau sozialer Kompetenz*

Der behandelnde Therapeut unterstützt Betroffene und Angehörige beim Aufbau sozialer Kontakte und bei der Verbesserung ihres Interaktions- und Sozialverhaltens. Betroffene lernen beispielsweise, Hilfe einzufordern.

Der Fokus des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionsprogramms liegt auf dem Aufbau von Fertigkeiten, der Überwindung von Inaktivität und der Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen *trotz* der durch den Schlaganfall erlebten Einschränkungen und Handicaps. Das standardisierte Programm orientiert sich einerseits streng an den o.g. theoretischen Grundlagen, bietet jedoch andererseits die Möglichkeit, die interindividuell sehr unterschiedlichen Ausprägungen der kognitiven, sprachlichen, visuellen und motorischen Beeinträchtigungen von Schlaganfallpatienten zu berücksichtigen und therapeutisch zu bearbeiten. Die psychotherapeutische Intervention führt im Sinne einer Kompensation und Substitution zu einer Verbesserung der Lebensqualität, ggf. auch ohne dass sich der funktionelle Status verbessert.

#### **5.2.1 Entwicklungsphase und Aufbau**

Um den unter Abs. 4.10 erläuterten Forderungen nach standardisiertem Vorgehen und einheitlichen Behandlungsmanualen gerecht zu werden, beinhaltet das Programm eine Anleitung für Therapeuten sowie ein Begleitheft und Arbeitsmaterialien für die Patienten. Aufgrund der in der sechsmonatigen Pilotphase gesammelten Erfahrungen wurde das ursprüngliche Therapieprogramm in zwei wesentlichen Aspekten modifiziert: *Erstens* erwies sich das ursprüngliche Gruppensetting durch die auf durchschnittlich drei bis vier Wochen begrenzte Aufenthaltsdauer in der Klinik und den hohen Transportaufwand einiger schwer betroffener Patienten zum Gruppentermin als wenig praktikabel. Daher wurde das Programm in ein Einzelsetting umgewandelt. Dadurch konnte eine bessere Anpassung an die spezifischen durch den Schlaganfall hervorgerufenen Beeinträchtigungen erreicht werden. *Zweitens* wurde die Dauer der neun Therapieeinheiten aufgrund schneller Ermüdbarkeit der Schlaganfallpatienten von ein- bis eineinhalb Stunden auf ca. 50 Minuten reduziert. Darüber hinaus erfolgte aufgrund der kognitiven Einschränkungen und der geringen Belastbarkeit der Zielgruppe eine inhaltliche und sprachliche Vereinfachung sowie eine verbesserte grafische Gestaltung des Layouts gegenüber der ursprünglichen Version. (Weitere Details zur Entwicklung der Endversion finden sich bei Röhling (2000)).

### **5.2.2 Therapeutenmanual**

Die Inhalte der insgesamt 9 Sitzungen sind jeweils auf einer Seite unter Hinweis auf die erforderlichen Therapiematerialien stichwortartig beschrieben (siehe Anhang A). Das Therapeutenmanual enthält außerdem die für die Therapie wichtigen Abbildungen (Dreieck, Waage und Stimmungsspirale). Die genaue Beschreibung der einzelnen Therapieschritte orientiert sich eng an der klinischen Praxis der Diplom-Psychologen bei der Therapie in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation. Die einzelnen Sitzungen gliedern sich wie folgt:

#### ***Sitzung 1: Handeln und Fühlen***

Kurze Exploration des Patienten. Tagesprotokoll des vergangenen Tages.  
Stimmungsspiralen. Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung: Tagesprotokoll anfertigen.

#### ***Sitzung 2: Angenehme Tätigkeiten und Stimmung***

Besprechung der Hausaufgabe. Liste angenehmer Tätigkeiten. Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung: Liste angenehmer Tätigkeiten ergänzen und persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten ausfüllen.

#### ***Sitzung 3: Planung angenehmer Tätigkeiten im Tagesplan***

Besprechung der Hausaufgaben. Angenehme Tätigkeiten und belastende Dinge. Tagesplan.  
Hausaufgaben bis zur nächsten Sitzung: Tagesplan einhalten und Tagesprotokoll führen.

#### ***Sitzung 4: Gedanken beeinflussen das Empfinden.***

Besprechung der Hausaufgaben. Denken und Fühlen. Gedankenprotokoll. Aufgabe bis zur nächsten Sitzung: Gedankenprotokoll führen.

#### ***Sitzung 5: Die eigenen Gedanken kontrollieren.***

Besprechung der Hausaufgabe. Gedankenkontroll-Techniken, Aufgabe bis zur nächsten Sitzung: Gedankenkontrolltechniken üben.

#### ***Sitzung 6: Gedanken bei unerfreulichen Ereignissen.***

Besprechung der Hausaufgabe. Gedankenprotokoll (bei unerfreulichen Ereignissen).  
Aufgabe bis zur nächsten Sitzung: Gedankenprotokoll bei unerfreulichen Ereignissen ergänzen.



**Sitzung 7: Sozial kompetentes Verhalten erlernen.**

Besprechung der Hausaufgabe. Bearbeitung einer sozialen Situation. Was ist sozial kompetentes Verhalten? Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung: Protokoll für schwierige soziale Situationen ausfüllen.

**Sitzung 8: Soziale Kompetenz und eigene Bedürfnisse.**

Besprechung der Hausaufgabe. Vorbereitung des Rollenspiels. Durchführung des Rollenspiels. Hausaufgabe bis zur nächsten Sitzung: Eingeübtes Verhalten ausprobieren.

**Sitzung 9: Soziale Kompetenz und soziale Kontakte.**

Besprechung der Hausaufgabe. Weiteres Rollenspiel. Zusammenfassung des Therapieprogramms.

**5.2.3 Materialien für die Patienten**

Das Begleitmaterial für Patienten liegt in Form einer Broschüre vor (siehe Anhang B). In der Einführung finden sich Informationen zum Therapieprogramm und zu emotionalen Begleiterscheinungen des Schlaganfalls. Am Beispiel zweier „Protagonisten“ und mit zahlreichen Abbildungen und Beispielen werden in alltagsnaher und einfacher Form wesentliche Interventionsziele bearbeitet. Die Eigenschaften der beiden Personen („Frau Bauer“ und „Herr Peters“ ergänzen sich zu einem möglichst breiten Spektrum bezüglich soziodemografischer Merkmale, Symptome der depressiven Störung, Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall und Interessen vor dem Schlaganfall. Gegenüber Vorgängerversionen zeichnet sich die Broschüre durch ihre sprachliche Vereinfachung mit kurzen, fremdwortarmen Sätzen aus. Ein mit vielen Bildern illustriertes Layout in großer, gut lesbarer Schrift sorgt für eine ansprechende äußere Gestaltung. Der gesamte Text wird durch Leitfragen strukturiert. Die Arbeitsmaterialien zur jeweiligen Sitzung, die jeweils ein Tagesprotokoll enthalten, sind am Ende eines jeden Kapitels zu finden. Die Arbeitsmaterialien für jede Sitzung bestehen u.a. aus einem Tagesprotokoll, in dem Tätigkeiten und begleitende Stimmung sowie - ab Sitzung 4 - dazugehörige Kognitionen eingetragen werden.

Teil B:

Empirischer Teil

## 6 Methodik und Auswahl der Stichprobe

### 6.1. Darstellung der Hypothesen und Untersuchungsziele

Die kontrollierte, randomisierte Interventionsstudie ist eingebettet in ein umfangreiches, von der Robert-Bosch-Stiftung finanziertes Forschungsprojekt („Schlaganfallstudie“) in der 1998 neu eröffneten Klinik für Geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses, Stuttgart.

Die Studie leistet einen Beitrag zum Schließen der unter den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Forschungs- und Versorgungslücken bezüglich der Behandlung *depressiver* Schlaganfallpatienten (Beekman et al., 1998; Gall, 2001; Gordon & Hibbard, 1997; Kneebone & Dunmore, 2000). Hauptziel ist die Wirksamkeitsprüfung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall im Rahmen einer stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zur kliniküblichen, multiprofessionellen Regelversorgung.

Um dieses Untersuchungsziel angemessen realisieren zu können, wurde eine umfassende und differenzierte Diagnostik eingesetzt, die auf die speziellen Belange von Schlaganfallpatienten (siehe Abs. 6.4.) und die Gegebenheiten der Klinik für Geriatrische Rehabilitation ausgerichtet war. Als weiteres wichtiges Untersuchungsziel ergibt sich daher der Aufbau einer praktikablen psychiatrisch-neuropsychologischen, funktionell-klinisch-geriatrischen Testbatterie zur Erfolgsdiagnostik und Qualitätssicherung in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses, Stuttgart.

Folgende Hypothesen sollen überprüft werden:

**H<sub>1</sub>:** Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall ist der kliniküblichen, multiprofessionellen, antidepressive Medikation einschließenden, Rehabilitation überlegen.

Dies manifestiert sich durch die Abnahme depressiver Symptome, die Verbesserung der neuropsychologischen Parameter (insbesondere Gedächtnis) und das Zurechtkommen mit der schlaganfallbedingten Behinderung.

**H<sub>2</sub>:** Die Überlegenheit der um das kognitiv –verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm ergänzten Rehabilitation lässt sich vor allem nach der Entlassung, unter Alltagsbedingungen, nachweisen.

Die mit dem spezifischen Antidepressionsprogramm behandelten Patienten zeigen im Verlauf weniger depressive Symptomatik, bessere Lebensqualität, weniger Behinderungen im Alltag und insgesamt einen günstigeren Rehabilitationserfolg.

## **6.2. Design und Zeitplan der Erhebung**

Das zweifaktorielle Forschungsdesign mit Messwiederholung umfasst eine Experimental- und eine Kontrollbedingung mit insgesamt 3 Messzeitpunkten. Die Randomisierung erfolgte durch eine dem Behandlungszentrum nicht bekannte Zufallsliste, die an der Universität Tübingen geführt wurde. Die dortigen Mitarbeiter informierten nach der Zufallszuweisung den jeweils behandelnden Studienmitarbeiter über die zu realisierende Versuchsbedingung. Die Abschlussdiagnostik wurde von einer über die durchgeführte Intervention nicht informierte, mit den Verfahren vertraute und trainierte Person durchgeführt. Der genaue zeitliche Ablauf und die jeweils verwendeten Diagnoseinstrumente werden unter Abs. 6.4. näher erläutert.

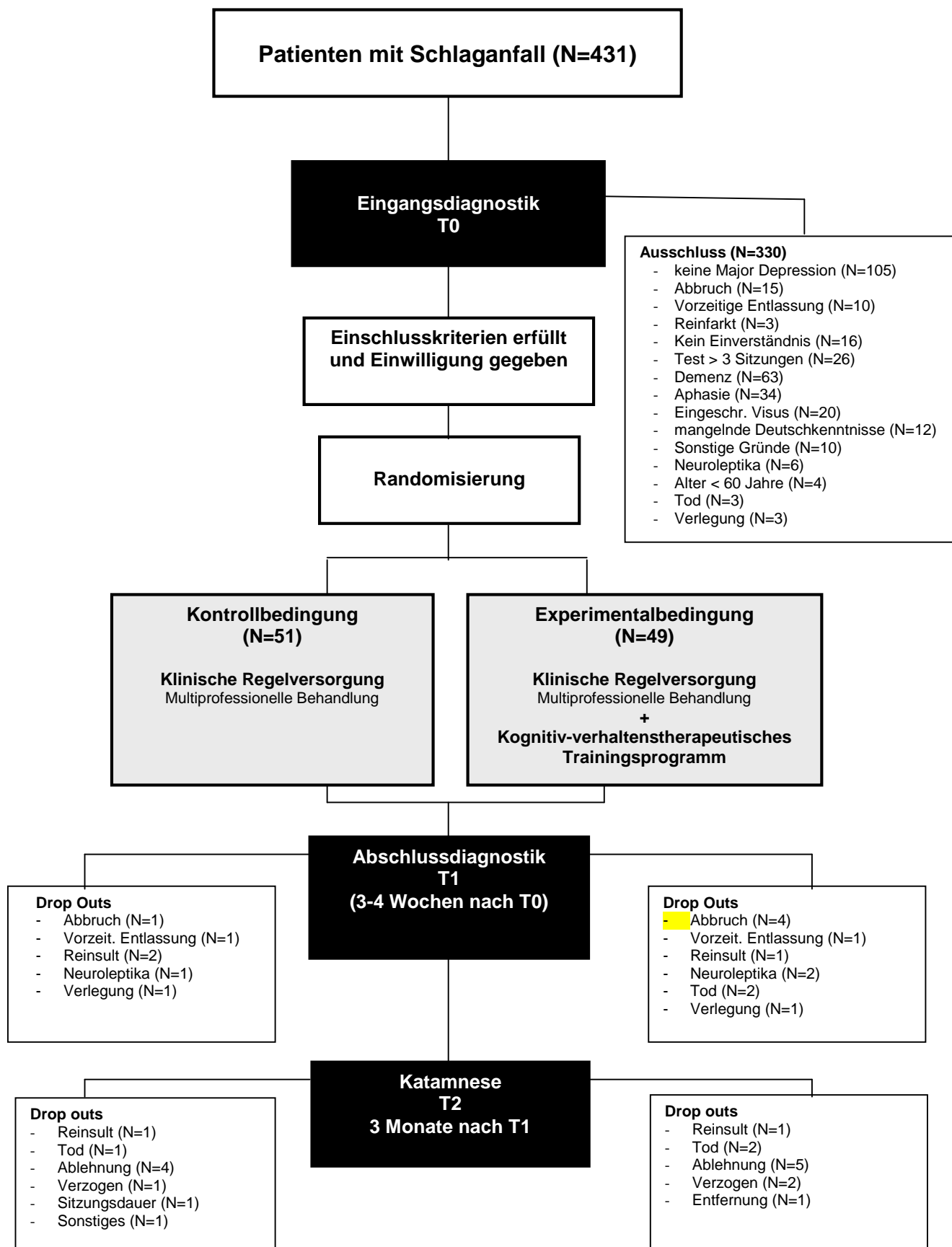


Abbildung 6: Untersuchungsdesign

### **6.3. Interventionen**

#### **6.3.1. Klinische, multiprofessionelle Regelversorgung**

Das stationäre Versorgungskonzept schloss medizinische, ergotherapeutische, physiotherapeutische, logopädische, soziotherapeutische, pflegerische und pharmakologische Angebote ein. Ein multiprofessionelles Team aus Geriatern, Internisten, Neurologen, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Psychologen und Pflegekräften stimmte die für jeden Patienten angemessene Behandlung für den stationären Aufenthalt ab. Hierzu fanden regelmäßig multiprofessionelle Teambesprechungen und Fachkonferenzen statt. Daraus resultierte ein durch die jeweiligen Berufsgruppen durchgeführtes, durch erfahrene Bereichsleiter angeleitetes individuelles Behandlungskonzept. Es umfasste Pharmakotherapie, Sprachübungen, motorische Übungen, kognitive Übungen, Training von Alltagsfertigkeiten, Beratung sowie Gespräche mit Angehörigen. Diese Regelversorgung erhielten alle Studienpatienten.

#### **6.3.2. Antidepressive Pharmakotherapie**

Bei allen Schlaganfallpatienten mit depressivem Syndrom besteht unabhängig von der Art der psychotherapeutischen Intervention die Möglichkeit einer antidepressiven Pharmakotherapie, deren Anforderungsprofil sich an den Besonderheiten der geriatrischen Patienten (siehe Abs. 3.2.8.) orientiert. Aufgrund seiner gesicherten antidepressiven Wirksamkeit, seines günstigen Verträglichkeits- und Nebenwirkungsprofils, seines geringen Interaktionspotentials, und vertretbaren Monitorings unter laufender Behandlung (Labor- und EKG-Kontrollen) sowie ausreichender Sicherheit hinsichtlich Toxizität bei Überdosierung sowie seiner Eignung im zur Langzeittherapie wurde Citalopram als Antidepressivum der ersten Wahl fest dosiert als Monotherapie angewandt. Alternativ wurde auf Nortriptylin oder Mirtazapin zurückgegriffen, wenn Patienten wegen Schlafstörungen oder gastrointestinalen Symptomen kein Citalopram erhalten konnten, oder aber bereits mit einer entsprechenden Prämedikation in die Klinik aufgenommen worden waren.

Falls eine sedierende Medikation erforderlich wurde (Anxiolytika, Neuroleptika), wurde dies explizit dokumentiert. Ausgewählt wurden lediglich Präparate mit kurzer Halbwertszeit. Zugelassen war eine pharmakologische Behandlung mit Zopiklon oder Oxazepam in einer abendlichen Einmaldosis von max. 7,5 bzw. 10 mg oder auch Melperon-HCL in einer Abenddosis von max. 50 mg. Ob und wann ein Antidepressivum oder eine Co-Medikation eingesetzt wurde, oblag allein der Entscheidung des jeweils behandelnden Arztes aufgrund des klinischen Verlaufs und der daraus abzuleitenden Behandlungs-

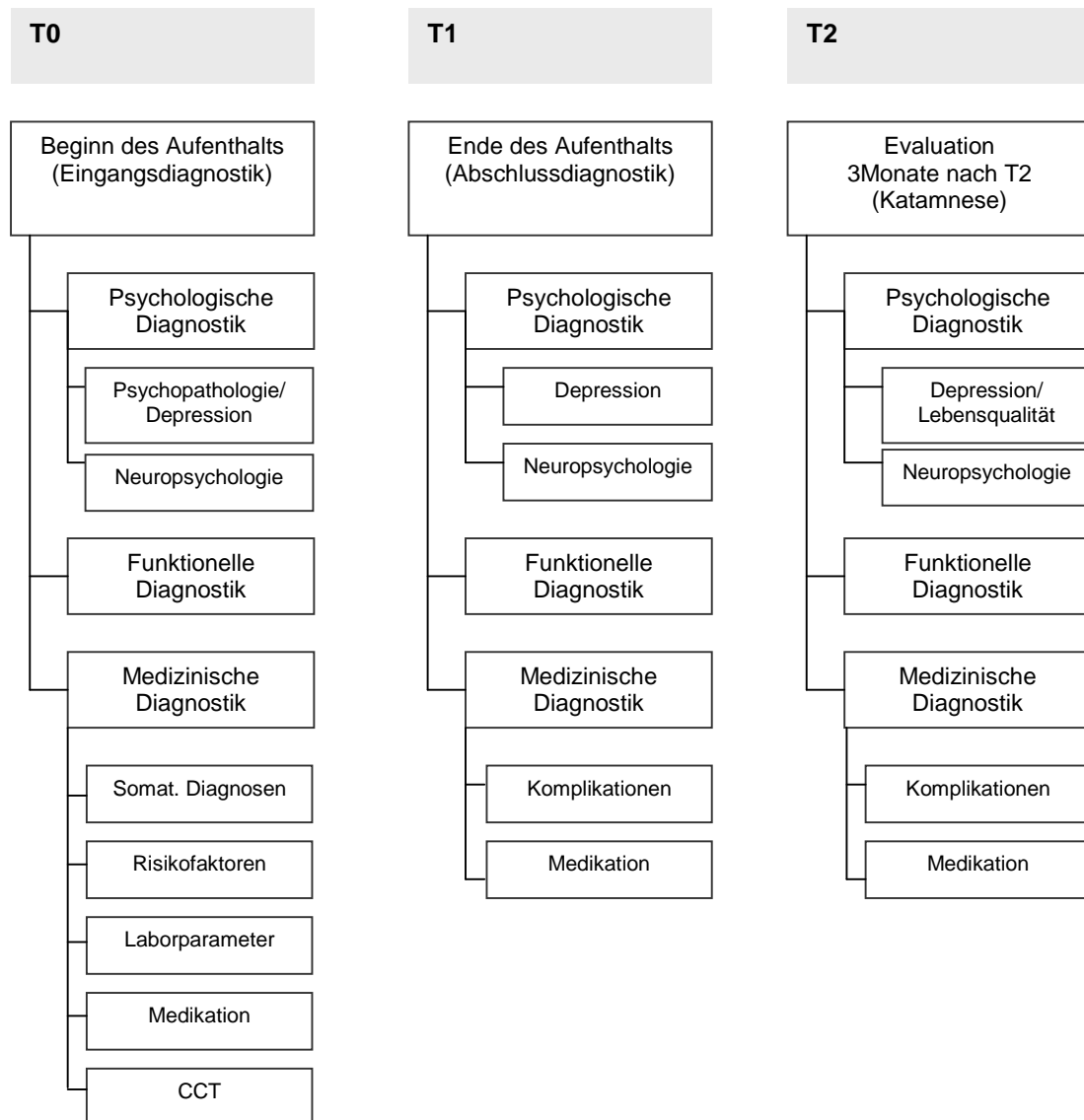
notwendigkeit. Diese Entscheidung wurde vom Arzt unabhängig von der Studienzugehörigkeit der Patienten und ohne Rücksprache mit den Studienmitarbeitern getroffen. Den betreuenden Ärzten war nicht bekannt, in welcher Versuchsbedingung sich die jeweiligen Patienten befanden.

### **6.3.3. Experimentalbedingung: Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm**

Wie unter Abs. 5.2. dargestellt, lag der Fokus des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms auf dem Aufbau von Fertigkeiten, der Überwindung von Inaktivität und der Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung trotz der durch den Schlaganfall erlebten Einschränkungen und Handicaps. Das Programm wurde durch Diplom-Psychologen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zusatzqualifikation der Abteilung für Psychosomatische Medizin des Robert-Bosch-Krankenhauses durchgeführt, durch die Studienleitung supervidiert und bezüglich der Einhaltung der im Manual genannten Vorgehensweisen kontrolliert. Es fanden durchschnittlich 3 Sitzungen pro Woche (insgesamt 9 Sitzungen) mit einer Dauer von 50 Minuten in Form von Einzelgesprächen statt. Um einen Therapieerfolg allein durch die zusätzliche Zeit an Zuwendung auszuschließen, wurde von der Studienleitung darauf geachtet, dass die Patienten beider Versuchsbedingungen insgesamt die selbe Anzahl an wöchentlichen Stunden erhielten.

## 6.4. Diagnostik

Das nachfolgende Schaubild zeigt den Zeitplan der Untersuchung und die eingesetzten diagnostischen Methoden im einzelnen:



**Abbildung 7:**  
Diagnostische Verfahren und Untersuchungszeitpunkte



#### **6.4.1. Erhebungs- und Messverfahren**

Die umfangreiche Testbatterie umfasste psychologische, medizinische und funktionelle Maße. Bei der Eingangsdiagnostik wurden einmalig ein craniales Computertomogramm zur diagnostischen Absicherung des Apoplexes sowie labortechnische Untersuchungen durchgeführt. Dabei kamen folgende Methoden bzw. Messinstrumente zur Anwendung:

##### **6.4.1.1. Psychopathologie**

###### **6.4.1.1.1. Depressionsdiagnose mit dem Strukturierten Klinischen Interview (SKID)**

Das SKID ist International am bekanntesten und sowohl für DSM-IV als auch für ICD-10 ausgelegt (Wittchen et al., 1997). Für die vorliegende Studie wurde das SKID in einer verkürzten Form angewandt, in der die für die Zielgruppe geriatrischer Schlaganfallpatienten irrelevante Bereiche (z. B. Essstörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit) unberücksichtigt bleiben. Mit erhoben wurden u.a. auch vorangehende Todesfälle bei nahestehenden Personen und depressive Verstimmungen in der Vorgeschichte.

###### **6.4.1.1.2. Verlaufsmaße der Depression**

Die *Geriatrische Depressionsskala (GDS - Yesavage et al., 1983)* ist eine *Selbstbeurteilungsskala* zur Messung der Schwere depressiver Symptomatik speziell bei älteren Patienten und inzwischen auch im deutschen Sprachraum evaluiert (Gauggel & Birkner, 1999). Im Gegensatz zu anderen Depressionsskalen enthält die GDS keine Fragen zu somatischen Symptomen einer Depression. Auf diese Weise soll eine Fehlerquelle vermieden werden, die bei anderen Beurteilungsverfahren häufig zu einer falsch-positiven Entscheidung bzw. zu erhöhten Werten führen kann (Gauggel et al., 1994). Die 30 Fragen können den Patienten zur Ja-Nein-Beantwortung vorgelesen oder zur selbständigen Bearbeitung vorgelegt werden. Die GDS differenziert gut zwischen depressiven und nicht-depressiven älteren Menschen, hat gute psychometrische Eigenschaften, besitzt gute Sensitivität und hohe Spezifität (Gauggel & Birkner, 1999).

Die *Cornell Depressionsskala (CDS)* ist ein *Fremdbeurteilungsinstrument* (Herrmann et al., 1995) und eine deutsche Adaption der amerikanischen Vorlage von Alexopoulos et al., 1988). Die Skala erlaubt die Quantifizierung depressiver Veränderungen bei älteren Patienten, insbesondere mit hirnrorganischen Läsionen. Sie besteht aus 19 Items, die in einem dreistufigen Ratingverfahren zu beantworten sind und stellt wenig Ansprüche an die Kommunikationsfähigkeit der Patienten. Sie umfasst stimmungsbezogene und körperliche Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Auffälligkeiten der Lebenseinstellung und Besonderheiten der biozyklischen Funktionen. Als Maß für interne Konsistenz geben die Autoren ein Cronbach  $\alpha$  von .77 an.

#### **6.4.1.1.3. Lebensqualität**

Die schlaganfallspezifische Lebensqualitätsskala (SS-QOL) (Williams et al., 1999) erlaubt die Beurteilung der für Schlaganfallpatienten relevanten und spezifischen Bereiche möglicher Einschränkungen der Lebensqualität. Sie besteht aus 44 Items, die folgende Bereiche abdecken: Vitalität, Familie, Sprache, Mobilität, Stimmung, Persönlichkeit, Selbstständigkeit, Sozial- und Freizeitverhalten, Gedächtnis, Visus und Arbeit. Die psychometrischen Gütekriterien der amerikanischen Form sind gut bis sehr gut. Da zur deutschen Form dieses Beurteilungsinstruments bislang keine Erfahrungen vorliegen, wurde die SS-QOL ergänzend und explorativ zur Katamnese eingesetzt.

#### **6.4.1.1.4. Lebensumfeld**

Alle Studienteilnehmer wurden zu Rehabeginn und zur Katamnese bezüglich der Anzahl ihrer Sozialkontakte befragt. Hierbei waren die genannten Personen namentlich aufzuführen. Ferner wurde die Wohnsituation erhoben. Es erfolgte eine Unterscheidung in „alleinlebend“, „mit einer weiteren Person im Haushalt“, „mit Angehörigen im Nachbarhaushalt“, „betreutes Wohnen“, „Altenheim“ und „Pflegeheim“.

### **6.4.1.2. Geriatrische Diagnostik**

#### **6.4.1.2.1. Medizinische Parameter**

Die Anamnese und die Erhebung der medizinischer Parameter durch den Arzt umfasste soziodemographische Parameter, somatische Diagnosen, Laborparameter und die jeweils aktuelle Medikation der Patienten. Zu den somatischen Diagnosen zählen Akuterkrankung, kardiovaskuläre Risikofaktoren und frühere Insulte. Zu allen Messzeitpunkten wurde die genaue Medikation (insbesondere Antidepressiva, Hypnotika, Antikoagulation) dokumentiert. Ziel der Erhebung war die Beschreibung eines aktuellen Schädigungsmusters nach der Aufnahme.

#### **6.4.1.2.2. Funktionelle Parameter**

Um Funktionseinschränkungen der Mobilität und deren Verlauf zu messen, wurden die Motor Assessment Scale (Carr et al., 1985) der „Timed Up & Go“ (Podsiadlo & Richardson, 1991) und die Rankin Scale (Berger et al., 1999) verwendet. Die Motor Assessment Scale (MAS) eignet sich insbesondere zur spezifischen Messung von Funktionseinschränkungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten und im Bereich des Rumpfes. Dabei werden insgesamt 8 Bereiche der motorischen Funktion untersucht. Der Timed Up & Go Test erfasst die Gehgeschwindigkeit sowie die Zeit, die ein Patient zum Aufstehen und Hinsetzen benötigt. Einen Gesamteindruck über den Grad der Funktionseinschränkung durch Symptome liefert die Rankin Scale.

#### **6.4.1.2.3. Alltagskompetenz**

Zur Ermittlung der Alltagskompetenz und Pflegeabhängigkeit wurde der international anerkannte Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965), der Rivermead-ADL-Index (Katz et al., 1963) und der Rivermead-IADL-Index (Katz et al., 1970) verwendet. Barthel-Index und ADL-Index erfassen die basalen Aktivitäten und Fertigkeiten des Lebens, wie z.B. Waschen, Anziehen, Toilettengang usw. Unter IADLs (Nikolaus et al., 1995) versteht man instrumentelle, nicht körperbezogene Aktivitäten, wie Einkaufen oder den Haushalt führen. Darüber hinaus wurden Geld zählen, Telefonieren und Umgang mit Medikamenten erhoben.

Schließlich wurden das soziale Netz in Form von Wohnsituation und sozialen Kontakten außerhalb des eigenen Haushalts sowie die Anzahl professioneller Hilfen, der Bewegungsradius, die Bedürftigkeit an Hilfsmitteln und Kontakte zu Angehörigen exploriert.

#### **6.4.1.2.4. Zielerreichung**

Alle Probanden wurden zu Rehabeginn und Rehaende aufgefordert, ihre persönlichen Rehazielen zu nennen. Dabei wurde zwischen „primären Rehazielen“ (=Zielen, die die Probanden von sich aus spontan äußerten) und „sekundären Rehazielen“ (=Zielen, die zusätzlich auf Nachfrage bejaht wurden) unterschieden. Es standen folgende Kategorien zur Verfügung: „Entlassungsvorbereitungen“: Hierunter wurde der Wunsch subsummiert, in der Rehaklinik auf die Entlassung nach Hause vorbereitet zu werden, beispielsweise durch Konsultation des Sozialdienstes und Organisation von Hilfsmitteln; „Stimmung“: Hier wurden die Pbn um eine Stellungnahme gebeten, inwieweit eine Verbesserung ihrer Stimmung für sie ein Rehaziel darstellt; „Visuelle Fähigkeiten“: hier wurde der Wunsch dokumentiert, die schlaganfallbedingten visuellen Einschränkungen zu vermindern; „Aufmerksamkeit/Gedächtnis“: Stellungnahme, inwieweit eigene kognitive Defizite als verbesserungswürdig eingestuft wurden; „Sprache“: Wunsch nach Aufhebung von Sprachdefiziten; „Körperliche Beschwerden“: Diese Sammelkategorie erhob verschiedene nicht anderweitig erhobene körperliche Probleme, wie z.B. Schwindel, schlaganfallbedingte diffuse Schmerzen und Missempfindungen usw.; „Handbeweglichkeit“: Hier konnten Pbn ihren Wunsch äußern, durch den Schlaganfall verursachte Einbußen der Handbeweglichkeit zu verringern; „Mobilität“: Diese Kategorie umfasst im Wesentlichen die Wiedererlangung und/oder Verbesserung der Gehfähigkeit.

### **6.4.1.3. Neuropsychologische Tests**

Neuropsychologische Beeinträchtigungen gehören zu den häufigen Folgen einer nach Schlaganfall erworbenen Hirnschädigung. Hierzu zählen Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen und des allgemeinen kognitiven Leistungsniveaus. Da diese Funktionen für eine sprachlich gestützte psychotherapeutische Intervention erforderlich sind, wurden die Studienteilnehmer einer diesbezüglichen Diagnostik unterzogen. Erhoben wurde das allgemeine kognitive Leistungsniveau, verbale und nonverbale Intelligenz, kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie verbales und nonverbales Kurz- und Langzeitgedächtnis.

#### **6.4.1.3.1. Allgemeines kognitives Leistungsniveau**

Zum Ausschluss dementieller Entwicklungen wurden alle Studienteilnehmer einem etablierten Screeningverfahren, dem Mini-Mental-Status Test (MMST) (Folstein et al., 1975) unterzogen. Der Test beinhaltet Items zur allgemeinen Orientierung zu Ort und Zeit, Merk- und Rechenfähigkeit, sprachliche, konstruktive und Handlungsfertigkeiten und Lesefertigkeit.

#### **6.4.1.3.2. Verbale und nonverbale Intelligenz**

Aus dem Reduzierten Wechsler Intelligenztest (WIP) (Dahl, 1986) wurden die Untertests Gemeinsamkeitenfinden (GF) und Bilderergänzen (BE) verwendet. Sie erfassen die allgemeine intellektuelle Befähigung und erlauben Rückschlüsse auf die prämorbid intellektuelle Befähigung.

#### **6.4.1.3.3. Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit**

Dem Nürnberger Altersinventar (NAI) (Oswald & Fleischmann, 1995) entnommen wurde der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT). Es wird die Zeit gemessen, die eine Versuchsperson benötigt, 30 Zahlen in ihrer richtigen Reihenfolge fehlerfrei mit einem Bleistift zu verbinden. Dieses Maß dient zur Erfassung der Aufmerksamkeit und allgemeinen kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit.

#### **6.4.1.3.4. Gedächtnis**

Ebenfalls aus dem Nürnberger Altersinventar (NAI) (Oswald & Fleischmann, 1995) entnommen wurden die Untertests Wortliste (kurz- und langfristiges Erinnern verbaler Inhalte) und Bildertest (kurzfristiges Erinnern nonverbaler Inhalte).

Aus dem Rivermead Behavioral Memory (RBMT) (Wilson et al., 1989) Test stammt der Untertest Bilder Wiedererkennen zum längerfristigen Erinnern nonverbaler Gedächtnisinhalte.

#### **6.4.1.4. Haupterfolgsmaße**

Hauptziel des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms ist die Reduktion der depressiven Symptomatik. Die *Geriatrische Depressionsskala (GDS)* als *Selbstbeurteilungsverfahren* zur Messung von Schwere und Verlauf der depressiven Symptomatik und die *Cornell Depressionsskala (CDS)* als *Fremdeinschätzungsinstrument* messen die Veränderungen innerhalb der depressiven Symptomatik und dienen somit als Grundlage zur Erfolgsmessung. Die unter den nachfolgenden Abschnitten beschriebenen varianzanalytischen Auswertungen, die die Probanden der Experimentalgruppe denjenigen der Kontrollgruppe im Hinblick auf vielfältige Einflussfaktoren einander gegenüber stellen, werden daher auf der Grundlage dieser beiden Messinstrumente durchgeführt. Weitere Interventionsziele, wie z.B. eine allgemeine Erhöhung der Lebensqualität und die Verbesserung neuropsychologischer und funktioneller Parameter werden als sekundäre Erfolgsmaße ebenfalls miterhoben.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die verwendeten Messinstrumente und Messzeitpunkte:

Verfahren	Kategorie	T1	T2	T3
<b>Haupterfolgsmaße</b>				
Geriatrische Depressionsskala (GDS)	Depression Selbstbeurteilung	X	X	X
Cornell Depressionsskala (CDS)	Depression Fremdbeurteilung	X	X	X
<b>Neuropsychologie</b>				
Mini-Mental-Status Test (MMST)	Allg. kognitives Leistungsniveau	X		
WIP Gemeinsamkeiten finden (GF)	Verbale Intelligenz	X		
WIP Bilderergänzen (BE)	Nonverbale Intelligenz	X		
NAI Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT)	Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit	X	X	X
NAI Wortliste	Kurz- und langfristiges Memorieren verbaler Gedächtnisinhalte	X	X	X
NAI Bildertest	Kurzfristiges Memorieren nonverbaler Gedächtnisinhalte	X	X	X
RBMT	Längerfristiges Memorieren nonverbaler Gedächtnisinhalte	X	X	X
<b>Funktionelle Parameter</b>				
Motor-Assessment-Scale (MAS)	Funktion der oberen und unteren Extremitäten	X	X	X
Timed-up-and-go	Mobilität	X	X	X
Rankin Scale	Globaleinschätzung	x	X	X
Barthel Index	Alltagskompetenz und Pflegeabhängigkeit	X	X	X
Rivermead ADL	"	X	X	X
IADL Index	Nicht körperbezogene Alltagskompetenzen	X	X	X
<b>Weitere Maße</b>				
Medizinische Parameter	Labor, Medikation, somat. Diagnosen	X	X <sup>1</sup>	X <sup>1</sup>
SS-QOL	Lebensqualität			X
Lebensumfeld	Wohnsituation	X		
	Sozialkontakte	X		X
Zielerreichung	Rehaziele	X	X	
Therapeuteneinschätzung	Kognitive Überforderung		X	
	Subjektiver Interventionserfolg		X	

<sup>1</sup> nur teilweise

**Tabelle 3:** Messinstrumente und -zeitpunkte

## 6.5. Gewinnung der Stichprobe

Die N=100 Studienteilnehmer rekrutierten sich aus Patienten, die im Zeitraum von Oktober 1999 bis Oktober 2002 mit der Diagnose eines Schlaganfalls und einer manifesten „*depressiven Episode/Major Depression*“ (ICD-10/DSM-IV-Kriterien) in die Klinik für geriatrische Rehabilitation des Robert-Bosch-Krankenhauses, Stuttgart, nach entsprechender Eingangs- und Auswahl Diagnostik sowie erfolgter Aufklärung und Einwilligung - eingeschlossen wurden.

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

### *Einschlusskriterien:*

- Akut aufgetretener und dokumentierter ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall innerhalb des letzten Jahres vor Aufnahme, gesichert durch Klinik und CCT
- Mindestalter 60 Jahre
- Vorliegen einer aktuellen „*depressiven Episode/Major Depression*“ nach ICD-10/DSM-IV
- Hinreichende Deutschkenntnisse sowie visuelle und sprachliche Fähigkeiten zum Verständnis von Diagnostik und Einwilligungserklärung
- Einwilligung zur Studienteilnahme
- Mindestaufenthalt in der Klinik von drei Wochen

### *Ausschlusskriterien:*

- Diagnostik nicht in 3 Sitzungen à 90 Minuten durchführbar
- Visuseinschränkung, die das Lesen und Bearbeiten des Patientenmanuals nicht gestattete.
- Mini-Mental-Status-Test < 21 (Da aufgrund motorischer und visueller Einschränkungen wie Hemiparesen oder Gesichtsfeldeinschränkungen einzelne Aufgaben teilweise nicht bearbeitet werden konnten, wurde der cut-off um 3 Punkte niedriger angesetzt als ansonsten üblich (Folstein et al., 1975)).
- Aphasie (Zum Ausschluss führte eine von der logopädischen Abteilung diagnostizierte mindestens mittelgradige Global-, Wernicke, Broca oder nicht klassifizierbare Aphasie bzw. schwere Sprechapraxie. Amnestische Aphasien führen nicht zum Ausschluss.)
- zusätzliche maligne Erkrankungen
- Potenziell prozesshaft fortschreitende oder anderweitig behandelbare cerebrale Begleiterkrankungen
- Akute Psychose oder Suizidalität
- Z.n. neurochirurgischer Intervention

- Neuroleptika oder andere sedierende Medikamente in einer Dosierung und Häufigkeit, die über die Begleitmedikation bei Schlafstörungen hinausgeht (siehe Abs. 6.3.).
  - Weigerung, die Einwilligung nach Aufklärung zu unterzeichnen
  - Abbruch der Studienteilnahme durch den Patienten
  - Reapoplex nach Studienaufnahme
  - Vorzeitige Entlassung oder Verlegung
- 
- *Zusätzliche Ausschlusskriterien für die Katamnesen:*
  - Anfahrt länger als eine ½ Stunde von einem S-Bahnhof des Verkehrsverbundes Stuttgarts (VVS)
  - Wohnort nicht ermittelbar
  - Diagnostik nicht in zwei Hausbesuchen bei der Katamnese durchführbar

Patienten, die die o.g. Einschlusskriterien erfüllten, wurden in die Studie aufgenommen und randomisiert der Experimental- bzw. Kontrollbedingung zugewiesen.

Patienten, die nach erfolgter Studienaufnahme (noch während des Klinikaufenthalts oder im Nachkontrollzeitraum) ihre Einwilligung zurückzogen, eine weitere Kooperation verweigerten oder trotz wiederholten Bemühungen nicht länger auffindbar waren, galten als *Studienabbrecher*. Entsprechendes galt für Patienten, die aus anderen Gründen verlegt werden oder die Klinik verlassen.

#### **6.5.1. Stichprobengröße, Fallabschätzung**

Bei der interessierenden Zielgruppe der geriatrischen Schlaganfallpatienten und dem relativ kurzen Behandlungszeitraum ist lediglich von kleinen bis mittelgroßen Effekten der Intervention auszugehen. Bei der Zugrundelegung der von Cohen (1988, 1992) vorgeschlagenen Vorgehensweise zur Fallzahlschätzung (kleine bis mittlere Effekte, alpha .05, beta .80) bei einem zweifaktoriellen varianzanalytischen Design ergibt sich eine erforderliche Stichprobengröße von 64 auswertbaren Patienten pro Zelle.

#### **6.5.2. Zusammensetzung der Stichprobe und Drop Outs**

Die folgenden Daten und Auswertungen beziehen sich auf diejenigen Personen, die aufgrund der oben genannten Kriterien einer der beiden Versuchsbedingungen (Experimental- bzw. Kontrollgruppe) zugewiesen wurden. Nicht berücksichtigt sind Personen, die aufgrund der Ergebnisse der Eingangsdagnostik bzw. negativer Einverständniserklärung nicht in die Studie aufgenommen werden konnten. (Abb. 6, S. 60) gibt einen Überblick über den Verlauf der Rekrutierung und Verbleib in der Studie.



### **6.5.3. Allgemeine Auswertungsmodalitäten**

Im Rahmen des mehrfaktoriellen Versuchsplans mit Messwiederholung (Eingangs-, Abschluss- und Katamneseuntersuchung) werden Experimental- und Kontrollgruppe in Bezug auf die abhängigen Variablen gegenübergestellt. Die statistische Auswertung erfolgt anhand von varianzanalytischen Auswertungen (ANOVA). Die Signifikanzwerte entsprechen der Korrektur nach der Greenhouse Geisser Methode. Es erfolgt eine zweiseitige Hypothesenprüfung bei einem Signifikanzniveau von .05. Verwendet wurde hierbei das Statistikprogramm SPSS. Zum Ausschluss systematischer Gruppenunterschiede werden Mittelwertsvergleiche mittels t-Test und Pearson Chi<sup>2</sup>-Test durchgeführt (Bortz & Döring, 2002).

Grundlage der Auswertungen ist die Stichprobe der Completer, also derjenigen Personen, von denen zu allen drei Messzeitpunkten vollständige Datensätze bezüglich der Haupterfolgsmaße vorliegen.

### **6.6. Die Untersuchungsstichprobe**

Von den ursprünglich N=49 randomisierten Probanden der Experimentalgruppe und den N=51 Pbn der Kontrollgruppe waren zum Zeitpunkt der ersten Katamnese nach drei Monaten noch N=27 (Experimentalgruppe) bzw. N=36 (Kontrollgruppe) übrig. Von zwei Pbn der Kontrollgruppe lagen keine vollständigen Verlaufsdaten bezüglich ihrer depressiven Symptomatik zur Katamnese vor. Sie wurden daher von den Analysen ausgeschlossen. Die übrigen gelten als Completer und sind Grundlage der nachfolgenden Auswertungen.

Insgesamt besteht die Stichprobe der Completer aus N=61 Probanden (46 Frauen und 15 Männer), die sich gleichmäßig auf die beiden Untersuchungsbedingungen verteilen. Leider ergab die randomisierte Zuweisung einen signifikanten Altersunterschied zwischen durchschnittlich 75,9 Jahren in der Experimentalbedingung und 80,9 in der Kontrollbedingung. Keinerlei systematische Unterschiede hingegen wiesen die beiden Gruppen bezüglich Schulbildung, kognitiven Parametern, Wohnsituation und Außenkontakten auf. Auch die Anzahl der medizinischen Diagnosen bei Aufnahme in die Klinik war mit ca. 5-6 in beiden Gruppen gleichverteilt (siehe Tab. 4).

## Stichprobencharakteristika

		Gruppe			Wert	P
		Experimental	Kontrolle	Gesamt		
<b>Alter</b>	M	75.9	80.9	78.1	<sup>1</sup> T=-2.55 (df=59)	0.01**
	SD	8.5	6.3	7.8		
	N	27	34	61		
<b>Geschlecht</b>	weiblich	19	27	46	$\chi^2=0.67$ (df=1)	0.42 n.s.
	männlich	8	7	15		
	Gesamt	27	34	61		
<b>Schulbildung</b>	Hauptschule	22	25	47	$\chi^2=2.08$ (df=2)	0.35 n.s.
	Mittlere Reife	1	5	6		
	Abitur	4	4	8		
	Gesamt	27	34	61		
<b>Minimental Status</b>	M	25.2	25.7	25.5	T=-0.83 (df=59)	0.41 n.s.
	SD	2.4	2.3	2.3		
	N	27	34	61		
<b>WIP Gemeinsamkeiten (verbale Intelligenz)</b>	M	104.3	105.0	104.7	T=-0.28 (df=56)	0.78 n.s.
	SD	10.0	8.6	9.2		
	N	25	33	58		
<b>WIP Bilder Ergänzen (nonverbale Intelligenz)</b>	M	92.1	92.5	92.3	T=-0.65 (df=56)	0.95 n.s.
	SD	19.8	14.7	16.9		
	N	25	33	58		
<b>Wohnsituation</b>	alleinlebend	12	21	33	$\chi^2=2.75$ (df=1)	0.10 n.s.
	1 weitere Person im Haushalt	13	9	22		
	<b>Sonstige:</b>					
	Angehörige im Nachbarhaushalt	1	1	2		
	Betreutes Wohnen		1	1		
	Altenheim	1	1	2		
	Pflegeheim		1	1		
<b>Außenkontakte (durchschn. Anzahl)</b>	M	6.6	6.3	6.4	T=0.34 (df=59)	0.73 n.s.
	SD	3.5	3.9	3.7		
	N	27	34	61		
<b>Summe medizin. Diagnosen (Rehabeginn)</b>	Mittelwert	5.6	5.4	5.5	T=0.30 (df=59)	0.77 n.s.
	SD	2.1	1.8	1.9		
	N	27	34	61		

Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; N=Anzahl gültiger Werte; Wert=Testwert mit Freiheitsgraden; P=Signifikanz

<sup>1</sup>=T-Test; <sup>2</sup>= $\chi^2$ -Test

**Tabelle 4:** Stichprobe der Completer

## 7 Ergebnisse

### 7.1. Verlauf der depressiven Symptomatik

Die erste Untersuchungshypothese postuliert, dass die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall der kliniküblichen, multi-professionellen, antidepressive Medikation einschließenden Rehabilitation überlegen ist. Dies sollte sich anhand einer Abnahme depressiver Symptome, der Verbesserung der neuropsychologischen Parameter und dem Zurechtkommen mit der schlaganfallbedingten Behinderung manifestieren. Der Verlauf der depressiven Symptomatik über alle drei Messzeitpunkte wird anhand der Selbstbeurteilung (GDS) und Fremdbeurteilung (CDS) demonstriert. Wie Tabelle 5 zeigt, gibt es eine über die Zeit zunehmende Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdurteil. Denkbar wäre, dass es den Versuchspersonen immer besser gelungen ist, die eigene Befindlichkeit einzuschätzen; zum anderen könnten auch die Beobachter über die Zeit zu immer exaktere Einschätzungen gelangt sein.

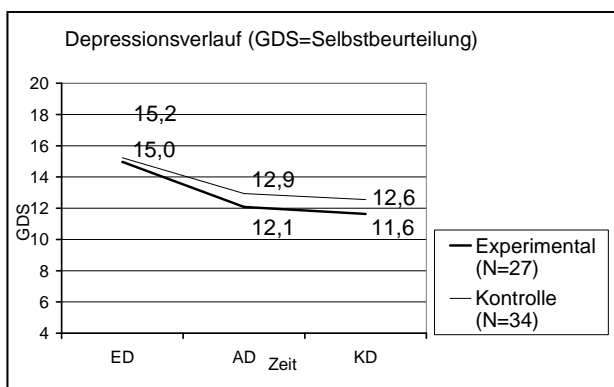
Abb. 8 und 9 geben einen Überblick über den Verlauf der depressiven Symptomatik:

		M	SD	N	R	P
Eingangsdagnostik	GDS	15,1	4,8	61		
	Cornell	9,3	3,5	61	.49	0.00**
Abschlussdiagnostik	GDS	12,6	6,2	61		
	Cornell	6,8	4,08	61	.70	0.00**
Katamnese	GDS	12,2	6,3	61		
	Cornell	7,4	4,5	61	.83	0.00**

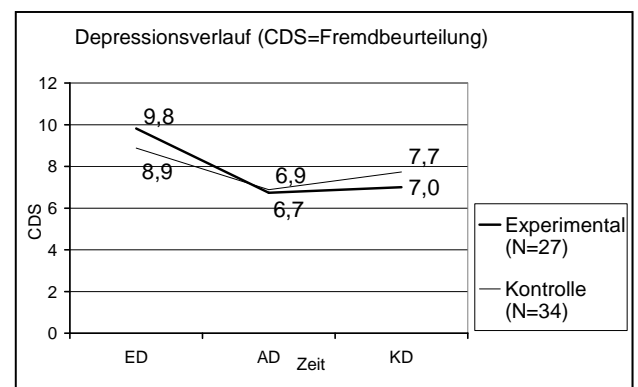
Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; N=Anzahl gültiger Werte; R=Korrelationskoeffizient nach Pearson; P=Signifikanz

**Tabelle 5:** Korrelation Selbst- vs. Fremdbeurteilung



**Abbildung 8:** Depressionsverlauf (Selbstbeurteilung) nach Gruppe



**Abbildung 9:** Depressionsverlauf (Fremdbeurteilung) nach Gruppe

Der direkte Gruppenvergleich bis zur 3-Monats-Katamnese ergibt keine signifikanten Gruppenunterschiede. In der Selbstbeurteilung ( $F(1,59)=17.38$ ,  $p=0.00^{**}$ ) und in der Fremdbeurteilung ( $F(2,118)=15.55$ ,  $p=0.00^{**}$ ) ist der Faktor Zeit hochsignifikant. Weder in der GDS ( $F(2,118)=0.22$ ,  $p=0.79$  n.s.) noch in der CDS ( $F(2,118)=1.56$ ,  $p=0.22$  n.s.) findet

sich jedoch eine signifikante Interaktion Zeit x Gruppe. Auch ein reiner Gruppeneffekt liegt weder in der GDS ( $(F(1,59)=0.26, p=0.61$  n.s.) noch in der CDS vor ( $F(1, 59)=0.00, p=0.98$  n.s.). Die erste Untersuchungshypothese, die u.a. eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe postuliert, wird somit durch die Daten nicht untermauert. Weder zum Zeitpunkt der Entlassung noch nach drei Monaten (siehe zweite Untersuchungshypothese) konnten die erwarteten Erfolge im direkten Gruppenvergleich erzielt werden.

## 7.2. Verlauf der neuropsychologischen Parameter

Ein weiterer Bestandteil der ersten Untersuchungshypothese war die Annahme, dass sich neben der Verminderung der depressiven Symptomatik auch die neuropsychologischen Parameter der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant verbessern. Gemessen wurden die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie verbales und non-verbales Gedächtnis. Erwartet wurde, dass Depression mit Minderleistungen in neuropsychologischen Parametern einhergeht und somit die Reduktion der Depression zu einer gleichzeitigen Besserung der neuropsychologischen Parameter führt:

Beim *Zahlen verbinden* verbessern sich die Leistungen beider Gruppen mit  $F(2,110)=10.59, p=0.00^{**}$  gleichermaßen über die Zeit, was sich durch ein deutliches Absinken der Bearbeitungszeit manifestiert. Die Gruppenzugehörigkeit übt dabei keinerlei Einfluss aus ( $F(1,55)=2.26, p=0.14$  n.s.). Auch die Wechselwirkung zwischen Gruppe und Zeit ist nicht signifikant ( $F(2,110)=0.59, p=0.52$  n.s.). (Die unterschiedlichen Ausgangsniveaus kamen möglicherweise durch zwei Ausreißer in der Experimentalgruppe zustande, die mit sich 153 bzw. 175 s Bearbeitungszeit deutlich vom langsamsten Probanden der Kontrollgruppe mit 136,5 s abheben).

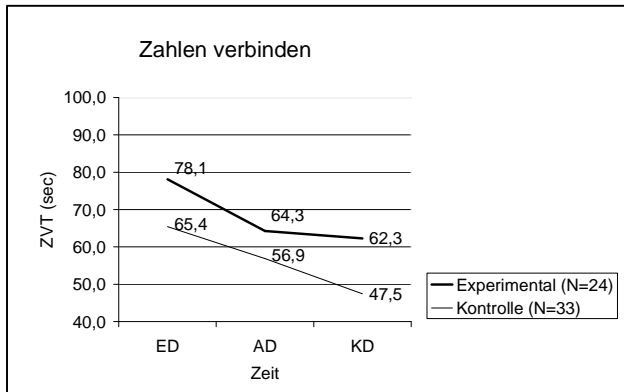
Beim kurzfristigen Memorieren verbaler Gedächtnisinhalte (*NAI Wortliste sofort*) ergibt sich kein signifikanter Zeiteffekt ( $F(2, 118)=2.75, p=0.07$  n.s.). Auch die Interaktion Gruppe x Zeit ist nicht signifikant ( $F(2,118)=0.91, p=0.41$  n.s.). Ein Gruppeneffekt ist nicht vorhanden ( $F(1,59)=0.84, p=0.36$  n.s.). Es konnten also weder Probanden der Experimental- noch Probanden der Kontrollgruppe die Anzahl der unmittelbar nach der Darbietung erinnerten Wörter steigern.

Beim längerfristigen Memorieren verbaler Gedächtnisinhalte (*NAI Wortliste delay*) sind die Haupteffekte Faktor Zeit ( $F(2,118)=0.91, p=0.41$  n.s.) und die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F(2, 118)=0.10, p=0.90$  n.s.) nicht signifikant. Lediglich der Faktor Gruppe erreicht mit  $F(1,59)=7.36, p=0.01^{**}$  Signifikanz. Er bildet jedoch einen von vornherein bestehenden Gruppenunterschied mit ansonsten parallelen Verläufen ab. Wie oben beim kurzfristigen

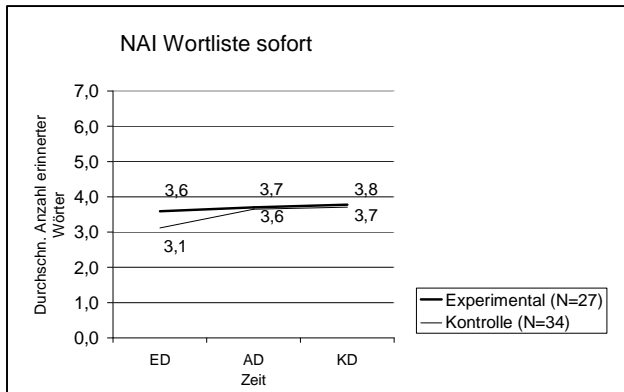
Erinnern zeigen sich damit auch beim längerfristigen Erinnern keine Auswirkungen der Behandlung auf die Gedächtnisleistung.

Beim kurzfristigen Memorieren nonverbaler Gedächtnisinhalte (*NAI/BT*) zeigt sich kein signifikanter Zeiteffekt ( $F(2,114)=0.64$ ,  $p=0.52$  n.s.). Auch die Interaktion Gruppe x Zeit bleibt mit  $F(2,114)=2.46$ ,  $p=0.09$  n.s. nicht signifikant. Ein reiner Gruppeneffekt liegt nicht vor ( $F(1,57)=1.88$ ,  $p=0.18$  n.s.).

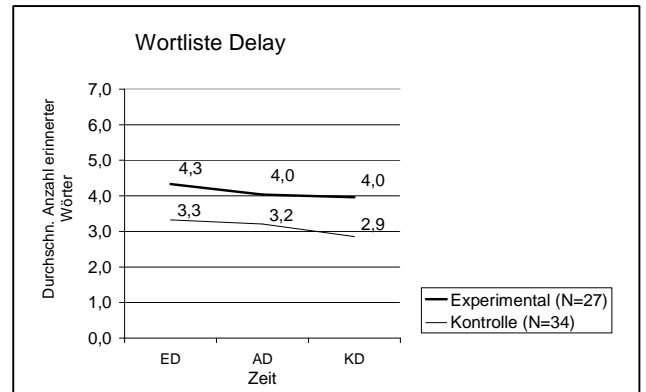
Beim längerfristigen Memorieren nonverbaler Gedächtnisinhalte (*RBMT*) ergeben sich keine signifikanten Haupteffekte: Zeit ( $F(2,116)=1.08$ ,  $p=0.34$  n.s. ; Interaktion Zeit x Gruppe ( $F(2,116)=1.86$ ,  $p=0.16$  n.s.) ; Faktor Gruppe:  $F(1,58)=0.61$ ,  $p=0.44$  n.s.



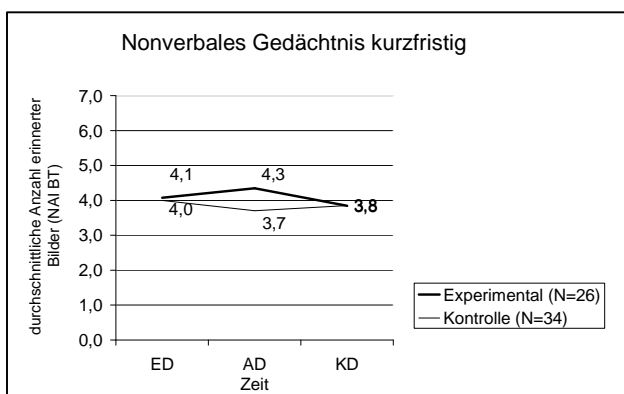
**Abbildung 10:**  
Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit nach Gruppe



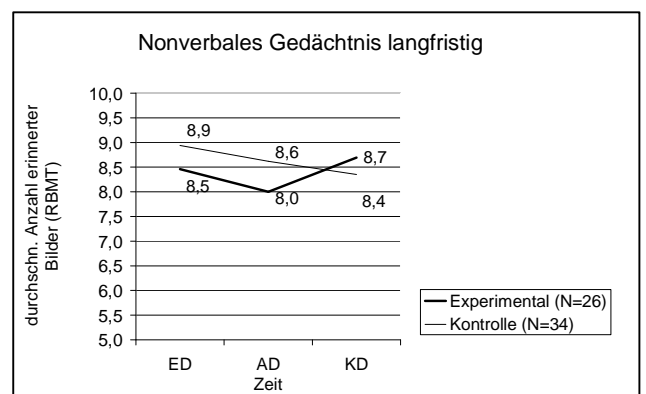
**Abbildung 11:** Kurzfristiges verbales Gedächtnis nach Gruppe



**Abbildung 12:** Längerfristiges verbales Gedächtnis nach Gruppe



**Abbildung 13:** kurzfristiges nonverbales Gedächtnis nach Gruppe



**Abbildung 14:** längerfristiges nonverbales Gedächtnis nach Gruppe

Damit konnte auch die Annahme, dass sich in der Experimentalgruppe Verbesserungen in den neuropsychologischen Variablen (insbesondere Gedächtnis) manifestieren, durch die Daten nicht belegt werden.

Von diesem mangelnden Erfolg des KVT im direkten Gruppenvergleich in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik sind konsequenterweise auch alle nachgeordneten Variablen, wie neuropsychologische und funktionelle Parameter, betroffen. So wären dort, wo sich zwischen den Gruppen ohnehin kein signifikanter Treatmenteffekt einstellt, bedeutsame Unterschiede bezüglich der restlichen Variablen eher überraschend. Um solche indirekten Einflüsse des KVT zu klären, werden weitere Analysen unternommen: Geprüft wird, ob bei derjenigen Subgruppe innerhalb der Experimentalgruppe, deren Depressionswerte sich gebessert haben, auch die neuropsychologischen Parameter signifikante Unterschiede abbilden und ob diese sich gegen die unbehandelten Kontrollpatienten absichern lassen, deren Depression sich ohne KVT gebessert hat. Zur Überprüfung dieser Fragestellung müssen zunächst Kriterien für eine im klinischen Sinn bedeutsame Verbesserung der depressiven Symptomatik festgelegt werden.

Wie unter Abs. 4.2. dargestellt, kommt der Festlegung von Kriterien zur Wirksamkeitsdarstellung eine wichtige Bedeutung zu. Die vorangegangenen Auswertungen beruhen auf der Analyse von Mittelwertsunterschieden, die für intervallskalierte Daten mittels T-Test und ANOVA auf *statistische* Signifikanz geprüft werden. Schwieriger zu beantworten ist die Frage nach der *bedeutsamen* Veränderung im *klinischen* Sinne. In der vorliegenden Studie, in der vor allem längerfristige Effekte interessieren, wird dann von einer klinisch bedeutsamen Verbesserung ausgegangen, wenn sich der Punktwert in der Geriatrischen Depressionsskala vom Zeitpunkt der Eingangsdiagnostik bis zur 3-Monats-Katamnese um 5 Zähler verbessert hat. Alle Patienten der Experimentalgruppe, die dieses Zielkriterium erfüllten, gelten als erfolgreich behandelt (*Responder*), die übrigen gelten als erfolglos behandelt (*Non-Responder*). Zur Überprüfung, inwieweit gefundene Unterschiede sich tatsächlich auf das KVT zurückführen lassen, werden diese gegenüber Probanden der Kontrollgruppe abgesichert, deren GDS-Wert sich ebenfalls – ohne KVT – um 5 Punkte vermindert hat (*spontan Gebesserte*). Aus Platzgründen wird an dieser Stelle allerdings auf eine ausführliche Darstellung verzichtet. (Die genauen statistischen Analysen finden sich in Form von Tabellen in den Anhängen C bis E).

Bei den neuropsychologischen Parametern ergibt die direkte Gegenüberstellung von erfolgreich behandelten und nicht erfolgreich behandelten keine signifikanten Gruppenunterschiede (siehe Anhang C). Die Gruppe der Responder innerhalb der Experimentalgruppe unterscheidet sich nicht systematisch von den Non-Respondern bezüglich ihrer

kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, ihres kurz- und langfristigen verbalen Gedächtnisses sowie ihres langfristigen nonverbalen Gedächtnisses. Einzige Ausnahme bildet das nonverbale kurzfristige Gedächtnis (kurzfristiges Behalten und Wiedergeben von Bildern): Hier ergab sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe x Zeit (siehe Anhang C). Eine Gegenprüfung mit den spontan gebesserten der Kontrollgruppe zeigte jedoch, dass diese sich ebenfalls bis zur Katamnese auf einen Mittelwert von 4.00 (SD=1.18, N=14) verbessern konnten, so dass die gefundenen Unterschiede wohl nicht auf das KVT zurückzuführen sind. Sofern es sich bei diesem gefundenen Unterschied nicht um ein im Rahmen der Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit zufällig entstandenes Ergebnis handelt, so müsste man hier von einem generell positiven Einfluss der Stimmung auf das kurzfristige Speichern von Wörtern ausgehen, der allerdings nicht auf das KVT zurückzuführen ist.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass selbst ein erfolgreich absolviertes KVT nicht zu einer nachhaltigen Besserung der neuropsychologischen Parameter geführt hat. Damit führte in dieser Untersuchung weder die gemessene Stimmungsaufhellung zu einer Verbesserung der kognitiven Parameter, noch eine Besserung der kognitiven Leistungen zu einer Verminderung der Depression.



### 7.3. Verlauf der funktionellen Parameter

Ein weiterer Bestandteil der Untersuchungshypothesen besagt, dass das verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm durch die Reduktion der Depression auch zu einer Verbesserung der funktionellen Parameter in der Experimentalgruppe führen würde. Erwartet wurden höhere ADL-Werte („Activities of Daily Living“) in der Experimentalgruppe, sowohl nach Reha-Ende als auch nach 3 Monaten. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Gruppeverläufe in Experimental- bzw. Kontrollgruppe innerhalb der funktionellen Parameter bis zur Katamnese:

Barthel Index und Timed Up & Go sind relativ grobe Maße zur Fremdbeurteilung des funktionellen Status. Beim Barthel Index ist der Faktor Zeit ( $F(2,112)=64,34$ ,  $p=0.00^{**}$ ) hochsignifikant. Alle Probanden konnten demnach ihre Alltagskompetenz im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme deutlich stärken, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit. Es gibt keine Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe ( $F(2,112)=0.13$ ,  $p=0.87$  n.s.) und keinen reinen Gruppenfaktor ( $F(1,56)=0.93$ ,  $p=0.34$  n.s.). Beim Timed-up and Go ist der Faktor Zeit mit  $F(2,68)=12.66$ ;  $p=0.00^{**}$  hochsignifikant, die Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,68)=0.03$ ;  $p=0.95$  n.s. und der Faktor Gruppe mit  $F(1,34)=0.54$ ;  $p=0.49$  nicht signifikant.

Die eher selten eingesetzte Motor Assessment Scale, die funktionelle Verbesserungen der oberen und unteren Extremitäten differenziert abbildet, zeigt eine deutlichere und statistisch signifikante Verbesserung über die Zeit in der Experimentalgruppe ( $F(2,106)=18.67$ ,  $p=0.00^{**}$ ). Die Interaktion Gruppe x Zeit ist ebenfalls mit  $F(2,106)=3.38$ ,  $p=0.04^*$  signifikant. Es gibt keinen reinen Gruppenfaktor ( $F(1,53)=0.22$ ,  $p=0.64$  n.s.). Inhaltlich bedeutet dies, dass sich Experimental- und Kontrollgruppe bezüglich des Verlaufs der mit der MAS erhobenen funktionellen Parameter tatsächlich unterscheiden. In der Experimentalgruppe zeigt sich eine deutlichere Verbesserung bis zur Katamnese. Aufgrund der restlichen funktionellen Ergebnisse sollte dieser Gruppenunterschied jedoch nicht überinterpretiert werden. Höchstwahrscheinlich ist der gefundene Effekt im Rahmen der Alpha-Fehler-Kumulation eher zufällig zustande gekommen.

Der Rivermead-ADL-Index zur Ermittlung der Alltagskompetenz erbringt folgende Ergebnisse: Alle Probanden verbessern sich gruppenunabhängig über die Zeit ( $F(2,72)=7.33$ ,  $p=0.00^{**}$ ; es gibt keine signifikante Interaktion Gruppe x Zeit ( $F(2,72)=0.43$ ,  $p=0.60$  n.s.); auch ein reiner Gruppenunterschied besteht nicht ( $F(1,36)=0.22$ ,  $p=0.64$  n.s.).

Zur Erfassung der IADLs wurde ein einfacher Summenscore gebildet, der sich aus der Addition der Einzelkomponenten „Geld zählen“, „Telefonieren“, „Blisterpackung öffnen“,

„Tablette halbieren“, „Tropfenflasche öffnen“ und „10 Tropfen abzählen“ ergibt. Für jedes richtig ausgeführte Item wurde ein Punkt vergeben. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt also 6, die niedrigste 0. Die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung erbringt hier folgendes Ergebnis: Faktor Zeit:  $F(2,104)=5.99$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,104)=0.58$ ,  $p=0.56$  n.s.; Faktor Gruppe:  $F(1,52)=1.20$ ,  $p=0.28$  n.s.. Es ergibt sich also keinerlei Zusammenhang zwischen Verbesserung und Gruppenzugehörigkeit. Alle Probanden verbessern sich über die Zeit in gleichem Maße.

Zur weiteren Analyse der Probanden, die erfolgreich mit dem KVT behandelt wurden, wurde wiederum eine Gegenüberstellung mit den erfolglos behandelten sowie den spontan gebesserten vorgenommen.

Auch hier ergeben sich keine signifikanten Haupteffekte bezüglich der Untersuchungshypothesen. Ebenso wie beim allgemeinen Gruppenvergleich deutet sich eine Tendenz an, dass erfolgreich behandelte bessere MAS-Werte erzielen, statistische Signifikanz jedoch wird nicht erreicht (siehe Anhang E). Die Gegenüberstellung mit den spontan gebesserten der Kontrollgruppe demonstriert, dass sich lediglich die erfolgreich behandelten nach Rehaende weiter verbessern, allerdings in nicht signifikantem Ausmaß.

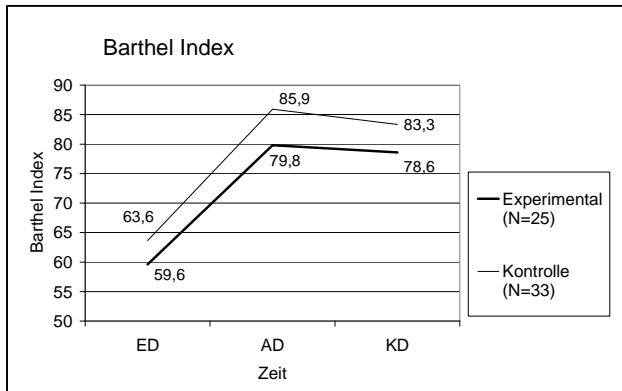


Abbildung 15: Barthel Index nach Gruppe

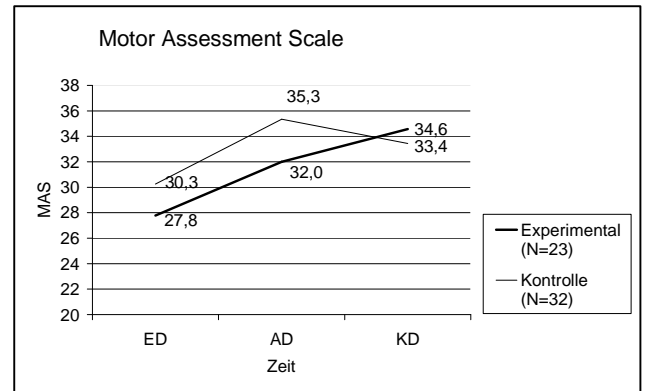


Abbildung 16: Motor Assessment Scale nach Gruppe

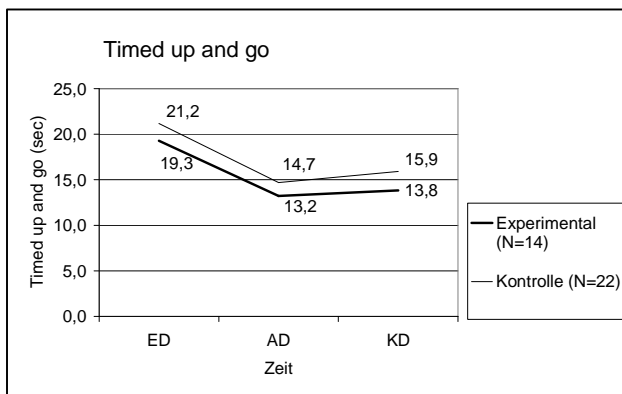


Abbildung 17: Timed up and go nach Gruppe

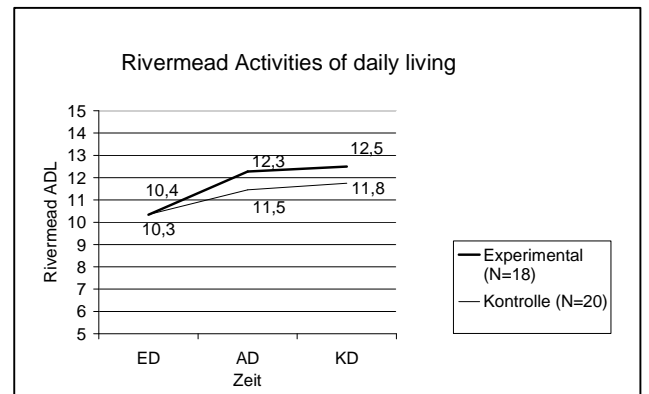


Abbildung 18: Rivermead ADLs nach Gruppe

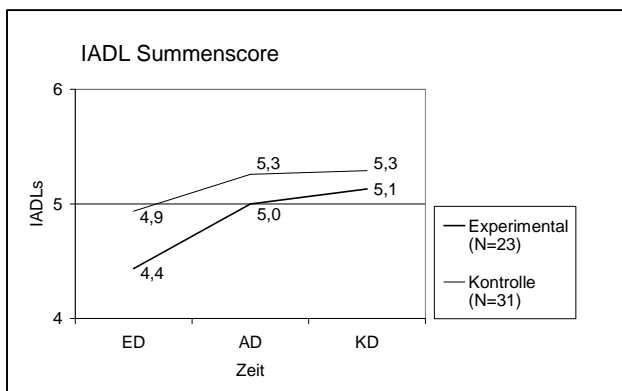


Abbildung 19: IADLs nach Gruppe

#### 7.4. Lebensqualität

Die zweite Untersuchungshypothese postuliert – neben den o.g. Variablen – eine erhöhte Lebensqualität in der Experimentalgruppe. Zur Anwendung kam die schlaganfallspezifische Lebensqualitätsskala (SS-QOL) (Williams et al., 1999) mit den Unterskalen Vitalität, Familie, Sprache, Mobilität, Stimmung, Persönlichkeit, Selbstständigkeit, Sozial- und Freizeitverhalten, Gedächtnis, Visus und Arbeit. (Hohe Werte bedeuten Lebensqualität erhöhende Merkmalsausprägung). Da zur deutschen Form dieses Instruments bislang keine Daten vorliegen, wurde die Skala explorativ zur Katamnese eingesetzt. Die Daten haben aufgrund mangelnder Verlaufsmessungen deskriptiven Charakter. Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

	Experimental			Kontrolle			Wert	P <sup>†</sup>
	M	SD	N	M	SD	N		
<b>Energie</b>	11.3	4.25	15	9.9	3.94	15	T=0.89 (df=28)	0.38 n.s.
<b>Familie</b>	10.1	4.44	15	11.2	3.55	15	T=-0.73 (df=28)	0.47 n.s.
<b>Sprache</b>	23.0	2.30	15	21.8	4.11	15	T=0.99 (df=28)	0.33 n.s.
<b>Mobilität</b>	21.7	6.25	15	20.3	6.64	15	T=0.62 (df=28)	0.54 n.s.
<b>Stimmung</b>	18.3	6.63	15	16.7	4.97	15	T=0.78 (df=28)	0.44 n.s.
<b>Persönlichkeit</b>	11.7	4.45	15	12.4	3.20	15	T=-0.52 (df=28)	0.61 n.s.
<b>Selbstständigkeit</b>	19.3	6.47	15	17.9	8.00	15	T=0.53 (df=28)	0.60 n.s.
<b>Sozial-und Freizeitaktivität</b>	16.6	6.98	15	14.6	5.63	15	T=0.86 (df=28)	0.40 n.s.
<b>Gedächtnis</b>	9.9	4.02	15	8.6	3.16	15	T=0.96 (df=28)	0.35 n.s.
<b>Visus</b>	13.3	2.49	15	13.8	1.93	15	T=-0.65 (df=28)	0.52 n.s.
<b>Arbeit</b>	10.1	4.06	15	9.2	3.26	15	T=0.64 (df=28)	0.52 n.s.
<b>SSQOL gesamt</b>	165.27	33.46	15	156.40	19.07	15	T=0.89 (df=28)	0.38 n.s.

Anmerkungen:

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; N=Anzahl gültiger Werte;

Wert=Testwert mit Freiheitsgraden; P=Signifikanz; <sup>†</sup>=T-Test für unabhängige Stichproben

**Tabelle 6** : Lebensqualität 3 Monate nach Entlassung

Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, wenngleich die Mittelwerte der meisten Skalen leicht zugunsten der Experimentalgruppe ausfallen. Aufgrund der Tatsache, dass keine Verlaufsdaten vorliegen, ist nicht bekannt, wie die Ausgangswerte lagen. Darüber hinaus ist die Stichprobengröße unzureichend. In zukünftigen Studien sollte die Lebensqualität über alle Messzeitpunkte und mit größeren Stichprobenumfängen erhoben werden.

Wie an anderer Stelle dargestellt, rückt die Variable „Lebensqualität“ derzeit zunehmend in das Interesse der Forschung, nicht zuletzt aufgrund ihrer hohen Korrelationen mit Depression. Sie erscheint auch deshalb vielversprechend, weil die Erhöhung der Lebensqualität als wichtiges Interventionsziel für Psychotherapie mit älteren Menschen erachtet wird. Darüber hinaus erschließt sich durch diese Variable mit den oben genannten Unterskalen eine differenziertere Erhebung aller mit dem klinischen Bild einer

Depression einhergehenden Veränderungen. Im Extremfall persistiert eine depressive Grundstimmung trotz therapeutischer Intervention. Für solche Fälle kann sich ein Interventionserfolg daher möglicherweise nur über mit gesteigerter Lebensqualität einhergehende Parameter, wie sinnvolle Freizeitgestaltung oder Selbstständigkeit, abzeichnen.

### **7.5. Zusammenfassung**

Wie die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, konnten die Haupt-Untersuchungshypothesen, wonach die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall der kliniküblichen, multiprofessionellen, antidepressive Medikation einschließenden, Rehabilitation generell überlegen ist und sich depressive Symptome in der Experimentalgruppe signifikant reduzieren, neuropsychologische Parameter und „activities of daily living“ deutlich verbessern, *nicht* bestätigt werden.

Auch weitere Analysen an Teilstichproben, deren Depression sich mit oder ohne kognitiv-verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm gebessert hatte, zeigen keine hinreichenden Zusammenhänge zwischen Depression und neuropsychologischen bzw. funktionellen Variablen. Damit konnten gleichsam die in der Literatur diskutierten Kausalzusammenhänge zwischen Stimmungsaufhellung und Verbesserung kognitiver und funktioneller Leistungsfähigkeit nicht repliziert werden.

## 8.0. Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg: Post hoc Analysen

Da, wie unter den vorangehenden Abschnitten ausgeführt, der direkte Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede in der Reduktion der depressiven Symptomatik erbringt, werden nachfolgend mögliche Einflussfaktoren bzw. Störvariablen analysiert und diskutiert. Dabei wird Bezug auf die unter Abs. 3.2.6. erläuterten allgemeinen Prädiktoren zur Depressionsgenese genommen und mit der Frage verknüpft, ob diese allgemeinen Risikofaktoren neben der Entstehung einer Depression nach Schlaganfall auch den Therapieerfolg beeinflussen (vgl. Ahrens & Birkhofer, 1999).

### 8.1. Pharmakologische Behandlung

		Experimental		Kontrolle			Wert	P <sup>1</sup>
		M	SD	N	M	SD		
Anzahl der Medikamente	ED	5.7	2.4	26	5.2	2.11	32	F(2,112) =0.45 0.62 n.s.
	AD	6.1	1.93	26	5.3	2.11	32	
	KD	6.0	2.44	26	5.1	1.99	32	

Anmerkungen:

ED=Eingangsdiagnostik, AD=Abschlussdiagnostik, KD=3-Monats-Katamnese; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; N=Anzahl gültiger Werte; ; Wert=Testwert mit Freiheitsgraden; P=Signifikanz; <sup>1</sup>=Haupteffekt Gruppe x Zeit (ANOVA mit Messwiederholung)

**Tabelle 7** : Anzahl der Medikamente

Antidepressive Medikation			Experimental		Kontrolle		Wert	P <sup>1</sup>
	ED	nein	21	32	$\chi^2=3,53$ (df=1)	0.06 n.s.		
			ja	6				2
		davon	SSRI	1				1
		Trizyklika	2	-				
		andere	3	1				
	AD	nein	14	26	$\chi^2=4,04$ (df=1)	0.04*		
			ja	13				8
		davon	SSRI	3				4
		Trizyklika	3	-				
		andere	7	4				
KD	nein	17	27	$\chi^2=0,15$ (df=1)	0.15 n.s.			
		ja	9				6	
	davon	SSRI	3				4	
	Trizyklika	1	1					
	andere	5	1					

Anmerkungen:

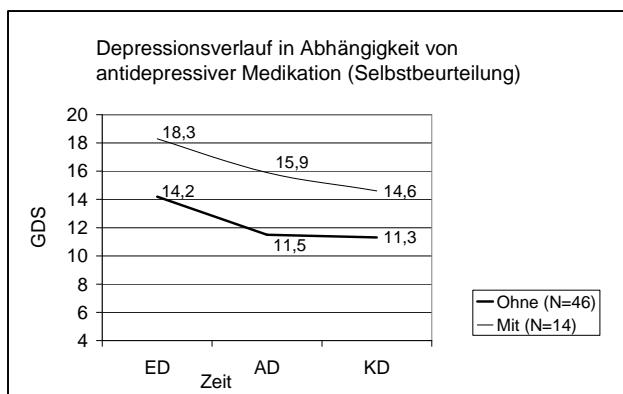
ED=Eingangsdiagnostik, AD=Abschlussdiagnostik, KD=3-Monats-Katamnese; P=Signifikanz; ; Wert=Testwert mit Freiheitsgraden; <sup>1</sup>= $\chi^2$ -Test nach Pearson

**Tabelle 8**: Antidepressive Medikation (Häufigkeiten)

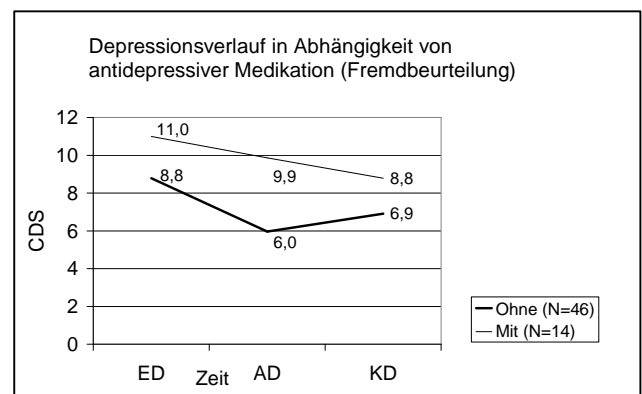
Zu allen Messzeitpunkten lag die durchschnittliche Anzahl der verordneten Medikamente zwischen 5 und 6, wobei sich keinerlei systematische Gruppenunterschiede ergaben. Üblicherweise orientierten sich die ärztlichen Mitarbeiter an der jeweiligen Prämedikation der Patienten. Erhielten Probanden beispielsweise bereits vor Rehabeginn ein

Antidepressivum, wurde dies – soweit aus medizinischer Sicht sinnvoll – in Art und Dosierung beibehalten. Dies erklärt den relativ hohen Anteil der Trizyklika und „anderer“, obwohl die SSRIs aus Studiensicht aufgrund ihrer günstigen Eigenschaften favorisiert wurden. Leider ergab sich bei der Verabreichung von Antidepressiva zu Reha-Ende ein signifikanter Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, d.h. während der Rehabilitation wurden den Experimentalpatienten häufiger Antidepressiva verordnet als den Kontrollpersonen. Die Verantwortung hierfür oblag allerdings ausschließlich dem gegenüber der Gruppenzugehörigkeit der Probanden blinden ärztlichen Klinikpersonal, so dass bewusste Verzerrungen ausgeschlossen werden können.

Inwieweit sich dieser Umstand auf den Behandlungserfolg auswirkt, lässt sich schlecht einschätzen. Gewöhnlich rechnet man eine Latenzzeit von mindestens 2 Wochen bis zum Wirkungseintritt. Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Überblick über die Depressionsverläufe in Abhängigkeit von antidepressiver Medikation:



**Abbildung 20:**  
Depressionsverlauf mit und ohne Antidepressivum (Selbstbeurteilung)



**Abbildung 21:**  
Depressionsverlauf mit und ohne Antidepressivum (Fremdbeurteilung)

In die Auswertung mit einbezogen wurden lediglich Personen, die zu allen drei Messzeitpunkten antidepressiv mediziert waren. Dies führt zu kleinen Stichprobenumfängen und den daraus resultierenden methodisch-statistischen Schwierigkeiten.

Allgemein zeigt sich, dass Patienten, die antidepressive Medikation durch die ärztlichen Mitarbeiter verordnet bekamen, auch tatsächlich depressiver waren.

Im Verlauf konnten sich beide Gruppen annähernd in gleichem Maße verbessern (parallele Verläufe), so dass daneben kein zusätzlicher Treatmentfaktor durch die Medikation erkennbar wird (Selbstbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,116)=14.50$ ,  $p=0.00^{**}$ , Faktor Gruppe  $F(1,58)=6.44$ ,  $p=0.01^{**}$ , Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,116)=0.42$ ,  $p=0.64$  n.s.; Fremdbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,116)=8.55$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,58)=7.10$ ,  $p=0.01^{**}$ ; Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,116)=1.86$ ,  $p=0.17$  n.s.).

Getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar:

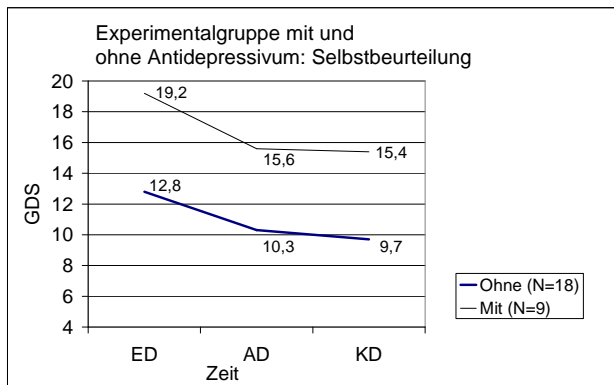


Abbildung 22: Experimentalgruppe mit und ohne AD (Selbstbeurteilung)

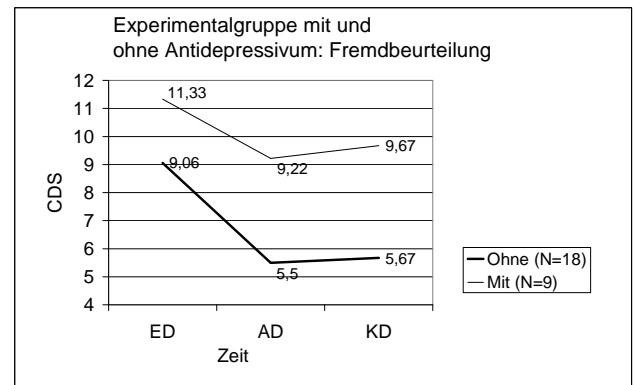


Abbildung 23: Experimentalgruppe mit und ohne AD (Fremdbeurteilung)

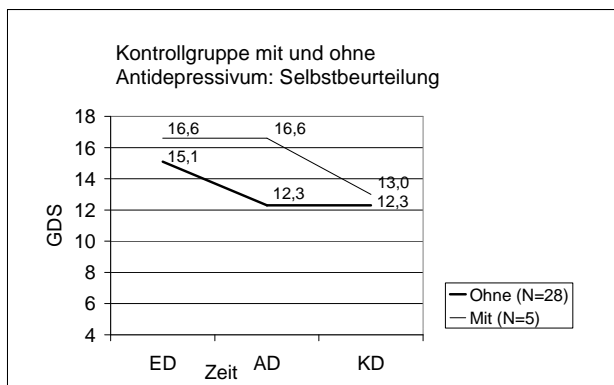


Abbildung 24: Kontrollgruppe mit und ohne AD (Selbstbeurteilung)

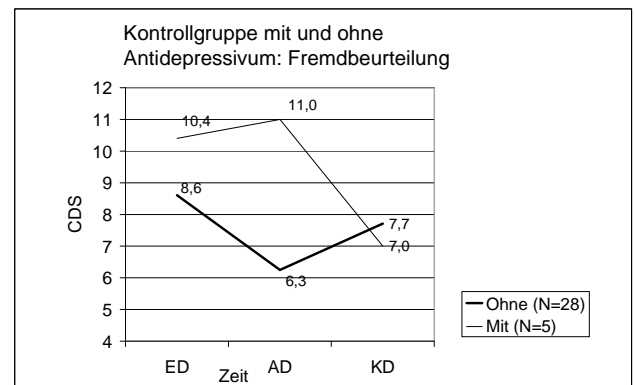


Abbildung 25: Kontrollgruppe mit und ohne AD (Fremdbeurteilung)

In der Experimentalgruppe liegen die Ausgangsniveaus der Personen mit und ohne Antidepressivum weit auseinander. Die Verläufe unterscheiden sich jedoch nicht. Durch die zusätzliche Verabreichung eines Medikaments konnte also kein stärkerer Rückgang der Depression erreicht werden (GDS: Faktor Zeit  $F(2,50)=8.77$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,25)=5.92$ ,  $p=0.02^{*}$ ; Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,50)=0.21$  n.s.; CDS: Faktor Zeit  $F(2,50)=10.49$ ,  $p=0.00^{**}$ , Faktor Gruppe  $F(1,25)=4.50$ ,  $p=0.04^{*}$ , Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,50)=0.93$ ,  $p=0.39$  n.s.).

In der Kontrollgruppe wurden – wie oben erläutert - erheblich weniger Antidepressiva verordnet als in der Experimentalgruppe, so dass sich stark unterschiedliche Gruppengrößen ergeben, die zum einen die statistische Auswertung mittels ANOVA beeinträchtigen, zum anderen die Interpretation der Ergebnisse erschweren. Die Gruppe der medikamentös behandelten innerhalb der Kontrollgruppe umfasst nur  $N=5$  Pbn. Dennoch zeigt sich ein Gruppenunterschied zugunsten der medikamentös behandelten, deren Depressionswert zur Katamnese deutlich absinkt, was durch die Latenzzeit von ca. 14 Tagen bis Wirkungseintritt der meisten Antidepressiva zu erklären ist. Die ANOVA, die aufgrund der geringen



Fallzahlen in der Medikamentengruppe nur unter Vorbehalt zu interpretieren ist, ergab im einzelnen: Selbstbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,62)=5.25$ ,  $p=0.01^{**}$ , Faktor Gruppe  $F(1,31)=1.08$ ,  $p=0.31$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,62)=1.90$ ,  $p=0.16$  n.s.; Fremdbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,62)=2.49$ ,  $p=0.10$ , Faktor Gruppe  $F(1,31)=2.18$ ,  $p=0.15$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,62)=4.10$ ,  $p=0.02^*$ .

Die Ergebnisse zur antidepressiven Medikation zeigen ein uneinheitliches Bild. Die Experimentalgruppe scheint nicht zusätzlich durch die Verabreichung stimmungsaufhellender Medikamente zu profitieren. Alle Probanden verbessern sich in ähnlicher Weise über die Zeit, allerdings bei stark unterschiedlichen Ausgangsniveaus. Wie sich die Gruppe der antidepressiv medizierten (die tatsächlich auch viel schwerer depressiv war) ohne Medikament entwickelt hätte, bleibt ungeklärt. Weitere Analysen zum Schweregrad der Depression finden sich unter Abs. 8.3..

In der Kontrollgruppe zeichnet sich ein Benefit durch die antidepressive Medikation ab, der vor allem nach Reha-Ende und vermutlich nach Einsetzen der Wirkung der Medikation sichtbar wird. Leider waren hier die Gruppengrößen derart unterschiedlich, dass man allenfalls Tendenzen erkennen kann.

Zukünftige Studien sollten bezüglich antidepressiver Medikation und psychotherapeutischer Maßnahmen kontrollierte Bedingungen mit gleichen Gruppengrößen anstreben. Im Rahmen der hier berichteten Studie war dies aufgrund des spezifischen Settings in der Reha-Klinik leider nicht möglich.

## 8.2. Einfluss früherer depressiver Episoden

Eine Reihe von Studien sprechen für einen Zusammenhang zwischen vorangehenden depressiven Episoden und der Entwicklung einer Poststroke Depression (Andersen et al., 1995; Eastwood et al., 1989; Wade et al., 1987). Wie aber beeinflusst das Vorhandensein vorangehender depressiver Episoden die Wirksamkeit des KVT? Die Abbildungen 26 bis 29 zeigen die unterschiedlichen Verläufe der depressiven Symptomatik bei Probanden mit und ohne Lifetime-Depression<sup>1</sup> im Gruppenvergleich:

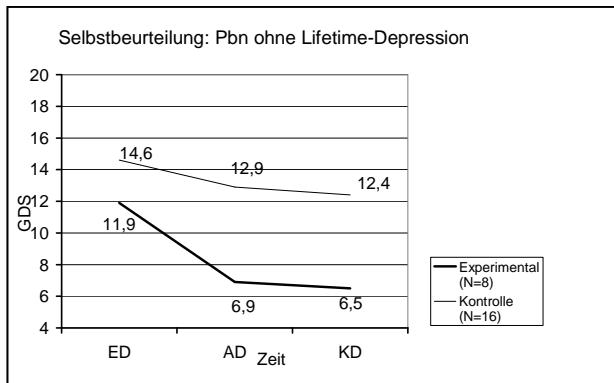
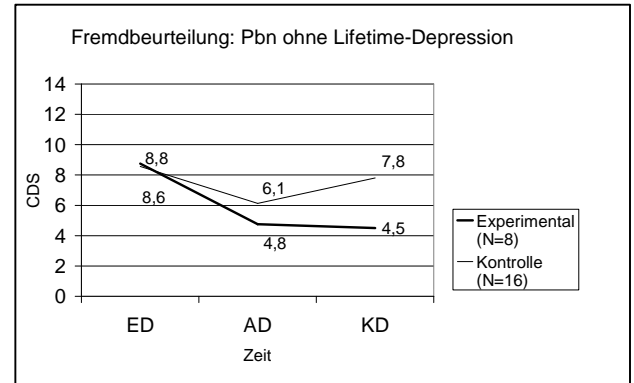
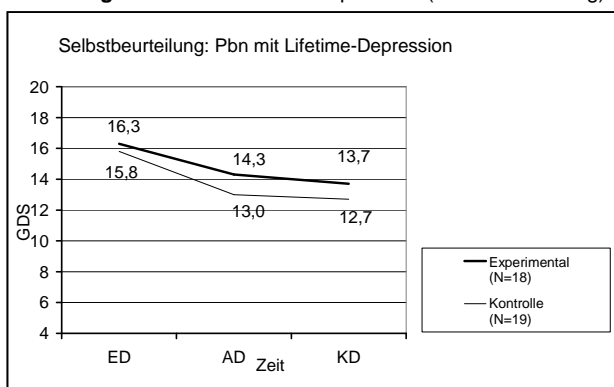
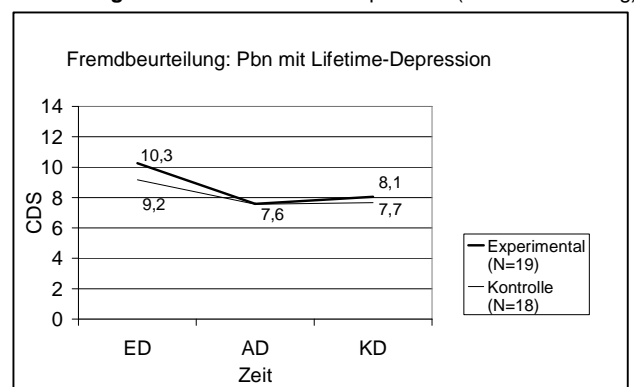
Personen, die bereits vor dem Schlaganfallereignis eine oder mehrere depressive Episoden erlebt hatten, konnten vom KVT nicht profitieren. Dies zeigt sich sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung. Bei beiden Gruppen reduziert sich die depressive Symptomatik signifikant über die Zeit, jedoch nicht gruppenabhängig. In der Selbstbeurteilung ist der Faktor Zeit mit  $F(2,70)=10.19$ ,  $p=0.00^{**}$  hochsignifikant. Auch in der Fremdbeurteilung erfuhren die Probanden unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit eine Besserung ihrer depressiven Symptomatik ( $F(2,70)=8,94$ ,  $p=0.00^{**}$ ). Die Interaktion Gruppe x Zeit ist in beiden Fällen nicht signifikant (GDS:  $F(2,70)=0.21$ ,  $p=0.81$  n.s.; Cornell:  $F(2,70)=0.49$ ,  $p=0.60$  n.s.). Ein reiner Gruppeneffekt liegt ebenfalls nicht vor (GDS:  $F(1,35)=0.30$ ,  $p=0.59$  n.s.; Cornell:  $F(1,36)=0.17$ ,  $p=0.68$  n.s.).

Die Ergebnisse derjenigen Probanden, die nach dem Schlaganfall erstmalig unter einer depressiven Episode litten, stellen sich wie folgt dar: Personen ohne frühere depressive Episoden weisen in Selbst- und Fremdbeurteilung einen deutlichen Zeiteffekt auf (GDS:  $F(2,44)=8.64$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Cornell:  $F(2,44)=6.75$ ,  $p=0.01^{**}$ ). Die Interaktion Gruppe x Zeit erreicht in der Selbstbeurteilung mit  $F(2,44)=1.73$ ,  $p=0.20$  n.s. keine Signifikanz, obgleich der Mittelwert bei unterschiedlichen Ausgangsniveaus in der Experimentalgruppe zur Katamnese deutlich niedriger liegt. In der Fremdbeurteilung steigen die Werte zur Katamnese im Gegensatz zur Experimentalgruppe wieder an ( $F(2,44)=1.82$ ,  $p=0.18$  n.s.).

Ein reiner Gruppeneffekt liegt in der Selbstbeurteilung vor, was mit den unterschiedlichen Ausgangsniveaus der beiden Gruppen zusammenhängt ( $F(1,22)=6.65$ ,  $p=0.02^{*}$ ). Dieser Effekt zeichnet sich jedoch nicht in der Fremdbeurteilung ab ( $F(1,22)=1.40$ ,  $p=0.25$  n.s.).

---

<sup>1</sup> Die Variable unterscheidet nicht zwischen ein- und mehrmaligem Auftreten vorangegangener depressiver Episoden und wurde im Rahmen des strukturierten klinischen Interviews anamnestisch erhoben.

**Abbildung 26:** Pbn ohne Lifetime Depression (Selbstbeurteilung)**Abbildung 27:** Pbn ohne Lifetime Depression (Fremdbeurteilung)**Abbildung 28:** Pbn mit Lifetime Depression (Selbstbeurteilung)**Abbildung 29:** Pbn ohne Lifetime Depression (Fremdbeurteilung)

### 8.2.1. Erstmanifestationsalter

Innerhalb der Gruppe der Personen, die bereits vor dem Schlaganfall unter einer oder mehreren depressiven Episoden litten, wurde die Stichprobe weiter unterteilt in Personen, deren Erstmanifestationsalter 50 Jahre nicht überschritt und solche Probanden, die zwar vor dem Schlaganfall schon erstmalig depressiv waren, jedoch zu einem späteren Zeitpunkt (über 50 Jahre).

Bei den Personen mit früher Erstmanifestation fallen die durchgehend hohen Depressionswerte auf, die in beiden Gruppen zu allen Messzeitpunkten deutlich über dem Cut-off von 11 GDS-Punkten liegen. Hier liegt – im Gegensatz zu den meisten anderen untersuchten Zusammenhängen – nicht einmal ein reiner Zeiteffekt vor. Die Werte bleiben nahezu unverändert. (Faktor Zeit:  $F(2,28)=0.17$ ,  $p=0.81$  n.s.; Faktor Gruppe:  $F(1,14)=0.88$ ,  $p=0.36$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,28)=0.75$ ,  $p=0.46$  n.s.).

Bei Personen, deren Erstmanifestationsalter über 50 Jahren lag, zeigen sich etwas günstigere Verläufe. In beiden Gruppen vermindern sich die GDS-Werte bei ähnlich hohen Ausgangsniveaus über die Zeit signifikant (Faktor Zeit:  $F(2,30)=17.00$ ,  $p=0.00^{**}$ ),

jedoch nicht gruppenabhängig Faktor Gruppe  $F(1,15)=0.03$ ,  $p=0.87$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,30)=1.62$ ,  $p=0.22$  n.s..

Insgesamt scheint der Depressionsverlauf erstens davon beeinflusst zu werden, ob eine Person nach einem Schlaganfall erstmalig an einer depressiven Episode erkrankt oder nicht, und zweitens, wenn ja, in welchem Alter sich die Störung zum ersten Mal manifestiert hat. Als besonders therapieresistent erwiesen sich diejenigen, die in jungen Jahren bereits depressiv waren.

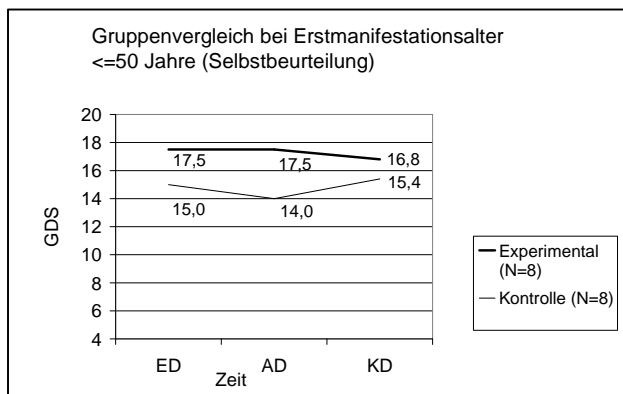


Abbildung 30: Erstmanifestationsalter bis 50

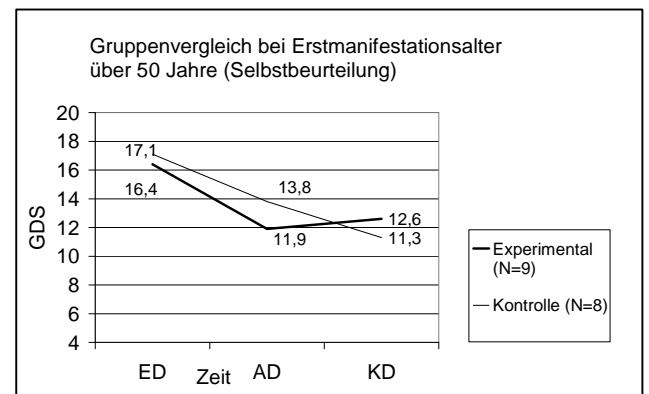


Abbildung 31: Erstmanifestationsalter über 50

In weiteren Forschungsvorhaben sollte daher einer Differenzierung hinsichtlich depressiver Vorgeschichte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Für die Gruppe der bereits frühzeitig an depressiven Störungen erkrankten scheint die im Rahmen dieser Studie angebotene Kurzzeitintervention nicht sinnvoll. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, bedürfen Verhaltensmuster, die sich über Jahrzehnte entwickelt und gefestigt haben, einer intensiveren und längerfristigen Behandlung, was im Rahmen einer durchschnittlich 3 Wochen dauernden Rehabilitation wohl nicht realisierbar erscheint.

### 8.3. Einfluss des Schweregrads der Depression

Anhand der verwendeten Kurzform des Strukturierten Klinischen Interviews (SKID) wurde der Schweregrad der Depression nach DSM IV nach den Abstufungen „leicht“, „mittel“ und „schwer“ erhoben. Die Abbildungen 32 bis 37 zeigen die unterschiedlichen Verläufe der nach Schweregrad unterteilten Subgruppen. Bei den Patienten mit leichter depressiver Episode besteht in beiden Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt, jedoch kein signifikanter Gruppenunterschied. Es zeigt sich eine Tendenz zur Verschlechterung nach Rehaende, die in der Fremdbeurteilung besonders deutlich wird. Insgesamt bleibt in dieser Gruppe das KVT erfolglos. Die ANOVA, die trotz der zum Teil sehr kleinen Gruppengrößen berechnet wurde, erbringt folgende Ergebnisse:

Selbstbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,24)=7.55$ ,  $p=0.01^{**}$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,12)=0.16$ ,  $p=0.70$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,24)=0.83$ ,  $p=0.43$  n.s.; Fremdbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,24)=4.56$ ,  $p=0.03^*$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,12)=0.02$ ,  $p=0.89$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(1,12)=0.98$ ,  $p=0.34$  n.s..

Auch in der Gruppe der mittelschwer Depressiven bleibt ein Gruppenunterschied zugunsten der mit dem KVT behandelten aus. Beide Gruppen zeigen zunächst eine Verbesserung ihrer Symptomatik über die Zeit in der Reha, verschlechtern sich aber zur Katamnese hin wieder. Die ANOVA erbringt hier folgende Ergebnisse: Selbstbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,70)=12.27$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Faktor Gruppe  $F(1,35)=0.83$ ,  $p=0.37$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,70)=1.67$ ,  $p=0.20$  n.s.; Fremdbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,70)=8.83$ ,  $p=0.00^{**}$ , Faktor Gruppe  $F(1,35)=2.19$ ,  $p=0.15$ , Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,70)=1.69$ ,  $p=0.20$  n.s..

Die Gruppe der schwer depressiven umfasst wiederum nur sehr kleine Stichprobenumfänge. Die gefundenen Tendenzen bedürfen daher weiterer Analysen. Hier zeigt sich in der Kontrollgruppe nach der Rückkehr ins häusliche Umfeld eine Tendenz zur Verschlechterung der depressiven Symptomatik, die allerdings statistisch nicht abgesichert werden kann. Auch bewegen sich diese Unterschiede auf „sehr hohem Niveau“ so dass die Werte beider Gruppen den Cut-off der GDS zum „gesunden Bereich“ zu keinem Messzeitpunkt unterschreiten. Die ANOVA ergibt: Selbstbeurteilung: Faktor Zeit  $F(2,16)=0.54$ ,  $p=0.60$  n.s., Faktor Gruppe  $F(1,8)=0.07$ ,  $p=0.80$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,16)=0.68$ ,  $p=0.51$  n.s.. Fremdbeurteilung:  $F(2,16)=3.34$ ,  $p=0.07$  n.s.; Faktor Gruppe:  $F(1,8)=2.36$ ,  $p=0.16$  n.s..

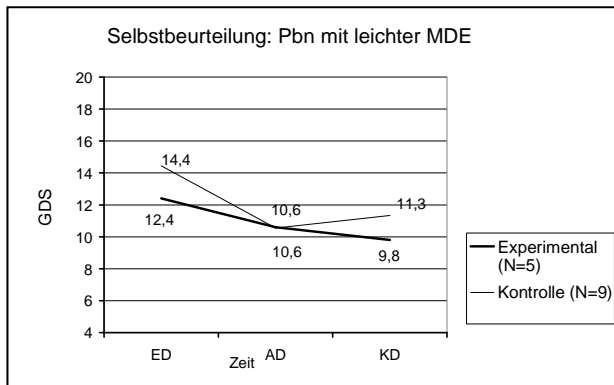


Abbildung 32: leichte MDE (Selbstbeurteilung)

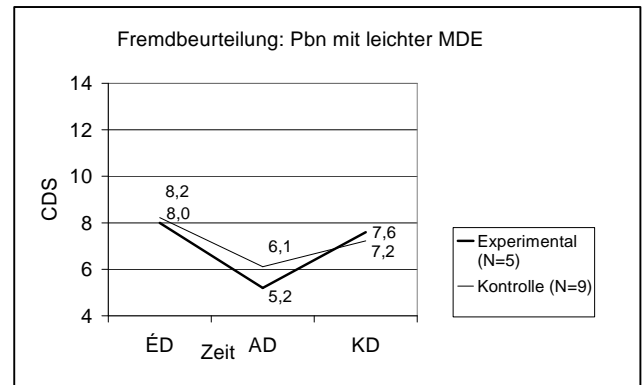


Abbildung 33: leichte MDE (Fremdbeurteilung)

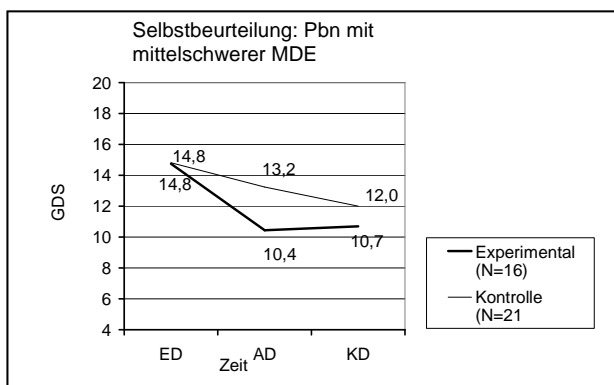


Abbildung 34: mittelschwere MDE (Selbstbeurteilung)

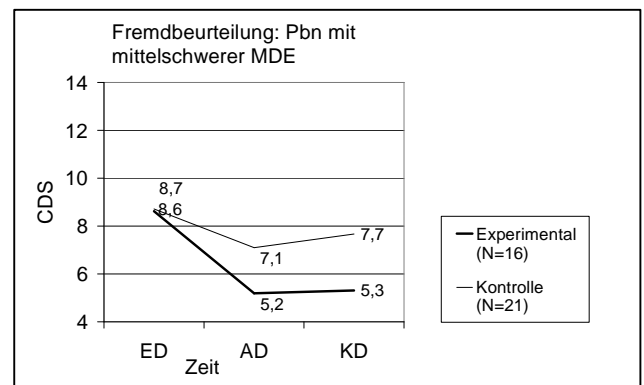


Abbildung 35: mittelschwere MDE (Fremdbeurteilung)

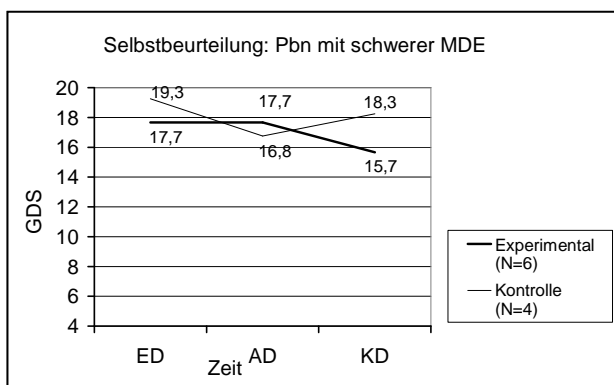


Abbildung 36: schwere MDE (Selbstbeurteilung)

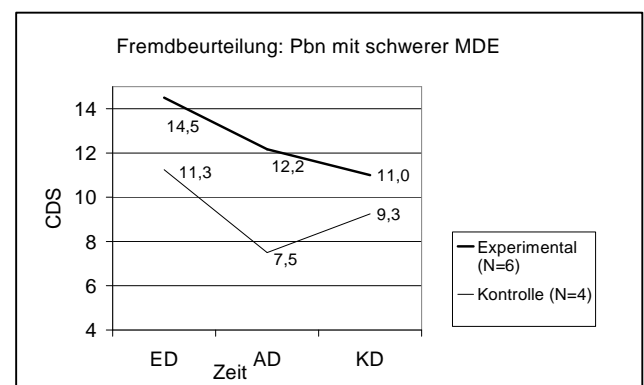


Abbildung 37: schwere MDE (Fremdbeurteilung)

#### 8.4. Einfluss des häuslichen Umfelds

Im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung einer PSD gilt Alleinleben gemeinhin als negativer Prädiktor (Aström, 1993, Hautzinger, 2000). Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden zunächst auf diesen Zusammenhang überprüft. Hierzu wurde die Teilstichprobe der Alleinlebenden (N=33) denjenigen Personen gegenübergestellt, die mit einer weiteren Person (üblicherweise mit ihrem Lebenspartner) im Haushalt leben (N=22). Personen, die im betreuten Wohnen, im Seniorenheim oder im Pflegeheim leben, konnten aufgrund der zu geringen Fallzahlen nicht in die Analyse aufgenommen werden (Siehe Tabelle 4; Stichprobe). Hierbei ergaben sich bei Selbst- und Fremdbeurteilung keinerlei systematische Gruppenunterschiede bzgl. Ausgangsniveau und Verlauf der depressiven Symptomatik in Abhängigkeit von der Wohnsituation. Allein leben konnte also in dieser Stichprobe nicht als depressionsfördernd identifiziert werden. (Siehe Abb. 38 und 39). Im einzelnen sehen die Ergebnisse der zweifaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung folgendermaßen aus: Selbstbeurteilung (GDS): Faktor Zeit  $F(2,106)=13,39$ ,  $p=0,00^{**}$ ; Interaktion Zeit x Gruppe  $F(2,106)=1,27$ ,  $p=0,28$  n.s.; Faktor Gruppe:  $F(1,53)=0,07$ ,  $p=0,79$  n.s.. Fremdbeurteilung (CDS): Faktor Zeit  $F(2,106)=14,00$ ,  $p=0,00^{**}$ ; Interaktion Gruppe x Zeit  $F(2,106)=0,28$ ,  $p=0,72$  n.s., Faktor Gruppe  $F(1,53)=0,44$ ,  $p=0,51$ .

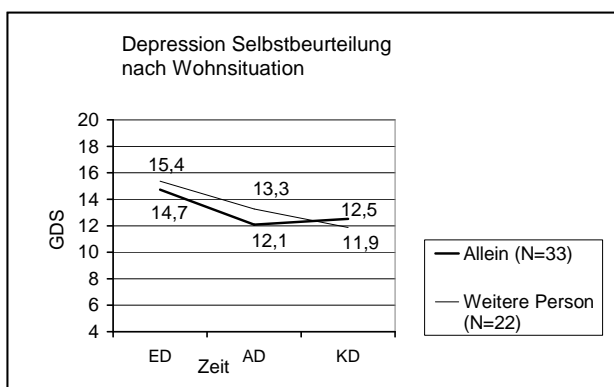


Abbildung 38: Selbstbeurteilung nach Wohnsituation

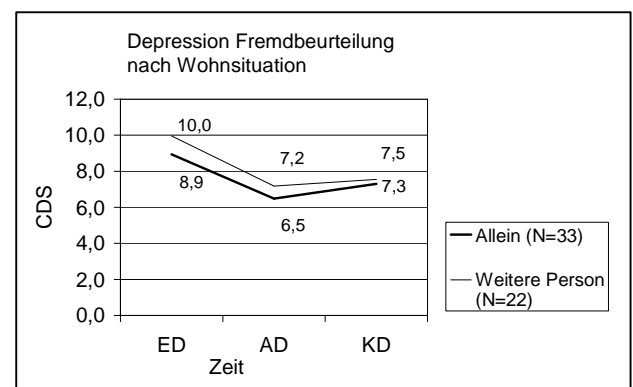


Abbildung 39: Fremdbeurteilung nach Wohnsituation

In einem zweiten Schritt wurden die Patienten der Experimentalgruppe und die Patienten der Kontrollgruppe getrennt bezüglich des Verlaufs ihrer depressiven Symptomatik in Abhängigkeit von der Wohnsituation untersucht, d.h. es wurde überprüft, ob die Wohnsituation einen Einfluss auf den *Therapieerfolg* ausübt. Die Abbildungen 40 bis 43 zeigen den Depressionsverlauf im Gruppenvergleich, getrennt für Alleinlebende und mit einer weiteren Person im Haushalt lebende.

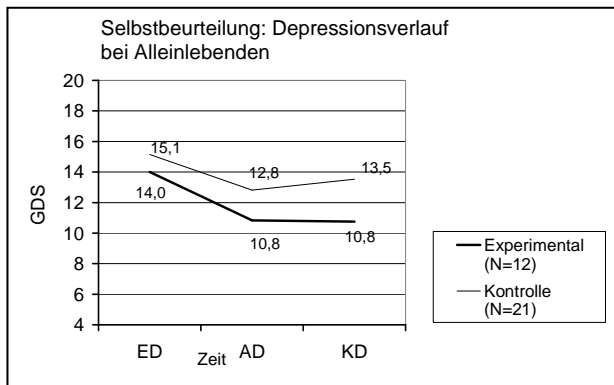


Abbildung 40: Selbstbeurteilung Alleinlebende

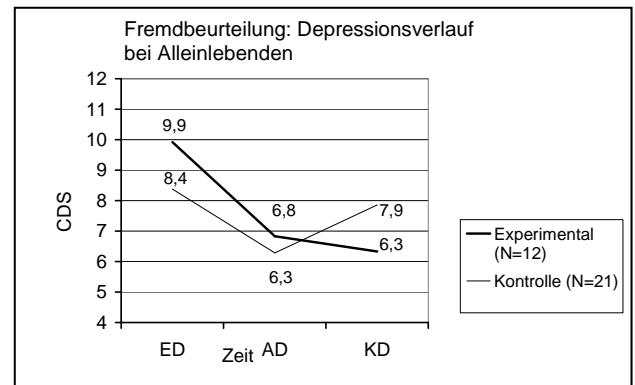


Abbildung 41: Fremdbeurteilung Alleinlebende

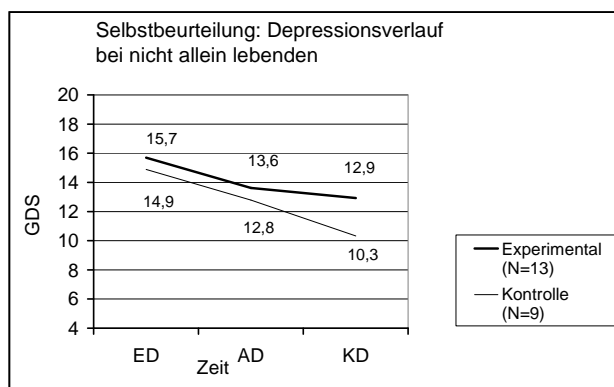


Abbildung 42: Selbstbeurteilung nicht Alleinlebende

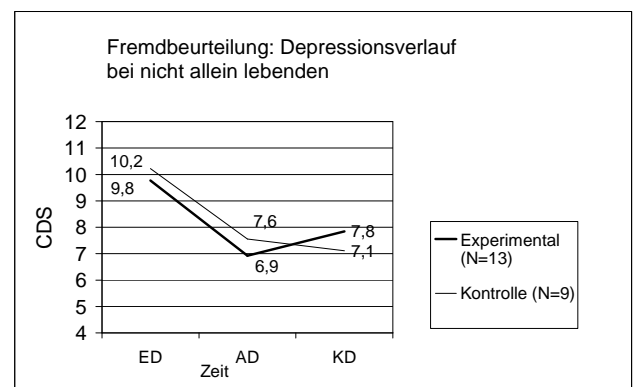


Abbildung 43: Fremdbeurteilung nicht Alleinlebende

In der Selbstbeurteilung (GDS) bei Alleinlebenden erbringt die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung folgende Ergebnisse: Der Faktor Zeit ist mit  $F(2,62)=5.77$ ,  $p=0.01^{**}$  hochsignifikant. Der Gruppenfaktor ( $F(1,31)=1.09$ ,  $p=0.30$  n.s.) und die Interaktion Zeit x Gruppe sind nicht signifikant ( $F(2,62)=0.42$ ,  $p=0.64$  n.s.). In der Fremdbeurteilung bei Alleinlebenden durch die CDS ergeben sich folgende Daten: Mit  $F(2,62)=9.03$ ,  $p=0.00^{**}$  ist wiederum der Faktor Zeit hochsignifikant. Die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F(2,62)=2.95$ ,  $p=0.07$  n.s.) verfehlt knapp Signifikanz, wobei sich ein Anstieg der Depression zur Katamnese hin bei den Probanden der Kontrollgruppe zeigt. Es existiert kein reiner Gruppenfaktor ( $F(1,31)=0.03$ ,  $p=0.84$  n.s.). In der Fremdbeurteilung der Depression bei Personen, die nicht allein leben, ist der Zeitfaktor wiederum hochsignifikant ( $F(2,40)=6.28$ ,  $p=0.01^{**}$ ). Eine signifikante Interaktion Gruppe x Zeit gibt es nicht ( $F(2,40)=0.37$ ,  $p=0.66$  n.s.). Auch ein reiner Gruppenfaktor existiert nicht ( $F(1,20)=0.00$ ,  $p=0.95$  n.s.). Die Selbstbeurteilung liefert folgende Daten: Der Faktor Zeit ist mit  $F(2,40)=13.70$ ,  $p=0.00^{**}$  hochsignifikant, die Interaktion Gruppe x Zeit ( $F(2,40)=1.06$ ,  $p=0.34$  n.s.) nicht signifikant, der Gruppenfaktor ist mit  $F(1,20)=0.33$ ,  $p=0.57$  n.s. ebenfalls nicht signifikant. Hier fällt auf, dass in der Experimentalgruppe nach Reha-Ende – im Gegensatz zur Kontrollgruppe – kein weiterer Rückgang der depressiven Symptomatik zu verzeichnen ist.



Insgesamt ergibt sich bei den Alleinlebenden nach der Rückkehr in die häusliche Umgebung keine weitere Verbesserung der depressiven Symptomatik. Bei den Probanden der Experimentalgruppe fällt auf, dass – bei mangelnder statistischer Signifikanz - der Depressionsscore bei den Probanden, die mit einer weiteren Person im Haushalt leben, weniger zurückgeht als bei Alleinlebenden.

Trotz fehlender statistischer Signifikanz sollte die Variable Wohnsituation auch in zukünftige Studien einbezogen werden. Möglicherweise war die hier getroffene Unterscheidung zu grob, eine bloße Einteilung in alleinlebend vs. nicht alleinlebend anhand der gewonnenen Daten wenig aussagekräftig. Einen Informationsgewinn könnte man durch die Miterhebung der Qualität des Wohnumfelds, der Qualität der Partnerbeziehung und des sozioökonomischen Status erreichen.

### 8.5. Therapieziel Steigerung der Sozialkontakte

Das Eingebundensein in ein soziales Netzwerk von Bekannten und Verwandten gilt gemeinhin als depressionsmindernd. Der Aufbau positiver Sozialkontakte ist daher wesentliches Interventionsziel kognitiv-verhaltenstherapeutischer Programme. Die Variable Außenkontakte wurde insgesamt zu zwei Messzeitpunkten erhoben. Bei Reha-Antritt und zur Katamnese.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den durchschnittlichen Anstieg der Außenkontakte von Rehabeginn bis zur 3-Monats-Katamnese.

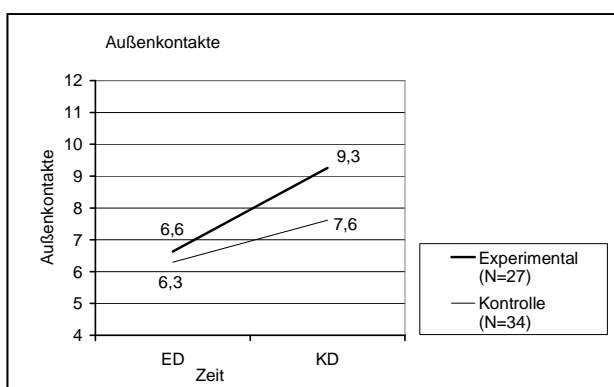


Abbildung 44: Gruppenvergleich Außenkontakte

Wie Abbildung 44 zeigt, konnten beide Gruppen ihre Sozialkontakte bis zur Katamnese steigern, wobei sich in der Experimentalgruppe ein etwas deutlicherer Anstieg zeigt. Die zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung ergibt jedoch keine signifikanten Effekte. Faktor Zeit:  $F(1,59)=3.53$ ,  $p=0.06$  n.s.; Faktor Gruppe:  $F(1,59)=0.61$ ,  $p=0.44$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(1,59)=0.39$ ,  $p=0.54$  n.s..

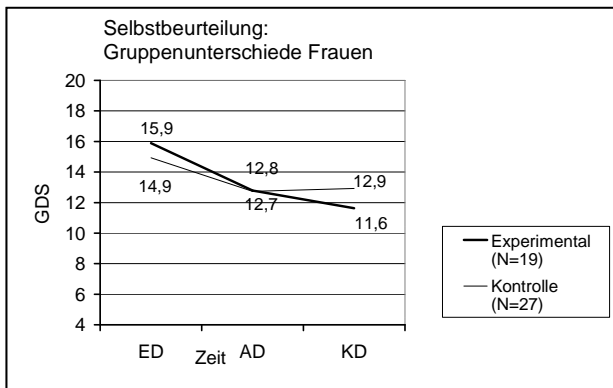


Abbildung 45: Frauen (Selbstbeurteilung)

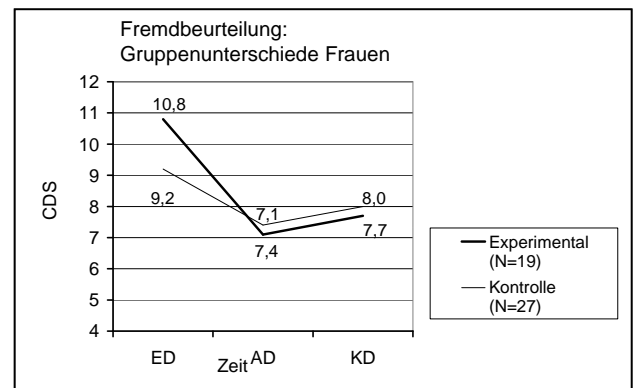


Abbildung 46: Frauen (Fremdbeurteilung)

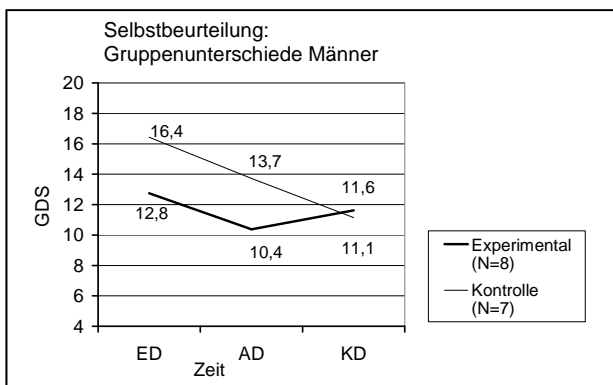


Abbildung 47: Männer (Selbstbeurteilung)

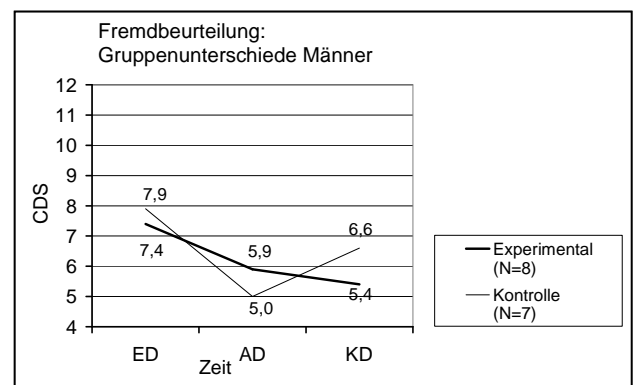


Abbildung 48: Männer (Fremdbeurteilung)

### 8.6. Einfluss des Geschlechts

Frauen weisen höhere Erkrankungsraten als Männer auf (Hautzinger, 2000). Ferner wird davon ausgegangen, dass Frauen eher bereit sind, sich einer Psychotherapie zu unterziehen als Männer. Außerdem wird Männern eine ausgeprägtere Tendenz zur Bagatellisierung und Symptomverleugnung nachgesagt. Wie könnten sich solche Faktoren auf die Wirksamkeit des KVT auswirken? Gibt es geschlechtsspezifische Therapieeffekte? Die Abbildungen 45 bis 48 zeigen die Verläufe der depressiven Symptomatik getrennt nach Geschlecht.

Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, ergibt sich bei den Männern (bei niedrigen Fallzahlen) in der Experimentalgruppe eine Verschlechterung der Symptomatik nach Rehaende, während sich die Kontrollgruppe kontinuierlich verbessert (Selbstbeurteilung: Faktor Zeit:  $F(2,26)=5.02$ ,  $p=0.02^*$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,13)=0.89$ ,  $p=0.36$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,26)=2.34$ ,  $p=0.12$  n.s.). In der Fremdbeurteilung hingegen verschlechtert sich die Kontrollgruppe nach Rehaende, während sich die Experimentalgruppe weiter verbessert. (Faktor Zeit:  $F(2,26)=3.34$ ,  $p=0.07$  n.s.; Faktor Gruppe:  $F(1,13)=0.41$ ,  $p=0.84$

n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,26)=0.72$ ,  $p=0.47$  n.s.)). Hier ergibt sich also eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdurteil.

Bei den Frauen kann sich die Experimentalgruppe im nicht signifikanten Bereich bei höherem Ausgangsniveau deutlicher verbessern als die Kontrollgruppe; in der Fremdbeurteilung steigen allerdings beide Scores zur Katamnese hin wieder an. (Selbstbeurteilung: Faktor Zeit:  $F(2,88)=13.98$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,44)=0.00$ ,  $p=0.96$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,88)=1.59$ ,  $p=0.21$  n.s.; Fremdbeurteilung: Faktor Zeit:  $F(2,88)=12.73$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,44)=0.11$ ,  $p=0.74$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,88)=2.04$ ,  $p=0.14$  n.s.).

Aufgrund der mangelnden Signifikanz lassen sich keine sicheren Aussagen bezüglich der oben formulierten Fragen treffen. Es deutet sich eine Tendenz an, dass Frauen insgesamt etwas mehr vom Programm profitierten als Männer. Sollte sich ein solcher Zusammenhang abzeichnen, wäre er möglicherweise auf die eingangs erwähnten Bagatellisierungs- und Verleugnungstendenzen von Männern oder eine höhere Therapiemotivation bei Frauen zurückzuführen und sollte mit höheren Fallzahlen weiteren Analysen unterzogen werden.

### **8.7. Kritische Lebensereignisse**

Wie unter Abs. 3.2.6.7. erläutert, werden vorangehende kritische Lebensereignisse als depressionsfördernd betrachtet (vgl. Hautzinger, 2000). Hierzu zählen vor allem Todesfälle nahestehender Bezugspersonen. Hier gilt es zum einen zu klären, ob Personen, die vor kurzem einen Todesfall erlebt haben, generell depressiver sind und zum anderen, ob sich diese Variable auf den anschließenden Therapieerfolg auswirkt. Die Operationalisierung erfolgte anhand der im SKID erhobenen vorangehenden Todesfälle bei nahestehenden Angehörigen, die zur Abgrenzung von einer Trauerreaktion einen Mindestabstand von 2 Monaten zum Trauerfall erfordert. Die nachfolgenden Schaubilder zeigen die Depressionsverläufe von Experimental- und Kontrollgruppe unter Berücksichtigung dieser Variablen.

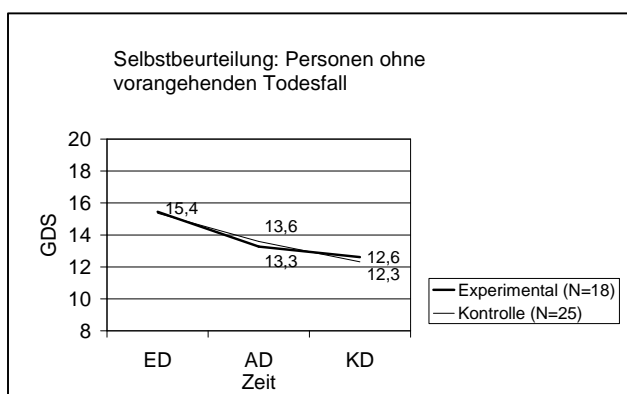
Bei Personen, bei denen sich kurz vor dem Schlaganfall kein Todesfall ereignet hat, zeigt sich kein Gruppenunterschied im Verlauf der depressiven Symptomatik (Faktor Zeit:  $F(2,82)=10.59$ ,  $p=0.00^{**}$ ; Faktor Gruppe  $F(1,41)=0.00$ ,  $p=0.99$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,82)=0.12$ ,  $p=0.86$  n.s.).

Bei denjenigen Probanden, bei denen sich in der Vorgeschichte ein Todesfall ereignet hat, ergibt sich zwar zur Katamnese ein Gruppenunterschied, der allerdings statistisch

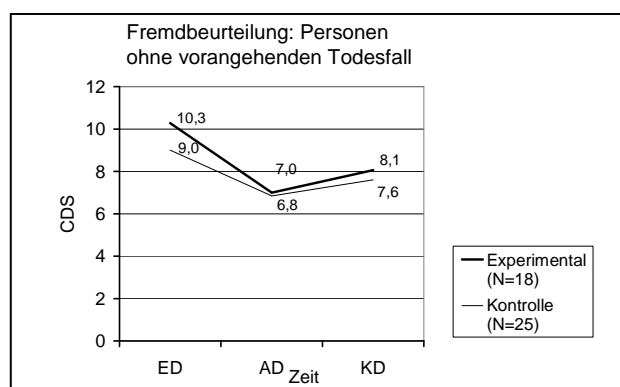
nicht abgesichert werden kann (Faktor Zeit:  $F(2,30)=7.50$ ,  $p=0.00^{**}$ , Faktor Gruppe:  $F(1,15)=0.36$ ,  $p=0.56$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,30)=0.84$ ,  $p=0.44$  n.s.).

In der Fremdbeurteilung zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei Personen ohne Todesfall in der Vorgeschichte ergeben sich gleiche Verläufe (Faktor Zeit:  $F(2,82)=10.61$ ,  $p=0.00^{**}$ , Faktor Gruppe:  $F(1,41)=0.32$ ,  $p=0.57$  n.s., Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,82)=0.46$ ,  $p=0.60$  n.s..

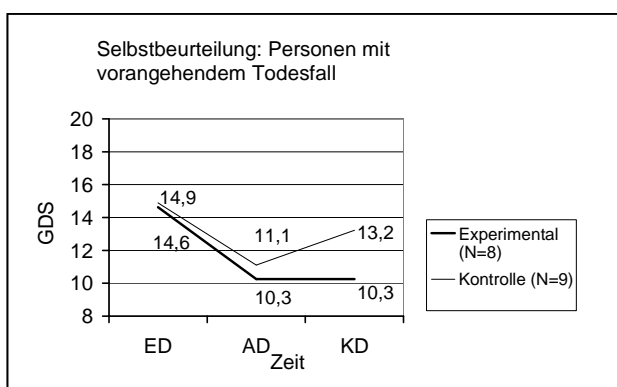
Personen mit Todesfall in der Vorgeschichte unterscheiden sich auch in der Fremdbeurteilung zur Katamnese hinsichtlich ihrer Gruppenzugehörigkeit auf statistisch nicht signifikantem Niveau (Faktor Zeit:  $F(2,30)=4.14$ ,  $p=0.03^*$ ; Faktor Gruppe:  $F(1,15)=0.55$ ,  $p=0.49$  n.s.; Interaktion Gruppe x Zeit:  $F(2,30)=2.34$ ,  $p=0.12$  n.s.).



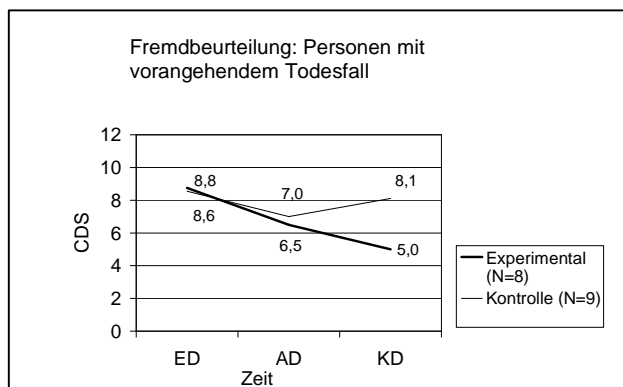
**Abbildung 49:** Pbn ohne vorangehenden Todesfall (Selbstbeurteilung)



**Abbildung 50:** Pbn ohne vorangehenden Todesfall (Fremdbeurteilung)



**Abbildung 51:** Pbn mit vorangehenden Todesfall (Selbstbeurteilung)



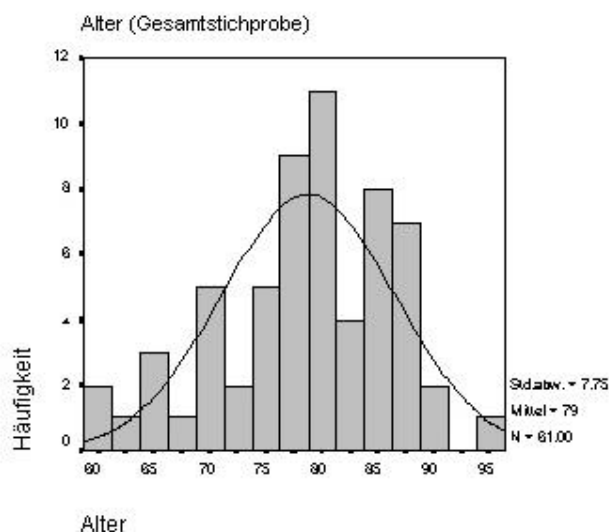
**Abbildung 52:** Pbn mit vorangehenden Todesfall (Fremdbeurteilung)

## 8.8. Alter

Wie unter Abs. 3.2.6.8. erläutert, gibt es – wenn auch widersprüchliche – Hinweise, dass das Depressionsrisiko mit zunehmendem Alter steigt. Darüber hinaus wurde bei älteren Patienten eine geringere Therapiemotivation und konsequenterweise ein geringerer Therapieerfolg beobachtet (siehe Abs. 2.1.1.).

### 8.8.1. Altersverteilung der Stichprobe

Abbildung 53: Altersverteilung der Stichprobe



Der Altersdurchschnitt in der untersuchten Stichprobe lag bei 78, der Median bei 79, der Modalwert bei 86 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war zum Untersuchungsbeginn 61 Jahre, der älteste 96 Jahre. Innerhalb dieser Stichprobe wurde untersucht, inwieweit sich mit zunehmendem Alter die Depressivität erhöht, und ob es zwischen Experimental- und Kontrollgruppe unterschiedliche Zusammenhänge gibt. Hierzu wurden zu allen Messzeitpunkten die Pearsonschen Korrelationen zwischen der Variable Alter und den Depressionswerten in Selbst- und Fremdbeurteilung erhoben.

Wie Tabelle 9 zeigt, ergibt sich keinerlei signifikante Korrelation. Auch sind die Zusammenhänge insgesamt überaus schwach und meist negativ, was bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Depressivität – wenn überhaupt – dann eher ab- als zunimmt. Ein positiver Zusammenhang zwischen Alter und Depressivität konnte in dieser Untersuchung also nicht gefunden werden.

#### Korrelationskoeffizienten nach Pearson: Alter und Depressivität

		Alter								
		Gesamt			Experimental			Kontrolle		
		R	S	N	R	S	N	R	S	N
ED	GDS	-0.11	0.39	61	-0.27	0.18	27	0.09	0.63	34
	CDS	-0.13	0.32	61	0.00	0.99	27	-0.22	0.21	34
AD	GDS	-0.02	0.87	61	-0.11	0.58	27	0.04	0.81	34
	CDS	0.04	0.79	61	0.01	0.94	27	0.05	0.77	34
KD	GDS	-0.16	0.23	61	-0.26	0.19	27	-0.09	0.60	34
	CDS	-0.12	0.37	61	-0.13	0.53	27	-0.19	0.29	34

Anmerkungen:

ED=Eingangsdagnostik, AD=Abschlussdiagnostik, KD=3-Monats-Katamnese;  
R=Korrelationskoeffizient nach Pearson, S=Signifikanz; N=Anzahl gültiger Werte

Tabelle 9: Alter und Depressivität

### 8.9. Motivationale Einflüsse

Wie in Kap. 2 erläutert, hängt das Gelingen therapeutischer Maßnahmen wesentlich von der Eigenmotivation der Probanden ab. In einer geriatrischen Rehabilitationsklinik, zu deren Standardangebot psychologische Betreuung nicht zählt, sondern zunächst die physische Restitution nach dem Schlaganfall im Vordergrund steht, mag eine Verbesserung der Stimmung zunächst nicht als vorrangiges Rehaziell betrachtet werden. Um diese motivationalen Aspekte zu erheben, wurden die Probanden im Rahmen der Eingangsdiagnostik gebeten, ihre primären und sekundären Rehazielle zu nennen. Als primäres Rehaziell galt dabei die Nennung, die von den Probanden spontan geäußert wurde, als weiteres Rehaziell wurden Antworten kategorisiert, die auf Nachfrage der Diagnostiker mit „Ja“ beantwortet wurden. Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die genannten Ziele:

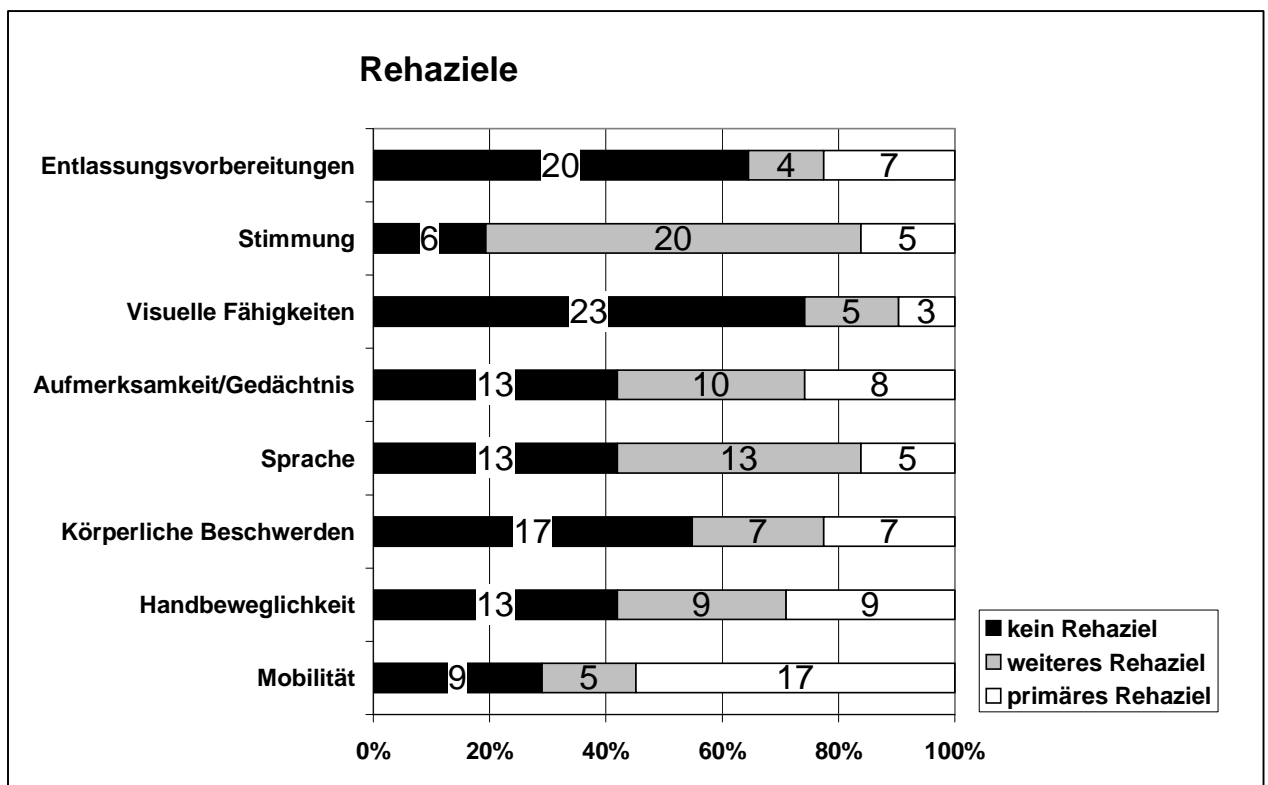


Abbildung 54: Rehazielle zu T1

Als Ziel gilt jeweils die Verbesserung der genannten Variablen („Stimmung“ steht beispielsweise für „Verbesserung der Stimmung“; „Körperliche Beschwerden“ steht für „Verbesserung der körperlichen Beschwerden“ usw.).

Spontan am häufigsten genannt wurde die Verbesserung bzw. Wiedergewinnung der Mobilität, gefolgt von der Handbeweglichkeit. Die Verbesserung der Stimmung wurde

lediglich von 5 Probanden spontan genannt, jedoch definierten dies 20 Probanden auf Nachfrage der Diagnostiker als Rehaziel. Lediglich 6 Probanden schlossen die Verbesserung ihrer Stimmung als Rehaziel aus. Diese Zahlen machen deutlich, dass zwar viele Probanden ihre Stimmung als verbesserungswürdig einstufen, jedoch nur wenige die Rehamassnahme mit entsprechender Intention antraten.

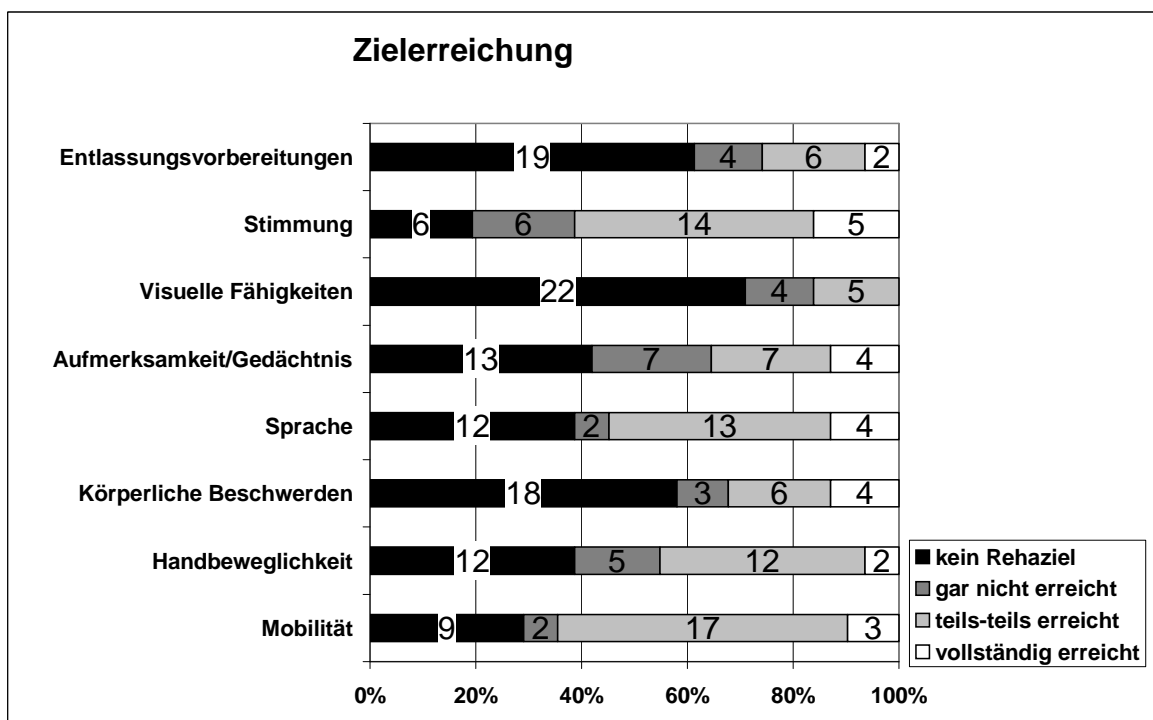


Abbildung 55: Zielerreichung zu T2

Gegen Ende der Rehamassnahme wurde das Ausmaß der Zielerreichung erhoben. Die nachfolgenden Analysen vergleichen Zielsetzung und –erreichung. Für die Variable Stimmungsverbesserung liegen insgesamt 31 vollständige Datensätze vor, davon 15 aus der Experimentalgruppe und 16 aus der Kontrollgruppe. Dieser subjektiven Bewertung der Stimmungsverbesserung gegenübergestellt wurde die Differenz der Depressionswerte in der GDS vor und nach der Rehabilitation, die als Verlaufsmaß der Depression neben der Stimmungsverbesserung noch weitere depressionsassoziierte Parameter abbildet.

Wie die Tabellen im Anhang F zeigen, lagen die Ausgangswerte in der GDS aller 6 Probanden (1 Pb Experimentalgruppe, 5 Kontrollgruppe), die keine Stimmungsverbesserung anstrebten, im klinischen Bereich (>11). Alle erzielten eine Besserung ihrer Stimmung über die Dauer der Reha. Die Stimmungsverbesserung erfolgte also, ohne zuvor als Ziel definiert worden zu sein.



Insgesamt 20 Probanden gaben auf Nachfrage an, ihre Stimmung verbessern zu wollen („weiteres Rehaziel“), davon waren 11 in der Experimentalgruppe, 9 in der Kontrollgruppe. 4 Probanden gaben an, dieses Ziel überhaupt nicht erreicht zu haben; davon war eine Person in der Experimentalgruppe, drei in der Kontrollgruppe. 12 Probanden gaben an, ihr Ziel teilweise erreicht zu haben, davon waren 7 in der Experimentalgruppe und 5 in der Kontrollgruppe. In der Gruppe derjenigen, die Stimmungsverbesserung als „weiteres Rehaziel“ definiert hatten, erreichten 4 Probanden ihr Ziel vollständig, davon 3 aus der Experimentalbedingung und 1 aus der Kontrollbedingung.

In der Gruppe derjenigen, die die Stimmungsverbesserung als primäres Rehaziel spontan geäußert hatten, erreichten zwei Pbn ihr Ziel überhaupt nicht (davon ein Pb aus der Experimentalgruppe und ein Pb aus der Kontrollgruppe; beide erzielten allerdings Verbesserungen in der GDS), zwei Probanden erreichten ihr Ziel zum Teil (beide aus der Experimentalgruppe) und eine Person (Kontrollgruppe) gab an, ihr Ziel vollständig erreicht zu haben. Bei dieser Person verschlechterte sich jedoch der GDS-Wert um zwei Zähler. Insgesamt fällt auf, dass sich die subjektiv erlebte Zielerreichung nur bedingt in den GDS-Werten widerspiegelt. Der Begriff „Stimmungsverbesserung“ repräsentiert allerdings auch nur einen Teilaspekt der anhand der GDS im Zusammenhang mit einer Depression erhobenen Parameter. Außerdem geht aus den Angaben zur Zielerreichung das Ausmaß der Erwartungen bezüglich der Stimmungsverbesserung nicht hervor. So ist denkbar, dass einige Probanden bereits eine leichte Stimmungsverbesserung als großen Erfolg werteten, wohingegen andere in ihrer Anspruchshaltung eher enttäuscht waren, obwohl sich im Depressionsfragebogen durchaus positive Effekte abzeichneten.

### Zielerreichung: Rehaziel „Stimmung“ Häufigkeiten (getrennt nach Gruppen)

Zielerreichung		Experimental	Kontrolle	Wert	P <sup>1</sup>
<b>Primäres Rehaziel</b>	gar nicht erreicht	1	1	$\chi^2=2.92$ (df=2)	0.23 n.s.
	teils-teils	2	0		
	vollständig	0	1		
<b>weiteres Rehaziel</b>	gar nicht erreicht	1	3	$\chi^2=2.16$ (df=2)	0.34 n.s.
	teils-teils	7	5		
	vollständig	3	1		
<b>Gesamt</b>		14	11		
<b>*Kein Rehaziel</b>		1	5		

Anmerkungen:

P=Signifikanz; ; Wert=Testwert mit Freiheitsgraden; <sup>1</sup>= $\chi^2$ -Test nach Pearson (nur eingeschränkt interpretierbar aufgrund niedriger Zellhäufigkeiten)

**Tabelle 10:** Zielsetzung und -erreichung nach Gruppen getrennt

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der Zielerreichung, getrennt nach Experimental- und Kontrollgruppe.

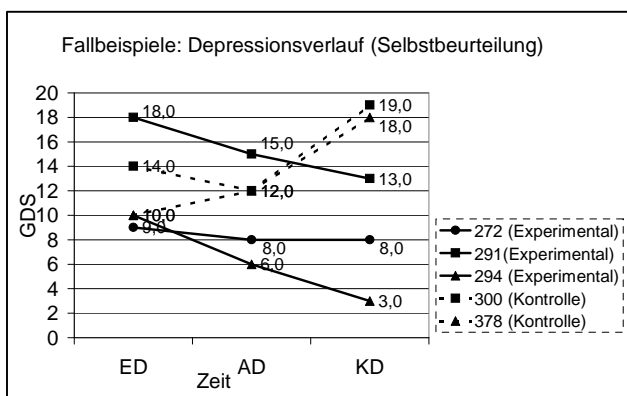


Abbildung 56: primär Eigenmotivierte (Selbstbeurteilung)

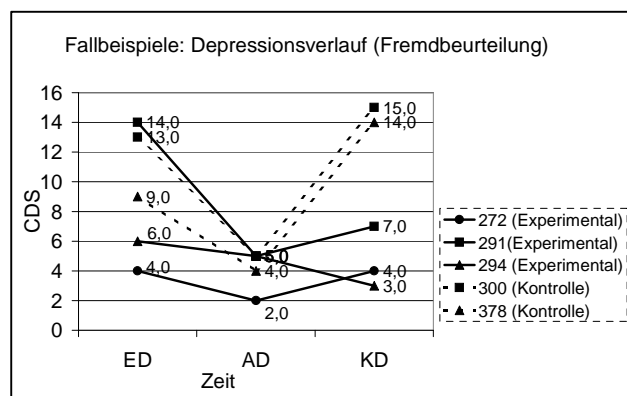


Abbildung 57: primär Eigenmotivierte (Fremdbeurteilung)

Greift man – wie unter dem vorangehenden Abschnitt beschrieben - die Gruppe derjenigen heraus, die aus primärer Eigenmotivation eine Stimmungsverbesserung während der Reha anstrebten (N=5), so zeigen sich bis zur Katamnese die unter Abb. 56 und 57 dargestellten Depressionsverläufe. Alle Probanden erhielten eine dreistellige Fallnummer. Die Pbn der Kontrollgruppe (gestrichelte Linien) weisen nach Rehaende eine Stimmungsverschlechterung auf, die vor allem in der Selbstbeurteilung deutlich wird. Von den insgesamt fünf Personen wurden drei der Experimentalbedingung (durchgezogene Linien) zugewiesen, die dieses Ziel allesamt erreichten. Die beiden Pbn der Kontrollbedingung hingegen, die nicht psychotherapeutisch betreut wurden, zeigten nach drei Monaten eine Stimmungsverschlechterung.

### 8.10. Kognitive Überforderung

Da das kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm – obgleich es sich um eine für ältere, kognitiv leicht beeinträchtigte Menschen adaptierte Form handelt – dennoch gewisse kognitive Fähigkeiten voraussetzt, wird der Zusammenhang zwischen kognitiver Überforderung und dem Verlauf der depressiven Symptomatik überprüft. Hierzu wurden die Probanden der Experimentalgruppe von den Therapeuten eingeschätzt: Probanden, die vollständig überfordert waren, Pbn, die teilweise kognitiv überfordert waren und solche, die nicht kognitiv überfordert waren. Insgesamt wurde ein Proband als kognitiv „vollständig überfordert“ eingestuft, 4 Probanden als „teilweise überfordert“ und 20 Probanden als „nicht kognitiv überfordert“. Von den übrigen Probanden liegen keine Therapeuteneinschätzungen vor.

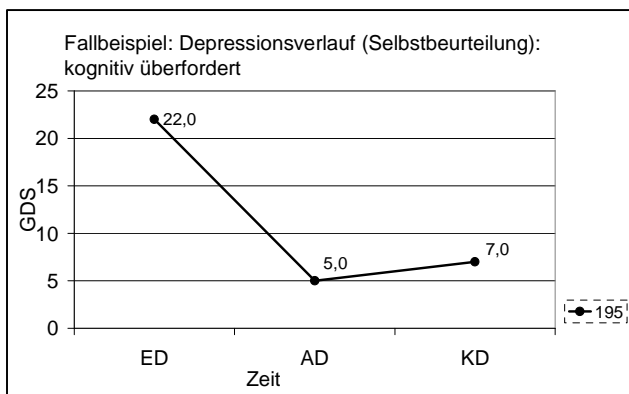


Abbildung 58: Selbstbeurteilung eines als kognitiv überfordert eingestuften Pbn

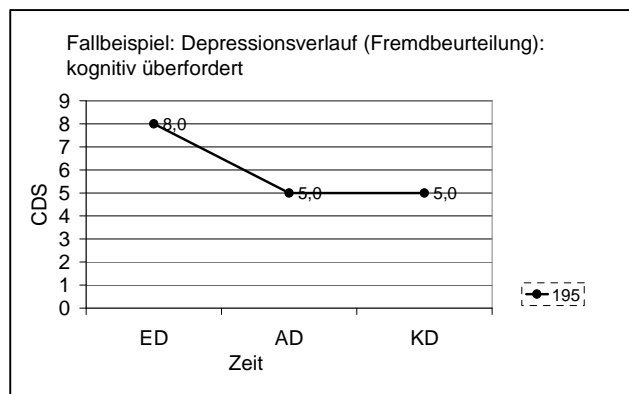


Abbildung 59: Fremdbeurteilung eines als kognitiv überfordert eingestuften Pbn

Die Abb. 58 und 59 zeigen die Depressionswerte desjenigen Probanden, der als kognitiv überfordert eingestuft wurde. Der Depressionswert sinkt während der Reha deutlich. Die kognitive Überforderung wirkte sich somit in diesem Fall nicht negativ auf den Verlauf der depressiven Symptomatik aus. Inwieweit dies ein Resultat des KVT ist, bleibt allerdings ungeklärt

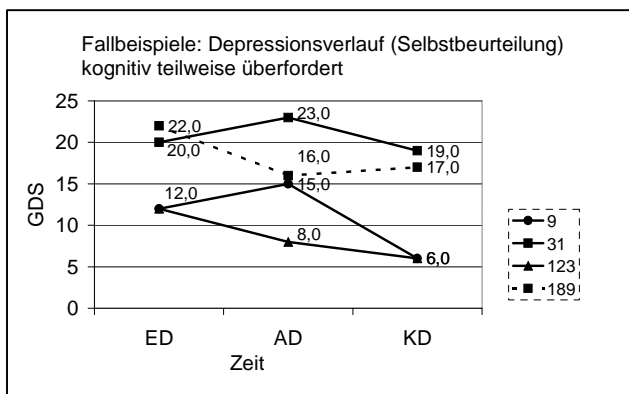


Abbildung 60: Selbstbeurteilung als kognitiv teilweise überfordert eingestufte Pbn

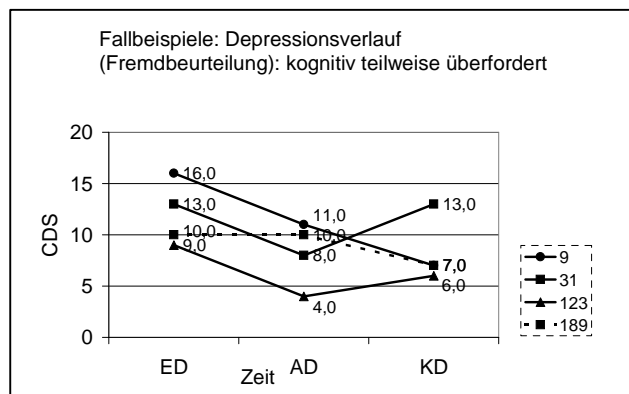


Abbildung 61: Fremdbeurteilung als kognitiv teilweise überfordert eingestufte Pbn

Wie aus den Abb. 60 und 61 ersichtlich wird, sanken die Depressionswerte bei der Hälfte der kognitiv teilweise überforderten Probanden. Die Einzelfalldarstellungen sind daher kein Beleg für einen Zusammenhang zwischen kognitiver Überforderung und mangelndem Therapieerfolg<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Die GDS- und CDS-Werte der Probanden, die von den Therapeuten als „nicht überfordert“ eingestuft wurden, finden sich in Anhang G

### 8.11. Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolgs

Nach Abschluss der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention wurden die Therapeuten um eine Einschätzung des Therapieerfolgs gebeten. Hierbei wurden folgende Kategorien unterschieden: (1) nicht, (2) kaum, (3) ziemlich und (4) sehr erfolgreich. Insgesamt liegen in 12 Fällen Therapeuteneinschätzungen vor. Davon wurden 4 als nicht erfolgreich, 2 als kaum erfolgreich, 2 als ziemlich erfolgreich und 4 als sehr erfolgreich eingestuft. Die Abb. 62 bis 65 zeigen zum Vergleich die erreichten Werte in den Depressionsfragebögen, gruppiert nach Therapeuteneinschätzung.

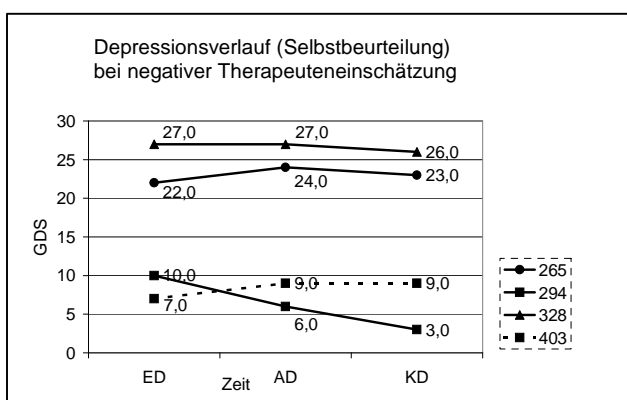


Abbildung 62: Selbstbeurteilung bei negativer Therapeuteneinschätzung

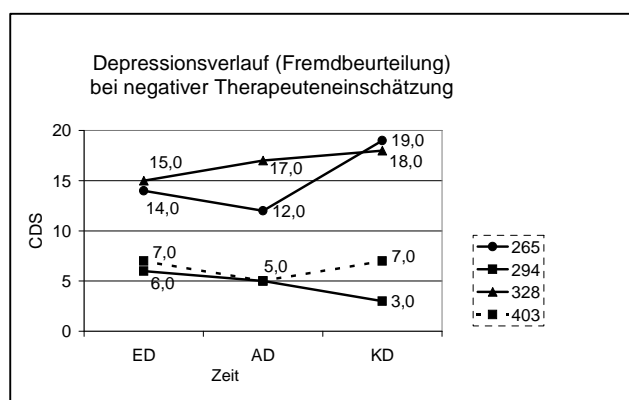


Abbildung 63: Fremdbeurteilung bei negativer Therapeuteneinschätzung

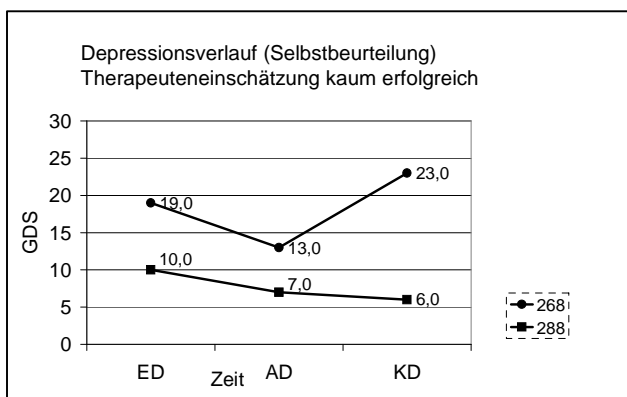


Abbildung 64: Selbstbeurteilung bei Therapeuteneinschätzung kaum erfolgreich

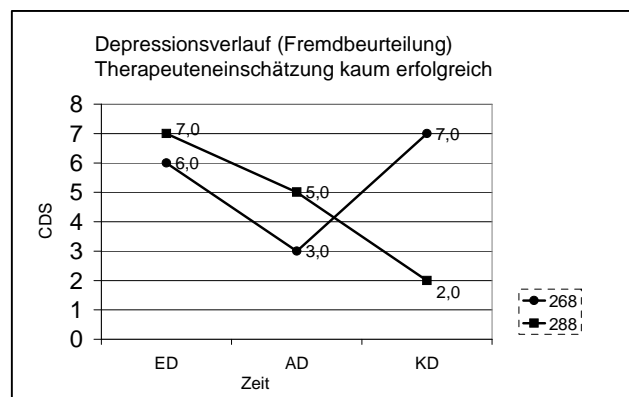


Abbildung 65: Fremdbeurteilung bei Therapeuteneinschätzung kaum erfolgreich

Wie die Abb. 62 bis 69 zeigen, stimmen die Therapeuteneinschätzung und die erzielten Depressionswerte nicht immer überein. Beispielsweise wurde Vpn 357 vom Therapeuten als „ziemlich erfolgreich“ eingestuft, was sich jedoch nicht im Depressionswert manifestiert.

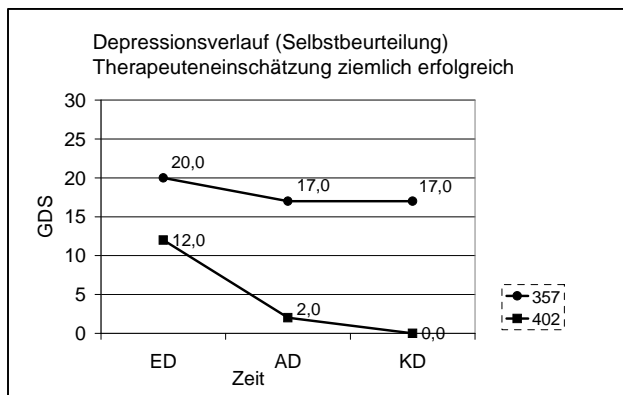


Abbildung 66: Selbstbeurteilung bei  
Therapeuteneinschätzung ziemlich erfolgreich

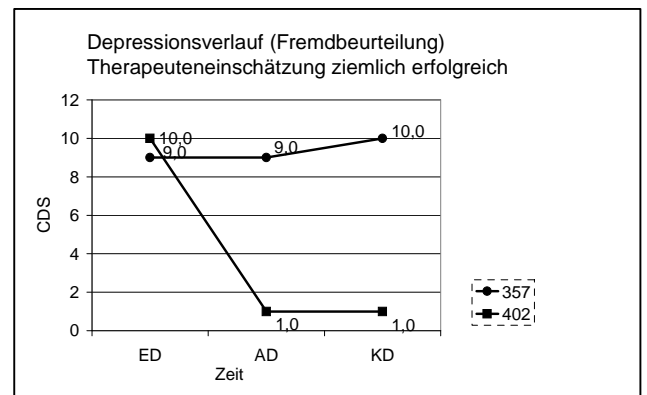


Abbildung 67: Fremdbeurteilung bei  
Therapeuteneinschätzung ziemlich erfolgreich

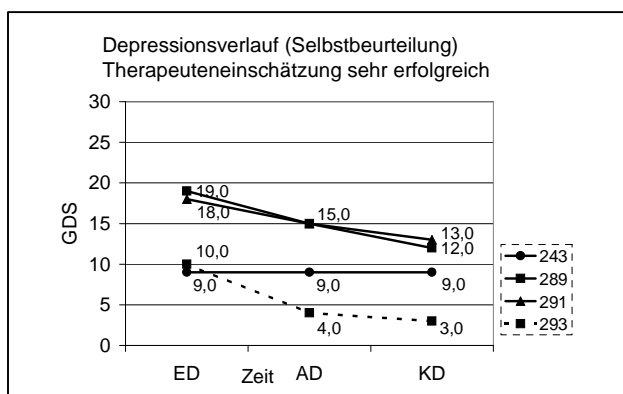


Abbildung 68: Selbstbeurteilung bei  
Therapeuteneinschätzung sehr erfolgreich

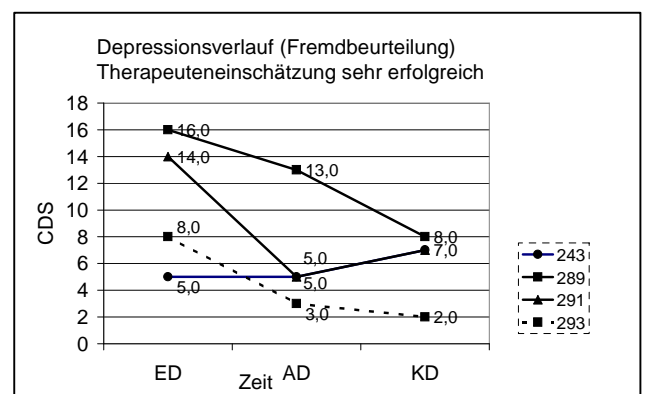


Abbildung 69: Fremdbeurteilung bei  
Therapeuteneinschätzung sehr erfolgreich

## 8.12. Weitere Einflussfaktoren

Wie unter Abs. 3.2.6. erläutert, gelten Persönlichkeitsvariablen und eine psychiatrische Vorgeschichte ebenfalls als Risikofaktoren zur Entstehung einer PSD und könnten auch den Erfolg einer psychotherapeutischen Maßnahme beeinträchtigen. Im Rahmen dieser Studie konnten diese Variablen allerdings aus Gründen der Ökonomie und Zumutbarkeit innerhalb der ohnehin umfangreichen Testbatterie nicht mit erhoben werden und müssen daher Gegenstand zukünftiger Forschung bleiben.

**Zusammenfassung:**

Die Haupt-Untersuchungshypothesen, wonach die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall der kliniküblichen, multiprofessionellen, antidepressive Medikation einschließenden, Rehabilitation generell überlegen ist und sich depressive Symptome in der Experimentalgruppe signifikant reduzieren sowie neuropsychologische Parameter und „activities of daily living“ deutlich verbessern, konnten *nicht* bestätigt werden.

Auch weitere Analysen an Teilstichproben, deren Depression sich mit oder ohne kognitiv-verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm gebessert hatte, zeigen keine hinreichenden Zusammenhänge zwischen Depression und neuropsychologischen bzw. funktionellen Variablen. Damit konnten gleichsam die in der Literatur diskutierten Kausalzusammenhänge zwischen Stimmungsaufhellung und Verbesserung kognitiver und funktioneller Leistungsfähigkeit nicht repliziert werden.

Zusätzlich antidepressiv Medizierte konnten im Vergleich zu nicht Medizierten Experimentalpatienten ihre depressive Symptomatik in etwa gleichem Maße reduzieren, so dass kein zusätzlicher Treatmentfaktor durch die Medikation erkennbar war. Beeinträchtigt wurde hier die Auswertbarkeit durch die größere Zahl antidepressiv Medizierter in der Experimentalgruppe. In der Kontrollgruppe können zu diesem Sachverhalt aufgrund zu geringer Fallzahlen keine verlässlichen Aussagen getroffen werden.

Vorangehende depressive Episoden und ein frühes Erstmanifestationsalter wirken sich zusätzlich negativ auf die Reduktion der depressiven Symptomatik aus.

Der Einfluss der Wohnsituation (alleinlebend vs. mit Partner) konnte im Rahmen dieser Studie nur unzureichend geklärt werden. Zukünftige Studien sollten die Qualität des Wohnumfeldes und der Partnerbeziehung sowie den sozioökonomischen Status einbeziehen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Therapieerfolgs konnten statistisch nicht abgesichert werden. Bei Probanden mit vorangehenden Todesfällen wichtiger Bezugspersonen verlaufen die Depressionswerte der Experimentalprobanden etwas günstiger, jedoch im statistisch nicht signifikanten Bereich. Das Alter scheint in dieser Stichprobe in Bezug auf den Depressionsverlauf eine untergeordnete Rolle zu spielen. Einen vielversprechenden Forschungsansatz bieten motivationale Einflüsse. In der vorliegenden Studie wirkte sich eine hohe Eigenmotivation zur Stimmungsverbesserung günstig auf den Therapieerfolg aus. Keinen Einfluss auf den Therapieerfolg dagegen hatte kognitive Überforderung.

Insgesamt konnte das kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm nicht zu der intendierten nachhaltigen Reduktion der depressiven Symptomatik beitragen.

## 9.0 Abschließende Diskussion

Hauptziel der kontrollierten, randomisierten Studie war die Wirksamkeitsprüfung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention zur Behandlung von Depression nach Schlaganfall im Rahmen einer stationären geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme im Vergleich zur kliniküblichen, multiprofessionellen Regelversorgung.

Die im Folgenden dargestellte abschließende Bewertung der Studie findet auf *drei Ebenen* statt: *erstens* auf *formaler Ebene* nach den unter Kap. 4 dargestellten Kriterien der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen und den derzeit angewendeten Gütekriterien für Psychotherapiestudien, *zweitens* auf *inhaltlicher Ebene*, indem analysiert wird, inwieweit die Untersuchungshypothesen verifiziert und Behandlungsziele realisiert werden konnten, und *drittens* unter Qualitätssicherungsaspekten der Versorgungsforschung in der geriatrischen Rehabilitation.

Zur *formalen Bewertung* werden die unter Kap.4 erläuterten Aspekte der Wirksamkeit und Effektivität therapeutischer Maßnahmen (Baumann et al., 2002) sowie die von Grawe et al. (1994) vorgeschlagenen Gütekriterien für Psychotherapiestudien zugrunde gelegt:

Hier sind u.a. folgende Aspekte *negativ* zu bewerten:

Im Rahmen der Kosten-Effektivitäts-Analyse stehen relativ personal- und zeitintensive Maßnahmen einem geringen Therapieerfolg gegenüber. Als nicht erfüllt muss man die Forderung nach Vergleichbarkeit der Bedingungen betrachten, da es formal keine reine Placebokontrollgruppe oder Wartekontrollgruppe gab. Darüber hinaus bestand das Problem der während der Rehabilitation parallel ablaufenden Interventionen (Sprach-, Physio-, Ergotherapie, Patientengruppen, sozialrechtliche Beratung), die man im psychologisch-therapeutischen Kontext als „unspezifische Zuwendung“ definieren könnte, so dass die spezifische Wirkung psychologischer Intervention nur schwer nachweisbar ist (Pössl & Schellhorn, 2001).

Eine gravierende methodische Schwäche der Studie bestand in den geringen Stichprobengrößen (ähnlich der von Lincoln & Flannaghan (2003) berichteten Studie) (siehe Abs. 3.2.8.), die durch die Versorgungsrealität in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation und die limitierte Studiendauer zustande kamen, und möglicherweise vorhandene Mittelwertsunterschiede nicht nachweisbar machten.

*Positiv* sind folgende Aspekte zu bewerten:

Die Studie weist vor allem eine hohe *klinische Relevanz* auf, da Klienten behandelt wurden, die erheblich beeinträchtigt waren und von sich aus den Wunsch zu einer Behandlung hatten. Des Weiteren wurde die Therapie von erfahrenen Therapeuten durchgeführt, die sich mit der Methode identifizierten. Es wurden viele Maße erhoben und Katamnesen durchgeführt

(Grawe, 1994). Das Vorgehen war hoch standardisiert, sowohl Therapeuten als auch Behandelte erhielten ein Behandlungsmanual.

In Bezug auf die verfügbaren diagnostischen Datenebenen wurde das Kriterium der *Multi-modalität* durch eine umfassende medizinische, neuropsychologische, psychoaffektive und funktionelle Diagnostik ausreichend erfüllt. Alle verfügbaren Datenquellen (Selbstbeobachtung, Fremdbeobachtung, geschulte Beurteiler, institutionell anfallende Daten, apparative und medizinische Parameter) wurden umfassend einbezogen. Durch die Erhebung psychoaffektiver, neuropsychologischer und funktioneller Parameter wurde ein breites Wirkungsspektrum erfasst (Baumann et al., 2002).

Bezüglich der *internen Validität* können nach Grawe et al. (1994) folgende Kriterien als erfüllt betrachtet werden: Das Ergebnis fiel nicht zugunsten einer in der Anlage der Untersuchung begünstigten Methode aus; die Anzahl der Versuchspersonen pro Bedingung war nicht geringer als 8; der Medikamentenverbrauch wurde kontrolliert und es wurden in beiden Versuchsbedingungen die selben Messoperationen durchgeführt.

Auf *inhaltlicher Ebene* konnte sich das auf Basis vorhandener verhaltenstherapeutischer Interventionsmethoden bei älteren Menschen entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Trainingsprogramm für depressive geriatrische Schlaganfallpatienten nicht bewähren. Alle formulierten Untersuchungshypothesen in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik und aller damit assoziierten Parameter konnten durch die Daten nicht gestützt werden. Die Bemühung, ein auf die Dauer des Klinikaufenthaltes limitiertes Kurzzeitprogramm von durchschnittlich 3 Wochen zu entwickeln, reduzierte die Anzahl der Sitzungen auf 9, was im Vergleich zu ähnlichen Programmen im nicht-stationären Setting (z.B. Hautzinger & Welz, 2004) möglicherweise zu einer unzureichenden Gesamtstundenzahl und mangelnder Implementierung der Inhalte in die Lebenswelt führte (siehe auch Lincoln & Flannaghan, 2003). Der dicht gepackte „Stundenplan“ in der Rehabilitationsklinik erschwerte das Erledigen der Hausaufgaben und führte letztendlich zu einer Überforderung und Überfrachtung der Teilnehmer. Das zielgruppenorientiert angestrebte Zerlegen der Inhalte in kleine Teilschritte und häufiges Wiederholen konnte auf diese Weise nur unzureichend realisiert werden.

Die als Kurzzeit-Programm angelegte Intervention wurde innerhalb der Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen. Die gravierendsten Schwierigkeiten ergaben sich jedoch möglicherweise beim Wiedereintritt in die häusliche Umgebung, in Form einer Auseinandersetzung mit bleibenden Einschränkungen und den daraus resultierenden Konsequenzen für Betroffene und Angehörige (vgl. Pössl & Schellhorn (2001)).



Weiterhin ergeben sich aufgrund der post hoc durchgeführten Subgruppenanalysen Hinweise bezüglich möglicher Kontraindikationen, wie beispielsweise vorangehende depressive Episoden, insbesondere mit frühem Beginn. Für solche Patienten erscheint das gegenwartsbezogene Kurzzeitprogramm nach der Datenlage besonders wenig geeignet.

Neben den oben ausgeführten Ergebnissen unterstreichen die Befunde die Bedeutung motivationaler Aspekte: Im Unterschied zu den „Aufsuchenden“, wurden hier die Patienten einer Reha-Einrichtung rekrutiert und auf ihr Interesse und ihre Zustimmung zur Teilnahme am Programm *aktiv* angesprochen. Hierunter fielen auch Personen, die die Verbesserung ihrer Stimmung nicht als primäres Rehaziel definiert hatten, deren Fokus vielmehr auf der Wiedergewinnung bzw. Verbesserung anderer Fähigkeiten (wie z.B. Mobilität) lag. Des weiteren ergaben sich möglicherweise Nachteile mangels geeigneter Messinstrumente, insbesondere für das Haupterfolgsmaß Depression. Hier wurden die Geriatrische Depressionsskala und die Cornell Depressionsskala eingesetzt. Die Geriatrische Depressionsskala enthält wenig somatische Items und wurde für die Untersuchung ausgewählt, um Konfundierungen mit schlaganfallbedingten neurologischen Defiziten bzw. somatischen Symptomen, die durch anderweitige Erkrankungen verursacht wurden, zu verhindern. Ein Nachteil der GDS besteht allerdings darin, dass sie eine Reihe wenig änderungssensitiver Items in Form von allgemeinen Einschätzungen und Gewohnheiten enthält. Auf Angaben zur momentanen Befindlichkeit wird dagegen eher geringes Gewicht gelegt. Auch die Diskrepanzen zwischen der Therapeuteneinschätzung bezüglich des Therapieerfolgs und den GDS-Werten sowie die Unterschiede zwischen erlebter Zielerreichung und den GDS-Werten könnten Folgen von Messgenauigkeiten der GDS sein. Daraus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf bei der (Weiter-)Entwicklung und Auswahl geeigneter Diagnoseinstrumente affektiver Symptome im höheren Lebensalter bei multimorbiden Patienten.

In diesem Zusammenhang verweisen Becker et al. (2000) - neben unzureichenden Stichprobengrößen, erfolglosen Treatments, statistisch-methodischen Schwächen und Problemen bei der Implementierung - auf die Problematik vieler Interventionsstudien, vom Forschungsteam berichtete Erfolge anhand geeigneter Instrumente „messbar“ zu machen, da die verwendeten Standardinstrumente die erzielten Erfolge nicht abbilden. Erstens messen einige Instrumentarien nur grobe Veränderungen, zweitens sind in bestimmten Populationen Boden- oder Deckeneffekte zu berücksichtigen; drittens schließlich kann eine hohe Stichprobenheterogenität die Fehlervarianz dramatisch erhöhen und die Teststärke erheblich reduzieren. Des weiteren konstatieren Rockwood et al. (2003), dass der extremen Heterogenität der zu behandelnden Störungen und der großen Bandbreite eingesetzter Treatments in der geriatrischen Rehabilitation eine eher geringe Auswahl an Outcome-

Parametern zu deren Evaluation gegenüber steht. Die Autoren empfehlen daher die Anwendung der Goal Attainment Technik, die in der von Rockwood et al. (2003) berichteten Untersuchung von allen eingesetzten Messinstrumenten die höchste Änderungssensitivität aufwies. Die von Kiresuk & Shermann (1968) bereits Ende der 60er Jahre vorgestellte Methode ermöglicht die differenzierte, individuelle Abbildung der Realisierung selbst definierter, relativer Therapieziele. Shefler et al. (2001) betonen allerdings die Bedeutung einer methodisch einwandfreien Vorgehensweise. So seien unparteiische Rater, objektivierte Daten, Verhaltensbeobachtungen und exakte Definitionen der zu messenden Dimensionen (Skalen) unerlässlich. Die Autoren empfehlen den Einsatz einer Goal Attainment Skala im Rahmen einer größeren Testbatterie, jedoch nicht als Einzelinstrument.

## **9.1. Ausblick**

### **9.1.1. Gesundheitspolitische Aspekte der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland**

Die geriatrische Versorgung wird in den einzelnen Bundesländern auf unterschiedliche Weise geplant. Die Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Sachsen und Sachsen-Anhalt verfügen über spezielle Geriatriepläne. Es besteht eine strikte Trennung zwischen Akut- und Reha-Geriatrie. Bei letzterer werden verschiedene Formen von Reha-Einrichtungen unterschieden: stationäre, teilstationäre, ambulante und mobile ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen. In einer Umfrage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bei den zuständigen Landesministerien wurden Daten zur statistischen Entwicklung geriatrischer Einrichtungen in Deutschland erhoben (Uhlig, 2001). Dieser Studie zufolge stellt sich die Situation in der Bundesrepublik wie folgt dar:

Aufgrund der stetig steigenden Zahl älterer Menschen und der Einführung des DRG-Systems im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 (einen Überblick gibt Braun, 2003) mit Verkürzung der Liegezeiten steigt auch der Bedarf an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001).

In Zeiten immer knapper werdender Ressourcen werden - speziell in der Rehabilitation - Konzeptentwicklungen, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftliche Evaluation immer bedeutsamer. Im Sinne einer „evidence-based medicine“ (Raspe, 2000) wird gefordert, die eigene Erfahrung des klinisch Tätigen (interne Evidenz) mit den Ergebnissen aus der Forschung (externe Evidenz) systematisch zu verknüpfen und auf diese Weise eine rationale Medizin zu praktizieren (Meier-Baumgartner & Pientka, 2000). Die Versorgungsforschung in der Geriatrie hat allerdings innerhalb der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion nur einen geringen Stellenwert und erfährt demgemäß nur geringe

finanzielle Unterstützung. Pientka (2001) weist darauf hin, dass gerade die geriatrische Rehabilitation unter dem Zwang steht, ihre Effektivität und Effizienz unter Beweis stellen zu müssen. Meist seien aber „keine schnellen, einfachen Antworten auf schnelle, einfache Fragen möglich“ (Pientka, 2001; S. 1/59). Dies führe dazu, dass ein an sich plausibles, geriatrisch vernünftiges Versorgungsangebot aufgrund von Priorisierungsproblemen bei der Wahl der Interventionen, einer problematischen Umsetzung des Forschungsdesigns oder einer ungenügenden Berücksichtigung der Versorgungsrealität vorzeitig ins Aus gerückt werde.

Für die Definition von Kriterien für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgungsforschung nennt Pientka (2001) folgende Voraussetzungen:

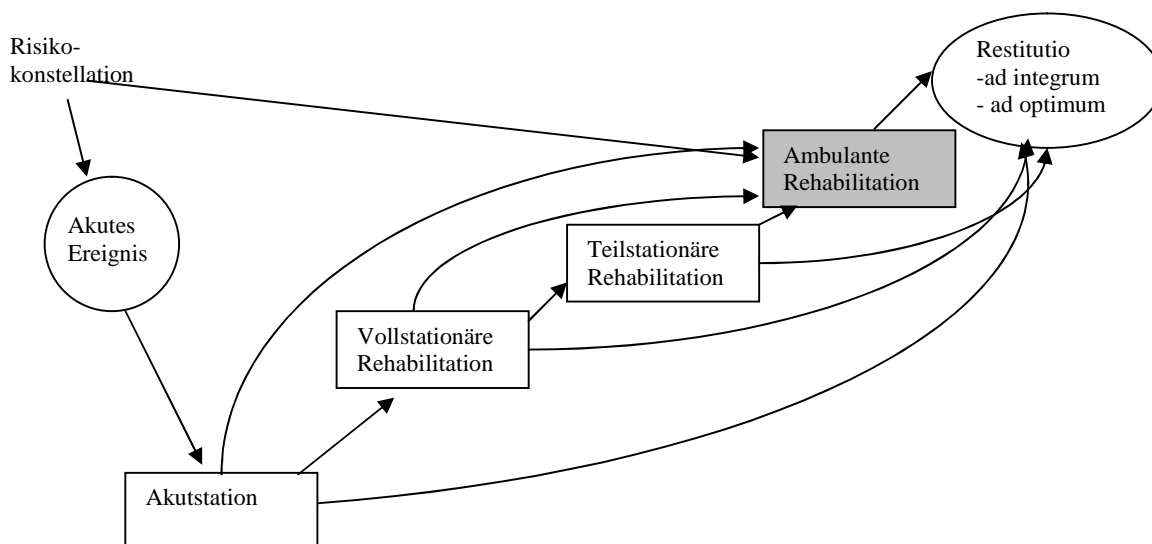
- Datenerhebung (Definition von Selektionskriterien nach Evidenz, Ethik, Ökonomie oder Patienten- und Angehörigenpräferenzen),
- Teamdiskussion (Frequenz, Zusammensetzung, Dokumentation, Umgang mit unterschiedlichen Meinungen),
- Erstellung eines Behandlungsplans (Evidenz, Erfahrung, Verbindlichkeit, Präzision),
- Implementierung des Behandlungsplans (Profession, Frequenz),
- Kontrolle des Interventionsergebnisses (Arzt, Therapeuten, Patient, Angehörige, Krankenkasse),
- Veränderung des Behandlungsplans (Ergebnisparameter).

Weiterhin kritisiert Pientka (2001) die strikte Trennung von Akut- und Reha-Geriatric, die die Versorgungsforschung erschwere und nicht berücksichtige, dass sich Patienten nacheinander abwechselnd in verschiedenen Phasen einer oder mehrerer Erkrankungen befinden können, die zum Teil akutmedizinische und zum Teil rehabilitative Maßnahmen gleichzeitig erfordern würden.

Darüber hinaus beklagt der Autor den eklatanten Mangel an empirischer Forschung auf der einen Seite und die Nicht-Beachtung existierender Forschungsergebnisse auf der anderen Seite.

Ein Mangel an Forschung bestehe vor allem im medizinischen Bereich (Multimorbidität), im funktionellen (z.B. Kognition), im psychischen (z.B. Depression, Motivation) sowie im sozialen Bereich (z.B. häusliche Versorgung als Ziel). Faktoren von Reha-Potential und –prognose, Patientenpräferenzen und –motivation seien ebenso wenig untersucht wie Struktur, Organisation, Zusammensetzung, Entscheidungsabläufe und –kriterien des Rehateams, Behandlungsplanung (z.B. goal attainment scaling) oder ethische Aspekte der Entscheidungsfindung.

Als Beispiel für die Nichtachtung vorhandener Forschungsergebnisse nennt der Autor die in Deutschland vorangetriebene Implementierung der „Stroke Units“ mit starker Betonung der *technischen* Ausstattung und Apparatemedizin, obwohl die Evidenzlage aufgrund von randomisierten, klinischen Studien eindeutig belege, dass vor allem die *personell* intensive Betreuung von Schlaganfallpatienten der „Normalbehandlung“ überlegen sei (Nikolaus & Jamour, 2000).



**Abbildung 70:** Die ambulante Rehabilitation als 4. Stufe eines abgestuften medizinischen Versorgungskonzepts (nach Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001)

Aufgrund der oben dargestellten Betrachtungen fordert Pientka (2001) eine gesellschaftliche Priorisierung der Probleme älterer Menschen im Gesundheitswesen, eine offene Diskussion über die Kriterien für Budgetierung, die Ablehnung von Rationierung anhand von Alter, die Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz für einzelne Behandlungsverfahren, einen Wettbewerb über Qualität, eine Unterstützung von Versorgungsforschung auch durch Kostenträger und eine offene Diskussion über die Trennung von Akut- und Reha-Geriatrie.

Ein weiterer Diskussionspunkt betrifft die Einbindung und Ausgestaltung ambulanter geriatrischer Rehabilitation (Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001; Leistner, 2000; Uhlig, 2001). Diese solle im Rahmen eines in Abb. 70 dargestellten Stufenmodells realisiert werden. Gerade zur wirksamen Rezidivprophylaxe mit Langzeiteffekt zur Vermeidung von Rehospitalisierungen und Pflegebedürftigkeit sei eine intensive und multiprofessionelle Behandlung erforderlich, die bereits aus Kostengründen nicht im voll- oder teilstationären Bereich durchgeführt werden sollte. Ambulante Rehabilitation ermögliche auf jeder Versorgungsstufe eine schnellstmögliche Entlassung aus der stationären Behandlung in die häusliche Umgebung und optimiere dadurch die Nutzung von Ressourcen und steigere die

Effizienz jeder Rehabilitationsmaßnahme. Derzeit werden jedoch von den Kassen kaum Verträge für diese Einrichtungsform abgeschlossen, was angesichts der Einführung des neuen Entgeltsystems und der daraus resultierenden Verkürzung der Liegedauer Anlass zur Sorge bietet (Borchelt & Steinhagen-Thiessen, 2001).

## **9.2. Implikationen für zukünftige Interventionen und Forschungsprojekte**

Die vorliegende Studie leistet einen wichtigen Beitrag, die dargestellten Forschungs- und Versorgungslücken bezüglich der Behandlung depressiver geriatrischer Schlaganfallpatienten zu schließen.

Im Rahmen der gegenwärtigen Diskussion zur weiteren Ausgestaltung der geriatrischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland und der Abkehr von einem reduktionistischen biomedizinischen Modell hin zu einem ganzheitlichen biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit (Leistner & Bublitz, 2004; Kawski & Koch, 2004), muss auch die psychologische Mitbetreuung neu gestaltet werden. Beim Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Versorgungssystems der geriatrischen Rehabilitation sollten psychotherapeutische Interventionen als fester Bestandteil multiprofessioneller Rehabilitation integriert werden. Baumann (1992) betont die Bedeutung psychologisch-psychotherapeutischer Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen sowohl in Bezug auf die Unterstützung der Patienten als auch des Personals: „Die medizinische Rehabilitation muss auf die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung ausgerichtet werden. Dies setzt voraus, dass die am Rehabilitationsprozess Beteiligten psychosoziale Bedürfnisse des Rehabilitanden erkennen und entsprechende Hilfen anbieten bzw. in die Wege leiten. Alle Bemühungen um den Patienten, wie z.B. durch ein Funktionstraining Leistungsverbesserungen zu erreichen, bleiben letztlich erfolglos, wenn der Betroffene nicht lernt, sich auf seine Krankheit oder Behinderung einzustellen. Psychologische Hilfen (z.B. stützende und motivierende Gespräche) sollten daher vom gesamten therapeutischen Team gegeben werden können. Nur wenn psychologische Maßnahmen nicht für eine Sonder- oder Restkategorie von Patienten reserviert bleiben, können ihre Möglichkeiten im Gesamtkonzept der Rehabilitation wirklich genutzt werden. Aus diesem Grunde gehört auch die Beratung/Unterstützung des Personals (...) zu den Aufgabengebieten der Psychologen einer Rehabilitationseinrichtung“ (Baumann, 1992; S. 18ff).

Mit Ende der Rehabilitationsmaßnahme sollte die Unterstützung jedoch keinesfalls beendet sein. Vielmehr sind innovative Behandlungs- und Finanzierungskonzepte gefordert, weg von der traditionell entweder in der psychotherapeutischen Praxis oder aber in der Klinik stattfindenden Psychotherapie, hin zu einer Individualisierung und Flexibilisierung, einschließlich psychotherapeutischer Hausbesuche und Einbeziehung nahestehender Angehöriger. Grawe (1994) resümiert bezüglich des Settings erfolgreicher Psychotherapie: „Wer z.B. immer nur

Einzeltherapien mit einer bestimmten Frequenz von Sitzungen einer bestimmten Zeitdauer durchführt, schöpft das Spektrum therapeutischer Möglichkeiten zum Nachteil seiner Patienten nicht aus“ (Grawe, 1994, S. 703). Der Autor führt weiter aus: „Es gibt eine große Anzahl von Hinweisen darauf, dass die Schwierigkeiten eines Patienten am besten in einem Setting behandelt werden können, in dem eben diese Schwierigkeiten aktualisiert werden: Partnerprobleme unter Einbeziehung beider Partner; Probleme, an denen Familienangehörige maßgeblich beteiligt sind, unter Einbezug der bedeutsamen Familienmitglieder; generalisierte zwischenmenschliche Schwierigkeiten in einer Gruppentherapie;“ Grawe, 1994, S. 704).

Schließlich sollte sich die Unterstützung in einem erweiterten Kontext nicht auf Psychotherapie alleine beschränken, sondern alle ortsansässigen Hilfsangebote möglichst umfassend einbeziehen, so dass Klienten trägerübergreifend individuell behandelt werden können. Beispielhaft soll an dieser Stelle die im Stadtgebiet Stuttgart realisierte weitere Ausgestaltung der gerontopsychiatrischen Dienste (GerBera „Gerontopsychiatrischer Beratungsdienst“; Projekt vierte Lebensphase) erwähnt werden, deren teils haupt- und teils ehrenamtliche Mitarbeiter mittels Hausbesuchen auch körperlich stark beeinträchtigte Patienten erreichen. Je alltagsnäher die Interventionsziele in die Lebenswelt integriert werden können, umso stabilere Interventionseffekte können über die Zeit erreicht werden. Dem Übergang von der Klinik in den Alltag kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Zur weiteren Ausdifferenzierung und Vernetzung solch flexibilisierter, individualisierter, adaptiver, multiprofessioneller, multidimensionaler Konzepte sind weitere randomisierte, kontrollierte Studien dringend erforderlich und sinnvoll.

Aben I., Verhey F., Honig A., Lodder J., Lousberg R., Maes M. Research into the specificity of depression after stroke: a review on an unresolved issue. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001;25:671-89.

Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J., & Honig, A. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as Screening Instruments for Depression in Stroke Patients. *Psychosomatics* 2002; 43[5], 386-393.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., and Teasdale, J. D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *J Abnorm. Psychol.* 1978; 87[1], 49-74.

Ahrens B., Birkhofer A. Altersdepression - Verlauf, Prognose und die Bedeutung der Therapie. In Laux GMWE, ed. *Altersdepression erkennen und behandeln*. Neu-Isenburg: Lingua Med 1999, 21-66.

Akiskal, H. S. & McKinney, W. T. Depressive disorder: Toward a unified hypothesis. *Science* 1975; 182, 20-28.

Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., & Charlson, M. "Vascular depression" hypothesis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54, 915-922.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition (DSM IV) 1994. Washington, D.C.

Andersen G., Vestergaard K., Lauritzen L. Effective treatment of post-stroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Stroke* 1994;25:1099-104.

Andersen G., Vestergaard K., Ingemann-Nielsen M., Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:193-98.

Andersen G., Vestergaard K, Riis J.O., Ingeman-Nielsen M. Dementia of depression or depression of dementia in stroke? *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:272-78.

Angeleri F., Angeleri V.A., Foschi N. et al. Depression after stroke: an investigation through catamnesis. *J Clin Psychiatry* 1997;58:261-65.

Astrom M., Adolfsson R., Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993;24:976-82.

Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau* 1996; 47, 199-215.

Barton, J., Miller, A., & Chanter, J. Emotional Adjustment to stroke: a group therapeutic approach. *Nursing Times* 2002; 98[23], 33-35.

Bauman U., Freyberger H.J., Stieglitz R.D. Wirksamkeitsnachweis der Therapie in Psychiatrie und Psychotherapie. In Freyberger H, Schneider W, Stieglitz R.D.H.(Hrsg.). *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* 2002. Basel: Karger, 457-65.

Baumann W. Medizinische Rehabilitation und Psychologie. In Weber-Falkensammer H., (Hrsg.) *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* 1992; 1-22. Stuttgart: Fischer.

Bays C.L. Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *J Neurosci Nurs* 2001; 33:310-316.

Beblo, T. & Driessen, M. No Melancholia in Poststroke Depression? A Phenomenologic Comparison of Primary and Poststroke Depression. *J Geriatr.Psychiatry Neurol* 15, 44-49. 2001.

Becker, H., Stuifbergen, A., Rogers, S., & Timmermann, G. Goal Attainment Scaling to Measure Individual Change in Intervention Studies. *Nursing Research* 2000; 49[3], 176-180.

Beekman A.T., Penninx B.W., Deeg D.J. et al. Depression in survivor of stroke: a community-based study of prevalence, risk factors and consequences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:463-70.

Berger, K. Outcomes-Erfassung in Studien zum Schlaganfall. *Nervenheilkunde* 1998; 17, 4-8.

Berger K., Weltermann K., Kolominsky-Rabas P. et al. Untersuchung zur Reliabilität von Schlaganfallskalalen: Die deutschen Versionen von NIHSS, ESS und Rankin Scale. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999;67:81-93.

Blum, H. E. and Haas, R. Determinanten der Schlaganfall-Rehabilitation: Ergebnisse der Prospektiven-Albertinen-Haus-Schlaganfall-Studie (PASS). 2000. Stuttgart, New York, Thieme Verlag.

Borchelt, M., Steinhagen-Thiessen, E. Ambulante geriatrische Rehabilitation: Standortbestimmung und Perspektiven. *Z Gerontol Geriat* 2001. 34[Suppl 1], 1-21-1/29.

Bortz J, Döring N. *Forschungsmethoden und Evaluation*, 2002; 3 ed. Berlin: Springer.

Braun, M. Das DRG-System und seine Auswirkungen insbesondere auf die Geriatrie. *Z Gerontol Geriat*. 2003; 36, 177-180.



Bruggemann A., Groskurth P., Ulich E. *Arbeitszufriedenheit* 1975; Bern: Huber.

Burvill P., Johnson G.A., Jamrozik K.D., Anderson C.S., Stewart-Wynne E.G. Risk factors for post-stroke depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:219-26.

Burvill P.W., Johnson G.A., Jamrozik K.D., Anderson C.S., Stewart-Wynne E.G., Chakera T.M. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatry* 1995;166:320-327.

Bush, B. A. Major life events a risk factor for post-stroke depression. *Brain Inj* 1999. 13[2], 131-137.

Carod-Artal J., Egido J.A., Gonzalez J.L., Varela de Seijas E. Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year After Stroke : Experience of a Stroke Unit. *Stroke* 2000;31:2995-3000.

Carr J., Shepherd R., Nordholm .L, Lynne D. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patients. *Physical Therapy* 1985;65:175-80.

Carson A.J., MacHale S., Allen K. et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet* 2000;356:122-26.

Chemerinski, E. & Robinson, R. G. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics* 2000; 41, 5-14.

Chemerinski E., Robinson R.G., Kosier J.T. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression. *Stroke* 2001;32:113-17.

Clark M.S., Smith D.S. Knowledge of stroke in rehabilitation and community samples. *Disabil Rehabil* 1998;20:90-96.

Clark M.S., Smith D.S. Psychological correlates of outcome following rehabilitation from stroke. *Clin Rehabil* 1999;13:129-40.

Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 1988. New York: Erlbaum.

Cohen J. A Power Primer. *Psychol Bull* 1992;112:155-59.

Cole M.G., Elie L.M., McCusker J., Bellavance F., Mansour A. Feasibility and effectiveness of treatments for post-stroke depression in elderly inpatients: systematic review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001;14:37-41.

---

Costa, P.T. Jr., McCrae, R.R. The NEO Personality Inventory Manual. *Psychological Assessment Resources Inc.* 1985. Odessa, Fla.

Dahl G. *WIP - Handbuch zum Reduzierten Wechsler-Intelligenztest*, 1986. 2 ed. Königstein: Hain.

Dam H. Depression in stroke patients 7 years following stroke. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:287-93.

Diamond P.T., Holroyd S., Macciocchi S.N., Felsenthal G. Prevalence of depression and outcome on the geriatric rehabilitation unit. *Am J Phys Med Rehabil* 1995;74:214-17.

Eastwood M.R., Rifat S.L., Nobbs H., Ruderman J. Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry* 1989;154:195-200.

Fedoroff J.P., Starkstein S.E., Parikh R.M., Price T.R., Robinson R.G. Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke? *Am J Psychiatry* 1991;148:1172-76.

Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

Folstein, M. F., Maiberger, R., and McHugh, P. R. Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 40, 1018-1020. 1977.

Freimüller, M. & Fheodoroff, K. Neurorehabilitation nach Schlaganfall. *Wien.Med.Wochenschr* 2003; 153[1-2], 25-28

Frühwald S., Löffler H., Baumhackl U. Depression after cerebrovascular injury. Review and differentiation from other psychiatric complications. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999;67: 155-62.

Gainotti, G. Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex* 1972; 8, 41-55.

Gainotti G., Azzoni A., Razzano C., Lanzillotta M., Marra C., Gasparini F. The Post-Stroke Depression Rating Scale: a test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *J Clin Exp Neuropsychol* 1997;19:340-356.

Gainotti G., Azzoni A., Marra C. Frequency, phenomenology and anatomical-clinical correlates of major post-stroke depression. *Br J Psychiatry* 1999;175:163-67.

Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71: 258-61.

Gainotti G, Marra C. Determinants and consequences of post-stroke depression. *Curr Opin Neurol* 2002;15:85-89.

Gall A. Post stroke depression. *Hosp Med* 2001;62:268-73.

Gallagher-Thompson D., Thompson L. Applying cognitive-behavioral therapy to the psychological problems of later life. In Zarit S, Knight B, eds. *A guide to psychotherapy and aging*. Washington, D.C.: American Psychological Association 1981; 61-82.

Gauggel S., Schmidt A., Didie M. Der Einfluss von körperlichen Beschwerden auf die Diagnostik depressiver Störungen bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1994;7:203-10.

Gauggel S., Konrad K., Wietasch A.K. *Neuropsychologische Rehabilitation, ein Kompetenz- und Kompensationsprogramm* 2001. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Gauggel S., Birkner B. Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 1999;1.

Gauggel S., Lämmle G., Borchelt M., Steinhagen-Thiessen E., Böcker M., Heinemann A. Beurteilungsübereinstimmung beim Barthel-Index: eine Rasch-Analyse der Fremd- und Selbstbeurteilungen älterer Schlaganfall-Patienten. *Z Gerontol Geriat* 2002;35:102-10.

Gillen R., Tennen H., McKee T.E., Gernert-Dott P, Affleck G. Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:1645-49.

Gonzalez-Torrecillas J.L., Mendlewicz J., Lobo A. Effects of early treatment of poststroke depression on neuropsychological rehabilitation. *Int Psychogeriatr* 1995;7:547-60.

Gordon W.A., Hibbard M.R. Poststroke depression: an examination of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:658-63.

Gottfries, C. G., Karlsson, I., and Nyth, A. L. Behandlung von Depressionen bei älteren Patienten mit und ohne Demenz. *International Clinical Psychopharmacology* 1992; 6 Suppl.[5], 55-64.

Grawe K.D.R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen 1994: Hogrefe.

Gutzmann H., Rapp M. Gerontopsychiatrie. In Freyberger H., Schneider W., Stieglitz R.D.H., eds. *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. 2002. Basel: Karger, 367-81.

Hautzinger M. Psychologische Therapieansätze bei Depressionen im Alter 1980. In Bergener M.H., ed. *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff, 133-48.

Hautzinger M. Tagesprotokolle negativer Gedanken. In Linden M., Hautzinger M., eds. *Verhaltenstherapie 1993*. Berlin: Springer, 311-16.

Hautzinger M. Tages- und Wochenprotokolle. In Linden M, Hautzinger M, eds. *Verhaltenstherapie 1993*. Berlin: Springer, 317-24.

Hautzinger M, de Jong-Meyer R. Zwei Multicenter-Studien zur Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei depressiven Patienten: Einführung, Rahmenbedingungen und Aufgabenstellungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1996;25:83-92.

Hautzinger M. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 1997. Weinheim: Beltz PVU.

Hautzinger M. Psychotherapie im Alter. In Förstl H, ed. *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie 1997*. Stuttgart: Enke, 197-209.

Hautzinger M. *Depression im Alter 2000*. Weinheim: Beltz PVU.

Hautzinger M. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression (5. Auflage) 2000*. Weinheim: Beltz PVU.

Hautzinger, M., Riesch-Kniesel, G., & Gräber-Sultan, S. DiA-Sch - Depressionen im Alter nach Schlaganfall - Erkennen und Bewältigen - ein Gruppenprogramm für die stationäre Rehabilitation. Unveröffentlichtes Therapiemanual. Universität Tübingen und Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart.

Hautzinger, M. & Welz, S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. *Z Gerontol Geriat*. 37, 427-435. 2004.

Herrmann, M. Depressive Veränderungen nach cerebrovaskulären Insulten. *Z Neuropsychologie* 1992; 1, 25-43.

Herrmann, M., Bartels, C., Keller, A., Borchardt, D., & Wallesch, C.W. Die Cornell-Depressionsskala: Ein Verfahren zur Fremdbeurteilung depressiver Veränderungen bei Patienten mit hirnrorganischen Läsionen? - Psychometrische Gütekriterien. *Z Neuropsychologie* 1995. 6[2], 83-100.

Herrmann N., Black S.E., Lawrence J., Szekely C., Szalai J.P.. The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 1998;29:618-24.

Heuft G., Kruse A., Radebold H. *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* 2000. München: Reinhardt.

Hibbard M.R., Grober S.E., Gordon W.A., Aletta E.G., Freeman At. Cognitive therapy and the treatment of poststroke depression. *Top Geriatr Rehabil* 1990;5:43-55.

Hibbard M.R., Grober S.E., Gordon W.A., Aletta E.G. Modification of Cognitive Psychotherapy for the Treatment of Post-Stroke Depression. *The Behavior Therapist* 1990;1:15-17.

Hibbard, M. R., Grober, S.E., Stein, P.N., Gordon, W.A. Post-stroke depression. In A. Freeman, & F.M. Dattilio, (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* 1992b; (pp. 303-310). New York: Plenum.

Hirsch R.D. Aspekte der Psychotherapie im Alter. In Hirsch R.D.H., ed. *Psychotherapie im Alter* 1990. Bern: 29-32.

Hofmann, W., Nikolaus. T., Pientka, L. et al. The „Geriatric Assessment“ Study Group (AGAST): recommendations for the use of assessment procedures. *Z Gerontol. Geriatr* 1995; 28(1) 14-18.

House A., Dennis M., Warlow C., Hawton K., Molyneux A. The relationship between intellectual impairment and mood disorder in the first year after stroke. *Psychol Med* 1990;20:805-14.

House A., Dennis M., Mogridge L., Warlow C., Hawton K., Jones L. Mood disorders in the year after first stroke. *Br J Psychiatry* 1991;158:83-92.

House A., Knapp P., Bamford J., Vail A. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke* 2001;32:696-701.

Huff W., Ruhrmann S., Sitzer M. Diagnostik und Therapie der Depression nach Schlaganfall. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001;69:581-91.

Huff, W., Steckel, R., & Sitzer, M. "Poststroke Depression": Epidemiologie, Risikofaktoren und Auswirkungen auf den Verlauf des Schlaganfalls. *Nervenarzt* 2003; 74, 104-114.

Jonkman E.J., de Weerd A.W., Vrijens N.L. Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurol Scand* 1998;98:169-75.

Kasper S., Hilger E. Vor- und Nachteile des Einsatzes von neuen Antidepressiva bei älteren Patienten. In Laux G., Müller W.E., eds. *Altersdepression erkennen und behandeln*. Neu-Isenburg: *Lingua Med* 1999; 83-94.

Katayama, Y.; Usuda, K.; Nishiyama, Y.; Katsura, K. Post-stroke depression. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2003; 127-129.

Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-19.

Katz S., Downs T.D., Cash H.R., Grotz R.C. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

Kauhanen M., Korpelainen J.T., Hiltunen P. et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke* 1999;30:1875-80.

Kauhanen M.L., Korpelainen J.T., Hiltunen P., Nieminen P., Sotaniemi K.A., Myllylä V.V. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:1541-46.

Kawski, S. & Koch, U. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004; 2: 111-117.

Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., and Sheldrick, R. C. Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67[3], 285-299..

Kimura M., Robinson R.G., Kosier J.T. Treatment of Cognitive Impairment After Poststroke Depression : A Double-Blind Treatment Trial. *Stroke* 2000;31:1482-86.

Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 1968; 4[6], 443-453.

Kneebone I.I., Dunmore E. Psychological management of post-stroke depression. *Br J Clin Psychol* 2000;39 ( Pt 1):53-65.

Koczy, P. Neuropsychologische Intervention in der Geriatrischen Rehabilitation. Unveröfftl. Dissertation 2004. Universität Tübingen.

Kolominsky-Rabas P., Heuschmann P. Epidemiologie des Schlaganfalls. In Hamann GFMS, von Scheidt W., eds. *Schlaganfall: Klinik, Diagnostik, Therapie* 2001. Landsberg: 25-45.

Kotila M., Numminen H., Waltimo O., Kaste M. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. *Stroke* 1998;29:368-72.

Kruse, A. Die Bedeutung von seelischen Entwicklungsprozessen für die Psychotherapie im Alter 1990. In: *Psychotherapie im Alter*. Hirsch, R.D. (Hrsg.) 1990. Bern: Huber.

Landreville P., Landry J., Baillargeon L., Guérette A., Matteau E. Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology* 2001;56B:285-91.

Laux G., Müller W.E. *Altersdepression erkennen und behandeln*. 1999. Neu-Isenburg: Lingua Med.

Lazarus, L.W., Moberg P.J., Langsley, P.R., and Lingham, V.R. Methylphenidate and nortriptyline in the treatment of post stroke depression: a retrospective comparison. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75, 403-406.

Lehr U. *Interventionsgerontologie* 1979. Darmstadt: Steinkopff.

Leistner, K. Evaluierung in der geriatrischen Rehabilitation aus der Perspektive des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). *Z Gerontol Geriat*. 2000; 33: 90-95.

Leistner, K. & Bublitz, T. Geriatrische Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland: Versorgungspolitische und strukturelle Aspekte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Rehabilitation* (Stuttg) 2004; 43, 296-303.

Lewinsohn P.M. A behavioral approach to depression. In Friedman R.G., Katz M.M., eds. *The psychology of depression: Contemporary theory and research* 1974. New York: Wiley.

Lincoln N.B., Flannaghan T., Sutcliffe L., Rother L. Evaluation of cognitive behavioural treatment for depression after stroke: a pilot study. *Clin Rehabil* 1997;11:114-22.

Lincoln, N. B. and Flannaghan, T. Cognitive Behavioural Psychotherapy for Depression Following Stroke. *Stroke* 2003;34; 111-115.

Linden M. *Phase-IV-Forschung*. Berlin 1987: Springer.

Linden M. Psychopharmaka und Psychotherapie - eine überwundene Dichotomie. *Verhaltenstherapie* 2001;11:149-50.

Lipsey, J.R.; Robinson, R.G.; Pearlson, G.D. Nortriptyline treatment of post-stroke depression: a double-blind study. *Lancet* 1984: 297-300.

Lipsey, J.R., Spencer, W.C., Rabins, P.V., Robinson, R.G. Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am J Psychiatry*. 1986. 143; 527-9.

Löfgren B., Gustafson Y., Nyberg L. Psychological Well-Being 3 Years After Severe Stroke. *Stroke* 1999;30:567-72.

Loong C.K., Kenneth N.K., Paulin S.T. Post-stroke depression: outcome following rehabilitation. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:609-14.

Mahoney F.J., Barthel D.W. Functional evaluation: the Barthel-Index. *Md Med J* 1965;14: 61-65.

Masand, P., Murray, G., & Picket, P. Psycho stimulants in post-stroke depression. *J Neuropsych Clin Neurosci* 1991; 3, 23-27.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 28.3.1995. 1995; Essen, MDS.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches vom 1.1.2002. 2002; Essen, MDS.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). Begutachtungshilfe "Geriatrische Rehabilitation" vom 12.12.2002. 2002; Essen, MDS.

Meier-Baumgartner, H. P. & Pientka, L. Evidenz-basierte Medizin. *Z Gerontol Geriat.* 2000; 33: 77.

Morris P.L., Raphael B., Robinson R.G. Clinical depression is associated with impaired recovery from stroke. *Med J Aust* 1992;157:239-42.

Morris, P. L., Robinson, R. G, Andrezejewski, P., Samuels, J., and Price, T. R. Association of Depression with 10-year post-stroke-mortality. *Am J Psychiatry* 1993;150, 124-129.

Morris, P.L., Shields, R.B., Hopwood, M.J., Robinson, R.G, and Raphael, B. Are there two depressive syndroms after stroke? *J Nerv.Ment.Dis.* 1994; 182, 230-234.

Müller, U. Pharmakotherapie emotionaler Störungen bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2001; 12[4], 336-349.

Narushima K., Chan K.L., Kosier J.T. et al. Does cognitive recovery after treatment of poststroke depression last? A 2-year follow-up of cognitive function associated with poststroke depression. *Am J Psychiatry* 2003; 160[6], 1157-1162.

Ng, K.C., Chan, K.L., and Straughan, P.T. A study of poststroke depression in a rehabilitative center. *Acta Psychiatr Scand.* 1995; 92, 75-79.



Nikolaus T., Bach M., Specht-Leible N., Oster P., Schlierf G. The Timed Test of Money Counting. A Short Physical Performance Test for Manual Dexterity and Cognitive Capacity. *Age Aging* 1995;24:257-58.

Nikolaus, T. and Jamour, M. Wirksamkeit von speziellen Schlaganfalleinrichtungen (Stroke Units) in der Behandlung des akuten Schlaganfalls. *Z Gerontol Geriat*. 2000; 33, 96-101.

Oswald W.D., Fleischmann U. *Nürnberger-Alters-Inventar (NAI)*. 1995. Göttingen: Hogrefe.

Ouimet M.A., Primeau F., Cole M.G. Psychosocial risk factors in poststroke depression: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2001;46:819-28.

Palomäki, H., Kaste, M., Berg, A., Lönnquist, R. Lönnqvist J., Lehtihalmes, M., and Hares, J. Prevention of poststroke depression: 1 year randomised placebo controlled double blind trial of mianserin with 6 months follow up after therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66, 490-494.

Paolucci S., Antonucci G., Pratesi L., Traballes M., Lubich S., Grasso M.G. Functional outcome in stroke inpatient rehabilitation: predicting no, low and high response patients. *Cerebrovasc Dis* 1998;8:228-34.

Paolucci S., Antonucci G., Pratesi L., Traballes M., Grasso M.G., Lubich S. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:985-90.

Paradiso, S., Ohkubo, T., and Robinson, R. G. Vegetative and Psychological Symptoms Associated with depressed mood over the first two years after stroke. *Int'l J.Psychiatry in Medicine* 1997. 27[2], 137-157.

Paradiso S., Robinson R.G. Gender differences in poststroke depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:41-47.

Parikh R.M., Robinson R.G, Lipsey J.R., Starkstein S.E., Fedoroff J.P., Price T.R. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Arch Neurol* 1990;47:785-89.

Peters, M., Lange, C., Radebold, H. Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik - Eine empirische Studie. *Z Psychosom Med Psychother* 46[3], 259-272. 2000.

Pientka, L. Versorgungsforschung auf dem Gebiet der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation aus nationaler und internationaler Sicht. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34[Suppl. 1], 1-57-1/62.

Pinquart M. *Das Selbstkonzept im Seniorenalter* 1998. Weinheim: Beltz.

Podsiadlo D., Richardson S. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-48.

Pohjasvaara T., Erkinjuntti T., Vataja R., Kaste M. Correlates of dependent living 3 months after ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 1998;8:259-66.

Pössl, J. and Schellhorn, A. Psychologische Interventionen bei Hirngeschädigten Patienten mit depressiven Störungen. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2001; 12[(4)], 324-335.

Provinciali, L. and Coccia, M. Post-stroke and vascular depression: a critical review. *Neurol Sci* 2002. 22, 417-428.

Raspe, H. Evidenzbasierte Medizin: eine Einführung für klinisch Tätige. *Z Gerontol Geriat* 2000; 33: 78-81.

Reding, M.J., Orto, L.A., Winter, S.W., Fortuna, I.M., DiPonte, P., and McDowell, F. N. Antidepressant therapy after stroke: A double-blind trial. *Archives of Neurology* 1986; 43, 763-765..

Robinson-Smith G., Johnston M.V., Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:460-464.

Robinson R.G. *The clinical neuropsychiatry of stroke*, 1 ed. Cambridge 1998: Cambridge Univ.Press.

Robinson R.G., Starr L.B., Price T.R. A two year longitudinal study of mood disorders following stroke. Prevalence and duration at six months follow-up. *Br J Psychiatry* 1984;144:256-62.

Rockwood, K., Howlett, S., Stadnyk, K., Carver, D., Powell, C., & Stolee, P. Responsiveness of goal Attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56, 736-743.

Romero, B., Wenz, M. Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren Angehörige. *Z Gerontol Geriat* 2002;35:118-28.

Röhring, S. Schlaganfall bewältigen: Modifikation und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms für Depressionen im Alter nach Schlaganfall. 2000. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls-Universität Tübingen.

Rönnecke, B. Psychologische Aspekte der Geriatrischen Rehabilitation - Implikationen für die Psychotherapie. In Hirsch R.D.H., ed. *Psychotherapie im Alter*. 1990. Bern: Huber, 103-13.

- Sato, R., Bryan, R.N., Fried, L.P. Neuroanatomic and functional correlates of depressed mood: the Cardiovascular Health Study. *Am J Epidemiol* 1999;150:919-29.
- Schneider, H. Möglichkeiten der Intervention bei alten Menschen. In Haag G., Brengelmann J.H., eds. *Alte Menschen - Ansätze psychosozialer Hilfen* 1991. München: Röttger.
- Scholze, M. Systemic family therapy with stroke patients. *Wien Med Wochenschr* 1995;145:544-46.
- Schuler, M., Neuhauser, T., Hauer, K., Oster, P., Razus, D., & Hacker, M. Schmerzerkennung bei geriatrischen Patienten durch ein interdisziplinäres Team: Urteilssicherheit und Einflussfaktoren. *Z Gerontol Geriat.* 2001; 34, 376-386.
- Shefler, G., Canetti, L., and Wiseman, H. Psychometric Properties of Goal-Attainment Scaling in the Assessment of Mann's Time-Limited Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57[7], 971-978.
- Shoemaker, N. Depression & Stroke. *CARING Magazine* 2001;6-12.
- Spitzer, R. L. and Fleiss, J. L. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiat* 1974; 125, 341-347.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., and Robins, E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35, 773-782.
- Starkstein, S. E. & Robinson, R. G. Affective disorders and cerebral vascular diseases. *Br J Psychiat* 1989; 154, 170-182.
- Stein, P.N., Sliwinski, M., Gordon, W.A., and Hibbard, M.R. The discrimination properties of somatic and non-somatic symptoms for post-stroke depression . *Clin Neuropsychol* 10, 141-8. 1996.
- Stieglitz R.D., Freyberger H., Mombour W. Klassifikation und diagnostischer Prozess. In Freyberger, H.J., Schneider, W., Stieglitz, R.D.H, eds. *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* 2002. Basel: Karger, 17-31.
- Stamm, T., Aus-, Fort-, und Weiterbildung in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation. *Z Gerontol Geriat.* 2001. [34] Suppl. 1: I/43-I48.
- Tanner, D. C. & Gerstenberger, D. L. The Grief Response in neuropathologies of speech and language. *Aphasiology* 1988; 2, 79-84.
- Uhlig, T. Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat.* 2001; 34[Suppl 1], 1-70-1/78.

Wade, D. T. Measurement in neurologic rehabilitation. *Curr Opin Neurol* 1993; 6[5], 778-784.

Wade, D.T. Legh-Smith, J. & Hewer, R.L. Depression after stroke: a community survey of its frequency. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151, 200-206.

Watzlawick, P., Coyne, J.C. Depression following stroke: Brief, problem-focused family treatment. *Family Process* 1980; 14, 14-18.

Wiat, L., Petit, H., Joseph, P. A., Mazaux, J. M., and Barat, M. Fluoxetine in early poststroke depression. *Stroke* 2000; 31, 1829-1832..

Williams, L.S., Weinberger, M., Harris, L.E. et al. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke (United States)* 1999; 30(7), 1362-9.

Wilson, B., Cockburn, J., Baddeley, A., & Hiorns, R. The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems. *J Clin Exp. Neuropsychol* 1989; 11(6), 855-870.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (Dt. Bearbeitung) 1997. Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization. *The International Classification of Mental and Behavioral Disorders: ICD-10*. 1992. Geneva, Switzerland.

Wyller, T.B., Svein, U., Sodrings, K.M., Pettersen, A.M., & Bautz-Holter, E. Subjective Well-being one year after stroke. *Clinical Rehabilitation* 1997; 11, 139-145.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. Development and Validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1983; 17[1], 37-49.

Ziegler, G. Altersdepression in der häuslichen Praxis. In Laux G., Müller W.E., eds. Altersdepression erkennen und behandeln. Neu-Isenburg: *Lingua Med* 1999; 95-120.

ANHANG A:  
Therapeutenmanual

# 1. Sitzung: Handeln und Fühlen

## 1. Kurze Exploration des Patienten

- „Wann ging es Ihnen in letzter Zeit nicht so gut?“ (**Situationen** explorieren.)
- „Was taten Sie in diesen Momenten?“ (Mögliche **Bewältigungsstrategien** explorieren.)
- **Aktuelle Befindlichkeit** erfragen.

## 2. Informationen über den Ablauf des Programms

- „Im Kurs wird erlernt, wie mit **depressiver Stimmung** umgegangen werden kann.“
- **Betonung der Wirksamkeit** des Programms, **Betonung der Eigeninitiative** des Patienten für die Wirksamkeit des Programms.

## 3. Tagesprotokoll des vergangenen Tages

- Gemeinsam mit dem Patienten **Tagesprotokoll des vergangenen Tages** (alternativ: des heutigen Tages bisher) **ausfüllen**: Patienten morgens **beim Erwachen beginnen** lassen (mögliche Punkte des Klinikalltags: Erwachen, Waschen, Ankleiden, Frühstück; verschiedene Therapien, Visiten, alleine im Zimmer sein, Besuche, weitere Mahlzeiten).
- Anhand des Tagesprotokoll sollen **besprochen** werden:
  - **Schwankungen** in der Stimmung (evtl. Darstellung als „Fieberkurve“)
  - **Zusammenhang** zwischen **Tätigkeit und Stimmung** (Verweis auf die Seite Handeln – Fühlen des Dreiecks); hierbei bereits auf Ressourcen eingehen, die zur Verbesserung der Stimmung beitragen können.
- Tagesprotokoll verwenden.
- Dreieck verwenden.

## 4. „Stimmungsspiralen“

- Anhand der gefundenen Zusammenhänge zwischen Tätigkeit und Stimmung sollen die beiden **Stimmungsspiralen eingeführt** werden. Erläuterung anhand von Beispielen aus dem Tagesprotokoll.
- Stimmungsspiralen verwenden.

## 5. Aufgabe bis zur nächsten Sitzung: Tagesprotokoll

- „Der Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Stimmung soll nun weiter intensiv beobachtet werden.“
- Dazu soll der Patient **ein Tagesprotokoll eines bestimmten Tages** bis zur nächsten Sitzung anfertigen.
- Auf weiteres Tagesprotokoll hinweisen.

# 2. Sitzung: Angenehme Tätigkeiten und Stimmung

## 1. Besprechung der Aufgabe

- Wenn Patient Tagesprotokoll angefertigt hat:
    - Patienten für die erledigte Aufgabe **verstärken** (evtl. auf Selbstverstärkung eingehen).
    - **Tagesprotokoll durchgehen**, fehlende Aspekte gemeinsam ergänzen.
    - Anhand von Beispielen aus dem Tagesprotokoll auf **Zusammenhang Handeln und Stimmung** eingehen (Dreieck). **Überleitung zum Thema „Angenehme Tätigkeiten“**.
  - Wenn Patient Tagesprotokoll nicht angefertigt hat:
    - Explorieren, **was** Patienten am Erledigen der Hausaufgabe **gehindert** hat. Patient **zur Mitarbeit ermutigen** und betonen, daß auch schon ein Teil der Arbeit sehr gut wäre.
    - **Tagesprotokoll des heutigen Tages** (analog zum Vorgehen in der ersten Sitzung) anfertigen.
    - Anhand von Beispielen aus dem Tagesprotokoll auf **Zusammenhang Handeln und Stimmung** eingehen. (Dreieck). **Überleitung zum Thema „Angenehme Tätigkeiten“**.
- Dreieck verwenden, evtl. Stimmungsspiralen verwenden.

## 2. Liste angenehmer Tätigkeiten

- „**Welche Dinge könnten Sie tun**, damit Ihre Stimmung in Zukunft öfters „gut“ oder „befriedigend“ ist?“ Auf **Liste angenehmer Tätigkeiten als Hilfsmittel**, um das herauszufinden, überleiten.
  - „Liste angenehmer Tätigkeiten“ beginnen, **gemeinsam durchzugehen**. Dabei sollte der Therapeut Items auslassen, die wegen möglicher Einschränkungen des Patienten nicht in Frage kommen. Explorieren, **wie angenehm** dem Patienten die jeweilige Tätigkeit ist. (Annehmlichkeit: 0-2)
- Liste angenehmer Tätigkeiten verwenden.

## 3. Aufgaben bis zur nächsten Sitzung

- **Liste angenehmer Tätigkeiten fertig** ausfüllen.
  - „Sehr angenehme Tätigkeiten“ in **Persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten übertragen**.
- Auf Liste angenehmer Tätigkeiten und Persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten hinweisen.

# 3. Sitzung: Planung angenehmer Tätigkeiten im Tagesplan

## 1. Besprechung der Aufgaben

- **Liste angenehmer Tätigkeiten** und **Persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten** besprechen, fehlende Teile ergänzen.
- Liste angenehmer Tätigkeiten und Persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten verwenden.

## 2. Angenehme Tätigkeiten und belastende Dinge

- **Nötige Balance und Abwechslung von angenehmen Tätigkeiten und belastenden Dingen** und Zusammenhang mit der Stimmung anhand des Modells einer Waage verdeutlichen. Überleitung zum Tagesplan.
- Waage verwenden.
- Evtl. Dreieck verwenden.

## 3. Tagesplan

**Exemplarisch für einen Tag** (z.B. den kommenden Tag) besprechen.

- Zunächst gemeinsam mit dem Patienten mit einem Farbstift die **Dinge eintragen, die erledigt werden müssen** (mögliche Beispiele: Aufstehen, Waschen, Visiten, Therapien etc.). Dabei auf eine gleichmäßige **Verteilung** dieser Tätigkeiten über den Tagesplan achten.
- Dann gemeinsam mit dem Patienten mit einem anderen Farbstift **angenehme Tätigkeiten eintragen** (aus Liste angenehmer Tätigkeiten und Persönlicher Liste angenehmer Tätigkeiten). **Mögliche Probleme** bei den angenehmen Tätigkeiten besprechen.
- Tagesplan verwenden.
- Liste angenehmer Tätigkeiten verwenden.
- Persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten verwenden.

## 4. Aufgaben bis zur nächsten Sitzung

- **Tagesplan einhalten.**
- **Tagesprotokoll** des festgelegten Tages führen.
- Tagesplan und Tagesprotokoll verwenden.



# 4. Sitzung: Gedanken beeinflussen das Empfinden

## 1. Besprechung der Aufgaben

- Einhaltung des **Tagesplans und Tagesprotokoll** des festgelegten Tages besprechen:
  - Jede **Einhaltung** des Tagesplans, besonders den Einbau angenehmer Tätigkeiten, **verstärken**.
  - Bei **starken Abweichungen** des Tagesprotokolls vom festgelegten Tagesplan evtl. aufgetretene **Probleme besprechen**.
- **Zusammenhang** zwischen **angenehmen Tätigkeiten und Stimmung** anhand des Tagesplans, des Tagesprotokolls und des Dreiecks besprechen.
  - Tagesplan und Tagesprotokoll verwenden.
  - Dreieck verwenden.

## 2. Denken und Fühlen

**Vorstellungsübung** anhand eines **alltagsnahen belastenden Ereignisses** (Bsp.: Mitpatient grüßt nicht.) des Patienten:

- Therapeut schildert ausführlich das **Ereignis**. Frage nach **lähmenden Gedanken**. Frage nach (negativem) **Gefühl**.
- Therapeut schildert das **Ereignis** und dazu passende **aufbauende Gedanken**. Frage nach (besserem) **Gefühl**.
- „Worin liegt der Unterschied bei den beiden Beispielen?“ **Besprechung des Zusammenhangs Denken – Fühlen** anhand der Beispiele und des Dreiecks.
  - Dreieck verwenden.

## 3. Gedankenprotokoll

- Eintragen der **bisher explorierten lähmenden Gedanken in das Gedankenprotokoll**.
- Es sollten auch schon **mögliche aufbauende Gedanken** in das Gedankenprotokoll eingetragen werden.  
Mögliche Fragen dazu:
  - „Was wäre denn geschickter, hilfreicher?“
  - „Was würden andere/ Sie sich denn (gleiche Situation!) denken, wenn sie gute Stimmung haben?“
- Auch hier nochmals auf den **Zusammenhang Denken – Fühlen** im Dreieck hinweisen.
  - Gedankenprotokoll verwenden.
  - Dreieck verwenden.

## 4. Aufgaben bis zur nächsten Sitzung

- **Gedankenprotokoll führen:** „Bitte stets, wenn Sie bei sich schlechte Stimmung bemerken, alles, was Ihnen durch den Kopf geht, aufschreiben.“
- Evtl. kann sich der Patient auch schon **aufbauende Alternativgedanken** überlegen.
  - Gedankenprotokoll verwenden.

# 5. Sitzung: Die eigenen Gedanken kontrollieren

## 1. Besprechung der Aufgaben

- Wenn Patient Gedankenprotokoll angefertigt hat:  
Anfertigung (auch teilweise) des Gedankenprotokolls **verstärken**. Gedankenprotokoll **besprechen**.  
Wenn Patient Gedankenprotokoll nicht angefertigt hat:  
Gemeinsam **lähmende Gedanken explorieren**. Mögliches Vorgehen: **Letzten/ heutigen Tag** (evtl. mit Tagesprotokoll) **durchgehen** und für Situationen mit schlechter Stimmung Gedanken explorieren.
- **Gemeinsamkeiten** der lähmenden Gedanken **erarbeiten** (Z.B.: „Welche Überschrift würden Sie den Gedanken geben?“ Z.B. Gedanken mit Vorwürfen, Zweifeln, Abwertungen, Pessimismus, Kritik; allgemeine, absolute Behauptungen). Nochmals Hinweis auf **Zusammenhang mit Stimmung** (Dreieck verwenden).
- **Aufbauende Gedanken erarbeiten** (rechte Seite des Gedankenprotokolls):  
**Mögliche Fragen** dazu:  
„Was wäre denn geschickter, hilfreicher?“  
„Was würden andere/ Sie sich denn (gleiche Situation!) denken, wenn sie gute Stimmung haben?“  
Dabei Einbau von geeigneten **Gedankenkontroll-Techniken** (siehe Punkt 2).
  - Gedankenprotokoll verwenden.
  - Evtl. Tagesprotokoll verwenden.
  - Evtl. Dreieck verwenden.

## 2. Gedankenkontroll-Techniken

Die Gedankenkontroll-Techniken sollten nach Bedarf **bei der Besprechung des Gedankenprotokolls** eingeführt werden. Mögliche Gedankenkontroll-Techniken:

- Lähmende Gedanken unterbrechen: (Für danach soll sich der Patient aufbauende Gedanken vornehmen.)
  - **Gedanken unterbrechen**: Lähmende Gedanken werden unterbrochen, indem der Patient sich einen Satz sagt wie: „Ich höre jetzt auf, darüber nachzudenken.“
  - **Stop-Technik**: Zur Unterbrechung lähmender Gedanken ruft man ganz laut „Stop!“. Dadurch wird die Aufmerksamkeit von den lähmenden Gedanken weggelenkt.
- Positive Gedanken erhöhen:
  - **Karten-Technik**: Patient hat Karten bei sich, auf denen je ein (selbst ausgewählter) aufbauender Gedanke steht.
  - **Signal-Technik**: Klebeetiketten im Zimmer sollen Signal für aufbauende Gedanken sein.
    - Karten für aufbauende Gedanken für die Karten-Technik verwenden.
    - Klebeetiketten in Punktform für die Signal-Technik verwenden.

## 3. Aufgaben bis zur nächsten Sitzung

- **Gedankenkontroll-Techniken üben**. Hinweis darauf, daß Übung hier sehr wichtig ist und daß sich aufbauende Gedanken bei ausreichender Übung vermehrt automatisch einstellen.
  - Gedankenprotokoll verwenden.
  - Karten für aufbauende Gedanken für die Karten-Technik verwenden.
  - Klebeetiketten in Punktform für die Signal-Technik verwenden.

# 6. Sitzung: Gedanken bei unerfreulichen Ereignissen

## 1. Besprechung der Aufgaben

- Patienten für das **Ausprobieren von Gedankenkontroll-Techniken verstärken**.
- Die **Erfahrungen** des Patienten mit den verschiedenen Techniken **besprechen**.
- Patienten **ermutigen**, die erlernten Techniken **weiter auszuprobieren**.
- Evtl. Karten für die Karten-Technik verwenden.
- Evtl. Klebeetiketten in Punktform für die Signal-Technik verwenden.

## 2. Gedankenprotokoll bei unerfreulichen Ereignissen

- Ein **konkretes, unerfreuliches Ereignis des Patienten** in den letzten Tagen verwenden (z.B. von jemandem abgelehnt werden, kritisiert werden, sich unbeachtet fühlen, Fehler machen, angestarrt werden). In das Gedankenprotokoll **eintragen**.
- (Negative) **Gefühle explorieren**.
- **Lähmende Gedanken** bei dem Ereignis explorieren und **eintragen**. („Was könnten Sie sich da gedacht haben?“ „Welche Bedeutung hat das für Sie?“ „Welche Erwartungen haben Sie in der Situation?“)
- **Zusammenhang** der lähmenden Gedanken **mit (negativer) Stimmung** erarbeiten (Dreieck).
- **Aufbauende Alternativgedanken** für dasselbe Ereignis erarbeiten und **eintragen**.
- (Verbessertes) **Gefühl explorieren**.
- **Zusammenhang** der aufbauenden Alternativgedanken **mit (verbesselter) Stimmung** erarbeiten (Dreieck).
- Gedankenprotokoll bei unerfreulichen Ereignissen verwenden.
- Dreieck verwenden.

## 3. Aufgaben bis zur nächsten Sitzung

- **Gedankenprotokoll** (bei unerfreulichen Ereignissen) **ergänzen**.
- Gedankenprotokoll bei unerfreulichen Ereignissen **verwenden**.

# 7. Sitzung: Sozial kompetentes Verhalten erlernen

## 1. Besprechung der Aufgaben

- Patienten für das Ausfüllen des Gedankenprotokolls (bei unerfreulichen Ereignissen) **verstärken**.
- Gedankenprotokoll bei unerfreulichen Ereignissen verwenden.

## 2. Bearbeitung einer sozialen Situation

- Ein **Beispiel des Patienten** für Schwierigkeiten in einer sozialen Situation herausgreifen. Möglichst eine Situation nehmen, die bald Übungsmöglichkeiten bietet.
- Bisheriges Verhalten, lähmende Gedanken und Gefühl **explorieren**.
- **Kompetentes Verhalten und aufbauende Gedanken erarbeiten** und in das Soziale Kompetenz – Protokoll **eintragen**. Dabei herausarbeiten,
  - daß sich sozial kompetentes Verhalten „**im Kopf vorbereitet**“ und „**im Handeln zeigt**.“
  - daß sich **sozial kompetentes Verhalten** (Handeln und Denken) **auf die Stimmung** (Fühlen) **auswirkt** (anhand des Beispiels und des Dreiecks).
- **Selbstlob** erarbeiten.
- Soziale Kompetenz – Protokoll verwenden.
- Dreieck verwenden.

## 3. Was ist sozial kompetentes Verhalten? (fakultativ)

- „Was ist für Sie sozial kompetentes Verhalten?“ – Ideen sammeln (Sozial kompetentes Verhalten ist weder unsicher noch aggressiv!).
- Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen durchgehen (als Beispiele für sozial kompetentes Verhalten).
- Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen verwenden.

## 4. Aufgabe bis zur nächsten Sitzung

- Patient soll bis zur nächsten Sitzung drei **soziale Situationen notieren**, in denen er sich **sozial kompetenter verhalten möchte**.  
Hilfsmittel: Jeden Abend **Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen durchgehen** und überlegen, ob in einer Situation eine Verhaltensweise Schwierigkeiten gemacht hat/ vermieden wurde.
- Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen verwenden.
- Protokoll für schwierige soziale Situationen verwenden.

# 8. Sitzung: Soziale Kompetenz und eigene Bedürfnisse

## 1. Besprechung der Aufgaben

- Patienten für das Ausfüllen des Protokolls für schwierige soziale Situationen und der Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen **verstärken**.
- Protokoll kurz **besprechen**.
- Protokoll für schwierige soziale Situationen verwenden.
- Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen verwenden.

## 2. Vorbereitung des Rollenspiels

- Eine dem Patienten **wichtige konkrete Situation auswählen** (möglichst im Bereich „Bedürfnisse und Wünsche äußern“, ausreichende Übungsmöglichkeiten beachten). Möglichkeiten:
  - Situation, die in der **letzten Sitzung** besprochen wurde
  - Situation **aus Protokoll für schwierige soziale Situationen**
- Ausgewählte Situation beschreiben lassen und dazu **Soziale Kompetenz – Protokoll ausfüllen**:
  - Situation genau beschreiben lassen und notieren.
  - Bisheriges Verhalten, lähmende Gedanken und Gefühl explorieren.
  - Kompetentes Verhalten, aufbauende Gedanken und Selbstlob erarbeiten und in das Soziale Kompetenz – Protokoll eintragen.
- **Überleitung zum Rollenspiel**: Betonung des Übens von sozial kompetentem Verhalten
  - Altes oder neues Soziale Kompetenz – Protokoll verwenden.
  - Protokoll für schwierige soziale Situationen verwenden.

## 3. Durchführung des Rollenspiels

1. Patient soll den **Therapeuten als Interaktionspartner** für seine Rolle genau **instruieren**.
2. Nochmals **nach Zielverhalten und aufbauenden Gedanken fragen**.
3. Rollenspiel **beginnen**. Bei **ungünstigen Verhaltensweisen gleich unterbrechen**.
4. Rollenspiel **an einer günstigen Stelle abbrechen**.
5. Alle Erfolge **positiv verstärken**.
6. Patienten fragen, wie es **ihm im Rollenspiel ergangen** ist.
7. Wichtig: **Selbstlob** für Ausgang
8. **Veränderungen empfehlen**.
9. Rollenspiel evtl. **nochmals durchführen**.

## 4. Aufgabe bis zur nächsten Sitzung

- Der Patient soll das **eingübte Verhalten** bei der nächsten Möglichkeit **ausprobieren**.
- Soziale Kompetenz – Protokoll verwenden.

# 9. Sitzung: Soziale Kompetenz und soziale Kontakte

## 1. Besprechung der Aufgaben

- Jedes Ausprobieren des im Rollenspiel geübten Verhaltens **verstärken**.
- Die **Erfahrungen** mit dem Verhalten **besprechen**.
- Soziale Kompetenz – Protokoll **verwenden**.

## 2. Weiteres Rollenspiel

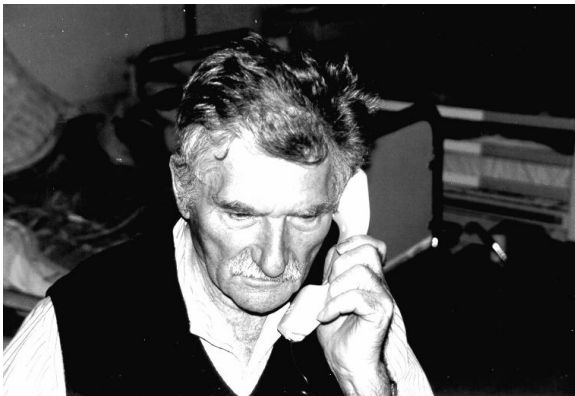
- Es sollte wieder eine **wichtige konkrete Situation** ausgewählt werden (möglichst im Bereich „soziale Kontakte“). Möglichkeiten:
  - **aktuelle Situation**, die der Patient von sich aus äußert
  - Situation **aus Protokoll für schwierige soziale Situationen**
- Für die ausgewählte Situation sollte wieder ein **Soziale Kompetenz-Protokoll ausgefüllt** werden (analog zur 8. Sitzung).
- **Durchführung des Rollenspiels** (analog zur 8. Sitzung)
- Soziale Kompetenz – Protokoll verwenden.
- Protokoll für schwierige soziale Situationen verwenden.

## 3. Zusammenfassung des Therapieprogramms

Zum Abschluß sollten die wichtigsten Punkte des Therapieprogramms noch einmal zusammengefaßt werden:

- **Sammlung von Ideen:** Patient fragen, was er nun gegen „Stimmungstiefs“ tun könne und wie er ihnen vorbeugen könne.
- Die verschiedenen Punkte stichwortartig als kurze Zusammenfassung **in das Blatt „Was ich tun kann, damit sich meine Stimmung bessert“ eintragen**.
- Blatt „Was ich tun kann, damit sich meine Stimmung bessert“ verwenden.

ANHANG B:  
Patientenbroschüre



## **Schlaganfall bewältigen**

Informationen und Materialien für Patienten

# Schlaganfall bewältigen



# Einführung

## Liebe Patientin, lieber Patient!

**W**ir haben dieses Heft für Sie vorbereitet, damit Sie das, was Sie in der Sitzung mit Ihrer Psychologin oder Ihrem Psychologen besprochen haben, in Ruhe noch einmal selbst durchgehen können. Außerdem finden Sie in diesem Heft viele Beispiele, wie andere Menschen mit niedergeschlagener Stimmung nach einem Schlaganfall umgegangen sind. Hier finden Sie auch die Aufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen. Diese Aufgaben sind sehr wichtig für die Bewältigung Ihrer niedergeschlagenen Stimmung.

## Was ist das für ein Programm?

**S**ie sind von einem Schlaganfall betroffen und leiden in Folge dessen an niedergeschlagener Stimmung.

Dagegen können Sie etwas tun. Gemeinsam mit Ihrem Psychologen erarbeiten Sie ein Therapieprogramm, das speziell für ältere Patienten mit Stimmungsschwierigkeiten nach einem Schlaganfall entwickelt wurde. Das Therapieprogramm beruht auf gut überprüften psychologischen Techniken. Diese wurden bereits mit einer großen Anzahl älterer und auch jüngerer Menschen mit depressiven Stimmungen sehr erfolgreich durchgeführt.

Sie werden im Laufe der Therapie verschiedene Techniken kennenlernen, mit deren Hilfe Sie mit niedergeschlagener Stimmung besser umgehen können. Ihr Psychologe wird Sie dabei unterstützen und beraten.

Untersuchungen haben gezeigt: Beinahe jeder Zweite von einem Schlaganfall Betroffene leidet an Gefühlen von Niedergeschlagenheit.



## Wie entsteht depressive Stimmung?

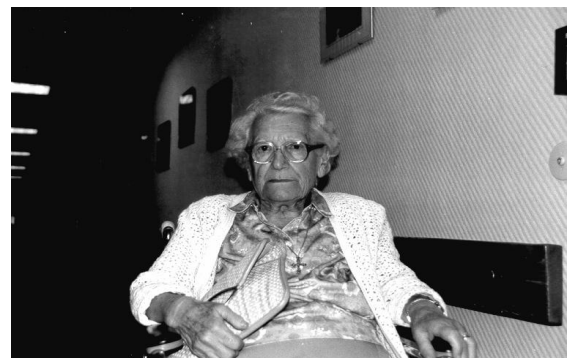
Um deutlich zu machen, wie depressive Stimmung entsteht, möchten wir Ihnen zwei Patienten vorstellen: Frau Bauer und Herrn Peters. Beide haben mit Ihnen gemeinsam, daß sie auch an niedergeschlagener Stimmung nach einem Schlaganfall leiden. Die zuständige Psychologin hat Frau Bauer und Herrn Peters angeboten, an einem Programm zur Bewältigung von depressiver Stimmung nach einem Schlaganfall teilzunehmen. Frau Bauer und Herr Peters werden uns durch das ganze Heft begleiten.

**Frau Bauer (89 Jahre):** Frau Bauer lebte vor ihrem „Schlägle“, wie die gebürtige Schwäbin sagt, in einem kleinen Einzimmer-Appartement. Sie kam mit ihrer knappen Rente einigermaßen zurecht.

Von ihren Freundinnen wurde Frau Bauer als die „gute Seele“ ihres Senioren-Treffs bezeichnet: Sie ging darin auf, sich um andere zu kümmern, die Treffen mitzuorganisieren und sich um Bekannte, die erkrankt waren, aufopfernd zu kümmern.

Nach ihrem Schlaganfall kam Frau Bauer in eine Rehabilitationsklinik. Ihre starken Sprachschwierigkeiten besserten sich dort bald etwas. Mit ihrem Rollstuhl fühlt sich Frau Bauer auch wieder etwas mobiler.

Dennoch wird Frau Bauer auf die Hilfe anderer angewiesen sein. Deshalb ist geplant, daß Frau Bauer nach der Entlassung aus der Klinik in die Einliegerwohnung im Haus ihrer Tochter und ihres Schwiegersohnes zieht. Ihre Tochter soll Frau Bauer



morgens beim Waschen und Anziehen etwas helfen.

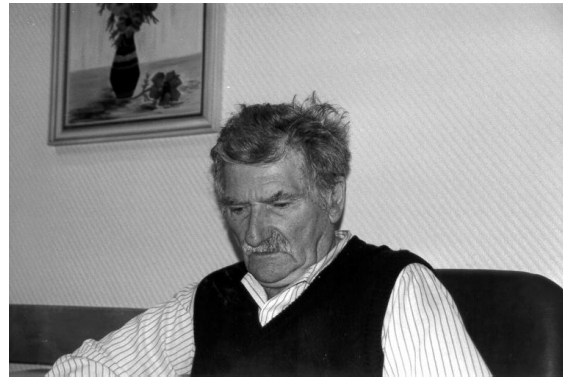
Seit dem Schlaganfall wird Frau Bauer von Gedanken geplagt, die sie früher nicht kannte: Sie fühlt sich wertlos und denkt daran, daß sie sich mit ihren Einschränkungen nun kaum noch nützlich machen kann. Wie soll sie nun im Senioren-Treff anderen ihre Hilfe anbieten? Im Moment hat sie das Gefühl, daß sie anderen Menschen nur zur Last fällt. Manchmal meint sie, daß ihr Leben so eigentlich überhaupt keinen Sinn mehr hat.

Ihr fällt es morgens sehr schwer aufzustehen, nur wegen des klar strukturierten Klinikablaufs kommt sie aus dem Bett.

**Herr Peters (78 Jahre):** Herr Peters wohnte gemeinsam mit seiner Frau in einer Dreizimmerwohnung. Seine Frau ist pflegebedürftig und wird von der Sozialstation betreut. Daher hatte Herr Peters viel zu tun, die Wohnung in Ordnung zu halten.

Trotz der vielen Arbeit ging Herr Peters immer noch leidenschaftlich gerne in Volkshochschulkurse. Herr Peters hatte mit 70 Jahren noch begonnen, Englisch zu lernen. Er war der Meinung, daß in der heutigen Welt Englisch unverzichtbar ist.

Nach seinem Schlaganfall war Herr Peters halbseitig gelähmt, machte aber während der Therapie in der Rehabilitationsklinik gute Fortschritte. Als er sich jedoch gemeinsam mit der Ergotherapeutin sein Englisch-Vokabelheft ansah, bemerkte er, daß er Schwierigkeiten hatte, sich zu konzentrieren. Auch vergißt er immer wieder die Namen seiner Therapeuten.



Seit dem Schlaganfall fühlt sich Herr Peters niedergeschlagen und traurig. Er kann sich kaum noch an Dingen freuen, die ihm sonst Spaß gemacht haben. Herr Peters fühlt sich oft sehr müde. Nachts jedoch kann er kaum schlafen.

Herr Peters hat sich auf den Rat seines Stationsarztes entschlossen, gemeinsam mit seiner Frau in ein Pflegeheim umzuziehen, da er Hilfe beim Waschen und Anziehen benötigt und auch seine große Wohnung nicht mehr in Ordnung halten kann.

Diese beiden Beispiele zeigen, daß das schwerwiegende Ereignis eines Schlaganfalls zu Niedergeschlagenheit führen kann. Ganz allgemein kann man sagen: Wenn Menschen Schwierigkeiten haben, mit Belastungen wie mit einem Schlaganfall umzugehen, können depressive Stimmungen entstehen.

Niedergeschlagene Stimmung und der Verlust von Freude können mit vielen anderen Schwierigkeiten verbunden sein (wie in den Beispielen!):

- Körperliche Dinge wie Schlafprobleme, weniger oder auch mehr Appetit, Schmerzen und Kraftlosigkeit.
- Kein Antrieb, irgend etwas zu tun. Müdigkeit und Energielosigkeit. Auch eine starke innere Unruhe ist möglich.
- Gedanken daran, daß das Leben nun völlig wertlos ist. Grübeln und Schuldgefühle. Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten.

All diese Schwierigkeiten hängen eng mit der depressiven Stimmung zusammen und werden in diesem Programm gemeinsam angegangen.

# Kapitel 1: Handeln und Fühlen

## Was ist die „Stimmungsspirale“?

**N**ehmen wir doch wieder ein Beispiel, um die „Stimmungsspirale“ zu verstehen:

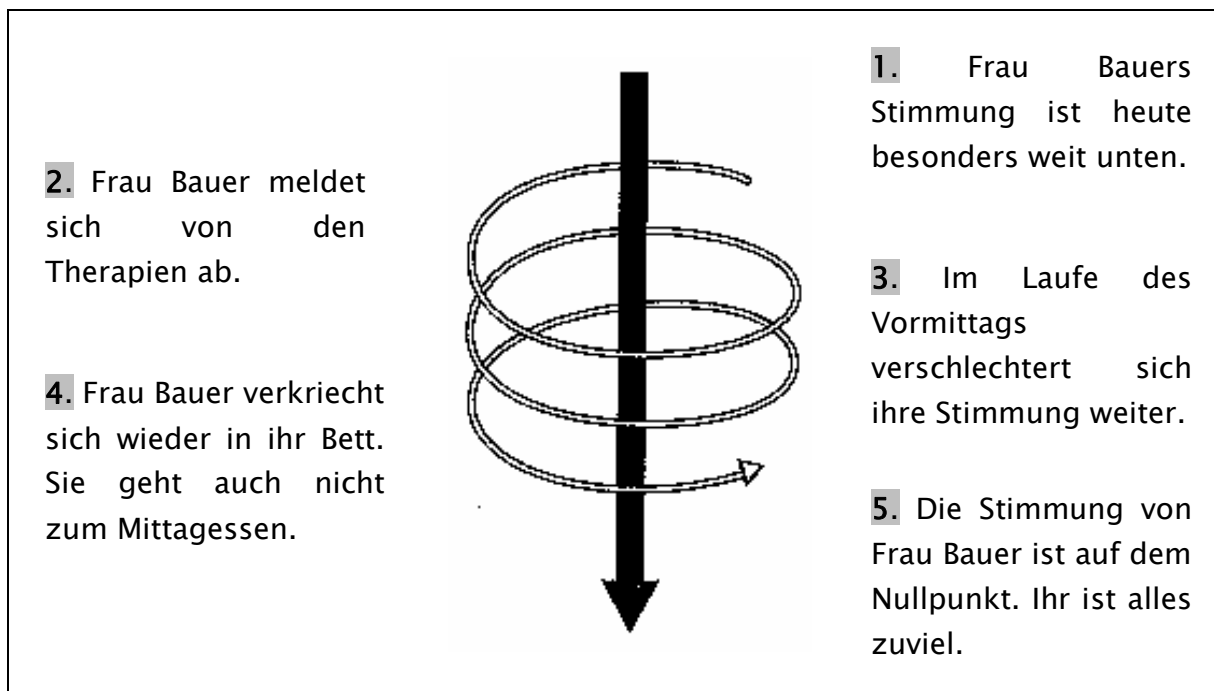
Frau Bauer hat morgens überhaupt keine Lust, irgendetwas zu tun. Deshalb würde sie am liebsten im Bett bleiben. Heute ist ihre Stimmung wirklich besonders weit unten. Deshalb sagt sie zur Krankenschwester, die sie zum Frühstück bringen möchte, daß es ihr heute sehr schlecht gehe und sie deshalb im Zimmer frühstücken möchte. Außerdem bittet sie die Schwester, sie von der Krankengymnastik und der Ergotherapie abzumelden. Die Krankenschwester gibt schließlich nach. Frau Bauer fühlt sich zunächst erleichtert, denn sie muß die

Anforderungen in den Therapien nicht meistern und wird mit ihrer Traurigkeit alleine gelassen. Im Laufe des Vormittags spürt sie jedoch, daß sich ihre Stimmung weiter verschlechtert, sie verkriecht sich bald wieder in ihr Bett. So kommt es dazu, daß sich Frau Bauer auch zum Mittagessen abmeldet...



Vielleicht kennen Sie ja so etwas selbst auch: Sie fühlen sich niedergeschlagen und nicht in der Lage, irgendetwas zu tun. Aber dadurch, daß Sie dann auch nichts tun, haben Sie auch keine angenehmen Erlebnisse, so daß sich Ihre Stimmung weiter verschlechtert.

Dieser Zusammenhang wird häufig in einer Spirale dargestellt, der sogenannten „Stimmungsspirale“:



### Was können Sie gegen diese Spirale tun?

**A**m nächsten Morgen gelingt es Frau Bauer, diese Stimmungsspirale nach unten zu stoppen:

Die Stimmung von Frau Bauer ist heute wieder besonders schlecht. Auch an diesem Morgen kommt sie kaum aus dem Bett.

Da bietet ihr die Pflegehelferin an, sie in den Garten zu fahren, sie habe gerade Zeit. Frau Bauer fällt es zunächst sehr schwer, sich dazu durchzuringen. Ihr geht es schlecht, und das Wetter sieht heute auch recht wechselhaft aus. Schließlich ist sie jedoch mit einem kleinen Ausflug in den Garten einverstanden.

Als Frau Bauer nach einer halben Stunde wieder in die Klinik kommt, achtet sie genau auf ihre



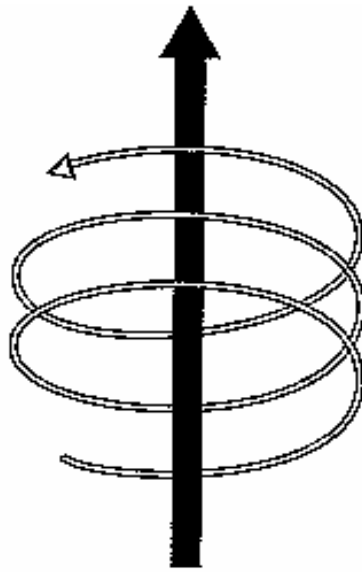
Stimmung: Frau Bauer fühlt sich wesentlich besser. Im Garten entdeckte sie die ersten Frühlingsblumen. Durch diese kleine Freude gestärkt, macht sich Frau Bauer an die Planung weiterer angenehmer Tätigkeiten...

Frau Bauer hat versucht, die Richtung der Stimmungsspirale umzudrehen, so daß sie aus der depressiven Stimmung heraus führt:

5. Die Stimmung von Frau Bauer wird immer besser.

3. Frau Bauer freut sich über die ersten Frühjahrsblumen. Ihre Laune wird besser.

1. Frau Bauer fühlt sich niedergeschlagen. Ihr ist alles zuviel.



4. Frau Bauer plant weitere Dinge, die ihr Spaß machen.

2. Frau Bauer nimmt dennoch das Angebot der Pflegehelferin an, sie in den Garten zu fahren.

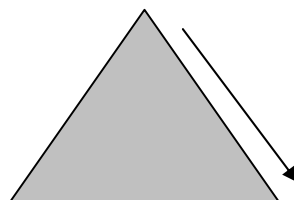
## Handeln und Fühlen

An den Beispielen haben Sie sehen können: Handeln und Fühlen hängen eng zusammen! Wenn Sie sich etwas Angenehmes vornehmen, kann das dazu führen, daß auch Ihre Stimmung besser wird.

Der Zusammenhang gilt aber auch umgekehrt: Das Fühlen beeinflusst das Handeln! Wenn sich Ihre Stimmung verbessert, nehmen Sie sich auch eher angenehme Dinge vor.

Den Zusammenhang zwischen Handeln und Fühlen kann man mit einem Dreieck darstellen. Wir werden dieses Dreieck in diesem Programm noch oft verwenden:

Frau Bauer läßt sich in den Garten fahren.  
(Handeln)



Frau Bauer fühlt sich besser.  
(Fühlen)

# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Stimmung
08-09		
09-10		
10-11		
11-12		
12-13		
13-14		
14-15		
15-16		
16-17		
17-18		
18-19		
19-20		
20-21		

- Nehmen Sie möglichst oft am Tag die Eintragungen für die vergangenen Stunden vor! Dann sind Ihnen Ihre Tätigkeiten und Ihre Stimmung noch am besten in Erinnerung.
- Notieren Sie bitte in der Mitte des Blattes, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben.
- Bewerten Sie dann Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit mit „1“ (sehr gute Stimmung) bis „6“ (sehr schlechte Stimmung):

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte St.

So geht's!

# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Stimmung
08-09		
09-10		
10-11		
11-12		
12-13		
13-14		
14-15		
15-16		
16-17		
17-18		
18-19		
19-20		
20-21		

- Nehmen Sie möglichst oft am Tag die Eintragungen für die vergangenen Stunden vor! Dann sind Ihnen Ihre Tätigkeiten und Ihre Stimmung noch am besten in Erinnerung.
- Notieren Sie bitte in der Mitte des Blattes, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben.
- Bewerten Sie dann Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit mit „1“ (sehr gute Stimmung) bis „6“ (sehr schlechte Stimmung):

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte St.

So geht's!



## Kapitel 2: Angenehme Tätigkeiten und Stimmung

### Warum sind angenehme Tätigkeiten so wichtig?

**E**rinnern Sie sich noch an das Beispiel von Frau Bauer aus der letzten Sitzung? – Frau Bauer hatte sich trotz schlechter Stimmung zu einer Spazierfahrt mit dem Rollstuhl durchgerungen. Danach stellte sie fest, daß sich ihre Stimmung wesentlich gebessert hatte. Vor allem freute sie sich an den Frühjahrsblumen, die sie im Garten der Klinik entdeckt hatte.

Dazu noch ein anderes Beispiel von Frau Bauer: Frau Bauer hätte gerne öfter mal Besuch. Sie meint aber, sie belaste andere nur mit ihrer Erkrankung. Daher hat sie es bisher noch nicht gewagt, einfach eine Freundin anzurufen und zu fragen, ob sie nicht einmal vorbeikommen möchte.

Diesmal jedoch hat sie das Ganze noch einmal überdacht. Frau Bauer möchte eine Freundin vom Senioren-Treff anrufen und sie bitten, sie doch einmal zu besuchen. Frau Bauer denkt sich: „Das wird mir sicherlich gut tun, wenn meine Freundin mich besucht. Ich bin schon gespannt, was sie Neues vom Senioren-Treff weiß. Vielleicht freut sich ja meine

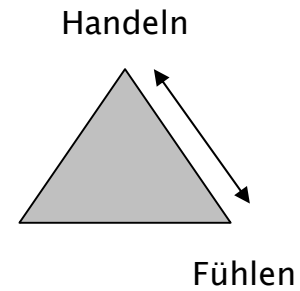


Freundin auch, mich zu sehen.“ Tatsächlich sagt die Freundin von Frau Bauer ihren Besuch für den nächsten Tag zu.

Als Frau Bauer am nächsten Abend ihr Tagesprotokoll ausfüllt, stellt sie fest, daß sie ihre Stimmung durch den Besuch ihrer Freundin von weniger gute Stimmung (4) auf gute Stimmung (2) verbessern konnte.

## Angenehme Tätigkeiten und Stimmung

Sie haben sicherlich schon bemerkt: Ihre Stimmung wird auch durch Ihre Tätigkeit beeinflusst. Tun Sie etwas Angenehmes, kann sich auch Ihre Stimmung verbessern. Wir haben das in der letzten Sitzung mit dem Dreieck dargestellt:



## Wie kann ich herausfinden, welche Dinge für mich angenehm sein könnten?

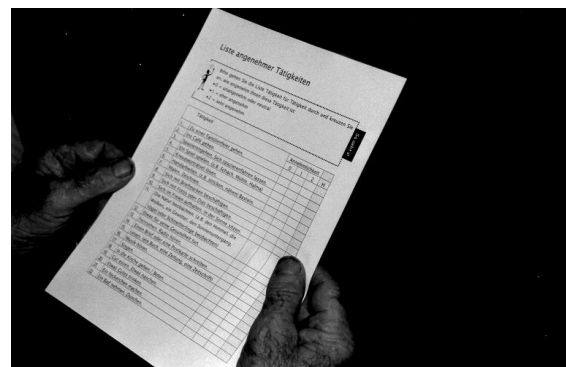
Vielleicht denken Sie jetzt: „Das ist ja genau mein Problem – ich kann mich an nichts mehr freuen! Es gibt keine ‚angenehmen Tätigkeiten‘ mehr für mich. Das Meiste kann ich seit dem Schlaganfall ja gar nicht mehr tun.“

Herrn Peters ging es auch so. Durch seinen Schlaganfall konnte er einfach auch viele Dinge nicht mehr so tun wie früher: An das Lernen von Englisch-Vokabeln war zur Zeit überhaupt nicht mehr zu denken, Herr Peters konnte sich einfach nicht mehr konzentrieren.

Herr Peters bekam daraufhin von seiner Psychologin eine lange Liste von Tätigkeiten. Bei allen sollte er angeben, wie angenehm diese für ihn sind.

Zunächst kam es Herrn Peters unmöglich vor, die ganze lange Liste durchzuarbeiten. Doch er nahm sich vor, bis zur nächsten Therapiesitzung jeden Tag eine Seite der langen Liste zu bearbeiten. Bis zur nächsten Therapiesitzung hatte

Herr Peters schließlich beide Seiten der Liste angekreuzt. Dabei merkt er, daß doch eine Reihe von Dingen dabei sind, die er angenehm findet: Er hatte mit „sehr angenehm“ (2 Punkte) bewertet: sich im Freien aufhalten, eine Zeitschrift lesen und Musik hören. Noch mehr Tätigkeiten hat er mit „eher angenehm“ (1 Punkt) bewertet. „Vielleicht“, denkt sich Herr Peters, „sollte ich die eine oder andere Tätigkeit wieder öfters einmal ausprobieren.“



# Liste angenehmer Tätigkeiten



Bitte gehen Sie die Liste Tätigkeit für Tätigkeit durch und kreuzen Sie an, wie angenehm Ihnen diese Tätigkeit ist:

- 0 = unangenehm oder neutral
- 1 = eher angenehm
- 2 = sehr angenehm

So geht's!

	Tätigkeit	Annehmlichkeit		
		0	1	2
1.	Zu einer Familienfeier gehen.			
2.	Ins Café gehen.			
3.	Spaziergehen oder sich spazierenfahren lassen.			
4.	Ein Spiel spielen (z.B. Schach, Mühle, Halma).			
5.	Kreuzworträtsel lösen.			
6.	Handarbeiten (z.B. stricken, nähen), basteln.			
7.	Malen, zeichnen.			
8.	Einem Hobby nachgehen.			
9.	Sich mit Fotos oder Dias beschäftigen.			
10.	Sich im Freien aufhalten, in der Sonne sitzen.			
11.	Die Natur beobachten.			
12.	Etwas für seine Gesundheit tun.			
13.	Fernsehen, Radio hören.			
14.	Einen Brief oder eine Postkarte schreiben.			
15.	Lesen (ein Buch, eine Zeitung, eine Zeitschrift).			
16.	Musik hören.			
17.	Singen.			
18.	In die Kirche gehen, beten.			
19.	Gut essen, etwas naschen.			
20.	Ein Nickerchen machen.			
21.	Ein Bad nehmen, duschen.			

Tätigkeit		Annehmlichkeit		
		0	1	2
22.	Sich pflegen (z.B. eincremen, schminken, rasieren, Haare pflegen).			
23.	Bequeme oder elegante Kleidung tragen.			
24.	Sich selbst loben.			
25.	Jemanden anlächeln, jemanden loben.			
26.	Jemandem eine Freude bereiten, jemandem ein Geschenk machen.			
27.	Mit jemandem ein Schwätzchen halten.			
28.	Jemanden Neues Kennenlernen.			
29.	Mit Freunden oder Bekannten zusammensein.			
30.	Jemanden einladen.			
31.	Einen Besuch machen.			
32.	Einen Witz erzählen.			
33.	Sich einen Wunsch erfüllen.			
34.	Ein persönliches Problem lösen.			
35.	Telefonieren.			
36.	Über frühere, schöne Zeiten sprechen.			
37.	Über Leute nachdenken, die man mag.			
38.	Über Politik und das Zeitgeschehen nachdenken und diskutieren.			
41.	Auf den Friedhof gehen.			
42.	Einen Arztbesuch machen.			
43.	Erinnerungen aufschreiben, Tagebuch führen.			
44.	Etwas mit den Kindern oder Enkelkindern unternehmen.			

- 0 = unangenehm oder neutral
- 1 = eher angenehm
- 2 = sehr angenehm

# Persönliche Liste angenehmer Tätigkeiten



Auf dieser Liste können Sie Ihre „Favoriten“ unter den angenehmen Tätigkeiten eintragen:

Nehmen Sie dazu bitte Ihre „Liste angenehmer Tätigkeiten“ zur Hand. Übertragen Sie all die Tätigkeiten, die Sie mit „sehr angenehm“ bewertet hatten. Bleiben dann noch Plätze frei, können Sie auch Tätigkeiten eintragen, die Sie mit „eher angenehm“ bewertet hatten.

So geht's!

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Stimmung
08-09		
09-10		
10-11		
11-12		
12-13		
13-14		
14-15		
15-16		
16-17		
17-18		
18-19		
19-20		
20-21		

- Nehmen Sie möglichst oft am Tag die Eintragungen für die vergangenen Stunden vor! Dann sind Ihnen Ihre Tätigkeiten und Ihre Stimmung noch am besten in Erinnerung.
- Notieren Sie bitte in der Mitte des Blattes, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben.
- Bewerten Sie dann Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit mit „1“ (sehr gute Stimmung) bis „6“ (sehr schlechte Stimmung):

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte St.

So geht's!

## Kapitel 3: Planung angenehmer Tätigkeiten im Tagesplan

**Was mache ich denn mit den Dingen, die ich erledigen muß oder die mich sogar belasten?**

Sicherlich können Sie sich nicht den ganzen Tag mit angenehmen Tätigkeiten beschäftigen. Manche unangenehmen Dinge müssen auch erledigt werden. Und vielleicht erleben Sie einige davon auch als belastend. Sehen wir uns doch dazu einfach einmal einen Nachmittag von Frau Bauer im Tagesprotokoll an:

**Tagesprotokoll vom** ..... **27.03.** .....

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Stimmung
13-14	Mittagessen	3
14-15	Ergotherapie - anstrengende Übungen	3
15-16	Gespräch mit Sozialarbeiter und Tochter über die Betreuung im Haus der Tochter	4
16-17	Gespräch mit Tochter über Schwierigkeiten mit Schwiegersohn	5
17-18	Zimmernachbarin erzählt von ihrer Erkrankung und ihren Sorgen	4
18-19	Abendessen	3

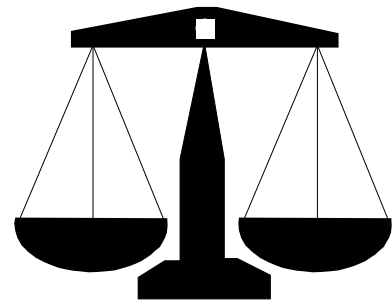
## Warum ist die Stimmung von Frau Bauer an diesem Nachmittag so schlecht?

Wenn Sie sich das Tagesprotokoll von Frau Bauer ansehen, dann haben Sie vielleicht schon bemerkt: Dieser Nachmittag von Frau Bauer war voll von anstrengenden Dingen. Vor allem die Gespräche mit der Tochter und dem Sozialarbeiter empfand Frau Bauer als wichtig, aber auch als belastend. Gleich anschließend erzählte dann auch noch die Zimmernachbarin Frau Bauer ihre Sorgen.

Angenehme Tätigkeiten dagegen kamen an diesem Nachmittag überhaupt nicht vor! Das ist ein wichtiger Grund, warum die Stimmung von Frau Bauer an diesem Nachmittag so schlecht war.

Belastende Dinge und angenehme Tätigkeiten kann man sich in den beiden Schalen einer Waage vorstellen:

- Überwiegen die belastenden Dinge, so kann sich Ihre Stimmung sehr stark verschlechtern. Sie haben dann auf angenehme Tätigkeiten oft überhaupt keine Lust mehr.
- Ist die Waage dagegen im Gleichgewicht, so kann sich Ihre Stimmung verbessern. Und auch einige anstrengende Dinge während des Tages können Ihre Stimmung auf Dauer nicht hinunterdrücken!



### Planung angenehmer Tätigkeiten

Viele Dinge während des Tages sind wichtig und müssen erledigt werden. Sie sind jedoch oft nicht angenehm. Manchmal sind sie sogar belastend.

Daher ist folgendes sehr wichtig: Zwischen den Dingen, die während des Tages erledigt werden müssen, sollten Sie sich immer wieder angenehme und entspannende Tätigkeiten vornehmen (z.B. aus der „Liste angenehmer Tätigkeiten“)! Damit können Sie erreichen, daß sich Ihre Stimmung auch durch anstrengende und belastende Dinge nicht so sehr verschlechtert! Die Waage kann im Gleichgewicht bleiben.

**Das können Sie tun!**



## Wie hat es Frau Bauer geschafft, daß sich ihre Stimmung am nächsten Nachmittag nicht so sehr verschlechterte?

Für den nächsten Nachmittag hatte sich Frau Bauer vorgenommen, zwischendrin immer wieder angenehme Tätigkeiten einzuplanen. Ihr Tagesprotokoll sah daraufhin so aus:

Tagesprotokoll vom 27.03.

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Stimmung
13-14	Mittagessen	3
14-15	Anpassung eines neuen Rollstuhls	3
15-16	Hörspiel im Radio	2
16-17	Zimmernachbarin erzählt wieder von ihren Sorgen	3-4
17-18	In in der Cafeteria mit Besuch (Freundin)	1
18-19	Abendessen	2

Auch an diesem Nachmittag gab es für Frau Bauer belastende Dinge: Bei der Anpassung des neuen Rollstuhl wurde ihr klar, daß sie in nächster Zeit wohl kaum ohne Hilfe würde laufen können. Und auch heute hörte Frau Bauer wieder geduldig zu, als ihre Zimmernachbarin ihre Sorgen erzählte.

Auf der anderen Seite jedoch hatte Frau Bauer auch angenehme Tätigkeiten für diesen Nachmittag

eingepant: Sie hörte sich ein Hörspiel im Radio an. Und gemeinsam mit ihrer Freundin genoß sie Kaffee und Kuchen in der Cafeteria der Klinik.



Durch diese angenehmen Tätigkeiten war es Frau Bauer gelungen, daß sich ihre Stimmung durch belastende Dinge nicht so sehr und nicht so lange verschlechterte. Frau Bauer konnte die Waage im Gleichgewicht halten.

# Tagesplan für den \_\_\_\_\_

Uhrzeit	Was muß ich heute erledigen? • Angenehme Tätigkeiten?
08-09	
09-10	
10-11	
11-12	
12-13	
13-14	
14-15	
15-16	
16-17	
17-18	
18-19	
19-20	
20-21	



- Tragen Sie bitte oben das Datum des betreffenden Tages ein.
- Tragen Sie bitte mit einem Farbstift alle Dinge ein, die Sie an diesem Tag zu erledigen haben.
- Tragen Sie mit einem anderen Farbstift angenehme Tätigkeiten ein (z.B. aus der „Liste angenehmer Tätigkeiten). Sie sollten sich mit den Dingen, die zu erledigen sind, abwechseln.

So geht's!



# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Stimmung
08-09		
09-10		
10-11		
11-12		
12-13		
13-14		
14-15		
15-16		
16-17		
17-18		
18-19		
19-20		
20-21		

- Nehmen Sie möglichst oft am Tag die Eintragungen für die vergangenen Stunden vor! Dann sind Ihnen Ihre Tätigkeiten und Ihre Stimmung noch am besten in Erinnerung.
- Notieren Sie bitte in der Mitte des Blattes, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben.
- Bewerten Sie dann Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit mit „1“ (sehr gute Stimmung) bis „6“ (sehr schlechte Stimmung):

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte St.

So geht's!

# Kapitel 4: Gedanken beeinflussen das Empfinden

## Wie hängen Denken und Fühlen miteinander zusammen?

**N**ehmen wir doch wieder einmal ein Beispiel von Herrn Peters, um zu verstehen, wie Denken und Fühlen miteinander zusammenhängen:

Herr Peters überweist jeden Monat die Miete für seine Wohnung an seine Vermieterin. In letzter Zeit kam es manchmal vor, daß Herr Peters seine Unterschrift oder die Kontonummer der Vermieterin vergaß. Seine Bank hat dann Herrn Peters das Überweisungsformular zurückgeschickt mit der Bitte, die fehlenden Angaben zu ergänzen. Heute kommt wieder eine Überweisung von der Bank zurück. Herrn Peters sagt zu sich selbst: „So etwas Dummes! Du bist doch



auch zu gar nichts mehr fähig. Nicht einmal so ein Formular kannst Du noch richtig ausfüllen. Warum kannst Du nicht ein bißchen aufpassen!?”

## Wie, glauben Sie, fühlt sich Herr Peters im Moment?

Die Stimmung von Herrn Peters ist niedergedrückt, er ist traurig, weil er sich zu nichts mehr fähig fühlt.

Ihm fällt es schwer, sich heute noch zu etwas aufzuraffen.

## Wie könnte es Herr Peters schaffen, sich nach diesem Mißgeschick etwas besser zu fühlen? Haben Sie dazu eine Idee?

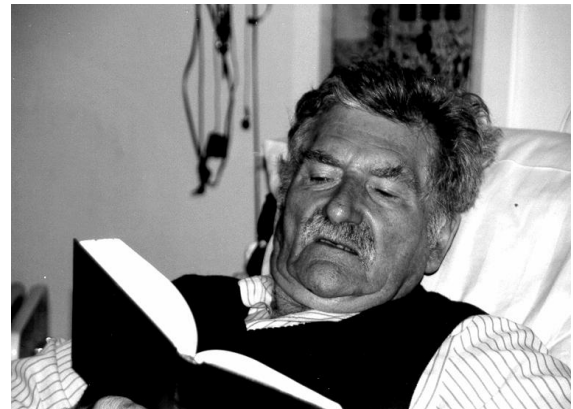
Herr Peters hat das nächste Mal versucht, seine Stimmung durch dieses Ereignis weniger beeinflussen zu lassen:

Wieder ist das Überweisungsformular zurückgekommen. Wieder hatte Herr Peters die Kontonummer seiner Vermieterin vergessen. Doch

Herr Peters sagt sich: „Halb so schlimm. Mit fast 80 Jahren darf ich ab und zu mal was vergessen! Ich merke, die auf der Bank denken mit. Das ist gut so. Ich werde den Fehler korrigieren und damit ist die Sache erledigt.“

## Wie, glauben Sie, fühlt sich Herr Peters nun?

Herrn Peters gute Stimmung von heute morgen hat sich durch den Fehler nur ein kleines bißchen verschlechtert. Trotz des Mißgeschicks nimmt Herr Peters sich für heute Nachmittag etwas Schönes vor: Er möchte in einem Bildband schmökern, den er sich von zuhause in die Klinik mitbringen ließ.



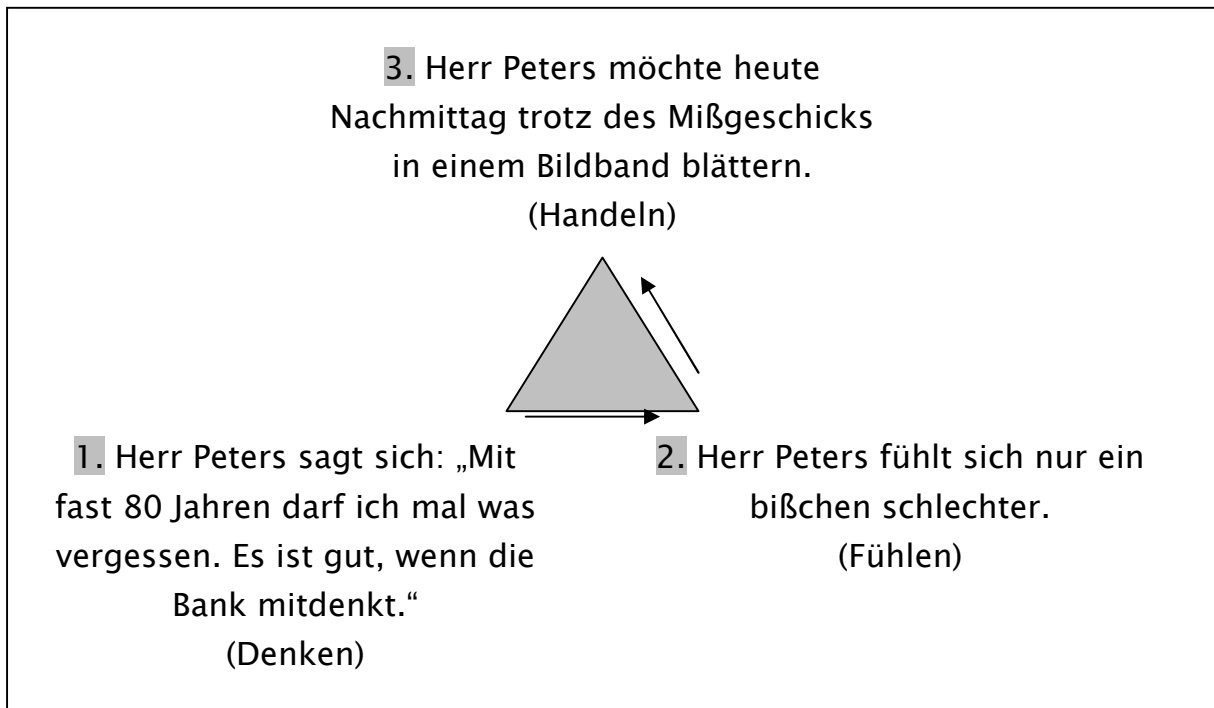
### **Gedanken beeinflussen das Befinden!**

Ist Ihnen der kleine, aber wichtige Unterschied zwischen den beiden Beispielen schon aufgefallen? – Herr Peters hatte ja beide Male mit demselben Ereignis zu tun: Ihm war ein Fehler beim Ausfüllen einer Überweisung unterlaufen.

Doch in den beiden Beispielen hatte Herr Peters beim selben Ereignis ganz unterschiedliche Gedanken: Das erste Mal waren seine Gedanken eher lähmend. Die Stimmung von Herr Peters war dementsprechend niedergeschlagen. Mit aufbauenden Gedanken schaffte es Herr Peters dagegen beim zweiten Mal, sich trotz des kleinen Ungeschicks immer noch ganz gut zu fühlen.

## Wie sieht der Zusammenhang zwischen Denken und Fühlen in unserem Dreieck aus?

Diesen Zusammenhang zwischen aufbauenden Gedanken, Fühlen und auch Handeln können wir auch wieder an unserem Dreieck verdeutlichen:



### Lähmende Gedanken bei niedergeschlagener Stimmung

Niedergeschlagene Stimmung geht meist auch mit lähmenden Gedanken einher. Um eher zu aufbauenden Gedanken zu kommen, können Sie sich überlegen:

- Welche Gedanken wären jetzt hilfreicher?
- Wie würden andere Personen mit guter Stimmung jetzt denken?

**Das können Sie tun!**

# Gedankenprotokoll



Bitte notieren Sie auf diesem Blatt alle (lähmenden) Gedanken, die Ihnen durch den Kopf gehen, wenn es Ihnen nicht gut geht, wenn Ihre Stimmung also schlecht ist. Wenn Sie möchten, können Sie sich auch gleich überlegen, welche (aufbauenden) Gedanken Ihnen helfen könnten, Ihre Stimmung zu verbessern.

So  
h  
t  
s

Lähmende Gedanken (meine automatischen Gedanken bei schlechter Stimmung):	Aufbauende Gedanken:

# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_

Notieren Sie hier, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gegangen sind. Und bewerten Sie dann (ganz rechts) Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit.



- Stimmungsurteil:
- 1 = sehr gute Stimmung
  - 2 = gute Stimmung
  - 3 = mittelmäßige Stimmung
  - 4 = weniger gute Stimmung
  - 5 = schlechte Stimmung
  - 6 = sehr schlechte St.

So geht's!

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Meine Gedanken?	Stimmung
08-09			
09-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			



# Kapitel 5: Die eigenen Gedanken lenken

## Warum hilft es mir, wenn ich meine Gedanken lenke?

**V**ielleicht konnten Sie es schon an Ihrem Gedankenprotokoll merken: Bei schlechter Stimmung kommen Ihnen vor allem lähmende Gedanken in den Sinn. Und dies geschieht oft von ganz alleine.

Schlechte Stimmung und lähmende Gedanken hängen also ganz eng zusammen. Sehen wir uns dazu ein Beispiel von Frau Bauer an:

Frau Bauer wacht morgens meist schon vor sechs Uhr auf. Die Krankenschwester, die ihr morgens beim Waschen und Anziehen hilft, kommt jedoch erst kurz nach sieben Uhr. Diese Zeit zwischen sechs und sieben Uhr ist für Frau Bauer meist die schwerste Stunde des Tages: Sie kann nicht mehr einschlafen und dreht sich von einer Seite auf die andere. Dabei gehen ihr auch heute wieder eine Menge Gedanken durch den Kopf: „Was soll das Ganze überhaupt noch? Ich werde nie wieder ohne die Hilfe anderer leben können. Bis

zu meinem Lebensende werde ich anderen Menschen zur Last fallen.“ Frau Bauers Stimmung ist dabei sehr schlecht, sie fühlt sich sehr traurig. Übelkeit steigt in ihr auf. Sie kann sich gar nicht vorstellen, heute überhaupt noch aufzustehen.



Oft geht es Menschen mit niedergeschlagener Stimmung so wie Frau Bauer: Morgens ist ihre Stimmung besonders schlecht und sie kommen ins Grübeln.

## Die eigenen Gedanken lenken!

Sie haben gesehen: Lähmende Gedanken und eine traurige, niedergedrückte Stimmung hängen ganz eng zusammen.

Deshalb ist sehr wichtig für die Besserung Ihrer niedergeschlagenen Stimmung, daß Sie versuchen, Ihre Gedanken etwas mehr zu lenken. Dazu werden Sie in diesem Kapitel einige Techniken kennenlernen. So können Sie erreichen, daß sich lähmende Gedanken nicht mehr so leicht breitmachen können. Und daß lähmende Gedanken Ihre Stimmung nicht mehr so schnell verschlechtern.



## Wie kann ich lähmende Gedanken unterbrechen?

**S**ehen wir uns doch mal an, wie es Frau Bauer manchmal schon schafft, lähmende Gedanken zu unterbrechen:

Heute geht es Frau Bauer wie fast jeden Morgen: Sie wacht um sechs Uhr auf und schon kommen wieder diese „Grübel-Gedanken“: „Wozu lebe ich eigentlich noch? Ich belaste jetzt doch andere mehr als ich mich nützlich machen könnte. Wie wird das erst, wenn ich aus der Klinik entlassen werde?“

Gestern jedoch hatte Frau Bauer mit ihrer Psychologin besprochen, wie sie am besten mit lähmenden Gedanken umgeht. Sie konnte sich

eigentlich gar nicht vorstellen, daß man seine Gedanken einfach so beeinflussen kann.

Frau Bauers Aufgabe ist es jedoch, es heute Morgen einmal auszuprobieren. Also sagt sie sich: „Ich denke jetzt nicht mehr daran!“

### Lähmende Gedanken unterbrechen:

- Sie sagen sich einen Satz wie: „Ich höre jetzt auf, darüber nachzudenken!“
- Sie rufen laut „Stop“, wenn der Gedanke kommt.

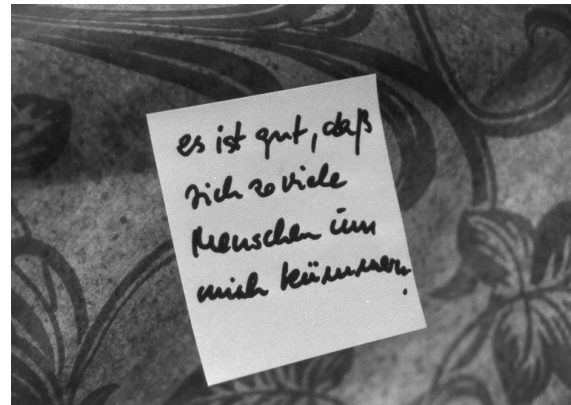
**Das können Sie tun!**

## Wie kann ich für mehr aufbauende Gedanken sorgen?

**E**s ist wichtig, lähmende Gedanken zu unterbrechen. Genauso wichtig ist es jedoch auch, sich für danach gleich einen aufbauenden Gedanken zu überlegen. Frau Bauer hatte an diesem Morgen gleich zwei Möglichkeiten ausprobiert, sich aufbauende Gedanken ins Gedächtnis zu holen:

Frau Bauer hatte sich gestern Abend zwei Zettel mit aufbauenden Gedanken an ihren Nachttisch geklebt: „Es ist gut, daß sich so viele Menschen um mich kümmern.“ Und: „Ich freue mich auf das Frühstück mit meiner Zimmernachbarin.“ Diese Zettel las sie sich jetzt durch.

Außerdem hat sich Frau Bauer an den Haltegriff über ihrem Bett, neben dem Spiegel in ihrem Badezimmer und an ihren Rollstuhl einen kleinen roten Punkt geklebt. Immer wenn sie ihn sieht, versucht



sie, an etwas Positives zu denken. Meist denkt sie dann daran, wie viele gute Freundinnen sie doch von ihrem Senioren-Treff kennt und daß einige davon sich öfters mal bei ihr melden.

### **Aufbauende Gedanken fördern:**

- Sie haben Karten, auf denen aufbauende Gedanken stehen. Diese sehen Sie sich an.
- Bestimmte Signale (z.B. ein roter Punkt) in Ihrem Zimmer sollen Sie daran erinnern, an etwas Positives zu denken.

**Das können Sie tun!**

# Karten für aufbauende Gedanken



Schneiden Sie sich diese Karten aus und verwenden Sie sie, um sich aufbauende Gedanken aufzuschreiben!

So geht's!


# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Notieren Sie hier, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gegangen sind. Und bewerten Sie dann (ganz rechts) Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit.

Stimmungsurteil:

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte St.

So geht's!

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Meine Gedanken?	Stimmung
08-09			
09-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			

# Kapitel 6: Gedanken bei unerfreulichen Ereignissen

## Wie kann ich mit unerfreulichen Ereignissen besser zurechtkommen?

**U**nerfreuliche Ereignisse gibt es leider mehr als genug! Auch Herrn Peters ist heute wieder etwas Unangenehmes passiert:

Der Stationsarzt zog gestern den Katheter, den Herrn Peters seit seinem Schlaganfall zum Wasserlassen hatte. Daraufhin begann das Toilettentraining. Seitdem wird Herr Peters in bestimmten Zeitabständen zum Wasserlassen auf die Toilette gebracht.

Das Toilettentraining war für Herrn Peters zunächst ein Erfolg: Gestern ging kein einziges Mal etwas daneben, kein einziges Mal mußte seine Einlage gewechselt werden.

Doch heute klappt überhaupt nichts mehr: Schon heute Morgen, kurz vor der Visite, spürt er einen starken Drang zum Wasserlassen. Herr Peters klingelt gleich nach der Schwester. Doch sie kommt zu spät, um ihn rechtzeitig zur



Toilette zu bringen. Seine Einlage ist deshalb völlig naß, als die Visite kommt.

Herrn Peters ist das Ganze sehr peinlich. Er denkt sich: „Wie unfähig bist Du doch! Kannst Du nicht einmal mehr Deine Blase kontrollieren. Du kannst ja überhaupt nichts mehr!“ Herr Peters schämt sich und fühlte sich verzweifelt. Seine Stimmung verschlechtert sich sehr.

Das ist nun wirklich ein unerfreuliches Ereignis! Vielleicht denken Sie jetzt: „Es ist ja kein Wunder, daß so etwas die Stimmung von Herrn Peters verschlechtert.“

## Was könnte Herr Peters tun, damit sich seine Stimmung nach solch einem Mißgeschick auch wieder verbessert? Haben Sie dazu schon eine Idee?

Stellen Sie sich vor, das Ereignis ist dasselbe: Herr Peters kommt nicht rechtzeitig zur Toilette, die Einlage ist naß. Herr Peters denkt sich jedoch nun: „Naja, es muß ja nicht

immer so gut klappen wie gestern. Schließlich ist heute erst der zweite Tag ohne Katheter. Und gestern war ich ja recht gut. Ich muß eben noch etwas Geduld haben!“

## Wie wird sich Herr Peters nun fühlen? Werden die Gefühle dieselben sein wie oben?

Herr Peters ist diesmal nach dem unangenehmen Ereignis zunächst auch etwas enttäuscht. Doch nach einer kurzen Zeit wird seine

Stimmung schon wieder etwas besser. Außerdem ist er stolz auf das Erreichte. Er schämt sich nicht und ist immer noch recht zuversichtlich.

Bemerken Sie den Unterschied? – Beim gleichen unangenehmen Ereignis verschlechtert sich einmal die Stimmung von Herrn Peters sehr. Das andere Mal jedoch wird seine Stimmung nur kurzzeitig schlechter, und bald bessert sie sich auch schon wieder. – Herr Peters hat das geschafft, weil er in derselben Situation andere Gedanken hatte!


So ist es häufig bei unangenehmen Ereignissen: Nicht das Ereignis an sich drückt auf Ihre Stimmung. Es sind vielmehr Ihre lähmenden Gedanken, durch die sich Ihre Stimmung verschlechtert. Daher ist es so wichtig, sich diese lähmenden Gedanken auch hier genau anzusehen!

### Ereignisse anders bewerten:

- Überlegen Sie sich bei einem unangenehmen Ereignis: Welche (lähmenden) Gedanken gehen mir gerade durch den Kopf? Welche Gedanken drücken gerade auf meine Stimmung?
- Überlegen Sie sich für das gleiche Ereignis andere, eher aufbauende Gedanken, die Ihre Stimmung weniger belasten! Stellen Sie sich vor, was wohl anderen Menschen bei demselben Ereignis durch den Kopf gehen könnte!

**Das können Sie tun!**

# Gedankenprotokoll bei unerfreulichen

 Bitte notieren Sie auf diesem Blatt alle (lähmenden) Gedanken, die Ihnen bei einem bestimmten unerfreulichen Ereignis durch den Kopf gehen. Überlegen Sie sich auch, welche (aufbauenden) Gedanken Ihnen beim selben Ereignis helfen könnten, Ihre Stimmung zu verbessern.

So geht's!

Unerfreuliches Ereignis:	
Lähmende Gedanken:	Aufbauende Gedanken:



# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Notieren Sie hier, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gegangen sind. Und bewerten Sie dann (ganz rechts) Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit.

Stimmungsurteil:

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte St.

So geht's!

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Meine Gedanken?	Stimmung
08-09			
09-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			

# Kapitel 7: Sozial kompetentes Verhalten erlernen

## Was ist „sozial kompetentes Verhalten“?

Sehen wir uns dazu doch eine Situation an, wie sie bei Frau Bauer kürzlich morgens vorkam:

Frau Bauer findet die Therapien in der Reha-Klinik eigentlich ganz gut. Besonders froh ist sie über die Fortschritte, die sie vor allem im Bereich der Physiotherapie sieht.

Eines jedoch stört sie: Die Unübersichtlichkeit Ihres Therapieplans. Einige Therapeuten schreiben nicht deutlich die Zeit in den Plan, zu der die Therapie stattfindet. Frau Bauer ist dann ganz überrascht, wenn die Therapeuten kommen. Manchmal war auch schon Besuch da, weil Frau Bauer dachte, sie habe jetzt keine Therapie.

Besonders der Physiotherapeut von Frau Bauer trägt seine Termine sehr

The image shows a handwritten therapy plan for Frau Bauer. The plan is organized into a grid with columns for the days of the week: Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, and Freitag. The rows represent different therapy sessions. The entries are as follows:

Therapie	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
1. Physio		9:30-10:00 Physio	10:00-10:30 Ergo	10:00-10:30 Ergo	10:00-10:30 Ergo
2. Ergo		10:30-11:00 Ergo	11:00-11:30 Ergo	11:00-11:30 Ergo	11:00-11:30 Ergo
3. Physio		11:30-12:00 Physio	12:00-12:30 Physio	12:00-12:30 Physio	12:00-12:30 Physio
4. Ergo		12:30-13:00 Ergo	13:00-13:30 Ergo	13:00-13:30 Ergo	13:00-13:30 Ergo
5. Physio		13:30-14:00 Physio	14:00-14:30 Physio	14:00-14:30 Physio	14:00-14:30 Physio
6. Ergo		14:30-15:00 Ergo	15:00-15:30 Ergo	15:00-15:30 Ergo	15:00-15:30 Ergo
7. Physio		15:30-16:00 Physio	16:00-16:30 Physio	16:00-16:30 Physio	16:00-16:30 Physio
8. Ergo		16:30-17:00 Ergo	17:00-17:30 Ergo	17:00-17:30 Ergo	17:00-17:30 Ergo
9. Physio		17:30-18:00 Physio	18:00-18:30 Physio	18:00-18:30 Physio	18:00-18:30 Physio

undeutlich in den Therapieplan ein. Daher weiß Frau Bauer meistens nicht, wann genau der Physiotherapeut kommen wird. Heute Morgen kommt der Physiotherapeut wieder zu Frau Bauer ins Zimmer. Frau Bauer weiß, daß er heute die Termine für nächste Woche eintragen wird...

## Was tut Frau Bauer nun?

Wir möchten Ihnen zwei verschiedene Möglichkeiten vorstellen:

**1. Möglichkeit:** Als der Physiotherapeut ins Zimmer kommt, denkt sich Frau Bauer: „Bestimmt wird er die Termine wieder undeutlich in den Therapieplan eintragen. Und wieder werde ich nicht wissen, wann er genau kommt. Aber ich sage lieber nichts. Ich bin ja zufrieden mit

seiner Arbeit. Bestimmt findet er mein Anliegen lächerlich. Ich möchte nicht so anspruchsvoll wirken.“

Also sagt Frau Bauer nichts zu ihrem Physiotherapeuten. Sie äußert ihren Wunsch, daß der Physiotherapeut die Termine deutlicher einträgt, nicht.

Wir sind der Meinung, daß diese erste Reaktion von Frau Bauer eher unsicher war, also sozial wenig kompetent. Denn Frau Bauer hat es nicht gewagt, ihren Wunsch, die Termine deutlich eingetragen zu bekommen, zu formulieren.

**2. Möglichkeit:** Als der Physiotherapeut das Zimmer von Frau Bauer betritt, denkt sie sich: „Der Physiotherapeut macht seine Arbeit wirklich gut. Aber mit dem Eintragen der Termine ist er doch recht nachlässig. Ich werde ihn deshalb freundlich aber bestimmt darum bitten, die Termine deutlicher einzutragen. Für mich als Patientin ist es ja wichtig zu wissen, was mich während des Tages erwartet. Der

Physiotherapeut wird meine Bitte sicher verstehen.“

Sie sagt zu ihrem Physiotherapeuten: „Ich habe öfters Schwierigkeiten mit Ihren Termin-Eintragungen. Für mich ist es wichtig, daß ich aus dem Therapieplan sehen kann, wann die Therapie beginnt. Daher bitte ich Sie, die Termine für die nächste Woche deutlicher einzutragen.“

Diese zweite Reaktion würden wir als sozial sehr kompetent bezeichnen. Frau Bauer hat es hier geschafft, ihren Wunsch, die Termine übersichtlich eingetragen zu bekommen, zu äußern. Und sie hat diesen Wunsch begründet und freundlich vorgetragen.

## Was hat „sozial kompetentes Verhalten“ mit meiner Stimmung zu tun?

Erinnern wir uns dazu noch einmal an die beiden Möglichkeiten, wie sich Frau Bauer gegenüber dem Physiotherapeuten verhält. Wie fühlt sich Frau Bauer jeweils?

**1. Möglichkeit:** Frau Bauer wagt es nicht, ihren Wunsch zu äußern, die Termine deutlicher eingetragen zu bekommen.

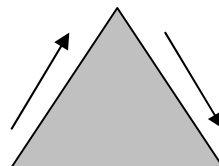
Die Stimmung von Frau Bauer: Sie ärgert sich darüber, daß sich an den unübersichtlichen Eintragungen nichts ändert. Ihre Stimmung verschlechtert sich deutlich.



**2. Möglichkeit:** Frau Bauer bittet den Physiotherapeuten, die Termine sorgfältiger einzutragen. Wir haben für diese zweite

Möglichkeit den Zusammenhang zwischen Denken, Handeln und Fühlen wieder einmal in unserem Dreieck dargestellt:

**2.** Frau Bauer bittet den Physiotherapeuten, die Termine deutlicher einzutragen.  
(Handeln)



Die beiden Beispiele zeigen: Sozial kompetentes Verhalten hat einen wichtigen Einfluß auf Ihre Stimmung! Wenn Sie Ihre Wünsche und Bedürfnisse äußern, dann tun Sie einen sehr wichtigen Schritt hin zu einer Verbesserung Ihrer Stimmung.

Vielleicht ist Ihnen schon aufgefallen, daß wir immer auch die Gedanken von Frau Bauer beschrieben haben. Das hat einen wichtigen Grund: Sozial kompetentes Verhalten wird stets „im Kopf“, also im Denken, vorbereitet! Aufbauende Gedanken sind deshalb sehr wichtig für sozial kompetentes Verhalten.

einzutragen. Das ist für mich als  
Patientin wichtig.“

Stimmung verbessert sich.  
(Fühlen)

### **Sozial kompetentes Verhalten ausprobieren:**

- Überlegen Sie sich: Wie möchte ich mich in einer bestimmten sozialen Situation verhalten?
- Überlegen Sie sich dann: Welche aufbauenden Gedanken könnten mir dabei helfen?
- Üben Sie das sozial kompetente Verhalten so oft wie möglich!
- Loben Sie sich für Ihre Erfolge!

**Das können Sie tun!**

# Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen



Auf dieser Liste finden Sie eine Menge von „sozial kompetenten“ Verhaltensweisen. Kreuzen Sie bitte diejenigen Verhaltensweisen an, mit denen Sie Schwierigkeiten haben!

So geht's!

- Nein sagen können.
- Gefühle offen zeigen und äußern können.
- Um einen Gefallen bitten können.
- Auf seinem Recht bestehen.
- Stärken zeigen.
- Schwächen zeigen.
- Auf Kritik reagieren.
- Widerspruch äußern können.
- Sich entschuldigen können.
- Änderung bei störendem Verhalten anderer verlangen.
- Erwünschte Kontakte arrangieren.
- Auf Kontaktangebote eingehen.
- Unerwünschte Kontakte beenden.
- Komplimente annehmen.
- Komplimente machen.
- Gespräche beginnen.
- Zu einer Unterhaltung beitragen.
- Zuhören können.
- Gespräche beenden.
- Unangenehme Dinge nicht aufschieben.

# Protokoll für schwierige soziale Situationen



Notieren Sie hier, welches Verhalten Ihnen Schwierigkeiten macht oder welche soziale Situation Sie eher vermeiden. Nehmen Sie dazu bitte auch die „Liste für sozial kompetente Verhaltensweisen“ zur Hand!

So geht's!

1.

---

---

---

2.

---

---

---

3.

---

---

---

# Soziale Kompetenz - Protokoll



Beschreiben Sie die Ausgangssituation, in denen Ihnen sozial kompetentes Verhalten schwerfällt (Feld „Soziale Situation“). Überlegen Sie sich dann, wie Sie sich verhalten möchten (Feld „Kompetentes Verhalten“). Überlegen Sie sich Gedanken, die Ihnen bei diesem Verhalten helfen könnten (Feld „Aufbauende Gedanken“). Und denken sie auch schon daran, wie Sie sich nach dem kompetenten Verhalten selbst loben können (Feld „Selbstlob“).

So geht's!

Soziale Situation:

Aufbauende Gedanken:
Kompetentes Verhalten:
Selbstlob:



# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Notieren Sie hier, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gegangen sind. Und bewerten Sie dann (ganz rechts) Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit.

- Stimmungsurteil:
- 1 = sehr gute Stimmung
  - 2 = gute Stimmung
  - 3 = mittelmäßige Stimmung
  - 4 = weniger gute Stimmung
  - 5 = schlechte Stimmung
  - 6 = sehr schlechte Stimmung

So geht's!

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Meine Gedanken?	Stimmung
08-09			
09-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			

# Kapitel 8: Soziale Kompetenz und eigene Bedürfnisse

## Wie kann ich meine eigenen Wünsche und Bedürfnisse besser äußern?

**M**enschen mit depressiven Stimmungen fällt es oft schwer, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. In diesem Kapitel geht es deshalb vor allem darum, wie Sie es schaffen können, Ihre eigenen Wünsche anderen mitzuteilen.

Das fragte sich Herr Peters in dieser Therapiesitzung auch. Herr Peters hatte in seinem „Protokoll für schwierige soziale Situationen“ folgende Situation beschrieben:

Die Krankenschwestern und Ärzte fordern Herrn Peters immer wieder dazu auf, mehr zu trinken. Im Alter sei das besonders wichtig, sagen sie. Doch dementsprechend häufig muß Herr Peters dann auf die Toilette. Und dazu braucht Herr Peters Hilfe. Er zögert jedoch, öfters nach der Schwester zu klingeln. Er ist es nicht gewohnt, um Hilfe zu bitten.

Für diese schwierige soziale Situation hat Herr Peters gemeinsam mit seinem Therapeuten ein „Soziale Kompetenz - Protokoll“ ausgefüllt.

In dem Protokoll hat sich Herr Peters vorgenommen, seine Bitte



folgendermaßen zu äußern: „Ich klinge nach der Schwester. Ich bitte sie freundlich, aber auch deutlich: ‚Bitte helfen Sie mir! Ich müßte dringend auf die Toilette.‘“

Herr Peters hat sich dazu auch aufbauende Gedanken überlegt. Sie sollen ihm helfen, seine Bitte zu äußern: „Wenn ich auf die Toilette muß, habe ich ein Recht darauf, daß mir geholfen wird. Ich werde die Schwester freundlich darum bitten.“

## Wünsche und Bedürfnisse äußern:

Beim Äußern von Wünschen sollten Sie auf folgende Dinge achten:

- Ihre Stimme: Klar, laut und deutlich.
- Ihre Formulierungen: Eindeutig und kurz.
- Der Inhalt: Präzise, Sie drücken eigene Wünsche und Bedürfnisse aus, Sie reden von sich und gebrauchen das Wort „ich“.
- Ihre Gestik und Mimik: Unterstreicht den Inhalt, angemessen, lebhaft, entspannt, Sie halten Blickkontakt.

**Das können Sie tun!**

### Wozu soll ich sozial kompetentes Verhalten üben?

**G**lauben Sie, Herrn Peters fällt es nun sehr leicht, sich das nächste Mal so zu verhalten, wie er sich es vorgenommen hat? Was könnte es ihm erleichtern, seine Bitte wirklich so zu äußern, wie er es sich vorgenommen hat?

Die Psychologin schlägt Herrn Peters vor, das Ganze doch einmal als Rollenspiel auszuprobieren. Herrn Peters kommt diese Idee zunächst recht fremd vor: Er hat doch noch nie ein Rollenspiel gemacht. Und was soll das überhaupt nützen?

Schließlich ist Herr Peters dann doch einverstanden: Zunächst soll er sich noch einmal genau überlegen, wie er sich verhalten möchte und welche Gedanken ihm dabei helfen können. Die

Psychologin übernimmt die Rolle der Krankenschwester.

Nach dem Rollenspiel ist Herr Peters ganz überrascht: Er hatte es geschafft, seine Bitte gegenüber der „Krankenschwester“ vorzubringen. Herr Peters empfindet dies als einen großen Erfolg! Er hatte zwar im Rollenspiel noch etwas leise gesprochen, aber für den Anfang war das doch hervorragend! Nun kann sich Herr Peters vorstellen, dies auch in Wirklichkeit einmal auszuprobieren.

Übung macht den Meister! Das ist eben auch beim Äußern von Wünschen so. Je öfter Sie dies üben, desto besser wird es Ihnen gelingen! Und dazu sind auch Rollenspiele eine hervorragende Gelegenheit.

Wichtig ist auch: Loben Sie sich selbst für das, was Sie geschafft haben! Auch wenn Sie sich vielleicht noch nicht ganz so perfekt verhalten haben, wie Sie es gerne wollten. Aber hat es nicht viel besser geklappt, als Sie es früher von sich erwartet hätten?

# Soziale Kompetenz - Protokoll



Beschreiben Sie die Ausgangssituation, in denen Ihnen sozial kompetentes Verhalten schwerfällt (Feld „Soziale Situation“). Überlegen Sie sich dann, wie Sie sich verhalten möchten (Feld „Kompetentes Verhalten“). Überlegen Sie sich Gedanken, die Ihnen bei diesem Verhalten helfen könnten (Feld „Aufbauende Gedanken“). Und denken sie auch schon daran, wie Sie sich nach dem kompetenten Verhalten selbst loben können (Feld „Selbstlob“).

So geht's!

Soziale Situation:

Aufbauende Gedanken:
Kompetentes Verhalten:
Selbstlob:

# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Notieren Sie hier, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gegangen sind. Und bewerten Sie dann (ganz rechts) Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit.

Stimmungsurteil:

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte Stimmung

So geht's!

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Meine Gedanken?	Stimmung
08-09			
09-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			

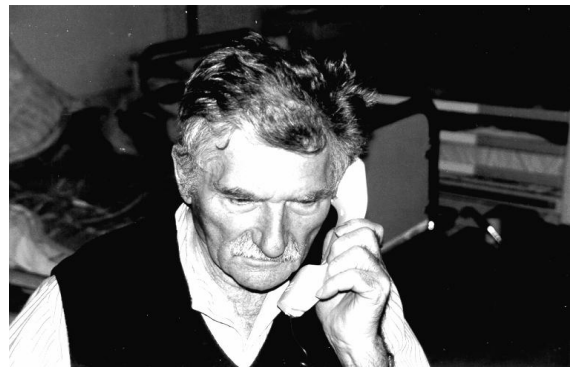
# Kapitel 9: Soziale Kompetenz und soziale Kontakte

## Wie kann ich soziale Kontakte verbessern?

Viele Menschen mit depressiven Stimmungen haben auch Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen. Darum soll es in diesem Kapitel gehen.

Herrn Peters fällt es oft schwer, Gefühle zu äußern:

Manchmal bekommt Herr Peters in der Klinik einen Anruf von seiner Frau. Sie wird zuhause von der Sozialstation betreut und kann ihren Ehemann nicht mehr selbständig besuchen. Wenn seine Frau anruft, dann hat sie sich schon mehrmals über seine Reaktion beschwert: „Freust Du Dich denn gar nicht, wenn ich Dich anrufe?!“ sagt sie dann. Herr Peters



spricht nämlich am Telefon zögernd mit eintöniger Stimme. Er freut sich zwar über den Anruf seiner Frau. Aber Herr Peters äußert seine Freude nicht.

## Was kann Herr Peters hier tun? Haben Sie schon eine Idee?

Herr Peters hat gemeinsam mit seiner Psychologin besprochen, was er beim Telefonieren mit seiner Frau anders machen könnte: Herr Peters nimmt sich vor, am Telefon folgendes zu sagen: „Das freut mich aber sehr, daß Du anrufst!“

Und er hat sich überlegt, daß ihm diese aufbauenden Gedanken dabei helfen sollen: „Es ist sehr schön von ihr, daß sie mich anruft. Es freut mich, wenn sie an mich denkt. Ich sollte diese Freude ihr gegenüber auch äußern.“

Anschließend probieren Herr Peters und seine Psychologin das neue Verhalten am Telefon gleich mal aus. Die Psychologin stellt im Rollenspiel Herrn Peters Frau dar. Beim ersten Anlauf im Rollenspiel gehen Herrn Peters wieder die alten, lähmenden Gedanken durch den Kopf: „Meine Frau ruft sicherlich nur an, weil sie es für ihre Pflicht hält.“ Daher kommt es, daß Herr Peters mit seinem Verhalten am Telefon immer noch nicht so ganz zufrieden ist: Herr Peters sagt diesmal tatsächlich zu seiner Frau (also der Psychologin

im Rollenspiel), daß er sich über ihren Anruf freut. Das ist schon ein erster Erfolg! Er sagt das jedoch immer noch sehr zögerlich.

Also wiederholen Herr Peters und seine Psychologin das Rollenspiel noch einmal. Herr Peters überlegt sich noch einmal ganz genau die aufbauenden Gedanken, die ihm helfen sollen. Und tatsächlich läuft es diesmal auch noch besser als im letzten Versuch: Die Stimme von Herrn Peters am Telefon klingt viel weniger zögerlich und deutlich freudiger!

Sie haben an diesem Beispiel vielleicht schon bemerkt, daß auch hier aufbauende Gedanken eine sehr wichtige Rolle gespielt haben. So ist es immer bei sozial kompetentem Verhalten: Was wir tun, wird im Kopf vorbereitet. Deshalb ist es sehr wichtig, daß Sie sich neue, aufbauende Gedanken überlegen, die Ihnen helfen sollen, sich sozial kompetent zu verhalten.

Und noch etwas: Vergessen Sie nicht, sich selbst zu loben, wenn Sie Fortschritte gemacht haben im Umgang mit anderen Menschen! Das hilft Ihnen, sich das nächste Mal wieder sozial kompetent zu verhalten. Und außerdem: Ein Lob tut Ihrer Stimmung gut!

### **Soziale Kontakte verbessern:**

Folgende Verhaltensweisen sind beim Kontakt mit anderen Menschen wichtig:

- Interessiert zuhören, nachfragen,
- Komplimente machen,
- lächeln, Blickkontakt halten,
- von sich sprechen,
- freundliche Verabschiedung.

**Das können Sie tun!**

# Soziale Kompetenz - Protokoll



Beschreiben Sie die Ausgangssituation, in denen Ihnen sozial kompetentes Verhalten schwerfällt (Feld „Soziale Situation“). Überlegen Sie sich dann, wie Sie sich verhalten möchten (Feld „Kompetentes Verhalten“). Überlegen Sie sich Gedanken, die Ihnen bei diesem Verhalten helfen könnten (Feld „Aufbauende Gedanken“). Und denken sie auch schon daran, wie Sie sich nach dem kompetenten Verhalten selbst loben können (Feld „Selbstlob“).

So geht's!

Soziale Situation:

Aufbauende Gedanken:
Kompetentes Verhalten:
Selbstlob:



# Tagesprotokoll vom \_\_\_\_\_



Notieren Sie hier, was Sie zu einer bestimmten Uhrzeit getan haben und welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gegangen sind. Und bewerten Sie dann (ganz rechts) Ihre Stimmung zur jeweiligen Zeit.


Stimmungsurteil:

- 1 = sehr gute Stimmung
- 2 = gute Stimmung
- 3 = mittelmäßige Stimmung
- 4 = weniger gute Stimmung
- 5 = schlechte Stimmung
- 6 = sehr schlechte Stimmung

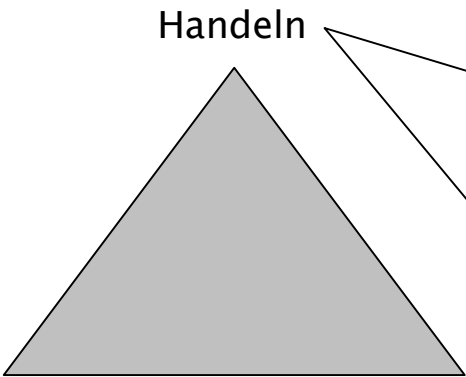
So geht's!

Uhrzeit	Was habe ich heute getan?	Meine Gedanken?	Stimmung
08-09			
09-10			
10-11			
11-12			
12-13			
13-14			
14-15			
15-16			
16-17			
17-18			
18-19			
19-20			
20-21			

# Was ich tun kann, damit sich meine Stimmung bessert:

 Fassen Sie noch einmal zusammen, was Sie in den letzten Wochen gelernt haben. Dies alles können Sie tun, damit sich Ihre Stimmung bessert.

**So geht's!**



Handeln

---

---

---

---

---

---

---

---

Denken

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Die eigene Stimmung verbessern:**

Wir haben auf dieser Seite noch einmal für Sie die wichtigsten Dinge zusammengefaßt, mit denen Sie Ihre Stimmung verbessern können. Sehen Sie doch auch noch einmal im Heft nach, dort finden Sie noch mehr Informationen!

## **Angenehme Tätigkeiten einplanen:**

Zwischen den Dingen, die während des Tages erledigt werden müssen, sollten Sie sich immer wieder angenehme und entspannende Tätigkeiten vornehmen (z.B. aus der „Liste angenehmer Tätigkeiten“)!

## **Lähmende Gedanken unterbrechen:**

- Sie sagen sich einen Satz wie: „Ich höre jetzt auf, darüber nachzudenken.“
- Sie rufen laut „Stop“, wenn der Gedanke kommt.

## **Aufbauende Gedanken fördern:**

- Sie haben Karten, auf denen aufbauende Gedanken stehen. Diese Karten sehen Sie sich an.
- Bestimmte Signale (z.B. ein roter Punkt) in Ihrem Zimmer sollen Sie daran erinnern, an etwas Positives zu denken.

## **Ereignisse anders bewerten:**

- Überlegen Sie sich bei einem unangenehmen Ereignis: Welche (lähmenden) Gedanken drücken gerade auf meine Stimmung?
- Überlegen Sie sich für das gleiche Ereignis andere, eher aufbauende Gedanken! Stellen Sie sich vor, was wohl anderen Menschen bei demselben Ereignis durch den Kopf gehen könnte!

## **Sozial kompetentes Verhalten ausprobieren:**

- Überlegen Sie sich: Wie möchte ich mich in einer bestimmten sozialen Situation verhalten?
- Überlegen Sie sich dann: Welche aufbauenden Gedanken könnten mir dabei helfen?
- Üben Sie das sozial kompetente Verhalten so oft wie möglich!
- Loben Sie sich für Ihre Erfolge!

**Das können Sie tun!**

# ANHANG C:

## Responder Neuropsychologie

Tabelle 1: Neuropsychologische Parameter Responder vs. Non-Responder

		Non-Responder			Responder			S <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>
		M	SD	N	M	SD	N		
<b>Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit Zahlen verbinden</b>	<b>ED</b>	24.8	32.3	15	20.1	21.7	9		
	<b>AD</b>	26.2	31.2	15	34.4	25.6	9	F(2,44)	
	<b>KD</b>	30.1	28.8	15	27.2	25.5	9	=1.40	0.26 n.s.
<b>Verbales Gedächtnis kurzfristig NAI-Wortliste sofort</b>	<b>ED</b>	3.4	1.1	17	3.9	1.5	10		
	<b>AD</b>	3.7	1.4	17	3.7	0.9	10	F(2,50)	
	<b>KD</b>	3.8	1.2	17	3.7	1.1	10	=0.55	0.58 n.s.
<b>Verbales Gedächtnis langfristig NAI-Wortliste delay</b>	<b>ED</b>	4.3	1.9	17	4.4	2.3	10		
	<b>AD</b>	4.2	1.6	17	3.7	2.1	10	F(2,50)	
	<b>KD</b>	4.1	2.1	17	3.7	1.7	10	=0.26	0.76 n.s.
<b>Nonverbales Gedächtnis kurzfristig NAI-Bildertest</b>	<b>ED</b>	4.4	1.2	16	3.5	0.8	10		
	<b>AD</b>	4.3	1.0	16	4.5	0.8	10	F(2,48)	
	<b>KD</b>	3.8	1.0	16	3.9	0.7	10	=2.80	0.05*
<b>Nonverbales Gedächtnis langfristig RBMT-Bilder</b>	<b>ED</b>	8.4	1.8	16	8.6	1.5	10		
	<b>AD</b>	7.9	2.1	16	8.2	2.0	10	F(2,48)	
	<b>KD</b>	8.8	1.8	16	8.6	1.7	10	=0.15	0.86 n.s.

Anmerkungen:

ED=Eingangsdagnostik, AD=Abschlussdiagnostik, KD=3-Monats-Katamnese; M=Mittelwert;

SD=Standardabweichung; N=Anzahl gültiger Werte; S=Signifikanzmaß mit Freiheitsgraden; P=Signifikanz;

<sup>1</sup>=Haupteffekt Gruppe x Zeit (ANOVA mit Messwiederholung)

# ANHANG D:

## Responder ADLs

		Non-Responder			Responder			S <sup>1</sup>	P <sup>1</sup>
		M	SD	N	M	SD	N		
<b>Barthel Index</b>	ED	58.1	21.4	16	62.2	24.4	9		
	AD	79.3	22.8	16	80.6	22.4	9	F(2,46)	
	KD	76.9	24.0	16	81.7	22.5	9	=0.29	0.69 n.s.
<b>Timed Up &amp; Go</b>	ED	18.3	7.9	9	21.0	15.3	5		
	AD	12.3	5.5	9	14.8	8.5	5	F(2,24)	
	KD	13.4	6.4	9	14.6	9.3	5	=0.42	0.92 n.s.
<b>Motor Assessment Scale</b>	ED	27.7	16.5	14	27.9	13.1	9		
	AD	31.0	13.5	14	33.6	13.1	9	F(2,42)	
	KD	31.7	13.8	14	39.0	14.2	9	=3.28	0.06 n.s.
<b>Rivermead Activities of Daily Living</b>	ED	10.4	3.3	10	10.3	4.1	8		
	AD	12.6	1.7	10	11.9	3.4	8	F(2,32)	
	KD	12.0	3.4	10	13.1	4.2	8	=1.05	0.35 n.s.

Anmerkungen:

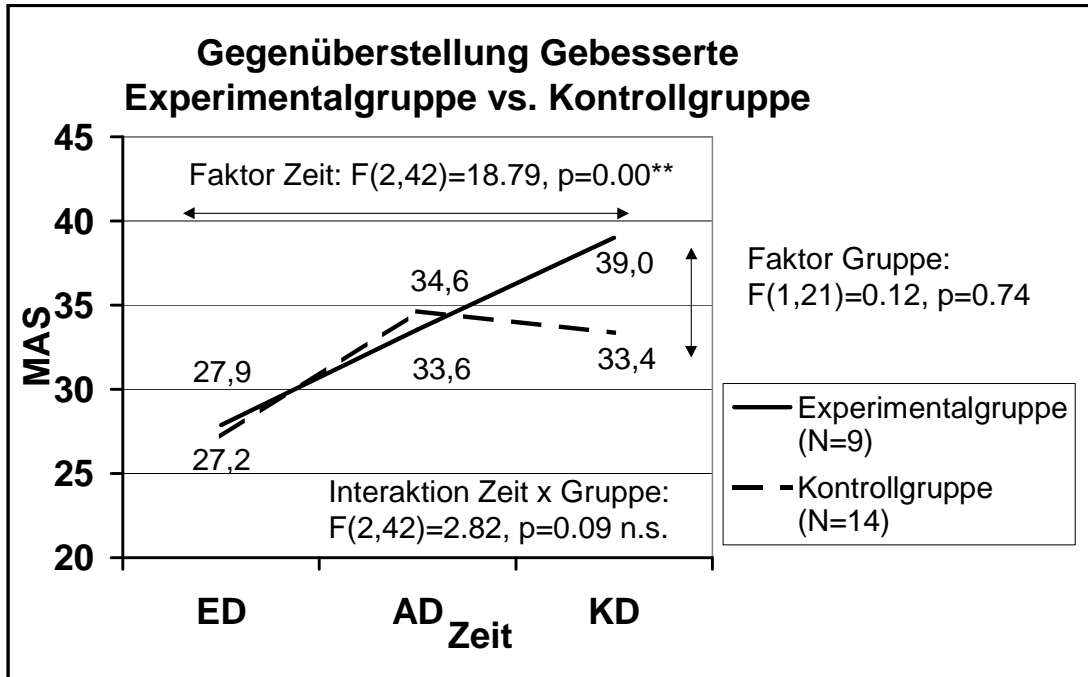
ED=Eingangsdagnostik, AD=Abschlussdiagnostik, KD=3-Monats-Katamnese; M=Mittelwert;

SD=Standardabweichung; N=Anzahl gültiger Werte; S=Signifikanzmaß mit Freiheitsgraden; P=Signifikanz;

<sup>1</sup>=Haupteffekt Gruppe x Zeit (ANOVA mit Meßwiederholung)

# ANHANG E:

## Responder vs. spontan gebesserte in der MAS



# ANHANG F: Rehaziel Stimmungsverbesserung

## Stimmungsverbesserung: Kein Rehaziel

Stimmungsverbesserung kein Rehaziel\*  
\*daher keine Ziellerreichung erhoben

Fall Nr.	Gruppe	ED-GDS	AD-GDS	Differenz
268	<i>Experimental</i>	19	13	6,0
228	Kontrolle	16	8	8,0
275	Kontrolle	20	18	2,0
280	Kontrolle	17	18	-1,0
281	Kontrolle	12	4	8,0
353	Kontrolle	12	13	-1,0
Mittlere Differenz		gesamt		3,7
		<i>Experimental</i>		6,0
		Kontrolle		3,2

## Stimmungsverbesserung: Weiteres Rehaziel

Stimmungsverbesserung weiteres Rehaziel  
Ziellerreichung: teil-teils

Fall Nr.	Gruppe	ED-GDS	AD-GDS	Differenz
243	<i>Experimental</i>	9	9	0,0
288	<i>Experimental</i>	10	7	3,0
289	<i>Experimental</i>	19	15	4,0
328	<i>Experimental</i>	27	27	0,0
357	<i>Experimental</i>	20	17	3,0
402	<i>Experimental</i>	12	2	10,0
418	<i>Experimental</i>	12	6	6,0
231	Kontrolle	16	5	11,0
233	Kontrolle	20	18	2,0
254	Kontrolle	14	9	5,0
351	Kontrolle	20	20	0,0
366	Kontrolle	11	14	-3,0
Mittlere Differenz		gesamt		3,4
		<i>Experimental</i>		3,7
		Kontrolle		3,0

Stimmungsverbesserung weiteres Rehaziel  
Ziellerreichung: gar nicht

Fall Nr.	Gruppe	ED35-GDS	AD35-GDS	Differenz
265	<i>Experimental</i>	22	24	-2,0
258	Kontrolle	21	18	3,0
259	Kontrolle	18	21	-3,0
278	Kontrolle	16	16	0,0
Mittlere Differenz		gesamt		-0,5
		<i>Experimental</i>		-2
		Kontrolle		0,0

Stimmungsverbesserung weiteres Rehaziel  
Ziellerreichung: vollständig

Fall Nr.	Gruppe	ED-GDS	AD-GDS	Differenz
293	<i>Experimental</i>	10	4	6,0
403	<i>Experimental</i>	7	9	-2,0
410	<i>Experimental</i>	14	7	7,0
257	Kontrolle	17	11	6,0
Mittlere Differenz		gesamt		4,3
		<i>Experimental</i>		3,7
		Kontrolle		6,0

## Stimmungsverbesserung: Primäres Rehaziel

Stimmungsverbesserung primäres Rehaziel  
Ziellerreichung: gar nicht

Fall Nr.	Gruppe	ED-GDS	AD-GDS	Differenz
291	<i>Experimental</i>	18	15	3,0
300	Kontrolle	14	12	2,0
Mittlere Differenz		gesamt		2,5
		<i>Experimental</i>		3,0
		Kontrolle		2,0

Stimmungsverbesserung primäres Rehaziel  
Ziellerreichung: teils-teils

Fall Nr.	Gruppe	ED-GDS	AD-GDS	Differenz
272	<i>Experimental</i>	9	8	1,0
294	<i>Experimental</i>	10	6	4,0
Mittlere Differenz		gesamt		2,5
		<i>Experimental</i> s.o.		
		Kontrolle		n.v.

Stimmungsverbesserung primäres Rehaziel  
Ziellerreichung: vollständig

Fall Nr.	Gruppe	ED-GDS	AD-GDS	Differenz
378	Kontrolle	10	12	-2,0
Mittlere Differenz		gesamt		2,0
		<i>Experimental</i> n.v.		
		Kontrolle		s.o.

# ANHANG G: Kognitive Überforderung

Depression (Selbst- und Fremdbeurteilung) bei Pbn ohne kognitive Überforderung

Fall Nr.	ED-GDS	AD-GDS	KD-GDS	ED-Cornell	AD-Cornell	KD-Cornell
9	12	15	6	16	11	7
13	23	20	22	13	13	12
31	20	23	19	13	8	13
88	9	5	5	10	4	4
91	5	3	5	6	4	1
94	13	12	9	6	4	3
98	11	11	12	2	2	4
107	21	15	18	12	6	10
123	12	8	6	9	4	6
189	22	16	17	10	10	7
195	22	5	7	8	5	5
206	16	24	23	17	15	17
243	9	9	9	5	5	7
265	22	24	23	14	12	19
268	19	13	23	6	3	7
272	9	8	8	4	2	4
288	10	7	6	7	5	2
289	19	15	12	16	13	8
291	18	15	13	14	5	7
293	10	4	3	8	3	2
294	10	6	3	6	5	3
328	27	27	26	15	17	18
357	20	17	17	9	9	10
402	12	2	0	10	1	1
403	7	9	9	7	5	7
410	14	7	3	13	9	4
418	12	6	10	9	2	1